

Ny retningslinje for forebygging av selvmord

Side 784

For mye kirurgi ved benigne kolorektale polypper

Side 808, 809

Organoider – fra stamceller til miniatyrorganer

Side 831

Tidsskrift for
Den norske
legeforening

Tidsskriftet





PRODUODOPA®

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



Parkinsons sykdom lever man med hele døgnet¹

Produodopa 24 timers subkutan levodopabehandling – fleksibel og tilpasset dosering²

Utvalgt sikkerhetsinformasjon¹

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

Utvalgt produktinformasjon¹

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

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

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

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

Referanser:

1. Chaudhuri KR. The basis for day and night-time control of symptoms of Parkinson's disease. Eur J Neurol. 2002 Nov; 9 Suppl 3: 40-3.
2. Produodopa SmPC, avsnitt 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 og 4.8. Sist godkjent 23.11.2023.

For utfyllende informasjon om indikasjoner, dosering, kontraindikasjoner, interaksjoner, forsiktighetsregler, bivirkninger, pris og refusjon, se **felleskatalogen.no**

© AbbVie AS • Telefon +47 6781 8000 • kontakt@abbvie.com

Les mer på
produodopa.no



abbvie

Gazas barn



Are Brean
Sjefredaktør

Helsesituasjonen på Gazastripen forverres stadig. I juli i år ble det oppdaget poliovirus i kloakken. Og i august kom de første bekreftede tilfellene av polio hos barn. Mangelen på rent vann og de prekære hygieniske forholdene har, slik WHO's generalsekretær har uttrykt det, skapt «perfekte forhold» for sykdommer som polio. Redselen er nå stor for at et større utbrudd er på vei i den underernærte og sterkt infeksjonsutsatte befolkningen. FN har derfor innstendig bedt om en syv dager lang våpenhvile for at det skal bli mulig å vaksinere Gazas over 640 000 barn under ti år. To dråper oral polio-vaksine per barn er det som skal til. 1,4 millioner doser vaksine står klare. Men noen våpenhvile kan barna i Gaza foreløpig se langt etter. De voksnes krig trumfer barnas rett til trygghet og helse – denne gangen også. ■

Forsiden

Sommer og skjærgård. *Blått hav så langt du ser.* Livet er usigelig vakkert – men kan også være uutholdelig smertefullt. For noen ender det i selvmord.

Si det til alle barna. Fortsatt mister over hundre unge mennesker livet i selvmord hvert år i Norge. Nesten en tredjedel av barn og unge har opplevd selvmordstanker. Bedre kunnskap om mental helse og hvordan man kan søke hjelp når problemene tårner seg opp, er viktige samfunnstiltak. Her kan skolen være med.

Sammen skal vi leve. Dette nummeret av Tidsskriftet utgis på verdensdagen for forebygging av selvmord. Selvmordsforebygging er et kollektivt samfunnsansvar, og vi kan alle bidra.

Forsiden er laget av Bendik Kaltenborn. Hans illustrasjoner har blitt publisert i inn- og utland, blant annet i The New Yorker. Han jobber også med tegneserier og film. Flere av hans arbeider finner du på nettsiden www.benkalt.no og på instagram: [@benkalt](https://www.instagram.com/benkalt).

Den kursiverte teksten er sitater fra Lillebjørn Nilsens «Barn av regnbuen».



Illustrasjon: Bendik Kaltenborn

I denne utgaven:

Ny retningslinje for forebygging av selvmord
Selvmord er et stort samfunnsproblem. Helse-
direktoratets nye retningslinje for forebygging av
selvmord legger vekt på lederansvar, opplæring
av fagpersonell og støtte til pårørende, etterlatte,
medpasienter og ansatte. Det finnes ingen gode
metoder for vurdering av suicidalitet, men i
klinisk praksis må leger likevel gjøre slike
vurderinger.
Den nye retningslinjen er et godt skritt videre i
arbeidet med å få ned antallet selvmord, men har
flere svakheter som kan rettes opp i en revidert
versjon, skriver Øivind Ekeberg og Erlend Hem.
Side 784



Hvordan fjerne kolorektale polyper
Antallet kirurgiske reseksjoner av tarmavsnitt
med benigne kolorektale polyper er for høyt og
økende til tross for at polypfjerning ved ulike
endoskopiske teknikker er anbefalt behandling.
Dette kommer frem i en kartlegging av behand-
ling av benigne tarmpolyper ved norske sykehus
i perioden 2008–21. Slik overbehandling inne-
bærer flere komplikasjoner, større kostnader og
lavere effekt av tarmscreening. Forfatterne
anbefaler etablering av multidisiplinære polyp-
møter og kompetanseheving av endoskopisk
behandling ved alle helseforetak.
Side 808, 809

**Organoider –
fra stamceller til miniatyrorganer**
Ved å la stamceller kommunisere og organisere
seg kan man bygge miniatyirutgaver av kroppens
organer, såkalte organoider, skriver Katharina
Vestre, cellebiolog og kreftforsker på Radium-
hospitalet. I sitt essay *Vidunderlige nye organer*
beskriver hun muligheter og utfordringer i
fremtidens forskning om stamceller. På sikt er
drømmen å bruke organoider til å erstatte ødelagt
vev i mennesker, til å teste medisiner og å redusere
bruken av dyreforsøk og til å forstå sykdommer
bedre. Bør vi begrense hvilke formål organoider
kan benyttes til, og hvem skal gjøre det?
Side 831

Innhold

	Leder
777	Brå slutt <i>Kari Tveito</i>
	Invitert kommentar
778	Bedre og enklere tilgang til riktig psykisk helsehjelp <i>Camilla Angelsen Kvestad, Solveig Klæbo Reitan</i>
781	Tilsyn i endring <i>Frode Engtrø, Hege Raastad</i>
782	Leger kan ytre seg mer. Og bør gjøre det <i>Vidar Strømme</i>

Debatt

	Debatt
784	Selvmondsforebygging – svakheter i ny retningslinje <i>Øivind Ekeberg, Erlend Hem</i>
785	Norske leger varsler om klima <i>Hege Frøen</i>
786	Bærekraftig smittevern – av med hansken <i>Christian Borgen Lindstad, Torni Myrbakk, Mette Fagernes, Hanne-Merete Eriksen-Volle, Erlend Tuseth Aasheim</i>
789	Kan leger drive oppsøkende genetisk informasjonsvirksomhet? <i>Joar Røkke Fystro</i>
	Kronikk
792	Går vi mot en ny vri på fastlegeordningen? <i>Johannes Bjørnstad Tyrihjell, Kine Pedersen, Susanne Gerda Værnø, Geir Godager, Tor Iversen, Jon Holte, Birgit Abelsen, Andreas Pahle, Liv Augestad, Ivar Sønbo Kristiansen, Erik Magnus Sæther</i>
796	Personlighetsfungeringens fire skruer <i>Tore Buer Christensen</i>
800	Beredskapskritiske medikamenter kan benyttes etter utløpsdato <i>Stig Opdøhl</i>

Vitenskap

	Fra andre tidsskrifter
806	Høreapparat kan forsinke demens <i>Jørgen Østensjø</i>
807	Sykling som medisin <i>Amanda Hylland Spjeldnæs</i>
807	Utholdenhetstrening har effekt på mange organer <i>Haakon B. Benestad</i>

nr. 10/2024

Utgivelsesdato
10. september 2024

808	Originalartikkel
	Kirurgisk behandling av benigne kolorektale polypper 2008–21 <i>Jens Aksel Nilsen, Linn Bernklev, Michael Bretthauer, Mette Kalager, Henriette C. Jodal, Magnus Løberg, Øyvind Holme, Frederik Emil Juul, Svein Oskar Frigstad</i>
809	Invitert kommentar
	Mellom slynge og kirurgi <i>Roald Flesland Havre</i>
810	Klinisk oversikt
	Alveolær ekinokokkose <i>Mogens Jensenius, Kristine Mørch, Sheraz Yaqub, Dag Seeger Halvorsen, Henrik Mikael Reims, Ida Gabriella Björk, Bård Ingvald Røsok, Gunnar Oltmanns, Kirsti Helbak, Øivind Øines, Tore Lier</i>
816	Kort kasuistikk
	Poliklinisk skifte fra metadon til buprenorfin med mikroinduksjon <i>Farid Juya, John Fredrik Askjer, Linda Merete Kaaberg Dahl, Line Holtan, Jon Mordal</i>
818	Noe å lære av
	En kvinne i 30-årene med bryst smerter og sirkulatorisk sjokk etter fødsel <i>Ida Marie Nyhagen Vikan, Kristin Skogøy, Sofie Strand Klausen, Jordi Deu, Erik Waage Nielsen</i>
823	Medisin og tall
	Presenter på kryss eller tvers? <i>Stian Lydersen</i>
824	Språkspalten
	Gjennomførbarhetsstudier <i>Kshif Waqar Faiz</i>
825	Fra fagmiljøene
	Eget nummer til Giftinformasjonen <i>Mari Tosterud, Christian Haga</i>

Magasin

826	Intervju
	En teknologioptimist <i>Marit Tveito</i>
831	Essay
	Vidunderlige nye organer <i>Katharina Vestre</i>
834	I tidligere tider
	Autisme eller Sukharevas syndrom? <i>Ola H. Skjeldal, Maj-Britt Posserud</i>

838	Legelivet
	Fastlegene bruker tid og samtaleterapi i depresjonsomsorgen <i>Ina Lill Skurtveit Grung, Berit Horn Bringedal</i>
839	Doktor Venteogse og doktor Forsikkerhetsskyld
	<i>Karl O. Nakken</i>
840	Behandlingsbegrensning i sykehjem
	<i>Ingrid Neteland</i>
842	Fra arkivet
	Overbefolkede ettromsleiligheter <i>Julie Didriksen</i>
845	Minneord

Annonser

848	Legejobber
850	Kurs og møter

Aktuelt i foreningen

853	Den politiske høsten i Legeforeningen
	<i>Anne-Karin Rime</i>
854	Pulsklokkelegen
	<i>Andreas Haslegaard</i>
856	LIS1-tiden ble til bok
	<i>Heidi Østvedt Strydom</i>
858	Arendalsuka: Hva skal den offentlige helsetjenesten slutte å gjøre?
	<i>Tor Martin Nilsen</i>
859	Fikk Legeforeningens lederpris
	<i>Ingrid Rise Fry</i>
859	– Kampen for å beholde tariffavtalen vår fortsetter i Rikslønnsnemnda
	<i>Kommunikasjonsavdelingen</i>

legejobber.no

Norges mest komplette stillingsportal for leger

UTVALGTE STILLINGER

SYKEHUSET ØSTFOLD HF

Overlege, fordøyelsessykdommer

Frist 15. september

SYKEHUSET TELEMARK HF

LIS 2/3, barnesykdommer

Frist 16. september

ÅLESUND KOMMUNE

Fastlegehjemler

Frist 23. september

SYKEHUSET INNLANDET HF

Overlege, psykiatri

Frist 22. september

STAVANGER KOMMUNE

Fastlegehjemmel

Frist 20. september

VENNESLA KOMMUNE

Fastlegehjemmel

Frist 15. september

HELSE MØRE OG ROMSDAL HF

Fagdirektør

Frist 19. september

STATSFORVALTEREN I OSLO OG VIKEN

Assisterende fylkeslege

Frist 15. september

NORDRE FOLLO KOMMUNE

Fastlege

Frist 22. september

LYNGDAL KOMMUNE

ALIS

Frist 15. september

Brå slutt

Noen får et kortere liv enn de kunne ha hatt. Men selvmord kan forebygges.

Den 10. september markerer vi verdensdagen for selvmordsforebygging, et initiativ startet i 2003 av Den internasjonale foreningen for forebygging av selvmord og støttet av Verdens helseorganisasjon (1). Målet med dagen er å øke alles bevissthet om at selvmord kan forebygges, sette fokus på hvor man kan søke hjelp i krise og hvordan man kan hjelpe andre som er selvmordstruet.

Selvmord koster – og ikke bare i form av tapte leveår. Omkostningene er store for alle som kjente den avdøde: familie, venner og bekjente, ofte også helsepersonell, arbeidskollegaer eller klassekamerater (2). Sorg etter selvmord kan bli langvarig og komplisert. Selvmordsrisikoen øker også for mange pårørende etter at en av de nærmeste har mistet livet på denne måten (3).

Selv om selvmord ikke lenger er en kriminell handling i de fleste land, er det å ta sitt eget liv fortsatt forbundet med skam og fortieelse (4). Å bekjempe stigmaet er viktig, slik at alle som trenger det, søker hjelp i tide. Samfunnets holdninger er også avgjørende for at selvmordsforebyggende strategier blir prioritert. Siden 1996, da FN oppfordret alle land til å lage nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging, har antallet land som har slike retningslinjer, økt til 45 i 2023. Likevel dør hvert år fortsatt over 700 000 i selvmord på verdensbasis. I Norge var tallet 693 i 2023–70 flere enn året før (5).

Helsepersonell diskuterer ofte hva helsevesenet kan gjøre for å forebygge selvmord. Imidlertid er folkehelsetiltak på samfunnsnivå minst like viktig, kanskje viktigst, for å få ned selvmordstallene (4). I lav- og middelinntektsland, hvor flesteparten av selvmordene i verden skjer, har inntak av pesticider i mange år vært en av de hyppigst benyttede metodene. Så sent som i 2007 var dette årsaken til om lag 30 % av selvmordene globalt (6). Etter at man sluttet å selge de giftigste pesticidene, har tallene falt drastisk. Dessverre kan minsket tilgang på én metode noen ganger føre til at flere velger andre midler. Selvmord blant bønder i bunnløs gjeld skjer altfor ofte i India, som er blant landene i verden med høyest selvmordsrate. Da antallet forgiftninger med pesticider gikk ned, steg antallet tilfeller av død ved hengning.

Et europeisk eksempel på enkelttiltak med stor effekt kommer fra Storbritannia. Lyrikeren Sylvia Plath (1932–63) beskrev depresjonens vesen på gripende vis i boken *Glassklokken*. Hun endte sitt liv i London ved å stikke hodet inn i stekeovnen og skru på gassen etter at hun hadde tettet godt rundt kjøkkendøren, så gassen ikke skulle sive ut til ungene. Hvis hennes selvmordskrise hadde hendt noen år senere, ville hun i alle fall ikke hatt tilgang på denne metoden. Da giftig kullgass som inneholdt karbonmonoksid ble skiftet ut med ufarlig nordsjøgass på 1960- og 70-tallet, gikk antallet selvmord i øyriket ned med en tredjedel (4).

Ofte er det imidlertid ikke så enkelt å peke på hva som virker og ikke virker selvmordsforebyggende. Dels henger risikofaktorene sammen og er vanskelige å skille fra hverandre, dels er det komplisert å evaluere effekten av tiltak. I helsevesenet har man i de senere år blitt mer klar over hvor krevende det er å evaluere selvmordsrisiko. Selv om det er en sterk sammenheng mellom psykisk sykdom og selvmord, skjer de fleste tilfellene blant dem som har lav eller moderat risiko for dette utfallet. Det kan derfor være like viktig å fokusere på å bedre pasienters livskvalitet og mestringsstrategier i kriser, mener mange (4). Det er ikke dermed sagt at ikke risikovurderinger har sin plass, særlig ved vurdering av akutt selvmordsfare (7).

Selvmordsratene er halvert i de fleste EU-land i perioden 2000–17 (8). Det er en positiv utvikling, men bak gjennomsnittstallene skjuler det seg store forskjeller. En studie fra Finland viste at for finske menn med manuelle yrker skjedde nedgangen i selvmordsrate langt senere enn blant dem med annen yrkesbakgrunn (8). Ulik tilgang på helsehjelp og forskjeller i helserelatert atferd mellom samfunnsklasser er noen av årsakene studiens forfattere fremhever.

Den franske sosiologen Emile Durkheim pekte på sammenhengen mellom sosiale faktorer og selvmord allerede i 1897 i boken *Le Suicide*. Et eksempel fra nyere tid er utviklingen i USA: Mens de med collegeutdanning har fått bedre og lengre liv de siste tiårene, har det motsatte skjedd i den hvite arbeiderklassen. Flere og flere har endt sitt liv på grunn av suicid, overdoser eller alkoholisk leversykdom, i det som omtales som *deaths of despair* (9). Hva er de sosiale driverne bak de tragiske dødsfallene? Blant annet økonomisk misere, arbeidsløshet og lave lønninger.

For å redusere antallet selvmord med 30 % innen 2030, slik Verdens helseorganisasjon har som mål (1), må innsatsen særlig rettes mot høyrisikogrupper. Men vi må heller ikke glemme tiltak som retter seg mot befolkningen som helhet, slik som å redusere fattigdom. En av de største globale truslene vi står overfor i dag er klimakrisen. Det får også konsekvenser for det selvmordsforebyggende arbeidet. Store migrasjonsbølger, krig og regionale konflikter utløst av eller forsterket av klimaforandringer er ikke et urealistisk scenario de neste tiårene (4). Kampen for å motvirke klimaforandringer, bevare stabilitet mellom landene og å stanse og hindre krig, handler derfor ikke bare om å redde liv som en direkte konsekvens av naturkatastrofer eller krigshandlinger. Folk kan også dø av mangel på håp og en levelig fremtid. ■

Kari Tveito

kari.tveito@tidsskriftet.no

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

Litteratur

- 1 World Health Organization. World Suicide Prevention Day. Lest 26.8.2024.
- 2 Bélanger SM, Hauge LJ, Reneflot A et al. General practitioner consultations for mental health reasons prior to and following bereavement by suicide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2024; 59: 1533–41.
- 3 Pitman A, Osborn D, King M et al. Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *Lancet Psychiatry* 2014; 1: 86–94.
- 4 Hawton K, Pirkis J. Suicide prevention: reflections on progress over the past decade. *Lancet Psychiatry* 2024; 11: 472–80.
- 5 Folkehelseinstituttet. Dødsårsaker i Norge i 2023. Lest 27.8.2024.
- 6 Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR et al. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review. *BMC Public Health* 2007; 7: 357.
- 7 Ekeberg Ø, Hem E. Kan vi forutsi selvmord? *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; 137: doi: 10.4045/tidsskr.17.0573.
- 8 Raittila S, Kouvonen A, Koskinen A et al. Occupational class differences in male suicide risk in Finland from 1970 to 2019. *Eur J Public Health* 2023; 33: 1014–9.
- 9 Case A, Deaton A. Rising morbidity and mortality in midlife among white non-Hispanic Americans in the 21st century. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2015; 112: 15078–83.

Bedre og enklere tilgang til riktig psykisk helsehjelp

Ressursmangel og uønsket variasjon i psykisk helsevern har vært en problemstilling i Norge i mange år. Gjentatte opptrappingsplaner har ikke endret på dette.



Mary Carter
Cow Parsley
© Mary E. Carter.
© Photo: Royal Academy
of Arts, London.

Høsten 2022 nedsatte regjeringen et ekspertutvalg som skulle se på om en sterkere tematisk organisering kunne forbedre tjenesten. Utvalget leverte i september 2023 rapporten *Forenkle og forbedre* (1). Fokusområder i rapporten er samhandling mellom tjenestenivåene, inntak og utredning i psykisk helsevern, organisering av behandlingstilbudet og fagutvikling. Har noe endret seg det året som er gått siden rapporten kom?

Fastlegene har en nøkkelrolle som henvisere til spesialisthelsetjenesten (2). Antallet henvisninger til psykisk helsevern har økt, men alle henviste har ikke nødvendigvis behov for spesialisert behandling. En del av økningen antas å skyldes økt forventning i befolkningen om å få hjelp i spesialisthelsetjenesten, blandet med uklarhet om hvilke nivåer som skal håndtere hva.

Det er også stor variasjon i hvordan henvisningene vurderes. Basert på skriftlige henvisninger alene både over- og undervurderes alvorlighetsgraden (3, 4). Utvalget anbefaler i rapporten at inntak organiseres i spesialiserte team for en mer hensiktsmessig inntaksprosess. Effekten av at et slikt team (5) møter pasienten og raskt avklarer hastegrad, behandlingsbehov og i hvilken del av behandlingskjeden pasienten vil få mest hensiktsmessig oppfølging, prøves nå ut (6).

Fire pasientgrupper ble av utvalget vurdert å kunne ha nytte av sterkere tematisk organisering: de med spiseforstyrrelser, oppmerksomhets- og hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD), psykoselidelser og stemningslidelser (bipolar lidelse og depressive lidelser). Ut over dette finner utvalget at man må se bredere enn kun diagnose når man skal få en mer hensiktsmessig organisering av tjenestene. Vi mener tematisk organisering basert på diagnose kan fungere for tilstander som spiseforstyrrelser og voldsproblematikk, da i hovedsak som et tredje- linjetilbud. Manualbasert behandling og strukturert psykoedukasjon, som angst- og depresjonsmestringskurs samt søvn- og ADHD-kurs, bør kunne gis i førstelinjen dersom symptomtrykk og funksjon tilsier at det er forsvarlig.

For pasientene kan jakten på en diagnose bli både kronglete og meningsløs. Den kan også være en blindvei, fordi pasientene ofte trenger diagnoseuavhengige tiltak

De fleste pasientene som henvises til psykisk helsevern, har ikke et entydig symptom bilde der det er åpenbart hvilken diagnose eller gruppe de tilhører. Komorbiditet, suicidalitet og rus er ofte ekskludert i manualbaserte behandlingsstudier. Som utvalget påpeker, er det ofte sammensatte problemstillinger hos dem som henvises. For pasientene kan jakten på en diagnose bli både kronglete og meningsløs. Den kan også være en blindvei, fordi pasientene ofte trenger diagnoseuavhengige tiltak som tar utgangspunkt i deres individuelle lidelse, funksjon og historie. Rapporten har satt søkelys på at det brukes uforholdsmessig mye tid på utredning med spørreskjemaer heller enn at det blir gjort en samlet klinisk vurdering der også kontekst og symptom bilde tas med. Vi er enige i at fokus på spørreskjemaer og sjekklistes må dempes om vi skal nå målet om raskere gjennomførte tiltak basert på pasientens problemer og situasjon.

Mange pasienter i psykisk helsevern har alvorlige plager og et funksjonsnivå som krever persontilpasset

behandling ved psykiater og annet spesialisert helsepersonell. Dersom organiseringen av tjenesten blir for tematisk basert, er vår bekymring at pasientene med flere og/eller alvorlige lidelser ikke passer inn i de tematiske gruppene. De kan da bli kasterballe mellom spesialiserte team der ingen kan ta tak i kompleksiteten. For disse pasientene er samhandling mellom fastlege, kommune, Nav og spesialisthelsetjeneste avgjørende for verdig, god og kostnadseffektiv hjelp. De sykeste pasientene trenger ikke et stramt tematisk tilbud, men en organisering av helsetjenesten som sørger for minst mulig byråkrati for å sikre helsehjelp på det nivået det til enhver tid er behov for (7).

Rapporten oppfordrer til å ha pasienten og faget i fokus. Dette både for å sikre god behandling og for å beholde fagfolk i den offentlige helsetjenesten også i fremtiden. Det fordrer ledere som er bevisst på kompleksiteten hos pasientene, behovet for klinisk kompetanse og som lar sine ansatte utøve faget innenfor realistiske økonomiske og tidsmessige rammer. Vi har store forventninger til hvordan ledere tar i bruk kunnskapen i utvalgets rapport og lytter til øvrig kompetanse på feltet. ■

Camilla Angelsen Kvestad

camilla.kvestad@ntnu.no

Camilla Angelsen Kvestad er spesialist i psykiatri, overlege ved Nidelv DPS og ph.d.-stipendiat ved Institutt for psykisk helse, NTNU. Hun er medlem i Norsk psykiatrisk forenings utvalg for samfunnspsykiatri. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Solveig Klæbo Reitan

Solveig Klæbo Reitan er spesialist i psykiatri, overlege ved Nidelv DPS og professor ved Institutt for psykisk helse, NTNU. Hun er nestleder Norsk psykiatrisk forening. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Thorsen-Dahl B. Forenkle og forbedre. Helse og omsorgsdepartementet. Lest 15.6.2024.
- 2 Hjørleifsson S, Getz LO, Tangen MK. Bærekraft på legekontoret. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.24.0137.
- 3 Nymoen M, Biringer E, Hetlevik Ø et al. The impact of referral letter quality on timely access to specialised mental health care: a quantitative study of the reliability of patient triage. BMC Health Serv Res 2022; 22: 735.
- 4 Holman PA, Ruud T, Grepperud S. Horizontal equity and mental health care: a study of priority ratings by clinicians and teams at outpatient clinics. BMC Health Serv Res 2012; 12: 162.
- 5 Holgersen KH, Holte IR, Gluppe E et al. Tidlig avklaring: ny tilnærming for vurdering og planlegging av behandling i poliklinisk psykisk helsevern. Tidsskr Nor Psykol foren 2021; 58: 1012–20.
- 6 Kvestad CA, Holte IR, Reitan SK et al. Measuring the Effect of the Early assessment Team (MEET) for patients referred to outpatient mental health care: a study protocol for a randomised controlled trial. Trials 2024; 25: 179.
- 7 Reitan SK, Shagiani S, Larsson U et al. Kloge valg og psykisk helsevern. Dagens Medisin 12.4.2024. Lest 15.6.2024.

Svært gode priser og betingelser for medlemmer i Den norske legeforening

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

Scan QR-koden
for å lese mer



Tilsyn i endring

Antallet henvendelser til statsforvalterne og Helsetilsynet fortsetter å øke. Ny tilsynspraksis skal bedre ivareta mengden tilsynssaker og pasientsikkerhet.

Statsforvalterne og Helsetilsynet balanserer mange hensyn. Som tilsynsmyndighet skal de bidra til å styrke sikkerheten og kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten, befolkningens tillit til helsepersonell og tjenester samt ivareta rettighetene til pasienter og helsepersonell.

Å hevde at tilsynet ikke alltid har lyktes med alt dette, er å slå inn åpne dører. I 2022 kom det endringer i helselovgivningen som åpner for en ny tilsynspraksis (1, 2). Mange vil mene at det var på tide. Ny tilsynspraksis er bedre egnet for å nå målene. Kunnskap om endringene er viktig for både helsepersonell, ledere og arbeidsgivere.

Statsforvalterne, som er førstelinjen i tilsynet, mottar en økende mengde henvendelser. I 2023 fikk de ca. 8 000 saker – en dobling fra 2018. Økt forventning og bevissthet i befolkningen er en mer sannsynlig forklaring på økningen enn dårligere kvalitet på pasientbehandlingen.

Innholdet i henvendelsene varierer mye, og det er statsforvalternes plikt å undersøke og avklare om det er nødvendig med oppfølging fra tilsynsmyndigheten. I en del tilfeller vil det være tilstrekkelig å gi råd og veiledning om regelverket og å støtte helsetjenesten i eget arbeid med kvalitetsutvikling. Mange saker oversendes til den tjenesten henvendelsen handler om, fordi saken best kan gjennomgås der. Både pasient, pårørende og berørt helsepersonell skal ivaretas i kvalitetsarbeidet.

Tidligere har tilsyn i hovedsak bestått av skriftlig saksbehandling preget av forvaltningsjussens begrepsbruk og et begrenset utvalg av tilsynsmetodikk. Avstanden mellom helsepersonell og helsetjenesten på den ene siden og tilsynet på den andre, har vært stor. I statsforvalterens veiledning står det nå at tilsynsmyndighetene skal bruke mer muntlig dialog med dem som henvender seg om egne erfaringer samt med helsepersonell og ledelse i helsetjenesten (3). Muntlig dialog erstatter ikke skriftlig saksbehandling, men skal bidra til forutsigbarhet og samforståelse.

Litt forenklet kan lovendringene oppsummeres som en dreining fra sanksjon til forbedring, men uten at tilsynet har mistet hjemmel til å være tydelig når det er nødvendig for pasientsikkerheten. Tilsyn er fortsatt myndighetsutøvelse og skal bidra til at virksomheter og helsepersonell følger regelverket.

Virksomhetene har selv ansvaret for å gi trygge og forsvarlige tjenester. Endringer i egen praksis er viktigst for å styrke sikkerhet og kvalitet. Tilsynets virkemidler utvikles nå i retning av at man skal etterspørre hvordan helsepersonell og virksomheter arbeider praktisk og konkret med oversikt over risiko og nødvendig forbedring der det trengs. Endringene er i tråd med kunnskapsgrunnlaget om kvalitetsarbeid og effekt av tilsyn samt samfunnets forventninger til god tilsynspraksis.

Som tilsyn skal vi tilpasse våre virkemidler til den enkelte sak og situasjon. I veiledningen er det tydelig at hensynet til pasientsikkerhet skal styre hvordan tilsynet innrettes (3). Vi skal rette ressursene mot de sakene der en pågående praksis kan utsette fremtidige pasienter for alvorlig risiko, og der tilsyn er et nødvendig virkemiddel (4).

Lovendringene omfatter også helsepersonelloven med innføring av *faglig pålegg* som administrativ reaksjon. Reaksjonen *advarsel* er fjernet. Faglig pålegg kan være relevant i saker med faglig svikt og der det er usikkert om helsepersonellet har, eller vil sørge for å ha, gode nok faglige kvalifikasjoner, men der en begrensning av autorisasjonen vil være for inngripende. Innholdet i et faglig pålegg skal utformes i dialog med den ansatte selv og arbeidsgiver, og det kan være å gjennomgå kurs eller motta veiledning. Arbeidsgiver skal legge til rette for at fastsatte kompetansehevende tiltak kan gjennomføres. I primærhelsetjenesten har kommunene tilsvarende ansvar for fastlegene (5).

Ny tilsynspraksis er godt nytt for helsetjenesten og helsepersonell, men først og fremst for pasientene. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten fastsetter at helsevesenet kontinuerlig skal være i utvikling og lære av feil (6). Erfaringene til pasienter, brukere og pårørende er en viktig kilde som tilsynsmyndigheten og tjenestene skal lytte til. Presset ligger nå på statsforvalterne og Helsetilsynet for å sikre best mulig tilsynspraksis og riktig bruk av ressurser. ■

Frode Engtrø

frode.engtro@statsforvalteren.no

Frode Engtrø er spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin og er assisterende fylkeslege hos Statsforvalteren i Trøndelag. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Hege Raastad

Hege Raastad er spesialist i samfunnsmedisin og er seniorrådgiver i Helsetilsynet. Hun begynner som kommuneoverlege i Samfunnsmedisinsk enhet for Hamarregionen 26. august 2024. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Helse- og omsorgsdepartementet. LOV-2022-05-20-29 Lov om endringer i helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven mv. (administrative reaksjoner, tilsynsmyndighetenes saksbehandling av henvendelser om pliktbrudd m.m.). Lest 11.7.2024.
- 2 Den norske legeforening. Viktige lovendringer – tilsyn med helse og omsorgstjenestene. Lest 11.7.2024.
- 3 Helsetilsynet. Veiledning for statsforvalterens behandling av tilsynssaker (helse- og omsorgstjenesten). Lest 11.7.2024.
- 4 Helsetilsynet. Policy for tilsynssaker i barnevern, sosial- og helsetjenestene. Lest 11.7.2024.
- 5 Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 57 L (2021–2022) 6.5.3. Endringer i helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven mv. (administrative reaksjoner, tilsynsmyndighetenes saksbehandling av henvendelser om pliktbrudd m.m.). Lest 11.7.2024.
- 6 Helse- og omsorgsdepartementet. FOR-2016-10-28-1250 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Lest 11.7.2024.

Leger kan ytre seg mer. Og bør gjøre det

Ytringsfriheten. Denne lovpriste rettigheten vi smykker oss med, og som bringer Norge til topps i internasjonale rangeringer av pressefrihet i verden. Hvordan står det i praksis til med denne friheten i arbeidslivet?

Mye taler for at ytringsfriheten i norsk arbeidsliv er skrantende. Ytringsfrihetskommisjonen har uttrykt at arbeidstakere i «urovekkende» grad legger bånd på seg (1). Dette skyldes ikke rettsreglene. Det skyldes praksis og holdninger. I en undersøkelse fra 2021 fant Fafo at opptil 43 % av arbeidstakere opplever at ledelsen begrenser ytringsrommet av omdømmehensyn (2). Det står verre til i offentlig enn i privat sektor, og gjentatte undesøkelser tyder på forverring.

Det er ikke slik det skal være. Vi har en romslig lovfestet ytringsfrihet fordi vi ønsker at ytringsfriheten skal brukes. Som samfunn ønsker vi at ytringsfriheten skal brukes fordi vi har behov for at de som kan mest om en sak, kan fortelle oss andre hvordan det står til. Hvis noe av betydning bør bli bedre, må vi først få vite hva det er.

Leger har en særegen og viktig samfunnsrolle, og det er ofte av interesse for samfunnet for øvrig å vite hva leger som profesjon mener om en sak. Som jurister kan vi bidra med å fortelle legene hvor vid ytringsfriheten er. Det kan heldigvis gjøres nokså kort fordi ytringsfrihet er et enkelt prinsipp. Enkelheten er en av ytringsfrihetens styrker.

Det finnes ingen plikt til å slutte lojalt opp om det som arbeidsgiver har bestemt, eller å danse etter ledelsens pipe i ett og alt

Man skal slippe å tvile på om man skal tørre å ytre seg. Ytringsfriheten er en menneskerettighet beskyttet av Grunnloven. Grunnloven tar som utgangspunkt at alle kan ytre seg om alt, uansett tema eller reaksjoner. Det er begrensningene i ytringsfriheten som må begrunnes. Ytringsfriheten kan bare begrenses når følgende tre vilkår er oppfylt samtidig: Stortinget har vedtatt begrensningen ved lov, begrensningen lar seg forsvare holdt opp mot ytringsfrihetens begrunnelser, og begrensningen er forholdsmessig. Eksempler på slike begrensninger er taushetsplikt og forbud mot hatefulle ytringer og ærekrenkelser.

Samtidig må leger, som andre ansatte, forholde seg til den såkalte *lojalitetsplikten* i arbeidsforholdet. Denne plikten er det behov for å avmystifisere. Det finnes ingen plikt til å slutte lojalt opp om det som arbeidsgiver har bestemt, eller å danse etter ledelsens pipe i ett og alt. Tvert imot skal det svært mye til for at en arbeidstaker kan anses for å ha overtrådt en lojalitetsplikt gjennom kritiske ytringer, for eksempel til en avis. I Norge er det særlig Sivilombudet som har trukket opp grensene for hva lojalitetsplikten innebærer. Sivilombudet har behandlet en rekke klager fra offentlig ansatte som har fått reprimander fra ledelsen for kritiske ytringer. Alle klagene er gitt medhold. Mange tror at lojalitetsplikten begrenser ytringsfriheten mer enn det som er tilfelle.

Det er likevel særlig to ting som kan innebære at lojalitetsplikten overtres. Det ene er at man uttrykker seg som om man taler på vegne av sin institusjon, og ikke seg selv. Det andre er at man ytrer ting som faktisk alvorlig skader arbeidsgivers interesser. En oppfatning om at man «ikke går i takt» med arbeidsgiver eller generelt «skader omdømmet» er ikke nok. Sivilombudet har uttrykt at det kreves «påviselig skade» eller «åpenbar risiko for skade» på legitime og saklige interesser før det kan bli tale om brudd på lojalitetsplikten (3). Det skal med andre ord mye til. Det er vanskelig å se for seg at en leges alvorlig mente kritikk av temaer innenfor eget fagfelt kan bli bedømt slik. I hvert fall bør det være overkommelig å unngå. Det kan heller ikke stilles krav om at offentlig kritikk fra en ansatt må gå tjenestevei eller godkjennes av noen. Også dette har Sivilombudet uttalt seg om (4).

Det kan være flere forklaringer på hvorfor leger (og andre) ytrer seg mindre enn det de har lov til. Samfunnet er blitt mer profesjonalisert, og særlig større institusjoner ønsker av omdømmehensyn å fremstå som konfliktfrie og enhetlige. Kommunikasjonsstrategiene overlates til profesjonelle, både med hensyn til utforming og formidling. Enkelte debatter, som endring av sykehuslokalisering, kan framstå svært betente og vanskelige. For noen kan frykt for egen karriere tilsi at de ikke ønsker å bli



Illustrasjon: Tidsskriftet

oppfattet som urokråker. Ulike grunner kan samlet gjøre at man kvier seg for å ytre det man har på hjertet, selv om det oppleves som viktig. Det er forståelig, men beklagelig.

Leger har en særegen og viktig samfunnsrolle, og det er ofte av interesse for samfunnet for øvrig å vite hva leger som profesjon mener om en sak

En annen faktor kan være at det i senere år er fokusert mye på reglene om *varsling*, muligens til fortrenghet for kunnskap om den alminnelige ytringsfriheten som alle har. Det må derfor understrekes at alle, også leger, har ytringsfrihet, og det er ikke nødvendig med noen varslingsgrunn for å fremsette den kritikken man måtte ønske.

Uansett er det behov for å bedre legenes opplevelse av faktisk ytringsfrihet. Dette krever økt kunnskap om hvor vide de rettslige rammene for ytringer er, en økt erkennelse av legerollens autonomi og ansvar samt at alle parter i arbeidslivet blir mer oppmerksomme på ytringsfrihetens funksjon og heier fram kritiske ytringer.

Hvis leger ikke kan fortelle oss andre hvordan det står til – hvem skal gjøre det? ■

Vidar Strømme

vidar.stromme@nhri.no

Vidar Strømme er jurist og fagdirektør ved Norges institusjon for menneskerettigheter.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt honorar fra Universitetet i Oslo for veiledning og sensur av studenter, royalties fra Universitetsforlaget og Fagbokforlaget, og han har fått dekket reiseutgifter i forbindelse med diverse foredragsvirksomhet.

Litteratur

- 1 NOU 2022: 9. En åpen og opplyst offentlig samtale. Lest 26.6.2024.
- 2 Trygstad SC, Ødegård AM. Ytringsfrihet i arbeidslivet. Lest 26.6.2024.
- 3 Sivilombudet. Skriftlig advarsel i arbeidsforhold etter ytring på Facebook. Lest 26.6.2024.
- 4 Sivilombudet. Sak om ansattes ytringsfrihet. Lest 26.6.2024.

Selvmondsforebygging – svakheter i ny retningslinje

Helsedirektoratet har publisert en ny nasjonal faglig retningslinje for selvmordsforebygging. Den kunne vært enda bedre.

I april 2024 utga Helsedirektoratet en nasjonal faglig retningslinje for selvmordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (1). Det er bra at det kommer oppdaterte anbefalinger, de forrige er fra 2008 (2).

Retningslinjen får fint fram en rekke kliniske forhold som må avklares, og det står også mye godt om ledelsens ansvar samt tiltak overfor pårørende, etterlatte, ansatte og medpasienter som blir berørt av selvmordshandlinger. På den positive siden er det i tillegg anbefalinger til virksomhetsledelsen om å ha årsplan for opplæring og vedlikehold av ansattes kompetanse innen selvmordsforebygging (1).

Andre gode anbefalinger er å tilby sikkerhetsplan og å vurdere bruk av kontinuerlig observasjon eller inter-vallobservasjon for innlagte pasienter med behov for ekstra beskyttelsestiltak mot selvmord. Det er også viktig at planlegging av utskrivning og overganger mellom ulike behandlingssenheter bør starte tidlig i løpet og at pasienter med selvmordstanker og -atferd følges opp med en samtale i løpet av de første 72 timene etter utskrivning (1).

Risikovurdering

Retningslinjen på 58 sider er tung lesing, spesielt fordi så mange poenger og referanser stadig gjentas. Oppsummert forskning viser at det ikke er funnet modeller som kan brukes til å predikere risiko for selvmord. Dette poenget gjentas minst seks ganger med samme referanser (3, 4). De fleste studiene har en oppfølgings tid på fra en måned til et par år. Dette er uansett en vanskelig problemstilling. Hvis man vurderer at en person er overhengende suicidal, at vedkommende blir innlagt i psykiatrisk institusjon og at man dermed klarer å forhindre selvmord, er det ikke naturlig å konkludere med at prediksjonen var feil. På lengre sikt blir prediksjon enda vanskeligere, blant annet grunnet livshendelser, behandling og spontan bedring. I andre fag forsøker man ikke å predikere på individnivå, for eksempel vil ikke kardiologene forsøke å predikere hvem som dør av hjertesykdom i en viss tid etter et hjerteinfarkt (5).

Retningslinjen anbefaler at alle pasienter over ti år bør spørres om de har selvmordstanker og -planer. Men det er ingen grunn til å anta at alle pasienter i psykisk helsevern eller rusbehandling er suicidale, spesielt ikke barn i 10–12-årsalderen. Det er vel mer naturlig å gå mer gradvis fram, kanskje spørre om pasienten er deprimert, i så fall om vedkommende tenker på døden, har ønsker om å dø og i så fall har tenkt på å ta livet sitt. Det virker

ikke rimelig at alle pasienter skal utredes for den alvorligste tilstanden. Man gjør ikke koronar angiografi på alle pasienter med brystsmarter.

Det står at risikofaktorene for selvmord blant barn og unge i stor grad er de samme som for voksne. Dette er høyst tvilsomt. Når historiene og det levde liv er så forskjellig, er det ingen grunn til å tro at motivasjonen for å vurdere å ta livet sitt skulle være den samme. Det er forskjell på en ungdom som er fortvilet som følge av omsorgssvikt og seksuelle overgrep og en pensjonert bedriftsleder som ikke klarer å fylle dagene sine uten jobb og med helseproblemer som medfører avhengighet av andre.

Det savnes en fyldigere oversikt over de viktigste risikofaktorene for selvmord, gjerne delt inn i psykologiske, psykososiale og biologiske

Kronisk suicidalitet

«Kronisk suicidalitet» har også en overskrift. Retningslinjen har definert *suicidalitet* som en samlebetegnelse for selvmordstanker, selvmordsforsøk og selvmord. Av disse kan bare selvmordstanker være kroniske, og de behøver ikke å være alvorlige (6). Ingen går med kroniske planer om å ta livet sitt. Det er ikke uvanlig at en akutt suicidal pasient blir nektet innleggelse i psykiatrisk avdeling med begrunnelsen at vedkommende er kronisk suicidal og at det derfor ikke hjelper med innleggelse (7). Det ville nok vært mer naturlig å begrense termen *suicidal* til situasjoner hvor det foreligger akutt selvmordsfare.

Retningslinjen støtter seg på National Institute for Health and Care Excellence (NICE), som anbefaler at verktøy eller skalaer til vurdering av suicidalitet ikke skal benyttes til å gradere pasienter i kategoriene lav, moderat eller høy risiko for selvmord som begrunnelse for behov for behandling (8). I klinisk praksis må det gjøres slike vurderinger, blant annet for å ta stilling til om pasienten kan behandles poliklinisk eller må legges inn, eventuelt under tvang. Det blir neppe vanskeligere om man også benytter en skala for å støtte den kliniske beslutningen (9).

Veien videre

Det savnes en fyldigere oversikt over de viktigste risikofaktorene for selvmord, gjerne delt inn i psykologiske, psykososiale og biologiske. Det står for eksempel ikke noe om smertetilstander, degenerative neurologiske lidelser, kreft eller andre somatiske tilstander som er forbundet med økt selvmordsfare.

45 % av alle i Norge som døde i selvmord i perioden 2010–20, hadde kontakt med tjenestene det siste året før selvmordet. 37 % hadde kontakt de siste 90 dagene. Denne opplysningen gjentas også flere ganger. Det kunne vært interessant med noen refleksjoner om hvorvidt pasientene skrives ut for tidlig, om oppfølgingen er for dårlig eller begge deler.

