

Tidsskrift for
Den norske
legeforening

Tidsskriftet



legejobber.no

Norges mest komplette stillingsportal for leger

UTVALGTE STILLINGER

HELSE BERGEN HF

Lege i spesialisering, patologi
Frist 6. desember

VESTRE VIKEN HF

Overlege, lungesykdommer
Frist 5. desember

HELSE FONNA HF

Overlege, psykiatri
Frist 1. desember

HELGELANDSSYKEHUSET HF

Overlege, radiologi
Frist 1. desember

HELSE NORD RHF

Avtalehjemmel, øyesykdommer
Frist 8. desember

FOLKEHELSEINSTITUTTET

Overlege, medisinsk mikrobiologi
Frist 1. desember

MEDICUS

Gynekolog
Frist snarest

RANA KOMMUNE

Fastlege
Frist 30. november

HELSE MØRE OG ROMSDAL HF

Lege i spesialisering, radiologi
Frist 19. desember

SYKEHUSET TELEMARKE HF

Lege i spesialisering, psykiatri
Frist 16. desember

Grautmålet



Are Brean
Sjefredaktør

Kan det være forskning dersom den er skrevet på norsk? Nei, synes de medisinske fakultetene ved universitetene i Oslo og Bergen (UiB) å mene. Begge fakultetene nekter sine bedømmelseskomiteer å overhode vurdere ph.d.-avhandlinger dersom en av artiklene er publisert på norsk i Tidsskriftet. At den grundig fagfellevurderte artikkelen publiseres parallelt på engelsk og er tilgjengelig på PubMed samt i alle relevante internasjonale forskningsdatabaser, ansees irrelevant. Er det primært skrevet på norsk, er det åpenbart ikke ordentlig forskning. Argumentasjonen kunne vært komisk, hadde den ikke vært så kunnskapsløs. Bare hør: Tidsskriftet er ikke vitenskapelig fordi vi «også publiserer debattartikler og kronikker», uttalte UiBs visedekan til Khrono. Den fascinerende hjemmesnekrede logikken tilsier at heller ikke tidsskrifter som Nature og Science er vitenskapelige.

Forsknings- og høyere utdanningsminister Oddmund Hoel har kalt de to fakultetenes holdning «merkelig praksis» og «akademisk husmannsånd». Direktør i Språkrådet Åse Wetås kaller det «ren språklig diskriminering» og sier at praksisen kan være i strid med det europeiske kvalifikasjonsrammeverket.

Medisinen er internasjonal, og medisinsk forskning bør være tilgjengelig på engelsk. Men at den samme forskningen er akademisk verdiløs om den samtidig publiseres på norsk, vitner om et stusslig provinsielt mindreverdighetskompleks norsk medisin ikke bør være bekjent av. ■

Forsiden

Hva gjør du når barnet ditt bare vil spise pølser? Mange foreldre kan kjenne igjen problemstillingen. Som oftest er det ingen grunn til bekymring. De fleste barn lærer seg å like forskjellige typer mat med årene. Men hos noen kan matinntaket forbli så ensidig at det får alvorlige helsemessige konsekvenser. Selektive spise-mønstre kan føre til mangelsykdommer, overvekt og undervekt. I dette nummeret av

Tidsskriftet kan du lese om barn og unge med autismspekterforstyrrelser, sensorisk følsomhet og restriktive spisevaner.

Forsideillustrasjonen er laget av fotograf Ivar Kvaal (ivarkvaal.com / [@ivarkvaal](https://www.instagram.com/ivarkvaal)) i samarbeid med visuelt ansvarlig i Tidsskriftet Peder Bernhardt.



Foto: Ivar Kvaal

I denne utgaven:

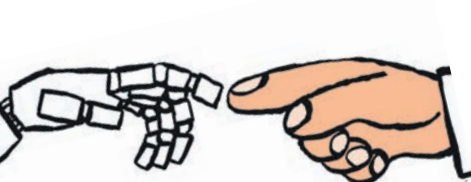
Spisemønstre ved autisme

Personer med autismspekterforstyrrelser har repetitive atferdsmønstre og vansker med sosial kommunikasjon og samhandling. Selektive spisemønstre, det vil si å nekte inntak av mat, angst for ny mat, sterke preferanser for visse typer mat, begrenset matrepertoar og sensorisk følsomhet for matens konsistens og smak, er også vanlig. Slike spisemønstre kan føre til obstipasjon, overvekt og fedme. Dette viser en systematisk litteraturoversikt basert på 20 studier. Kartlegging av selektive spisemønstre bør inngå ved utredning av personer med autismspekterforstyrrelser, uavhengig av evnenivå. Side 1126, 1127



Nordsjøturnus for allmennleger

Mange kommuner i distriktene sliter med å rekruttere og beholde allmennleger. Flere og flere kommuner har derfor innført ulike rotasjonsordninger, ofte omtalt som nordsjøturnus, der legene veksler mellom arbeidsperioder og friperioder, vanligvis med to uker på og fire uker fri. En forskergruppe har kartlagt slike ordninger med både kvantitative registerdata og kvalitative intervjuer med leger i rotasjonsordning og helseledere i 20 kommuner. Funnene tyder på at dagens avtaleverk er utilstrekkelig, og at slike rotasjonsordninger i primærhelsetjenesten bør evalueres mer grundig. Side 1124, 1125



Kunstig intelligens vil endre helsevesenet

Kunstig intelligens – KI – er i ferd med å endre helse-tjenesten, ifølge to forfattergrupper bak hver sin kronikk. Den ene understreker at kunstig intelligens må integreres i helsevesenet på en måte som sikrer både effektivitet og våre grunnleggende verdier og etiske prinsipper. Den andre påpeker at KI-modeller med maskinlæring trenger store datasett for å fungere på en presis og trygg måte, men at tilgangen til persondata og helsedata er begrenset av lovreguleringer om personvern. Kan syntetiske datasett, laget med bruk av generative KI-modeller og ekte pasientdata, avhjelpe behovet for store datasett? Side 1098, 1104

Innhold

	Leder
1085	Inkluderte pasienter og integrerte behandlingsstudier <i>Tone Enden</i>
	Invitert kommentar
1086	Flere leger på vakt gir ikke bedre leger – eller sykehus <i>Andreas Aass-Engstrøm</i>
1088	Arbeidsmiljø og et godt legeliv <i>Jarand Hindenes</i>
1091	Folkehelseutfordringer hos menn <i>Øyvind Næss</i>

Debatt

	Debatt
1092	Den innbilte effekten av epidural ryggmargsstimulering <i>Sasha Gulati, Øystein P. Nygaard, Sven M. Carlsen, Jens Ivar Brox, Sozaburo Hara, Tore K. Solberg, Terje Sundstrøm, Greger Lønne, Ole S. Solheim</i>
1094	Uoppdagede gonokokker i halsen <i>Morten Ellefsen, Åse Haugstvedt</i>
	Kronikk
1098	Kritisk veiskille for integrering av kunstig intelligens <i>Damoun Nassehi, Michael Riegler</i>
1104	Syntetiske datasett kan gi bedre KI-modeller for helsetjenesten <i>Vibeke Binz Vallevik, Anne Kjersti C. Befring, Helga Maria Bergem Brøgger, Courtney Nadeau</i>
1108	Medisinstudenter utsettes for rasisme <i>Mohammed Almashhadani, Amanda Hylland Spjeldnæs</i>
1112	Rasisme som helseproblem <i>Davina Kaur Patel, Amanda Hylland Spjeldnæs, Mohammed Almashhadani, Hanne Ochieng Lichtwarck, Anne Kveim Lie, Emma Joanna Lengle</i>

Vitenskap

	Fra andre tidsskrifter
1118	Depresjon er knyttet til lav utdanning og inntekt <i>Amanda Hylland Spjeldnæs</i>
1118	Kan immunterapi mot kreft ha bedre effekt hos overvektige? <i>Haakon B. Benestad</i>
1119	Slankemedisin som hjelper mot søvnapné <i>Kristoffer Brodwall</i>

nr. 14/2024

Utgivelsesdato
26. november 2024

1120	Originalartikkel Datakvalitet i Norsk hjerteinfarktregister <i>Ida Almenning Kiel, Ragna Elise Støre Govatsmark, Veronica Bendiktsen Berge, Kari Krizak Halle, Stian Lydersen, Cecilie Risøe, Bjørn Haug, Jarle Jortveit, Siri Malm, Gard Frodahl Tveitevåg Svingen, Miriam Wiksnes, Christian Engelsen Berg-Hansen, Lars Håvard Nilsen, Espen Ellingsen Moe, Kaare Harald Bønaa</i>
1121	Invitert kommentar Pasientjournaler og nasjonale kvalitetsregistre – to sider av samme sak <i>Michael Bretthauer</i>
1124	Originalartikkel Rotasjonsordning for allmennleger i norske kommuner <i>Erik Edward Prestgaard, Anette Fosse, Birgit Abelsen, Martin Bruusgaard Harbitz</i>
1125	Invitert kommentar Roterende allmennleger <i>Mette Brekke</i>
1126	Oversiktsartikkel Selektive spisemønstre hos barn og unge med autisme-spekterforstyrrelser – en systematisk litteraturoversikt <i>Marianne Mørdre, Beate Ørbeck, Ragnhild Elisabet Hoel, Kristin Romvig Øvergaard</i>
1127	Invitert kommentar Mat, smak og annet ubehag <i>Elen Gjevik</i>
1128	Klinisk oversikt Brudd i proksimale humerus <i>Tore Fjalestad, Tone Wagle, Kaare S. Midtgaard, Alexander Nilsskog Fraser</i>
1134	Noe å lære av En mann i 60-årene med akutt dyspné, brystsmarter og synkope <i>Tine Tveit Strømmen, Karen Regine Finnsdotter Rye, Frida Linnea Hveem Hansson, Dan Levi Hykkerud, Janne Elin Mykland Hilde, Ellen Elisabeth Brodin</i>
1140	Medisinen i bilder Å kunne stave og skrive, men ikke lese <i>Karl Bjørnar Alstadhaug, Espen Benjaminsen</i>
1141	Språkspalten Albino og albinisme <i>Anne Britt Brandshaug</i>
1142	Fra fagmiljøene Riktig bruk av laboratorieprøver <i>Kristian Løvås, Steinar Skrede, Jørn V. Sagen</i>

1143	Merkantilpoliklinisk suksess <i>Rishab S. Chawla, Veronica Lingjerde Banks, Anita Anfindsen, Jan Thomas Houf, Bjørn S. Nedrebø, Thomas Geisner, Håvard Mjørud Forsmo</i>
Magasin	
1144	Intervju Med Østens tankesett i Vestens medisin <i>Tori Flaatten Halvorsen</i>
1150	Legelivet Lege uten pasienter <i>Olaf Gjerløy Aasland</i>
1151	Moralsk stress og tidspress <i>Ingrid Miljeteig, Berit Horn Bringedal</i>
1152	Samhandling på 70-tallet <i>Olav Heen</i>
1153	Fra arkivet Tungetrøbbel på en glohet sommerdag <i>Julie Didriksen</i>
1154	Minneord
1156	Ph.d.-disputaser
Annonser	
1157	Legejobber
1159	Kurs og møter
Aktuelt i foreningen	
1161	Medisinens viktige verdigrunnlag må aldri tas for gitt <i>Anne-Karin Rime</i>
1162	Ut på tur for fremtiden <i>Andreas Haslegaard</i>
1164	Fastlegen med hjerte for parforhold <i>Lisbet T. Kongsvik</i>
1166	Helsinkideklarasjonen oppdatert <i>Axel Rød</i>
1166	Medisinstudenter fra Gaza besøkte Legeforeningen <i>Ingrid Rise Fry</i>
1167	Ole Johan Bakke valgt til president i Den europeiske legeforening – CPME <i>Lisbet T. Kongsvik</i>

SUBKUTAN TECENTRIQ kan gi fordeler for pasienter, helsepersonell og helsevesen^{1,4}

Pasienter

Raskere administrering med SUBKUTAN TECENTRIQ som tar **ca. 7 minutter**, mens intravenøs administrering tar 30 til 60 minutter^{1,4}

Helsepersonell

Flertallet (75 %-90 %) mener SUBKUTAN TECENTRIQ kan **spare tid**, er veldig enkel eller ganske enkel å administrere og er veldig **fornøyd** eller fornøyd med behandlingen⁴

Helsevesen

Subkutane formuleringer kan gi **besparelser i kostnader og tidsbruk**, og kan gi pasientene behandlingsalternativer utenfor sykehus^{2,3}

Pasienten skal overvåkes for immunmedierte bivirkninger¹

SUBKUTAN TECENTRIQ (atezolizumab) er førstevalg i anbud fra 1. oktober 2024 ved utbredt SCLC, adjuvant PD-L1 $\geq 50\%$ NSCLC, andrelinje NSCLC og TNBC i kombinasjon med kjemoterapi. Se full indikasjonstekst under og anbud for detaljer⁵

Utvalgt produkt- og sikkerhetsinformasjon SUBKUTAN TECENTRIQ¹

INDIKASJONER:

Ikke-småcellet lungekreft (NSCLC) i tidlig stadium: Som monoterapi til adjuvant behandling, etter fullstendig reseksjon og platinabasert kjemoterapi, av voksne med NSCLC med høy risiko for tilbakefall der tumor har PD-L1-ekspresjon i $\geq 50\%$ av tumorcellene og som ikke har EGFR-mutant eller ALK-positiv NSCLC.

Avansert NSCLC: I kombinasjon med bevacizumab, paklitaksel og karboplatin til første-linjebehandling av voksne med metastatisk ikke-plateepitel NSCLC. Ved EGFR-mutant eller ALK-positiv NSCLC er Tecentriq, i kombinasjon med bevacizumab, paklitaksel og karboplatin, kun indisert etter at egnede målrettede behandlinger har mislyktes.

I kombinasjon med nab-paklitaksel og karboplatin til første-linjebehandling av voksne med metastatisk ikke-plateepitel NSCLC som ikke har EGFR-mutant eller ALK-positiv NSCLC. Som monoterapi til første-linjebehandling av voksne med metastatisk NSCLC med tumorer som har PD-L1-ekspresjon i $\geq 50\%$ TC eller i $\geq 10\%$ tumorinfiltrerende immunceller (IC) og som ikke har EGFR-mutant eller ALK-positiv NSCLC. Som monoterapi til første-linjebehandling av voksne med avansert NSCLC som er uegnet for platinabasert behandling. Som monoterapi til behandling av voksne med lokalavansert eller metastatisk NSCLC etter tidligere kjemoterapi. Pasienter med EGFR-mutant eller ALK-positiv NSCLC bør også ha mottatt målrettede behandlinger før de mottar Tecentriq.

Småcellet lungekreft (SCLC): I kombinasjon med karboplatin og etoposid til første-linjebehandling av voksne med utbredt småcellet lungekreft (ES-SCLC).

Hepatocellulært karsinom (HCC): I kombinasjon med bevacizumab til behandling av voksne med avansert eller inoperabel HCC som ikke tidligere har fått systemisk behandling.

Urotelialt karsinom (UC): Som monoterapi til behandling av voksne med lokal-avansert eller metastatisk UC etter tidligere platinaholdig kjemoterapi, eller som ikke anses som egnet for cisplatin, og hvor tumor har et PD-L1-ekspresjon $\geq 5\%$.

Trippel-negativ brystkreft (TNBC): I kombinasjon med nab-paklitaksel til behandling av voksne med inoperabel lokalavansert eller metastatisk TNBC som har tumorer med PD-L1-ekspresjon $\geq 1\%$, og som ikke tidligere er behandlet med kjemoterapi for metastatisk sykdom.

DOSERING OG ADMINISTRERING:

Anbefalt dose er 1875 mg hver 3. uke. Gis s.c. i låret over ca. 7 minutter.



FORSIKTIGHETSREGLER:

Immunmedierte bivirkninger: Kan påvirke flere kroppssystem. Pasienten bør overvåkes for pneumonitt, hepatitt, kolitt, endokrinopater, meningitt/encefalitt, motorisk og sensorisk nevropati, myelitt, akutt pankreatitt, myokarditt, endringer i nyrefunksjon, myositt, perikardiale sykdommer, hemofagocytisk lymfohistiocytose, SCARs og andre immunmedierte bivirkninger. ASAT, ALAT, bilirubin og tyreoidfunksjon bør overvåkes. **Infusjonsrelaterte reaksjoner:** Grad 1/2: Redusert injeksjonshastighet eller pause. Grad 3/4: Permanent seponering.

BIVIRKNINGER:

Monoterapi: De vanligste bivirkningene ($> 10\%$) er fatigue, nedsatt appetitt, utslett, kvalme, diaré, pyreksi, hoste, artralgi, dyspné, kløe, asteni, ryggsmærter, oppkast, urinveisinfeksjon og hodepine. **Kombinasjonsterapi:** De vanligste bivirkningene ($\geq 20\%$) er anemi, nøytropeni, kvalme, fatigue, alopeci, utslett, diaré, trombocytopeni, forstoppelse, nedsatt appetitt og perifer nevropati.

Se SPC for fullstendig informasjon om dosering, forsiktighetsregler og bivirkninger.

PAKNING, PRIS OG REFUSJON:

Injeksjonsvæske, oppløsning 1875 mg: 15 ml (hettegl.) kr 52 886,80.

Subkutan formulering av atezolizumab (Tecentriq) innføres til bruk ved alle indikasjoner der atezolizumab er besluttet innført for intravenøs behandling.⁶ Reseptgruppe C.

REFERANSER: 1. TECENTRIQ SPC avsnitt 4.1, 4.2, 4.4 og 4.8, datert 26.08.2024.