Retningslinjen er et skritt videre for selvmordsforebyggingen i Norge, ikke minst med henblikk på å ansvarliggjøre ledelsen, vektlegge opplæring og å støtte pårørende, etterlatte, medpasienter og ansatte. Svakheterne kan rettes opp i revidert versjon. Det bør ikke gå 16 år til neste gang. ■

Øivind Ekeberg

Øivind Ekeberg er professor emeritus, tidligere overlege i psykiatri og har arbeidet med selvmordsatferd klinisk og forskningsmessig i 35 år. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Erlend Hem

erlend.hem@medisin.uio.no

Erlend Hem er instituttssjef ved Legeforskningsinstituttet og professor ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for selvmordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Lest 1.7.2024.
- 2 Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. IS-1511. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2008.
- 3 Belsher BE, Smolenski DJ, Pruitt LD et al. Prediction models for suicide attempts and deaths. A systematic review and simulation. JAMA Psychiatry 2019; 76: 642–51.
- 4 Large M, Myles N, Myles H et al. Suicide risk assessment among psychiatric inpatients: a systematic review and meta-analysis of high-risk categories. Psychol Med 2018; 48: 1119–27.
- 5 Ekeberg Ø, Hem E. Kan vi forutsi selvmord? Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 1680–1.
- 6 Ekeberg Ø, Hem E. Kronisk suicidal? Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 1682–3.
- 7 Ekeberg Ø, Urnes Ø, Kvarstein EH et al. Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse trenger tilpasset akuttbehandling. Tidsskr Nor Legeforen 2019; 139: 1442–4.
- 8 National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. Lest 1.7.2024.
- 9 Ekeberg Ø, Hem E. Hvorfor går ikke selvmordsraten ned i Norge? Tidsskr Nor Legeforen 2019; 139: 1038–40.

Tekst: Hege Frøen

Norske leger varsler om klima

Leger er tydelige varslere i klimasaken. Men hvorfor blir vi ikke hørt?

Leger har ansvar for å varsle når store helsefarer truer. Europa varmes opp i raskt tempo, tørke fører til reduserte avlinger og mangel på rent vann i store deler av verden og skogbranner herjer. Klimaendringene er den største trusselen mot verdens folkehelse, og leger har et etisk ansvar for å varsle.

Det mangler ikke på debattinnlegg, ledere og kronikker fra norske leger om dette temaet, blant annet her i Tidsskriftet, senest fra Nylander og medarbeidere (1–6). Allerede i 2011 skrev Kvåle og medarbeidere et innlegg med omtrent samme overskrift som vi kan se i dag: «Klimaendringer – vår tids største helsetrussel» (7). Gro Harlem Brundtland er lege og foregangskvinne innen klima- og miljøarbeidet. Hun ledet utarbeidingen av rapporten *Vår felles fremtid* for FN allerede i 1987 (8). Lege-nes klimaaksjon jobber kontinuerlig for å spre kunnskap om klimaendringenes alvorlige konsekvenser (9).

Som helsepersonell i en helsetjeneste som ikke tydelig prioriterer klima og miljøarbeid, og med en politisk ledelse som mangler klare planer og effektive virkemidler i klimapolitikken, er det vanskelig for den enkelte å gjøre en forskjell

Hvorfor hører ikke beslutningstagerne etter?

Norske leger har gjentatt budskapet om klimaendringenes trussel mot folkehelsen til det burde være forstått av alle, inkludert politikere og helsebyråkrater som sitter med makt til å gjøre endringer.

I Norge står helsetjenesten for 4,3 % av de totale klimagassutslippene (10), men vi vet mye om hva som skal til for å redusere dem. Ifølge Centre for Sustainable Healthcare er det fire prinsipper for en bærekraftig helsetjeneste: Forebygging, fokus på pasientens evne til egenomsorg og involvering i behandling av egen sykdom, å bruke LEAN-prinsipper i utredning og behandling samt å velge som har behandlingen med lavest miljøavtrykk (11). Hvis man leter etter slike initiativer i større skala i norske helseforetak, er de imidlertid vanskelige å finne – selv om klimavennlig praksis ofte også er god økonomi.

Det er lite trolig at Norge vil nå sine klimamål for 2030. Årsaken er at «viljen ikke er til stede – vi har ikke prøvd» (12). De største utslippene kommer fra olje- og gassutvinning, men regjeringen fortsetter å dele ut nye letelisenser selv om «tidsvinduet for å sikre en levelig og bærekraftig framtid lukker seg raskt» og «valg og handlinger som gjøres i dette tiåret vil ha betydning både for nåtiden og i flere tusen år fremover» (13).

Les flere debattartikler
på tidsskriftet.no:



TIL DISKUSJON
Reaksjoner, faglige innspill
og konstruktiv debatt.

OPPBEVARES UTILGJENGELIG FOR BARN

Å gjøre en forskjell som helsepersonell

For meg som helsepersonell er det kraftig moralsk dissonans knyttet til å leve i et rikt land som foreløpig er mindre truffet av klimakrisen enn mange andre, med innbyggere som setter stor pris på sin rene og vakre natur, samtidig som vi grunnet manglende omstilling bidrar til at mennesker i mindre heldig stilte deler av verden blir rammet av stadig verre hetebølger, tørke og i mange tilfeller død.

Som helsepersonell i en helsetjeneste som ikke tydelig prioriterer klima og miljøarbeid, og med en politisk ledelse som mangler klare planer og effektive virkemidler i klimapolitikken, er det vanskelig for den enkelte å gjøre en forskjell. Tydelige mål og forpliktende krav til helsetjenesten må til, og jeg savner Legeforeningen som en sterkere initiativtaker og pådriver. Klimasaken er den viktigste folkehelsesaken i vår tid, og helsetjenesten har et særskilt ansvar for raskt å sette i gang tiltak som monner: *Primum non nocere* – fremfor alt ikke skade. ■

Hege Frøen

hege@froen.no

Hege Frøen har master i helseadministrasjon og er utdannings- ansvarlig overlege ved Avdeling for blodsykdommer, Rikshospitalet, og er faglig medarbeider i Tidsskriftet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Rødland EK. En trippel global krise. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0594.
- 2 Dietrichs ES. Hvordan menneskeskapte klimaendringer påvirker helse. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0357.
- 3 Frøen HM. Klimaarbeidet i spesialisthelsetjenesten – for lite og for langsomt. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0477.
- 4 Tveito K. Indias hage. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.24.0199.
- 5 Dale E, Venkateswaran M, Fjeldheim I et al. Globalt helsearbeid og bærekraft – ingen er trygge før alle er trygge. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0499.
- 6 Nylander G, Endsjø T-Ø, Halvorsen R. Ansvar i klimakrisens tid. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.24.0292.
- 7 Kvåle G, Fadnes LT, Tryland M et al. Klimaendringer – vår tids største helsetrussel. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: doi: 10.4045/tidsskr.11.0607.
- 8 Brundtland GH. Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future. Geneva: United Nations, 1987.
- 9 Legenes klimaaksjon. Lest 8.8.2024.
- 10 Health Care Without Harm. Health cares climate footprint. Appendix A Tabulated national health care emissions. Lest 14.8.2024.
- 11 Centre for sustainable healthcare. Principles of sustainable clinical practice. Lest 14.8.2024.
- 12 Kjørstad E. Er Norge en klimasinke sammenlignet med Sverige og Danmark? Forskning 29.1.2024. Lest 28.6.2024.
- 13 Climate Change 2023: Synthesis Report. Summary for Policymakers. Intergovernmental Panel on Climate Change. Lest 14.8.2024.

Bærekraftig smittevern – av med hansken

Helse- og omsorgstjenesten kan forebygge infeksjoner like effektivt med lavere klima- og miljøavtrykk. Et viktig sted å starte er forbruket av engangshansker.

Helsesektoren har et betydelig avtrykk på natur og miljø, og forårsaker omkring 5 % av det globale klimagassavtrykket (1). For å redusere dette klimaavtrykket har Helsedirektoratet nylig laget et utkast til veikart mot en bærekraftig, lavutslipps helse- og omsorgssektor (2). Å redusere helsetjenestens klimaavtrykk innebærer både å redusere unødig forbruk og aktivitet, og å forebygge sykdom. De regionale helseforetakene har derfor vedtatt reduksjon av helsetjenesteassosierte infeksjoner som ett av sine klima- og miljømål mot 2030 (3). Men infeksjonsforebygging i helsetjenesten slik vi praktiserer det i dag, innebærer et høyt forbruk av utstyr. Her omtaler vi hvordan denne klima- og miljøpåvirkningen kan reduseres samtidig som vi opprettholder smittevernet og kvaliteten i tjenesten, blant annet gjennom mindre bruk av engangshansker.

Studier viser også at overforbruk av hansker fører til redusert etterlevelse av håndhygiene og derved redusert pasientsikkerhet

Engangshansker bidrar til et betydelig klimaavtrykk

En studie fra England fant at karbonavtrykket av personlig verneutstyr er betydelig (4). Den største andelen kom fra engangshansker.

For norsk helsetjeneste er det utfra innkjøpstall anslått et forbruk på 300 millioner lateks- og nitrilhansker i 2019 (5). Utenlandske studier og en mindre observasjonsundersøkelse gjennomført ved norske sykehjem, fant at i 24–58 % av situasjonene der hansker ble benyttet, var hanskebruk ikke indisert (6–9). Gitt et totalforbruk på 300 millioner, kan man anslå at norsk helsetjeneste har et unødvendig forbruk på mellom 70 og 175 millioner engangshansker hvert år. Dette tilsvarer inntil 1 225 tonn unødvendig avfall årlig.

Videre kan man grovt anslå, basert på innkjøpstall for sykehus i Helse Sør-Øst, at samlet innkjøp av hansker for primær- og spesialisthelsetjenesten steg fra 300 millioner i 2019 til 400 millioner i 2023. Vi antar at denne økningen etter pandemien utgjør et ytterligere overforbruk, da den ikke kan forklares utfra endrede anbefalinger.

Verneutstyr skal benyttes der det er nødvendig for å forebygge smitteoverføring. Overforbruk av verneutstyr, som hansker, utgjør imidlertid unødig ressursbruk og miljøbelastning. Studier viser også at overforbruk av hansker fører til redusert etterlevelse av håndhygiene og derved redusert pasientsikkerhet (6, 10). I tillegg til fokus

Illustrasjonsfoto: iStock

Christian Borgen Lindstad

cblindstad@gmail.com

Christian Borgen Lindstad er lege og seniorrådgiver i Helsedirektoratet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Torni Myrbakk

Torni Myrbakk er spesialist i medisinsk mikrobiologi og smittevernoverlege ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Mette Fagernes

Mette Fagernes er ph.d., sykepleier og seniorrådgiver ved Folkehelseinstituttet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Hanne-Merete Eriksen-Volle

Hanne-Merete Eriksen-Volle er seksjonsleder ved Folkehelseinstituttet i seksjon for resistens- og infeksjonsforebygging, Avdeling for smittevern og beredskap. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Erlend Tuseth Aasheim

Erlend Tuseth Aasheim er avdelingsdirektør i Helsedirektoratet og førsteamanuensis ved Senter for bærekraft i helseutdanningene, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Sherman JD, MacNeill AJ, Biddinger PD et al. Sustainable and Resilient Health Care in the Face of a Changing Climate. *Annu Rev Public Health* 2023; 44: 255–77.
- 2 Helsedirektoratet. Veikart mot en bærekraftig lavutslipps helse- og omsorgstjeneste - høringsutkast. Lest 19.8.2024.
- 3 Grønt sykehus. Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten. Lest 19.8.2024.
- 4 Rizan C, Reed M, Bhutta MF. Environmental impact of personal protective equipment distributed for use by health and social care services in England in the first six months of the COVID-19 pandemic. *J R Soc Med* 2021; 114: 250–63.
- 5 FHI. Markering av håndhygienedagen 5. Mai 2024. Lest 19.8.2024.
- 6 Girou E, Chai SH, Oppein F et al. Misuse of gloves: the foundation for poor compliance with hand hygiene and potential for microbial transmission? *J Hosp Infect* 2004; 57: 162–9.
- 7 Kristiansen PC, Bastien S, Debesay J et al. How and why do healthcare workers use gloves in two Norwegian nursing homes? *J Hosp Infect* 2024; 146: 134–40.
- 8 Loveday HP, Lynam S, Singleton J et al. Clinical glove use: healthcare workers' actions and perceptions. *J Hosp Infect* 2014; 86: 110–6.
- 9 Wilson J, Bak A, Loveday HP. Applying human factors and ergonomics to the misuse of nonsterile clinical gloves in acute care. *Am J Infect Control* 2017; 45: 779–86.
- 10 Flores A, Pevalin DJ. Healthcare workers' compliance with glove use and the effect of glove use on hand hygiene compliance. *Br J Infect Control* 2006; 7: 15–9.
- 11 Baker N, Bromley-Dulfano R, Chan J et al. COVID-19 Solutions Are Climate Solutions: Lessons From Reusable Gowns. *Front Public Health* 2020; 8: 590275.
- 12 Vozzola E, Overcash M, Griffing E. Environmental considerations in the selection of isolation gowns: A life cycle assessment of reusable and disposable alternatives. *Am J Infect Control* 2018; 46: 881–6.

på overforbruk av hansker utenfor gjeldende anbefalinger, planlegger Folkehelseinstituttet (FHI) en kritisk gjennomgang av indikasjoner for alt verneutstyr. Dette for å se om det kan identifiseres potensial for å redusere bruken uten å øke smitterisikoen.

Gjenbruk av verneutstyr

Å kutte unødig forbruk er mest effektivt, men miljø- og klimaavtrykket kan også reduseres ved å bytte fra engangs- til flergangsprodukter der det er mulig. Kan for eksempel dagens engangssmittefrakker erstattes av flergangs? Noen studier viser at flergangsfrakker har et betydelig lavere avtrykk på klima og miljø enn engangsfrakker (11, 12). En overgang til flergangsfrakker fordrer imidlertid at disse gir samme barriere som engangsfrakker. I tillegg er det utfordringer knyttet til logistikk og reprosesserings som må løses. Gjenbruk av verneutstyr har vært utforsket også i andre settinger (4), men det trengs mer kunnskap på området.

Økt kompetanse

Det er behov for en generell styrking av smittevernkompetanse hos helsepersonell. Dette vil bidra til reduksjon av helsetjenesteassosierte infeksjoner. Samtidig vil det kunne bidra til å redusere overforbruk av verneutstyr og at ressurs- og utstyrskrevenende smitteverntiltak, som isolering av pasienter, ikke iverksettes uten at det er indisert.

Helsepersonell kan allerede nå bidra til å redusere klima- og miljøavtrykket i helsetjenesten, både ved å følge gjeldende smittevern anbefalinger og å bidra til å identifisere praksis som kan endres.

Reduksjon av unødvendig hanskebruk er en åpenbar, lavthengende frukt som er moden for å plukkes. ■



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 nevralgi (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

Tekst: Joar Røkke Fystro

Kan leger drive oppsøkende genetisk informasjonsvirksomhet?

Nye etiske retningslinjer fra Verdens legeforening understreker at leger i eksepsjonelle tilfeller kan bryte taushetsplikten også når pasienten ikke vil eller kan samtykke til dette.

Verdens legeforening oppdaterte nylig sine etiske retningslinjer for leger (1). Revisjonsprosessen har foregått over fire år, i tett samarbeid med de ulike landenes medlemsorganisasjoner. Prosessen endte i en revidert utgave, som ble enstemmig vedtatt på Verdens legeforenings 73. generalforsamling i oktober 2022 (1).

En av paragrafene som ble endret, var paragraf 22 om hva som må til for at leger skal kunne bryte taushetsplikten. Den nye ordlyden ble som følger (2):

«The physician must respect the patient's privacy and confidentiality, even after the patient has died. A physician may disclose confidential information if the patient provides voluntary informed consent or, in exceptional cases, when disclosure is necessary to safeguard a significant and overriding ethical obligation to which all other possible solutions have been exhausted, even when the patient does not or cannot consent to it. This disclosure must be limited to the minimal necessary information, recipients, and duration.»

Dersom helsepersonell ikke bryter taushetsplikten overfor pasienten for å informere slektningene, fratas slektningene muligheten til å gjøre valg basert på informasjon som får vesentlige konsekvenser for liv og helse

Denne revisjonen innebærer flere endringer i paragrafen om taushetsplikten (1). I første setning er det gjort eksplisitt at taushetsplikten ikke opphører sammen med pasienten. Begrunnelsen for å kunne bryte taushetsplikten i ekstraordinære tilfeller er også endret. Tidligere het det at det var etisk riktig å se bort fra taushetsplikten når det forelå en reell og overhengende fare for skade på pasienten eller andre og at denne faren kun kunne unngås ved å bryte taushetsplikten (3, s. 2).

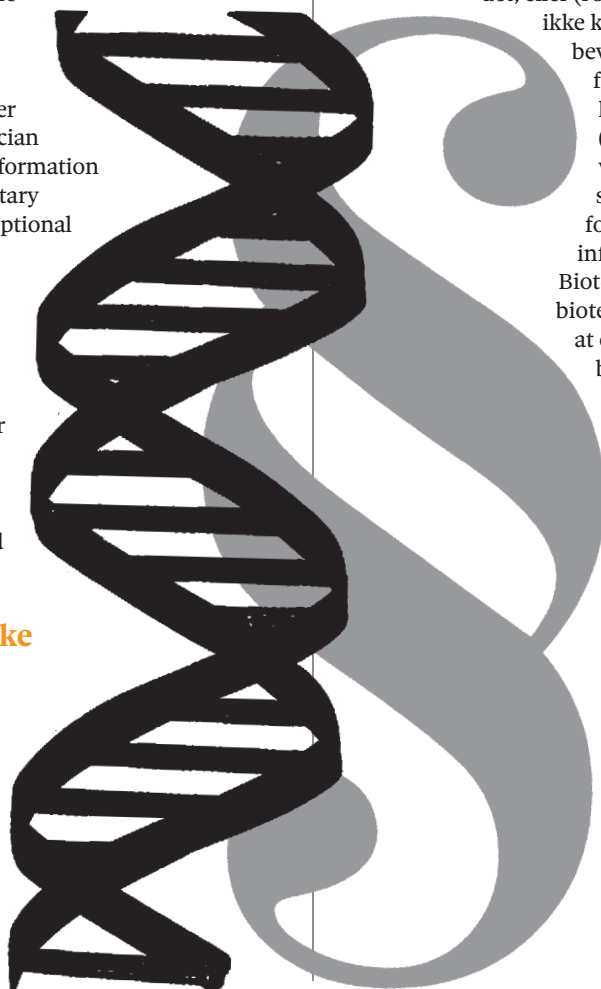
Mens begrunnelsen for å kunne bryte taushetsplikten før var spesifikk, er den i paragrafens nye språkdrakt mer generell. Den kan brytes når man har en vesentlig og overordnet etisk forpliktelse til det. Som tidligere understrekes det at taushetsbelagt informasjon kan deles med andre dersom pasienten samtykker. Nå er det også føyet til at slik informasjon – i eksepsjonelle tilfeller – kan deles selv om pasienten ikke vil eller kan samtykke (1, 2).

Skal legen kunne oppsøke deg med genetisk informasjon?

Såkalt oppsøkende genetisk informasjonsvirksomhet handler om hvorvidt, i hvilket omfang og på hvilke premisser helsevesenet skal kunne oppsøke berørte slektninger av en pasient som har fått påvist en arvelig disposisjon for sykdom. Hensikten med slik oppsøkende virksomhet vil være å informere eller tilby informasjon til slektningene om at det er funnet et arvelig sykdomsanlegg i familien som gjør at de selv er disponerte for å bli syke i fremtiden.

I henhold til norsk lov kan helsepersonell informere slektninger av en pasient hvis pasienten samtykker til det, eller (i særlige tilfeller) hvis pasienten ikke kan samtykke – som ved

bevisstløshet eller død (4–6). De fem vilkårene i bioteknologiloven § 5-9 femte ledd (ramme 1) må i begge tilfeller være oppfylt, og den aktuelle sykdommen må bli godkjent for oppsøkende genetisk informasjonsvirksomhet (4). Bioteknologirådet evaluerer nå bioteknologiloven (7), som betyr at også endringer i denne bestemmelsen kan bli foreslått.



Ramme 1

**Vilkårene i bioteknologiloven
§ 5-9 femte ledd (4)**

Før helsepersonell tar kontakt med slektningene, skal han eller hun vurdere om:

1. det gjelder en sykdom med vesentlige konsekvenser for den enkeltes liv eller helse,
2. det er en rimelig grad av sannsynlighet for at også slektningene har et arvelig sykdomsanlegg som kan føre til sykdom senere i livet
3. det foreligger en dokumentert sammenheng mellom det arvelige sykdomsanlegget og utvikling av sykdom
4. de genetiske undersøkelser som benyttes for å fastslå det arvelige sykdomsanlegget, er sikre, og
5. sykdommen kan forebygges eller behandles med god effekt.

Hva kan vi lære av paragraf 22 i Verdens legeforenings etiske retningslinjer? Hvis en pasient ikke samtykker til å informere berørte slektninger og de fem vilkårene i loven er oppfylt, er spørsmålet om en slik situasjon utløser en «vesentlig og overordnet etisk forpliktelse» for legen. Jeg har tidligere argumentert for at så er tilfellet (5). Dersom helsepersonell ikke bryter taushetsplikten overfor pasienten for å informere slektningene, fratras slektningene muligheten til å gjøre valg basert på informasjon som får vesentlige konsekvenser for liv og helse (5, s. 994). De nye retningslinjene fra Verdens legeforening foreskriver at i slike eksepsjonelle tilfeller kan taushetsplikten brytes selv om pasienten ikke samtykker. Følgelig kan retningslinjene tas til inntekt for at det bør være adgang – når lovens vilkår er oppfylt – til å informere slektninger også i tilfeller der pasienten motsetter seg dette. ■

Mottatt 25.7.2024, første revisjon innsendt 8.8.2024,
godkjent 16.8.2024.

Joar Røkke Fystro

j.r.fystro@medisin.uio.no

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

Litteratur

- 1 Parsa-Parsi RW, Gillon R, Wiesing U. The revised International Code of Medical Ethics: an exercise in international professional ethical self-regulation. *J Med Ethics* 2024; 50: 163–8.
- 2 World Medical Association. WMA International Code of Medical Ethics (2022). Lest 25.7.2024.
- 3 World Medical Association. WMA International Code of Medical Ethics (2006). Lest 25.7.2024.
- 4 LOV-2003-12-05-100. Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven). Lest 24.7.2024.
- 5 Fystro JR. Når jus og moral møtes. *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; 140: 993–5.
- 6 Fystro JR. Oppsøkende genetisk informasjonsvirksomhet – en historisk gjennomgang. *Michael* 2021; 18: 74–82.
- 7 Helse- og omsorgsdepartementet. Tildelingsbrev til Bioteknologirådet for 2024. Lest 13.8.2024.



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

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

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

Pharmacotherapeutic group: Anti-anaemic preparations, other anti-anaemic preparations (B03XA05).

Therapeutic indications: Treatment of adult patients with symptomatic anaemia associated with chronic kidney disease (CKD).

***Posology and method of administration:** The dose should be individualised to achieve and maintain target Hb levels of 10 to 12 g/dL. Must be taken orally three times per week and not on consecutive days. See the Summary of Product Characteristics (SmPC), section 4.2, for further details.

Contraindications: Hypersensitivity to the active substance, peanut, soya or to any of the excipients; Third trimester of pregnancy; Breast-feeding.

***Special warnings and precautions for use:** Includes risk for serious (including fatal) cardiovascular and thrombotic vascular events (TVEs), seizures and serious infections, including sepsis. Secondary hypothyroidism has also been reported. Should be used with caution in patients with a history of seizures (convulsions or fits), epilepsy or medical conditions associated with a predisposition to seizure activity such as central nervous system infections, as well as in patients with pre-existing risk factors for TVE. Caution is warranted when administered to patients with moderate hepatic impairment (Child-Pugh class B) and is not recommended for use in patients with severe hepatic impairment (Child-Pugh class C). Should not be initiated in women planning on becoming pregnant or during pregnancy. Misuse may lead to an excessive increase in packed cell volume. This may be associated with life-threatening complications of the cardiovascular system.

***Undesirable effects:** The most frequent (≥10%) adverse reactions (ADRs) in clinical studies were hypertension, vascular access thrombosis, diarrhoea, peripheral oedema, hyperkalaemia and nausea. The most frequent (≥1%) serious ADRs were sepsis, hyperkalaemia, hypertension and deep vein thrombosis. Dermatitis exfoliative generalised, part of severe cutaneous adverse reactions (SCARs), has been reported during postmarketing surveillance (frequency not known).

Marketing authorisation holder: Astellas Pharma Europe B.V., The Netherlands.

Norway: Dispensing group: C. **Reimbursement:** Reimbursement is only provided after prescription from a hospital doctor or contract specialist. Prescribed on H-prescription ("H-resept").

Pack size and price (pr 20.03.2024): 20 mg: 12 tabl. (blistre) 1 094,00 kr; 50 mg: 12 tabl. (blistre) 2 675,70 kr; 70 mg: 12 tabl. (blistre) 3 730,20 kr; 100 mg: 12 tabl. (blistre) 5 311,90 kr; 150 mg: 12 tabl. (blistre) 7 947,90 kr.

Local representative: Astellas Pharma, Tel: +47 66 76 46 00. For more information see www.felleskatalogen.no.

Based on authorised summary of product characteristics dated 02 June 2023.

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

astellas

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

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

MAT-NO-EVZ-2024-00005 04.2024

EVRENZO™ can change the clinical management of anaemia of CKD

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

Oral administration three times weekly.⁵

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

Is now the
time to think
differently?

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

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

Referanser:

1. EVRENZO SmPC, seksjon 4.1, 06.2023.
2. EVRENZO SmPC, seksjon 5.1, 06.2023.
3. Del Vecchio L and Locatelli F. Roxadustat in the treatment of anaemia in chronic kidney disease. Expert Opin Investig Drugs. 2018;27(1):125-33.
4. Locatelli F, Fishbane S, Block GA, Macdougall IC. Targeting hypoxia-inducible factors for the treatment of anemia in chronic kidney disease patients. Am J Nephrol. 2017;45:187-99.
5. EVRENZO SmPC, seksjon 4.2, 06.2023.
6. EVRENZO SmPC, seksjon 4.5, 06.2023.

Tekst: Johannes Bjørnstad Tyrihjel et al.

Går vi mot en ny vri på fastlegeordningen?

Det er gledelig med flere plasser på fastlegelistene i Norge. Men hvor er vi på vei når stadig flere fastleger har færre pasienter og kommunal ansettelse, med dertil høyere kostnadsnivå for fastlegeordningen?

2023 snudde flere av de negative utviklingstrendene i fastlegeordningen. Flere enn noen gang tidligere startet som fastlege, og for første gang siden 2017 økte det totale antallet listeplasser (1, s. 14 og 21). Samtidig ser vi en utvikling i retning av flere kommunalt ansatte fastleger og færre pasienter per fastlege – med konsekvenser for offentlige utgifter til fastlegeordningen. Kapasiteten i fastlegeordningen i form av samlet antall plasser på fastlegelister har vært fallende siden 2017, og siden 2021 har det vært færre plasser på fastlegelister enn det er innbyggere i Norge (1, s. 14).

Kortere lister

I motsetning til hva man kan få inntrykk av fra media (2–4), skyldes ikke den reduserte kapasiteten mangel på fastleger. Antall fastleger per innbygger har økt hvert eneste år, og det har aldri vært flere fastleger per innbygger enn akkurat nå. I 2023 fikk vi en etterlenget økning i kapasiteten i fastlegeordningen. Økningen skyldes imidlertid utelukkende en rekordhøy vekst i antallet fastleger, ettersom antallet pasienter på den enkelte fastleges liste ble redusert i større grad enn noen gang tidligere.

I gjennomsnitt hadde hver fastlege i 2023 ansvar for mer enn 50 færre pasienter enn for to år siden, og 100 færre enn for seks år siden. Særlig har nye fastleger kortere pasientlister enn før. Frem til 2016 hadde nye fastleger mellom 1 000 og 1 100 plasser på listen. De som startet i 2021, hadde litt over 900 plasser, og de som startet i 2023, hadde i gjennomsnitt 760 plasser på listen (figur 1) (1). Vi har fulgt ulike kohorter av nye fastleger over tid, og finner at nye fastleger ikke bare har kortere lister ved oppstart, men listene er kortere også ett, to og tre år senere, sammenlignet med tidligere år (figur 2) (1). Det er derfor ikke grunn til å tro at listelengdene vil øke med det første.

Kortere pasientlister har trolig flere forklaringer. Krav til spesialisering i allmennmedisin fra 2017 er én av dem. I tillegg har fastlegene fått stadig flere oppgaver over tid. Samhandlingsreformen fra 2012 medførte at en rekke oppgaver

ble flyttet ut av sykehusene og til primærhelsetjenesten. Dokumentasjonskravet har også økt, slik at samme arbeidsoppgaver i dag krever mer administrativt arbeid enn tidligere. En 28 % økning i basistilskuddet (fastlegenes betaling per innbygger på listen) i 2023 har også muliggjort kortere lister uten tap av inntekt (1, s. 50–51).

Etterspørselen etter fastlegetjenester har også økt. I 2023 ble det gjennomført 3,0 fastlegekonsultasjoner per innbygger, mot 2,7 i 2018 og 2,6 i 2013 (5). Økt etterspørsel skyldes både eldre pasienter med flere sykdommer, men også økte forventninger i befolkningen, redusert terskel for å ta kontakt med helsetjenesten og økt tilgang til fastlegen i form av e-konsultasjoner (6, s. 16 og 37). Samtidig kan fastlegenes muligheter til å prioritere ha blitt mindre. E-konsultasjoner og timebestilling på nett senker terskelen for å bestille legetime og reduserer muligheten for å anbefale «å vente og se». Fastlegene har fem dagers frist på å svare ut e-konsultasjoner, noe som også reduserer muligheten til å prioritere mellom henvendelser.

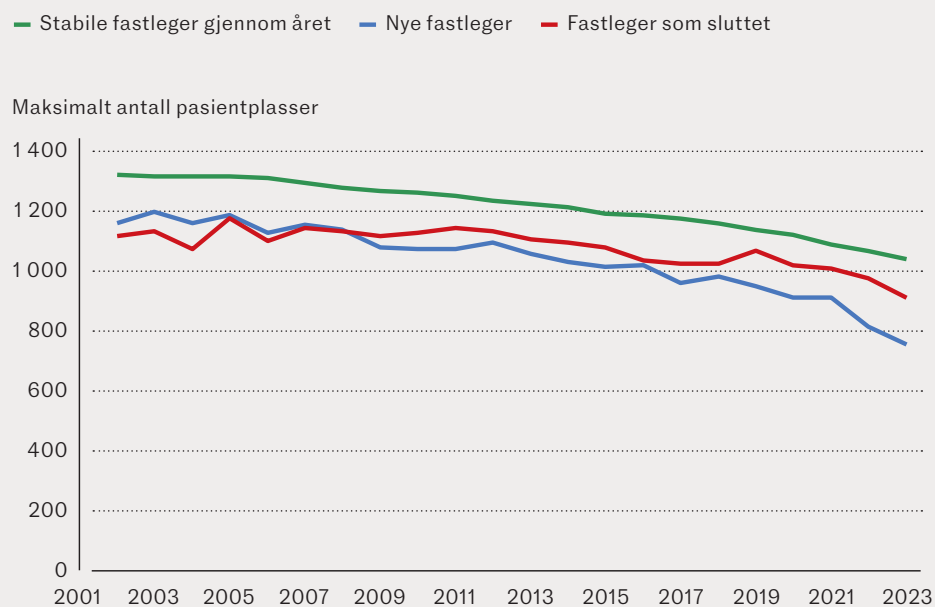
I tillegg har trolig legenes preferanser endret seg i tråd med samfunnet for øvrig. Samfunnet er mer likestilt mellom kjønn, med forventninger om likere bidrag i hjemmet. Den nye generasjonen fastleger kan tenkes å være mer opptatt av forutsigbare rammer, mindre økonomisk risiko og mer fritid enn tidligere generasjoner.

Flere er kommunalt ansatt

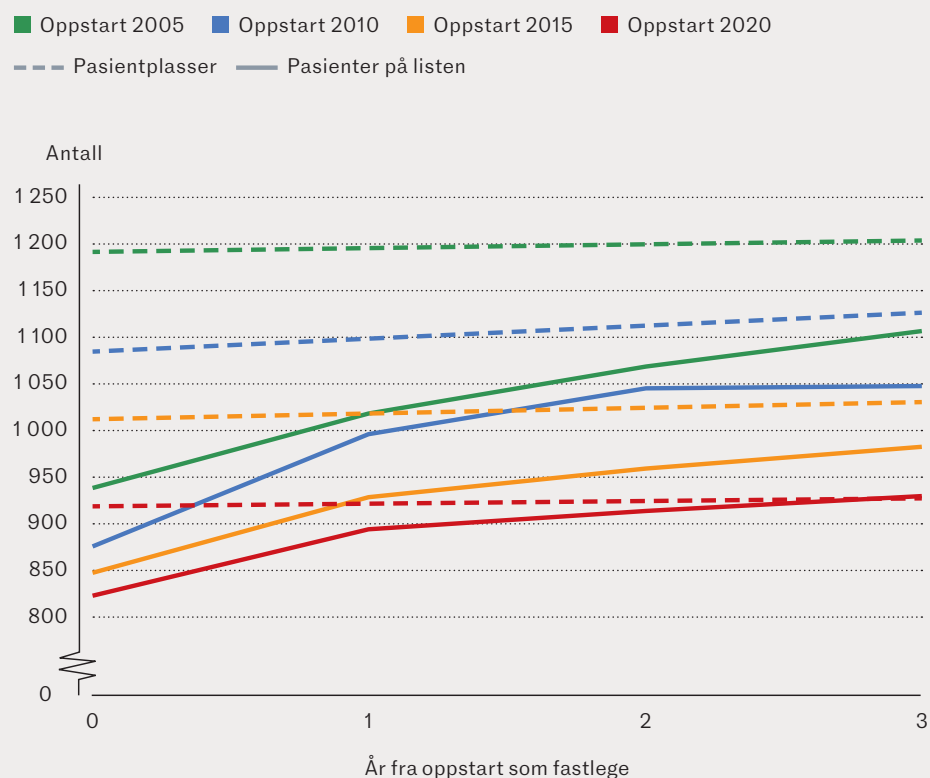
Parallelt har kommunal ansettelse blitt stadig mer vanlig blant fastlegene. Selvstendig næringsdrift har vært hovedmodellen i fastlegeordningen, men rekrutteringsutfordringer har over tid ført til at mange kommuner har sett seg nødt til å tilby andre betingelser til nye fastleger. Mange unge leger har ikke ønske om å være selvstendig næringsdrivende, og tilbud om kommunal ansettelse kan synes å virke rekrutterende. I ALIS-Nord-prosjektet måtte flere kommuner tilby kommunal ansettelse for å fylle stillingene (7). —→

I gjennomsnitt hadde hver fastlege i 2023 ansvar for mer enn 50 færre pasienter enn for to år siden, og 100 færre enn for seks år siden

Figur 1 Gjennomsnittlig maksimalt antall pasientplasser på listen for nye fastleger, fastleger som sluttet og stabile fastleger i årene 2001–23 (1).



Figur 2 Gjennomsnittlig maksimalt antall pasientplasser (stiplede linjer) og antall pasienter på listen (heltrukne linjer) de første tre årene for fastleger med startår i 2005, 2010, 2015 og 2020 (1).



I dag er det mer enn 1 000 kommunalt ansatte fastleger (tilsvarende én av fem fastleger), dobbelt så mange som i 2017. Særlig blant nye fastleger er det mange som er kommunalt ansatt. De to siste årene er halvparten av nye fastleger kommunalt ansatte, opp fra 25 % i 2017.

I motsetning til selvstendig næringsdrivende fastleger får ikke fastleger som er ansatt i kommunen, mer i inntekt ved å øke antallet pasienter på listen eller gjennomføre flere konsultasjoner per dag. Ulike insentivordninger kan likevel bidra til å øke aktiviteten. De siste årene har aktivitetsbaserte bonusordninger blitt vanligere blant kommunalt ansatte fastleger, og dette kan gi lignende insentiver som ved næringsdrift. Ved utgangen av 2023 hadde over 60 % av de kommunalt ansatte fastlegene en bonusordning, mot i underkant av halvparten i 2021 (1, s. 44) (8, s. 48).

I en studie undersøkte man fastleger som hadde vært både næringsdrivende og kommunalt ansatte. Som næringsdrivende hadde fastlegene signifikant flere pasienter på listen, flere konsultasjoner per dag, en større andel lange konsultasjoner og flere behandlinger innenfor hver konsultasjon (9). Det er ikke funnet tegn til at dette går utover kvaliteten på behandlingen som gis. Tvert imot tyder den samme studien på at det å ha en næringsdrivende fastlege gir lavere sannsynlighet for sykehusinnleggelse og bruk av legevaktjenester (kontrollert for andre faktorer).

Større etterspørsel

Vi er på vei mot nye utfordringer for fastlegetjenesten. Befolkningen blir stadig eldre. Pasientene vil følgelig ha flere sykdommer, samtidig som tilgangen på arbeidskraft blir knappere (10, s. 12). Fastlegetjenesten står sentralt i fremtidens helsetjeneste, både med ansvar for flere behandlingsområder, koordinering av tjenester og som portvokter for kostbare offentlige spesialisthelsetjenester og ulike velferdsgoder.

Tidligere fremskrivninger har anslått at etterspørselen etter allmennlegetjenester vil øke med 4 600 årsverk frem mot 2040 (11, s. 28). Samtidig vil andre samfunnsområder ha økt behov for både personell og penger. Den nylig vedtatte langtidsplanen for Forsvaret medfører 611 milliarder ekstra kroner til forsvar de neste 12 årene (12). Omstilling til et lavutslippssamfunn og utbygging av fornybar industri er også ventet å kreve betydelige ressurser (13). Det vil derfor være et økende behov for å utnytte ressursene i helsetjenesten effektivt og i enda større grad prioritere mellom helsetiltak.

Tverrfaglighet og oppgavedeling

Både Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024 (fra 2019), Ekspertutvalg for gjennomgang av allmennlegetjenesten (fra 2023) og Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 (fra 2024) viser til tverrfaglighet på fastlegekontoret som en del av løsningen. Samtidig viser våre undersøkelser at både fastlegene og øvrig personell på fastlegekontorene i stor grad er fornøyd med dagens organisering og at de ikke

ønsker større organisatoriske endringer (1, s. 64–66). Det synes med andre ord å være en motsetning mellom politiske målsettinger og personellens ønsker. Samtidig viser erfaringer fra utprøving av primærhelseteam at felles interesse og motivasjon samt mulighet til lokale tilpasninger er en forutsetning for å dra nytte av teamarbeidet (14).

Fastlegekapasiteten videre

Utfordringene med en eldre befolkning og medfølgende sykdomsbyrde og helsetjenestebruk kan føre til at tjenesten bør organiseres slik at pasienter med sammensatte sykdomsbilder behandles tverrfaglig på fastlegekontoret med større involvering og koordinering mellom ulike deler av helsetjenesten. I så fall vil det være viktig å utrede om kommunal ansettelse kan passe bedre enn selvstendig næringsdrift. Ettersom fastlegetjenester, alt annet likt, er billigere enn spesialisthelsetjenester, vil en utbygging av fastlegetjenesten i teorien kunne være besparende. Å bygge ut kapasiteten i fastlegetjenesten vil også være i tråd med LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå), som tilsier at medisinske utfordringer skal løses på laveste nivå (15).

Samtidig tilsier forskjeller i antall konsultasjoner per dag, mengden behandling per konsultasjon og antall pasienter på listen, at det trengs om lag 1,5–2 kommunalt ansatte fastleger for å dekke samme tilbud som én næringsdrivende fastlege. I tidligere kartlegginger fant man at kommunene i gjennomsnitt har 590 000 kroner i merkostnader per kommunalt ansatte fastlege (omregnet til 2024-kroneverdi) (16). De siste fem årene har om lag 1 200 næringsdrivende fastleger gått ut av fastlegeordningen. Dersom vi for enkelthets skyld legger disse tallene til grunn fremover, vil det kreve 1 800–2 400 nye kommunalt ansatte fastleger for å opprettholde disse legenes tjenestetilbud. Det vil medføre betydelige merutgifter for samfunnet. Unge fastleger har kortere lister enn legene som går ut av ordningen, slik at de avtroppende legene trolig må erstattes av et høyere antall nye fastleger også når disse er næringsdrivende.

Kommunalt ansatte fastleger har i dag færre konsultasjoner per pasient på listen per år enn næringsdrivende (2,5 mot 3,1) (17). Med færre konsultasjoner per fastlege må enten antallet fastleger økes eller pasientenes tilgang på fastlegetjenester rasjoneres. Det synes imidlertid lite realistisk å redusere antall konsultasjoner i et slikt omfang nasjonalt, gitt at så mange allerede er misfornøyd med ventetiden på å få time (18).

Med lav egenbetaling og frikortgrense vil økt tilbud av helsetjenester føre til at innbyggerne etterspør stadig flere helsetjenester, samtidig som de har høyere forventninger til tjenesten. En styrket portvokterfunksjon kan avlaste spesialisthelsetjenesten, som sliter med økende ventetider (19). På den annen side kan økt kapasitet i fastlegetjenesten fange opp flere pasienter som også må følges opp i sykehus. For

Ettersom fastlege-tjenester er billigere enn spesialist-helsetjenester, vil en utbygging av fastlege-tjenesten i teorien kunne være besparende

stor kapasitet i fastlege-tjenesten kan dermed bidra til mindre effektiv bruk av offentlige ressurser. Det er viktig at politiske tiltak forener utfordringene tjenesten står overfor med ulike hensyn blant helsepersonellet, samtidig som man sikrer at utformingen av helsetjenesten både er økonomisk bærekraftig og i tråd med langsiktige samfunnsbehov. ■

Oslo Economics, Universitetet i Oslo og Nasjonalt senter for distriktsmedisin mottar honorar fra Helsedirektoratet for oppdrag om følgeevaluering av tiltak i allmennlege-tjenesten.

Mottatt 14.6.2024, første revisjon innsendt 27.6.2024, godkjent 9.7.2024.

Johannes Bjørnstad Tyrihjel

jbt@osloeconomics.no

Johannes Bjørnstad Tyrihjel er samfunnsøkonom og manager i Oslo Economics. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kine Pedersen

Kine Pedersen er ph.d., helseøkonom, samfunnsøkonom, førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo og senior manager i Oslo Economics. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Susanne Gerda Værnø

Susanne Gerda Værnø er siviløkonom i Oslo Economics. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Geir Godager

Geir Godager er ph.d., cand.oecon og førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Tor Iversen

Tor Iversen er professor emeritus ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jon Holte

Jon Holte er ph.d. og førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Birgit Abelsen

Birgit Abelsen er professor og forskningsleder ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Andreas Pahle

Andreas Pahle er spesialist i allmennmedisin og fastlege ved Bolteløkka legesenter. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt honorar fra Oslo Economics i tilknytning til Helsedirektoratets oppdrag om følgeevaluering av tiltak i allmennlege-tjenesten.

Liv Augestad

Liv Augestad er ph.d., lege i spesialisering i allmennmedisin, fastlege ved Marienlyst legesenter og førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt honorar fra Oslo Economics i tilknytning til Helsedirektoratets oppdrag om følgeevaluering av tiltak i allmennlege-tjenesten og reise støtte fra EuroQol Group for å delta på EuroQol-møte.

Ivar Sønbo Kristiansen

Ivar Sønbo Kristiansen er professor emeritus ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt honorar fra Oslo Economics i tilknytning til Helsedirektoratets oppdrag om følgeevaluering av tiltak i allmennlege-tjenesten.

Erik Magnus Sæther

Erik Magnus Sæther er samfunnsøkonom, ph.d. og partner i Oslo Economics. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Oslo Economics. Evaluering av tiltak i allmennlege-tjenesten – Evalueringsrapport III. Lest 9.7.2024.
- 2 Dommerud T, Neegaard DP. Alle er bekymret for fastlegeordningen. Aftenposten 19.5.2022. Lest 13.6.2024.
- 3 Enghaug SH, Akre S. Håper de kommer tilbake. TV2 21.9.2022. Lest 13.6.2024.
- 4 Lederartikkel. Krise for fastleger. VG 21.5.2022. Lest 13.6.2024.
- 5 SSB. Tabell 10141 Allmennlege-tjenesten. Lest 13.6.2024.
- 6 Helsedirektoratet. Handlingsplan for allmennlege-tjenesten – årsrapport 2022, inklusive status per mai 2023. Lest 9.7.2024.
- 7 Holte JH. Følgestudie: ALIS-Nord. Fafo-notat 2020:10. Lest 9.7.2024.
- 8 Oslo Economics. Evaluering av handlingsplan for allmennlege-tjenesten 2020-2024 – Evalueringsrapport I, 2022. Lest 9.7.2024.
- 9 Brekke KR, Holmås TH, Monstad K et al. How does the type of remuneration affect physician behavior? Fixed salary versus fee-for-service. Am J Health Econ 2020; 6: 104–38.
- 10 Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 2023:4. Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Lest 9.7.2024.
- 11 Jia Z, Kornstad T, Stølen NM et al. Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040. SSB rapport 2023/2. Lest 9.7.2024.
- 12 Regjeringen. Historisk enighet om langtidsplanen for Forsvaret. Lest 13.6.2024.
- 13 Klima- og miljødepartementet. NOU 2023: 25. Omstilling til lavutslipp. Veivalg for klimapolitikken mot 2050. Lest 9.7.2024.
- 14 Oslo Economics. Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Sluttrapport 2018 – 2023 (Statusrapport VI). Lest 9.7.2024.
- 15 Sosialdepartementet. Meld. St. 9 (1974-1975). Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen. Lest 9.7.2024.
- 16 Ipsos. Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – fjerde oppfølgingsundersøkelse. Lest 9.7.2024.
- 17 Ekspertutvalget for allmennlege-tjenesten. Gjennomgang av allmennlege-tjenesten. Lest 9.7.2024.
- 18 Norman RM, Bjertnæs ØA, Danielsen K et al. Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2021/2022. Lest 9.7.2024.
- 19 Regjeringen. Helse- og omsorgsministeren presenterte regjeringens ventetidsløfte. Lest 13.6.2024.

Tekst: Tore Buer Christensen

Illustrasjon: Espen Friberg

Personlighetsfungeringens fire skruer

Kartlegging av personlighetsfungering er et velkomment tilskudd som bedrer muligheten til å se verden gjennom pasientens øyne.

Se for deg at motoren i et kjøretøy er skrudd fast med fire festepunkter, ett i hvert hjørne. Motoren gir ulyd, og du opplever etter hvert at den ikke går som den skal. Gradvis vil kanskje enkelte deler av selve motoren fungere dårligere. Vibrasjonen som de løse skruene utløser, påvirker andre deler av maskineriet. Du forsøker å reparere disse enkeltdelene, men uten forventet resultat. Etter hvert blir det imidlertid tydelig at hovedproblemet er de løse skruene. De skrues til så godt det lar seg gjøre. Ulyden reduseres, og litt etter litt går motoren bedre.

Denne noe banale innledningen er ment å illustrere en oppfatning om sammenhengen mellom hvordan personligheten vår fungerer, personlighetsforstyrrelser og en rekke såkalte symptomlidelser som angst og depresjon. Som innledningen viser, er personlighetens *funksjon* ikke statisk, men noe som kan endres med rett verktøy. Begrepet *personlighetsfungering* illustrerer med sin umiddelbare alminnelige ordbruk noe helt sentralt i forståelsen av psykiske lidelser, nemlig at de fleste av slike lidelser best kan forstås som dimensjonale fenomener. Det er altså ingen klar grense mellom det som kan sies å være alminnelig – en del av «normalen» – og det stadiet der vi mennesker blir såpass forstyrret at vi ikke lenger fungerer som vi ønsker. Spesielt gjelder dette det som har med personligheten vår å gjøre.

Personlighetstrekk versus funksjon

Vi har alle en særegen personlighet, en spesiell måte å tenke på oss selv og de rundt oss som skiller oss fra andre. Vi har våre unike sammen-setninger av personlighetstrekk: Noen er utadvendte og impulsive, andre er innadvendte og planmessige. Tidligere var dette med personlighetstrekk noe som de færreste hadde hørt om, men i dag er de blitt en del av populær-

Vi har alle en særegen personlighet, en spesiell måte å tenke på oss selv og de rundt oss som skiller oss fra andre

kulturens språk – ikke minst gjennom Harald Eia og Nils Brennas radioprogram og podkast *Sånn er du*, der kjendiser kartlegges etter femfaktormodellen (*the big five*) (1): nevrotisme, utadvendthet, medmenneskelighet, planmessighet og åpenhet (2).

Kunnskapen om disse har en lang historie og solid evidens (3). Personlighetstrekkene har imidlertid en begrenset plass i behandling av psykiske plager. Å forandre folk er da heller ikke målet med behandling. Å bedre *funksjonen* er derimot et mer attraktivt mål for de fleste av



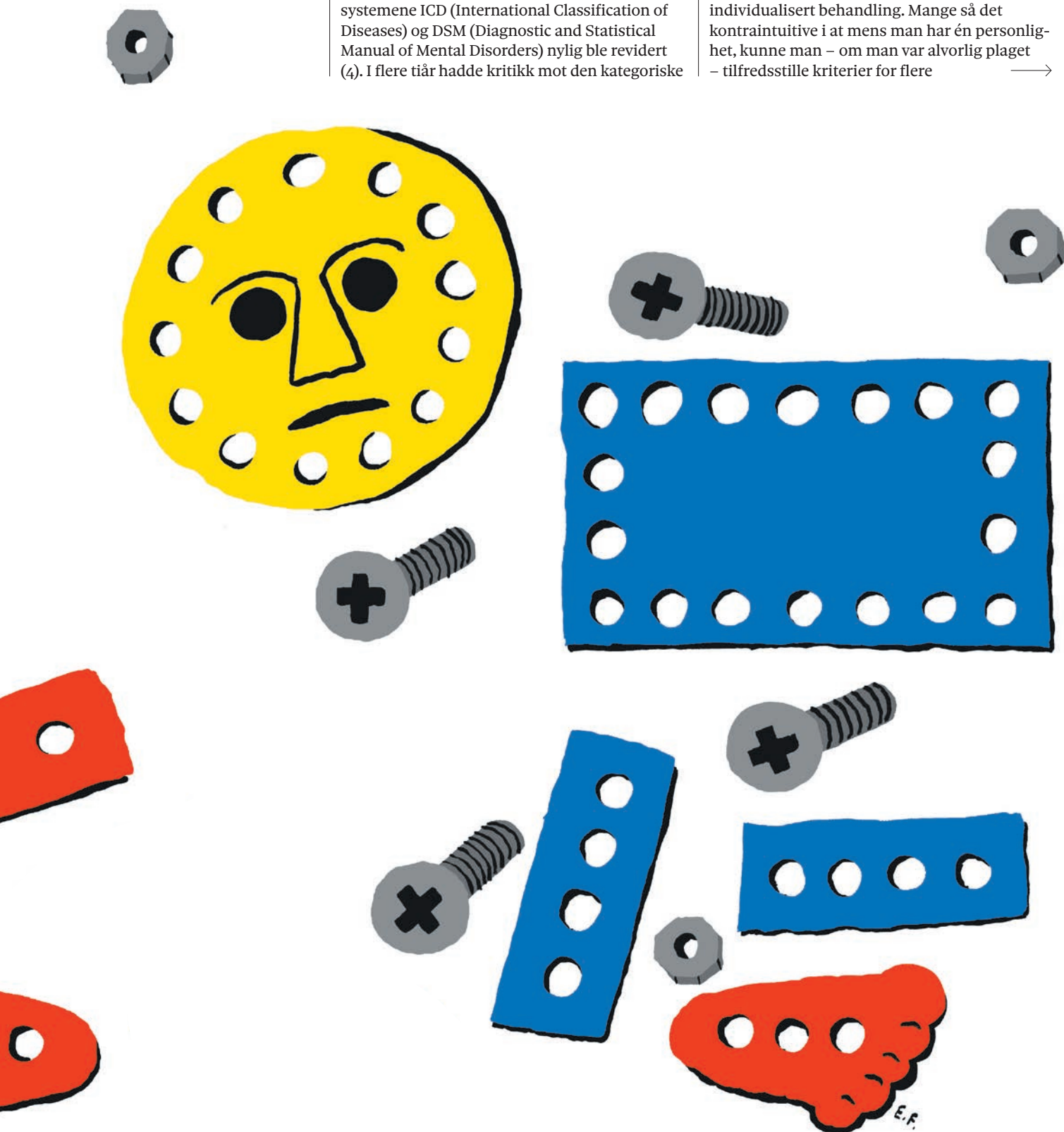
oss. Og det er her personlighetsfungering kommer inn. Å være impulsiv kan være et artig trekk ved mange mennesker, men har du liten evne til å reflektere omkring hvorfor du føler og handler som du gjør, har du nedsatt personlighetsfungering. Denne impulsiviteten vil da medføre stadige problemer i dagliglivet. Å øke evnen til refleksjon vil derfor være et naturlig fokus i behandlingen.

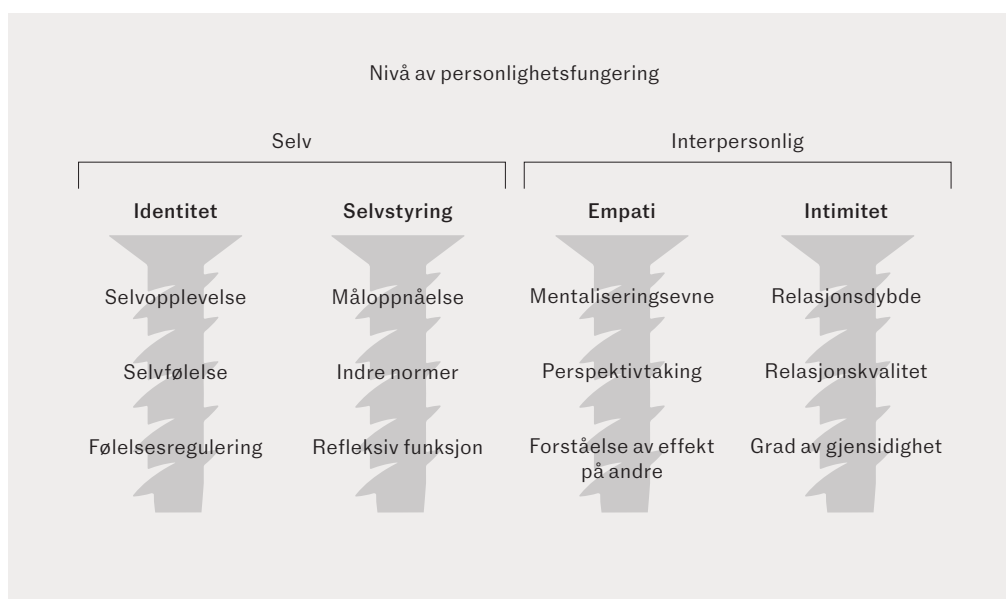
Alvorlighetsgrad

Personlighetsfungering er et relativt nytt begrep og fikk for alvor betydning da de to diagnose-systemene ICD (International Classification of Diseases) og DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) nylig ble revidert (4). I flere tiår hadde kritikk mot den kategoriske

«merkelapptilnærmingen», spesielt til personlighetsforstyrrelser, vært fremmet av både klinikere og forskere, og mange pasienter har opplevd diagnosene som stigmatiserende. Flere tok til orde for at tiden var overmoden for en endring.

Samtidig hadde man lenge forsøkt bli enige om et mål på alvorlighetsgrad av personlighetsforstyrrelser. Ettersom kunnskapen økte, hadde behandlingsoptimismen blitt større, men man trengte altså et mål som kunne skille ut hvem som skulle ha behandling, samtidig som man skulle kunne tilby et bedre grunnlag for mer individualisert behandling. Mange så det kontraintuitive i at mens man har én personlighet, kunne man – om man var alvorlig plaget – tilfredsstille kriterier for flere →





Figur 1 De fire «skruene» som utgjør nivåer av personlighetsfungering. Nivåene er i henhold til DSM-5-AMPD. ICD-11 har vedtatt en lignende, men noe forenklet modell.

personlighetsforstyrrelser. Løsningen ble å fokusere på personlighetsfungering, å benytte kunnskapen om felles kjerneelementer i vår personlighet til å utarbeide en dimensjonal skala for måling av alvorlighetsgrad – fra det åpenbart normale til det åpenbart forstyrrede. Dette er elementer som er gjenkjennelige for alle.

Teorien bak dette forener langt på vei en rekke psykologiske modeller og går ut på at vår måte å se på oss selv og andre på i stor grad formes gjennom ulike grader av tilknytning til omsorgspersoner og etter hvert erfarte relasjoner i formative år. Så langt er dette lite kontroversielt. Diskusjoner har primært omhandlet hvordan personlighetsfungeringen best operasjonaliseres, eller for å holde meg til den litt banale illustrasjonen: hvilke, og hvor mange, hovedskruer det er riktig å dele inn i (5).

Arkitektene bak revisjonsforslaget for DSM-5, som er det toneangivende diagnosesystemet for psykiatri, landet på to hovedområder (Selv og Interpersonlig), som igjen har to domener – i alt fire hovedskruer (6) (figur 1). Dette ble vedtatt som en alternativ modell for personlighetsforstyrrelser for DSM-5 (DSM-5 AMPD) i 2013. I 2019 vedtok ICD-11 en lignende, men noe enklere struktur (4, 7).

Senere forskning har vist at disse «skruene» er høyt korrelerte: de påvirker hverandre gjensidig. To av disse (under Selv) dreier seg altså om hvordan vi ser på oss selv: Identitet og Selvstyring. En velfungerende identitetsfølelse betyr at man er rimelig trygg på hvem man er, at selvtiliten er rimelig stabil uten at man er for avhengig av bekreftelse fra andre (eller sårbar

for kritikk) og at følelseslivet er rimelig stabilt. Planene for livet er rimelig stabile, kombinert med en tro på at man har det som skal til for å nå dem. De prososiale holdningene er stødige, og evnen til selvrefleksjon er god.

De to andre skruene (under Interpersonlig) dreier seg om vårt forhold til andre: Empati og Nærhet. Er man i stand til å leve seg inn i andres situasjon, forstå og sette pris på deres perspektiver og være bevisst på hvordan man påvirker og påvirkes av andre? Evner man å utvikle og opprettholde nære relasjoner til andre, utøve gjensidig respekt og tilstrebe samarbeid til felles nytte?

La meg skynde meg å si at noen og enhver av oss kan streve her. Og her er da også poenget: Dette er såkalte *dimensjonale kapasiteter*. Dette er ikke noe man *har* eller *ikke har*, men noe vi *har mer* eller *mindre av*. De aller færreste har en personlighetsfungering uten begrensninger. Vi kan altså alle ha noen vedvarende løse skruer, men blir de for løse, så skaper det problemer i daglig fungering. Nivå av personlighetsfungering (et mål på hvor løse disse skruene er) ble innført som et mål på alvorlighetsgrad av personlighetsforstyrrelser. Disse representerer kanskje først og fremst et brudd med en enten-eller-tenkning, eller, for oss terapeuter: et brudd med en oss-og-dem-tenkning. Selvfølgelig skulle vi alle gjerne ønske at disse skruene satt helt fast. Igjen er det her snakk om de slitte begrepene arv og miljø. Begge har betydning: Vi fødes med et sett av muligheter, men trygghet og forutsigbarhet i barndommen og i utviklingen mot voksenlivet er viktig for en god personlighetsfungering.

Senere forskning har vist at disse «skruene» er høyt korrelerte: de påvirker hverandre gjensidig

De aller færreste har en personlighetsfungering uten begrensninger. Vi kan altså alle ha noen vedvarende løse skruer, men blir de for løse, skaper det problemer i daglig fungering

Vi trer altså inn i voksenlivet med et sett av nedarvede personlighetstrekk (f.eks. mer eller mindre ekstrovert) og i tillegg en personlighetsfungering (f.eks. sårbar selvtilit og at man er hemmet i forhold til intimitet), som til sammen beskriver vår personlighet. Vi kan klare oss godt med dette i deler av livet, men så kan vi møte utfordringer der disse begrensningene blir tydelige og mer plagsomme. For de av oss som har levd en stund, er dette trolig gjenkjennelig, og dette faktum er opphavet til at det i ICD-11 er beskrevet en «late onset personality disorder» (8). Det er med andre ord aldri for sent å bli innhentet av den flaks og uflaks man hadde tidligere i livet.

Mindre stigma?

Jeg tror vi alle kan være enige om at personlighet er *personlig*. Det er derfor lett å forstå at vi kan oppleve det belastende om noen forteller deg at din personlighet er forstyrret. Å påpeke begrensninger i andres personlighet må gjøres med største forsiktighet og ydmykhet. Likefullt finner jeg selve begrepet *personlighetsforstyrrelse* meningsfullt, det skulle bare mangle om man ikke blir preget og forstyrret av negative opplevelser. En beskrivelse av personlighetsfungering som gir mening for det enkelte individ, er trolig et bedre utgangspunkt for kommunikasjon og individualisert behandling enn en diagnostisk merkelapp. Godt validerte verktøy for kartlegging finnes nå oversatt til en rekke språk, og Norge har vært deltakende i utviklingen av disse (9).

Er da personlighetsfungering å anse som en «fellesfaktor» for flere psykiske plager og lidelser? Her strides de lærde. Men at denne er helt sentral i utvikling og vedlikehold av en rekke symptomtilstander, synes hevet over tvil. Mange slike plager kan være vanskelige å behandle uten at begrensninger i personlighet adresseres.

En viktig innvending mot utredning av personlighet er at den preges av det vi kan kalle en «vestlig» individsentrert tankegang og altså er dekontekstualisert fra den virkeligheten pasienten befinner seg i (10). Hva som skal vurderes som normalt og hva som er avvik, vil trolig variere – også innad i det vi kaller den vestlige kulturen. Dette rokker ikke ved betydningen av nettopp en individualisert beskrivelse av hvordan vi ser på oss selv og andre – jeg vil si tvert imot – men stiller krav til kulturell kompetanse hos den som utreder så vel som den som behandler.

Pasientens perspektiv

«Kast ikke bort mer tid på å krangle om hva en god person bør være. Vær en», sa Marcus Aurelius. Det er mye visdom i dette; vi har alle en forpliktelse til å være en god utgave av oss selv. Samtidig er det for mange ikke så enkelt. Jeg har alltid likt å tenke på at vi mennesker gjør så godt vi kan, med de forutsetninger vi har fått og utviklet. Iblant må man imidlertid få hjelp til å skru disse skruene til, hvilket er et mål i psykoterapi. Hvordan denne endringen skjer

mest effektivt, altså hvordan behandling skreddersys i forhold til den enkeltes personlighet, er i en vedvarende utvikling der det er behov for mer empiri. Flere behandlingsformer er utformet, primært for de tradisjonelle merkelappene Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, Engstelig-unnvikende personlighetsforstyrrelse eller Antisocial personlighetsforstyrrelse. Det vil ta tid om disse skal tilpasses et nytt utredningsspråk.

Jeg er ikke i tvil om at kvaliteten på den helsehjelpen vi leger gir i større eller mindre grad avhenger av om vi evner å se verden gjennom pasientens øyne. Å få dette til helt og fullt er ikke mulig, men vi kan ha god hjelp av et kart som stemmer rimelig god overens med terrenget. For de av oss som jobber med psykiske plager og lidelser, er kartlegging av personlighetsfungering et velkomment tilskudd som kan bedre mulighetene til nettopp dette. ■

Mottatt 16.5.2024, første revisjon innsendt 29.5.2024, godkjent 3.6.2024.

Tore Buer Christensen

tore.buer.christensen@sshf.no

Tore Buer Christensen er ph.d., spesialist i psykiatri og overlege ved Akuttseksjonen, Psykiatrisk avdeling, Sørlandet sykehus.

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

Litteratur

- 1 NRK. Sånn er du. Lest 3.6.2024.
- 2 Goldberg LR. The structure of phenotypic personality traits. *Am Psychol* 1993; 48: 26–34.
- 3 McCrae RR, Costa PT. Empirical and theoretical status of the five-factor model of personality traits. *The SAGE handbook of personality theory and assessment* 2008; 1: 273–94.
- 4 Christensen TB, Nysæter TE. Ny oppfatning av personlighetsforstyrrelser. *Tidsskr Nor Legeforen* 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0619.
- 5 Sleep CE, Lynam DR, Widiger TA et al. Difficulties with the conceptualization and assessment of Criterion A in the DSM-5 alternative model of personality disorder: A reply to Morey (2019). *Psychol Assess* 2019; 31: 1200–5.
- 6 Bender DS, Morey LC, Skodol AE. Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. *J Pers Assess* 2011; 93: 332–46.
- 7 Swales MA. Personality disorder diagnoses in ICD-11: Transforming conceptualisations and practice. *Clin Psychol Eur* 2022; 4: e9635.
- 8 WHO. ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. Lest 3.6.2024.
- 9 Oslo universitetssykehus. Utredningsverktøy for Personlighetsforstyrrelser. Lest 3.6.2024.
- 10 Ronningstam EF, Keng S-L, Ridolfi ME et al. Cultural aspects in symptomatology, assessment, and treatment of personality disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2018; 20: 22.

Beredskapskritiske medikamenter kan benyttes etter utløpsdato

Et system for testing og oppbevaring av utgåtte medikamenter kan styrke legemiddelberedskapen i fredstid, krise og krig.

Krig, konflikter, klimakrise og katastrofer krever medisinsk behandling av skadde og syke – som igjen krever store mengder medikamenter. Norge har nå et økt militært beredskapsnivå og må planlegge for mulig medikamentmangel. 2023 ga oss en forsmak med 1 403 meldinger om forsyningsproblemer på sentrale legemidler til mennesker i Norge (1).

Samtidig destrueres legemidler ved norske apotek, sykehjem, sykehus, legekontorer, forsvaret, legevakter, skip, private helseinstitusjoner, tannlegekontor, flyselskap og frivillige organisasjoner fordi medikamenter er gått over utløpsdato. Av samme grunn kastes og destrueres mengder av medisinsk forbruksmateriell, alt fra basale ting som tape, gasbind, urinposer og EKG-elektroder til kostbart medisinskteknisk utstyr. Dette svekker vår beredskap og representerer en betydelig utgift. I tillegg belastes miljøet ved produksjon og destruksjon, og ved store sykehus er spesielt avfallsproduksjonen enorm.

Undersøkelser av 122 medisintyper oppbevart under ideelle forhold, har vist at utløpsdato kan forlenges med minst ett år, gjennomsnittlig med 66 måneder og maksimalt med 278 måneder

Det amerikanske forsvaret har siden 1986 samarbeidet med Food and Drug Administration (FDA) om SLEP-prosjektet (*Shelf Life Extension Program*) der medisinsk materiell og medikamenter periodisk blir testet og får forlenget holdbarhet (2). Målet er å redusere medikamentkostnadene til det amerikanske

forsvaret. Informasjonen er ikke offentlig tilgjengelig ennå, men den har ført til flere publikasjoner om temaet og oversikter over hvilke medikamenter som trygt kan brukes også etter utløpsdato.

Et sentralt kriterium for at et medikament kan brukes etter utløpsdato er at 95 % av aktiv substans er kjemisk tilgjengelig på testtidspunktet. Undersøkelser av 122 medisintyper oppbevart under ideelle forhold, har vist at utløpsdato kan forlenges med minst ett år, gjennomsnittlig med 66 måneder og maksimalt med 278 måneder, og at 90 % av medisinerne var trygge å bruke 15 år etter utløpsdato (3, 4).

Hva er ideelle oppbevaringsforhold?

De fleste medikamenter er kjemisk stabile når de oppbevares under ideelle forhold: mørkt, tørt, normal luftfuktighet (50 %) og romtemperatur (15–25 °C). Enkelte medikamenter skal oppbevares i kjøleskap og beskyttes for sollys. Dette er spesifisert i preparatomtalen og kan finnes i for eksempel Felleskatalogen. Glassampuller gir god oppbevaring siden oksygen og fukt ikke trenger gjennom.

Hva er holdbarhetstid?

Informasjon om holdbarhetsdato finnes i preparatomtalen og er gjerne satt til fem år, som er den maksimale tiden produsentene vanligvis ønsker (5). Det er sjelden farmakologiske grunner bak utløpsdatoen.

Sentrale medikamenter som etter gjentatt testing i SLEP-prosjektet er vurdert som stabile etter utløpt holdbarhetsdato, er listet i tabell 1 (6). Kriterier som inngikk i vurderingene, var styrke, renhet, vanninnhold og utseende. Videre ble tabletter og kapsler testet for oppløsningssevne, mens pulver, injeksjonsvæsker og autoinjektorer

Medikament	Formulering ^{1, 2}	Gjennomsnittlig antall måneder forlenget holdbarhet min–maks)
Amoksisicillin	Tablett	23 (22–23)
Ampicillin	Kapsel	49 (22–64)
Atropin	Autoinjektor	31 (25–38)
Atropin sulfat-paralidoxime klorid	Autoinjektor	31 (25–38)
Bupivakain	Injeksjonsvæske	88 (79–95)
Benzylpenicillin	Pulver til injeksjonsvæske	70 (61–84)
Cefalexin	Kapsel	57 (28–135)
Ceftriakson	Pulver	60 (44–69)
Ciprofloksacin	Tablett	55 (12–142)
Ciprofloksacin	Oppløsning	32 (25–40)
Cimetidin	Tablett	67 (59–75)
Deksametason	Autoinjektor	61 (24–93)
Glukose 10 %	Injeksjonsvæske	25 (23–29)
Doksycyklin	Kapsel	50 (37–66)
Dobutamin	Konsentrat til infusjonsvæske	47 (29–79)
Edrofonium	Injeksjonsvæske	65 (33–114)
Efedrin	Injeksjonsvæske	46 (21–94)
Erytromycin	Pulver	60 (38–83)
Fentanyl	Injeksjonsvæske	84 (70–96)
Fenytoin	Injeksjonsvæske	63 (29–100)
Hydrokortison	Injeksjonsvæske	43 (37–56)
Kalsium klorid	Infusjonsvæske	81 (66–106)
Ketamin	Injeksjonsvæske	64 (42–87)
Mannitol	Infusjonsvæske	66 (21–109)
Mepivakain	Injeksjonsvæske	41 (33–45)
Nalokson	Injeksjonsvæske	77 (60–95)
Naproxen	Tablett	52 (46–62)
Neostigmin	Injeksjonsvæske	60 (31–78)
Protaminsulfat	Pulver	64 (57–77)
Dikloksacillin	Pulver	56 (28–116)
Kaliumjodid	Tabletter	69 (28–184)
Natriumhydrogenkarbonat	Injeksjonsvæske	55 (14–101)
Natriumklorid	Infusjonsvæske	72 (40–108)
Petidin	Injeksjonsvæske	89 (32–128)

Tabell 1 Gjennomsnittlig (min–maks) forlenget holdbarhet for 34 medikamenter (alfabetisk rekkefølge) vurdert som stabile etter utløpt holdbarhets (6).

1 Medikamenter er listet som kapsel/tablett/pulver basert på formulering brukt i USA.

2 Autoinjektorer på registreringsfritak benyttes i akuttinntak i Norge og av Forsvaret.

ble testet for pH og konserveringsmidler. Autoinjektorer ble også testet på mekanisk funksjon. Merk at variasjon i forlenget holdbarhetstid for et medikament sjelden var på grunn av kjemisk testing, men i hovedsak basert på endringer i utseendet eller skadet forpakning (6).

Hva med suboptimale lagringsforhold?

Studier tyder på at frysetørket plasma oppbevart under feltmessige forhold i forsvaret, trygt kan brukes to år etter utløpsdato med bare lett nedsatt effekt på mottaker (7).

Traneksamsyre, som brukes til prehospital blødningskontroll, har blitt testet etter oppbevaring under feltmessige forhold i temperaturer mellom -20 og 50 °C i 12 uker, uten demonstrerbar tapt effekt in vitro (8).

Amerikanske forskere som fant og testet ulike tabletter fra et nedlagt apotek, viste at 86 % av medisinene, som hadde utløpt for 28–40 år siden, hadde minst 90 % av aktive substanser intakte (8). Medisiner som hadde degradert, hadde trolig gjort det på grunn av fuktinntrengning gjennom pakningsmaterialet med påfølgende hydrolysering, mens acetylsalisylsyre trolig hadde selvdegradert (3).

I atmosfæren er det vektløshet og høyere bakgrunnsstråling, og i 2015 sendte den

internasjonale romstasjonen en satellitt med medikamenter til jorden for å studere medikamentnedbrytningen (9). Medisinene hadde allerede gått ut på dato, men åtte av ni ble likevel godkjent siden over 90 % av aktiv substans fortsatt var til stede. Melatonin ble ikke godkjent.

I 2022 ble ni medikamenter til bruk i akuttmedisin fordelt på to redningshelikoptre i Sveits og utsatt for temperatursvingninger mellom $-1,2$ og $38,1$ °C i ett år. Ifølge produsentene måtte medikamentene oppbevares i romtemperatur, men forskerne fant ingen påvisbar degradering eller tap av styrke etter eksperimentet. Medikamentene som ble testet, var adrenalin 1 mg/ml, noradrenalin 1 mg/ml, amiodarone 150 mg/3 ml, midazolam 15 mg/3 ml, fentanyl 100 µg/2 ml, nalokson 0,4 mg/1 ml, etomidate 20 mg/10 ml, ketamin 100 mg/2 ml og rokuronium 100 mg/10 ml. Amiodarone viste tendens til midlertidig mikrokristallisering ved lave temperaturer (10).

Mye tyder på at mange medikamenter som har blitt oppbevart under suboptimale forhold, fortsatt har ønsket effekt. De bør derfor vurderes brukt i situasjoner der man har knappe ressurser. Det bør også utredes bredt når utgåtte medikamenter kan gis til pasienter

Mye tyder på at mange medikamenter som har blitt oppbevart under suboptimale forhold, fortsatt har ønsket effekt



Send oss videoer!

Tidsskriftet vil gjerne ha flere artikler med tilhørende videoer.

Vi bistår med tilrettelegging for publisering.

Videoer kan sendes inn sammen med manuskriptet.

Tidsskriftet 

og skadde i en krisesituasjon, dersom andre medikamenter ikke er tilgjengelige.

Et system der enkelte medikamenter lagres i stedet for å destrueres etter utløpsdato kan bidra til enkel og billig legemiddelberedskap på lokalt nivå. Nå er tiden for å sette dette på dagsorden. ■

Mottatt 30.4.2024, første revisjon innsendt 5.6.2024, godkjent 19.6.2024.

Stig Opdøhl

stig.opdohl@gmail.com

Stig Opdøhl er spesialist i allmennmedisin og i akutt- og mottaksmedisin, allmennlege i Sandefjord, lege for Heimevernet og medisinsk faglig ansvarlig lege ved Redningsselskapet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Direktoratet for medisinske produkter. Forsyningsproblemer - årsaker og tiltak. Lest 5.6.2024.
- 2 U.S. Food & Drug Administration. Expiration Dating Extension. Lest 18.6.2024.
- 3 Cantrell L, Suchard JR, Wu A et al. Stability of active ingredients in long-expired prescription medications. Arch Intern Med 2012; 172: 1685–7.
- 4 Gikonyo D, Gikonyo A, Luvayo D et al. Drug expiry debate: the myth and the reality. Afr Health Sci 2019; 19: 2737–9.

- 5 Spigset O. Er det farlig å bruke legemidler som har gått ut på dato? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 434.
- 6 Lyon RC, Taylor JS, Porter DA et al. Stability profiles of drug products extended beyond labeled expiration dates. J Pharm Sci 2006; 95: 1549–60.
- 7 Zur M, Glassberg E, Gorenbein P et al. Freeze-dried plasma stability under prehospital field conditions. Transfusion 2019; 59: 3485–90.
- 8 de Guzman R, Polykratis IA, Sondeen JL et al. Stability of tranexamic acid after 12-week storage at temperatures from -20°C to 50°C. Prehosp Emerg Care 2013; 17: 394–400.
- 9 Wotring VE. Chemical Potency and Degradation Products of Medications Stored Over 550 Earth Days at the International Space Station. AAPS J 2016; 18: 210–6.
- 10 Pietsch U, Moeckel J, Koppenberg J et al. Stability of drugs stored in helicopters for use by emergency medical services: A prospective observational study. Ann Emerg Med 2022; 80: 364–70.

Annonse



Düsseldorf, Germany
11–14 November 2024

Member of  MEDICAlliance

Experience the
FUTURE
together



and discover the world of **MEDICAL TECHNOLOGY**.

Norsk-Tysk Handelskammer
Drammensveien 111 B _ N-0273 Oslo
Susanne Hawkins
Tel. +47 22 12 82 31
sh@handelskammer.no
www.handelskammer.no


Messe
Düsseldorf

▼ Rybelsus®

Semaglutid i tabletter



Rybelsus® er indisert til behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 for å forbedre glykemisk kontroll som tillegg til diett og fysisk aktivitet:¹

- som monoterapi når metformin er vurdert uegnet grunnet intoleranse eller kontraindikasjoner.
- i kombinasjon med andre legemidler til behandling av diabetes.

Se SPC for resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll, kardiovaskulære hendelser og populasjoner som ble undersøkt.

Slik tar du Rybelsus®



Rybelsus® skal tas på tom mage, etter en anbefalt fasteperiode på minst 8 timer.



Ta en tablett Rybelsus® ut av pakningen og **svelge den hel med en slurk vann** (maks. 120 ml).



Vent minst en halvtime før inntak av mat, drikke og eventuelle andre legemidler som tas oralt.

Rybelsus® (semaglutid): Utvalgt sikkerhetsinformasjon²

Les fullstendig preparatomtale før forskrivning

- **Svært vanlige ($\geq 1/10$) bivirkninger:** er gastrointestinale, inkludert kvalme og diaré. Hypoglykemi ved bruk sammen med insulin eller sulfonyleurea.
- **Andre vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$) bivirkninger:** svimmelhet, fatigue, redusert appetitt, økt amylase, økt lipase, komplikasjoner av diabetesretinopati* og andre gastrointestinale bivirkninger[^]. Hypoglykemi ved bruk sammen med andre orale antidiabetika.
- **Mindre vanlige ($\geq 1/1\,000$ til $< 1/100$) bivirkninger:** gallestein, vektup, eruktasjon.
- **Akutt pankreatitt:** er observert ved bruk av GLP-1-RA (0,1 %). Ved mistanke bør semaglutid seponeres og ved bekreftet pankreatitt bør behandlingen ikke gjenopptas.
- **Diabetisk ketoacidose:** har blitt rapportert hos insulinavhengige pasienter etter rask seponering eller dosereduksjon av insulin når behandling med en GLP-1-reseptoragonist ble startet.
- **Dysgeusi (smaksforandringer):** er blitt rapportert.
- **Puls:** det er observert en økning på 1-4 slag per minutt.
- **Skal ikke brukes** hos pasienter med **diabetes type 1**, av **gravide** (seponeres minst 2 måneder før planlagt graviditet) eller ved **amming**.
- Det er ingen terapeutisk erfaring med semaglutid hos pasienter med bariatrisk kirurgi.

[^] Abdominale smerter og distensjon, forstoppelse, oppkast, dyspepsi, gastroøsofageal reflukssykdom, gastritt, flatulens.

* Kombinasjon av: retinal fotokoagulasjon, behandling med intravitreal midler, intravitreal blødning, diabetesrelatert blindhet (mindre vanlig). Frekvens basert på kardiovaskulær endepunktsstudie med ukentlig subkutan semaglutid.³

	Kan benyttes uten dosejustering	Anbefales ikke
Alder	Begrenset erfaring hos pasienter ≥ 75 år	Barn/ungdom under 18 år
Nyre-funksjon	Lett, moderat eller alvorlig nedsatt funksjon. Begrenset erfaring ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon	Terminal nyresykdom (eGFR < 15 ml/min $1,73\text{m}^2$)
Hjerte-svikt	NYHA klasse I-III	NYHA klasse IV
Lever-funksjon	Mild, moderat og alvorlig nedsatt. Begrenset erfaring ved alvorlig nedsatt leverfunksjon	

Refusjonsvilkår og pris³⁻⁵

ATC-kode: A10BJ06 (Glukagonlignende peptid-1 (GLP-1) -analoger)

Refusjon^{4,5}

Det kan søkes om individuell refusjon på blå resept for Rybelsus® ved diabetes mellitus type 2 (ICPC-2 T90/ICD-10: E11) i kombinasjon med metformin, og/eller sulfonyleurea og/eller insulin, hos pasienter som ikke har oppnådd tilstrekkelig glykemisk kontroll på høyeste tolererte dose av disse legemidlene. Det skal i søknaden oppgis en vurdering av minst ett av de nevnte legemidlene over.[#]

Rybelsus® skal brukes i kombinasjon med et legemiddel med metformin eller sulfonyleurea eller insulin.

Reseptgruppe C	Pakninger ⁵ (Vnr)	Pris ⁵ (kr)	Pris (kr/dag)
Rybelsus® 3 mg	30 stk. blisterpakning (478961)	1 303,50	46,60
Rybelsus® 7 mg	30/90 stk. blisterpakning (146870/439553)	1 303,50 / 3 838,10	46,60 / 45,70
Rybelsus® 14 mg	30/90 stk. blisterpakning (383205/047094)	1 303,50 / 3 838,10	46,60 / 45,70

[#] Monoterapi med Rybelsus® eller Rybelsus® i kombinasjon med andre diabeteslegemidler enn metformin/SU/insulin er ikke metodevurdert av DMP, og HELFO kan ikke vurdere individuell stønad til slik behandling.

Rybelsus® er ikke indisert for vektreduksjon. Gjennomsnittlig reduksjon i kroppssvekt i PIONEER 1-8 studiene var for vedlikeholdsdosene 7 mg og 14 mg i uke 26 fra 2,2 - 4,4 kg.¹

Referanser: 1. Rybelsus® SPC, avsnitt 4.1, 4.2, 5.1. 2. Rybelsus® SPC, avsnitt 4.2, 4.4, 4.6, 4.8, 5.2 og 5.3. 3. Marso SP, Bain SC, Consoli A et al. Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes (SUSTAIN-6). NEJM 2016;375:1834-1844. 4. Helsedirektoratet. Fullstendige vilkår for individuell stønad Rybelsus®. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-vedhelsetjenester/vedlegg-1-til-5-14-legemiddellisten/virkstoff/semaglutid-3> (Lest: 08.08.24). 5. Felleskatalogen Rybelsus®. Tilgjengelig fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/rybelsus-novo-nordisk-675190> (Lest: 08.08.2024).



Høreapparat kan forsinke demens

Bruk av høreapparat kan forebygge eller forsinke demens hos personer med hørselstap, viser en dansk studie.

Forekomsten av demens er økende, først og fremst på grunn av en aldrende befolkning. Hørselstap øker med alderen og er assosiert med kognitiv svikt og demens. Samtidig er det en viktig modifiserbar risikofaktor.

En dansk kohortstudie omfattet alle innbyggerne over 50 år sør i Danmark, til sammen over en halv million mennesker, med median alder 60,8 år (1). Flere enn 20 000 nye tilfeller av demens ble registrert løpet av en median oppfølgingstid på 8,6 år. Hørselstap var as-

sosiert med høyere insidens for demens med hasardratio 1,07 (95 % konfidensintervall 1,09–1,11) sammenlignet med de uten hørselstap. Blant de som hadde hørselstap, var insidensen av demens høyest hos de som ikke brukte høreapparat, med en hasardratio på 1,20 (95 % KI 1,13–1,27).

– Denne godt gjennomførte studien er et viktig argument for å anbefale bruk av høreapparat ved hørselstap, sier Christian Myrstad, som er ph.d.-stipendiat ved Nasjonalt senter for aldring og helse og overlege i geriatri ved Sykehuset Levanger.

– Studien inneholder pålitelige audiometridata og justerer for mange konfunderende faktorer, men registerdata for demens er usikre og gir med stor sannsynlighet en for lav demensprevalens. Faktisk bruk av høreapparat er kvalitetssikret med innhenting av data om refusjon på nye batterier. Bruken av høreapparat i Danmark er høy, og befolkningen er på mange måter lik den norske. Det er derfor grunn til å anta at funnene er relevante for Norge. Studien

samsvarer med resultatene i andre studier med lengre oppfølgingstid og flere justeringsfaktorer, sier Myrstad.

– Forfatterne diskuterer ikke om oppfølgingstiden er for kort til å utelukke redusert hørsel som et tidlig symptom på demens. De drøfter heller ikke hvorfor noen studiedeltakere med redusert hørsel ikke brukte høreapparat. Vanskeligheter med bruk av høreapparat kan godt være et tegn på innlæringsvansker ved kognitiv svikt, påpeker Myrstad.

– Det viktigste argumentet for å bruke høreapparat er likevel at det har en umiddelbar effekt og påvirker livskvaliteten her og nå, sier Myrstad. ■

Jørgen Østensjø

Haraldsplass diakonale sykehus

Litteratur

- 1 Cantuaria ML, Pedersen ER, Waldorff FB et al. Hearing loss, hearing aid use, and risk of dementia in older adults. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg 2024; 150: 157–64.

Sykling som medisin

Sykling sparer det franske helsevesenet for nesten fem milliarder euro hvert år.

Sykling fremfor bilkjøring er gunstig for klimaet, men hvor stor effekt har sykling på helse og helseutgifter? Dette ble undersøkt i en ny fransk studie (1). Studien kombinerte data om bevegelse og sykdomsbyrde i den franske befolkningen, og brukte statistiske modeller for å vurdere effekten av sykling på utvalgte kroniske sykdommer og på utgifter i helsevesenet.

På tross av relativt lite sykling i den franske befolkningen i 2019, viste beregningene at syklingen forhindret over 900 premature dødsfall og nesten 6 000 tilfeller av kronisk sykdom, med størst effekt på type 2-diabetes. Sykling forhindret flere enn 35 000 helsetapsjusterte leveår, ifølge beregningene. I 2019 sparte sykling det franske helsevesenet for nesten 5 milliarder euro, hvorav rundt 190 millioner euro ble spart i direkte oppfølging av pasienter med kronisk sykdom. Hver kilometer som ble syklet, sparte helsevesenet for litt over 1 euro.

– Denne studien gir viktig innsikt i de helsemessige og økonomiske fordelene ved økt sykkelbruk, sier Øystein Vedaa, psykolog og avdelingsdirektør for helsefremmende arbeid ved Folkehelseinstituttet. Han sier skandinavisk forskning har vist at sykling som daglig transportform, kan redusere risikoen for overvekt, høyt blodtrykk, høyt kolesterolnivå og diabetes, som alle er risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer.

– For de som har vansker med å finne tid til trening i det daglige, kan det være en trøst å vite at den helsemessige gevinsten av slik aktiv transport, for eksempel til og fra jobb, ofte kan være like effektiv, sier Vedaa. – For norske forhold betyr dette at vi bør investere i infrastruktur som fremmer sykling og aktive transportformer, fordi det vil være bra for folkehelsen og dessuten bidra til å redusere trafikkbelastning og forurensning i byene, sier Vedaa. ■

Amanda Hylland Spjeldnæs

Universitetet i Oslo

Litteratur

- 1 Schwarz E, Leroutier M, De Nazelle A et al. The untapped health and climate potential of cycling in France: a national assessment from individual travel data. *Lancet Reg Health Eur* 2024; 39: 100874.

Utholdenhets- trening har effekt på mange organer

I en gigantisk multiomikkstudie med rotter har forskerne kartlagt noe av grunnlaget for helsegevinsten utholdenhets trening har på vanlige, kroniske sykdommer.

Regelmessig trening gir omfattende helsefordeler, blant annet redusert risiko for død av alle årsaker. I en ny studie, publisert i *Nature* (1), kartla et konsortium av forskere tidsforløpet for endringer i transkriptom, proteom og metabolom, inklusive immunassay av proteiner, hos *Rattus norvegicus* av begge kjønn over åtte uker med utholdenhets trening. Det ble gjort gjentatte analyser av fullblod, plasma og 18 ulike vevstyper. Resultatet ble en stor datamengde med over 9 000 resultater fra 19 vev på fire tidspunkter i treningsperioden. Trening påvirket nesten alle organsystemer.