2. McCloskey C, Ortega MT, Nair S, et al. A Systematic Review of Time and Resource Use Costs of Subcutaneous Versus Intravenous Administration of Oncology Biologics in a Hospital Setting. *Pharmacoecon Open*. 2022;23:1-34. 3. Bittner B, Richter W, Schmidt J, et al. Subcutaneous Administration of Biotherapeutics: An Overview of Current Challenges and Opportunities. *BioDrugs* 2018;32(5):425-440. 4. Burotto M, Zvirbulis Z, Alvarez R, et al. Brief Report: Updated Data From IMscin001 Part 2, a Randomized Phase III Study of Subcutaneous Versus Intravenous Atezolizumab in Patients With Locally Advanced or Metastatic NSCLC. *Journal of Thoracic Oncology* 2024; Vol. 19 No. 10: 1460-1466. 5. <https://www.sykehusinnkjop.no/4ab09d/siteassets/avtaledokumenter/avtaler-legemidler/onkologi/anbefaling-onkologiske-og-kolonistimulerende-legemidler.pdf> 6. https://www.nyemetoder.no/metoder/id2023_105/

*TECENTRIQ skal initieres og overvåkes av lege med erfaring innen kreftbehandling.

Inkluderte pasienter og integrerte behandlingsstudier

Helsepolitikkerne er omforente og fagmiljøene støttende. Likevel risikerer vi å ikke nå målet om at 5 % av pasientene i spesialisthelsetjenesten skal delta i kliniske studier i 2025.

Kliniske studier er ikke tilstrekkelig integrert i pasientbehandlingen, pasienters tilgang til studier er ikke god nok, og mange styrer i helseforetakene vier forskning for liten oppmerksomhet. Dette var konklusjonen i Riksrevisjonens rapport i 2021 om kliniske behandlingsstudier i helseforetakene (1).

På samme tid kom *Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021–2025*. Denne slo fast at klinisk forskning skulle bli en integrert del av all klinisk praksis og pasientbehandling (2). Hovedmålene var å doble antallet kliniske studier og at én av 20 pasienter i spesialisthelsetjenesten skulle delta i kliniske studier. Revisjonskritikk og politisk løsning var altså utformet parallelt, og de ga i det store og hele sammenfallende situasjonsbeskrivelser.

Hvordan ligger det an nå ett års tid før 5 %-målet skal være nådd? Tallene for 2019–23 peker i riktig retning (3). I 2023 ble 22 506 pasienter (mot 13 783 i 2019) inkludert i kliniske behandlingsstudier, tilsvarende 3,57 % av pasientene i spesialisthelsetjenesten. Helse Nord er flinkest i klassen og inkluderte i fjor 4,17 % av pasientene i regionen, en økning fra 1,77 % året før.

Samtidig er det ingen tilsvarende økning i pågående og søkte kliniske studier (4). Det er dårligere nytt for målet om doubling av antallet studier. Fra pasientenes ståsted kan det imidlertid være viktigere å få tilgang til *gode* behandlingsstudier enn til *flere*.

Økt pågang til helsetjenesten forventes å fortsette. Pasienttilstrømmingen er ingen begrensende faktor for studier i helseforetakene, og kommer heller ikke til å bli det. Pasientbehandlinger økte med 12 % fra 2012 til 2019, og bare fra 2022 til 2023 økte behandling i somatiske sykehus med 2 % (5, 6).

At økt pasientpågang skal gi mer forskning, er ønsketenkning. Det er snarere slik at når knappe ressurser fordeles, det være seg foretakets pengebruk eller helsepersonellens tidsbruk, trumfer pasientbehandling øvrige lovpålagte oppgaver. Det motsatte er vanskelig å se for seg. Oppgaver som spesialistutdanning, pasientopplæring og klinisk forskning er uløselig knyttet til pasientbehandling. Men avhengighetsforholdet er ubalansert og lite gjensidig: Pasientbehandlingen står godt på egne ben – mens andre oppgaver settes på vent. Når antallet leger og sykepleiere per pasient forventes å avta de neste årene, må det en forpliktende satsing til for å oppnå målene i handlingsplanen. Tjenestene må få både øremerkede midler og tydelige føringer om prioritering mellom oppgaver.

Myndighetene har imøtekommet dette ved å innføre indikator for kliniske behandlingsstudier (KBS-indikatoren) og et poengssystem (7). Formålet er å holde oversikt over nye pasienter som inkluderes og å bruke dette til «styring og prioritering og som (økonomisk) insentiv til å utvikle et godt tilbud om pasientdeltakelse» i kliniske behandlingsstudier (8). KBS-indikatoren og -poengene inngår som del av nytt nasjonalt system for måling av forsknings- og innovasjonsaktivitet i helseforetakene og kompetansesentrene (7). Indikatoren skal være en målbar faktor som kan vektlegges i prioriteringer på foretaksnivå, mens en nasjonal koordinering av årlig innrapportering på indikatoren fra foretakene er lagt til Sikt – kunnskapssektorens tjenesteleverandør (4).

Det er å håpe at systemet ikke går på bekostning av pasientbehandling med lav relevans for behandlingsstudier. Ut over at

handlingsplanen ikke skal endre «prioriteringskriteriene som skal ligge til grunn for pasientbehandlingen», er det vanskelig å lese seg fram til hvordan foretakene skal prioritere forskning opp mot øvrige oppgaver når knapphet på kvalifisert personell forventes å øke (2).

Universitetssykehusene er i en særstilling når det gjelder å bidra til handlingsplanens målsettinger, ikke minst gjennom de seks NorTrials-sentrene som får årlige bidrag over statsbudsjettet (9). Men siden mange av oss bor utenfor nedslagsfeltet til universitetssykehusene, er det uklart i hvilken grad satsingen vil komme befolkningen som helhet til gode.

At langt flere pasienter inkluderes, kan tolkes som at handlingsplanen har vært fin å strekke seg etter. Men hvorfor er målet 5 %? Som påpekt i høringsinnspill, kjente man hverken til andelen i utgangspunktet, hva som var nevneren, eller hvordan denne skulle måles (10). Å måle en økning kunne dermed bli en usikker øvelse. Med KBS-indikatoren og 2019 som første tellende år kan man nå følge endringer som tidligere vanskelig lot seg måle nasjonalt og regionalt.

I perioden med handlingsplanen har 60 % av søkte kliniske studier hatt kommersiell sponsor, og andelen synes stabil (4). Dersom vi belager oss på at legemiddelindustrien skal stå for brorparten av studiene, risikerer vi at pasienter med tilstander der behandlingsbehovene er større, men den potensielle monetære gevinsten mindre, blir stående utenfor satsingen i handlingsplanen. Det vil bryte med prinsippet om lik tilgang til helsetjenester. ■

Tone Enden

tone.enden@tidsskriftet.no

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

Litteratur

- 1 Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av kliniske behandlingsstudier i helseforetakene. Lest 29.10.2024.
- 2 Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021–2025. Lest 29.10.2024.
- 3 Sikt. Rapportering av kliniske behandlingsstudier. Lest 29.10.2024.
- 4 Direktoratet for medisinske produkter. Antall søkte kliniske studier fordelt på kommersielle og ikkekommersielle sponsorer. Lest 29.10.2024.
- 5 Ekroll HC. Helsevesenet har aldri fått mer penger. Samtidig er antallet sykehussenger kuttet med 23 prosent på 15 år. Aftenposten 10.1.2022. Lest 29.10.2024.
- 6 Folkehelseinstituttet. Flere fikk behandling i spesialisthelsetjenesten i 2023 og ventetiden øker. Lest 29.10.2024.
- 7 Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonalt system for måling av forsknings- og innovasjonsaktivitet i helseforetakene og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten. Lest 29.10.2024.
- 8 Helse- og omsorgsdepartementet. Rapportering av kliniske behandlingsstudier i spesialisthelsetjenesten. Lest 29.10.2024.
- 9 Skoie IM, Skogås JG, Langø T et al. Nye sentre skal gi flere kliniske studier i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.22.0722.
- 10 Helse- og omsorgsdepartementet. Kommentarer til Nasjonal handlingsplan for kliniske studier. Lest 29.10.2024.

Flere leger på vakt gir ikke bedre leger – eller sykehus

Økt arbeidsmengde og flere samtidigtskonflikter på kvelds- og nattestid i sykehusene håndteres mange steder ved å øke antallet leger i tilstedevakt. Dette tar imidlertid ikke tak i årsakene, og gir heller økt arbeidsbelastning, dårligere spesialistutdanning og reduserer effektiviteten i sykehusene.



Illustrasjon: Tidsskriftet

Ved «mitt» helseforetak, Sykehuset i Vestfold, som har et pasientgrunnlag på rundt 240 000, var det i 2006 én assistentlege til stede på vakt på medisinsk avdeling om kvelden og natten. I 2020 var antallet på nattestid tredoblet.

Antall legeårsverk i sykehusene har økt de siste årene og omfatter både spesialister og leger i spesialisering (LIS-leger) (1). Økningen i antall LIS-stillinger skyldes ikke nødvendigvis et økt behov for spesialister i årene som kommer, men heller en konsekvens av økt arbeidsmengde og samtidighetskonflikter i en spesialisthelsetjeneste som tilstreber «døgndrift»: Pasienter skrives ut og sendes hjem gjennom hele døgnet, hele uka. Økt press på kort liggetid medfører forventninger, som at vaktlegen ikke bare starter blodfortynnende medisin ved lungeemboli, men også leter etter bakenforliggende årsaker – på natta. Videre blir visitt på dagtid ofte ikke tilstrekkelig og må gjøres også på kveldstid. Det er store dokumentasjonskrav, men IT-systemene oppleves mer som tidstyver enn støtte (2). Øvrige yrkesgrupper, som merkantilt personell og helsesekretærer, er derimot i liten grad til stede utover vanlig arbeidstid.

«Kompetanse i front» ved akutte innleggelser har vært en ønsket utvikling i sykehusene, og det er mye å hente på å vurdere hva som bør gjøres av spesialister, og hva som kan være naturlige oppgaver for LIS-leger. Når spesialister og erfarne LIS-leger i større grad bemanner akuttmottak på vakttid, er konsekvensen færre leger på dagtid. Flere vaksjikt og hyppigere vakter blir dermed en trussel mot LIS-utdanningen spesielt og kapasiteten generelt. Når antallet LIS-vaktag også økes blant annet som en følge av redusert pleiekompetanse på sengeposen om natten, må dette tas tak i på direktørnivå. Det er de som sitter med ansvar på tvers av avdelinger og profesjoner.

Utdanning er en av spesialisthelsetjenestens lovpålagte hovedoppgaver (3). Med spesialistforskriften fra 2019 ble det innført opptil flere hundre forskriftsfestede læringsmål som LIS-leger skal oppnå i de ulike spesialitetene. Et utdanningsløp blir aldri likt for alle, og også leger vil ha ulike læringskurver (3). Yngre legers forening sin medlemsundersøkelse om spesialistutdanningen fra 2023 kan tyde på at LIS-utdanningen ikke prioriteres. 54 % av LIS-leger som besvarte undersøkelsen, anga forsinkelse i spesialistutdanningen med en median på 12 måneder. Årsaker til dette var at LIS-leger ikke får utført påkrevde læringsaktiviteter og prosedyrer, samt at nødvendig rotasjon til andre avdelinger og sykehus utsettes og forsinkes. Et etterslep i utdanningen er særlig uheldig for spesialiteter med spesialistmangel.

At ressursene brukes hensiktsmessig i hele sykehusdøgnet, er både pasientene og helsetjenesten best tjent med

Supervisjon av LIS-leger av en erfaren kollega i konkrete arbeidssituasjoner anses som en av de viktigste delene i kompetansebasert utdanning (4, 5). Det er også et sentralt krav i utdanningen (3). Undersøkelsen viste imidlertid at mindre enn 10 % av LIS-legene fikk daglig supervisjon, og en tredjedel fikk supervisjon kun i form av svar på konkrete spørsmål de stilte til mer erfarne kolleger.

Når sykehusene både har et arbeidsgiveransvar og et utdanningsansvar, risikerer vi at interessemotsetninger gjør spesialiseringen både tregere og dyrere enn nødvendig (6). Høy arbeidsbelastning, som økt vaktar-

beid, vil kunne forsinke progresjonen ytterligere, da tilrettelegging for læring best ivaretas nettopp på dagtid. Sykehusene må derfor planlegge for mer lege-til-lege-tid for å sikre tilstrekkelig supervisjon og nødvendig veiledning i spesialistutdanningen. Når vaktbehovet og bemanningsutfordringer gjør at vaktlagene blir flere og mindre, kan vi gå glipp av forbedringene som den nye forskriften var ment å gi.

Det er i alles interesse å vurdere hvem som gjør hva på vakt. Løsningene vil trolig variere fra seksjon til seksjon. Hva må gjøres på vakt, av hvem, og hva kan vente? Må pasienter med en ikke-alvorlig tilstand tas imot av vaktgående lege om natten, eller kan pasienten vente til dagen etter når bemanningen er bedre (og legene uthvile)? Når sykepleiere på nattestid erstattes av helsefagarbeidere, skal vaktgående lege da løse oppgaver som ellers håndteres av sykepleierne? En helsesekretær er mer effektiv enn en lege, også om natten, når det gjelder pasientlogistikk og innhenting av nødvendig dokumentasjon. Skal vakthavende lege også gjøre disse oppgavene?

At ressursene brukes hensiktsmessig i hele sykehusdøgnet, er både pasientene og helsetjenesten best tjent med. Først når alle oppgavene som ikke krever legekompetanse blir håndtert av andre yrkesgrupper, kan legenes arbeidsbelastning på vakt reduseres og reflektere de reelle behovene.

Gjennomtenkte og gjennomførbare opplæringsplaner, et konstruktivt læringsmiljø der det er et trygt å feile, og en arbeidsbelastning som gjør at LIS-leger ønsker å stå i jobben framover, krever tilstrekkelig legebemanning på dagtid. For å oppnå dette må antall oppgaver som forventes løst på vakttid, tas ned. At leger er dagarbeidere med vakttjeneste, er ikke bare en rettighet i tariffavtalen. Det er trolig også det beste for å sikre helsetjenester av høy kvalitet, også i fremtiden. ■

Andreas Aass-Engstrøm

andreas.aass.engstrom@gmail.com

Andreas Aass-Engstrøm er lege i spesialisering i fordøyelsesykdommer og konstituert overlege ved Sykehuset i Vestfold. Han er tillitsvalgt og styremedlem i Yngre legers forening. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Statistisk sentralbyrå. Spesialisthelsetjenesten.13953: Årsverk i spesialisthelsetjenesten, etter yrke, tjenesteområde og helseforetak 2015 - 2023. Lest 1.9.2024.
- 2 Engstrøm M. Helseplattformen – en IT-skandale i Midt-Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0016.
- 3 Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger. Lest 2.9.2024.
- 4 Helsedirektoratet. Kompetansevurdering av leger i spesialisering. Lest 1.9.2024.
- 5 Sargeant J, Mann K, Manos S et al. R2C2 in Action: Testing an Evidence-Based Model to Facilitate Feedback and Coaching in Residency. J Grad Med Educ 2017; 9: 165–70.
- 6 Enden T. Under utdanning eller på jobb? Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0031.

Arbeidsmiljø og et godt legeliv

Et godt arbeidsmiljø er vesentlig for et godt helsevesen. Hvis dette svikter, har vi som leger et ansvar for å si i fra – både som kollega, ansatt og behandlingsansvarlig for pasientene.

Legers arbeidsmiljø er stadig oppe til diskusjon og det skrives daglig om underbemanning, brutte ventelistegarantier og leger som ikke orker mer. Under Legeforeningens landsstyremøte ble temaet også belyst gjennom innlegg, debatt og årets lederpris. Vi fikk innblikk i historier fra virkeligheten og eksempler på arbeidsplasser og avdelinger der de tilsynelatende har lyktes. Det er viktig å løfte frem de gode historiene og hedre de som lykkes, men vårt felles helsevesen er altfor viktig til at vi kan basere oss på dugnadsånd og gode historier.

Den samfunnsøkonomiske kostnaden knyttet til dårlig arbeidsmiljø ble i 2018 estimert til 75 milliarder kroner (1). Dårlig arbeidsmiljø er den viktigste årsaken til at ansatte slutter. Det er dyrt og tidkrevende å erstatte kompetanse. I tillegg vil dårlig arbeidsmiljø og tap av kompetente ansatte i helsevesenet avspeiles i færre behandlede pasienter, risiko for feilbehandling og mindre valuta for helsekronene.

Arbeidsmiljø handler om hvordan vi planlegger, organiserer og gjennomfører selve arbeidet. Dette er nedfelt i ISO-standarder, internkontrollforskriften (2) og i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (3). Forskriftens veileder gir oppskriften på hvordan man kan skape godt arbeidsmiljø og sikre god pasientbehandling. Godt arbeidsmiljø er med andre ord en lovfestet rett i Norge, og vi har et lovregulert rammeverk for å oppnå det (4).

Det sies at kultur spiser strategi til frokost – og det er mye sant i dette. For å lykkes med arbeidsmiljøet er man også avhengig av å bygge en god kultur. Det kan være vanskelig når avdelingen er underbemannet, pasientene har komplekse tilstander og vaktene er lange. Likevel er det mulig når ledelse og ansatte setter seg ned sammen og blir enige om hva slags arbeidsplass de ønsker.

Arbeidsgiver har ansvaret for rammebetingelsene for dette, men medvirkningsretten og -plikten for de ansatte står også sentralt. Arbeidstakerne sitter med førstehåndserfaringene om hva som fungerer og ikke fungerer i praksis. Denne kunnskapen kommer kun til anvendelse dersom arbeidstakerne blir konsultert og hørt – både i planleggingsfasen og underveis. Det må være jevnlig dialog mellom ledelse og ansatte. Dersom denne uteblir, må den etterspørres.