Kartlegging av de molekylære treningsresponsene i hele organismen er avgjørende for å forstå alle de gunstige effektene av trening, skriver forskergruppen, som mener at studien utdypet vår innsikt i treningsrelatert forbedring av helse og sykdomshåndtering. Forskerne trekker blant annet frem varmesjokkproteinresponsen på trening, som motvirker vevsskade og stimulerer reparasjon av skade. Resultatene viser hvordan økt acetylering av mitokondrielle enzymer i leveren, med regulering av lipidmetabolismen, beskytter mot ikke-alkoholisk fettlever sykdom. De påpeker også hvordan modulering av cytokinresponsen påvirker tarminflammasjon. Et annet viktig funn var at responsene i noen grad var

ulik mellom hannrotter og hunnrotter. De tror at treningsresponsen basert på deres multiomikktilnærming trolig kan utnyttes i hypotesedrevet forskning på hvordan trening kan forbedre behandling og prognose ved sykdommer som type 2-diabetes, hjerte-kar-sykdom og overvekt.

– Dette er en veldig spennende og omfattende studie som representerer en ny tilnærming til treningsvitenskapen, sier Jo Christiansen Bruusgaard, som er professor i treningsfysiologi ved Høgskolen Kristiania. Så vidt meg bekjent, er dette første gang noen har studert effektene av trening så bredt og så grundig på samme tid, sier han.

– Noen molekylære koblingspunkter var felles for begge kjønn. Blant disse er oppregulering av hjernederivert neurotrofisk faktor (*brain-derived neurotrophic factor*, *BDNF*) i hippocampus, som vist i tidligere studier. Det samme gjelder for koblingspunktene som er funnet for opprettholdelse av leverhomeostasen. Fordi seksuell dimorfi er større hos rotter enn hos mennesker, er dette med på å gi resultatene ekstra kredibilitet, mener Bruusgaard.

– Det er viktig å poengtere at denne studien er utført på gnagere. Overførbareheten til mennesker kan derfor være begrenset både hva gjelder metoder og vevstyper. Likevel viser resultatene en relativt stor grad av overlapp med resultater fra større metastudier hos mennesker, særlig hva gjelder genaktivisering. At utholdenhets trening hadde effekter i alle de 19 undersøkte vevene, tyder på at effekten av trening er mer omfattende enn hva vi har trodd til nå, sier Bruusgaard. ■

Haakon B. Benestad

Universitetet i Oslo

Litteratur

- 1 MoTrPAC Study Group. Temporal dynamics of the multi-omic response to endurance exercise training. *Nature* 2024; 629: 174–83.



Foto: Pave11964/Stock

Jens Aksel Nilsen 1, 2, 3
j.a.n.nilsen@medisin.uio.no
Linn Bernklev 2, 3, 4
Michael Bretthauer 2, 3
Mette Kalager 2, 3
Henriette C. Jodal 2, 3, 5

Magnus Løberg 2, 3, 6
Øyvind Holme 2, 7
Frederik Emil Juul 1, 2, 3
Svein Oskar Frigstad 1

- 1 Medisinsk avdeling, Bærum sykehus, Vestre Viken
- 2 Klinisk effektforskning, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo
- 3 Klinisk effektforskning, Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo universitetssykehus
- 4 Gastromedisinsk avdeling, Akershus universitetssykehus
- 5 Onkologisk poliklinikk, Kirurgisk avdeling, Drammen sykehus, Vestre Viken
- 6 Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo
- 7 Forskningsseksjonen, Sørlandet sykehus

Kirurgisk behandling av benigne kolorektale polypper 2008–21

Bakgrunn

Tarmkreft er en av de vanligste kreftformene i Norge, oftest utviklet fra kolorektale polypper. For benigne kolorektale polypper anbefales endoskopisk fjerning for å unngå unødvendig kirurgi. I denne studien kartlegges omfanget av kirurgisk behandling av benigne polypper i perioden 1.1.2008–31.12.2021.

Materiale og metode

Vi innhentet statistikk fra Norsk pasientregister for kirurgisk reseksjon av benigne kolorektale polypper, antall koloskopier gjennomført og antall pasienter med diagnosekode benign polypp i studieperioden. Befolkningstørrelse fra statistisk sentralbyrå ble benyttet for å beregne årlige forekomster av inngrep.

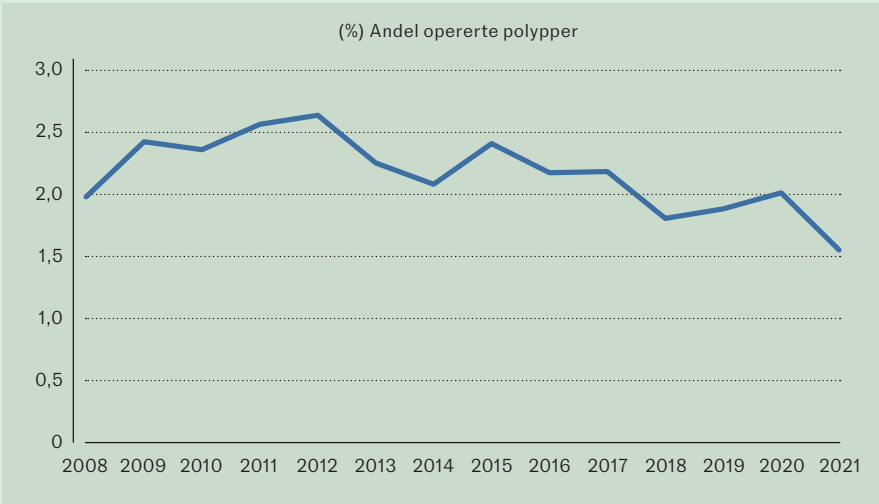
Resultater

Antallet pasienter med benigne polypper økte fra 211 per 100 000 innbyggere til 444 gjennom studieperioden. Antallet koloskopier økte fra 9,4 per 1 000 innbyggere til 16,7. Antallet kirurgiske reseksjoner av benign kolorektal polypp per år økte fra 4,2 per 100 000 innbyggere til 6,3. Det totale antallet unike pasienter med benigne polypper i perioden var 215 736. Av disse ble 2,1 % behandlet kirurgisk, tallene varierte fra 2,0 % i 2008 til 1,6 % i 2021.

Fortolkning

Våre resultater viser at kirurgisk behandling av benigne polypper fortsatt er utbredt i Norge. Dette påvirker både pasientsikkerhet og helseøkonomi. Vi foreslår opprettelse av multidisiplinære team og styrking av endoskopisk kompetanse ved norske helseforetak.

Figur 1 Andel av pasienter med diagnosen benign kolorektal polypp som har blitt behandlet med kirurgisk reseksjon i perioden 1.1.2008–31.12.2021.



Hovedfunn

Antallet utførte koloskopier justert for befolkningsvekst økte med 78 % fra 2008 til 2021, og antallet pasienter med benigne polypper økte fra 211 per 100 000 innbyggere til 444.

Av pasienter med benigne polypper ble 2,1 % behandlet kirurgisk, med en variasjon fra 2,0 % i 2008 til 1,6 % i 2021.

Antallet kirurgiske rewseksjoner av benigne polypper økte fra 4,2 per 100 000 innbyggere i 2008 til 6,3 i 2021

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.



Mellom slynge og kirurgi

Innføringen av kolorektal screening på befolkningsnivå har ført til at flere polypper blir oppdaget. Da øker også behovet for nye og bedre behandlingsteknikker.

Norge er blant de landene i verden som har høyest forekomst av tykktarmskreft, med ca. 4 000 nye tilfeller årlig (1). Kirurgisk reseksjon kombinert med adjuvant kjemoterapi er den viktigste kurative behandlingen, og har økt overlevelsen betydelig. Imidlertid behandles også pasienter som har forstadier til kreft på samme måte. Dette er overbehandling. Ikke bare er det dyrt for helsetjenesten, pasienter utsettes også for økt risiko og kan i noen tilfeller få redusert organfunksjon.

Nilsen og medforfattere presenterer nå i Tidsskriftet et materiale basert på registerinformasjon fra 2008–21, som viser at et betydelig antall benigne polypper i tykktarm og endetarm blir fjernet ved kirurgisk reseksjon (2).

I flere av de regionale helseforetakene ble nesten dobbelt så mange koloskopert i 2021 som i 2008, og mer enn dobbelt så mange polypper ble påvist. Selv om de fleste benigne polypper kan fjernes med endoskopiske teknikker, så man likevel en økning i antallet som ble fjernet kirurgisk. Årsakene til dette kan være flere, men manglende kompetanse i endoskopisk vurdering og behandling av store polypper samt usikkerhet rundt hvorvidt det er mulig å fjerne polyppen innenfor den tiden som er satt av til koloskopi, kan medvirke til at pasienten henvises til kirurgi i stedet for endoskopisk reseksjon med slynge. Manglende prosedyrekoder og refusjon for endoskopisk reseksjon og produksjonspress som ikke tilgodeser tidkrevende prosedyrer, kan sannsynligvis også bidra til at praksisen opprettholdes.

Hvorfor er forfatterne opptatt av dette? Jo, fordi det finnes annen behandling som gir like godt eller bedre resultat, med færre komplikasjoner og lavere kostnader

Hvorfor er forfatterne opptatt av dette? Jo, fordi det finnes annen behandling som gir like godt eller bedre resultat, med færre komplikasjoner og lavere kostnader. Disse teknikkene kan sammenfattes som endoskopiske reseksjonsteknikker og innbefatter endoskopisk mukosal reseksjon, endoskopisk submukosal disseksjon og endoskopisk fullveggsreseksjon. Metodene krever spesifikke ferdigheter i endoskopisk bedømming av større polypper og ikke minst til selve utførelsen av den endoskopiske reseksjonen. Helt komplikasjonsfritt er det heller ikke. Blødning etter polypfjerning er et kjent fenomen, særlig i kombinasjon med antikoagulasjonsmidler og platehemmere.

Tarmscreeningprogrammet for aldersgruppen 55–65 år har blitt etablert i løpet av de siste to årene (3). Programmet setter nye krav til håndtering av den økte mengden avanserte polypper som avdekkes. Overbehandling eller ukomplett endoskopisk fjerning av polypper kan redusere helsegevinsten av screeningen. Vi ser derfor et stort behov for behandlingsteknikker som ligger «mellom slynge og kirurgi». Endoskopører har

blitt mer bevisste på at polypper som fjernes, må kunne evalueres av en patolog, og at patologens vurdering påvirker videre oppfølging av pasienten. For eksempel vil større polypper som fjernes i flere biter, kreve langt hyppigere koloskopikontroller enn dersom samme polyp fjernes i én bit (en bloc). I tillegg til polypper som avdekkes gjennom screeningprogrammet, finner vi en stor del avanserte polypper hos pasienter over 75 år. For denne gruppen vil et tilbud om endoskopisk reseksjon kunne tillate behandling av avanserte polypper med lavere risiko og bevart organfunksjon.

Bærum sykehus var ett av testsentrene under utviklingen av tarmscreeningprogrammet. Det er ingen tilfeldighet at initiativet om bedre endoskopisk behandling av kolorektale polypper kommer fra Bærum sykehus og Akershus universitetssykehus, som begge leder an i utviklingen av endoskopisk behandling av avanserte kolorektale polypper i Norge (3). Fagmiljøet på Bærum sykehus har tilegnet seg høy kompetanse, og ledelsen har skapt muligheter for viktig fagutvikling i nasjonal målestokk. Ved å sette søkelys på endoskopisk teknikk og ta til seg bl.a. japanske endoskopiske bedømmelsesmetoder og disseksjonsteknikker bidrar de nå til fagutviklingen innen endoskopisk terapi, slik at denne type behandling kan komme flere pasienter til gode.

Etablering av multidisiplinære møter for polypper, trening på disseksjonsteknikker i modeller og registrering av resultater i et prospektivt register etter modell fra Frankrike, er under arbeid. Tiden vil vise om vi kan oppnå høyspesialisert endoskopisk terapi også i Norge. For å nå målet må vi erkjenne hvor vi befinner oss på læringskurven, og sikre at ledere anerkjenner potensialet i endoskopisk terapi, som krever planlagt kompetansebygging ut over normal koloskopi-opplæring. ■

Roald Flesland Havre

roald.flesland.havre@helse-bergen.no

Roald Flesland Havre er spesialist i indremedisin og i fordøyelsessykdommer, overlege ved Seksjon for fordøyelsessykdommer, Haukeland universitetssjukehus og professor II ved Universitetet i Bergen. Han er nestleder i Norsk gastroenterologisk forening. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har deltatt på kurs i regi av Olympus.

Litteratur

- 1 Kreftregisteret. Cancer in Norway 2021. Lest 16.8.2024.
- 2 Nilsen JA, Bernklev L, Bretthauer M et al. Kirurgisk behandling av benigne kolorektale polypper 2008–21. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.23.0722.
- 3 Bernklev L, Nilsen JA, Augestad KM et al. Management of non-curative endoscopic resection of T1 colon cancer. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2024; 68: 101891.

Mogens Jensenius ¹
Kristine Mørch ^{2, 3}
Sheraz Yaqub ^{4, 5}
Dag Seeger Halvorsen ⁶
Henrik Mikael Reims ⁷
Ida Gabriella Björk ⁸

Bård Ingvald Røsok ^{4, 5}
Gunnar Oltmanns ⁹
Kirsti Helbak ¹⁰
Øivind Øines ¹¹
Tore Lier ¹²

- 1 Infeksjonsmedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål
- 2 Nasjonalt senter for tropiske infeksjonssykdommer, Medisinsk avdeling, Haukeland universitetssjukehus
- 3 Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen
- 4 Gastrokirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
- 5 Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo
- 6 Infeksjonsmedisinsk seksjon, Universitetssykehuset i Nord-Norge
- 7 Avdeling for patologi, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
- 8 Radiologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
- 9 Radiologisk avdeling, Universitetssykehuset i Nord-Norge
- 10 Radiologisk avdeling, Stavanger universitetssjukehus
- 11 Veterinærinstituttet, Ås
- 12 Nasjonal referansefunksjon for serologisk parasittdiagnostikk, Universitetssykehuset i Nord-Norge

Alveolær ekinokokkose

Alveolær ekinokokkose er en fryktet parasittær zoonose som forårsakes av larvestadiet til revens dvergbendemark, *Echinococcus multilocularis*. Fastlands-Norge er smittefritt, men alveolær ekinokokkose importeres en sjelden gang fra endemiske områder. Infiserte personer utvikler langsomtvoksende og multicystiske tumorer, som klinisk og radiologisk minner om malign sykdom. Sykdommen angriper i hovedsak leveren. Behandlingen består ofte av omfattende reseksjonskirurgi i kombinasjon med langvarig bruk av albendazol. I denne kliniske oversiktsartikkelen oppsummerer vi livssyklus, kliniske funn, diagnostikk, behandling og epidemiologi ved alveolær ekinokokkose, og eksemplifiserer sykdomsforløpet med to pasientkasuistikker.

Ekinokokkoser er parasittære zoonoser som skyldes larvestadiet til dvergbendemark, og som karakteriseres av langsomtvoksende cystiske lesjoner i infisert vev, hovedsakelig i lever. Ekinokokkose forekommer i to hovedformer: cystisk ekinokokkose, som forårsakes av hundens dvergbendemark (*Echinococcus granulosus*), og som gir opphav til enkeltstående og etter hvert store cyster, samt alveolær ekinokokkose, som skyldes revens dvergbendemark (*E. multilocularis*), og som utvikler konglomerat av småcyster og nekroser som radiologisk kan minne om maligne lesjoner.

Ingen av sykdommene er endemiske på det norske fastlandet, men diagnostiseres av og til som importtilfeller. I en retrospektiv studie av 92 pasienter med ekinokokkose behandlet ved Oslo universitetssykehus i perioden 2000–20, hadde 90 pasienter cystisk ekinokokkose, mens to hadde alveolær ekinokokkose (1). Senere er ytterligere fire pasienter diagnostisert med alveolær ekinokokkose i Norge. Av de totalt seks norske til-

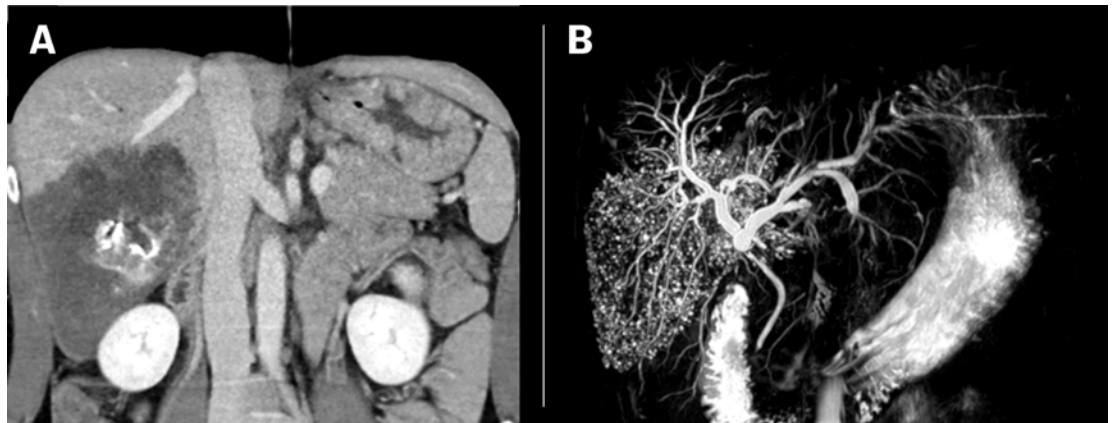
fellene som ble påvist i perioden 2017–23, er fire ervervet i Litauen, ett i Polen og ett i Sør-Frankrike. Denne kliniske oversiktsartikkelen er basert på et ikke-systematisk litteratursøk samt forfatternes egne erfaringer. Sykdomsforløpet er eksemplifisert ved to pasientkasuistikker.

Pasient 1: En mann i 30-årene fra Øst-Europa som hadde bodd flere år i Norge, utviklet ikterus og smerter under høyre kostalbue. CT abdomen avdekket en 13 cm stor uregelmessig lavattenuerende forandring med sentral nekrose og forkalkninger i leversegmenter 6 og 7, mens MRCP-undersøkelse viste at alle affiserte leversegmenter var gjennomgått av små cyster (figur 1). Serologi påviste antistoffer mot *E. multilocularis*, og det ble startet behandling med albendazol per os. Han ble operert

med en omfattende reseksjon av høyre lever. Makropatologi bekreftet en stor multilokulær cyste (figur 2), og histologisk undersøkelse påviste cyster med laminerte membraner, nekrose og fibrose. Radikaloperasjon var ikke teknisk mulig, og det var restforandringer omkring leverhilus og retroperitonealt. Pasienten er derfor forespeilet livslang behandling med albendazol. —>

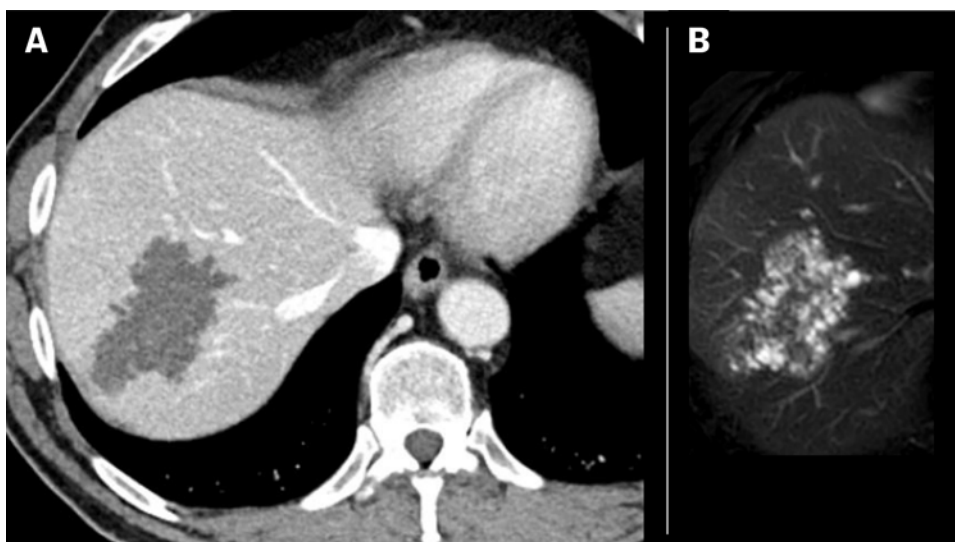
Klinisk oversiktsartikkel

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



Figur 1 a) Pasient med alveolær ekinokokkose (pasient 1). CT med kontrastvæske i venøs fase med koronal rekonstruksjon viser en 13 cm stor uregelmessig lavtattenuerende forandring med sentral nekrose og forkalkninger i leversegmenter 6 og 7. b) MRCP-sekvens med koronal maksimal intensitetsprojeksjon av leversegment 6 og 7 hos samme pasient viser utallige små cyster i alle affiserte leversegmenter.

Figur 2 Operasjonspreparat viser multicystisk tumor i leversegment 6 og 7 (pasient 1).



Figur 3 Pasient med alveolær ekinokokkose (pasient 2). a) CT med kontrastvæske viser en velavgrenset lavtattenuerende forandring i leversegment 7 med ujevn kant, b) mens de karakteristiske småcystene fremkommer tydeligere på T2-vektet MR-serie.



Figur 4 Operasjonspreparat med stor multicystisk tumor i leversegment 7 (pasient 2).

Pasient 2: En mann i 60-årene fra Øst-Europa som har bodd i Norge i mange år, fikk under utredning av en nydiagnostisert tarmkreft påvist en 3 cm stor lobulær lesjon i leversegment 7 ved CT abdomen. Lesjonen ble oppfattet som hemangiom. Ved CT-kontroll ett år senere hadde lesjonen vokst til 6,5 cm, og man mistenkte først metastase, men MR-undersøkelse av leveren avdekket overraskende multiple små cyster (figur 3). Serologi påviste antistoffer mot *E. multilocularis*. Pasienten startet med albendazol og ble operert med høyresidig hemihepatektomi. Operasjonspreparatet inneholdt en stor multicystisk tumor (figur 4). Histologiske funn var typiske for alveolær ekinokokkose (figur 5). Pasienten utviklet moderat økte levertransaminaser, og albendazol ble midlertidig seponert. Etter flere forsøk på reintroduksjon, ble albendazol endelig seponert syv måneder etter operasjon. Vi planlegger halvårlige kontroller i flere år med radiologi og serologi med tanke på eventuelt residiv.

Livssyklus

Livssyklusen til *E. multilocularis* involverer, som hos andre bendelmarkinfeksjoner, en hovedvert og en mellomvert. Rev er den vanligste hovedverten, men også hund og mårhund kan ha denne rollen. Hovedverten bærer den om lag fem mm lange voksne dvergabendelmarken i tynntarmen og skiller ut egg i feces. Smågnagere er mellomverter og smittes via kontaminert føde. I mellomverten utvikles alveolær ekinokokkose, en multicystisk tumor

som inneholder parasittens larvestadium. Hvis den syke gnageren senere blir spist av en rev eller annen karnivor, vil voksne bendelmarker kunne utvikles i tarmen til den nye hovedverten, slik at bendelmarkens livssyklus fullføres. Mennesker utgjør en tilfeldig mellomvert og smittes enten indirekte via inntak av kontaminerte bær, sopp eller andre naturprodukter, eller ved direkte kontakt med smittet hovedvert (2).

Kliniske funn

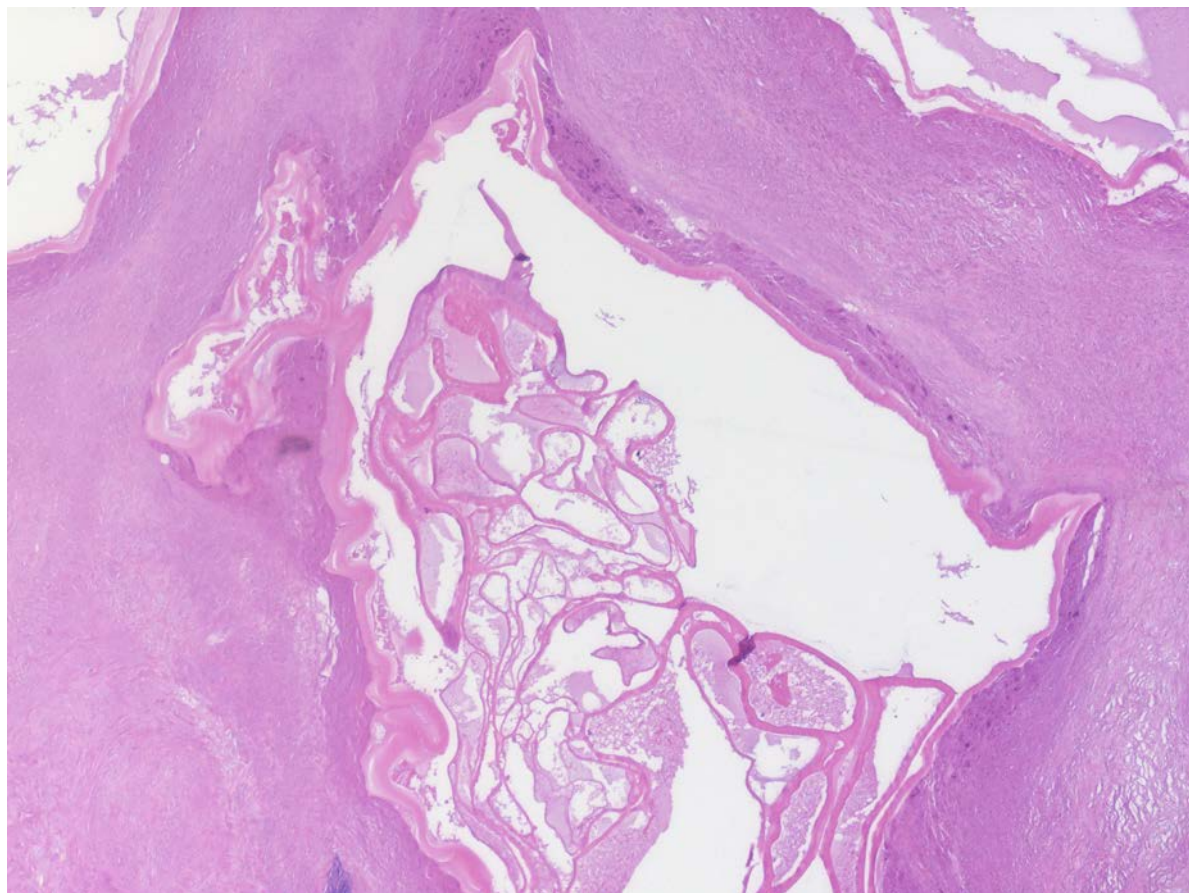
Human alveolær ekinokokkose rammer som regel høyre leverlapp, hvor det oppstår en langsomtvoksende multicystisk tumor. De enkelte cystene måler 5–20 mm og formeres via knoppskyting slik at det etter hvert oppstår et drueklaselignende konglomerat. Til forskjell fra cystisk ekinokokkose, hvor den enkelte cyste er distinkt avgrenset av en dobbeltsjiktet membran, er veksten ved alveolær ekinokokkose diffus og malignitetslignende, og infiltrerer gradvis tilgrensende vev. Inkubasjonstiden er lang, fra 5–15 år. Hematogen spredning kan gi opphav til ekstrahepatiske lesjoner i milt, lunger, hjerne og andre organer. På diagnosetidspunktet vil ca. 70 % av pasientene ha smerter, vekttap og/eller ikterus (jf. vår pasient 1), mens de resterende pasientene får diagnosen stilt tilfeldig (jf. pasient 2). Den langvarige asymptomatiske fasen gir en betydelig risiko for at utbredelsen ved diagnosetidspunktet er omfattende og at radikal kirurgi ikke er mulig. Ubehandlet er sykdommen dødelig hos nesten alle (2).

Diagnostikk

Diagnostikk ved alveolær ekinokokkose baseres på en kombinasjon av typiske radiologiske funn og positiv serologi. Endelig diagnose stilles ved histopatologisk undersøkelse og/eller PCR-analyser av operasjonsmateriale. Alveolær ekinokokkose klassifiseres radiologisk etter funn på CT (*Alveolar Echinococcosis Ulm Classification for Computed Tomography, AEUC-CT*) og MR (Kodamas klassifisering) (3, 4). På CT fremstår forandringene ofte som uskarpt avgrensede lobulerte oppfyllninger med uregelmessig sentral nekrose og spredte forkalkninger suspekt på malign tumor, mens de karakteristiske mikrocystiske komponentene fremkommer tydeligere på MR (figur 1 og 3). MR egner seg best for karakterisering samt loko-regional utbredelse. Diagnosen stilles vanligvis ikke basert på bildediagnostikk alene, da flere andre fokale leverlesjoner, inklusive premaligne og maligne tumorer, kan ha lignende karakteristika (5). FDG PET er nyttig ved initial diagnostikk, samt for postoperativ monitorering og ved mistanke om residiv (6).

Serologiske undersøkelser kan påvise spesifikke antistoffer med to metoder, Western Blot og enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA). Metodene har høy sensitivitet og er positive i over 95 % av tilfellene. Antistoffer mot *E. granulosus* og *E. multilocularis* kryssreagerer i begge metoder, men båndmønsteret som dannes i Western Blot-metoden, vil ofte indikere hvilken form for ekinokokkose det dreier seg om (7). —→

Figur 5 Histologisk undersøkelse av operasjonspreparat viser cyster med laminerte membraner omgitt av fibrose (pasient 2).



Ved makroskopisk patologisk undersøkelse fremstår le-sjonene som multilokulære cystiske kaviteter med nekrose og innhold av tykt, grøtet materiale (figur 2 og 4). Ved mikroskopisk undersøkelse ses cystiske kaviteter med laminerte membraner (figur 5), og i omkringliggende vev ses ulike forandringer som kan inkludere granulomatøs reaksjon, nøytrofile og eosinofile granulocytter, nekrose, fibrose og forkalkning. I motsetning til funn ved infeksjon med *E. granulosus*, ses ingen germinalmembran eller larver (*protoscoleces*) (8). Veterinærinstituttet tilbyr PCR-undersøkelse av infisert vev. Instituttet er nasjonalt referanselaboratorium for en rekke zoonotiske smittestoff, og har molekylære verktøy for påvisning og identifikasjon av DNA fra *E. multilocularis*.

Kirurgisk behandling

Alle pasienter må vurderes for radikal reseksjon, som er den eneste kurative behandlingsmetoden. Alveolær ekinokkose opereres etter de samme prinsippene som maligne leversvulster, da gjenværende infisert vev vil kunne infiltrere naboorganer og kar. Det anbefales 2 cm reseksjonsmargin rundt infisert vev. Dette er imidlertid ikke alltid teknisk mulig grunnet nærhet til andre vitale strukturer, men fri margin tilstrebes alltid. Alveolær ekinokkose vokser langs gallegangene og kan derfor diffust infiltrere levervev og dermed være årsaken til raskt tilbakefall av sykdom selv etter komplett kirurgisk reseksjon (9).

Medikamentell behandling

Alle pasienter bør behandles med peroralt albendazol 10 mg/kg/døgn fordelt på to doser. Ved kroppsvekt under 80 kg er anbefalt dosering 400 mg $\times$ 2, og ved vekt over 80 kg er den 600 mg $\times$ 2. Albendazol er ikke markedsført i Norge. Behandlende lege bør søke HELFO om refusjon på blå resept, paragraf 3. Anbefalt behandlingsslengde er minimum 2 år postoperativt. Hvis pasienten ikke kan radikalopereres, bør albendazol vurderes som livsvarig suppressjonsbehandling (jf. vår pasient 1) (9). Bivirkninger inkluderer reversibelt hårtap, hodepine og kvalme. Ca. 15 % utvikler en medikamentindusert hepatitt som kan nødvendiggjøre seponering (jf. vår pasient 2) (10). Hvis det oppstår bivirkninger, bør konsentrasjonsbestemmelse av metabolitten albendazol sulfoksid utføres, noe som tilbys ved utenlandske laboratorier. Grunnet manglende data om teratogen effekt, frarådes graviditet i behandlingsperioden.

Kontroller

Postoperativt bør CT eller MR utføres hver 6. måned de første årene, deretter sjeldnere. Serologi bør utføres hver 6. til 12. måned. Etter vellykket behandling vil antistoffnivåene vanligvis synke sakte, ofte over flere år. En eventuell titerstigning kan indikere tilbakefall av sykdommen. Ved flere europeiske sentre benyttes en mer spesifikk serologisk metode (Em18-ELISA) ved kontrollene. Resultat som går fra positivt til negativt i Em18-ELISA postoperativt, brukes som støtte for når man kan avslutte albendazol-behandling (7).

Epidemiologi

Alveolær ekinokkose er begrenset til den nordlige halvkule. Prevalensen av human sykdom følger utbredelsen av *E. multilocularis* hos rev. I Europa påvises alveolær ekinokkose årlig hos ca. 120 pasienter, med tyngdepunktet i alpeområdet hvor inntil 60 % av undersøkte rødrev er infisert med dvergbendelmarken. Andre europeiske kjerneområder er i Polen, Baltikum og Russland (11). I Sverige, hvor *E. multilocularis* ble påvist hos rødrev i 2011, er alveolær ekinokkose nylig diagnostisert hos seks pasienter hvor man ikke kan utelukke innenlandssmitte (12). Revens dvergbendelmark er påvist i faunaen ved Grumantbyen, en fraflyttet sovjetrussisk bosetning på Svalbard sørvest fra Longyearbyen. Her er polarrev hovedvert og østmarkmus mellomvert (13). Siden 2002 har Veterinærinstituttet gjennomført et overvåkingsprogram for *E. multilocularis* hos rødrev på Fastlands-Norge. Så langt er over 8 100 dyr blitt undersøkt uten positive funn (14).

Juridiske aspekter

Human alveolær ekinokkose er en nominativt meldepliktig sykdom, og bekreftede tilfeller skal meldes til Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) ved Folkehelseinstituttet. Tilstanden er klassifisert som en Nasjonal liste 2-zoonose på grunn av faren for spredning til norsk fauna. Fastlands-Norge har status som fritt for *E. multilocularis*, og det er derfor innført strenge regler for å unngå aksidentell importsmitte fra kjæledyr. For hund som innføres til Norge, må man (med få unntak) dokumentere at parasittbehandling er utført av veterinær 1–5 døgn før innreise.

Konklusjon

Alveolær ekinokkose er en sjelden, men potensielt meget alvorlig parasittsykdom. Diagnosen bør vurderes ved utredning av multicystiske leverlesjoner, særlig hos pasienter fra endemiske områder. Behandlingen er komplisert og bør skje i samråd med erfarne kirurger og infeksjonsmedisinere. ■

Pasientene har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 29.2.2024, første revisjon innsendt 27.5.2024, godkjent 25.6.2024.

Mogens Jensenius

Mogens Jensenius er ph.d., spesialist i indremedisin og i infeksjonssykdommer samt pensjonert overlege. Forfatterbidrag: ide, utforming, litteratursøk, utarbeiding og revisjon av selve manuskriptet, samt godkjenning av innsendt manusversjon.

Kristine Mørch

Kristine Mørch er ph.d., spesialist i indremedisin og i infeksjonssykdommer, overlege, leder for Nasjonalt senter for tropiske infeksjonssykdommer og førsteamanuensis. Forfatterbidrag: ide, utforming, litteratursøk, utarbeiding og revisjon av selve manuskriptet, samt godkjenning av innsendt manusversjon.

Sheraz Yaqub

Sheraz Yaqub er ph.d., spesialist i generell kirurgi og i gastroenterologisk kirurgi, overlege og førsteamanuensis. Forfatterbidrag: litteratursøk, utarbeiding og revisjon av selve manuskriptet, samt godkjenning av innsendt manusversjon.

Dag Seeger Halvorsen

Dag Seeger Halvorsen er spesialist i indremedisin og i infeksjonssykdommer samt overlege. Forfatterbidrag: utforming, utarbeiding og revisjon av selve manuskriptet, samt godkjenning av innsendt manusversjon.

Henrik Mikael Reims

Henrik Mikael Reims er ph.d., spesialist i patologi og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter. Forfatterbidrag: utforming, litteratursøk, utarbeiding og revisjon av selve manuskriptet, samt godkjenning av innsendt manusversjon.

Ida Gabriella Björk

Ida Gabriella Björk er ph.d., spesialist i radiologi og overlege. Forfatterbidrag: utforming, litteratursøk, utarbeiding og revisjon av selve manuskriptet, samt godkjenning av innsendt manusversjon.

Bård Ingvald Røsok

Bård Ingvald Røsok er ph.d., spesialist i generell kirurgi og i gastroenterologisk kirurgi samt overlege. Forfatterbidrag: litteratursøk, utarbeiding og revisjon av selve manuskriptet samt godkjenning av innsendt manusversjon.

Gunnar Oltmanns

Gunnar Oltmanns er spesialist i radiologi og overlege. Forfatterbidrag: utforming, litteratursøk, utarbeiding og revisjon av selve manuskriptet, samt godkjenning av innsendt manusversjon.

Kirsti Helbak

Kirsti Helbak er spesialist i radiologi og overlege. Forfatterbidrag: litteratursøk, utarbeiding og revisjon av selve manuskriptet, samt godkjenning av innsendt manusversjon.

Øivind Øines

Øivind Øines er veterinær og seniorforsker. Forfatterbidrag: litteratursøk, utarbeiding og revisjon av selve manuskriptet, samt godkjenning av innsendt manusversjon.

Tore Lier

Tore Lier er spesialist i medisinsk mikrobiologi og overlege. Forfatterbidrag: ide, utforming, litteratursøk, utarbeiding og revisjon av selve manuskriptet, samt godkjenning av innsendt manusversjon.

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

Litteratur

1 Yaqub S, Jensenius M, Heieren OE et al. Echinococcosis in a non-endemic country - 20-years' surgical experience from a Norwegian tertiary referral Centre. Scand J Gastroenterol 2022; 57: 953–7.

2 Eckert J, Gemmell MA, Meslin FX et al. red. WHO/OIE Manual on echinococcosis in humans and animals: a public health problem of global concern. Lest 25.6.2024.

3 Graeter T, Schmidberger J. Stage-Oriented CT Classification and Intermodal Evolution Model in Hepatic Alveolar Echinococcosis. Rofo 2022; 194: 532–44.

4 Brumpt É, Liu W, Graeter T et al. Kodama-XUUB: an informative classification for alveolar echinococcosis hepatic lesions on magnetic resonance imaging. Parasite 2021; 28: 66.

5 Chouhan MD, Wiley E, Chiodini PL et al. Hepatic alveolar hydatid disease (Echinococcus multilocularis), a mimic of liver malignancy: a review for the radiologist in non-endemic areas. Clin Radiol 2019; 74: 247–56.

6 Eberhardt N, Peters L, Kapp-Schwoerer S et al. 18F-FDG-PET/ MR in Alveolar Echinococcosis: Multiparametric Imaging in a Real-World Setting. Pathogens 2022; 11: 348.

7 Gottstein B, Lachenmayer A, Beldi G et al. Diagnostic and follow-up performance of serological tests for different forms/courses of alveolar echinococcosis. Food Waterborne Parasitol 2019; 16: e00055.

8 Burt AD, Ferrell LD, Hübscher SG. MacSween's Pathology of the Liver. 8. utg. Amsterdam: Elsevier, 2023.

9 Brunetti E, Kern P, Vuitton DA. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. Acta Trop 2010; 114: 1–16.

10 Venkatesan P. Albendazole. J Antimicrob Chemother 1998; 41: 145–7.

11 Deplazes P, Rinaldi L, Alvarez Rojas CA et al. Global distribution of alveolar and cystic echinococcosis. Adv Parasitol 2017; 95: 315–493.

12 Blackberg J, Asgeirsson H, Glimaker K et al. Flera svenska fall av infektion med rävens dvärgbandmask. Lakartidningen 2020; 117: 1–4.

13 Knapp J, Staebler S, Bart JM et al. Echinococcus multilocularis in Svalbard, Norway: microsatellite genotyping to investigate the origin of a highly focal contamination. Infect Genet Evol 2012; 12: 1270–4.

14 Hamnes IS, Henriksen K, Edgar K et al. The surveillance programme for Echinococcus multilocularis in red foxes (Vulpes vulpes) in Norway 2022. Surveillance program report. Ås: Veterinærinstituttet, 2023.

Farid Juya¹
farjuy@siv.no

John Fredrik Askjer¹
Linda Merete Kaaberg Dahl¹
Line Holtan¹
Jon Mordal¹

¹ Klinikk psykisk helse og avhengighet,
Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

Poliklinisk skifte fra metadon til buprenorfin med mikroinduksjon

Skifte fra metadon til buprenorfin gjøres oftest i døgnenheter og innebærer først en gradvis nedtrapping av metadon og så en «opioid-nulldag», som kan være krevende på grunn av abstinenser. Vi beskriver en ny og skånsom metode som også kan gjøres poliklinisk.

Pasienten var en mann i 50-årene som hadde vært i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) de siste 15 årene. Han fikk substitusjonsbehandling med 80 mg metadon mikstur daglig de første årene. Dosen ble imidlertid trappet ned til 50 mg et år før det aktuelle, grunnet samtidig bruk av illegale opioider og benzodiazepiner som resulterte i høy overdoserisiko og flere innleggelser på grunn av kombinasjonsoverdose. Daglig utlevering av medisiner under tilsyn, ukentlige psykoedukative samtaler og jevnlig kontakt med kommunens psykiske helseteam ble forsøkt, men pasienten overdoserte igjen flere ganger. Det var ikke forsvarlig å fortsette behandling med metadon.

Pasienten og LAR-lege var enige om at et skifte til buprenorfin var neste steg, da dette legemidlet er forbundet med lavere overdoserisiko enn metadon (1). Et skifte fra metadon til buprenorfin gjøres oftest i døgnenheter med nedtrapping av metadon og så en «opioid-nulldag» (tabell 1) (1). Pasienten ønsket ikke innleggelse og var redd for abstinenser. Polikliniske alternativer som mikroinduksjon med buprenorfin ble diskutert (2). Han var i utgangspunktet skeptisk til metoden, da det var begrenset erfaring med det i Norge, men ville likevel prøve.

Etter vurderingssamtale med lege begynte han med mikroinduksjon, som innebar stabil dose metadon (50 mg) og langsom introduksjon av buprenorfin (tabell 2). Pasienten ønsket å bruke buprenorfin i form av subkutan depotinjeksjon (Buvidal), som ble introdusert dag 7, og metadon ble seponert dag 8. Han ble hyppig og strukturert kartlagt med hensyn til vitale parametere og mulig abstinens (3). Skiftet forløp uten abstinenssymptomer eller komplikasjoner.

I starten fikk pasienten substitusjonsbehandling med 16 mg buprenorfin i subkutan depotinjeksjon per uke. Denne dosen ble senere økt, og seks måneder etter skiftet brukte pasienten 24 mg buprenorfin ukentlig, møtte jevnlig til psykoedukative samtaler ved LAR-poliklinikken og hadde ingen overdoser.

Diskusjon

I Norge er det rundt 8 200 pasienter i legemiddelassistert rehabilitering. Andelen som benytter metadon, har sunket over tid og var på 30 % i 2023 (4). Buprenorfin i subkutan depotinjeksjon (ukentlig eller månedlig) ble tilgjengelig i 2019 og ble brukt av 19 % av LAR-pasientene i 2023 (4). Det er viktig å ha effektive og skånsomme metoder når man skifter substitusjonslegemiddel.

Buprenorfin er en partiell opioid agonist som har høyere bindingsevne til μ -opioidreseptorer enn metadon, og ved samtidig bruk kan det utløse akutte abstinenssymptomer (5, 6). Det er derfor man tradisjonelt har en nulldag mellom siste dose metadon og første dose buprenorfin. Mikroinduksjon innebærer samtidig bruk av metadon og en svært langsom introduksjon av buprenorfin. Dette gjør at risikoen for akutt abstinens er lav.

Mikroinduksjon ble først beskrevet i 2016 (2). Siden er det blitt publisert flere kasuistikker og oversiktsartikler (7–10), men randomiserte studier og erfaringer fra Norge er til nå ikke publisert. Den omtalte pasienten brukte en relativt lav dose metadon (50 mg), men det er tidligere rap-

Tabell 1 Standard skifte fra metadon til buprenorfin under opphold i døgnenhet, jf. nasjonale retningslinjer (1).