Virksomheter i helsevesenet skal ha en godkjent bedriftshelsetjeneste (5) med kompetanse innen arbeidsmedisin, arbeidshelse, yrkeshygiene, ergonomi samt psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø. Virksomheten må gjerne benytte interne ressurser, kompetanse fra HR-avdeling og andre funksjoner «i linjen» til deler av HMS-arbeidet, men bedriftshelsetjenesten skal ha en fri og uavhengig stilling. Den må organiseres slik at den er synlig og kan yte reell bistand til arbeidsgiver, arbeidstakere, arbeidsmiljøutvalg og verneombud. Dette er dessverre ofte ikke tilfelle når jeg snakker med kollegaer på sykehus. Bedriftshelsetjenesten har de sjelden sett, og dette tyder på både underdimensjonering og feil fokus.

Det er synd, ettersom en mønsterbedriftshelsetjeneste kan gi en avkastning på over det dobbelte av det man investerer (1).

En av de sentrale oppgavene til bedriftshelsetjenesten er å bistå arbeidsgiver med å kartlegge arbeidsmiljøet samt medvirke til evaluering og forbedring. Den skal også ha kapasitet og mandat til å følge opp ansatte som sliter med fysisk eller psykososialt arbeidsmiljø. Den største feilen jeg ser som arbeidsmedisiner, er når arbeidsgiver kartlegger på egen hånd, for deretter å legge kartleggingen i en skuff fordi det blir for ubehagelig å ta tak i. Å spørre de ansatte uten å følge opp fører faktisk til enda dårligere arbeidsmiljø.

Når noe ikke fungerer, jakter vi gjerne på årsaken. En mye brukt metode i arbeidsmedisin er det vi kaller rotårsaksanalyse. Ofte er det i planleggingsfasen at vi finner årsakene til HMS- og arbeidsmiljøavvik. I helsevesenet handler det litt forenklet om å ha tilstrekkelig med helsepersonell, nok medisinsk utstyr, egnede lokaler og en ordresreserve (eller venteliste). Det burde ikke være noen overraskelse, verken for sykehusledelse eller politikere, at bygningsmasse eldes, utstyr må skiftes ut og ferie skal avvikles. Man kan gjerne skylde på «for lite penger», men dette løses ikke med å løpe fortere. Når helseforetak ikke klarer å prioritere systematisk HMS-arbeid, må det vurderes å øremerke midler for dette.

Vår felles utfordring blir å gå tilbake til tillitsvalgte, verneombud, avdelingsledere, virksomhetsledelse og politikere og kreve at helsevesenet følger norsk lov når det gjelder helse, miljø og sikkerhet. Da kan vi legge til rette for et godt arbeidsmiljø for legene og alle som jobber der. Verktøyene og kunnskapen finnes (6). Dette er ikke rakettforskning, men mer som husarbeid: Det blir veldig synlig når du har slurvet over tid. ■

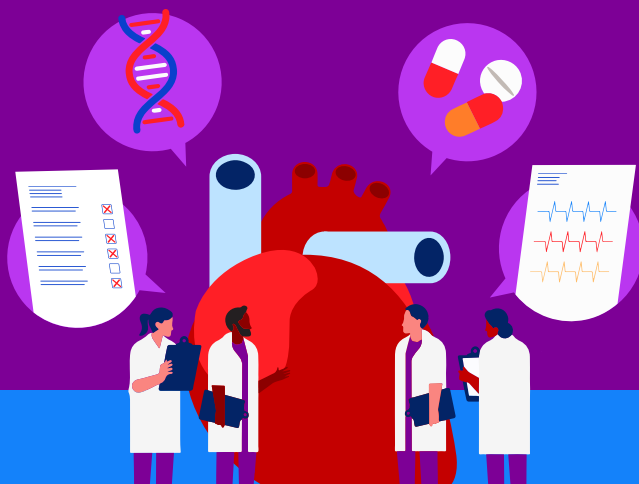
Jarand Hindenes

jarand.hindenes@internationalsos.com

Jarand Hindenes er spesialist i arbeidsmedisin, medisinsk direktør i International SOS og leder for Norsk forening for arbeidsmedisin. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Oslo Economics. Samfunnsnytt av BHT. Lest 7.10.2024.
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften) §4 og 5. Lest 30.7.2024.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Lest 15.8.2024.
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). Lest 30.7.2024.
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning. Kap. 13. Bedriftshelsetjeneste. Lest 15.8.2024.
- Den norske legeforening. Veileder - Arbeidsmiljø for leger i sykehus. Lest 7.10.2024.



Ny veileder for allmennpraksis ved utredning og oppfølging av hjertesvikt i allmennpraksis.



Ny hjertesviktveileder for allmennpraksis

Fra arbeidsgruppen for hjertesvikt i Norsk Cardiologisk selskap¹

NT-proBNP har i flere år hatt en sentral rolle i diagnostikk av hjertesvikt og er inkludert i retningslinjene fra ESC (European Society of Cardiology). I den nye norske veilederen for allmennpraksis, er NT-proBNP også en del av halvårlig oppfølging av hjertesvikt.

UTREDNING

Hjertesvikt bør vurderes hos pasienter som presenterer symptomer og/eller tegn til hjertesvikt. Pasienter med høy risiko for hjertesvikt bør gjennomgå regelmessige vurderinger av symptomer og tegn.

	Relevant informasjon:	Mistanke om hjertesvikt:	
Klinisk undersøkelse og anamnese	Risikofaktorer, bl a. diabetes, fedme, hypertensjon, klaffesykdom, kronisk nyresykdom, koronarsykdom	Symptomer/tegn: Dyspné, redusert fysisk yteevne, bilaterale ødemer, knatrelyder over lungene	Ja → Klinisk mistanke Ta supplerende undersøkelser
Supplerende undersøkelser	Orienterende blodprøver, bl a. Hb, kreatinin, HbA1c, TSH, ft4 EKG	Forhøyet NT-proBNP > 125pg/mL hvis <75 år > 450pg/mL hvis >75 år	Ja → Hjertesvikt sannsynlig Henvis til ekkokardiografi
		Nei → Vudere andre årsaker	

OPPFØLGING

Rutinemessige kontroller og oppfølging etter opptrapping.

Pasienter med hjertesvikt bør følges med regelmessige kontroller av fastlege. Vi anbefaler halvårlige kontroller, og hyppige kontroller hos pasienter med betydelig komorbiditet og etter medikamentjusteringer.

Klinisk undersøkelse og anamnese	Symptomer og tegn	Medikamentgjennomgang
Supplerende undersøkelser	Blodprøver: NT-proBNP, eGFR, Na, K	EKG: Arytmi, HR, QRS-bredde, grenblokk

Retningslinjer for Pneumokokkvaksiner fra FHI¹

Disse anbefales å ta
pneumokokkvaksine¹:

- * Alle 65 år eller eldre
- * Hjertesykdom
- * Lungesykdom
- * Diabetes
- * Nyresykdom
- * Immunsvekkelse
- * Kreft

Ikke utfyllende
liste, les fullstendig
anbefaling her



FHI anbefaler alle i
risikogruppene å ta
pneumokokkvaksine med
Pneumovax (PPV23)
hvert 6. år¹



Helsepersonell som vaksinerer har
ansvar for registrering og melding
til SYSVAK³

PNEUMOVAX[®]

(Pneumokokkpolysakkaridvaksine, MSD)

Pneumovax er indisert for aktiv immunisering mot sykdom forårsaket av pneumokokker hos barn fra 2 års alder, ungdom og voksne.²

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON FOR PNEUMOVAX

DOSERING OG ADMINISTRASJONSMÅTE: Immuniseringsplanen for Pneumovax bør baseres på offisielle retningslinjer. 1 dose (0,5 ml) Pneumovax skal injiseres intramuskulært (i.m.) eller subkutant (s.c.).

INDIKASJON: Pneumovax anbefales for aktiv immunisering mot sykdom forårsaket av pneumokokker hos barn fra 2 års alder, ungdom og voksne.

FORSIKTIGHET: Vaksinasjonen må utsettes i tilfelle av akutt infeksjon med feber, annen aktiv infeksjon eller når en systemisk reaksjon vil utgjøre en betydelig risiko. Pneumovax må ikke injiseres intravaskulært eller intradermalt.

Immuniseringsplanen for Pneumovax bør baseres på offisielle retningslinjer. Pneumovax må bare gis til en gravid kvinne hvis det er absolutt nødvendig.

VANLIGE BIVIRKNINGER: Svært vanlige ($\geq 1/10$): Feber ($\leq 38,8^{\circ}\text{C}$) og reaksjoner på injeksjonsstedet som smerte, ømhet, erytem, varme, hevelse og lokal indurasjon.

ØVRIG INFORMASJON: Maksimal utsalgspris AUP 344,40 NOK Reseptgruppe C.

Før forskrivning av Pneumovax[®], vennligst se preparatomtalen.

Referanser:

1. FHI Pneumokokkvaksine - håndbok for helsepersonell: <https://www.fhi.no/va/vaksinasjonshandboka/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/pneumokokkvaksinasjon/?term=> (oppdatert 30.05.2023 og sist lest 06.09.2024)
2. Pneumovax SPC pkt. 4.1: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/pneumovax-msd-562889>, dato for siste fornyelse: 26.04.2022
3. FHI, Helseregistre og registre, Sysvak: <https://www.fhi.no/va/sysvak/om-sysvak/#hva-skal-registreres-i-sysvak> (oppdatert 06.01.2023 og sist lest 15.07.2024)



MSD (Norge) AS, Pb. 1579 Vika, 0118 Oslo, tlf. 32 20 73 00, faks 32 20 73 10.

Copyright © 2024 Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, USA and its affiliates. All rights reserved. NO-PNX-00060 08/24

Folkehelseutfordringer hos menn

Et underliggende metanarrativ om at det ligger i menns natur å ta risiko og leve usunt, bidrar til at mulige bakenforliggende årsaker til menns uhelse blir underkommunisert.

Kvinner lider og menn dør, heter det (1). Menn skårer høyt på tapte leveår, og kvinner høyt på år med helsetap. Dette kalles kjønnsparadokset. Men er det et konstruert paradoks hvor viktige nyanser går tapt?

80 % av for tidlige dødsfall forårsakes av lunge-, hjerte- og karsykdommer, diabetes og livsstilsrelatert kreft. Samlet sett utgjør disse ikke-smittsomme sykdommene store folkehelseutfordringer, og de rammer menn hardest (2). Fysisk inaktivitet, tobakk, usunt kosthold og skadelig bruk av alkohol er felles underliggende livsstilsrelaterte årsaker.

I det generelle folkehelsearbeidet for disse sykdommene er forebyggende og befolkningsrettede tiltak i alle samfunnslag viktig. Begge kjønn vil dra nytte av dette, og menn i større grad fordi kjønnsgapet i helse er i deres disfavør (3). Den samme logikken gjelder for forebygging av alvorlige ulykker og ruslidelser. Også her er menn overrepresentert, men dersom brede tiltak iverksettes og risikoen reduseres i alle grupper, vil forskjellene i forventet levealder mellom kjønn og sosiale grupper bli betydelig redusert (4).

Dokumentasjonen peker mot et underforbruk av helsetjenester blant menn, og man kan spørre seg om menn lider på andre måter enn kvinner

Menn i den høyeste inntektsgruppen i Norge lever opptil 14 år lengre enn menn i den laveste inntektsgruppen, mens for kvinner er forskjellen 8 år (5). De sosiale forskjellene i forebyggbare sykdommer er større blant menn enn blant kvinner. Dette er oppsiktsvekkende fordi det ikke er opplagt at sosiale levekår påvirker menns helse mer. De fleste yrkesrelaterte dødsfall skjer riktignok blant menn, men hva som gjør at menn i utsatte sosiale grupper har høyere risiko for de nevnte ikke-smittsomme sykdommene, vet vi for lite om. Vel så alarmerende er det at forskersamfunnet ikke har stilt bedre spørsmål om dette, når kjønn og utdanning er rutine kategorier i all helsestatistikk. Slik innsikt kunne vært til hjelp under pandemien, der sosialt utsatte menn med underliggende sykdommer hadde økt risiko for alvorlige sykdomsforløp (6). Blant amerikanske menn har kjønnsgapet i levealder økt siden 2010, og forskjellen ble ytterligere forsterket med opioidkrisen og deretter covid-19-pandemien (7).

Ikke-dødelig helsetap har blitt inkludert i folkehelsen siden 1990-tallet og synliggjør omfanget av psykiske lidelser og smertetilstander. Korsryggsmærter og psykiske lidelser er vanlige heterogene kliniske kategorier som topper lista over helsetap – også hos menn. Seks av ti eldre menn og fem av ti eldre kvinner oppgir utfordringer med ensomhet, og selvmordsratene er høyest blant menn i denne aldersgruppen (8). Samtidig er flere kvinner enn menn i kontakt med primærhelsetjenesten om egen psykisk helse, mens menn i langt mindre grad bruker

fastlege (9). Individuer med alvorlige psykiske lidelser har mange år kortere levealder, og i en dansk studie var den enda kortere for menn (10).

Dokumentasjonen peker mot et underforbruk av helsetjenester blant menn, og man kan spørre seg om menn lider på andre måter enn kvinner. Selv om de bruker færre helsetjenester, har menn som gruppe høyere sannsynlighet for å ha vært i kontakt med psykisk helsevern som barn og for å utvikle alkohol- og ruslidelser.

På samfunnsnivå påvirker endringer i utdanning, arbeidsliv og familieliv noen grupper av menn mer negativt. Mannsutvalget trekker fram eldre menn, enslige menn og innvandrere som særlig utsatt for utenforskap, og at det er en uheldig tendens til å individualisere (og kanskje psykologisere?) deres utfordringer (9).

Menns helse har lenge vært oversett og fortjener en offentlig utredning der både brukere og forskere inkluderes. I et delvis normativt felt som dette kan forskere fra ulike fag og profesjoner ha blindsoner. Et eksempel er menn som opplever å bli ignorert og motarbeidet i møte med barnevern, familievern og andre i velferdsstaten og i rettsvesenet. Slike erfaringer kan føre til tap av tillit, noe som bør møtes med mer åpenhet fra oss forskere. ■

Øyvind Næss

oyvind.nass@medisin.uio.no

Øyvind Næss er spesialist i samfunnsmedisin, professor i epidemiologi ved Universitetet i Oslo og seniorforsker ved Folkehelseinstituttet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter

Litteratur

- 1 Schei B, Bakketeig L. red. *Kvinner lider – menn dør: folkehelse i et kjønnsperspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2007.
- 2 Folkehelseinstituttet. *Sykdomsbyrde i Norge*. Lest 3.11.2024.
- 3 World Health Organization. *Noncommunicable diseases*. Lest 3.11.2024.
- 4 Capewell S, Graham H. Will cardiovascular disease prevention widen health inequalities? *PLoS Med* 2010; 7: e1000320.
- 5 Kinge JM, Modalsli JH, Øverland S et al. Association of household income with life expectancy and cause-specific mortality in Norway, 2005–2015. *JAMA* 2019; 321: 1916–25.
- 6 Danielsen AC, Lee KM, Boulicault M et al. Sex disparities in COVID-19 outcomes in the United States: Quantifying and contextualizing variation. *Soc Sci Med* 2022; 294: 114716.
- 7 Yan BW, Arias E, Geller AC et al. Widening gender gap in life expectancy in the US, 2010–2021. *JAMA Intern Med* 2024; 184: 108–10.
- 8 Aunsmo RH, Langballe EM, Hansen T et al. Time trends in loneliness from 1984 to 2019 among 27,032 older adults in Norway: A HUNT study. *Prev Med* 2023; 175: 107659.
- 9 Kultur- og likestillingsdepartementet. *NOU 2024: 8. Likestillings neste steg — Mannsutvalgets rapport*. Lest 3.11.2024.
- 10 Plana-Ripoll O, Pedersen CB, Agerbo E et al. A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet* 2019; 394: 1827–35.

Den innbilte effekten av epidural ryggmargsstimulering

Epidural ryggmargsstimulering er et kostbart behandlingstilbud for utvalgte pasienter med langvarige smertetilstander. Offentlig støtte til slik behandling bør revurderes.

Behandlingen har vært i bruk i over 40 år i Norge, og bruken øker internasjonalt (1). Det er likevel ikke ensbetydende med at den er virkningsfull.

De metodologisk beste studiene sår sterk tvil om en reell behandlingseffekt. To Cochrane-metaanalyser (2, 3), to placebokontrollerte studier (4, 5), en studie med langtidsoppfølging (6) og en systematisk litteraturgjennomgang (1) gir ikke holdepunkter for noen effekt ut over placeboeffekten. I industriuavhengige randomiserte kliniske studier er placeboresponsen lik det som rapporteres om behandlingseffekt i metaanalyser av observasjonsstudier (7).

Observasjonsstudier der man argumenterer for behandlingseffekt, mangler placebokontroll eller relevante kontrollgrupper og har ofte kort oppfølgings- tid, bindinger til industrien og svakheter som forhindrer kausale slutninger om effekt (8). Farmakoepidemiologiske studier viser at ryggmargsstimulering ikke er assosiert med reduksjon i bruk av opioider, helsetjenester eller nye intervensjoner for kroniske smerter (9, 10). De høye komplikasjons- og reoperasjonsratene gir grunn til bekymring når det gjelder pasientsikkerhet. En høy andel som får implantert ryggmargsstimulatorer, velger senere å få systemet fjernet, hvilket ikke er uventet, da placeboeffekten gjerne avtar over tid (11).