Dag	Metadon (mg)	Buprenorfin (mg)	Observasjonstid (min)
1	50 per os	-	5
2	40 per os	-	5
3	30 per os	-	5
4	Nulldag	-	-
5	-	2 + 2 + 4 sublingvalt	30
6	-	8 + 4 sublingvalt	30
7	-	16 sublingvalt	30

Tabell 2 Poliklinisk skifte fra metadon til buprenorfin med mikroinduksjon.

Dag	Metadon (mg)	Buprenorfin (mg)	Observasjonstid (min)
1	50 per os	0,4 × 1 sublingvalt ¹	30
2	50 per os	0,4 × 2 sublingvalt ¹	30
3	50 per os	0,8 × 2 sublingvalt ¹	30
4	50 per os	2 × 1 sublingvalt ¹	30
5	50 per os	2 × 1 ² sublingvalt ¹	30
6	50 per os	2 × 1 ² sublingvalt ¹	30
7	50 per os	8 i subkutan depotinjeksjon	30
8	-	-	-
9	-	-	-
10	-	16 i subkutan depotinjeksjon	30

1 Temgesic sublingvaltabletter
2 Vi valgte å bruke samme dose tre dager på rad for å gjøre det mer skånsomt for pasienten. Om pasienten hadde ønsket opptrapping med buprenorfintabletter, kunne man administrere 3 og 4 mg på henholdsvis dag 5 og 6

portert om ukompliserte forløp selv med høye doser med ulike fulle opioidagonister (10). Pasientens lave komorbiditet og høye motivasjon bidro trolig til et ukomplisert forløp. Kasuistikken bekreftet at man kan gjennomføre et skifte fra en opioidagonist til en partiell opioidagonist på en skånsom måte, poliklinisk og uten opioid-nulldag. Mikroinduksjon kan potensielt redusere risikoen for uønskede behandlingsavbrudd, øke pasientetterlevelsen og mestingsfølelsen samt frigjøre sengeplasser, men metoden må fortsatt brukes unntaksvis. Randomiserte studier er nødvendig for å systematisk evaluere mikroinduksjon opp mot konvensjonelle metoder. ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.
Mottatt 6.2.2024, første revisjon innsendt 5.5.2024, godkjent 5.6.2024.

Farid Juya

farjuy@siv.no
Farid Juya er ph.d.-stipendiat og konstituert overlege i legemiddelassistert rehabilitering. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

John Fredrik Askjer

John Fredrik Askjer er lege i spesialisering i rus- og avhengighetsmedisin. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Linda Merete Kaaberg Dahl

Linda Merete Kaaberg Dahl er spesialvernepleier i legemiddelassistert rehabilitering. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Line Holtan

Line Holtan er spesialsykepleier og koordinator i legemiddelassistert rehabilitering. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jon Mordal

Jon Mordal er ph.d., spesialist i psykiatri og overlege i legemiddelassistert rehabilitering. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1 Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet. Lest 26.4.2024.
2 Hämmig R, Kemter A, Strasser J et al. Use of microdoses for induction of buprenorphine treatment with overlapping full opioid agonist use: the Bernese method. Subst Abuse Rehabil 2016; 7: 99–105.
3 Wesson DR, Ling W. The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). J Psychoactive Drugs 2003; 35: 253–9.
4 Nesse L, Lobmaier P, Skeie I et al. Statusrapport 2023. Tjuefem år med legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Lest 5.6.2024.
5 Jones HE. Practical considerations for the clinical use of buprenorphine. Sci Pract Perspect 2004; 2: 4–20.
6 Walsh SL, Preston KL, Stitzer ML et al. Clinical pharmacology of buprenorphine: ceiling effects at high doses. Clin Pharmacol Ther 1994; 55: 569–80.
7 Ghosh SM, Klair S, Tanguay R et al. A Review of Novel Methods To Support The Transition From Methadone and Other Full Agonist Opioids To Buprenorphine/Naloxone Sublingual In Both Community and Acute Care Settings. Can J Addict 2019; 10: 41–50.
8 Becker WC, Frank JW, Edens EL. Switching From High-Dose, Long-Term Opioids to Buprenorphine: A Case Series. Ann Intern Med 2020; 173: 70–1.
9 Salapenka I, Konakanchi JS, Sethi R. Outpatient Rapid Microinduction of Sublingual Buprenorphine in 3 Days From Methadone for Opioid Use Disorder. Prim Care Companion CNS Disord 2022; 24: 21cr03150.
10 Ahmed S, Bhivandkar S, Lonergan BB et al. Microinduction of Buprenorphine/Naloxone: A Review of the Literature. Am J Addict 2021; 30: 305–15.

Ida Marie Nyhagen Vikan¹

ida.n.vikan@gmail.com

Kristin Skogøy²**Sofie Strand Klausen**³**Jordi Deu**⁴**Erik Waage Nielsen**^{5, 6, 7, 8}

- 1 Barnemedisinsk avdeling, Nordlandssykehuset Bodø
- 2 Kvinneklubben, Nordlandssykehuset Bodø
- 3 Bildediagnostisk avdeling, Nordlandssykehuset Bodø
- 4 Gynekologisk onkologisk seksjon, Kvinnesykdommer og fødselshjelp, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø
- 5 Anestesiavdelingen, Nordlandssykehuset Bodø
- 6 Nord Universitet
- 7 UiT Norges arktiske universitet
- 8 Universitetet i Oslo

En kvinne i 30-årene med brystmerter og sirkulatorisk sjokk etter fødsel

En andregangsfødende kvinne i 30-årene ble hemodynamisk ustabil og utviklet sterke brystmerter etter fødselen. Årsaken til symptomene viste seg å være en alvorlig komplikasjon ved vaginal fødsel etter et tidligere keisersnitt, men omfanget ble ikke avklart før over en uke senere.

Pasienten var en andregangsfødende kvinne med ukomplisert svangerskap, men var selektert til å føde ved kvinneklinikk grunnet tidligere keisersnitt. Etter eget ønske ble fødselen igangsatt i svangerskapsuke 41 + 3 med ballongkateter, og senere misoprostol 0,25 mg vaginalt uten at hun etablerte effektive rier. Amniotomi førte til at hun gikk i aktiv fødsel med rask og fin fremgang. Epidural var anlagt med mangelfull effekt. Etter under 30 minutters trykkestid viste kardioktograf (CTG) fosterasfyksi. Barnet ble derfor vakuumbefrøst med apgarskår på 7-8-9.

I Norge forsøker 75 % av kvinner med tidligere keisersnitt vaginal fødsel i neste svangerskap, med en vaginal fødselsrate på 63 % (1). Seleksjon til større sykehus skyldes risikoer som invasiv placenta og uterusruptur (1). For å unngå hyperstimulering og økt rupturrisiko ved induksjon etter keisersnitt, anbefales ballongkateter. Misoprostol og oksytocin kan brukes i lavere doser med kontinuerlig CTG-overvåkning under aktiv fødsel for å oppdage fosterstress eller for høy rieraktivitet (2).

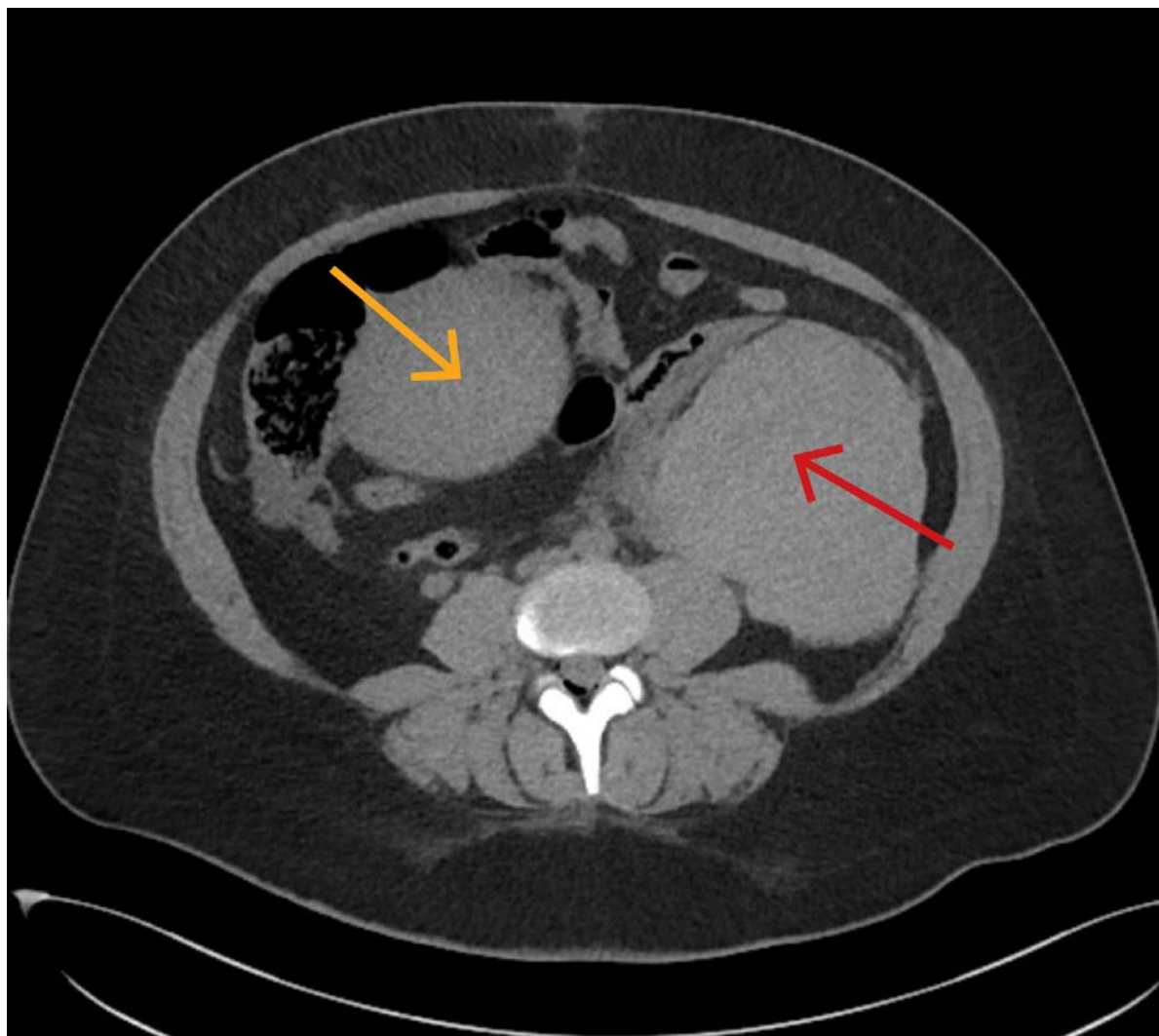
Placenta kom spontant og var hel. Kvinnen var påfallende medtatt, men uten smerter. Det tilkom postpartumblødning fra uterusatoni. Initiale blodtrykk var 60/50, 84/44 og 93/57 mmHg, målt med 5–10 minutters mellomrom. Behandling med oksytocindrypp 50 E/500 ml intravenøst, 1 g traneksamsyre intravenøst, misoprostol 0,6 mg rektalt og en mindre mengde Ringer acetat ble gitt med god effekt. Vaginalrift og episiotomi ble suturert, og estimert blødningsmengde var 600–800 ml. 1,5 timer etter fødsel var blodtrykket 113/90 og pulsen var 120. Hun ble observert videre av jordmor på fødestue.

Noe å lære av

Komplekse pasienthistorier med vekt på de kliniske vurderingene

Postpartumblødning på mellom 500–1 000 ml forekommer hos 13–25 % av fødende i Europa (3), og skyldes oftest uterusatoni, rifter eller

placentarester (4). Medikamentell behandling av postpartum blødning er lik for pasienter med og uten tidligere keisersnitt (5). Siden fødende kan være medtatte og oppleve blodtrykksfall etter atoniblødninger, ble tilstanden ikke oppfattet som alarmerende når tiltakene hadde effekt. Selv om oksytocin ikke regnes som en vasopressor, er det beslektet med vasopressin, som har vasopressor-



Figur 1 CT abdomen/bekken uten kontrast tatt etter fødsel ble beskrevet med intraperitonealt hematom (rød pil) på venstre side av uterus (gul pil).

Pasientens perspektiv

Mange av riene, spesielt de jeg kjente på fremsiden av magen, var så kraftige og smertefulle at det flere ganger kjentes ut som at alt skulle revne innvendig. På en av de siste pressriene etter at vakuomet var satt, kjente jeg at noe skjedde mens jeg presset, og jeg fikk en ny type smerte på høyre side av magen. Etter fødselen følte jeg meg utrolig slapp, kvalm, svimmel og hadde ingen krefter.

virkning (6). Det antyder at oksytocin kunne hatt en midlertidig vasopressoreffekt.

2,5 timer postpartum utviklet pasienten sterke bryst smerter, nummenhet i venstre arm, kvalme og oppkast. Påtroppende gynekologisk forvakt ble tiltalt, og fant pasienten medtatt i sengen med øynene lukket. Hun svarte godt på spørsmål, og fremsto klar og orientert. Puls var 120–130 per minutt, blodtrykk varierte mellom 60/40 – 80/50 mmHg ved gjentatte målinger. Saturasjon var 98 % uten O₂-tilskudd, og respirasjonsfrekvens var 26 per minutt. Det var ingen hereditet for hjerte- og karsykdom eller tromboembolisk sykdom, ingen magesmerter eller dyspné. Det ble startet 1 000 ml Ringer Acetat intravenøst, og bestilt blodprøver med tanke på koronariskemi og lungeemboli. Auskultasjon av hjerte og lunger var uten anmerkning. Hun var bløt og uøm ved palpasjon av abdomen, men anga litt ubehag ved dyp palpasjon i venstre fossa. Uterus sto like under umbilicus, og det var kun sparsom vaginalblødning. EKG viste normal sinusrytme, invertert T i avledning III, ST-depresjon på 1 mm i V₃–V₄. Gynekologisk bakvakt ble tilkalt.



Det ble klart for behandlingsteamet at pasienten var i sirkulatorisk sjokk. En rekke tilstander kan gi sirkulatorisk påvirkning og brystsmerte postpartum. EKG viste tegn til iskemi. Aktuelle differensialdiagnoser var iskemisk hjertesykdom, lungeemboli/fostervannsemboli, aortadisseksjon eller pågående blødning. I fravær av blødningsfokus ble ikke blodtransfusjon utført. Grunnet tidligere keisersnitt, ble uterusruptur vurdert, på tross av manglende magesmerter.

Pasienten viste kun delvis respons på intravenøs væske, med blodtrykk økende til 80/50 mmHg og pulsen forble høy. Anestesipersonell ble forsøkt tilkalt, men hadde på det tidspunktet ikke mulighet til å komme. Medisinsk vaksjikt ble kontaktet med tanke på medisinske differensialdiagnoser. Alle samtalen om tilsyn og overflytting tok opp mot 40 minutter.

For å avklare diagnose og dermed videre behandling, ble CT abdomen/bekken og toraks rekvirert med tanke på aortadisseksjon, lungeemboli og uterusruptur. I samråd med radiolog begynte man med en serie CT abdomen/bekken uten intravenøs kontrast for å se etter abdominalblødning som ved uterusruptur.

3,5 timer postpartum ble CT abdomen/bekken uten kontrast tatt, og radiolog beskrev et stort intraperitonealt hematom på venstre side av uterus (figur 1). Siden pasienten var sirkulatorisk ustabil, kjørte man rett på operasjon for innleggelse av sentralt venekateter, blodtransfusjon og kirurgisk intervensjon uten ytterligere bildediagnostikk.

Intravenøs narkose ble indusert raskt med ketamin 100 mg, propofol 50 mg, fentanyl 0,3 mg og rokuronium 100 mg for å redusere aspirasjonsrisiko og kardiodepressiv effekt. Blodprøver tatt tre timer etter fødsel, kom peroperativt og viste blant annet: Hemoglobin 9,7 g/dL (11,7–15,3), Troponin I hs 588 ng/L (< 45), kreatinin 96 µmol/L (45–90), Kalium 5,9 mmol/L (3,6–4,6), D-dimer 6,5 mg/L (< 0,5). Venøs blodgass: pH 7,30 (7,35–7,45), BE -6 mmol/L (-3–+3), pCO₂ 5,2 kPa (4,7–6,0), bikarbonat 19 mmol/L (21–27), laktat 5,8 mmol/L (0,5–2,2)

Teamet tolket blodprøvene som passende med type II hjerteinfarkt grunnet blødningssjokk, og blodgassen korrigert for venøse verdier som en moderat kompensert metabolsk laktacidose av samme årsak.

4,5 timer postpartum ble laparotomi utført via Pfannenstiel-snitt. Adhæranser fra tidligere keisersnitt kompliserte inngrepet. Man fant rikelig med frisk blødning og koagler intraperitonealt, men noe mindre enn forventet fra radiologisk beskrivelse. En 6 cm totalruptur ble identifisert på uterus' høyre side i tidligere arr, og på venstre side forelå et truende rupturområde og flere defekter med pågående blødning (figur 2).

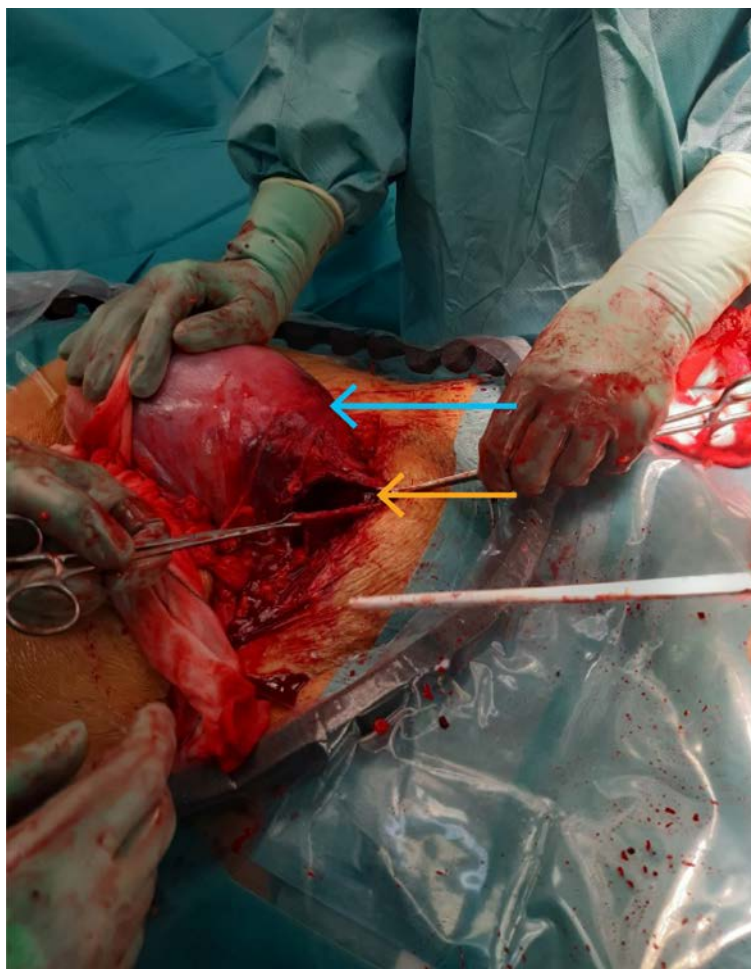
Uterusruptur forekommer i 0,2–1 % av fødsler etter et keisersnitt, og det øker til 2 % etter flere (2). Forekomsten er økende fordi flere fødende har kombinasjonen av tidligere keisersnitt og medikamentell riestimulering (7). Symptomer inkluderer konstante magesmerter, vaginalblødning, avtagende rier og endret fosterposisjon (8). Umiddelbart keisersnitt er nødvendig for å unngå perinatal død (2). Risikofaktorer omfatter tidligere uterusinngrep, stort barn, riestimulering, langvarig fødsel og vakuumporforløsning (8, 9). Pasienten fikk ingen riestimulerende medikamenter under aktiv fødsel, men hadde vakuumporforløsning og smerter som kunne indikere ruptur, men smertene forsvant etter fødselen.

Pasienten ble stabilisert med transfusjoner, assistert av rotasjonstromboelastometri og arteriekranbaserte blodgassanalyser. Laveste Hb var 8,0 g/dL. Med en ekstra gynekolog ble komplett uterusruptur og truende rupturområde suturet. Hemostasefremmende matte ble plassert. Ved lukking var det ingen pågående blødning. Pasienten ble vekket fra narkose, men idet man fjernet operasjonsdekningen, så man at det var pågående vaginalblødning. Man fant ingen nye blødningsfokus ved spekuluminnspeksjon på operasjonsstuen. Kompresser med traneksamsyre ble anlagt som tamponade vaginalt, og 50 E/500 ml intravenøst oksytocindrypp 150 ml/t ble anvendt for å fremme uteruskontraksjon, men pasienten blødde raskt gjennom kompressene.

Behandlingsteamet anså placentarester som mindre sannsynlig, og vurderte at risikoen for perforasjon av uterus ved utskrapning var høy. Pasienten lå fortsatt på operasjonsbordet, og det ble besluttet reoperasjon for å finne potensielle uterine blødningskilder som kunne forklare vaginalblødningen.

Under reoperasjonen ble sivblødning fra truende rupturområde på venstre side av uterus behandlet med suturer og hemostasefremmende matte og et venstresidig vakuumdren ble plassert. Total operasjonstid var 4,5 timer og ble avsluttet 9 timer etter fødselen, med et estimert blodtap på 4,5 liter. Pasienten fikk peroperativt intravenøst med 10 poser erytrocyttkonsentrat, 8 poser plasma, 3 pakker trombocyt-konsentrat, fibrinogen, kalsium, cefazolin 2 g som perope-

Figur 2 Peroperativt bilde som viser uterus (blå pil) med totalruptur på høyre side (gul pil).



rativ antibiotikaprofylakse og humant immunglobulin mot Rh(D)-immunisering (Rhopylac) 300 µg grunnet RhD-negativ blodtype. Hun var deretter 20 timer på intensivavdelingen, hvor hun fikk 1 pose erytrocyttkonsentrat. Pasienten hadde stabile koagulasjonsprøver og ingen disseminert intravaskulær koagulasjon. Høyeste troponin var 1275 ng/L (< 45), men falt innen et døgn. Abdominaldreneret ble seponert etter to dager. Det var ingen vaginalblødning utover normal renselse. Hun ble etter eget ønske utskrevet på tredje postoperative dag, etter nye 2 poser erytrocyttkonsentrat og piperacillin-tazobactam 4 g × 3 intravenøst. Pasienten, med lang operasjonstid og forhøyet kroppsmasseindeks, fikk Fragmin 5000 E subkutan fra 20 timer postoperativt og i 14 dager. Oppfølging var planlagt hos fastlege og på kvinneklinikken.

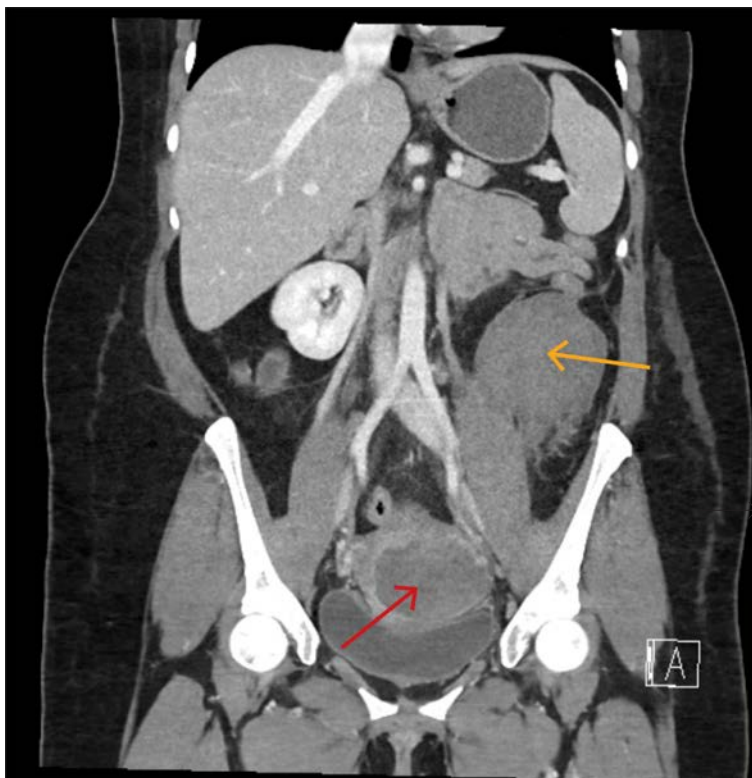
Veileder for fødselshjelp tilrår tromboseprofylakse innen 6 timer etter hemostase og velkontrahert uterus ved alvorlig postpartumbldning grunnet økt koagulasjonsaktivitet, infeksjonsrisiko og immobilisering (5).

Åtte dager postpartum begynte pasienten plutselig å blørikelig vaginalt. Ambulansepersonell mistenkte alvorlig blødning med estimert mengde på 2–3 L, og bestilte kriseblod. Blodtrykk lå mellom 56/34 og 101/66 mmHg, og puls var 135 per minutt. Hun ble oppfattet som hemodynamisk ustabil, og grunnet værforhold ble hun fløyet til et universitetssykehus med luftambulansehelikopter istedenfor til fødesykehuset. Under transporten var pasienten våken, og blodtrykket ble målt fire ganger til rundt 120/70 mmHg, pulsen gradvis fallende til 126 per minutt. Det ble gitt en pose RhD-positivt blod, en pakke LyoPlas (frysetørret plasma), og traneksamsyre 2 g intravenøst. Hun ble møtt av kirurgisk mottaksteam på universitetssykehuset. Det var normalt blodtrykk, puls 108 per minutt og ingen pågående vaginalblødning. Ultralyd abdomen viste ingen fri væske. CT avdekket et stort retroperitonealt hematom med mistenkt aktiv blødning og et mindre hematom i cervix/vagina (figur 3). Bildene fra fødselsinnleggelsen ble gransket på nytt, og man så for første gang at hematomet som var beskrevet som intraperitonealt ved fødesykehuset, også da hovedsakelig lå retroperitonealt.

Siden pasienten var blitt operert ved et annet sykehus, hadde man ikke full oversikt over tidligere sykehistorie, og behandlingsteamet trodde en stund at det retroperitoneale hematomet var nytilkommet. Sammen med radiologisk mistanke om pågående blødning i hematomet, førte dette til at man utførte akutt laparotomi, selv om pasienten hadde stabile parametre.

En ekstra gynekolog ble tilkalt, og pasienten ble operert med Pfannenstiel-snitt og midtlinjesnitt. Ny radiologisk vurdering av CT bilder like etter operasjonsstart, avkreftet mistanke om aktiv blødning. Det ble ikke funnet blødning intraperitonealt, men et eldre retroperitonealt hematom på venstre side tilsvarende 600 ml som ble evakuert. Uterus var subkontrahert og det ble gitt oksytocininfusjon 50 E/500 ml intravenøst. Forsiktig utskrapning av uterus kavitet avdekket en sparsom mengde hinnerester.

Undersøkelser ved universitetssykehuset avkreftet ny pågående blødning, noe som var overraskende gitt de alvorlige observasjonene i ambulansejournalen. I ettertid har behandlende leger tenkt at vaginalblødningen som oppstod i pasientens hjem, kan ha vært tømning av et gammelt væsketilblandet hematom, eventuelt frisk blødning etter skorpeløsning fra sårflate i uterus, som ble ekstra kraftig grunnet subkontrahert uterus med gjenværende



Figur 3 CT abdomen/bekken med kontrast i arteriell fase som viser hematom i cervix (rød pil) og venstresidig retroperitonealt hematom (gul pil).

fosterhinner. Tromboseprofylaksen kunne ha medvirket til vedvarende sivblødning og vaginal uttømming av et gammelt hematom etter hjemkomst. Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral sitt estimat på 2–3 liter blod kan ha inkludert blodfortynnet væske. Det kliniske bildet med forbigående hypotensjon og normalt til høyt blodtrykk, stress og høy puls kan ha vært uttrykk for en vekslende vasovagal reaksjon og sympatikusaktivering, og det tydet ikke på en stor pågående blødning. Selv om vi ikke har opplysninger som skulle tilsi at det var deler av det gamle retroperitoneale hematomet som tømte seg spontant vaginalt i dette tilfellet, er nettopp dette beskrevet hos tre kvinner i en kasuistikkserie fra 2022 (10).

Pasienten reiste hjem elleve dager postoperativt med tromboseprofylakse i form av Fragmin 7500 E i 4 uker. Hun var RhD-negativ og hadde fått én pose RhD-positivt blod prehospitalt. Immunhematologiske undersøkelser viste tilstedeværelse av RhD-positive erytrocytter i pasientens blod, og det ble gitt Rhophylac 300 µg intravenøst. Kontroll av RhD-immunisering ble planlagt etter tre og seks måneder.

Diskusjon

Pasienter som blir hemodynamisk ustabile etter fødsel, krever en bred tilnærming og hurtig håndtering for best mulig utfall. Blødning er en viktig årsak til hypotensjon og takykardi postpartum, og bør alltid mistenkes. Som vår sykehistorie viser, kan det i praksis være vanskelig å identifisere kvinnene som har større blødning enn normalt. Leger og sykepleiere må være forberedt på å prioritere fødende i sirkulatorisk sjokk.

Vår pasient hadde alvorlige symptomer som kunne stamme fra flere organsystemer. En bred tilnærming var derfor viktig for å finne riktig diagnose. En intensivseng er på sitt beste en perfekt plass for et slikt kollokvium. Det viste seg at pasienten hadde blødningssjokk forårsaket av uterusruptur med både uvanlig presentasjon og lokalisasjon av påfølgende hematoma. Sammen med en initial tolkning av hematomet som intraperitonealt bidro dette til å forsinke diagnosen. CT ble først protokollert og utført uten intravenøs kontrast, noe som riktignok påviste blødning, men som vanskeliggjorde vurdering av lokalisasjon og omfang av dette. Påfølgende serier med intravenøs kontrast ble ikke gjort da pasienten ble oppfattet som sirkulatorisk ustabil og tatt rett til operasjon. Som hovedregel bør pasienter som man mistenker har pågående blødning eller sirkulatorisk sjokk, få utført flerfasert CT med intravenøs kontrast, med eller uten «tomserie».

Ved første inngrep trodde behandlingsteamet at man hadde funnet forklarende årsak på pasientens tilstand med uterusruptur og intraperitonealt hematoma med pågående blødning. Det viste seg imidlertid at det også forelå et stort retroperitonealt hematoma. Dette forklarer at mengden koagler ved primæringrepet ble oppfattet som noe mindre enn forventet, og at pasienten hadde et stort transfusjonsbehov. Retroperitoneale hematomer er primært en radiologisk diagnose, og vil ikke kunne avdekkes ved intraperitoneal laparotomi via Pfannenstiel-snitt (11). Dette understreker viktigheten av å lete videre dersom kart og terreng ikke passer helt. Misoppfattelsen av hematomaets beliggenhet ved fødesykehuset og antagelsen om en pågående blødning ved universitetssykehuset, kan ha ført til en unødvendig ekstra laparotomi. På universitetssykehuset ble kirurgisk mottaksteam aktivert på grunn av ambulansespersonellens bekymringsfulle observasjoner. Med mange involverte i et hektisk miljø, er alle innstilt på å sikre rask og effektiv behandling, som ofte er kirurgi. I en slik kontekst kan det være utfordrende å stoppe opp og bruke den tiden som trengs for å konstatere at pasientens tilstand likevel ikke krever det.

Behandlingsvalg for retroperitoneale hematomer baserer seg på hematomaets lokalisasjon, hemodynamisk stabilitet og hvorvidt man mistenker pågående blødning. Stabile pasienter uten aktiv blødning, kan ofte behandles konservativt. Ved mistanke om aktiv blødning hos stabile pasienter, er angiografi med stenting eller embolisering et alternativ (12). Ustabile pasienter med aktiv blødning krever oftest kirurgi (12, 13). På fødesykehuset var kirurgi nødvendig for å stabilisere pasienten og reparere uterusdefekter, noe som gjorde angiografi med stenting/embolisering overflødig.

Som pasientkasustikken viser, er det slik at den i ettertid perfekte tilnærmingen i praksis ofte ikke gjøres. Vi ønsker å fremheve tre hovedlæringspunkter fra pasientforløpet. Det er viktig å være bevisst på at retroperitoneale hematomer kan oppstå hos fødende (11). Ved uterusruptur kan blod dissekere seg opp langs ligamentum latum og videre inn i retroperitoneum, og gi blødningssjokk uten større forutgående symptomer (13, 14). Et annet læringspunkt er at det kan være utfordrende radiologisk å skille mellom intra- og retroperitonealt hematoma, og å avklare om det er billedmessige tegn til pågående blødning. Dette fordrer ekstra årvåkenhet fra kirurger når radiologiske og kliniske funn ikke helt samsvarer. Om enn mindre unikt, er det siste læringspunktet viktigheten av god kommunikasjon og samhandling i den akuttmedisinske kjeden for å sikre rask og god behandling. ■

Tusen takk til Torggrim Lysen Skiaker og Trine Skjeflo for å ha bidratt med radiologiske refleksjoner i arbeidet med manuskriptet.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen og bilder blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 10.11.2023, første revisjon innsendt 1.4.2024, godkjent 25.6.2024.

Ida Marie Nyhagen Vikan

ida.n.vikan@gmail.com

Ida Marie Nyhagen Vikan er lege i spesialisering i pediatri og var tidligere i lege spesialisering i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kristin Skogøy

Kristin Skogøy er overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Sofie Strand Klausen

Sofie Strand Klausen er lege i spesialisering i radiologi. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jordi Deu

Jordi Deu er overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Erik Waage Nielsen

Erik Waage Nielsen er spesialist i anestesi, overlege, professor og har europeisk intensiveksamen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Lehmann S, Baghestan E, Børdahl PE et al. Low risk pregnancies after a cesarean section: Determinants of trial of labor and its failure. *PLoS One* 2020; 15: e0226894.
- 2 Norsk gynekologisk forening. Uterusruptur. Lest 24.3.2024.
- 3 Calvert C, Thomas SL, Ronsmans C et al. Identifying regional variation in the prevalence of postpartum haemorrhage: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2012; 7: e41114.
- 4 Al-Zirqi I, Vangen S, Forsén L et al. Prevalence and risk factors of severe obstetric haemorrhage. *BJOG* 2008; 115: 1265–72.
- 5 Norsk gynekologisk forening. Postpartum blødning (PPB). Lest 22.3.2024.
- 6 Baribeau DA, Anagnostou E. Oxytocin and vasopressin: linking pituitary neuropeptides and their receptors to social neurocircuits. *Front Neurosci* 2015; 9: 335.
- 7 Al-Zirqi I, Stray-Pedersen B, Forsén L et al. Uterine rupture: trends over 40 years. *BJOG* 2016; 123: 780–7.
- 8 Al-Zirqi I, Stray-Pedersen B, Forsén L et al. Uterine rupture after previous caesarean section. *BJOG* 2010; 117: 809–20.
- 9 Kaczmarczyk M, Sparén P, Terry P et al. Risk factors for uterine rupture and neonatal consequences of uterine rupture: a population-based study of successive pregnancies in Sweden. *BJOG* 2007; 114: 1208–14.
- 10 Redondo Villatoro A, Azcona Sutil L, Vargas Gálvez D et al. Diagnosis and Management of Postpartum Retroperitoneal Hematoma: A Report of 3 Cases. *Am J Case Rep* 2022; 23: e935787.
- 11 Mondie C, Maguire NJ, Rentea RM. Retroperitoneal Hematoma. Lest 22.3.2024.
- 12 Chan YC, Morales JP, Reidy JF et al. Management of spontaneous and iatrogenic retroperitoneal haemorrhage: conservative management, endovascular intervention or open surgery? *Int J Clin Pract* 2008; 62: 1604–13.
- 13 Rafi J, Khalil H. Maternal morbidity and mortality associated with retroperitoneal haematomas in pregnancy. *JRSM Open* 2018; 9: 2054270417746059.
- 14 Maroyi R, Ngeleza N, Kalunga K et al. Large retroperitoneal hematoma following vaginal delivery: a case report. *J Med Case Rep* 2021; 15: 290.

Prosentter på kryss eller tvers?

Når man skal rapportere antall og sammenlikne andeler, kan det være nyttig å vise tallene i en krysstabell. Men bør man rapportere prosentter innen rader eller innen kolonner?

For å besvare dette spørsmålet kan man spørre seg hva som er *eksponering* og hva som er *utfall*, og rapportere prosentandeler innenfor hver gruppe av eksponering. Vanligvis vil det være naturlig å vise eksponering i rader, og dermed også prosentter innen rader (1, s.85).

Eksponering eller utfall?

La oss se på et eksempel. Gårdvik og medarbeidere rapporterer resultater fra en oppfølgingsstudie av personer tre år etter at de hadde vært pasienter ved en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (2). Blant 464 personer var 256 kvinner, hvorav 109 hadde en angstdiagnose ved oppfølgingstidspunktet, mens 147 ikke hadde det. Blant 208 menn hadde 43 en angstdiagnose, mens 165 ikke hadde det (tabell 2 i (2)). Disse tallene kan oppsummeres i en krysstabell som vist i tabell 1. Her er det først vist prosentandeler med og uten diagnose innen hvert kjønn, altså prosentter innen rader slik som tabellen er satt opp: I denne studien hadde 43 % av kvinnene og 21 % av mennene en angstdiagnose.

	Angstdiagnose	Ikke angst	Totalt
Kvinner	109 (43 %) (72 %)	147 (57 %) (47 %)	256 (100 %)
Menn	43 (21 %) (28 %)	165 (79 %) (53 %)	208 (100 %)
Totalt	152 (100 %)	312 (100 %)	464

Tabell 1 Krysstabell med antall personer med og uten angstdiagnose, for kvinner og menn (fra tabell 2 i (2)). Prosentandeler innen hvert kjønn står til høyre for antallet, og prosentandeler innen hver diagnosegruppe står under antallet.

Bakgrunnsvariabel	Kontroll n = 780	Trening med moderat intensitet n = 387	Trening med høy intensitet n = 400
Kvinner	401 (51,4 %)	199 (51,4 %)	190 (47,5 %)
Kardiovaskulær sykdom	136 (17,4 %)	77 (19,9 %)	60 (15,0 %)

Tabell 2 Bakgrunnsdata i en randomisert kontrollert studie med trening for deltakere i alderen 70 til 75 år. Utdrag fra tabell 1 i (3).

Kunne det alternativt vært aktuelt å vise prosentandeler innen hver kolonne? Disse prosentandelene er også vist i tabell 1: Blant personene med diagnosen var 72 % kvinner, og blant de uten diagnose var 47 % kvinner.

De to alternativene belyser to forskjellige spørsmål: a) Hva er andelen med diagnosen blant kvinnene og blant mennene i studien? og b) hva er andelen kvinner og menn blant de med og uten diagnose?

I dette tilfellet er det mest naturlig å tenke på kjønn som eksponering, og angstdiagnose som utfall, ikke omvendt, og a) er det naturlige spørsmålet. Dermed vil det være riktig å rapportere prosentandeler innen hvert kjønn, altså innen rader, slik som tabellen er satt opp. I tabell 1 er det også satt inn 100 % for totalen, for å gjøre det helt klart for leseren hvorvidt prosentandelene er rapportert innen rader eller kolonner.

Bakgrunnsdata i randomiserte studier

Når man viser en tabell med bakgrunnsdata i en randomisert kontrollert studie, kan det være mer praktisk å vise *eksponeringen*, altså *behandlingsgruppen*, i kolonner. Tabell 2 viser utdrag fra en tabell med deskriptive bakgrunnsdata for en studie med trening for deltakere i alderen 70 til 75 år (3). Andelen er beregnet innen hver intervensjonsgruppe (kolonne), og er tilnærmet de samme mellom gruppene, som forventet i en randomisert studie. I tabell 2 er det utelatt rader med overflødig informasjon, for eksempel at antall menn i kontrollgruppen var 780–401 = 379 (48,6 %).

Når man har satt opp en krysstabell, bør man være bevisst på hvorvidt man rapporterer prosentandelene innen rader eller kolonner. Valget bør gjenspeile hva som kan ses på som *eksponering*, samt hva som er nyttig informasjon for leseren. Dessverre ser vi regelmessig presentasjoner der forfatterne ikke har hatt et bevisst forhold til dette. ■

Stian Lydersen

stian.lydersen@ntnu.no
Stian Lydersen er dr.ing. og professor i medisinsk statistikk ved Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – psykisk helse og barnevern (RKBU Midt-Norge) ved Institutt for psykisk helse ved NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Fagerland M, Lydersen S, Laake P. Statistical Analysis of Contingency Tables. Boca Raton, FL: CRC Press, 2017.
- Gårdvik KS, Rygg M, Torgersen T et al. Psychiatric morbidity, somatic comorbidity and substance use in an adolescent psychiatric population at 3-year follow-up. Eur Child Adolesc Psychiatry 2021; 30: 1095–112.
- Stensvold D, Viken H, Steinshamn SL et al. Effect of exercise training for five years on all cause mortality in older adults-the Generation 100 study: randomised controlled trial. BMJ 2020; 371: m3485.

Gjennomførbarhetsstudier

Uttrykket *feasibility studies* bør ha en norsk oversettelse.

De siste tiårene har det vært en kraftig økning i det som på engelsk kalles *feasibility studies*. Et søk i PubMed på «feasibility» begrenset til tittel og abstrakt gir rundt 2 500 treff for året 2000 og nesten 24 000 treff for 2023. Det er også etablert et eget tidsskrift for slike studier (1). *Feasibility*-studier gjennomføres i økende grad før man igangsetter en større randomisert klinisk studie, men slike studier mangler ofte klare mål, og mange blir aldri publisert (1).

I Oxford English Dictionary er termen *feasibility study* registrert første gang i 1959, og på PubMed er første treff fra 1960. *Feasibility study* har vært en egen MeSH-term siden 1980 (2). Termen har altså lang fartstid, men den bør ha en norsk oversettelse.

Hva er en feasibility study?

Det finnes mange ulike definisjoner av hva en *feasibility study* er. *Feasibility* kan sees på som et konsept med ideer om hvorvidt noe vil fungere, slik at man i en *feasibility study* undersøker om noe er gjennomførbart og som man i så fall kan gå videre med, for eksempel i en større randomisert klinisk studie (3, 4). Skillet mot en pilot-studie kan være vanskelig (3).

Slike studier handler derfor også om hvorvidt rammene og logistikken legger til rette for å kunne gjennomføre en større studie, og ikke kun en test av forskningsmetoden i liten skala.

Termene *feasibility* og *feasibility study* er i bruk i mange samfunnssektorer, ikke bare i medisin. Store næringslivsaktører, blant annet legemiddelfirmaer, bruker i økende grad *feasibility*-studier for å velge ut hvilke studiesentre de ønsker å legge studier til (5). Oslo universitetssykehus bruker *feasibility* nærmest synonymt med forespørsel når et firma skal bestemme seg for hvilke land, helseforetak eller sykehus som skal få tilbud om å være med på en større studie (6). Slike studier handler derfor også om hvorvidt rammene og logistikken legger til rette for å kunne gjennomføre en større studie, og ikke kun en test av forskningsmetoden i liten skala.

Mulige norske oversettelser

Ordet *feasibility* kan oversettes med både *gjennomførbarhet* og *mulighet* (7). Dermed er både *gjennomførbarhetsstudie* og *mulighetsstudie* aktuelle norske oversettelser. Begge er også i bruk (8, 9). Betegnelser som *forundersøkelse*, *forprosjekt* og *forstudier* mangler en presisering om hva som er hensikten med studien, nemlig å teste ut metodens gjennomførbarhet. Det samme kan sies om betegnelsen *pilotstudie*, selv om denne betegnelsen ofte brukes synonymt med *feasibility studies*.

Også ordet *mulighet* kan ha ulike betydninger: noe som er gjennomførbart eller tillatt, eller som kan si noe om sjansen for å lykkes (10). De ulike betydningene kan dermed skape usikkerhet om hva som ligger i betegnelsen *mulighetsstudie*. En norsk ordbok definerer *mulighetsstudie* som en «utredning, studie som undersøker muligheter (klarlegger forutsetninger, finner fordeler og ulemper ved alternativer osv.) for et foretagende, prosjekt» (10).