Observasjonsstudier der man argumenterer for behandlingseffekt, har ofte kort oppfølgingstid, bindinger til industrien og svakheter som forhindrer kausale slutninger om effekt

I Tidsskriftet kunne vi nylig lese at pasienter behandlet med ryggmargsstimulering rapporterer høy grad av tilfredshet (12). Fornøydhet med behandling er ikke nødvendigvis assosiert med behandlingseffekt (13). Pasienttilfredshet etter ryggmargsstimulering er ikke validert som effektmål og reflekterer sannsynligvis i stor grad placeboeffekten. Det er ikke uventet at pasienter som får tett oppfølging og høyspesialisert behandling angir at de er fornøyde. Den store placeboeffekten medfører at positive erfaringer fra både behandlere og pasienter ikke kan tas til inntekt for at behandlingen faktisk virker.

Det finnes en rekke produsenter, stimulatorinnstillinger og behandlingsindikasjoner for ryggmargsstimulering. Uavhengig av type stimulering som appliseres og hvilken indikasjon det er for behandling, er behand-

lingseffektene utilstrekkelig dokumentert. Ryggmargsstimulatorer har regulatoriske godkjenninger fra f.eks. Food and Drug Administration (FDA) i USA. For kirurgiske implantater er det imidlertid ikke nødvendig å dokumentere behandlingseffekt for å få godkjenning til klinisk bruk. I perioden 2008–17 mottok U.S. Food and Drug Administration over 80 000 rapporter om komplikasjoner knyttet til ryggmargsstimulatorer (14). Blant over 4 000 implantater som overvåkes av den etaten, er ryggmargsstimulatorer det tredje mest innklagede produktet.

Etter en norsk studie som viste at ryggmargsstimulering ikke var bedre enn placebo for vedvarende smerteutstråling etter ryggkirurgi (5), oppstod en diskusjon i Australia om hvorvidt behandlingen burde dekkes av offentlig helseforsikring (15). Tvil om behandlingseffekt og høye komplikasjonsrater har medført at helsemyndighetene i Australia nå trekker tilbake godkjenningen for nye implantasjoner av ryggmargsstimulatorer (16). Men sterke markedskrefter bak ryggmargsstimulatorer retter hardt skyts mot forskning som sår tvil om behandlingseffekten (17, 18).

Ryggmargsstimulering er ett av mange eksempler på behandlinger som ikke har noen sikker effekt, men likevel er i utstrakt bruk. Kampanjer som Gjør kloke valg skal redusere behandlinger som er unødvendige og som i verste fall kan skade. Likevel tar det lang tid å forbedre klinisk praksis. Det kan tenkes at det må sterkere lut til, og offentlig finansiering av dokumentert uvirksomme og utilstrekkelig dokumenterte behandlinger bør revurderes. De senere års forskning har sådd sterk tvil om effekten, og vi mener at ryggmargsstimulering kun bør tilbys i godt planlagte, industriuavhengige og placebokontrollerte kliniske studier. ■

Mottatt 10.9.2024, første revisjon innsendt 6.10.2024
godkjent 31.10.2024.

Sasha Gulati

sasha.gulati@ntnu.no

Sasha Gulati er spesialist i nevrokirurgi, overlege ved St. Olavs hospital, professor ved NTNU og leder av Norsk nevrokirurgisk forening.

Øystein P. Nygaard

Øystein P. Nygaard er spesialist i nevrokirurgi, overlege ved St. Olavs hospital, professor ved NTNU og leder av Nasjonal kompetansetjeneste for kirurgisk behandling av rygg- og nakkesykdommer.

Sven M. Carlsen

Sven M. Carlsen er spesialist i endokrinologi, overlege ved St. Olavs hospital, professor emeritus ved NTNU og tidligere leder av Enhet for klinisk anvendt forskning, St. Olavs hospital.

Jens Ivar Brox

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

Sozaburo Hara

Sozaburo Hara er spesialist i nevrokirurgi, overlege ved St. Olavs hospital og stipendiat ved NTNU.

Tore K. Solberg

Tore K. Solberg er spesialist i nevrokirurgi, overlege ved Universitetssykehuset Nord-Norge, professor ved Universitetet i Tromsø og leder av Norsk kvalitetsregister for ryggkirurgi.

Terje Sundstrøm

Terje Sundstrøm er spesialist i nevrokirurgi, overlege ved Haukeland universitetssjukehus og førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen.

Greger Lønne

Greger Lønne er spesialist i ortopedi, overlege ved Sykehuset Innlandet og førsteamanuensis ved NTNU.

Ole S. Solheim

Ole S. Solheim er spesialist i nevrokirurgi, overlege ved St. Olavs hospital og professor ved NTNU.

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

Litteratur

- 1 Knotkova H, Hamani C, Sivanesan E et al. Neuromodulation for chronic pain. *Lancet* 2021; 397: 2111–24.
- 2 O'Connell NE, Ferraro MC, Gibson W et al. Implanted spinal neuromodulation interventions for chronic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2021; 12: CD013756.
- 3 Traeger AC, Gilbert SE, Harris IA et al. Spinal cord stimulation for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2023; 3: CD014789.
- 4 Gulisano HA, Eriksen E, Bjarkam CR et al. A sham-controlled, randomized trial of spinal cord stimulation for the treatment of pain in chronic pancreatitis. *Eur J Pain* 2024; 28: 1627–39.
- 5 Hara S, Andresen H, Solheim O et al. Effect of Spinal Cord Burst Stimulation vs Placebo Stimulation on Disability in Patients With Chronic Radicular Pain After Lumbar Spine Surgery: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2022; 328: 1506–14.
- 6 Hara S, Andresen H, Solheim O et al. Six-Month Follow-up of a Trial of Spinal Cord Burst Stimulation vs Placebo Stimulation and Disability in Patients With Chronic Radicular Pain After Lumbar Spine Surgery. *JAMA* 2023; 329: 1985–6.
- 7 Kurt E, Noordhof RK, van Dongen R et al. Spinal Cord Stimulation in Failed Back Surgery Syndrome: An Integrative Review of Quantitative and Qualitative Studies. *Neuromodulation* 2022; 25: 657–70.
- 8 Ferraro MC, Gibson W, Rice ASC et al. Spinal cord stimulation for chronic pain. *Lancet Neurol* 2022; 21: 405.
- 9 Dhruva SS, Murillo J, Ameli O et al. Long-term Outcomes in Use of Opioids, Nonpharmacologic Pain Interventions, and Total Costs of Spinal Cord Stimulators Compared With Conventional Medical Therapy for Chronic Pain. *JAMA Neurol* 2023; 80: 18–29.
- 10 Vu TN, Khunsiraksakul C, Vorobeychik Y et al. Association of Spinal Cord Stimulator Implantation With Persistent Opioid Use in Patients With Postlaminectomy Syndrome. *JAMA Netw Open* 2022; 5: e2145876.
- 11 Gatzinsky K, Brink B, Eyglóardóttir KL et al. Long-term explanation risk in patients with chronic pain treated with spinal cord or dorsal root ganglion stimulation. *Reg Anesth Pain Med* 2024; rapm-2024-105719.
- 12 Ekholdt C, Granan LP, Stubhaug A et al. Ryggmargsstimulering har en plass i behandling av langvarige smertetilstander. *Tidsskr Nor Legeforen* 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.24.0120.
- 13 Tevis SE, Kennedy GD, Kent KC. Is There a Relationship Between Patient Satisfaction and Favorable Surgical Outcomes? *Adv Surg* 2015; 49: 221–33.
- 14 Weiss M, Mohr H. Spinal-cord stimulators help some patients, injure others. *Associated Press* 27.11.2018. Lest 31.10.2024.
- 15 Mannix L. Insurers call for ban on spinal cord stimulator subsidies after new trial. *Sydney Morning Herald* 27.10.2022. Lest 31.10.2024.
- 16 Australian Government. Post-market review of spinal cord stimulation (SCS) devices. Lest 31.10.2024.
- 17 Traeger AC, Bero LA. Corporate Influences on Science and Health—the Case of Spinal Cord Stimulation. *JAMA Intern Med* 2024; 184: 129–30.
- 18 Broachwala M, Schuster NM. Quantitative Assessment of Conflicts of Interest in Reviews of Spinal Cord Stimulation Research. *Pain Med* 2024; pnae088.

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 

Uoppdagede gonokokker i halsen

Gonoré i halsen gir få eller ingen symptomer og blir sjelden testet for hos heterofile menn.

Gonoré er en velkjent seksuelt overførbart infeksjon forårsaket av bakterien *Neisseria gonorrhoeae*. Bakterien kan overføres gjennom seksuell kontakt via slimhinnene i kjønnsorganene, halsen eller endetarmen. Ubehandlet kan gonoré føre til alvorlige komplikasjoner og senvirkninger. Menn med klassiske symptomer som utflod fra urinrøret og smerter ved vannlating oppsøker ofte rask helsehjelp, men infeksjoner i anus og hals/svelg gir som regel få eller ingen symptomer (1–3). Uoppdaget gonoré i halsen kan smitte videre ved oralsex og føre til resmitte av partner(e) og videre spredning (4). Infeksjon i hals kan gi faryngitt. Gonokokkfaryngitt er assosiert med disseminert gonokokkinfeksjon, men forekommer sjelden (5).

Økning av smittetilfeller blant heterofile

Fra høsten 2022 har det vært en bekymringsfull økning av gonoré blant heterofile ungdommer, spesielt unge kvinner. I 2023 ble det rapportert totalt 2 985 tilfeller (inkludert menn som har sex med menn) av gonoré i Norge, hvorav 1 102 var kvinner. Dette var en betydelig økning fra 2022, da det ble rapportert 498 tilfeller av gonoré hos kvinner (6). Årsaken til økningen blant heterofile er ikke kjent, men mulige forklaringer er mange og sammensatte. Vi tror endrede seksualvaner (som flere partnere), økt smittsomhet og uoppdaget gonoré i halsen kan være mulige forklaringer på økningen av smittetilfeller.

Endrede seksualvaner (som flere partnere), økt smittsomhet og uoppdaget gonoré i halsen kan være mulige forklaringer på økningen av smittetilfeller

Hvem skal testes hvor?

Forekomsten av gonoré er fortsatt høyest blant menn som har sex med menn, og det har lenge vært rutine å teste både urin, anus og hals i denne gruppen. Blant menn som har sex med kvinner, har det derimot vært vanlig å teste for gonoré kun i urinen. Dette fordi man har antatt at menn i mindre grad blir smittet i hals ved cunnilingus enn ved fellatio (5). Studier viser imidlertid at hvis man tester menn som har sex med kvinner bare med urinprøve, vil en del tilfeller av gonoré i hals forbli uoppdaget (7, 8). Vi har hatt flere tilfeller på Olafiaklinikken der mannlige smittekontakter til kvinner kun har hatt positiv gonoréprøve fra hals og negativ prøve i urin. I disse tilfellene har vi spesifikt etterspurt om de har hatt oralsex med menn, fordi vi vet at enkelte menn kan vegre seg for å oppgi at de har hatt mannlige seksuallkontakter.

Alle mannlige smittekontakter bør testes i hals

Smittekontakter ved gonoré bør alltid testes. For menn som har sex med kvinner, vil urinprøve alene være utilstrekkelig for å identifisere alle tilfeller. Oralsex er vanlig blant heterofile par, og gonoré i hals er ikke uvanlig blant personer som har vært eksponert for gonorébakteriene via cunnilingus. Mannlige smittekontakter til kvinner med påvist gonoré bør tilbys testing i både hals og urin. Vi vil derimot ikke anbefale rutinemessig testing i hals av menn som har sex med kvinner, grunnet lavere risiko for smitte ved cunnilingus enn ved fellatio (5). ■

Mottatt 26.9.2024, første revisjon innsendt 22.10.2024, godkjent 24.10.2024.

Morten Ellefsen

Morten Ellefsen er sykepleier ved Olafiaklinikken, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Åse Haugstvedt

aahaugs@online.no

Åse Haugstvedt er seksjonsleder og overlege ved Olafiaklinikken, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

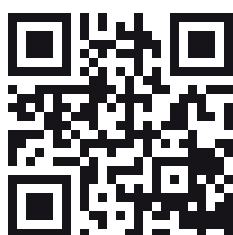
- 1 Moi H, Maltou JM. Seksuelt overførbare infeksjoner og genitale hudsykdommer. 4. utg. Oslo: Gyldendal, 2021.
- 2 Unemo M, Ross JDC, Serwin AB et al. 2020 European guideline for the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. International union against sexually transmitted infections (IUSTI). Lest 24.10.2024.
- 3 Folkehelseinstituttet. Gonoré. Lest 24.10.2024.
- 4 Seña AC, Cohen MS. Treatment of uncomplicated gonorrhea (*Neisseria gonorrhoeae* infection) in adults and adolescents. Lest 24.10.2024.
- 5 Hook EW 3rd, Bernstein K. Kissing, saliva exchange, and transmission of *Neisseria gonorrhoeae*. Lancet Infect Dis 2019; 19: e367–9.
- 6 Folkehelseinstituttet. Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS). Lest 24.10.2024.
- 7 Chow EPF, Chen MY, Williamson DA et al. Oropharyngeal and Genital Gonorrhea Infections Among Women and Heterosexual Men Reporting Sexual Contact With Partners With Gonorrhea: Implication for Oropharyngeal Testing of Heterosexual Gonorrhea Contacts. Sex Transm Dis 2019; 46: 743–7.
- 8 McLaughlin SE, Golden MR, Soge OO et al. Pharyngeal Gonorrhea in Heterosexual Male and Female Sex Partners of Persons With Gonorrhea. Sex Transm Dis 2023; 50: 203–8.



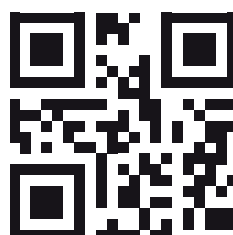
Er du i tvil om du og pasienten kan kommunisere godt nok?

Husk å bestille kvalifisert tolk for personer med begrensede norskkunnskaper

Les mer: [Helsenorge.no/tolk](https://helsenorge.no/tolk) og imdi.no/tolk



Skann
meg for
Helsenorge



Skann
meg for
IMDi

▼ 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, vektapp, 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, gastroesofageal reflukssykdom, gastritt, flatulens.

* Kombinert 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 $1,73m^2$)
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/virketoffer/semaglutid-3> (Lest: 08.08.24). 5. Felleskatalogen Rybelsus®. Tilgjengelig fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/rybelsus-novo-nordisk-675190> (Lest: 08.08.2024).

Tekst: Damoun Nassehi og Michael Riegler

Illustrasjon: Espen Friberg

Kritisk veiskille for integrering av kunstig intelligens

Vi trenger en helhetlig tilnærming for å sikre at kunstig intelligens kommer både pasienter og helsepersonell til gode.

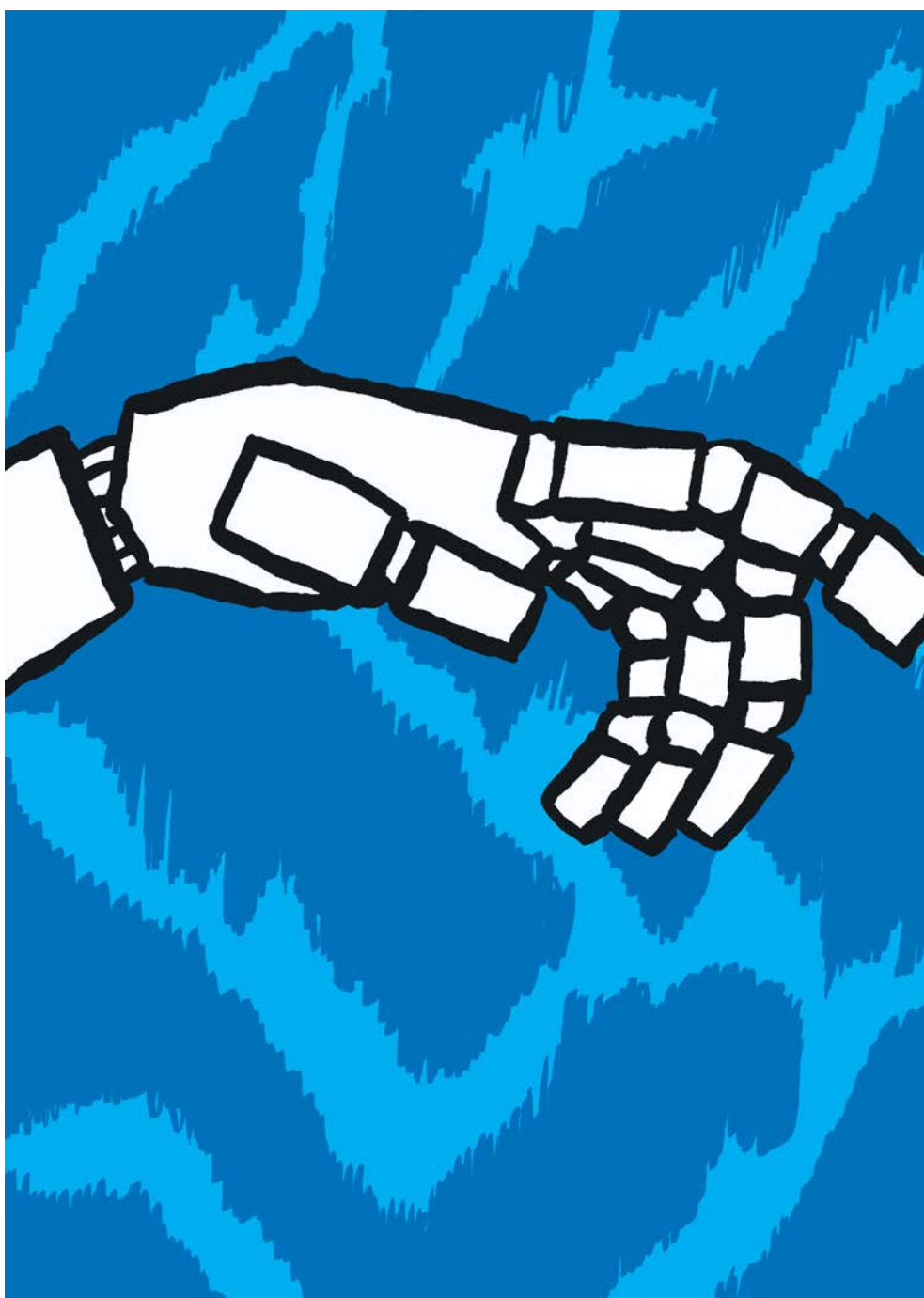
Kunstig intelligens (KI) er i ferd med å endre helsevesenet globalt, og Norge er intet unntak. En studie publisert i International Journal of Environmental Research and Public Health viste at antallet artikler om KI innen medisin har mer enn fordoblet seg fra 2015 til 2022 (1). Denne veksten reflekterer ikke bare potensialet KI har til å transformere helsetjenester, men også de komplekse utfordringene knyttet til implementeringen av teknologien. Teknologiske fremskritt har gjort det mulig å bruke KI til alt fra bildeanalyse til prediksjon av sykdomsutfall, men uten et solid rammeverk kan det oppstå betydelige etiske og praktiske problemer.

I Norge står vi nå ved et kritisk veiskille. Vi må utvikle en strategi som sikrer at integrering av KI i helsevesenet ikke bare fokuserer på effektivitetsgevinster, men også tar hensyn til våre grunnleggende verdier og etiske prinsipper. Dette er særlig viktig i lys av de mange eksemplene på problematisk forskning og overdrevne påstander innen feltet. For eksempel ble det i en omdiskutert studie hevdet at sykdommer kunne diagnostiseres basert på bilder av tungen. Denne studien viste seg å ha alvorlige metodologiske mangler, både når det gjelder medisinsk metodologi og KI-teknologi (2).

I denne kronikken tar vi utgangspunkt i den pågående internasjonale debatten om kunstig intelligens innen medisin (3), men vårt hovedfokus er å diskutere de unike utfordringene og mulighetene som oppstår når KI skal implementeres i norsk helsevesen.

Balansering av verdier i norsk kontekst

En sentral utfordring i utviklingen av KI-systemer for helsevesenet er hvordan vi kan balansere effektivitet med sentrale verdier som likeverd og respekt for pasientautonomi. Norge har en sterk tradisjon for solidaritet i helsevesenet, hvor alle, uavhengig av sosioøkonomisk bakgrunn, har rett til lik tilgang på helsetjenester. Dette må reflekteres i KI-systemene som implementeres i norsk helsevesen. En KI-mo-



ventetider, må samtidig ivareta pasientens rett til å bli sett og hørt som et individ.

Et illustrerende eksempel er en eldre pasient som går til legen med diffuse symptomer. Pasienten har et stort behov for å dele sin historie, uttrykke sine bekymringer og føle seg forstått. Samtidig er legen under tidspress for å stille en diagnose og komme frem til en behandlingsplan. I en slik situasjon kan en KI-modell bidra til å optimalisere pasientflyten og diagnostikkprosessen ved å analysere store datamengder raskere enn legen alene er i stand til. Likevel er det fare for at modellen kan overse nyanser i pasientens fortelling eller mistolke viktige nonverbale signaler som kunne ha vært avgjørende for riktig diagnose.

KI-systemer skal ikke erstatte relasjonen mellom helsepersonell og pasienter, men heller forsterke den

Dette eksempelet illustrerer behovet for at KI-systemer i helsevesenet ikke bare fokuserer på algoritmisk effektivitet, men også ivaretar den menneskelige dimensjonen ved pasientbehandling. Teknologien må være et verktøy som styrker legen, ikke erstatter de mellommenneskelige aspektene. I Norge har vi muligheten til å utvikle en nasjonal konsensus om hvilke verdier som skal prioriteres i utviklingen av KI for helsesektoren. Dette krever en bred og inkluderende prosess, hvor både helsepersonell, pasienter, teknologer og etiske eksperter blir hørt. Målet må være å etablere et rammeverk som reflekterer våre samfunnsverdier, samtidig som det utnytter KI-teknologiens potensial til å forbedre helsetjenester.

Håndtering av bias og norsk tilpasning

En av de største utfordringene ved implementering av KI er risikoen for bias i modellene som utvikles. Bias i KI-systemer er ikke bare et teknisk problem, men også et etisk og klinisk problem som kan ha direkte konsekvenser for pasientbehandlingen. Et eksempel på dette er rasebaserte justeringer i lungefunksjonstester (Pulmonary function tests, PFT), der det lenge har vært praksis å anvende ulike «normale» verdier for lungefunksjon basert på pasientens rase. Dette har ført til bekymring for at slike justeringer kan undervurdere alvorligheten av lungesykdommer hos svarte pasienter, noe som igjen kan føre til forsinket diagnose og behandling (4).

I Norge må vi være spesielt oppmerksomme på hvordan bias kan påvirke behandlingen av sårbare grupper, som den samiske befolkningen, innvandrere og pasienter med ulike sosioøkonomiske bakgrunner. Bias i KI-modeller kan forsterke allerede eksisterende ulikheter i helseutfall dersom datasettet som brukes til å trene modellene, ikke representerer hele befolkningen. For eksempel, hvis en KI-modell utvikles basert på data fra en befolkning der enkelte grupper er underrepresentert, kan resultatene være skjeve og føre til dårligere behandling for disse gruppene.

For å motvirke bias og sikre rettferdig implementering av KI i norsk helsevesen, foreslår vi flere tiltak.

For det første må vi sikre representativ datainnsamling. Datasett brukt til å trene KI-modeller, må inkludere alle befolkningsgrupper i Norge, inkludert etniske minoriteter, ulike aldersgrupper, kjønn og sosioøkonomiske bakgrunner. Det må iverksettes spesifikke datainnsamlingstiltak for å inkludere underrepresenterte grupper.



For det andre er det nødvendig med regelmessig revisjon. KI-modeller må regelmessig revideres for å avdekke og korrigere skjevheter. Dette innebærer at det bør etableres et nasjonalt system for å overvåke og evaluere ytelsen til KI-modeller i klinisk praksis.

Når det gjelder etiske vurderinger, bør det opprettes tverrfaglige panel bestående av klinikere, etikere, pasientrepresentanter og KI-eksperter for å vurdere potensielle bias og etiske implikasjoner før modellene implementeres.

Dessuten må KI-modeller utviklet utenfor Norge, evalueres og tilpasses norske forhold før de tas i bruk. Dette innebærer ikke bare språklig oversettelse, men også justering etter norske kliniske retningslinjer, helseprioriteringer og kulturelle normer.

Til sist må helsepersonell og pasienter informeres om KI-modellenes begrensninger, inkludert mulige bias, slik at de kan ta informerte beslutninger.

Ved å implementere disse tiltakene kan vi utvikle et KI-system som er rettferdig og robust, og som ikke bare forbedrer kvaliteten på helsetjenestene, men også styrker tilliten til KI blant både pasienter og helsepersonell.

Interdisiplinært samarbeid

For å lykkes med å integrere KI i norsk helsevesen, er det avgjørende å legge til rette for interdisiplinært samarbeid. KI-systemer som brukes i klinisk praksis, må være teknologisk avanserte, men også etisk forsvarlige og klinisk relevante. Dette krever samarbeid mellom teknologer, klinikere, etikere, jurister og pasientrepresentanter.

En modell for interdisiplinært samarbeid kan være å etablere tverrfaglige team som involverer alle relevante aktører i KI-utvikling og implementering, fra idéfase til klinisk bruk. Disse teamene kan jobbe med alt fra teknologiske utfordringer til å sikre at systemene overholder de juridiske og etiske standardene som kreves i helsevesenet. Parallelt med dette bør det opprettes rådgivende etiske komitéer som regelmessig vurderer etiske spørsmål knyttet til KI.

For å sikre at KI-løsninger faktisk er relevante for norsk klinisk praksis, er det også nødvendig å utdanne og ansette fagpersoner med kompetanse innen både medisin og KI. Dette kan bidra til at KI-systemer tilpasses norske kliniske behov, og at helsepersonell er i stand til å bruke teknologien på en forsvarlig måte.

Videre må vi inkludere pasienter og pasientrepresentanter i utviklingsprosessen for KI-systemer. Dette vil bidra til at teknologien møter reelle behov og respekterer pasientautonomi.

Langsiktige implikasjoner og et verdidrevet rammeverk

Integreringen av KI i det norske helsevesenet vil utvilsomt ha dyptgripende og langsiktige konsekvenser for både pasientbehandling og forholdet mellom helsepersonell og pasienter.

Etter hvert som KI får en mer sentral rolle i beslutningsprosesser, må vi nøye vurdere hvordan vi kan bevare pasientens tillit til helsevesenet.

En viktig del av denne prosessen er å utvikle et bredt etisk rammeverk som reflekterer de verdiene som er viktige i norsk helsetjeneste. Dette inkluderer respekt for pasientautonomi, hvor pasienter skal forbli aktive deltakere i sin egen behandling, selv når KI blir en mer integrert del av beslutningsprosessen. Ikke skade-prinsippet må også være en grunnleggende rettesnor for utvikling og implementering av KI, slik at teknologien ikke fører til utilsiktede negative konsekvenser.

For å ivareta de mellommenneskelige dimensjonene i helsetjenesten, bør vi også inkludere omsorgsetikk i vårt etiske rammeverk. KI-systemer skal ikke erstatte relasjonen mellom helsepersonell og pasienter, men heller forsterke den. Dette vil være avgjørende for å sikre at pasienter opplever seg selv som likeverdige og aktive deltakere i egen behandling, selv når KI-teknologi blir en del av behandlingsprosessen.

Transparens og forklarbarhet

Et viktig aspekt ved implementering av KI er å sikre at systemene er transparente og forklarbare. For at KI skal være en pålitelig del av helsevesenet, må både helsepersonell og pasienter forstå hvordan systemene fungerer og hvordan de kommer frem til sine konklusjoner. Uten tilstrekkelig forklarbarhet kan KI skape mistillit og usikkerhet både blant helsepersonell og pasienter.

For å oppnå dette foreslår vi implementering av *modell cards* som en standard praksis i norsk helsesektor. Disse dokumentene, som kan sammenlignes med sikkerhetsdatablader i industrien, gir en omfattende oversikt over en KI-modells ytelse, opplæringsdata, metodikk og potensielle begrensninger. Ved å gi helsepersonell tilgang til denne informasjonen, muliggjør vi informerte beslutninger om når og hvordan KI-modeller bør brukes i klinisk praksis. Dette bidrar ikke bare til økt transparens, men også til en mer ansvarlig og etisk bruk av KI i helsevesenet.

Videre må vi legge vekt på å evaluere resonneringen bak KI-modellenes beslutninger. Nyere forskning har vist at selv avanserte modeller, som GPT-4 V, kan gi korrekte svar basert på feilaktige resonnementer (5). I en norsk helsekontekst, hvor pasientenes sikkerhet og tilliten til helsesystemet står sentralt, er det kritisk at vi ikke bare vurderer nøyaktigheten av KI-modellenes output, men også kvaliteten på deres resonnement.

En annen viktig faktor er kommunikasjon av usikkerhet (6). KI-modeller i norsk helsevesen bør være i stand til å formidle graden av usikkerhet i sine prediksjoner og anbefalinger. Dette vil gi helsepersonell et mer nyansert beslutningsgrunnlag og bidra til å opprettholde en sunn skepsis til KI-assisterte beslutninger.

Etisk vurdering bør være en integrert del av KI-planen, og vi foreslår at det etableres mekanismer for kontinuerlig evaluering og justering av KI-systemer i bruk

Evalueringsplan av Helsedirektoratets KI-plan

Helsedirektoratets KI-plan er et viktig skritt mot systematisk bruk av KI i norsk helsevesen, men vi mener at planen kunne gått enda lenger når det gjelder å definere et tydelig etisk rammeverk for KI-implementering. Etisk vurdering bør være en integrert del av KI-planen, og vi foreslår at det etableres mekanismer for kontinuerlig evaluering og justering av KI-systemer i bruk.

Videre anbefaler vi at planen styrkes med konkrete tiltak for å balansere ulike hensyn, som effektivitet og personvern, samt likhet i tilgang og individualisert behandling. Dette vil sikre at KI-løsningene ikke bare forbedrer effektiviteten, men også ivaretar pasientenes rettigheter og interesser.

Implementeringen av KI i det norske helsevesenet representerer både en stor mulighet og en betydelig utfordring. En vellykket integrering krever mer enn bare teknologisk ekspertise – det krever et omfattende etisk og tverrfaglig rammeverk som sikrer at teknologien brukes på en rettferdig og ansvarlig måte. Ved å utvikle KI-løsninger som respekterer norske verdier og ivaretar pasientenes autonomi, kan vi sikre at helsetjenesten både blir mer effektiv og mer pasientfokuset. ■

Mottatt 23.8.2024, første revisjon innsendt 3.9.2024, godkjent 16.9.2024.

Damoun Nassehi

damoun.nassehi@uib.no

Damoun Nassehi er fastlege og førsteamanuensis ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er tidligere medlem av Teknologirådet og har investert i globale indeksfond som inkluderer aksjer i teknologiselskaper som driver med kunstig intelligens.

Michael Riegler

Michael Riegler er professor ved OsloMet – storbyuniversitetet og forsker ved SimulaMet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Karpov OE, Pitsik EN, Kurkin SA et al. Analysis of Publication Activity and Research Trends in the Field of AI Medical Applications: Network Approach. *Int J Environ Res Public Health* 2023; 20: 5335.
- 2 Nassehi D. Kunstig intelligens og pseudovitenskap er en farlig kombinasjon. *Dagens Medisin* 20.8.2024. Lest 23.8.2024.
- 3 Yu K-H, Healey E, Leong T-Y et al. Medical Artificial Intelligence and Human Values. *N Engl J Med* 2024; 390: 1895–904.
- 4 Braun L, Fausto-Sterling A, Fullwiley D et al. Racial categories in medical practice: how useful are they? *PLoS Med* 2007; 4: e271.
- 5 Jin Q, Chen F, Zhou Y et al. Hidden flaws behind expert-level accuracy of multimodal GPT-4 vision in medicine. *NPJ Digit Med* 2024; 7: 190.
- 6 Huang Y, Song J, Wang Z et al. Look Before You Leap: An Exploratory Study of Uncertainty Measurement for Large Language Models. *arXiv* 2023; doi: 10.48550/arXiv.2307.10236..

Annonse



Kan sykmeldinger tilbakedateres?

Hovedregel er at en sykmelding skal utstedes fra den dagen du har pasienten til konsultasjon eller vurdering. I noen tilfeller kan det likevel være nødvendig å tilbakedatere sykmeldingen, men her er regelverket strengt. Det må derfor komme godt frem i sykmeldingen hva som er årsaken for tilbakedateringen.

- **Skriv dato for kontakt med pasienten i punktet Tilbakedatering 11.1 på sykmeldingen.**
- **Begrunn hvorfor pasienten har vært forhindret fra å kontakte lege da sykmeldingsbehovet oppstod. Dette beskriver du i punkt 11.2 på sykmeldingen.**

Hvis du ikke finner punkt 11 i sykmeldingen, kontakt journalleverandøren din og spør hvilket felt du skal bruke.

Jo lenger sykmeldingen er tilbakedatert, jo viktigere er det at begrunnelsen forklarer dette på en god måte. Begrunnelsen er med på å gi grunnlag for vurderingen om pasienten får sykepenger for perioden. Sykmeldingen blir avvist automatisk om punktene ikke er utfyllt.

Dersom Nav ikke mottar disse opplysningene via sykmelding vil Nav kontakte lege for ytterligere informasjon.

Les mer på:

<https://www.nav.no/samarbeidspartner/lege-andre-behandlere>



For mer informasjon se [nav.no/lege](https://www.nav.no/lege) eller kontakt **Lege -og behandlertelefonen 55 55 33 36**

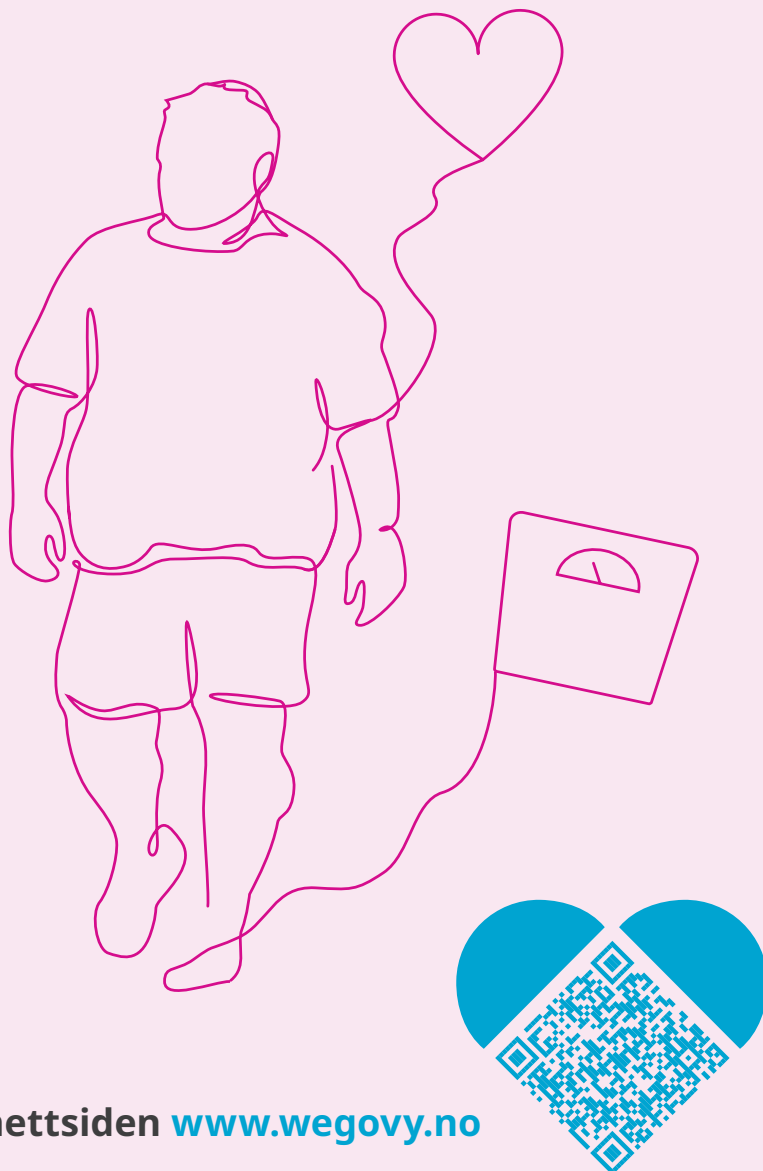
– mer enn vektreduksjon¹

~15 %

gjennomsnittlig vektreduksjon
oppretholdt i 2 år med Wegovy[®]*
som tillegg til diett med
redusert kaloriinnhold og
økt fysisk aktivitet**¹

20 %

risikoreduksjon i alvorlige
kardiovaskulære hendelser
hos pasienter med fedme og
etablert kardiovaskulær
sykdom^{#1}



Du kan lese mer om Wegovy[®] på nettsiden www.wegovy.no

Indikasjon:

Voksne: Tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for vektkontroll, inkl. vekttap og vedlikehold av vekt, hos voksne med initial BMI ≥ 30 kg/m² (fedme), eller ≥ 27 til < 30 kg/m² (overvekt) ved forekomst av minst én vektrelatert komorbiditet, som dysglykemi (prediabetes eller diabetes mellitus type 2), hypertensjon, dyslipidemi, obstruktiv søvnapné eller kardiovaskulær sykdom. For resultater fra studier vedrørende kardiovaskulær risikoreduksjon og populasjoner som ble undersøkt, se pkt. 5.1 i Wegovy[®] preparatomtale.