Ordet *gjennomførbarhetsstudie* er dekkende for hva en *feasibility study* er innen medisin. Det er i lengste laget (23 tegn), men intuitivt forståelig. Jeg mener at *feasibility*-studier bør omtales som *gjennomførbarhetsstudier* i norske tekster. ■

Kashif Waqar Faiz

kashiffaiz@gmail.com

Kashif Waqar Faiz er ph.d., spesialist i nevrologi, førsteamanuensis ved Lovisenberg diakonale høgskole og medlem av Gruppe for norsk medisinsk fagspråk.

Litteratur

- 1 BMC Pilot and Feasibility Studies. About, Aims and scope. Lest 1.3.2024.
- 2 National Library of Medicine. Feasibility Studies. Lest 1.3.2024.
- 3 Eldridge SM, Lancaster GA, Campbell MJ et al. Defining feasibility and pilot studies in preparation for randomised controlled trials: development of a conceptual framework. PLoS One 2016; 11: e0150205.
- 4 Bond C, Lancaster GA, Campbell M et al. Pilot and feasibility studies: extending the conceptual framework. Pilot Feasibility Stud 2023; 9: 24.
- 5 Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021-2025. Lest 17.2.2024.
- 6 Oslo universitetssykehus. Feasibility/forespørsel. Lest 17.2.2024.
- 7 Stor engelsk-norsk ordbok. Lest 1.3.2024.
- 8 Haddeland K. Læringseffekt av fullskalasilulering. Sykepleien 4.4.2022. Lest 1.3.2024.
- 9 Opheim V, Aamodt PO. AHELO mulighetsstudie: Bakgrunn, innhold og målsettinger. Norsk pedagogisk tidsskrift 2011; 94: 440-9.
- 10 Det norske akademis ordbok. Lest 1.3.2024.

Eget nummer til Giftinformasjonen

Helsetjenesten har fått et nytt prioritert telefonnummer til Giftinformasjonen. Det nye egne nummeret for helsepersonell er 22 59 13 25.

Giftinformasjonen har besluttet å åpne en linje for helsetjenesten og gi denne prioritet ved kø på vakttelefonen. Ved å skille henvendelser fra publikum og helsetjenesten kan talebeskjeden også skreddersys på de to linjene, slik at informasjonen som gis er mest mulig relevant for innringeren.

Det vil ikke bli innført tiltak som hindrer allmenheten i å ringe nytt prioritert nummer, men nummeret vil kun bli distribuert på kanaler eller plattformer som er ment for helsepersonell.

Hvis legevakt eller AMK-sentralen har behov for å konferere med Giftinformasjonen, bruk gjerne det nye nummeret for helsepersonell. I de tilfellene AMK-sentraler eller legevakter ønsker å sette samtaler de har med pasienter direkte over til Giftinformasjonen, er det fint om de forsetter å sette over på hovednummeret, 22 59 13 00. Dette sikrer at innringeren får relevant informasjon via talemeldingene som gis, i tillegg til at vi kan opprettholde kortest mulig svartid på det nye prioriterte nummeret.

På enkelte tider av døgnet, som natt og deler av helgen, er det bare én person på vakt. Innringeren vil derfor fremdeles oppleve ventetid på vakttelefonen, men helsepersonell vil få noe prioritet foran samtaler som kommer fra publikum. ■

Mottatt 27.6.2024, første revisjon innsendt 5.8.2024, godkjent 8.8.2024.

Mari Tosterud

mari.tosterud@fhi.no

Mari Tosterud er avdelingsdirektør for Akutte forgiftninger, Folkehelseinstituttet, der Giftinformasjonen er organisert. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Christian Haga

Christian Haga er seniorrådgiver på Giftinformasjonen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Abonner på Tidsskriftets nyhetsbrev

Ønsker du å motta vårt nyhetsbrev en gang i uken? Våre artikler kommer først på nett. I nyhetsbrevet blir du presentert for et utvalg av ukens siste artikler samt de sist utlyste stillingene fra legejobber.no.

Gå inn på tidsskriftet.no/nyhetsbrev og meld deg på.

Tidsskriftet 



Tekst: Marit Tveito

Foto: Tommy Ellingsen

En teknologioptimist

Fastlege Ole Andreas Bjordal sendte e-resept før de fleste andre hadde mulighet, og har blitt med på hele reisen frem til pasientens legemiddelliste. Nå er han forventningsfull til kunstig intelligens, men innser at noen pasienter likevel trenger en lapp i lomma.

Han kommer noen få minutter senere enn han hadde tenkt.

– Jeg fikk et nytt barnebarn i natt!

Gratulasjoner er på sin plass, og forståelse for at det å få levert storesøsken på skolen på egen hånd tok

mer tid enn han husket. Selv har han tre barn, og det at både han og kona jobbet i helsevesenet har ikke skremt noen fra å følge etter. For tiden jobber alle de tre barna ved Stavanger universitetssjukehus.

– Jeg har sagt til dem at de har dårlig fantasi, spøker han.

Barna beskriver ham som en dedikert familiefmann som er raus og tilgjengelig. Kolleger forteller at han er en svært god lytter og oppriktig interessert i sine medmennesker, enten det er pasienter eller andre han møter på sin vei. Han går for å være mer opptatt av kunnskap enn posisjon, men har hatt viktig innflytelse på oppbyggingen av e-resept, og han er god til å sette seg inn i både legers og andre aktørers digitale behov. Han bryr seg både om fag og folkene rundt seg, og skulle en kollega ha helseutfordringer, kan han godt ringe og høre hvordan det går.





Ole Andreas Bjordal

Født 3. oktober 1954

Cand.med., Universitetet i Bergen, 1979

Spesialist i allmennmedisin

Fastlege, 1983–2022



En glede: – Jeg har faktisk gledet meg til hver dag jeg skulle på jobb, oppsummerer Bjordal etter et helt yrkesliv som fastlege. Foto: Tommy Ellingsen

Stavanger og Sandnes

Selv er han fra Stavanger, men det var fint å ha litt avstand mellom hjem og kontor, og en jobb med noe reisevei passet ham godt.

Bjordal har vært fastlege i Sandnes gjennom hele yrkeslivet. Han har fulgt en del av pasientene sine fra før de ble født, og kjente både foreldre og beste-foreldre til mange av pasientene på listen.

– Hvorfor ville du bli lege?

– Jeg fant ut allerede på ungdomsskolen at det kunne være greit å jobbe med mennesker, men jeg hadde aldri trodd at jeg skulle bli fastlege, smiler han.

– Hva skulle du bli?

– Jeg trodde at jeg kom til å bli kirurg.

Han går for å være en praktisk «handyman», noe som kom godt med da han bygde hytte på en øy i Ryfylke.

– Så hvorfor ble det allmennmedisin?

– Det var en ledig jobb, og på den tiden så vokste ikke jobbene på trær. Og så fristet det ikke med korte vikariater og tunge døgnvakter, som stort sett var normen i sykehusene.

Det var menneskemøtene som gjorde at han valgte medisinen, men han ble tidlig opptatt av digitale muligheter i arbeidet.

E-resept

– Vi begynte i det små her i distriktet, med overføring av laboratoriesvar. Det var et stort fremskritt da sykehuset kunne sende til vår elektroniske pasientjournal. Det begynte som et lokalt prosjekt, og ikke lenge etter startet Legeforeningen et større prosjekt om elektronisk utveksling av informasjon. Etter prøvesvar, kom henvisninger og epikrise før man begynte å se på overføring av legemiddelopplysninger.

Recepter hadde alltid vært på papir, og det kunne være utfordrende både for pasienter, apotek og kontrollinstanser å holde oversikt.

– Riksrevisjonen hadde en gjennomgang av blåreseptordningen, og etter det skulle reseptene komme på papir med gjennomslag for bedre kontroll. Da ringte jeg til Rikstrygdeverket og spurte om de ikke hadde hørt om e-resept. Vi hadde satt i gang et prosjekt med et lokalt apotek. Ikke lenge etter ble jeg spurt om å delta for Legeforeningen i en arbeidsgruppe i Rikstrygdeverket.

Prosjektet gikk fra å handle om kontroll til kvalitet, og det ble lagt ned mye tid og ressurser i å lage en god reseptfunksjon.

– Det er mange som har dratt lasset sammen her. Jeg har stort sett deltatt på den medisinsk-faglige siden.

Kolleger forteller at han har vært en viktig fagressurs som alle har kunnet lene seg tungt på.

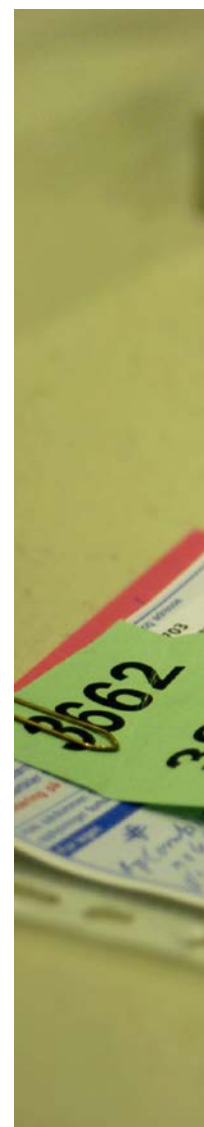
– E-resept var en omveltning da det kom?

– For unge leger nå virker det jo litt absurd å skrive noe på papir, humrer han.

Norsk helsenett har utviklet en forskrivningsmodul kalt SFM, Sentral forskrivningsmodul, som kan kobles til ulike elektroniske pasientjournaler, et offentlig program. Direktoratet for medisinske produkter leverer grunnlaget for ordinerer og rekvirering, og det oppdateres hver fjortende dag. Det er lagt ned et stort arbeid fra mange, understreker han.

Igjen vil han gjerne trekke frem den felles innsatsen og samarbeid.

For unge leger nå virker det jo litt absurd å skrive noe på papir



Steinalder

Bjordal har fortsatt ambisjoner for e-helsemulighetene.

– Det er jo litt «steinaldersk» å sende ut resepter, for en resept går ut på dato. Du får ikke det fulle bildet. Det jeg og mange andre har jobbet med de siste årene, er pasientens legemiddelliste. Alle i helsevesenet er en del av en samhandlingskjede, og alle med tjenstlig behov skal kunne se pasientens legemiddelopplysninger. Mange har jo vært opptatt av at disse listene er like mellom nivåene i helsetjenesten, men i praksis er ikke listene like. Lovmessig har man kanskje tilgang til kjernejournalen, men ikke alle i pleie- og omsorgstjenesten har tilgang når alt kommer til alt. Det er tekniske og praktiske utfordringer i mange avdelinger på kommunalt nivå.

– Er det ikke litt rart at det finnes så mange elektroniske plattformer i helsetjenesten?

– Jo, jo. Nå kan i hvert fall alle leverandører av elektronisk pasientjournal bruke sentral forskrivningsmodul. Jeg skal ikke legge meg opp i valg av plattform, det kan man jo lese en del om i media hvis man ønsker det.

– Er det vanskelig å forstå at det skal være behov for så mange ulike aktører?

– Ja, altså hvis du er kunde i skatteetaten, sånn som vi skatteyttere er, så vil du kanskje ikke godta at hvis du flytter til et annet område av landet, så kommer du ikke lenger inn i systemet for å se dine skatteopplysninger. Men i sykehusverdenen er det ikke nødvendigvis kommunikasjon mellom de ulike foretakene. Det er jo til og med ulike kurvesystemer mellom regionene.

– Tror du det noen gang blir ett digitalt system?

– Da må man ha en diktator, humrer han. Men det er jo godt med litt konkurranse også.

– Så nå trenger ikke pasientene å ha papirliste over legemidlene sine i veska?

– Både ja og nei. De kan logge seg inn på hjemmesiden til Helsenorge, men det står vel fortsatt i fastlegeforskriften § 25 at ved endringer så har legen plikt til å gi pasientene en oppdatert liste. Og så må man huske på at ikke alle er så digitale. Jeg sa alltid til pasientene at denne listen kan du ta med deg og henge på kjøleskapet hjemme. Altså, papir er jo ikke skadelig, men en papirresept var lett å miste! —>

«Gamledager»: Bjordal har fulgt hele utviklingen fra papirresepter til e-resepter og sentral forskrivningsmodul Illustrasjonsfoto: Jens Sølvberg / Samfoto / NTB



Fastlegelivet

Bjordan forteller at det å prate med folk var det som appellerte aller mest før en arbeidsuke på fastlegekontoret.

– Folk hadde mye interessant å fortelle. Det var 23 møbelfabrikker i bydelen der legesenteret lå da jeg begynte å jobbe som lege. Mange flyttet dit på grunn av arbeid. De kom kanskje fra en liten gård på en øy, og fordi de ikke eldst, arvet de ikke gården.

– Mange sier at det som fastlege er så lite tid til hver pasient.

– Ja, derfor overskred vi ofte tiden, sier han med et lunt smil.

– Endret mye seg i løpet av de årene du var fastlege?

– Det som har endret seg spesielt, er at en del yngre ønsker e-konsultasjon.

Han forklarer at e-konsultasjon egner seg godt for å ordne det enkle, men at man mister en dimensjon.

– Man mister den personlige kontakten. Så det er ikke bare å digitalisere alt. Mange kolleger synes e-kontaktene eller e-konsultasjoner kan være tunge når det ikke handler om de enkle tingene. Jeg tror det er viktig å legge klare føringer og premisser for dette arbeidet, for ellers kan en virkelig slite seg ut.

– Hvordan ser du på fremtiden som fastlege?

– Jeg tror dessverre vi får et todelt helsetilbud, selv om jeg er for et godt, offentlig helsevesen, både for pasienter og helsepersonell.

– Hvem er du mest bekymret for?

– Jeg er bekymret for totaliteten, for at vi utarmer det offentlige helsevesenet. Det må være fornuftige ventetider for pasientene, og gode arbeidsforhold for de ansatte. Nå går høyt spesialisert helsepersonell over i andre typer stillinger.

– Har du noen råd til de som lurar på om de skal bli fastleger?

– Jeg vil absolutt anbefale det til unge leger, men de bør strukturere jobben bedre enn det jeg har gjort. Det har ikke vært en søndag de siste 30–40 årene hvor jeg ikke har jobbet.

– Hva tenker du om kunstig intelligens og legejobben?

Han er som vanlig teknologioptimist.

– Kunstig intelligens må vi omfavne! Jeg er ikke så bekymret for jobben. Vi jobber med mennesker, og det er ikke helt enkelt å erstatte. Og selv om jeg er optimistisk for mulighetene i helsevesenet, er jeg bekymret for konsekvensene globalt.

Nok å gjøre

– Hva skal du gjøre som pensjonist?

– Jeg finner alltid på ting å gjøre, slår han fast og virker ubekymret.

Han har ingen håndfaste planer utenom å tilbringe mye tid på hytta i Ryfylke. Der skal han fiske og benytte seg av naturen.

– Du har stått i en allmennlegejobb gjennom mange år. Hva tror du har bidratt til at du har gjort det så lenge?

– Jeg har faktisk gledet meg til hver dag jeg skulle på jobb. Det har vært kjekt å møte både pasienter og kolleger. Det å ha noen pusterom har

vært viktig. Fra syv til halv åtte om morgenen var vi noen kolleger som drakk kaffe sammen, løste problemer og hadde alle de rette svarene, sier han og ler.

– Den kaffen var verdifull, og det savner jeg allerede. Det må jeg si. Det å ha rom til å snakke med noen hver dag om glede, bekymringer eller verdenssituasjonen er givende. Utfordringen som pensjonist blir å prøve å opprettholde et sosialt liv. Jeg har noen få gode venner, som jeg skal prøve å holde kontakt med. Så skal jeg gå på pensjonistuniversitetet. Her forleden hørte jeg på en professor fortelle om kjernekraft! Det er flott å høre om andre ting enn medisin.

Bjordan omtales som et levende leksikon, et resultat av stor nysgjerrighet på det meste og stor kapasitet til å lære seg nye ting.

– Du skal være en ressurs på quiz?

– Jeg er veldig nysgjerrig. Jeg abonnerer på flere nettaviser, og jeg leser dem alltid flere ganger.

– Hva er du mest fornøyd med?

– Jeg er ikke en som ønsker seg medaljer for noe. Helt snevert er jeg fornøyd med å ha en grei familie hvor alle har det bra. Yrkesmessig er jeg fornøyd med å ha vært fastlege i nesten 40 år. Det er jeg. Og så er jeg veldig godt fornøyd med å ha fått være med på det jeg har vært innen e-helse, selv om utviklingen går langt tregere enn jeg hadde forestilt meg.

Han virker lite bekymret over å gå over i pensjonistenes rekke.

– Jeg kommer til å finne på noe, sier han lurt. Og jeg kommer til å få det travelt. ■

Marit Tveito

marit.tveito@me.com

Tekst: Katharina Vestre

Vidunderlige nye organer

En liten bit av huden din kan bli et dunkende hjerte i miniatyr – eller en klump nerveceller som spiller dataspill.

et varmt og fuktig skap vokser stamcellene. Hver dag kommer jeg til laboratoriet og gir dem ny mat, en rosa væske full av sukker, aminosyrer og vitaminer. Cellene deler seg igjen og igjen, uvitende om at kroppen de pleide å være en del av, er langt borte.

Alt jeg vet er at deres forløpere en gang satt i huden til en anonym kvinne. Snart skal jeg forvandle dem til en knøttliten lever.

Fra hud til stamcelle

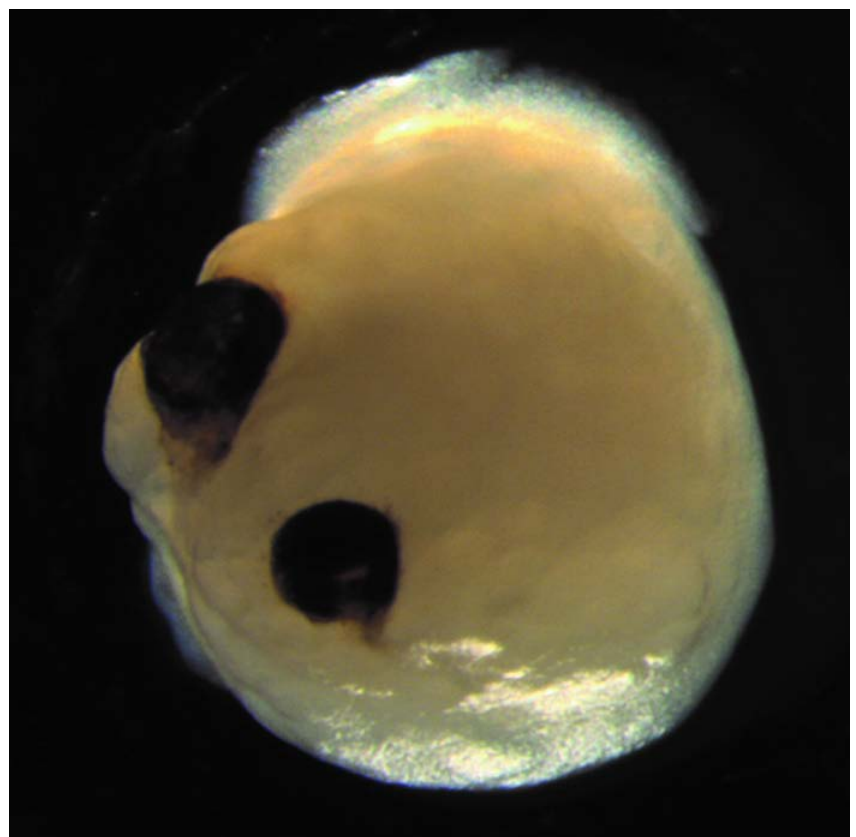
I 2006 oppdaget de japanske forskerne Kazutoshi Takahashi og Shinya Yamanaka hvordan det er mulig å skru ferdigutviklede hudceller tilbake til start (1). Vi trenger bare å sette inn fire spesielle gener før det utrolige skjer: Cellene begynner å oppføre seg som i et embryo. De blir til det vi kaller pluripotente stamceller. Nå er det ikke lenger bare hud de kan skape. Gitt de rette signalene, kan de laboratorieskapte stamcellene lage alle kroppens vev.

På laboratoriet flytter jeg stamcellene varsomt over i en plastkolbe. Over natten samler de seg i små klumper. Sett med det blotte øye ligner celleklumpene på snøfnugg. Men på mikroskopisk plan skjer det store endringer i løpet av de neste dagene. Litt etter litt mater jeg cellene med nøye utvalgte stoffer for å etterligne signaler fra fosterutviklingen (2). Og cellene lar seg lure: Snart forvandler de seg til ulike typer leverceller. Noen av dem lager til og med enkle blodårer, selv om de aldri vil fylles med blod. Hadde jeg valgt andre signalstoffer, kunne celleklumpene begynt å pulsere eller lage hjernebølger.

Kroppen i miniatyr

Ved å la stamceller kommunisere og organisere seg kan vi bygge miniatyrtgaver av kroppens organer. Vi kaller dem organoider (3). Alt fra hjerte- til tarmorganoider er skapt i laboratorieskåler. Hjerteorganoidene trekker seg rytmisk sammen, mens tarmorganoidene legger seg i vakre folder og lager slim. På en konferanse i høst møtte jeg til og med en forsker som dyrket melkeproduserende brystvev på laboratoriet.

I mikroskopet kan deler av organoidene ligne så mye på kroppens virkelige organer at det



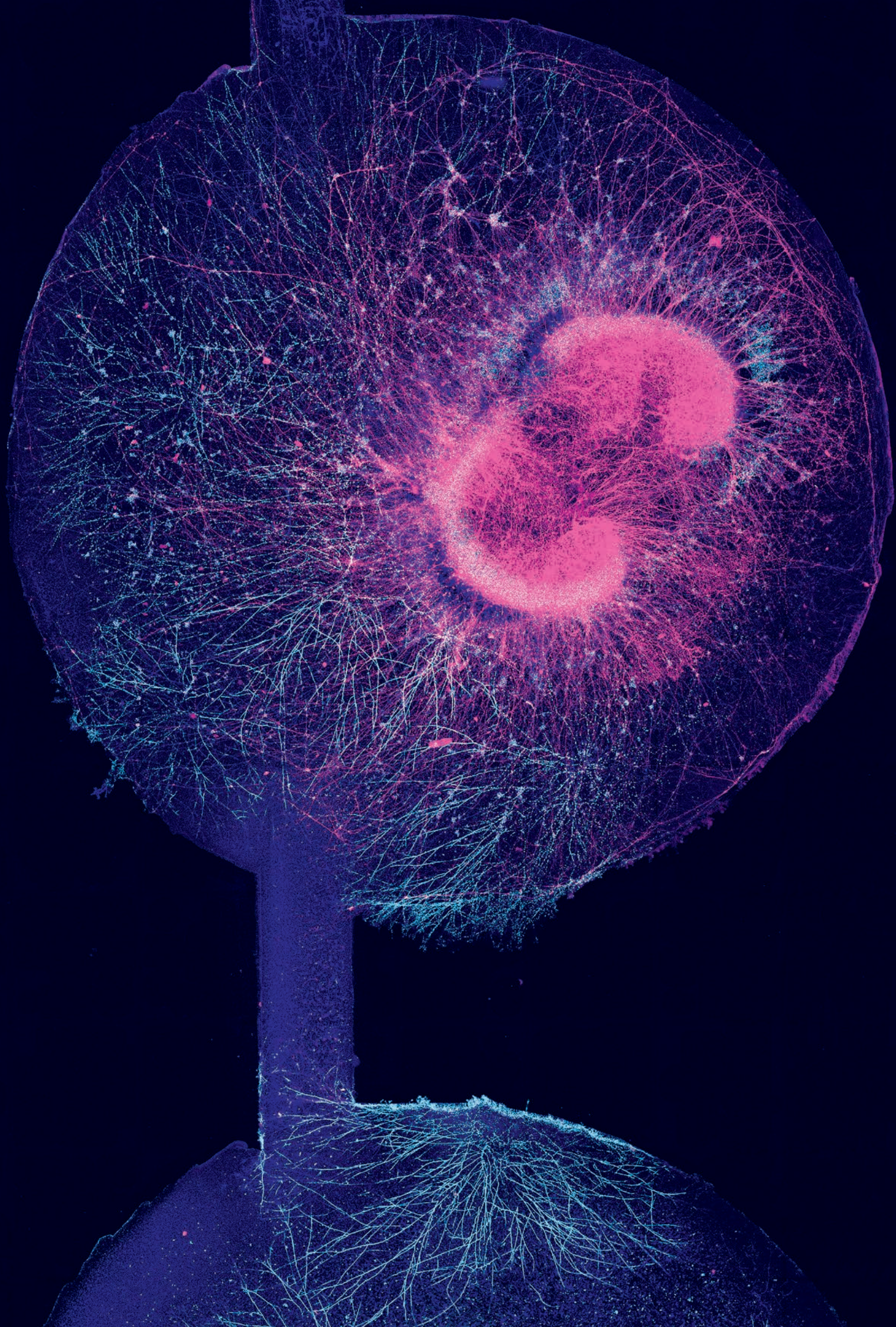
Figur 1 Hjerneorganoide med primitive øyne. Foto: Elke Gabriel

Gitt de rette signalene, kan de laboratorieskapte stamcellene lage alle kroppens vev

knappt er mulig å se forskjell. Men organoidene er fortsatt langt enklere, formet som hule celleballer og ikke minst mindre. Uten et hjerte som pumper blod til de innerste cellene, klarer ikke organoidene å vokse seg større enn noen få millimeter (4).

Fremtidens organer

Flere forskningsgrupper jobber nå med å gjøre organoidene mer komplekse, større og mer lik organene de representerer. Noen bruker 3D-printing og syntetiske blodårer, mens andre transplanterer organoidene inn i dyr. På sikt er drømmen å bruke organoider til å erstatte ødelagt vev i mennesker. Organoider kan også brukes til å teste medisiner og redusere bruken av dyreforsøk. Dessuten kan vi forstå —→



mer om hvordan organer utvikler seg og forske på sykdommer. I mitt forskningsprosjekt tilsetter jeg signalstoffer fra kreftceller og undersøker hvordan svulsten påvirker leveren.

Når organoidene blir større og mer komplekse, dukker det opp nye etiske problemstillinger. For én ting er en lever som vokser i inkubatoren, men hva skjer når hjerneorganoidene blir stadig mer avanserte? Vil de en gang i fremtiden kunne oppnå bevissthet? Hva gjør vi om det laboratorieskapte hjernevevet begynner å tenke eller drømme?

Hva gjør vi om det laboratorieskapte hjernevevet begynner å tenke eller drømme?

Det kan høres ut som science fiction, men vi har allerede kommet mye lenger enn noen kunne se for seg da de første organoidene ble utviklet for litt over et tiår siden. I dag finnes det organoider som representerer ulike deler av hjernen, og noen har til og med primitive øyne (figur 1) (5). Svarte klumper buler ut fra overflaten til de runde, lyse organoidene og får dem til å minne om romvesener eller embryoer. Når lyset treffer de mørke klumpene, lager synsceller signaler som sprer seg videre til de andre nervecellene i organoiden.

Menneske i maskin

I 2019 viste forskere at organoider kan produsere hjernebølger (6). Nervecellene fyrer av elektriske signaler i et rytmisk mønster, på lignende måte som i hjernene våre. Over tid øker den elektriske aktiviteten i organoidene, og ligner på målinger av hjernebølger hos for tidlig fødte barn. Alt dette skjer i en celleklump på størrelse med en ert og som flyter fritt i en plastskål.

Enda mer science fiction-aktig blir det når organoidene kombineres med et annet banebrytende felt: kunstig intelligens. I 2023 lanserte forskere fra flere fagmiljøer en ambisjos plan om å utvikle feltet de kaller organoid intelligens, eller OI (7). Ideen er å lage datamaskiner som kombinerer elektronikk med biologisk materiale. Datamaskinen skal ikke bare etterligne hjernens nettverk – den skal ha virkelige, levende nerveceller inni seg. Hjernen vår er nemlig fortsatt overlegent bedre enn datamaskiner på å prosessere kompleks informasjon, og omtrent en million ganger mer energieffektiv.

Celler som lærer

De første, avgjørende stegene mot målet er allerede tatt. I 2022 publiserte startup-selskapet Cortical Labs en studie der de dyrket nerveceller på en elektronisk chip som kunne sende og motta elektriske signaler fra cellene. Etter fem minutter med trening, hadde nervecellene lært seg å spille dataspillet *Pong*, en enkel digital form for bordtennis (8). Mot slutten av 2023 viste en annen forskningsgruppe at en hybrid-datamaskin av hjerneorganoider koblet til elektroder kunne lære seg å gjenkjenne stemmer (9).

Mulighetene er uendelige. Teknologien åpner for å bygge kraftige datamaskiner som ikke krever enorme mengder energi og store kjøleanlegg. Mer komplekse organoider gjør det også mulig å forstå hvordan Alzheimers sykdom og andre hjernesykdommer utvikler seg. Hjerneforskere kan endelig teste hypoteser og medisiner på menneskelig hjernevev, fremfor å bruke forsøksdyr. Samtidig må vi trå varsomt. Foreløpig er organoidene langt unna noe som kan tenke eller kjenne smerte. Til det er cellene for få og uorganiserte. Men så raskt som teknologien utvikler seg, tror jeg ikke det er for tidlig å starte de etiske diskusjonene nå.

Som samfunn må vi bli enige om hvordan vi ønsker å bruke denne teknologien. Bør vi begrense hvilke formål organoider kan benyttes til, og hvem som skal få bruke dem? Det er fint med forskning på Alzheimers sykdom, men hva vil de store teknologiselskapene bruke hjerneorganoider til? Teknologisjefen til Amazon har allerede besøkt selskapet som lærte nervecellene å spille *Pong*. Hvor høyt vil de prioritere etiske hensyn om det er enorme summer å tjene i fremtiden? Bør vi sette en maksimumsgrense for hvor store hjerneorganoider det er lov å dyrke allerede nå?

Vi må få på plass et godt lovverk før det er for sent, så vi kan bruke organoidene på en måte som kommer samfunnet til gode. For om vi bruker dem rett, er organoidene virkelig vidunderlige. ■

Katharina Vestre

katharina.vestre@medisin.uio.no

Katharina Vestre er ph.d., cellebiolog, sakprosaforfatter og postdok ved Avdeling for molekylær cellebiologi ved Institutt for kreftforskning, Radiumhospitalet og CanCell – Senter for kreftcelle-reprogrammering ved Universitetet i Oslo. Hun er tilknyttet det tverrfaglige prosjektet MORGI finansiert av UiO Livsvitenskap. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Takahashi K, Yamanaka S. Induction of pluripotent stem cells from mouse embryonic and adult fibroblast cultures by defined factors. *Cell* 2006; 126: 663–76.
- 2 Harrison SP, Siller R, Tanaka Y et al. Scalable production of tissue-like vascularized liver organoids from human PSCs. *Exp Mol Med* 2023; 55: 2005–24.
- 3 Kim J, Koo BK, Knoblich JA. Human organoids: model systems for human biology and medicine. *Nat Rev Mol Cell Biol* 2020; 21: 571–84.
- 4 Zhao Z, Chen X, Dowbaj AM et al. Organoids. *Nat Rev Methods Primers* 2022; 2: 94.
- 5 Gabriel E, Albanna W, Pasquini G et al. Human brain organoids assemble functionally integrated bilateral optic vesicles. *Cell Stem Cell* 2021; 28: 1740–1757.e8.
- 6 Trujillo CA, Gao R, Negraes PD et al. Complex Oscillatory Waves Emerging from Cortical Organoids Model Early Human Brain Network Development. *Cell Stem Cell* 2019; 25: 558–569.e7.
- 7 Smirnova L, Caffo BS, Gracias DH et al. Organoid intelligence (OI): the new frontier in biocomputing and intelligence-in-a-dish. *Front Sci* 2023; 1: 1017235.
- 8 Kagan BJ, Kitchen AC, Tran NT et al. In vitro neurons learn and exhibit sentience when embodied in a simulated game-world. *Neuron* 2022; 110: 3952–3969.e8.
- 9 Cai H, Ao Z, Tian C et al. Brain organoid reservoir computing for artificial intelligence. *Nat Electron* 2023; 6: 1032–9.

Tekst: Ola H. Skjeldal og Maj-Britt Posserud

Autisme eller Sukharevas syndrom?

Det er blitt hevdet at det er den russiske barnepsykiateren Grunya Efimovna Sukhareva som burde ha fått æren for den opprinnelige beskrivelsen av autismespekterforstyrrelse.

Medisinsk historie er full av personer som har blitt hedret for sine bidrag til originale kliniske beskrivelser av en medisinsk sykdom eller tilstand. Eksempelvis har Leo Kanner (1894–1981) og Hans Asperger (1906–80) fått æren av å beskrive autisme for første gang i medisinsk litteratur. Hvorvidt de var først ute, har i økende grad blitt bragt i tvil.

Det er nå over 80 år siden den amerikanske psykiateren Leo Kanner publiserte sin originalartikkel (1), der han beskrev det kliniske bildet hos en gruppe barn som alle var sterkt funksjonshemmede, og som hadde spesielle gjennomgripende kliniske trekk. Hovedsymptomene som Kanner la vekt på, var sosiale avvik, vansker med språklig og ikke-språklig kommunikasjon og et repeterende mønster av aktiviteter. Kanner kalte tilstanden for autisme. I dag sier vi autismespekterforstyrrelser på grunn av den kliniske variasjonen som disse pasientene utviser.

Allerede i 1944, året etter Kanners publikasjon, publiserte barnelegen Hans Asperger sin artikkel med et lignende klinisk bilde, men hvor symptomene var mildere og hvor barna hadde et bedre funksjonsnivå (2). Denne tilstanden kalles nå Aspergers syndrom eller høyt fungerende autisme (3).

Autisme diagnostiseres i dag allerede i småbarnsalderen, og forekomsten i vestlige land er 1–2 % (4). Hos nesten alle med autisme foreligger det komorbide tilstander. Disse pasientene har derfor en betydelig variasjon i klinisk ytringsform, fra alvorlig utviklingshemning til godt fungerende.

Det er i første rekke Leo Kanner og Hans Asperger som har fått æren for å ha lansert det kliniske bildet av autisme. Uttrykket Kanner-autisme har også blitt brukt i litteraturen (5). De siste årene har det imidlertid blitt sådd tvil rundt deres originalitet (6). Det er sannsynlig at verken Kanners eller Aspergers beskrivelser er så originale som vi hittil har trodd. Allerede for flere år siden ble det hevdet at

den russiske barnepsykiateren Grunya Efimovna Sukhareva (1891–1981) i 1925 publiserte en detaljert beskrivelse av en gruppe barn som man i ettertid har ment oppfylte de kliniske kriteriene for autisme (7).

Fra Kiev til Moskva

Sukhareva ga i sin yrkeskarriere betydelige faglige bidrag til pediatriisk psykiatri. Hun var født i Kiev i 1891 og fullførte sin medisinske utdanning der i 1915. Etter at hun ble lege, arbeidet hun på et psykiatrisk hospital i Kiev og spesialiserte seg i psykiatri (8).

I sin videre karriere var det først og fremst det barnepsykiatriske feltet hun engasjerte seg i. Hun flyttet til Moskva i 1921, og det samme året startet hun en skole og en habiliteringsinstitusjon for barn med nevropsykiatriske lidelser. Denne institusjonen var i mange år viktig for den diagnostiske utredningen av denne gruppen barn, med behandling, tiltak og ikke minst forskning (5). På tross av stor motstand fra det daværende Sovjetregimet, klarte Sukhareva å drive klinikken i mange år. Her la hun grunnlaget for de kliniske studiene hun gjennomførte. Sukharevas interesse for nevropsykiatrisk forskning resulterte i en omfattende publikasjonsliste med over 150 vitenskapelige artikler og flere lærebøker.

Sukhareva var i mange år en ledende skikkelse innen sovjetisk barnemedisin. I 1928 ble hun professor i barnepsykiatri. Hun er mest kjent for sin forskning på barn med utviklingsforstyrrelser, og hun utviklet en metode for leketerapi for barn. Sukharevas arbeid bidro til å forbedre forståelsen for denne gruppen barn, først og fremst i Sovjetunionen, men hun har også satt spor i vestlige fagmiljøer (5, 8).

Sukharevas bidrag til autismefeltet

I 1924 ble en 12 år gammel gutt henvist til Sukhareva for diagnostisk vurdering (5, 6, 8). Sukhareva noterte seg at gutten hadde en påfallende adferd sammenlignet med sine jevnaldrende. Han foretrakk å være sammen med voksne fremfor barn på egen alder. Sukhareva beskrev

gutten som meget intelligent, og at hun kunne føre det hun kalte «filosofiske diskusjoner» med ham. Han hadde lært å lese allerede i fireårsalderen og brukte dagene til å lese fremfor å leke med jevnaldrende. Han hadde innarbeidete ritualer, språklige forstyrrelser, var motorisk klosset, angstfylt og hadde ernæringsvansker.

I løpet av det neste året undersøkte Sukhareva ytterligere fem gutter med nesten identisk klinisk bilde. I 1925 publiserte hun en studie med alle seks pasientene i et russisk medisinsk tidsskrift, der hun i detalj beskrev symptomer og funn (7). For å gjøre arbeidet mer tilgjengelig for det vestlige fagmiljøet, ble den russiske artikkelen oversatt og trykket i et tysk medisinsk fagtidsskrift i 1926 (9). Det kliniske bildet som Sukhareva fremla her, har i ettertid vist seg nærmest identisk med bildet som Leo Kanner beskrev nesten 20 år etter (1, 5).

På tross av dette ble Sukharevas arbeid i de påfølgende årene ikke sitert, verken i Europa eller i USA. Det som også er påfallende, er at verken Leo Kanner eller Hans Asperger ser ut til å ha hatt kontakt med Sukhareva i det hele tatt.



Grunya Efimovna Sukhareva (1891–1981).



Kazimir Malevich (1879–1935), *Children* (1908).



Forbausende nok ble hun heller aldri nevnt av dem. Det er sannsynlig at de begge har kjent til Sukharevas artikkel, iallfall den tyske utgaven fra 1926, som ble publisert i et anerkjent tidsskrift. Det store spørsmålet er hvorfor de ikke siterte henne (10).

I 1996 publiserte den britiske barnepsykiateren Sula Wolff (1924–2009) en artikkel som hovedsakelig var en oversettelse til engelsk av Sukharevas arbeider (6). Her antydte Wolff for første gang at det var Sukhareva som sto for den aller første beskrivelsen av autisme, og at æren burde tilhøre henne. Wolff var en anerkjent barnepsykiater som hadde vært opptatt av å klassifisere barn med autisme og å understreke den genetiske komponenten ved tilstanden. Hun bidro til å nyansere det kliniske bildet i boken *Loners. The life path of unusual children* (11). Også Wolff problematiserte hvordan det var mulig at Hans Asperger tilsynelatende ikke kjente til Sukharevas arbeid (6). Det har vært spekulert i om dette skyldes at Sukhareva var jødisk, men heller ikke Kanner siterte Sukharevas bidrag på området (8).

I årene som fulgte, fikk saken ingen stor omtale. Det ble produsert et stort antall artikler om autisme, men det var Kanner og Asperger som fremdeles fikk æren av å være de første som beskrev de kliniske aspektene ved autisme. Ikke i en eneste artikkel ble Sukhareva nevnt i sammenheng med originalbeskrivelsen av autisme. Først i 2015 minnet Posar og Visconti (12) om hvem de mente burde ha æren for opprinnelig å ha beskrevet autisme. Disse forfatterne påpekte at det kliniske bildet som Sukhareva presenterte i sin artikkel fra 1925, nærmest er identisk med de diagnostiske kriteriene i DSM-5.

Det kliniske bildet som Sukhareva presenterte i sin artikkel fra 1925, er nærmest identisk med de diagnostiske kriteriene i DSM-5

Sukhareva var enda mer forut for sin tid da hun i 1927 publiserte en studie av fem jenter med samme vansker: «Die Besonderheiten der schizoiden Psychopathien bei den Mädchen» (13). I 2020 publiserte Simmonds en artikkel sammen med Sukhareva posthumt, der Simmonds påpeker hvordan Sukhareva allerede den gang belyste forskjellene i uttrykk av autistiske vansker hos jenter, slik det også blir poengtert i dag (14).

I årene som har gått etter Posar og Viscontis artikkel, har den internasjonale litteraturen om autisme, etter vår mening, ennå ikke gitt den rette anerkjennelsen til Grunya Efimovna Sukhareva. For mange forfattere og fagfolk er hun fortsatt ukjent, til tross for at hun var en visjonær og produktiv pioner innen barne- og nevropsykiatrien. Uansett hva årsaken er, kan man konstatere at dette er nok et eksempel i medisinsk historie hvor den som burde fått æren, ikke har fått det. ■

Mottatt 31.5.2024, første revisjon innsendt 20.6.2024, godkjent 27.6.2024.

Ola H. Skjeldal

ola.skjeldal@gmail.com

Ola H. Skjeldal er spesialist i nevrologi og professor emeritus. Han var tidligere barnenevrolog ved Barneavdelingen på Oslo universitetssykehus og har vært opptatt av utredning av og forskning på nevrologiske utviklingsforstyrrelser. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Maj-Britt Posserud

Maj-Britt Posserud er spesialist i barnepsykiatri, overlege ved Barnepsykiatrisk avdeling, Haukeland universitetssykehus og professor ved Universitetet i Bergen og ved Sahlgrenska akademien, Universitetet i Göteborg. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nerv Child* 1943; 2: 217–50.
- 2 Asperger H. Die „Autistischen psychopathen“ im kindesalter. *Arch Psychiatr Nervenkr* 1944; 117: 76–136.
- 3 Wing L. Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychol Med* 1981; 11: 115–29.
- 4 Salari N, Rasoulpoor S, Rasoulpoor S et al. The global prevalence of autism spectrum disorder: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Ital J Pediatr* 2022; 48: 112.
- 5 Manouilenko I, Bejerot S. Sukhareva–Prior to Asperger and Kanner. *Nord J Psychiatry* 2015; 69: 479–82.
- 6 Ssucharewa GE, Wolff S. The first account of the syndrome Asperger described? Translation of a paper entitled "Die schizoiden Psychopathien im Kindesalter" by Dr. G.E. Ssucharewa; scientific assistant, which appeared in 1926 in the *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie* 60:235–261. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1996; 5: 119–32.
- 7 Suchareva G. Schizoid personality disorders of childhood. Questions of pedology and child psychoneurology/Вопросы педологии и детской психоневрологии 1925; 2: 157–87.
- 8 Sher DA, Gibson JL. Pioneering, prodigious and perspicacious: Grunya Efimovna Sukhareva's life and contribution to conceptualising autism and schizophrenia. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2023; 32: 475–90.
- 9 Ssucharewa GE. Die schizoiden psychopathien im kindesalter. *Monatsschr Psychiatr Neurol* 1926; 60: 235–47.
- 10 Zeldovich L. How History Forgot the Woman Who Defined Autism. *Lest* 27.6.2024.
- 11 Wolff S. *Loners: The life path of unusual children*. Oxfordshire: Routledge, 2020.
- 12 Posar A, Visconti P. Tribute to Grunya Efimovna Sukhareva, the woman who first described infantile autism. *J Pediatr Neurosci* 2017; 12: 300–1.
- 13 Ssucharewa GE. Die Besonderheiten der schizoiden Psychopathien bei den Mädchen. (Part 1 of 2). *Monatsschr Psychiatr Neurol* 2010; 62: 171–85.
- 14 Simmonds C, Sukhareva GE. The first account of the syndrome Asperger described? Part 2: the girls. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2020; 29: 549–64.

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.

Fastlegene bruker tid og samtaleterapi i depresjonsomsorgen

Allmennleger behandler ofte pasienter med depresjon uten bistand fra spesialisthelsetjenesten. En ny undersøkelse viser at legene tar seg tid, driver med samtaleterapi og at de aller fleste føler at hjelpen de gir er til stor nytte for pasienten.



Foto: andrei_r/iStock

Depresjon er utbredt i befolkningen og en hyppig kontaktårsak i allmennpraksis.