Ungdom (≥ 12 år): Tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for vektkontroll hos ungdom ≥ 12 år med fedme¹ og kroppsvekt > 60 kg. Behandling skal seponeres og reevalueres etter 12 uker dersom ungdomspasienten ikke oppnår en reduksjon i BMI på minst 5 % etter 12 ukers behandling med (Wegovy[®]) 2,4 mg eller maks. tolererte dose.¹

Fedme (BMI ≥ 95 -prosentil) som definert i kjønns- og aldersspesifikk BMI-vekstkurve (CDC.gov).

* STEP 5: - 2,6 % for placebo og -15,2 % for Wegovy[®], 12,6 % i forskjell fra placebo. [KI 95 % -15,3; -9,8], $p < 0,0001$.¹

** Kalorireduisert diett og fysisk aktivitet: - 500 kcal/dag + 150 min/uke fysisk aktivitet + individuell oppfølging hver 4. uke.^{1,2}

Vist i SELECT-Kardiovaskulær endepunktstudie: 17604 pasienter med BMI ≥ 27 kg/m² og etablert kardiovaskulær sykdom ble tilfeldig randomisert til Wegovy[®] eller placebo, begge i tillegg til standardbehandling. Det primære endepunktet var tid fra randomisering til første inntreden av en alvorlig kardiovaskulær hendelse (MACE): kardiovaskulær død, ikke-fatalt hjerteinfarkt eller ikke-fatalt hjerneslag. HR: 0,80 i favør av Wegovy[®] 2,4 mg sammenlignet med placebo. [KI 95 % 0,72-0,90], $p < 0,001$.^{1,3}

Wegovy® – utvalgt sikkerhetsinformasjon

- De hyppigst rapporterte bivirkningene var **gastrointestinale** (svært vanlige, $\geq 1/10$), inkludert kvalme, diaré, forstoppelse, oppkast og magesmerter. Generelt milde eller moderate i alvorlighetsgrad, og av kort varighet. Årsak til seponering hos 4,3 %. Kan forårsake dehydrering som i sjeldne tilfeller kan forverre nyrefunksjon. Unngå væskemangel
- Andre svært vanlige ($\geq 1/10$) bivirkninger:** Hodepine, fatigue
- Andre vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$) bivirkninger:** Dysgeusi, svimmelhet, gastritt, gastroesofageal reflukssykdom, dyspepsi, raping, flatulens, abdominal distensjon, gallestein, hårtap, reaksjoner på injeksjonsstedet. Hos pasienter med diabetes type 2: hypoglykemi (særlig i kombinasjon med insulin eller sulfonylurea), retinopati
- Gallestein:** Vanlig bivirkning ved bruk av semaglutid. Ble rapportert hos 1,6 % av de som fikk semaglutid og 1,1 % hos de som fikk placebo. Førte til kolekystitt hos 0,6 % og 0,3 % hos de som fikk henholdsvis semaglutid og placebo
- Pankreatitt:** 0,2 % for semaglutid og $< 0,1$ % for placebo. I den kardiovaskulære endepunktsstudien SELECT var frekvensen av akutt pankreatitt, bekreftet ved avklaring (adjudikering), 0,2 % for semaglutid og 0,3 % for placebo. Ved mistanke bør semaglutid seponeres. Semaglutid skal ikke gjenopptas etter bekreftet pankreatitt. Forsiktighet bør utvises hos pasienter som tidligere har hatt pankreatitt
- Tarmobstruksjon:** En alvorlig form for forstoppelse med tilleggssymptomer som magesmerte, oppblåsthet og oppkast. Rapportert med ukjent frekvens etter markedsføring
- Puls:** Gjennomsnittlig økning på 3 slag per minutt observert
- Skal ikke brukes av gravide eller ved amming.** Semaglutid skal på grunn av den lange halveringstiden seponeres minst 2 måneder før en planlagt graviditet
- Forsiktighet** bør utvises hos pasienter med inflammatorisk tarmsykdom eller gastroparese
- Ungdom (12 - < 18 år):** Generelt var frekvens, type og alvorlighetsgrad av bivirkninger hos ungdom tilsvarende det som sees hos voksne. Gallestein ble sett hos 3,8 % av pasientene behandlet med Wegovy® og 0 % behandlet med placebo. Ingen effekt på vekst eller pubertetsutvikling ble funnet etter 68 uker med behandling

	Kan benyttes uten dosejustering	Anbefales ikke
Alder	Voksne og ungdom ≥ 12 år Begrenset erfaring hos pasienter ≥ 85 år	Barn/ungdom under 12 år
Nyre-funksjon	Lett og moderat nedsatt eGFR > 30 ml/min 1,73m ²	Alvorlig nedsatt, eller terminal nyresykdom eGFR < 30 ml/min 1,73m ²
Hjerte-svikt	NYHA klasse I-III	NYHA klasse IV
Lever-funksjon	Lett og moderat Forsiktighet bør utvises	Alvorlig nedsatt
Diabetes	Diabetes type 2	Diabetes type 1

Dosering – én gang per uke

Wegovy® skal injiseres subkuttant i abdomen, i låret eller i overarmen og administreres én gang per uke når som helst i løpet av dagen, til måltid eller utenom måltid. For å redusere sannsynligheten for gastrointestinale symptomer bør dosen trappes opp i løpet av en 16-ukers periode til en vedlikeholdsdose på 2,4 mg én gang per uke.

For ungdom i alderen 12 år og eldre benyttes samme doseopptrappingsplan som for voksne (se tabell 2). Dosen bør økes opptil 2,4 mg (vedlikeholdsdose), eller til maksimalt tolererte dose oppnås.



Råd til pasient mot kvalme



Reduser måltidsstørrelsen



Spis saktere



Reduser inntaket av mettett fett



Avslutt måltidet ved metthetsfølelse

Reseptgruppe og pris

Legemiddelgruppe: GLP-1-analog **Reseptgruppe:** C **ATC-nr.:** A10B J06

Pakninger og priser: **0,25 mg:** 1,5 ml (ferdigfylt penn) kr 1746,40. **0,5 mg:** 1,5 ml (ferdigfylt penn) kr 1746,40. **1 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 1746,40. **1,7 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 2475,80. **2,4 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 3039,50. (Priser per august 2024).

Behandling med Wegovy® er ikke refundert og kan ikke skrives på blå resept⁴

Vilkår for vurdering av individuell refusjon:⁴

Individuell stønad blir som hovedregel ikke gitt til Wegovy®. Dette er en konsekvens av DMPs* metodevurdering. I sjeldne tilfeller kan det gjøres unntak fra hovedregelen. Bare pasienter med KMI over 50 eller iso-KMI over 40, og som i tillegg har alvorlige vektrelaterte sykdommer, blir vurdert individuelt. Slike søknader skal vurderes av en rådgiver før endelig beslutning fattes. En eventuell søknad må komme fra en lege ved et offentlig sykehus.

* DMP: Direktoratet for medisinske produkter, tidligere kalt Legemiddelverket

Referanser **1.** Wegovy® SPC, avsnitt 5.1 **2.** Garvey WT, Batterham RL, Bhatta M, et al. Two-year effects of semaglutide in adults with overweight or obesity (STEP 5) Nature medicine 2022; 28(10), 2083-2100 **3.** Lincoff AM, Brown-Frandsen K, Colhoun HM, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes. N Engl J Med. 2023; 389(24): 2221-2232 **4.** Informasjon om vilkår for individuell refusjon er hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/vedlegg-1-til-5-14-legemiddellisten/irkestofoffer/semaglutid> (Lest 21.08.2024)

Tekst: Vibeke Binz Vallevik et al.

Syntetiske datasett kan gi bedre KI-modeller for helsetjenesten

Å lage syntetiske pasientdata reduserer risikoen for personvernbrudd når KI-verktøy tas i bruk i helsevesenet. Samtidig kan syntetiske data medføre andre typer risiko.

Kunstig intelligens (KI) defineres i EUs nye KI-forordning (1) som et maskinbasert system som opererer med en varierende grad av autonomi, og utleder prediksjoner, innhold, anbefalinger eller beslutninger basert på inputdata. Dataene vil avhenge av behovet og brukskonteksten og kan være bilder, tabeller, tidsserier, tekst eller lydfiler (2).

For å sikre at KI-verktøy for bruk i pasientbehandling faktisk blir presise og trygge, trenger produsentene store mengder data til å utvikle og trene KI-produktene sine. I tillegg trenger helsetjenesten data til å validere og teste KI-verktøyene, eventuelt for å tilpasse dem til lokale populasjoner (3).

Syntetiske datasett lages nå for disse formålene og avhjelper behovet for helsedata. Syntetiske data kan produseres med utgangspunkt i ekte pasientdata ved bruk av generative KI-modeller, og kan bestå av prøvesvar, radiologiske bilder og journalnotater som ser ekte ut, selv om de ikke er det. Det er stor optimisme på dette feltet knyttet til dype generative metoder, som de fleste nå kjenner fra ChatGPT.

Syntetiske data skal i prinsippet ikke kunne knyttes direkte til enkeltpersoner, og kan dermed benyttes friere (4). I EUs personvernforordning (GDPR) (5), som er tatt inn i norsk lovgivning, er alle opplysninger som kan knyttes til enkeltpersoner, definert som persondata. Alle persondata som benyttes til KI-utvikling, også de som benyttes til syntetiske data, er dermed regulert av GDPR. Andre relevante reguleringer er plikten til å ivareta retten til privatliv og konfidensialitet som er gitt av Grunnloven § 102 og pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6 (6).

KI-modeller for helsevesenet skal dessuten være forsvarlige og ivareta pasientsikkerheten, for eksempel ved at de stiller korrekt diagnose eller foreslår kostnadseffektiv behandling. Dette er argumenter for å gi tilgang til persondata og helseopplysninger.

Tilgangen til person- og helsedata begrenses imidlertid av både lovreguleringer og av knapphet på data. Mangel på helsedata er gjerne mest uttalt ved sjeldne tilstander og sykdom hos barn. For disse kan syntetiske data representere både den beste og raskeste muligheten for å skaffe tilstrekkelig data til utviklingen av nye KI-modeller. (7).

Taushetsplikten

Taushetsplikten i helsevesenet er til for at enhver skal kunne oppsøke helsetjenesten med tillit til at personlige opplysninger ikke spres eller gjøres tilgjengelig for uvedkommende (8). Offentlige helseregistre kan være et utgangspunkt for å generere syntetiske data som i langt mindre grad utfordrer taushetsplikten og tilliten til helsetjenesten. Det lagres nå betydelige mengder helsedata i de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene og andre helseregistre. Registerdata med pasientopplysninger kan overføres for sekundære formål som gitt av helseregisterloven; også disse opplysningene er underlagt taushetsplikt (9).

Data som omfattes av taushetsplikten, kan unntas fra plikten og komme til anvendelse dersom det er lite sannsynlig at de kan føres tilbake til personen, og hvis nytte og risiko ved dette er forholdsmessig. Syntetiske data som ikke kan føres tilbake til personer, er ikke personopplysninger og omfattes dermed ikke av taushetsplikten.

For å kunne vurdere risikoen for identifisering og risikoreducerende tiltak, må KI-modellen være transparent og med åpenhet om dataene som er brukt (10, 11).



I et konsekvensetisk perspektiv kan samfunnsnyten ved å ta i bruk KI-verktøy i helsevesenet rettferdiggjøre en høyere risiko for personidentifisering

Risiko og utfordringer

Syntetiske datasett må være representative for den populasjonen de er ment å brukes på. Kvalitetskontroll er nødvendig gjennom hele syntetiseringsprosessen, fra kontroll av det originale treningsdatasettet, måling av statistiske likheter mellom treningsdatasettet og det syntetiske datasettet, til testing av ytelsen til en modell trent på datasettet (11). I motsatt tilfelle kan KI-modellene introdusere ny risiko for pasientene når de brukes i diagnostikk og behandling.

Bruk av generative KI-metoder for å produsere syntetiske data er ressurs- og energikrevende, som har konsekvenser knyttet til miljø og bærekraft (12).

Skjevheter i treningsdatasettet kan uforvarende forsterkes gjennom syntetiseringsprosessen. Genereringsmetoder som ikke fanger opp underrepresenterte minoritetsgrupper i originaldataene, kan føre til diskriminering av personer og pasientgrupper ved at algoritmene i KI-modellene har for lav presisjon og reliabilitet for enkelte undergrupper (13). Samtidig kan syntetisering benyttes til å motvirke diskriminering, for eksempel ved å korrigere for opprinnelige skjevheter i den generative prosessen.

Sikring av personvernet

Risikoen for at personer kan identifiseres, minimaliseres gjennom bruk av syntetiske data, og mulighet for friere bruk og deling kan gi stor nytteverdi for helsevesenet. Når generative KI-modeller er optimalisert for å skape syntetiske data med størst mulig likhet med det originale datasettet, vil det likevel være en risiko for identifisering. Enkelte modeller kan gi nøyaktige kopier av deler av de originale dataene eller datapunkter som er materielt like, selv om det ikke finnes noen en-til-en relasjon mellom de reelle persondataene i treningsdatasettet og de syntetiske datapunktene. Dette betegnes som restrisiko for identifisering i det syntetiske datasettet (11), der restrisikoen øker med graden av kjennskap til genereringsmetodene (14).

Et sentralt spørsmål ved generering av syntetiske data er grenseoppgangen mellom når dataene fortsatt er personopplysninger og når de syntetiske og kan behandles uten hensyn til GDPR eller taushetsplikt. En vesentlig hensikt med syntetiske data er jo at de er anonyme og ikke omfattet av disse reguleringene. Den rettslige grensen for identifiseringsrisiko tar utgangspunkt i GDPR art. 4 (1) og flere ulike rettskilder (15–17). Et viktig moment er hvor sannsynlig det er at personer kan identifiseres.

Det er dessverre ikke umulig å utlede personlige data fra syntetiske datasett (18). Mulighetene for identifisering når data genereres til syntetiske data, vil variere ut fra datasettets kompleksitet – antallet variabler og pasienter, statistiske uteliggere, eller genereringsmetoden som er brukt sammen med tilgangen til annen relevant informasjon. Identifiseringsrisikoen vil også avhenge av hvor ressurskrevende det er å identifisere dataene, og om det er benyttet sikkerhetstiltak i genereringen.

Ved sikkerhetstiltak som er ment å hindre identifisering fra syntetiske data, kan det tilkomme økt risiko for at datasettet ikke lenger er representativt, noe som igjen kan svekke forsvarligheten og nytteverdien av dataene og KI-verktøyet (19).

Etiske betraktninger

Etiske hensyn og prinsipper begrunner deler av lovene og kan inngå i rettslige avveininger, for eksempel i forsvarlighetsvurderinger. I konsekvensetikken legges det til grunn at en beslutning er riktig om den i sum optimaliserer mengden gode konsekvenser (20, 21). Det innebærer at beslutninger må vurderes helhetlig for å kunne ta stilling til om de er etisk holdbare. De totale positive virkningene må balanseres mot den totale skaden forårsaket av en handling (21). I et konsekvensetisk perspektiv kan samfunnsnyten ved å ta i bruk KI-verktøy i helsevesenet rettferdiggjøre en høyere risiko for personidentifisering. Et annet hensyn er nytten dataene kan ha for fremtidige generasjoner, konsekvensetikkerne tillegger fremtidige generasjoner betydelig mer vekt. (22). Dette står i kontrast til det klassiske økonomiske verdenssynet der fremtidig nytte har lavere verdi sammenlignet med dagens nytte, såkalt diskontering.