I 2021 spurte vi allmennlegene i Legeforskningsinstituttets legerpanel om deres opplevelse av legerollen i depresjonsomsorgen (1). Studien omfattet 221 allmennleger, representative for leger som arbeider i Norge.

Hele 78 % av fastlegene bekreftet at pasientene med depresjon ofte kom til dem med en forventning om henvisning til psykolog eller psykiater. Likevel svarte 87 % at de opplevde at pasientene var interessert i deres profesjonelle vurdering. Videre oppga 49 % at de ofte eller veldig ofte var den eneste behandleren for pasienter med depresjon.

Blant fastlegene som besvarte spørreundersøkelsen vår, svarte over 92 % at de opplevde at hjelpen de ga, var til god nytte for pasientene

Fastleger har mange ansvarsområder og lange arbeidsuker (2). Har de tid til å behandle depresjon? Selv om 70 % av legene i undersøkelsen oppga å ha et konstant tidspress på grunn av stor arbeidsbyrde, svarte 80 % at de ofte brukte mer enn 30 minutter på disse konsultasjonene. Mens en time hos psykolog eller psykiater kan vare opp mot 60 minutter, er en vanlig fastlege time oftest 10–20 minutter. Svarene i undersøkelsen tyder på

at legene brukte mye tid på pasienter med depresjon til tross for stor arbeidsbyrde.

Samtaleterapi er førstevalget ved mild og moderat depresjon. Ifølge fastlegene i undersøkelsen er det vanlig å drive samtaleterapi i allmennpraksis, og 80 % oppga å utføre dette ofte. Omtrent en firedel av legene mente imidlertid at de ofte ikke følte seg kompetente til å drive samtaleterapi.

I spørreundersøkelsen spurte vi ikke hva legene la i begrepet «samtaleterapi». I henhold til normaltariiffen er dette en terapeutisk samtale mellom legen og en pasient med et psykisk problem. Samtalen avviker fra en vanlig samtale og varer i minst 15 minutter. Denne formen for terapi på fastlegekontoret, med de rammebetingelsene som er der, må antas å være noe annet enn samtaleterapi der terapeuten er utdannet psykolog eller psykiater. Det finnes imidlertid lite forskning på innholdet og effekten av fastlegens samtaleterapi.

Å gi god depresjonsomsorg er i tidligere studier

beskrevet som krevende arbeid (3). Men blant fastlegene som besvarte spørreundersøkelsen vår, svarte over 92 % at de opplevde at hjelpen de ga, var til god nytte for pasientene. Dette er et viktig resultat, ettersom arbeid som oppleves nyttig, er meningsfylt for behandle-

ren, og det kan bidra til at legen engasjerer seg i depresjonsomsorgen og formidler håp til pasientene. ■

Ina Lill Skurtveit Grung

igru@norceresearch.no

Ina Lill Skurtveit Grung er allmennlege og stipendiat ved Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen, NORCE. Hennes doktorgrads-prosjekt handler om depresjonsomsorg i allmennpraksis.

Berit Horn Bringedal

Berit Horn Bringedal er sosiolog, dr.polit. og seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet. Hun deltar i forskningsprosjektet Depresjon i allmennpraksis.

Litteratur

- 1 Grung I, Hjørleifsson S, Anderssen N et al. Norwegian general practitioners' perceptions of their depression care - a national survey. BMC Prim Care 2024; 25: 184.
- 2 Vista Analyse. Evaluering av fastlegeordningen. Lest 13.8.2024.
- 3 Linder A, Widmer D, Fitoussi C et al. Lost in translation? A qualitative study of representations and management of chronic depression in general practice. BMC Prim Care 2023; 24: 83.

Doktor Venteogse og doktor Forsikkerhetsskyld

Vi møter våre pasienter med kyndighet, interesse og medfølelse, og brukermedvirkning er i dag blitt en naturlig del av klinisk virksomhet. Ideelt sett bør all utredning, behandling og oppfølging skje i tett samarbeid med den velinformerte pasient og eventuelt pårørende.

travle hverdager er ikke dette alltid så lett å få til. Mitt inntrykk er likevel at de i doktorklubben som har hatt behov for helsehjelp, har følt seg godt ivaretatt i vårt offentlige helsevesen. Med en viss porsjon humor fortalte riktignok et medlem om en litt pussig erfaring han nylig tok med seg fra et sykehusbesøk.

Fordi han over tid hadde kjent på et ubehag, fant han det best å oppsøke fastlegen. Etter å ha blitt undersøkt av henne, ble han henvist videre til lokalsykehuset. Her ble han tatt imot av en noe bisk sykepleier. Hun ba ham følge etter seg inn i en sengeheis. Der ble han klemte inn mot heisveggen av en seng med en likblek olding, som så ut som han når som helst kunne trekke sitt siste sukk.

Da de var vel ute av heisen, spurte vår mann, for å lette litt på stemningen, om de var på vei ned til dødens forgård. Sykepleieren ignorerte spørsmålet. Fordi han nå følte på en gryende irritasjon, valgte han å spørre henne om empati hadde falt ut av pensumlisten på sykepleierskolen. Stemningen ble ikke bedre.

Hun førte ham så inn på et undersøkelsesrom der en kollega sto og så ut av vinduet. Uten å snu seg ba han vår mann kle av seg og legge seg på benken. Undersøkelsen foregikk raskt og rutinemessig, hvoretter kollegaen atter vendte tilbake til vinduet. Vår mann dristet seg nå til å spørre ryggen om han hadde funnet noe galt. «Nei, fastlegen får beskjed.»

Vårt medlem vandret ut i det fine vårværet, lettet, men også litt mismodig. Han var blitt etterlatt med et inntrykk av at han var en hypokonder som hadde lagt beslag på dyktige helsearbeideres dyrebare tid.

For en stund siden hadde jeg en pasient som omtalte hjemstedet sitt som sladrebygda. Hvis folk ikke hadde annet å sladre om, var bygdas to leger et yndet tema. Legene drev en noe forskjelligartet praksis, og de hadde derfor på folkemunne fått kallenavnene doktor Venteogse og doktor Forsikkerhetsskyld. Hos Venteogse fikk de fleste pasientene høre at dette kunne man tillate seg å se an, og at de heller fikk komme tilbake dersom det skulle bli verre. Hos Forsikkerhetsskyld fikk de fleste pasientene høre at dette måtte tas på det største alvor, og at det var nødvendig med en

rekke prøver og undersøkelser. Deretter ble pasientene lettet for en betydelig mengde urin, blod og penger.

At Forsikkerhetsskyld var den mest populære, stilte vi oss begge noe undrende til.

På siste møte i doktorklubben ble vi underholdt av et medlem som fortalte fornøydlig fra sin oppvekst i ei lita østlandsbygd på 1950- og 60-tallet. I den bygda skjedde det fint lite. Bortsett fra én gang i året da det var fotballkamp mot klubben fra nabobygda. Dette var en stor begivenhet som i lokalavisa ble omtalt som en knokkelkamp fordi skadefrekvensen var så høy. Sykebil på sidelinjen var obligatorisk. Alle skadene skyldtes delvis den mangeårige intense og bitre rivaliseringen mellom de to bygdene, og delvis at man som fotballsko den gang brukte beksønstøvler med hjemmelagde knotter.

Hele bygda var på bena. For mange av tilskuerne var det vanlig med medbragt lommelerke og en dorull. Lommelerka ble brukt for å feire skåring hos hjemmelaget, men også for å døyve smerten hvis bortelaget skulle skåre. Dorullen ble kastet etter dommeren hvis han skulle komme i skade for å dømme straffespark til bortelaget eller utvise en av hjembygdas storspillere.

Om kvelden var det fest på lokalet med dans og slåssing. De som ikke ble skadet under fotballkampen, fikk her en ny sjanse. Det ble fortalt om spillere som dagen etter våknet med hukommelsestap, brillehematom og ny tannstilling.

I kampreferatet i lokalavisa kunne man lese om navngitte spillere som ble hengt ut dersom de hadde gått av banen uten skåring, strekkskader eller blod i urinen. De hadde ikke gitt alt. ■

Karl O. Nakken

karln@ous-hf.no

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

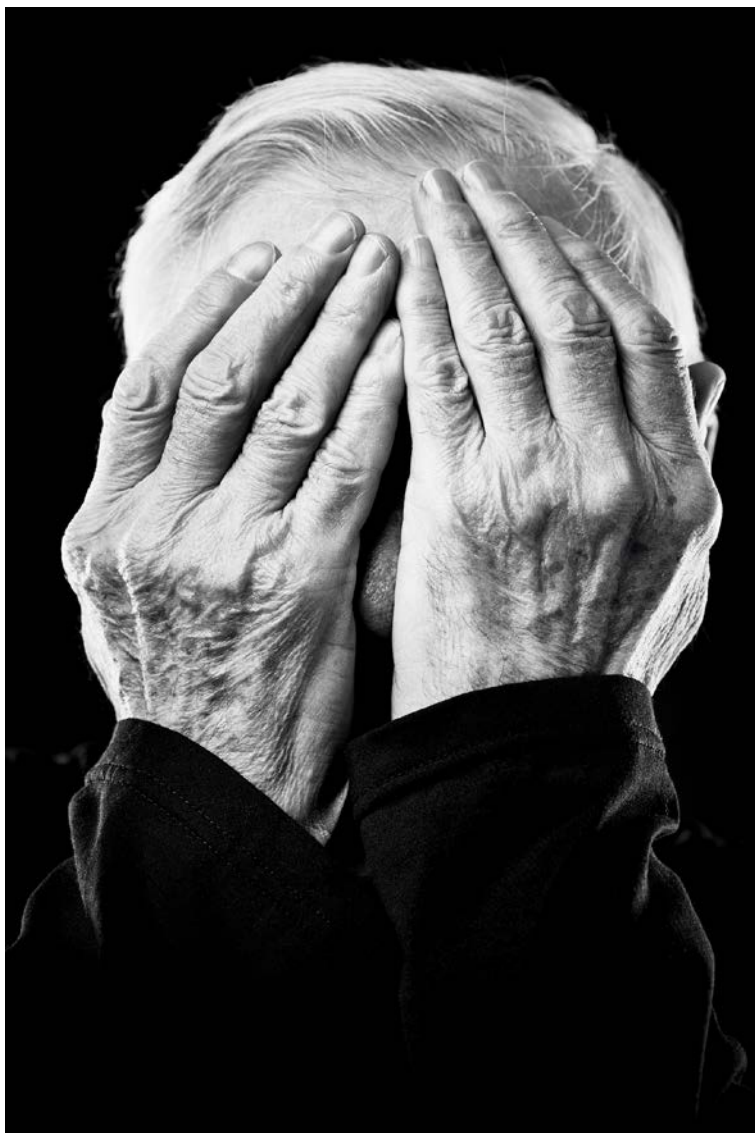
Legelivet

Personlige tekster
om livet som lege



Behandlingsbegrensning i sykehjem

Å begrense behandling er en viktig del av legegjerningen i sykehjem.



Illustrasjonsfoto: mediaphotos/iStock (begge)

«Tor» er 95 år og har alvorlig somatisk sykdom. Han har ikke et snev av kognitiv svikt. Tor vet han skal dø. Han vil ikke dø, men han vet at det råder

han ikke over. Tor vil at siste del av livet skal vært så godt som mulig. Han vil lese, høre på radio, ha besøk av sin familie, spise god mat. Ønsket hans er at siste rest av livet skal være

smertefritt, angstfritt og fredelig. Han kommer til oss fordi han er for skrøpelig til å klare seg hjemme. Han er plaget av en sliten og veldig syk kropp. I møte med meg er han klinkende klar: «Jeg vil ikke ha noe form for behandling. Hører du? Jeg vil ikke ha livsforlengende behandling. Du må la meg dø.»

Innkomstamtalen med Tor var altså av den uvanlige sorten. Uvanlig fordi han var så kognitivt frisk. Uvanlig fordi han selv tok opp behandlingsbegrensning. Jeg trengte verken å nevne HLR-status eller begrensning på sykehusinnleggelse, som jeg pleier. Tor var direkte og rask i replikken. Da han ble dårligere, spurte jeg på nytt: «Du vil ikke ha behandling altså, hvis dette er en bakterieinfeksjon?» «Det spør du om kun for å redde ditt eget skinn», svarte han kjapt. «Det er da ikke din feil om jeg dør selv om du ikke behandler meg. Jeg skal jo dø!»

På naborommet bor «Anna» som er 20 år yngre enn Tor. Anna har vært en driftig og omsorgsfull sykepleier hele sitt voksne liv. Hun har fire barn og mange barnebarn og har vært bautaen i flokken sin. Bautaen som nå har grått hår, sikler og ikke klarer noe selv. Bautaen som klynker stadig. Vi skjønner ikke hvorfor hun klynker, og det er frustrerende. Anna har alvorlig demens. Før bodde hun på skjermet avdeling med låst dør. Hun vandret og vandret. Gråt masse. Det siste halve året har hun fallert betydelig. Hun kan ikke lenger gå, og hun har lite språk igjen.

Jeg har hatt flere samtaler med barna hennes. De syns det er vanskelig å være vitne til det som for dem oppleves som et brått funksjonsfall. I journalen skriver jeg «forventet sykdomsutvikling». Vi har prøvd å forberede pårørende, men de virker likevel uforberedt. Anna er svært skrøpelig, og hun vil bli verre. Før hun en dag dør. Fra mitt ståsted har hun svært dårlig livskvalitet. Men hvem er jeg til å mene noe om det? Barna er fortvilet. De vil ha bautaen sin tilbake: «Skal dere ikke gjøre noe? Trenger hun kanskje intravenøs væske? Kan dere ikke mate henne oftere? Er det nok fett i kosten hennes? Kan de gjøre mer for henne på sykehus?»

Heldigvis har jeg tid. Som sykehjemslege med faste avdelinger og ukentlige visitter har jeg god oversikt. Jeg kjenner beboerne mine. Med meg har jeg dyktige helsefagarbeidere, assistenter og sykepleiere, og jeg har støtte i erfarne legekolleger. For et privilegium! I en slik

Legelivet

Personlige tekster
om livet som lege

setting har jeg alle forutsetninger for å gjøre gode, veloverveide, verdige avgjørelser i slutten av et annet menneskes liv. Også i Annas liv.

Selv om jeg har trygge rammer for å fatte riktige beslutninger når sykehjemspasientene mine blir sykere, syns jeg det er vanskelig. Min intuitive respons er alltid den samme: «Bør jeg gjøre mer her? Har jeg oversett noe? Tenk hvis jeg kan gjøre noe, hun vil gjerne leve, og så lar jeg henne dø!» For vi lar folk dø på sykehjem ved å begrense behandling. Det var noe av det jeg syntes var vanskeligst da jeg startet i jobben. Å la folk dø. Jeg er ikke oppdratt til å ønske døden velkommen. Jeg utdannet meg ikke for å la folk dø. Og ingen har lært meg hvordan jeg skal takle at mine beslutninger styrer når og hva folk dør av.

I møte med døden er forskjellen på Tor og Anna enorm. Tor kan påvirke sin egen utgang. Min opplevelse i møte med denne problemstillingen er at jeg faktisk begrenser behandlingen mer når jeg vet hva pasienten selv vil. Det er kanskje innlysende. Men det har vært overraskende for meg at de beboerne som kan uttrykke seg, som er samtykkekompetente og som jeg tror har størst livskvalitet og mest ressurser, ofte ber om mer behandlingsbegrensning enn jeg hadde tenkt. Jeg sier nei til innleggelse, nei til blodtransfusjon, nei til antibiotika i mye større grad hos de pasientene som er i stand til å uttrykke seg – fordi de ber om akkurat det. Å begrense behandling i Tors tilfelle er lett. Å gjøre kloke valg hos Anna er mye vanskeligere.

**Det koster uten tvil mer av meg
å begrense enn å behandle.
Det koster mer av meg som doktor.
Det koster mer av meg som
medmenneske. Å si stopp**

Mine mest sårbare pasienter, med minst mulighet til å uttrykke seg, er de som under min legegjerning er i størst fare for å bli overbehandlet. Jeg syns det er et paradoks at jeg står i fare for å gi mer aktiv behandling hos de som jeg samtidig tenker har mest forringet livskvalitet i livets siste fase. Hvorfor? Kanskje er det slik som Tor sier, at jeg vil redde mitt eget skinn? I alle fall ikke gjøre for lite? Noen ganger gjør jeg åpenbart for mye fordi pårørende har et sterkt ønske om det. Noen ganger har jeg knapt med tid, og da er ny antibiotikakur veldig lett. Det går raskt å ordinere antibiotika eller intravenøs væske. Det tar mye lenger tid å snakke med pårørende og pasient om å begrense behandling. Noen ganger gjør jeg det kanskje også for min egen del? Fordi det koster meg mindre personlig å starte behandling, å agere, enn å la være. Det koster uten tvil mer av meg å begrense enn å behandle. Det koster mer av meg som doktor. Det koster mer av meg som medmenneske. Å si stopp.

Vi må la folk få dø, også dem som ikke kan hjelpe oss med avgjørelsen. De som ikke kan uttrykke seg, må ikke overbehandles fordi vi

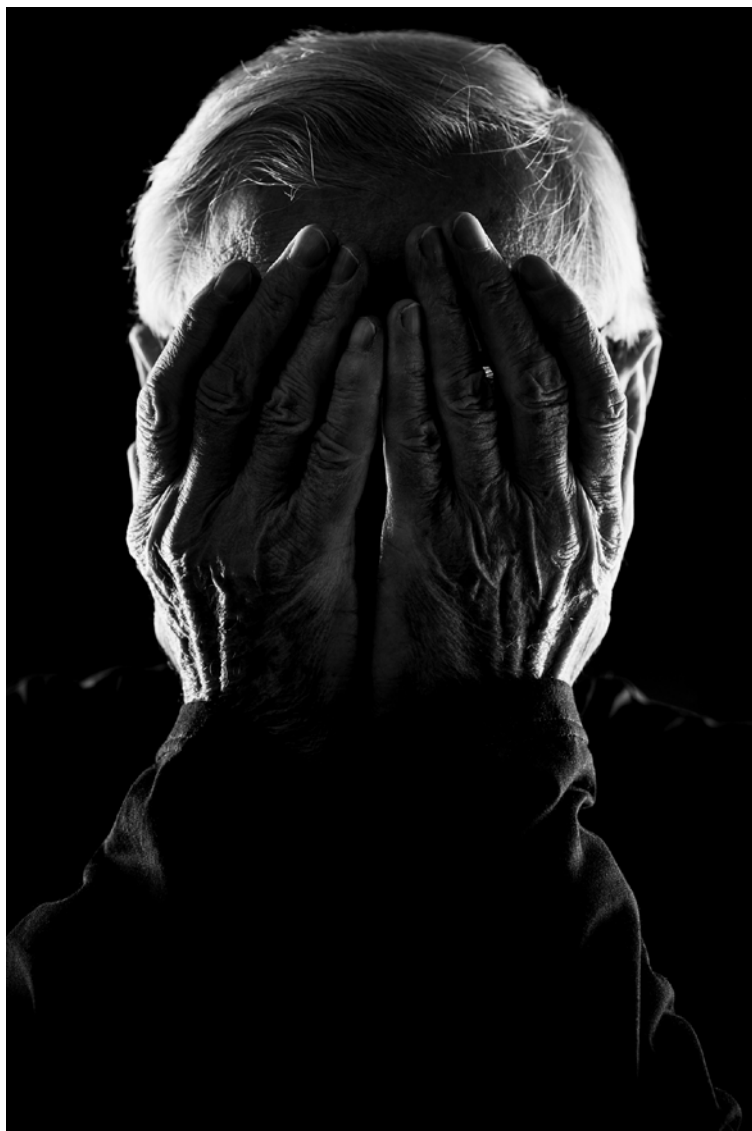
ikke vet hva de vil, eller fordi vi tror det er bedre å gjøre noe enn å la være. Å gjøre riktige valg i slutten av et liv krever at vi har tid og mot til det. Pasienter som «Tor» har lært meg mye om akkurat det. ■

De to pasienthistoriene er fiktive.

Ingrid Neteland

ingridneteland1@gmail.com

Ingrid Neteland er lege i spesialisering i allmennmedisin og sykehjemslege ved Lørenskog sykehjem.



Julie Didriksen

julie.didriksen@tidsskriftet.no

Overbefolkede ettromsleiligheter

Nr. 7/1923

Under spaltenavnet «Hygiene, social medicin, alkoholspørsmålet og sykehusforhold» ble det tatt opp forskjellige aktuelle samfunnsspørsmål. I Tidsskriftet nr. 7/1923 handlet det blant annet om trangboddhet i hovedstaden. Kvindernes landsboligraad foreslo at ettromsleiligheten burde avskaffes, siden majoriteten av dem var overbefolket (Tidsskr Nor Lægeforen 1937; 43: 378–80).

Oslo, ca. 1930. Foto: Broch, Nanna / Oslo Museum (CC BY-SA)



Ett-værelses-leiligheter i Kristiania foreslaaes fremtidig avskaffet.

Sist i november 1922 sendte styret for Kvindernes landsboligraad en henstilling til Kristiania bystyre om, at der herefter ikke tillates bygget leiligheter med bare ett rum og kjøkken for gifte. I henvendelsen heter det bl. a.:

Ifølge en redegjørelse for boligforhold i Kristiania, utarbeidet av kst. Direktør for Kristiania komm. folkeregister og statistiske kontor, Christoffer Lund: «Statistiske bidrag til bedømmelse av boligbehovet og spørsmålet om fremtidig nybygning i Kristiania –Aker», trykt i tidsskriftet «Boligsak i by og bygd» III og IV, 1918 findes der i Kristiania over 17 000 leiligheter bestaaende kun av 1 værelse og kjøkken. Av disse er ca. 6 000 bebodd av indtil 2 personer, altsaa uten at være overbefolket. De øvrige 11 000 leiligheter er bebodd av fra 3 og op til 15 personer, en flerhet av leilighetene sterkt overbefolket. Kjøkkenerne er ved denne beregning ikke regnet som beboelsesrum, idet det maa ansees utilbørlig, at kjøkkener anvendes som saadant. (...)

Til trods for denne overflod paa ett-værelsesleiligheter i Kristiania bygger kommunen fremdeles nye ett-værelsesleiligheter. Den bevilgning, som i december forrige aar blev git til boligbygning i Kristiania, blev saaledes git bl. a. til 112 ett-værelsesleiligheter paa Torshaug. Det er sandsynlig, at disse leiligheter væsentlig vil bli tildelt unge familier, som endnu ingen barn har eller maaske endnu kun har ett eller to barn, idet det oftest er de unge, som er husløse og derfor midlertidig faar bo hos de ældre. Nygifte vil til nød kunne klare sig med ett værelse og kjøkken. Men naar nogen aar er gaat og familien er blit forøket til 5–6 eller flere personer, da er den lille leiligheten forlængst blit overbefolket i en utilbørlig grad, uten at boligsituationen samtidig paa længe endnu vil være bedret saaledes, at de barnerike familier efterhvert kan overflyttes til rummeligere leiligheter. At bygge ett-værelsesleiligheter vil saaledes være det samme som med aapne øine at fortsætte at lægge ny grund til fremtidens overbefolkning og slette boligforhold.

Hvorledes kan et saadant overfylt og urolig hjem faa den plass i barnenes og de unges sind som et lyst og lykkelig hjem bør ha?

Hvad er nemlig en ett-værelsesleilighet? I et eneste rum skal store og smaa sove, spise, vaske sig, klæ sig av og paa. Der skal de leve i sorg og i glæde. Der skal barn fødes til verden, og mødrene ligge i barselseng. De friske skal nat og dag sove og opholde sig i samme rum som de syke. Der skal barnene tumle seg i lek, de ældre læse sine lekser. Der skal de unge kunne samle sine kamerater hos sig; de gamle skal i dette ene, urolige og ofte overfylte rum søke den fred og hvile for sind og tanker, som et langt liv skulde gi dem ret

til; og her skal menneskene staa ansigt til ansigt med døden. Hvorledes kan familielivet under saadanne forhold utfolde sig i den ro, værdighet og hjemmehygge, som menneskene trenger, og som det er mennesker værdig? Hvorledes kan et saadant overfylt og urolig hjem faa den plass i barnenes og de unges sind som et lyst og lykkelig hjem bør ha? Hvorledes kan kvinderne ha kraft til aar ut og aar ind at holde orden, renslighet, sundhet, fredelig omgangstone og familiekjærlighet oppe under saa vanskelige ytre forhold?

Men ikke nok med at disse trange og overbefolkede leiligheter vanskelig evner at skape gode kaar for et lykkelig hjemmeliv, man har ogsaa sikre erfaringer for, at sygdom og død gjør en rikere høst i de smaa ett-værelsesleiligheter end i de større. Ved en lægeundersøkelse av barn i Kjøbenhavn viste det sig for nogen aar siden, at for hver 100 barn, som døde i de 3-værelsesleiligheter, døde der 180 barn fra ett-værelsesleiligheter. Ved en lægeundersøkelse av skolebarn i Glasgows skoler har det vist sig, at gutter og piker fra 3-værelsesleiligheter veiet gjennemsnittlig 4 kg. mer end gutter og piker fra ett-værelsesleilighetene. Bak disse tal rummes sociale og moralske forhold, aandelige og sjælelige værdier, som taler sit eget og meget tydelige sprog. Spædbarnsdødelighet og almindelig tuberkulosedødelighet og almindelig dødelighet, antallet av uegte fødte barn – alle disse uhyggelige samfundsonder trives i de mange og trange ett-værelsesleiligheter bedre end i de rummeligere, sømmeligere, sundere, større leiligheter.

Forestillingen slutter med følgende forslag til bystyret: Kristiania kommune bygger from fremtiden ingen familiebolig med færre rum end 2 værelser og kjøkken. En undtagelse herfra vil dog kunne gjøres for smaahus, som bygges med 1 værelse og kjøkken, planlagt for senere paabygninger, naar familiens størrelse kræver det.

Man maa ut fra de resultater, som de statistiske undersøkelser over de overbefolkede boligernes indflydelse paa folkehigienene har godtgjort, paa det mets indtrængende støtte den henstilling, som fra Kvindernes landsboligraad er sendt Kristiania bystyre. Men ikke bare for denne by er spørsmålet brændende; det er like viktig, at der ogsaa i andre byer og ikke mindst i landdistrikterne blir tat forholdsregler for at hindre nybygning av hus med bare 1 rum og kjøkken for gifte. Det er heller ikke bare den kommunale nybygning, som bør reguleres paa dette omraade. Heller ikke private bør tillates at bygge saa smaa leiligheter, med mindre der i hvert enkelt tilfælde gives dispensation for det. ■



Hør de nyeste episodene av Tidsskriftets podkast

**Trening som
vidundermedisin**

Gjest: Øyvind Kjerpeset

Sjøfartsmedisin

Gjest: Jon Magnus Haga

Stetoskopet



**Når fastlegen
blir syk**

Gjest: Hogne Sandvik

**Hvordan blir syke-
husene attraktive
arbeidsplasser?**

*Gjest: Ingeborg
Henriksen*

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.



Tidsskriftet 

Akhtar Hussain



Det var et sjokk å få nyheten om at Akhtar Hussain døde av hjertestans i Brasil 1. juli 2024. Han kom nettopp tilbake til sitt gjesteprofessorat der etter å ha vært på reise til Kina. Som president for Den internasjonale diabetesføderasjonen gjennom mange år var han stadig på reise. Men fast ankerplass hadde han som professor ved Nord universitet i Bodø siden 2018.

Akhtar kom til Norge som flyktning på 1980-tallet etter å ha forlatt Bangladesh som opposisjonell medisinstudent kort tid før han skulle ha fått sitt endelige vitnemål. Her i landet starta han som så mange innvandrere med å vaske på hotell. Han holdt på å miste plassen sin på norskkurs fordi noen oppdaga at han ikke var analfabet, men leste avis i pausen! Sakte, men sikkert arbeida han seg framover. I Tromsø ble han engasjert i øyehelse og fikk jobb på universitetet. I perioden 1991–97 tok han master og doktorgrad ved Senter for internasjonal helse ved Universitetet i Bergen og ble norsk borger. Doktoravhandlingen var om ernæring og A-vitaminmangel i Bangladesh, bygd på omfattende feltstudier i fattige landsbyer. Et regimeskifte i hjemlandet gjorde at han nå var velkommen, og han ble vesentlig for store utdannings- og helseprosjekter der. Interessen for ernæring førte ham videre til studier av type 2-diabetes. Et pionerarbeid var påvisningen av «slank diabetes 2», som rammer mange som har vært utsatt for alvorlig matmangel som små barn.

I 1997 kom han til Universitetet i Oslo (nåværende Institutt for samfunn og helse) og spilte en nøkkelrolle i oppbygging av et master- og (etter hvert) et doktorgradsprogram i internasjonal samfunnshelse. Her hadde han et stort undervisningsansvar og veiledet tallrike master- og doktorgradsstudenter fra hele verden. Den vitenskapelige produksjonen hans er imponerende stor og omfatter store programmer om ernæring og helse i Norge, Bangladesh, Pakistan og Kina. Han var også et viktig «sosialt lim» i det spennende miljøet som vokste fram. Hjemmet hans var alltid åpent for studenter og kolleger.

Avslutningen i Oslo ble ikke så hyggelig som den skulle ha vært. Men Akhtar var fortsatt full av virkelyst, ble valgt til president i Den internasjonale diabetesføderasjonen og ble ansatt som professor ved Universitetet Nord. Fra 2018 var han også tilknyttet professor ved Federal University of Ceará i Brasil.

Våre tanker er hos familien, og vi ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo minnes alle de gode stundene vi har hatt sammen og alt det viktige Akhtar har fått utretta gjennom et krevende, men svært produktivt liv. Vi lyser fred over Akhtars minne. ■

Espen Bjertness, Gunnar Bjune, Vibeke Christie, Terese Eriksen, Gerd Holmboe-Ottesen, Haakon Meyer, Ahmed Ali Mader, Per Nortvedt, Johanne Sommerchild Sundby, Line Løv

Jan Leidulf Nordeide



Vår gode ven og kollega Jan Leidulf Nordeide døde brått og uventa 23. juli 2024.

Han var fødd 24. januar 1948 og vaks opp i Askvoll med foreldre, tvillingsøster og to yngre søsken. Han var heile livet sterkt knytt til heimbygda, der han no er gravlagd.

Etter artium ved Firda gymnas på Sandane starta han på medisinstudiet i Bergen i 1968. Turnustenesta var ved Stord sjukehus og i Voss kommune. Etter militærtenesta var han assistentlege ved Revmatologisk avdeling, Diakonissehjemmets sykehus i Bergen i eitt år og ti månader. Han starta si indremedisinske karriere ved Fylkessjukehuset på Stord i 1978, og frå 1981 ved Regionsjukehuset i Trondheim. Der var han i vel fire år og vart godkjent spesialist i indremedisin. I 1985 vende han tilbake til revmatologien på Oslo Sanitetsforenings Revmatismesykehus. Etter sideutdanning i nevrologi vart han tilsett som overlege ved Revmatologisk avdeling på Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane i januar 1987. Han jobba som revmatolog i Førde i full stilling til 2018, men etter pensjonsalder fortsette han å jobbe delvis til 2020 for å hjelpe avdelinga.

Jan la stor vekt på å halde seg oppdatert innan alle område i faget. Han deltok på kurs og kongressar i inn- og utland så langt det let seg gjere. Han hadde studieopphald i Bath og i Lund. Då osteoporose vart ei ny grein i revmatologien, brukte han mykje tid på å sette seg grundig inn i ny forskning og behandling. Det førte til at han fekk oppdraget med å skrive kapitlet om temaet i Prosedyrebok for Norsk revmatologisk forening.

Jan var lett å samarbeide med. Han var alltid klar for ein fagleg diskusjon og alltid godt forberedt til internundervising. Han var ein lengre periode leiar av lege-rådet for Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane. Jan hadde ei sentral rolle ved opprettinga av Klinisk etisk komité, og leia denne heilt fram til han vart pensjonist.

Jan var langt over middels kulturelt interessert. Han reiste mykje, oppsøkte ofte historiske stader og deltok på temareiser, gjerne med kristen tilknytning. Han var med på Olavsfestdagene i Trondheim, og han tok del i tusenårsmarkeringa av kristninga av Noreg på Moster i juni i år. Han var òg fleire gonger med på kongress i den internasjonale kristne legeförening, seinast i Tanzania i juni 2023.

Meldinga om Jan sin uventa bortgang var ein trist og tøff beskjed. Han kom ofte innom oss på poliklinikken for å helse på, og vi fekk vite om turar og opplevingar han hadde hatt, og planer han hadde. Tankane går til familien, som har mista en kjær og nær bror, svoger, onkel og grandonkel. Vi vil sakne deg, Jan. ■

Kjell Haaland, Pawel Mielnik, Anja Hjelle

Torstein Vik



Barnelege og professor emeritus Torstein Vik døde den 11. juli 2024, 76 år gammel. Til tross for alvorlig kreftsydom gjennom mange år var han aktiv til det siste.

Torstein fullførte sin medisnutdannelse ved Medical Academy Lübeck / University of Kiel i 1973, der han også traff sin livsledsagerske Ingibjörg.

Han startet sin pediatriske karriere ved Regionsykehuset i Trondheim i 1980 og ble spesialist i 1985. Sammen med seksjons-overlege Ann Mari-Brubakk var han på 1980-tallet sentral i utviklingen av sykehusets nyfødtsseksjon til en av landets ledende og moderne intensivenheter for syke nyfødte barn.

Han forsvarte sin medisinske doktorgrad i 1997 med avhandlingen *Growth, morbidity and psychomotor development in infants who were growth retarded in utero* ved NTNU. Som resultat av hans forskning ble essensielle fettsyrer tilsatt i melk til spedbarn. Fra 1998 var han ansatt ved NTNU som professor i barnesykdommer. Han har vært en av de mest produktive forskerne ved Det medisinske fakultet, har veiledet mer enn 20 ph.d.-stipendiater og produsert om lag 150 vitenskapelige publikasjoner. I tillegg har han hatt betydelige undervisningsoppgaver knyttet til legeutdanningen ved NTNU.

Som studiedekan i perioden 2002–06 var han sentral i etableringen av et engelsk semester på medisinstudiet, hvilket satte NTNU på kartet for studentutveksling med andre land. Torsteins innsats innen undervisning har vært ekstraordinær og har påvirket fornyelse av studietilbudet. To ganger ble han av studentene kåret til «årets underviser».

Torstein gjennom sin imponerende arbeidskapasitet, høye faglige kompetanse og utrettelige innsats bidratt til at syke barn har fått den beste behandling og omsorg. Hans innsats i utviklingen av moderne nyfødtsmedisin i Norge og ikke minst forskningen på konsekvensene av lav fødselsvekt for barnets senere utvikling, har hatt stor betydning både vitenskapelig og for foreldre og barn. Han grunnla cerebral parese-registeret i Norge – et nasjonalt kvalitetsregister som har oppnådd stor anerkjennelse, er godt implementert i klinisk praksis og har lagt grunnlag for viktig forskningsaktivitet.

Torstein eksponerte sine personlige erfaringer både som pasient og som far til en funksjonshemmet datter gjennom ulike ytringer i dagspressen. Dette har betydd mye for mennesker i samme livssituasjon og satt fokus på behov for bedre profesjonell omsorg for disse pasientgruppene. Torstein har dermed som lege og forsker hatt et perspektiv på livet og faget som rekker langt utenfor pediatrien. I 2017 ble Torstein tildelt Kongens fortjenstmedalje for sin omfattende innsats i fagfeltet – en velfortjent anerkjennelse av hans virke. Samme året ble han også utnevnt til æresmedlem i Norsk barnelegeforening.

Som kollega og venn kjente vi Torstein som en varm, dyktig og ikke minst veldig inkluderende person. Hans lune vesen, iver og humor var smittende. Torsteins virke har satt varige spor og han vil bli dypt savnet.

Våre tanker går til hans Ingibjörg og familien. Vi takker for at vi fikk kjenne Torstein. ■

Randi Nygaard, Guro Andersen, Jon Skranes,
Marit Sæbø Indredavik, Geir Wenberg Jacobsen

Sverre Edvard Strand



Sverre Strand gikk bort 84 år gammel 5. august 2024 etter lengre tids sykeleie.

Han ble født 4. desember 1939 og bodde store deler av livet i hjembyen Drammen. Sverre var utdannet skogtekniker og hadde studier innen filologi. Men tross forkjærligheten for natur og fransk litteratur valgte han ingen av delene som karrierevei. I stedet ble han en organisasjonsmann som viet mesteparten av sitt yrkesaktive liv til Legeforeningen og akademikere. Han ble raskt en svært verdifull medarbeider – en kunnskapsrik strateg, forhandlingsleder av rang og etter hvert en av arkitektene bak hovedorganisasjonen Akademikerne.

Sverre hadde på begynnelsen av 1970-tallet flere lederstillinger i Kommunenes sentralforbund før han i 1974 begynte som kontorleder for Yngre legers forening. Få år senere ble hele Legeforeningen hans arbeidsfelt. Han var forhandlingssjef fra 1977 til 1997 og spesialrådgiver fra 1999 til han gikk av med pensjon i 2005. I perioden 1997–99 hadde han et opphold fra Legeforeningen som Akademikernes første generalsekretær.

I sine 30 år i Legeforeningen var Sverre uvurderlig for alle foreningens sentrale saker, i alt fra lønnsforhandlinger og økonomi til organisasjonsutvikling og helsepolitikk. Hans hovedoppgave fra midten av 1970-tallet var å bygge opp et moderne forhandlingsapparat, noe han med stor kløkt, klokskap og strategisk innsikt lyktes med.

Disse egenskapene fikk også akademikerfelleskapet nytte godt av på 1990-tallet, da han var pådriver for en mer effektiv forhandlingsorganisasjon og et tydeligere talerør for akademikerforeningene. Resultatet ble nyskapningen Akademikerne, som så dagens lys i 1997.

Sverre var en mann som hele tiden våget å tenke nytt, men som aldri slo seg på brystet over oppnådde resultater. Og listen over resultater er lang. Han var en brobygger mellom legene og samfunnet med et stort kontaktnettverk. Med sin lune fremtoning bydde han alltid på et smil i vanskelige situasjoner og ble møtt med dyp respekt i alle miljøer. Han delte velvillig av sin kunnskap, og i en mannsalder var han en lojal støttespiller og sparringspartner for skiftende presidenter, generalsekretærer og sentralstyrer.

Sverre og familien elsket å reise, og målet var ofte Frankrike. I tråd med sin frankofile legning hadde drammenseren et renommé som gourmet, vinelsker og soppkjenner – noe også arbeidsmiljøet hadde stor glede av.

Våre tanker går til Sverres familie og etterlatte. Legeforeningen og Akademikerne minnes en høyt skattet kollega og foregangsmann. Vi lyser fred over Sverres gode minne. ■

Anne-Karin Rime, Lise Lyngsnes Randeberg

En å snakke med.
Konfidensielt.
Lett tilgjengelig.



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

3 gratis timer.
Uten journal.
Med taushetsplikt.



Støttekollegaordningen

DEN NORSKE LEGEFORENING

Legejobber

Legejobber.no er Tidsskriftets stillingsportal for leger. I tillegg tilbyr vi veilednings- og rekrutteringsstjenester

Finn din neste jobb på Legejobber.no

På **Legejobber.no** finner du den mest komplette oversikten over ledige legestillinger i Norge. Her kan du enkelt finne ledige stillinger etter spesialitet, geografisk område eller stillingstype. Du kan også sette opp e-postvarsel om ledige stillinger som passer dine kriterier og ønsker.

Ønsker du veiledning?

Legejobber tilbyr også veilednings- og rekrutteringstjenester for leger, og vi kan hjelpe deg gjennom hele prosessen frem til din neste jobb. Registrer deg under Min profil på **Legejobber.no**. Her kan du også lage din egen nedlastbare CV, som er skreddersydd for leger. Har du spørsmål, kan du ta kontakt på e-post: legejobber@tidsskriftet.no

Er du arbeidsgiver?

Ønsker du å annonsere ledige stillinger digitalt eller på papir? Du kan registrere deg som annonsør på **Legejobber.no** eller ta kontakt med oss på e-post: annonser@tidsskriftet.no eller på telefon 417 01 060. Informasjon om priser og formater finner du på **Legejobber.no**.

Allmennmedisin



Vennesla kommune

Ledig fastlegehjemmel

ved Vennesla legesenter fra ca 01.01.25. P.t. 850 pas. Veldrevet, hyggelig og godt faglig miljø. Bra økonomi. Infodoc. Se full annonse i legejobber.no.

Søknadsfrist: 15.09.2024



BERGEN
KOMMUNE

Ledig fastlegehjemmel ved Fjellsiden legesenter - Bergenhus bydel

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

Søknadsfrist: 15.09.2024



BERGEN
KOMMUNE

Ledig fastlegehjemmel ved Gullgruven legekonsultasjon - Åsane bydel

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

Søknadsfrist: 22.09.2024

Legejobber*

Ortopedisk kirurgi

- Trygghet når du trenger det mest Sørlandet sykehus er Agders største kompetansebedrift, med over 7000 ansatte fordelt på ulike lokasjoner. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenester innen fysisk og psykisk helse og avhengighetsbehandling. I tillegg utdanner vi helsepersonell, forsker og underviser pasienter og pårørende. Les mer om oss på www.sshf.no og følg oss på Facebook.



Overlege ortopedi

Avdeling for kirurgiske fag, Flekkefjord

Avdeling for kirurgiske fag ved Klinikk Somatikk Flekkefjord søker en dyktig og engasjert ortoped til en 100 % fast stilling.

Klinikk somatikk Flekkefjord er organisert i avdeling for kirurgiske fag (Gynekologi / Obstetrik, Ortopedi, Kirurgi, sengepost, Anestesi, Operasjon, Intensiv og Kirurgisk poliklinikk) og avdeling for medisinske fag (Medisinsk sengepost, Akuttmodning, Medisinsk Poliklinikk).

I Flekkefjord er det gode muligheter for å kombinere en faglig utfordrende og spennende jobb med et familievennlig sørlandsliv hvor både kultur- og friluftssopplevelser finnes i umiddelbar nærhet. Flekkefjord er et godt sted å jobbe, bo og leve for mennesker i alle aldre. Korte avstander til jobb, skole, fritidsaktiviteter og sentrum gjør at du får mye ut av hverdagen sammen med venner og familie. Se hva Flekkefjord har å tilby her og her. Kommunen hjelper gjerne til med integrering i lokalsamfunnet dersom det skulle være ønskelig. Kommunen vil også kunne medvirke i flytteprosessen og til å skaffe bolig i en overgangsperiode, samt bistå i forhold til jobbmuligheter for eventuell ektefelle eller partner.



For mer informasjon, se:
<https://sshf.no/om-oss/jobb-hos-oss>

Ta gjerne kontakt med avdelingssjef
Øystein Hjalmar Berg på tlf. 905 92 101

Søknadsfrist:
31.10.2024

WebCruiter id:
4845663540

Radiologi

Radiolog

Vi søker radiologer flere steder i landet

- Markedsledende honorar
- Tid til pasienten
- Fleksible arbeidstider

Er du god til å kommunisere med pasienten, god på ultralyd og ansvarsfull? Vi ser etter radiologer til flere av våre klinikker. Vi har høy pasienttilfredshet og lite utskifting blant legene som jobber hos oss.

Du finner full utlysningstekst på Legejobber.no eller skriv til gunnar@autstadiagnostikk.no for mere info.



**Austad
Diagnostikk**

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.**

Diverse annonser

Perfekt kontor til psykiater som vil jobbe fulltid eller deltid.

Hyggelig, 26 kvadratmeter stort kontor i fellesskap med tre psykiatere på Holmen senter i Asker til leie, kr 3000,- pr mnd. Vi deler på nett-utgiftene.

Felles venteværelse, kjøkken, gratis parkering.

Kontakt: Inger Danneborg mob. 91596927

Kurs og møter



For psykologar og legar blir det våren 2025 sett i gang:

2-årig INNFØRINGSSEMINAR i:

OSLO – seminarleiar blir Lars Kristian Groth
TRONDHEIM - seminarleiar ikkje avklart enno

2-årig VIDAREGÅANDE SEMINAR i:

OSLO – seminarleiar blir Olaf Rørosgaard

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

- Innføringsseminaret omfattar 196 undervisningstimar over 4 semester, organisert som dagseminar med 8 undervisningstimar kvar gong og to spesialseminar/fordjuping seminar kvar på 10 undervisningstimar. Desse blir arrangert fredag kveld og laurdag føremiddag.
- Dagseminar føregår på faste vekedagar, 11 pr. år og spesialseminar blir arrangert 2 gonger i løpet av seminartida.