I et pliktetisk perspektiv kan også plikter for fremtidige generasjoner ha betydning. I rettslig sammenheng kan slike perspektiver omfattes av samfunnshensyn. Pliktetiske teorier skiller seg fra konsekvensetikken ved at det legges større vekt på individets verdi, autonomi og rettigheter enn den samlede samfunnsnyten (21). I det pliktetiske rammeverket er det positive plikter til å hjelpe andre og negative plikter til ikke å påføre skade. Med KI-modeller skal nytte ses i et bredere perspektiv enn hensynet til den enkelte, da det kan ha nytte for flere, også fremover i tid. Holdninger i samfunnet og hvilken risiko mennesker er villige til å akseptere for å oppnå et felles gode, kan også være relevante hensyn. Aksept av risiko kommer blant annet til uttrykk i undersøkelser om viljen til å avgi personlige data til forskning for å gagne andre (23, 24).

For at syntetiske data skal bidra til å løse utfordringer med tilgang til helsedata for utvikling av KI til det beste for våre pasienter, forutsettes det at de enten kan behandles som anonyme data eller i henhold til unntak i lov. Dersom de behandles som personopplysninger, vil bruken bli begrenset og nytteverdien betydelig redusert. Det at dataene er syntetiske, kan i seg selv anses som et risikoreduserende tiltak. Tilgangen til større datamengder gjennom bruk av syntetiske data kan også gjøre helsesektoren mindre avhengig av globale teknologiselskaper som besitter enorme mengder lukket, proprietær data til bruk i KI-utvikling.

Særskilte reguleringer av syntetiske data i helsesektoren, samt klarhet i myndighetenes krav til godkjenning av utstyr trent på slike data, vil kunne skape økt forutsigbarhet for utviklere og produsenter av KI-modeller, samt for brukere og pasienter innenfor helsesektoren. —>

Pasienter må akseptere en viss risiko ved andre tiltak i helsetjenesten. Et tema som hittil er belyst i liten grad, er hva slags risiko vi som samfunn mener enkeltindivider bør akseptere som en konsekvens av at dataene brukes som grunnlag for bedre tilgang til moderne medisinsk behandling, til fellesskapets beste. ■
Mottatt 10.6.2024, første revisjon innsendt 14.8.2024, godkjent 12.9.2024.

Vibeke Binz Vallevik

vibeke.binz@gmail.com
Vibeke Binz Vallevik er ph.d.-stipendiat ved Universitetet i Oslo og seniorforsker ved Group Research and Development Healthcare i DNV. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Anne Kjersti C. Befring

Anne Kjersti C. Befring er jurist og professor ved Universitetet i Oslo. Hun er nestleder i Nordic Permed Law og i Den nasjonale forskningsetiske komité for medisn og helsefag. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Helga Maria Bergem Brøgger

Helga Maria Bergem Brøgger er spesialist i radiologi og seniorforsker ved Group Research and Development Healthcare i DNV. Hun er medlem av Legeforeningens utvalg for forskning, kvalitetsforbedring og innovasjon og av ekspertgruppen i Nordic Innovation (under Nordisk ministerråd). Hun er styremedlem i Norsk radiologisk forening og medlem i Norsk råd for digital etikk. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Courtney Nadeau

Courtney Nadeau er seniorforsker ved Group Research and Development Healthcare i DNV. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 The Artificial Intelligence Act - Regulation (EU) 2024/1689. Lest 12.9.2024.
- 2 Oussidi A, Elhassouny A. Deep generative models: Survey. 2018 International conference on intelligent systems and computer vision (ISCV). Lest 12.9.2024.
- 3 Sarker IH. Deep learning: a comprehensive overview on techniques, taxonomy, applications and research directions. SN Comput Sci 2021; 2: 420.
- 4 Gonzales A, Guruswamy G, Smith SR. Synthetic data in health care: A narrative review. PLOS Digit Health 2023; 2: e0000082.
- 5 EU. 2016/679 The General Data Protection Regulation (GDPR). Lest 12.9.2024.
- 6 Helse- og omsorgsdepartementet. LOV-1999-07-02-63. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Lest 12.9.2024.
- 7 Giuffrè M, Shung DL. Harnessing the power of synthetic data in healthcare: innovation, application, and privacy. NPJ Digit Med 2023; 6: 186.
- 8 Helse- og omsorgsdepartementet. LOV-1999-07-02-64. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Lest 12.9.2024.
- 9 Helse- og omsorgsdepartementet. LOV-2014-06-20-43. Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven). Lest 12.9.2024.
- 10 Rajotte JF, Bergen R, Buckeridge DL et al. Synthetic data as an enabler for machine learning applications in medicine. iScience 2022; 25: 105331.
- 11 Vallevik VB, Babic A, Marshall SE et al. Can I trust my fake data - A comprehensive quality assessment framework for synthetic tabular data in healthcare. Int J Med Inform 2024; 185: 105413.
- 12 Lavi H. Measuring greenhouse gas emissions in data centres: the environmental impact of cloud computing. Climatiq. Lest 12.9.2024.
- 13 Bhanot K, Qi M, Erickson JS et al. The problem of fairness in synthetic healthcare data. Entropy (Basel) 2021; 23: 1165.
- 14 Wang Z, Myles P, Tucker A. Generating and evaluating cross-sectional synthetic electronic healthcare data: preserving data utility and patient privacy. Comput Intell 2021; 37: 819–51.
- 15 Befring AK, Sand IJ. Big data og kunstig intelligens i helsesektoren. Oslo: Gyldendal, 2020.
- 16 EUR-Lex. Patrick Breyer v. Bundesrepublik Deutschland. Case C-582/14. Lest 12.9.2024.
- 17 EUR-Lex. Single Resolution Board v. EDPS. Case T-557/20. Lest 12.9.2024.
- 18 Sun C, van Soest J, Dumontier M. Generating synthetic personal health data using conditional generative adversarial networks combining with differential privacy. J Biomed Inform 2023; 143: 104404.
- 19 Ghatak D, Sakurai K. A Survey on Privacy Preserving Synthetic Data Generation and a Discussion on a Privacy-Utility Trade-off Problem. I: Science of Cyber Security - SciSec 2022 Workshops. New York, NY: Springer, 2022.
- 20 Beachamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Oxford: Oxford University Press, 2001.
- 21 Peach L. An introduction to ethical theory. I: Penslar RL. Research Ethics: Cases and Materials. Bloomington, IN: Indiana University Press, 1995: s. 13–26.
- 22 Parfit D. Reasons and persons. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- 23 Kamm FM. Harming some to save others. Philos Stud 1989; 57: 227–60.
- 24 Tosoni S, Voruganti I, Lajkosz K et al. Patient consent preferences on sharing personal health information during the COVID-19 pandemic: "the more informed we are, the more likely we are to help". BMC Med Ethics 2022; 23: 53.



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: Mohammed Almashhadani og Amanda Hylland Spjeldnæs

Medisinstudenter utsettes for rasisme

Medisinske fakulteter i Norge kan ikke lenger oppføre seg som om rasisme ikke foregår her. Vi trenger medisinske fakulteter som aktivt jobber mot rasisme og som utdanner antirasistiske leger.

Vi er medisinstudenter på slutten av studiet ved Universitetet i Oslo. Nylig har vi vært med på å starte en arbeidsgruppe mot rasisme på fakultetet (1, 2). Basert på egne observasjoner og historier vi har hørt

fra medstudenter ønsker vi å vise hvordan rasisme er et utbredt og systematisk problem ved medisinutdanningen i Oslo. Vi ser rasisme både i undervisningssammenheng, mellom studenter og i møte med pasienter og leger.

Forskning på rasisme på medisinstudiet i Norge mangler, men forskning på medisinstudier i Sverige (3, 4) og i Storbritannia (5) samt blant sykepleiere i Norge (6) viser at rasisme er et utbredt problem. I tillegg har det vært flere mediasaker om rasisme på medisinstudiet i Norge (7, 8). Medisinske fakulteter i Norge kan ikke lenger oppføre seg som om rasisme ikke foregår her, og de må begynne å aktivt arbeide mot rasisme. For å få til det på en god måte må ledelsen jobbe med å etablere tillit og sette i gang tiltak i samarbeid med studentene som opplever rasisme.

Åpenbar rasisme

Når vi snakker om rasisme, tenker nok mange på den direkte og åpenbare rasismen. Det finnes mange eksempler på åpenbar rasisme i undervisningssammenheng på medisinstudiet. Eksempler er underviseren som sa «Dere som ikke er norske, skjønner vel ikke hva jeg mener», og foreleseren som sa til en student som snakket gebrokkent at han ikke kunne bli lege. Noen professorer har brukt n-ordet i fullsatt forelesningssal. Studenter med hijab er på grunn av sin «synlighet» utsatt for stereotypisering og diskriminering, og har for eksempel

hørt av praksisveileder at det ikke passer seg å bruke hijab når man er lege.

Vi har også hørt gjentatte historier om studenters erfaringer i møte med pasienter. Medisinstudenter med flerkulturell bakgrunn har opplevd å bli kalt nedsettende ord som «pakkis», n-ordet eller «utlending» uten at dette blir tatt opp eller varslet – til tross for at medstudenter og veileder har hørt det. At pasienter spør om å bli møtt av en etnisk norsk lege, er heller ikke helt uvanlig, og det blir dessverre sjelden imøtegått av praksislærer eller medstudenter.

Den skjulte rasismen

Det er relativt enkelt å legge merke til den åpenbare rasismen, men det finnes også rasisme som er mer skjult. De fleste historiene vi har hørt, ligger i en gråson, der rasismen er mer indirekte og det kan så tvil hos den som opplever rasismen og de som observerer den. Mikroaggresjoner, også kalt hverdagsrasisme, forstår vi som små stikk eller krenkelser som er rettet mot en minoritet, og som til sammen skaper en oppfatning hos den som rammes av at man er betydelig mindre verdt enn andre. For den som rammes, er det lett å tro at man er den eneste og at man er for hårsår. En av våre ambisjoner med denne artikkelen er å åpne opp for en *me too*-samtale om hverdagsrasisme på medisinstudiet, slik at de som rammes ser at dette ikke handler om dem alene, men er et systemproblem.

Et eksempel på hverdagsrasisme er hvordan en av våre medstudenter med minoritetsbakgrunn ble forskjellsbehandlet av legen på praksisplassen der studenten var sammen med en hvit norsk student. Det startet med at legen bare hilste på den hvite studenten og totalt ignorerte den andre. Videre ble den hvite

Summen av alle de små krenkelsene og forskjellsbehandlingene skaper en enorm belastning og en opplevelse av å bli behandlet annerledes på grunn av sin minoritetsbakgrunn

studenten inkludert i det kliniske arbeidet, mens studenten med minoritetsbakgrunn ble sittende på en stol i hjørnet på kontoret uten å få delegert relevante oppgaver knyttet til det kliniske arbeidet. Igjen, dette ble ikke varslet eller meldt videre, da vedkommende ikke hadde noen tillit til varslingssystemet.

Noen vil kanskje si at dette ikke er rasisme. For hvor er beviset på rasismen? Men det som gjør det til rasisme, er at flere studenter med minoritetsbakgrunn opplever denne typen forskjellsbehandling gang på gang. Summen av alle de små krenkelsene og forskjellsbehandlingene skaper en enorm belastning og en opplevelse av å bli behandlet annerledes på grunn av sin minoritetsbakgrunn. For mange blir de små stikkene en del av hverdagen og noe man dessverre venner seg til.

Forskjellsbehandling

Forskjellsbehandlingen som medstudenter med minoritetsbakgrunn opplever, handler ofte om at de blir ansett som mindre ressurssterke, mindre hardtarbeidende og mindre egnet til å mestre legetyrket. Vi kjenner medisinstudenter med minoritetsbakgrunn som opplever å ikke bli trodd av pasienter når de forklarer en sykdomsmekanisme, og som opplever at undervisere gang på gang gir uttrykk for at de har mindre tillit til kunnskapen de kommer med fordi de for eksempel har mørk hudfarge, bærer hijab eller snakker med aksent. Flere medisinstudenter med minoritetsbakgrunn har fortalt at de i gruppeundervisning i de prekliniske årene ikke fikk den samme anerkjennelsen som de hvite norske studentene. De med minoritetsbakgrunn rakk opp hånda like mye og svarte like mye riktig, men underviseren ga mer positive tilbakemeldinger til de hvite studentene. En medstudent med minoritetsbakgrunn opplevde i smågruppeundervisning at hun ga riktig svar på et spørsmål fra læreren, men at en hvit student som gjentok svaret hennes, ble møtt med langt mer engasjement fra læreren.

Rasisme på sosiale arenaer

På noen måter er medisinstudiet sosialt delt mellom de hvite norske og de med minoritetsbakgrunn. I en typisk forelesningssal sitter de med mørk hud på den ene siden og de med lys hud i en annen del av rommet. Dette ser vi begge to, som til sammen har gått på fire kull. Medisinstudenter som gikk ut for to, ti og tjue år siden, forteller om det samme. Det er vanskelig å komme med tiltak for hvor i forelesningssalen studentene setter seg, og vi ser på denne segregeringen som et symptom på noe underliggende, nemlig en subtil ekskludering og stereotypisering. Studenter med minoritetsbakgrunn har en opplevelse av at de er annerledes enn resten av kullet.

Medisinstudenter med minoritetsbakgrunn forteller at de opplever å bli utestengt fra sosiale foreninger på grunn av etnisk bakgrunn. De får rasistiske kommentarer i sosiale mediekkanaler tilknyttet studiet og ubehagelige kommentarer fra medstudenter som f.eks. har drukket for mye

i fadderuken. De sosiale møteplassene som skapes i fadderuken, involverer høy bruk av alkohol og fungerer ekskluderende for de som ikke drikker. Det er slettet ikke slik at ingen med minoritetsbakgrunn drikker, eller at alle uten minoritetsbakgrunn drikker, men andelen som ikke drikker blant dem med minoritetsbakgrunn, er høyere. Problemet er ikke alkoholen i seg selv, men kulturen som vokser frem rundt den.

For mange blir vennegjengen og andre relasjoner som varer gjennom studiet, etablert i fadderuken. Et eksempel vi ofte hører er at medisinstudenter med minoritetsbakgrunn sliter med å danne kollokviégrupper og derfor må studere alene. Dette er med på å bidra til en systematisk fremmedgjøringsprosess som tidlig i studiet ekskluderer studenter med minoritetsbakgrunn. Det kan også være med på å forklare hvorfor en del studenter med minoritetsbakgrunn dropper ut av medisinstudiet de første årene. Her er det stort behov for kartlegging fra det medisinske fakultetet.

Oss og dem

Summen av de ulike opplevelsene som medisinstudenter med minoritetsbakgrunn opplever, skaper en opplevelse av at man er annerledes og mindre verdt. En slags andreklassens student. Av at det er et *oss*, som består av hvite norske medisinstudenter, og et *dem* / *de andre* bestående av de som er annerledes med mørk hud og minoritetsbakgrunn.

De andre-et blir problematisert i flere settinger og ofte ansett som mer krevende. Et eksempel er overflateanatomiundervisningen, som går ut på at en stor gruppe lettkledd studenter øver på undersøkelser av bevegelsesapparatet på hverandre under veiledning av en lærer. Vi kjenner flere kvinnelige medisinstudenter som av forskjellige årsaker ønsker å være tildekket, og som har mottatt kommentarer fra lærere om at de bør kle av seg. Dette skaper en opplevelse av at religiøse plagg er et problem og bygger oppunder følelsen av at man er annerledes, problematisk og mindre flink enn andre. Et annet eksempel er studenten med mørk hud som på kurs i venepunksjon fikk høre at det er vanskelig å sette perifer venekanyle på «sanne som deg». Vi har også møtt studenter som har fått beskjed i kommunikasjonsundervisningen om at de ved anamneseopptak bør advare pasienten om at de har bodd få år i Norge og ikke snakker så godt norsk, slik at pasienten er forberedt på at de står overfor en «utfordring». Dette er de samme studentene som har kommet inn på et av studiene med høyest opptakskriterier i landet.



Videre inn i legelivet

Ryktet om at man som lege med minoritetsbakgrunn må jobbe hardere for å oppnå det samme som hvite norske leger, er etablert blant mange. Dette er også beskrevet i forskning på medisinstudiet i Sverige (4). Vi har snakket med flere unge leger med minoritetsbakgrunn som opplever at de får mindre ansvar og mindre utfordrende arbeidsoppgaver enn deres hvite kolleger. Disse legene blir også sett på som mer krevende og utfordrende. Når de har skrivefeil i journalene sine, blir de raskt rettet på, mens de hvite kollegaene kan gå gjennom et yrkesliv fullt av skrivefeil uten noen gang å ha mottatt korrektur fra en kollega. Dette viser at man kanskje har høyere terskel for å rette på hvite kolleger.

Konstruktiv tilbakemelding til kolleger med og uten minoritetsbakgrunn er viktig, men forskjellsbehandling er problematisk. De unge legene med minoritetsbakgrunn opplever at kolleger rundt dem hele tiden ser etter ting de gjør feil og at det skal mindre til før de blir oppfattet å gjøre en dårlig jobb enn for hvite norske leger. Medisinstudenter med minoritetsbakgrunn har fått råd fra mer erfarne leger om at de ikke bør velge de mest prestisjefylte spesialiseringene, fordi det vil bli vanskelig å nå toppen med minoritetsbakgrunn. Hva gjør dette med helsevesenet vårt?

Medisinstudenter med minoritetsbakgrunn har fått råd om at de ikke bør velge de mest prestisjefylte spesialiseringene, fordi det vil bli vanskelig å nå toppen med minoritetsbakgrunn

Trenger tiltak på systemnivå

Vi vil presisere at vi på ingen måte anklager undervisere, studenter og leger i medisinutdanningen i Oslo for å være rasister. Det er forskjell på intensjon og effekt, og det som er ment som velmenende kommentarer, kan oppleves som rasisme. Løsningen på rasisme i medisinutdanningen handler i hovedsak om tiltak på systemnivå (3–5, 8). Og på systemnivå må det skje mye.