Vidaregåande seminar bygge på innføringsseminaret og gjev ei teoretisk fordjuping med større vekt på det kliniske arbeidet. Ved sidan av dei ovanfor nemnde rammene for innføringsseminar skal kandidaten gå i ikkje-trygdefinansert lærebehandling godkjent av instituttet. Det er ønskeleg at lærebehandlinga er starta før igangsetting av vidaregåande seminar. For opptak på vidaregåande seminar er det nødvendig med anbefaling i vegleingsattest frå innføringsseminaret.

- Vidaregåande seminar omfattar 196 undervisningstimer over 4 semester, organisert som dagseminar med 8 undervisningstimer kvar gong og to spesialseminar/ fordjuping seminar kvar på 10 undervisningstimar som blir arrangert fredag kveld og laurdag føremiddag.
- Dagseminar føregår vanlegvis på faste vekedagar, 11 pr. år, og spesialseminar blir arrangert 2 gonger i løpet av seminartida.

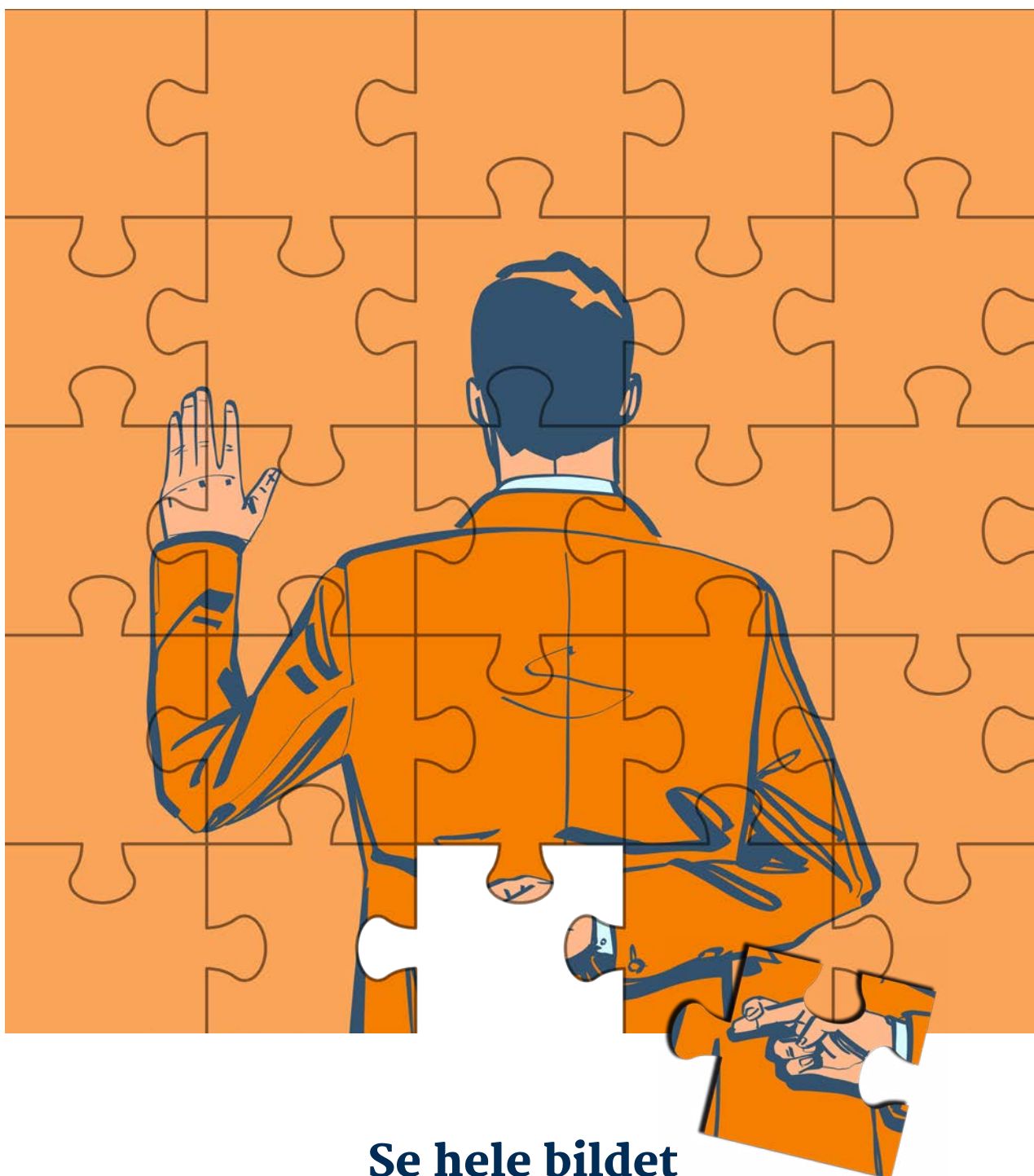
Det blir kravd gode kunnskapar i norsk munnleg og skriftleg. Faglitteraturen er i hovudsak på engelsk. Vi oppfordrar søkarar til å sette seg godt inn i utdanninga sine rammer. Fullstendig informasjon om utdanninga sitt innhald finns på Instituttet si heimeside www.instpsyk.no. Der finn ein også søknadsskjema.

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

Seminaravgift er kr 13 400,- pr. semester.

Søknadsfrist: 1. november 2024. Søknad skal sendast via heimesida <https://instpsyk.no/utdanning/nye-seminarer/soknad-til-seminar/>

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



tenkbyr.no

Se hele bildet

Breddemediene og dybdemediene trenger hverandre, for å gi et mest mulig fullstendig bilde. Fagpressens 240 medlemsmedier bidrar daglig til bedre forståelse av samfunnet. I samarbeid med NRK er det laget en egen «Fagpressen-lenke» for å gjøre spesialistkunnskapen i fagmediene mer tilgjengelig for NRKs redaksjoner.

Se mer på fagpressen.no/dybde

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

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

Sekretariatsledelsen

Generalsekretær Siri Skumlien

Avdeling for jus og arbeidsliv,
avdelingsdirektør Lars Duvaland

Medisinsk fagavdeling, avdelings-
direktør Johan Georg Røstad Torgersen

Kommunikasjonsavdelingen,
avdelingsdirektør Knut E. Braaten

Helsepolitisk avdeling, avdelings-
direktør Marit Bækkelund Randsborg

Økonomi- og administrasjons-
avdelingen, avdelingsdirektør
Erling Bakken

Postadresse

Den norske legeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Besøksadresse

Christiania Torv 5
Telefon: 23 10 90 00

Kontakt en ansatt

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

De følgende sidene
produseres av Legeforeningens
kommunikasjonsavdeling.

Redaksjon**Aktuelt i foreningen**

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

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

Den politiske høsten i Legeforeningen

Arendalsuka, Norges største politiske festival, markerer på mange måter slutten på sommerferien og starten på høsten i Legeforeningen. Arendalsuka arrangeres årlig i midten av august, og Legeforeningen deltar hvert år i ulike debatter. I år ble det rekordmange, med over 60 debatter hvor vår stemme ble hørt.



Anne-Karin Rime
President

AK Rime

Kunstig intelligens, sosial ulikhet i helse, klimaendringer, prioriteringer og todelt helsetjeneste ble diskutert. I tillegg en rekke mer faglige debatter, blant annet rehabilitering ved hjertesvikt, abort og mamмоgrafiscreening. I flere av debattene var vi også så heldige å få møte våre fremste helsepolitikere og helse- og omsorgsminister, Jan Christian Vestre.

Selv om det er vanskelig å måle konkret hva som kommer ut av å delta på en festival som Arendalsuka, så er det uten tvil en viktig arena for å fremme Legeforeningens syn i mange avgjørende medisinske og helsepolitiske spørsmål. Og det vi diskuterte i Arendal kommer til å bli viktig i tiden fremover.

For noen uker siden la finansminister Trygve Slagsvold Vedum frem perspektivmeldingen, en stortingsmelding som kommer hvert fjerde år. Meldingen drøfter viktige utfordringer for norsk økonomi de neste 50 årene. Det estimerte behovet for flere årsverk i helse- og omsorgssektoren er nå 180 000. Selv om dette tallet var høyere ved forrige perspektivmelding, betyr det likevel at vi trenger ekstremt mange hender i helsesektoren fremover – dersom vi fortsetter som i dag. Finansdepartementet foreslår, ikke uventet, blant annet å løse deler av behovet med ny teknologi.

Legeforeningen er på mange områder teknologioptimister – selv om vi noen ganger blir beskyldt for å være det motsatte når vi påpeker viktigheten av å involvere klinikere i teknologiutvikling. Vi er imidlertid også opptatt av at teknologi aldri kan erstatte møter mellom mennesker. Mellom pasienten, sykepleieren og legen. Derfor er det også viktig å rekruttere og beholde helsepersonell i dag.

Vi vet at mange leger opplever en for høy arbeidsbelastning og for mye arbeidsrelatert stress. Knotete IT-systemer og mangel på merkantilt personell tar tid vekk fra pasientkontakt. Dette virker ikke rekrutterende, tvert imot. Skal vi få folk til å søke seg til legeyrket, må leger ha en arbeidshverdag med trygt arbeidsmiljø, autonomi og gode rammer – med tid til faglig utvikling. Da må myndigheter og politikere bevilge de ressursene som trengs for å opprettholde en god helse-tjeneste. Både for de som jobber der, men også for pasientene.

I dag står nemlig for mange pasienter i kø i påvente av hjelp i spesialisthelsetjenesten. For å bøte på dette har helseministeren lansert «ventetidsløftet». En avtale med alle partene i arbeidslivet for å redusere ventetidene i spesialisthelsetjenesten i 2024 og 2025. Det er imidlertid viktig å huske på at de lange ventetidene blant annet har oppstått fordi sykehusene sliter med store økonomiske etterslep. Dette finnes det ingen «quick-fix» for. Vi forventer derfor også større, strukturelle grep, og har nettopp gitt innspill til partiene på Stortinget som nå holder på å utarbeide sine partiprogram frem mot neste høst.

I mellomtiden venter vi spent på statsbudsjettet som legges frem i oktober. Og vi gir oss aldri i kampen for en bedre helsetjeneste. ■

Pulsklokkelegen

Når freelance-legen Torkil Færø ikke er opptatt med å undersøke en prosent av Norges befolkning, bruker han tiden på å ligge på bestselgerlistene – og det på flere språk enn man kan telle på én hånd. Det virker nesten som om det eneste han ikke klarer, er å ha en fast jobb?

«Det er nok få leger i Norge som har undersøkt flere ulike personer enn meg. Det kan ikke være mange.

Det er ikke usannsynlig at Torkil Færø er den enkeltstående legen flest nordmenn har forholdt seg til, uten å ha til hensikt å skulle treffe ham igjen.

– Jeg har jobbet i godt over 30 kommuner, fra sør til nord. Fra Kristiansand til Kautokeino. Barneskolematten min forteller meg at jeg har undersøkt noe som tilsvarer en prosent av befolkningen, fordelt på mer enn 100 000 konsultasjoner.

Har trengt frihet

Mens fordelene ved å ha en fast lege-forbindelse er godt dokumentert, har karrieren til Færø vært dedikert til ad-hoc allmennmedisinsk rådgivning – primært på legevakt. Færø visste allerede før han begynte å studere medisin i Oslo at han ikke kunne ha en fast jobb.

– Jeg har trengt en frihet til å kunne bevege meg der jeg finner interesse for noe. Ikke være låst fast til noe. Jeg hadde nok ikke klart å skrive de bøkene jeg har skrevet eller å finne ut det jeg har funnet ut, hvis jeg hadde vært låst i én stilling og gjort det samme hele tiden, resonnerer han.

Det er for mye spennende å holde på med, synes Færø. Dokumentarfilmskaping, foredragsvirksomhet, fotografering, reising og å skrive bøker, bare for å nevne noe.

Når Aktuelt i foreningen treffer Færø på Grünerløkka i Oslo en nydelig midtsommerdag, har noe av «det han har funnet ut» gjort at han har ligget på bestselgerlistene i over 70 uker. For med boken «Pulskuren», som tar for seg hvordan man kan bruke pulsklokker til å måle stressnivået og ta passende grep for å få en bedre helse, har han blitt en bestselgende forfatter. Ikke bare i Norge, men også internasjonalt.

I medisin 3.0 er det forebygging og personlig, individuell helse og hva som fungerer for deg, som er fokus

Torkil Færø

Lege, forfatter og foredragsholder

Boken er oversatt til åtte språk, passende nok like mange språk Færø selv behersker, og stadig flere land tilkommer på publiseringsskrytelisten. Lansering i USA er også unnagjort. En del av årsaksforklaringen til suksessen er at «Pulskuren», utrolig nok, fortsatt er den eneste boken

i verden om hvordan kombinere «wearables» og livsstilsendring.

– Av en eller annen merkelig grunn, så er jeg førstemann på dette feltet her og må lære meg nye ting hele tiden. Heldigvis er jeg vant til det. Det er min modus operandi og har vært det i alle år.

Kjent og ukjent

Færø har gått fra å være en lege mange nordmenn har forholdt seg til og glemt etter endt besøk på legevakta, til å være en lege mennesker over hele verden hører på, over tid, for å få bedre helse. Færø sier han er en «introvert person med stor taleskrekk». Likevel mestrer og trives han nå i rollen som «global speaker», med key note-jobber under Copenhagen Health Week og Garmin Health Summit i Praha på gang.

– Det har vært den største prosessen. Å gå fra å være introvert og en som hører på folk én til én på legekontoret, til å «bli» ekstrovert og den som snakker til hundrevis av folk på radio, direkte-TV og delta i massevis av podkaster. Nå er det plutselig helt naturlig for meg.

– Egentlig så ville jeg aller helst bare reise rundt i verden, og så jobbe som lege intensivt på noen oppdrag. Ellers bare seile rundt, forteller legen som har besøkt over 80 av verdens land til nå.

Moralen seirer

– Det er en liten gåte for meg selv hvorfor jeg bruker så mye energi på å formidle denne kunnskapen. Bare det rent praktiske ved å skrive bøkene har jeg soleklart tapt penger på, sammenlignet med om jeg hadde brukt den samme tiden til å jobbe som lege. Så å skrive bøker taper jeg foreløpig penger på. Men jeg føler kanskje ikke at jeg har noe valg.

«Valget» er på en måte tatt for Færø, ettersom han mener de positive ringvirkningene av pulsklokkebruk er så enorme, at det nærmest ville vært umoralsk å ikke formidle kunnskapen videre. Han utdyper:

– Jeg ble utdannet innen medisin 2.0. Det vil si å vente til en pasient blir syk, og så behandle og forholde seg til befolkningsstudier. Nå er vi inne i det som den kanadiske legen Peter Attia omtaler som «medisin 3.0», forteller Færø.

– Jobben min, den jeg lever mest av, er å behandle syke folk. I medisin 3.0 er forebygging og personlig, individuell helse på en måte er rettet mot deg, og hva som fungerer for deg, som er fokus.

Opulsklokken, og å bruke dataene den gir på en fornuftig måte, er inngangen til dette.

Opptatt av forebygging

«Jeg hadde ikke trengt å møte deg». Det er en tanke som litt for ofte har tatt Færø i de mange tusen konsultasjonene han har gjennomført på 25 år som freelance-lege, bokstavelig talt, over hele Norge. Drømmen er at fornuf-
tig pulsklokkebruk kan bidra til å redusere antall møter med pasienter som ikke hadde trengt å være syke – hvis de hadde prioritert å jobbe forbyggende med sin egen helse.

– De bøkene jeg har skrevet og det som jeg holder på med nå, er et forsøk på å få til det. Å gjøre kunnskapen tilgjengelig. Slik at de som ønsker å ta grep om egen helse, vet hva de skal gjøre.

Legeforeningen skal være foreningen for alle leger, hele livet. Selvsagt også freelance-leger som Færø. Han har vært medlem av foreningen siden han begynt på medisinstudiet i 1991.

– Det er fint å ha en forening som jobber for deg som lege og dine rettigheter, forteller han og forsetter:

– Også er det jo mange fordeler med å være medlem, blant annet kan jeg få rabatt på Garmins pulsklokker, ler han, før han redegjør for hvorfor disse klokkene, på tross av «vill konkurranse blant teknologiselskapene», er det soleklart det beste pulsklokkeproduktet på markedet i dag.

– De er i en klasse for seg!

Profet i eget land og laug

Dette er åpenbart noe de øvrige medlemmer av Legeforeningen også har merket seg. For det tok ikke lang

tid fra «Pulskuren» inntok bestselgerlistene til det ble en kraftig økning i pulsklokkebaserte henvendelser fra foreningens medlemmer. Var det mulig å få gode priser på Garmin-klokker innbakt i medlemskapet, som en medlemsfordel, var fellesnevneren. Og avtale ble det.

– *Hvordan føles det å være rotårsaken til en av Legeforeningens mest populære medlemsfordeler?*

– Dette var jeg ikke klar over, men det er høres jo veldig bra ut! Dette er superviktig for legene, først og fremst for egen del. Legeyrket er kanskje det med mest press. Både mentalt, men også med tanke på ubekvem og ofte lang arbeidstid.

– Så jeg tror at spesielt for leger er det viktig å holde kontroll på stressbalansen med klokkene. Og ikke minst er det viktig at de vet hva dette innebærer overfor pasientene. Vi har ikke lært om det på studiet. Og vi har ikke tid til å oppdatere oss i en travel hverdag.

– I det hele tatt har det vært overraskende lite motstand fra andre leger, særlig med tanke på at jeg skriver om var et helt nytt konsept, som få visste noe om før «Pulskuren», avslutter pulsklokkelegen. ■

Andreas Haslegaard

andreas.haslegaard@legeforeningen.no

Allsidig: Torkil Færø har jobbet som legevakslege i over 30 av landets kommuner. I tillegg er han bestselgende forfatter, dokumentarfilmskaper og holder foredrag for hundrevis av mennesker. For å nevne noe. Foto: Andreas Haslegaard / Legeforeningen



LIS1-tiden ble til bok

Hun skryter av arbeidsmiljøet på sykehus, selv om det iblant kunne gå en kule varmt, erindrer lege og forfatter Sandra Marie Kristiansen.

Tromsøværingen førte dagbok mens hun jobbet som LIS1 på sykehus i 2021. At det skulle bli bok av det, var ikke i tankene hennes. Det siste året på medisinstudiet deltok hun i en skrivekonkurranse som fikk lokal mediedekning. Kort etter ble hun kontaktet av Bonnier norsk forlag som spurte om hun ville skrive en bok om sine opplevelser. Noe Kristiansen er glad hun takket ja til.

LIS1-livet på sykehus resulterte nemlig i mange komiske og rent absurde si-

tuasjoner, og Kristiansen har vevd dette sammen til en fortelling om innsiden av det norske helsevesenet.

– Det var artig å ha et skriveprosjekt. Jeg har alltid vært glad i å skrive. Om-trent halve boken ble til mens jeg var i LIS1 og siste halvdel skrev jeg ferdig i etterkant, forteller hun.

Kristiansen var høygravid mot slutten av LIS1 og gikk rett inn i mamma-permisjon.

– Jeg fikk tid til å jobbe med stoffet. Det å kunne reflektere over yrket mitt,

alle opplevelsene og tankene man har hatt, var veldig terapeutisk. Det var en fin opplevelse som rammet inn LIS1-tiden.

Humoristiske situasjoner

Boken «Er det en lege her? En turnusleges hemmelige dagbok» gir et unikt innblikk i legehverdagen på norske sykehus. LIS1-tiden er halvannet år til sammen: Ett år på sykehus og et halvt år på fastlegekontor. Sykehusåret fordeles likt mellom kirurgisk og medisinsk avdeling.

Kristiansen forteller at hun gjennom hele medisinstudiet har hatt lyst til å bli kirurg og liker den praktiske tilnærmingen til faget.

– Personlig liker jeg den litt direkte, «snappy» tonen som er på kirurgi. Du får fort funnet ut av ting.

Hun forteller at hun møtte på utfordringer i alle delene av LIS1, men at allmennpraksis var mest utfordrende.

– Med begrensede utredningsmuligheter var det så mange valg å måtte forholde seg til. På fastlegekontoret må man ta stilling til veldig mange ulike type henvendelser i løpet av en dag, og alle vurderinger hviler på dine skuldre. På sykehuset er det alltid noen som tar over stafettpinnen for deg når du er ferdig for dagen.

Humoristiske erfaringer ble det som sagt mange av, som i dette utdraget fra boken, hvor Kristiansen tar imot en pasient med magesmerter:

«Jeg går tilbake til pasienten etter å ha sett på CT-bildene. Han føler seg litt dum når jeg forteller om funnene. Jeg føler meg også dum, som åpenbart ikke fanget opp at det kunne være noe annet, eller ikke stilte de riktige spørsmålene. Han bare måtte ete gjenstandene, innrømmer han, selv om han jo skjønner at det ikke er kjempelurt. Batterier kan gi etseskader, men etter diskusjon med overlege blir det besluttet å avvente operasjon, og heller følge med på utviklingen.

– Jeg tror uansett at en tommelfingerregel heretter bør være å ikke spise noe Macgyver kunne lagd en bombe av, sier jeg litt humoristisk, og pasienten ler så voldsomt at jeg er redd spikeren skal punktere tarmen. Jeg legger ham inn,

Engasjert: I dag jobber Sandra Marie Kristiansen som ALIS og fastlegevikar. I fremtiden er hun ikke fremmed for å jobbe med helsepolitikk. Foto: Privat



og tilføyer ufortrødent «spesialavfall» på min liste over ting som kan gi mage-smerter. Og med det er jeg i gang».

Godt samhold

Bak mange av de humoristiske og varme historiene i boken, tegnes også et bilde av et konstant overarbeidet legeteam, som enkelte dager knapt rekker toalettbesøk og matpauser. Kristiansen forteller om intense dager og mye vakt, der ting med fordel kunne vært mer tilrettelagt.

– Men det har også vært veldig fint med LIS1-opplevelsen. Det ligger mye verdi i det å ha stått på egne ben og fått kjenne litt på den kliniske hverdagen. Man får masse praktisk erfaring, som igjen gjør at man er tryggere som lege.

Den unge legen skryter av samholdet hun opplevde blant kollegaer. I motsetning til mange andre land, er det lite hierarki i norske sykehus.

– Tradisjonelt sett har man ulike klisjé-legetyper, og det er litt sannhet i det også. Man har for eksempel stor respekt for overlegen som har jobbet der i mange år. Samtidig er det ganske flat struktur. Vi er alle i samme båt, sier Kristiansen og legger til:

– Man tilbringer veldig mange timer sammen i løpet av et døgn. I perioder ser man sine kollegaer mer enn sin egen familie. Man stresser og sover sammen. Det skaper et positivt samhold.

– Det er et privilegium å få muligheten til å vise frem legeyrket fra innsiden, og gjennom egne øyne, med denne boken

Sandra Marie Kristiansen
Lege og forfatter

Positive tilbakemeldinger

Kristiansen forteller at hun var fryktelig nervøs da boken skulle gis ut.

– Jeg følte meg veldig sårbar, for man eksponerer seg så veldig. Som nyutdannede blir man usikker på hva man egentlig kan.

Hun forteller om mange som kjenner seg igjen i boken. Det ser ut som om det å være ny har truffet mange.

– Det har vært artig å få tilbakemeldinger på tvers av Norge og på tvers av alder. Fra overleger som hadde turnus for mange år siden, til folk som har fått et helt nytt syn på det å være lege. Som at leger også må google symptomer på bakrommet av og til, sier hun lattermildt.

Den relativt ferske forfatteren kan fortelle at hun i etterkant av boken blant

annet har fått gi innspill om spesialistutdanningen til beslutningstakere. Hun har også fått anledning til å gi sine innspill om LIS1-ordningen ved sykehuset der hun selv var LIS1.

– Jeg begynte på denne boken før #legermåleve-kampanjen som kom i fjor sommer, og synes det er positivt at flere bidrar til å vise frem legelivet på godt og vondt.

Stor indre motivasjon

I dag jobber tobarnsmoren for tiden som ALIS og fastlegevikar i Tønsberg. Det passer inn i den daglige logistikken som følger med det å ha barnehagebarn. Likevel savner hun sykehuset og den måten å jobbe på, så til høsten vender hun tilbake til sykehus.

– Jeg tror mange leger som ikke jobber på sykehus kunne tenkt seg det, rent faglig og kollegialt, men at liten bestemmelsesrett, lønn, arbeidstider og belastning trekker for mye ned. Dessverre har jeg inntrykk av at det ved de fleste sykehus er en ovenfra og ned-styring, hvor avstanden mellom sykehusledelsen og de som jobber på gulvet rett og slett blir for stor.

Kristiansen forteller om kollegaer som har en stor indre motivasjon, men som ender opp med å bli utbrente. Likevel ser hun frem mot å vende tilbake til sykehushverdagen.

– Jeg skjønner at det ikke er lett å drive sykehus, det er mange forskjellige yrkesgrupper under samme tak og det er budsjett og økonomi å tenke på. Helsevesenet er så komplekst og alle ser en liten del av sin egen sannhet. Da blir det desto viktigere å kommunisere sammen og å løfte stemmene til de som faktisk utfører arbeidet.

Viktig med rekruttering

Kristiansen har et klart budskap til politikerne:

– Når dere besøker sykehusene; snak med legene og vær med på en vaktrunde, i stedet for å hilse pent på sykehusdirektøren. Det er fagfolkene på gulvet som får hjulene til å gå rundt.

70 prosent av de som studerer medisin er nå kvinner. Kristiansen mener at vi må tenke nytt og mer inkluderende for alle leger, i alle livets faser.

– Hvordan kan vi få en stilling på sykehuset til å være attraktiv også for en småbarnsmor? Mye av arbeidsbelastningen man har på sykehusene er rene merkantile oppgaver. Kunne man for eksempel hatt en fast farmasøyt i akutt-mottaket som tok seg av alle pasientenes medisinalister? Eller bedre rutiner for rekvirering av røntgen?

– Jeg tror det er veldig fjernt å sitte på Stortinget og skulle bestemme kun ut



Boksignering: Sandra Marie Kristiansen på med boken «Er det en lege her? En turnusleges hemmelige dagbok». Foto: Privat

ifra rapporter og tall, når du sjelden er innom sykehus eller snakker med dem som jobber der, påpeker Kristiansen.

– Det er kanskje satt på spissen, men det hadde vært et stort løft for fagfolkene å oppleve å bli hørt i sykehussystemet, sier legen og forfatteren, tydelig engasjert i temaet.

Verv i Legeforeningen

Sandra Marie Kristiansen har flere verv bak seg i Legeforeningen. Hun snakker varmt om Helselederskolen, som lærte henne mye om helseledelse og organisasjonspsykologi. Hun har også sittet som Yngsterepresentant for Helse Sør-Øst i 2023 og sittet i Landsrådet gjennom Yngre legers forening frem til i fjor.

– I fremtiden er jeg ikke fremmed for å jobbe mer med helsepolitikk. Å kunne jobbe på et litt høyere nivå og bidra til en positiv utvikling.

For når alt kommer til alt, er Kristiansen glad for at hun ble lege og for en jobbhverdag som er fylt med mening.

– Det er et privilegium å få muligheten til å vise frem legeyrket fra innsiden, og gjennom egne øyne, med denne boken. Midt oppi alt, har Norge tross alt et helsevesen vi bør være takknemlige for og verne om, avslutter hun. ■

Heidi Østvedt Strydom

heidi.ostvedt.strydom@legeforeningen.no

Arendalsuka: Hva skal den offentlige helse- tjenesten slutte å gjøre?

Mandag 12. august gikk startskuddet for Arendalsuka, og samme dag inviterte Legeforeningen i samarbeid med KS til sitt første arrangement. Temaet var like aktuelt som det er utfordrende: Hva skal den offentlige helsetjenesten slutte å gjøre?



Viktig debatt: Et engasjert panel debatterte ulike perspektiver på prioritering i helsetjenesten.
Foto: Lars Magnus Aker

Det ble bråk da tidligere helseminister Ingvild Kjerkol sa at befolkningen selv må ta et større ansvar for egen alderdom. Samtidig blir det mer og mer tydelig at folks forventninger til helsetjenesten ikke helt samsvarer med tilgjengelige ressurser, verken nå eller i fremtiden.

– Vi er glade for at vi i år i Arendal kan sette et veldig viktig tema på dagsordenen. For dette er en debatt vi er nødt til å ta: Hvordan skal vi prioritere i helsetjenesten?, innledet president Anne-Karin Rime da hun ønsket tilhørerne velkommen.

Mange spør seg om det er mulig å sette en standard for hva som er «godt nok» i den offentlige helsetjenesten, vel vitende om at det finnes behandlingsmuligheter utenfor det offentlige for de som har råd til å betale.

– De fleste som sitter her i dag har hørt det før: Det er et gap mellom de mulighetene som ligger i medisinen og folks forventninger til helsetjenesten – og hva det offentlige evner å betale for. Perspektivmeldingen er helt tydelig på

at den økonomiske situasjonen blir mer krevende framover, og vi blir nødt til å gjøre noen tøffe prioriteringer. Definisjonen på prioriteringer er å sette noe først, og dermed rangere det foran noe annet. Det handler om å kunne si nei. Og det er nettopp det å prioritere noe ned som er krevende, understreket Rime.

Paneldebatt

Nye behandlingsmetoder og medisinske fremskritt kan gi bedre liv og økt levetid ved alvorlige og livstruende tilstander, men til en høy pris. Mulighetene og ønskene overstiger rett og slett ressursene, og den offentlige helsetjenesten kan ikke fortsette å vokse som svar på dette. Hvis vi skal unngå fremtidig kollaps, må det derfor gjøres tøffe prioriteringer.

– Samtidig er det stor enighet om at vi må få mest mulig god helse for de ressursene vi har i helsetjenesten, og at ressursene blir rettferdig fordelt. Prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet skal hjelpe oss med dette. Hensikten med prioriteringskriteriene er å reflektere det verdigrunnlaget som vi alle har blitt eni-

ge om, og sørge for at vurderingene er åpne og transparente. Men fungerer de i praksis? Det er noe av det jeg håper vi får svar på i dag, avsluttet Anne-Karin Rime før hun overlot ordet til moderator Ståle Sagabråten, leder i Legeforeningens fagstyre.

Etter legepresidentens innledning var det panelets tur til å bryne seg både på et krevende tema og hverandre. Panelet besto av Terje Rootwelt, administrerende direktør i Helse Sør-Øst, Truls Vasvik, stortingsrepresentant for Arbeiderpartiet og første nestleder i helse- og omsorgskomiteen, Jens Plahte, forsker/prosjektleder i Proba samfunnsanalyse, Heidi Øyen Flemmen, nevrolog ved Sykehuset Telemark, og Mari Trommald, avdelingsdirektør helse og velferd i KS.

Trenger bedre verktøy

Rootwelt er opptatt av å bruke prioriteringskriteriene på systemnivå, selv om det ikke alltid er like synlig. Han pekte også på forholdet mellom tilgjengelige ressurser og tildelte oppgaver.

– Det er viktig med levelige arbeidsforhold i den offentlige helsetjenesten, slik at helsepersonell ønsker å bli værende. Da kan vi ikke bare lesse på med arbeidsoppgaver. Dette er og blir en viktig, men vanskelig prioritering, sa han.

Trommald forklarte at de innarbeidede prioriteringskriteriene ikke alltid fungerer like godt i kommunene og etterlyste bedre verktøy.

– Det finnes ingen kommuner som ikke må kutte. Å kutte er å prioritere. Men det er utrolig krevende, og prioriteringskriteriene er ikke nødvendigvis spesielt tilgjengelig. Og som verktøy fungerer de ikke så godt for kommunesektoren. Vi har behov for bedre verktøy.

Mot slutten av arrangementet utfordret Anne-Karin Rime paneldeltagerne på hva de selv mener den offentlige helsetjenesten faktisk skal slutte å gjøre. ■

Tor Martin Nilsen

tor.martin.nilsen@legeforeningen.no

Fikk Legeforeningens lederpris

Pål Christensen, avdelingssjef og avdelingsoverlege ved Barne- og Ungdomsavdelingen på Sykehuset i Lillehammer, er tildelt Legeforeningens lederpris for 2024.

Prisen ble delt ut på Legeforeningens landsstyremøte i Oslo før sommeren.

– Tusen, tusen takk! Dette var voldsomt, uttrykte prisvinneren idet han kom opp på scenen og fikk høre bakgrunnen for nominasjonen.

Christensen, som ble nominert av sine kolleger, beskrives i nominasjonen som en tilstedeværende leder som holder seg orientert om de ansattes ve og vel. «Pål bruker mye tid på å ta vare på mennesket i legelivet. Pål har gitt rom og mulighet for generell faglig utvikling, og strekker seg og avdelingen langt for å imøtekomme hver enkelt lege sitt behov og ønske om nisseutvikling», understreket kollegene i nominasjonen. Prisvinneren hadde ingen anelse om nominasjonen.

Overrasket

– Jeg ble veldig overrasket, og dette er en stor ære for meg. Jeg ser dette som en anerkjennelse til avdelingen, og alt det vi har fått til. Det er mange andre gode ledere som hadde fortjent denne prisen. Med så stort press på økonomien i sykehusene som det er i dag, er det viktig at det faglige fokuset er til stede. Vi trenger motiverte og dyktige medarbeidere som trives, og har det bra i arbeidshverdagen, uttrykte Christensen.

Christensen er spesialist i pediatri, og har jobbet ved sykehuset på Lillehammer siden turnustjenesten i 1986. Han har vært avdelingsoverlege i godt over 20 år. I denne perioden har avdelingen gått fra

fire overleger og tre LIS, til nå 12 overleger og 14 LIS.

Fremhever gode kolleger

I nominasjonen vektlegges det at «tiltidsvalgte opplever stor grad av gjensidig lojalitet og tillit mellom de ansatte og Christensen. Han har over tid satt sammen en legestab som bidrar til et arbeidsmiljø som er støttende, engasjerende og inspirerende. Han er ofte arbeidsgivers representant ved forhandlinger og av foretakstillitsvalgte beskrives han å være en konstruktiv og lyttende part som er balansert og lett å samarbeide med. Avdelingen driftes godt økonomisk, budsjettene holdes samtidig som det er handlingsrom for investeringer i utstyr og at ansatte får delta på nasjonale og internasjonale møter og kongresser.»

Han beskrives av kolleger som en leder som gjør en veldig god og pålitelig jobb for avdelingens pasienter, pårørende og ansatte, samtidig som han forstår at den overordnede virksomheten setter rammer. Prisvinneren vektla betydningen av et gode arbeidskollegaer i sin takketales.

– Jeg vil dele prisen med alle de ansatte på avdelingen. Det er de som gir meg energi til å stå på hver dag, og motivasjon i min posisjon som leder i mer enn 20 år. Jeg ser frem til fortsettelsen, dette var veldig stas! ■

Ingrid Rise Fry

ingrid.rise.fry@legeforeningen.no

Lederprisen: Prisvinner Pål Christensen (midten) mottok Legeforeningens lederpris for 2024 av visepresident Nils Kristian Klev og president Anne-Karin Rime. Foto: Legeforeningen / Thomas B. Eckhoff



– Kampen for å beholde tariffavtalen vår fortsetter i Rikslønnsnemnda

Det er nå klart at Rikslønnsnemnda skal behandle Akademikernes og Unios tariffoppgjør i staten 7. november.

Tariffoppgjøret blir avgjort av Rikslønnsnemnda fordi regjeringen stoppet streiken ved tvungen lønnsnemnd.

Akademikerne stat og Unio stat gikk ut i streik 24. mai fordi meklingen i tariffoppgjøret ikke førte frem til en løsning. Staten ville ha alle fire hovedsammenslutningene, Akademikerne, Unio, YS Stat og LO Stat, over på én felles hovedtariffavtale.

Akademikerne og Unio ville beholde sin hovedtariffavtale, hvor hele den disponible økonomien i oppgjøret sendes ut til virksomhetene. Deretter skal partene lokalt gjennomføre lokale kollektive forhandlinger om fordelingen av lønnsmidlene.

– Vi gjorde det helt klart før lønnsforhandlingene startet: Vi ville beholde vår avtalemodell. Staten tvang oss i stedet ut i en konflikt vi aldri ønsket. Kampen om å beholde avtalen vår fortsetter nå i Rikslønnsnemnda, sier leder i Akademikerne stat Kari Tønnessen Nordli.

Behandles sammen

Akademikernes og Unios saker skal behandles samtidig. Først skal partene i tariffavtalen gi skriftlige innlegg, deretter møtes de til en muntlig hovedforhandling for Rikslønnsnemnda i Arbeidsrettsens lokaler i Oslo.

15. november behandler Rikslønnsnemnda også LO stats oppgjør. Rikslønnsnemndas avgjørelser blir først kjent etter behandlingen av alle tre sakene.

Tvungen lønnsnemnd fører til at lønnsoppgjøret blir forsinket i år. Medlemmer må henvende seg til sin forening for mer informasjon. ■

Kommunikasjonsavdelingen

info@legeforeningen.no

Tidsskriftets faglige medarbeidere

Tidsskriftets faglige medarbeidere representerer ulike medisinske spesialiteter og fagområder. De benyttes ved behov for medisinske råd, kommentarer og vurderinger, blant annet ved fagfellelvurdering av vitenskapelige manuskripter. Mer informasjon om deres bakgrunn finnes på www.tidsskriftet.no.

Abedini, Sadollah	Haavardsholm, Espen	Stray-Pedersen, Asbjørg
Andersen, Mette	Ihle-Hansen, Hege	Sundsford, Arnfinn S.
Andreassen, Ole A.	Jacobsen, Geir Wenberg	Søreide, Kjetil
Ausen, Kjersti	Joakimsen, Ragnar	Thommessen, Bente
Bachmann, Ingeborg Margrethe	Johansen, Rune	Tjønnfjord, Geir E.
Bakken, Inger Johanne	Johansen, Truls E. Bjerklund	Ulvestad, Elling
Bartnes, Kristian	Juel, Niels Gunnar	Valeur, Jørgen
Beisland, Christian	Jørgensen, Anders Palmstrøm	Vallersnes, Odd Martin
Berg, Siri Fuglem	Korvald, Christian	Vettrhus, Morten
Berg, Tore Julsrud	Kran, Anne-Marte Bakken	Vistad, Ingvild
Berild, Dag	Kristoffersen, Målfrid	Viste, Kristin
Berntsen, Erik Magnus	Krohg-Sørensen, Kirsten	Wallenius, Marianne
Berntsen, Gro Karine Rosvold	Krohn, Jørgen Gitlesen	Wiseth, Rune
Bjørner, Trine	Kurz, Kathinka Dæhli	Wold, Cecilie Bendiksen
Bramness, Jørgen Gustav	Kvestad, Ellen	Wyller, Torgeir Bruun
Brantsæter, Arne Broch	König, Marton	Zahl, Per-Henrik
Brattebø, Guttorm	Kørner, Hartwig	Øksengård, Anne Rita
Braut, Geir Sverre	Lang, Astri M.	Ørstavik, Kristin
Brethauer, Michael	Lassen, Kristoffer	Øymar, Knut
Brustugun, Odd Terje	Lie, Anne Kveim	Aavitsland, Preben
Braarud, Anne-Cathrine	Lillebø, Kristine	
Bøhmer, Ellen	Løberg, Magnus	
Chaudhry, Farrukh Abbas	Madsen, Steinar	
Dietrichs, Espen	Mahesparan, Rupavathana	
Døllner, Henrik	Mehl, Cathrin	
Ebbing, Cathrine	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 Hylan	
Hasle, Gunnar	Rasmussen, Jørn Einar	
Haug, Jon Birger	Reed, Wenche	
Haugen, Trine B.	Reikvam, Håkon	
Haugaa, Kristina H.	Renaa, Therese	
Heldal, Anne Taraldsen	Retterstøl, Kjetil	
Helland, Åslaug	Revheim, Mona-Elisabeth	
Hem, Erlend	Risnes, Kari Ravndal	
Heyerdahl, Fridtjof	Risøe, Cecilie	
Hilt, Bjørn	Rogne, Tormod	
Hjartåker, Anette	Rosvold, Elin Olaug	
Hjelmesæth, Jøran Sture	Ræder, Johan C.	
Hofmann, Bjørn	Rørtveit, Guri	
Holme, Øyvind	Salvesen, Kjell Åsmund	
Holmøy, Trygve	Samersaw-Lund, Miriam May Brit	
Houge, Gunnar	Simonsen, Gunnar Skov	
Hovda, Knut Erik	Skjold-Ødegaard, Benedicte	
Hunskår, Steinar	Slagstad, Ketil	
Husebekk, Anne	Solberg, Steinar K.	
Høye, Anne	Sorteberg, Angelica	
Høye, Sigurd	Spigset, Olav	
Høymork, Siv Cathrine	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

Digitalt sjef Einar Ryvarden

Markedssjef Ellen Bye Knutsen

Vitenskapelige redaktører

Siri Lunde Strømme, Kari Tveito

Publiseringsredaktør Tone Enden

Medisinske redaktører

Lars Frich, Petter Gjersvik, Inge Rasmus

Groote, Mette Kalager, Øyvind Stople

Sivertsen, Synne Mugerud Sørensen,

Liv-Ellen Vangsnes, Elena V. Aandstad

Produksjonssjef Berit Seljebotn

Visuelt ansvarlig Peder Bernhardt

Grafisk designer Henrik Hjorth Austad

Journalister Caroline Ulvin Johansson, Lisa Dahlbak Jacobsen

Manusredaktører Marit Fjellhaug Been, Kjetil Dons Jensen

Teknisk redaktør Julie Didriksen

Produksjonskonsulent Åse Gjefsen

Redaksjonskonsulent Jorunn B. Kvarme

Produktsjefer Njål H. Anderssen,

Tina Bjørnstad

Faste bidragsytere

Simon Andrup, Haakon B. Benestad, Gudrun Maria Waaler Bjørnelv, Kristoffer Brodwall, Jeanette Engquist, Jon Michael Gran, Ruth Halsne, Tori Flaatten Halvorsen, Martin Hotvedt, Rita Gamlem Kristiansen, Charlotte Lunde, Stian Lydersen, Kåre Moen, Elise Catriona Solberg O'Leary, Are Hugo Pripp, Jo Røislien, Anne Kathrine Sebjørnsen, Melanie Rae Simpson, Rune Skogheim, Eva Skovlund, Amanda Hylland Spjeldnæs, Marianne Riksheim Stavseth, Mats Julius Stensrud, Christina Svanstrøm, Elisabeth Swensen, Kari Toverud, Marit Tveito, Sigurd Ziegler, Jørgen Østensjø, Geir Aamodt

Redaksjonskomité

Kari Milch Agledahl, Jeanette Bjørke, Knut Eirik Ringheim Eliassen, Sverre Myren, Per Henrik Randsborg, Victoria Schei, Anne Cathrine Staff (leder)

Kontakt

Besøksadresse

Christiania Torv 5, Oslo

Postadresse

Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Sentralbord: 23 10 90 00
www.tidsskriftet.no
redaksjonen@tidsskriftet.no
annonser@tidsskriftet.no
oversettelse@tidsskriftet.no
stetoskopet@tidsskriftet.no

Trykk Aksell AS

Opplag 32 520

Antall utgivelser 15 numre per år
ISSN 0029-2001



KOMMER
24. SEPTEMBER

Les i neste nummer

- Visuell snø
- Spontan øsofagusruptur
- Varicella-zoster-virus-mylitt
- Funksjonelle nevrologiske lidelser
- Språket i Felles-katalogen

**Legejobber er mer
enn bare en
stillingsportal!**
Vi hjelper deg
som arbeidsgiver
med å finne
rett lege til rett jobb.



Legejobber*

Ring oss for en hyggelig prat
om våre rekrutteringstjenester!

Tlf. 417 01 070
legejobber@tidsskriftet.no