Vi trenger aktivt antirasistiske medisinske fakulteter som tar medisinstudenters opplevelser på høyeste alvor og som jobber målrettet for å bygge tillit hos studentene med minoritetsbakgrunn. Tiltakene bør utvikles i samarbeid mellom ledelsen, ansatte og studenter. Et forslag er obligatoriske antirasismekurs der alle lærere og studenter får reflektere over sin rolle innenfor rasisme samt får verktøy for å håndtere møte med rasisme i helsevesenet. Et annet forslag er å forbedre varslingssystemene for rasisme. De fleste vi kjenner har aldri varslet, blant annet på grunn av lite informasjon om varslingssystemene, frykt for stigmatisering og mangel på tillit til ledelsen.

For å skape antirasistiske medisinske fakulteter er første steg konkrete og forpliktende tiltak fra fakultetsledelsene. Vi ønsker å være en del av en antirasistisk generasjon med leger. ■

Forfatterne er medlemmer av Arbeidsgruppen for rasisme, diskriminering og helse ved Universitetet i Oslo.

Tusen takk til resten av arbeidsgruppen for innspill til denne kronikken.

Mottatt 28.6.2024, første revisjon innsendt 7.9.2024, godkjent 1.10.2024.

Mohammed Almashhadani*

Mohammed Almashhadani er medisin- og forskerlinjestudent ved Instituttet for eksperimentell medisinsk forskning, Universitetet i Oslo / Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Amanda Hylland Spjeldnæs*

amanda.spjeldnas@medisin.uio.no

Amanda Hylland Spjeldnæs er medisin- og forskerlinjestudent ved Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

* Mohammed Almashhadani og Amanda Hylland Spjeldnæs har bidratt i like stor grad til denne artikkelen.

Litteratur

- 1 Universitetet i Oslo. Et løft for mangfold, likestilling og inkludering ved MED. Lest 28.6.2024.
- 2 Universitetet i Oslo. Et antirasistisk medisinsk fakultet? Lest 28.6.2024.
- 3 Kristoffersson E, Rönnqvist H, Andersson J et al. "It was as if I wasn't there" – Experiences of everyday racism in a Swedish medical school. *Social science & medicine* (1982) 2021; 270: 113678.
- 4 Kristoffersson E, Hamberg K. "I have to do twice as well" – managing everyday racism in a Swedish medical school. *BMC Med Educ* 2022; 22: 235.
- 5 Morrison N, Zaman T, Webster G et al. 'Where are you really from?': a qualitative study of racial microaggressions and the impact on medical students in the UK. *BMJ Open* 2023; 13: e069009.
- 6 Bergsagel I. Sykepleiere diskrimineres på grunn av hudfarge: «Pasienten ville ikke bli stelt av svarte folk». Sykepleien 2.9.2020. Lest 28.6.2024.
- 7 Pedersen AT. Krever rasismeundervisning på medisinstudiet: -Mye frykt. VG 1.5.2024. Lest 28.6.2024.
- 8 Sunde ML, Aftab F. Tør unge leger å si ifra om etnisk diskriminering? *Aftenposten* 1.2.2021. Lest 28.6.2024.

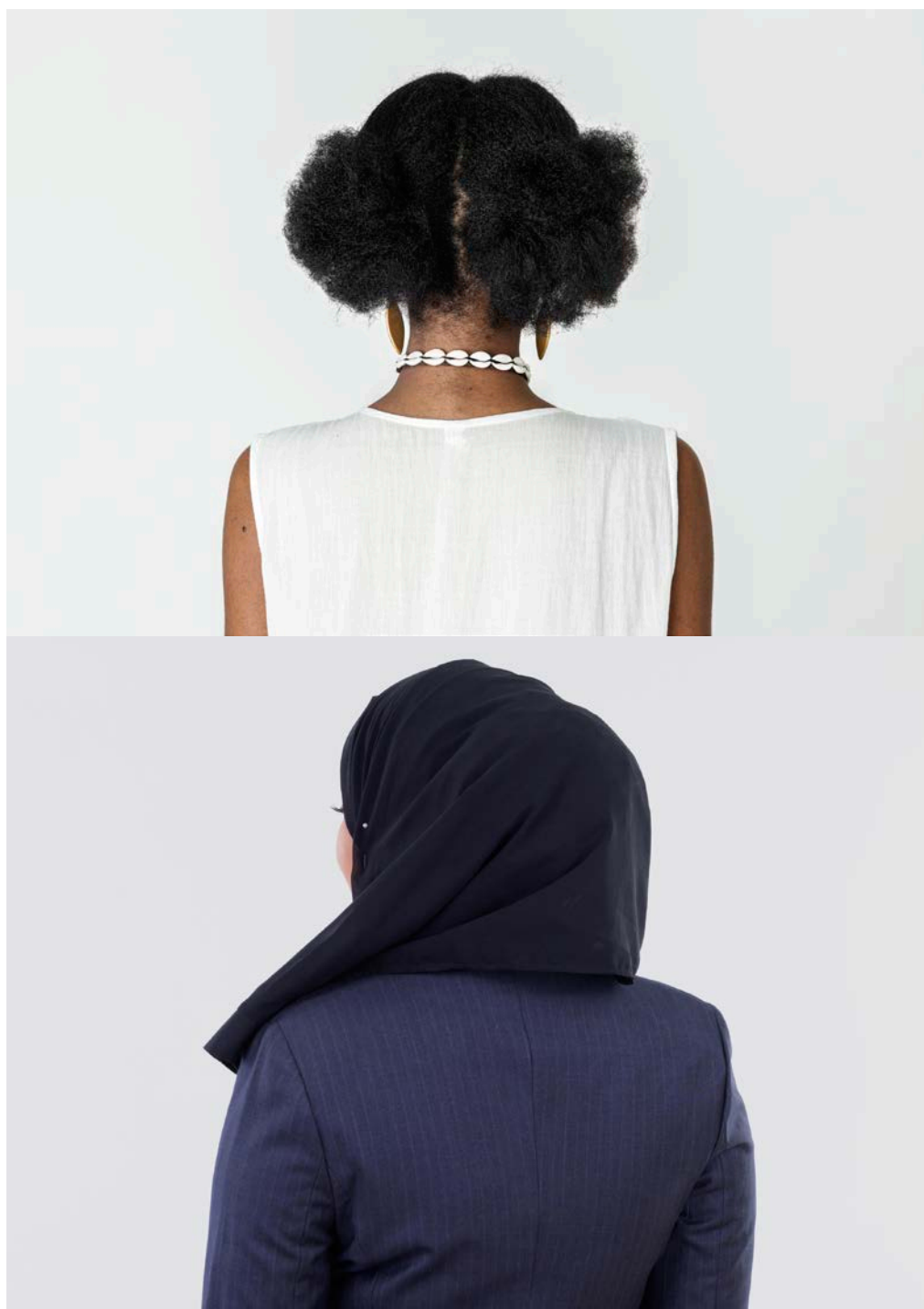


Foto: Rawpixel og Ranta Images / iStock

Tekst: Davina Kaur Patel et al.

Rasisme som helseproblem

Rasisme finnes både i samfunnet og i helsetjenesten, også i Norge.

Rasisme har ikke vært et prioritert tema innen verken medisinerutdanningen eller forskningen i Norge. Vi står midt i et paradigmeskifte: Stadig flere anerkjenner at rasisme finnes i det norske samfunnet og i det norske helsevesenet. I denne artikkelen drøftes rasisme og helse i en norsk kontekst. Vi argumenterer for at universitetene og Den norske legeforening bør arbeide for å fremme antirasistisk utdanning, praksis og politikk.

Hva er rasisme?

Det finnes ikke en entydig definisjon av rasisme. Rasisme er et komplekst og flerfoldig fenomen. I denne teksten støtter vi oss på FNs rasediskrimineringslov (1965), som definerer rasisme som «enhver diskriminering, forskjellsbehandling, trakassering, utestenging eller begrensning basert på etnisitet, utseende, landbakgrunn eller religion som har til hensikt eller virkning å svekke nytelsen eller utøvelsen på like vilkår av menneskerettigheter og grunnleggende friheter på det politiske, økonomiske, sosiale, kulturelle eller hvilket som helst annet område av det offentlige liv» (1).

Rasisme og diskriminering skjer på ulike samfunnsarenaer – arbeidsplasser, skoler, i nabolag og ute i byen (2). Tall fra 2022 viser at blant dem som er definert som innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre hadde 55 % opplevd diskriminering på grunn av etnisk

bakgrunn, 36 % på grunn av hudfarge og 23 % på grunn av religion/livssyn (3). FNs ekspertgruppe for mennesker av afrikansk avstamning uttrykte i 2024 bekymring for det de kaller «stortilt diskriminering av mennesker som har afrikansk opphav i Norge» (4). Rasisme og diskriminering finnes også på universiteter og i helsevesenet (5–7). Likevel har det vært lite oppmerksomhet rundt denne problemstillingen i forskning, medisinerutdanning og klinisk praksis i Norge.

Strukturell rasisme

Rasisme og diskriminering er viktige helseterminanter som påvirker både fysisk og mental helse gjennom ulike mekanismer, gjennom hele livsløpet og også mellom generasjoner (8). Det har vært økende fokus på strukturell rasisme som overordnet konsept for å forstå hvordan rasisme bidrar til helseulikheter (8, 9). Strukturell rasisme beskriver den systematiske forskjellsbehandlingen som oppstår i ulike samfunnssektorer, som utdanning, sysselsetting, inntekt, tilgang til sosial velferd og trygd, helsetjenester, rettssystemer og bolig (9).

Helsesystemer kan påvirkes av rasisme og diskriminering gjennom redusert tilgang til helsetjenester som for eksempel manglende helsemessige, sosiale og politiske rettigheter, mangel på helseinformasjon på andre språk samt økonomiske barrierer (8). Diskriminering kan også oppstå når helsetjenesten er dårlig tilpasset pasientene, som ved manglende bruk av kvalifisert tolk, mangel på kompetanse blant

Rasisme og diskriminering er viktige helse-determinanter som påvirker både fysisk og mental helse gjennom ulike mekanismer, gjennom hele livsløpet og også mellom generasjoner

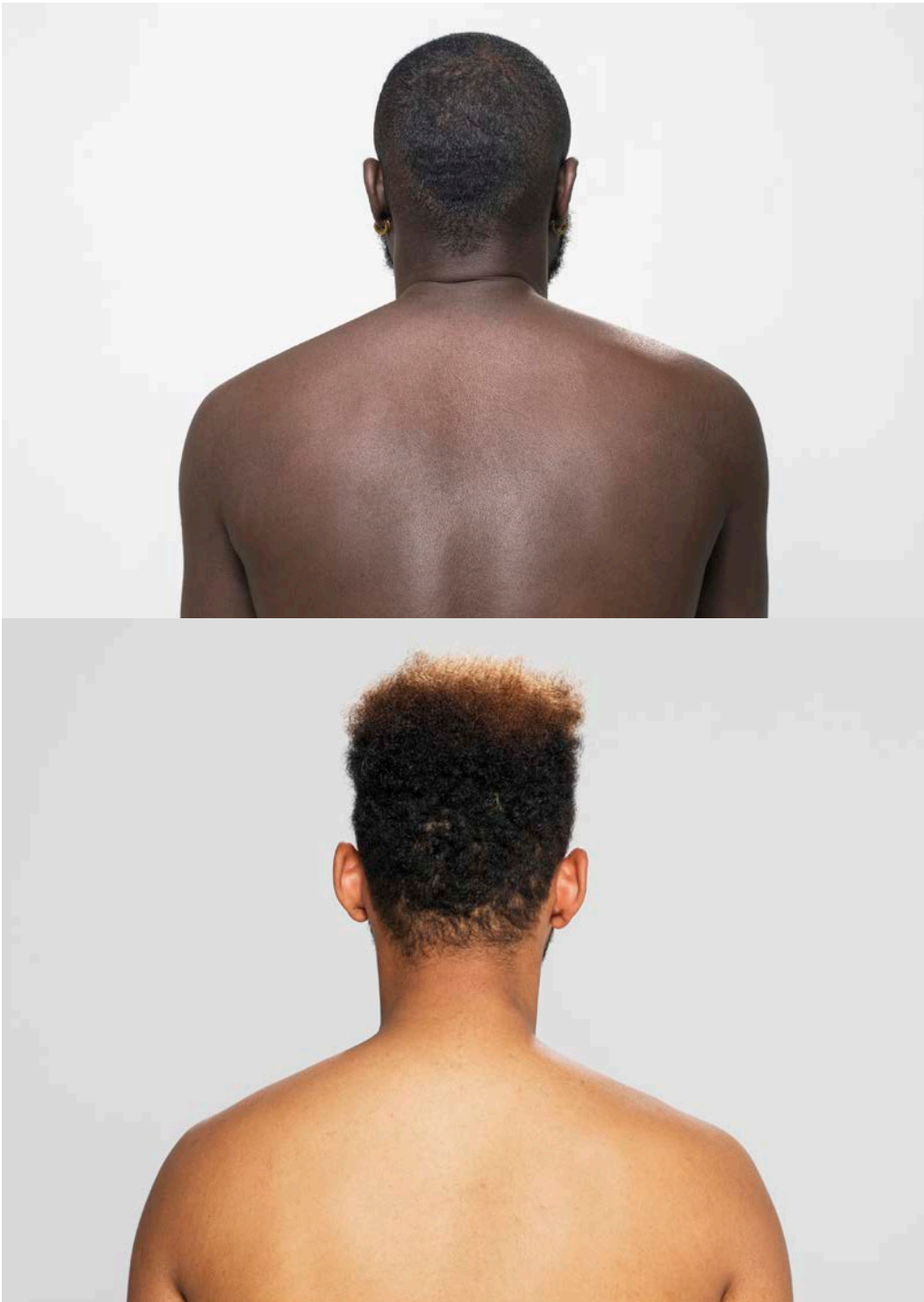


Foto: Simonkr / iStock

helsepersonell om vanlige helseplager blant pasienter med minoritetsbakgrunn og gjennom ubeviste holdninger blant helsepersonell (8, 10). Helsepersonell med minoritetsbakgrunn opplever også rasisme og diskriminering i helsetjenesten (8), noe som kan få ubehagelige konsekvenser for dem (6).

Helseeffekter av rasisme

Vi har også studier fra Norge som viser at at rasisme og diskriminering er helseskadelig (11). Opplevd diskriminering har blitt assosiert med økt risiko for psykiske plager blant noen grupper med innvandrerbakgrunn (12) og med en rekke negative helseindikatorer i den samiske befolkningen (13).

Strukturell rasisme i den norske helsetjenesten og samfunnet ble for alvor synliggjort under covid-19-pandemien (14). Da ble ulikhet i både koronarelatert morbiditet og mortalitet mellom majoritetsbefolkningen og etniske minoriteter godt dokumentert. Funnene kunne verken fullstendig forklares av sosioøkonomiske ulikheter, underliggende sykdommer eller risikofaktorer for eksponering, men pekte mot systemiske barrierer i helsetjenestene (15–17).

Vi anbefaler at Den norske legeforening og de fire medisinske fakultetene slutter seg til Verdens legeforenings erklæring om rasisme i medisin

Flere studier indikerer at det finnes strukturelle mekanismer som fører til helseulikheter blant personer med minoritetsbakgrunn i Norge. I en tverrsnittsstudie med innvandrere fra tolv ulike land så man at det var høyere risiko for en rekke negative helseutfall blant innvandrere enn i majoritetsbefolkningen, og ulikhetene var større hvis innvandrerne hadde lengre botid i Norge, dårlige norskkunnskaper og lav utdanning (18).

I den norske svangerskapsomsorgen vet vi at kvinner fra Asia og Afrika har høyere risiko for en rekke fødselskomplikasjoner sammenlignet med norskfødte kvinner (19–20). Gravide papirløse kvinner har 46 % økt risiko for dårlig svangerskapsutfall, seks ganger økt risiko for perinatal mortalitet og nesten dobbelt så høy risiko for hastekeisersnitt og dødfødsel enn norskfødte kvinner (21–22). I de sistnevnte studiene peker forfatterne på at politiske, økonomiske og sosiale strukturer har avgjørende betydning for utfallet.

Forskningsfeltet er fremdeles i sin spede begynnelse i Norge, og vi trenger mer kunnskap om hvordan ulike strukturelle og mellom-menneskelige faktorer bidrar til ulike helseutfall blant personer med minoritetsbakgrunn.

Rasisme på pensum i medisinstudiet

Legeutdanningen har blitt identifisert som en av de tre største arenaene for å motvirke strukturell rasisme og helseulikheter (23). Nåværende og

tidligere medisinstudenter har problematisert mangelen på undervisning om rasisme og diskriminering her i Norge (24). I 2020 kom forskrift om nasjonal retningslinje for medisინutdanning (25), som ga medisინutdanningene i oppgave å undervise om «hvordan faktorer som diskriminering og rasisme særlig påvirker folkehelsen til minoritetsgrupper og samer som urfolk». På bakgrunn av denne endringen ble også de samfunnsmedisinske læringsutbyttebeskrivelsene nasjonalt revidert (26). De inkluderte nå «rasisme» mer eksplisitt som helsedeterminant, og det ble påkrevd at studentene kunne drøfte «hvordan helsepersonell kan bidra både til å forsterke og minimalisere dem» (26).

Det er ikke tilstrekkelig at denne problemstillingen kun undervises i faget samfunnsmedisin, både fordi faget utgjør en så liten andel av hele studieprogrammet og fordi studentenes rollemodeller typisk befinner seg i de kliniske fagene. Det er også i klinisk praksis at studentene erfarer mest rasisme, både rettet mot dem selv og overfor pasienter (27). Det er svært viktig at alle som er involvert i medisინutdanning har kunnskap om hvordan rasisme og diskriminering påvirker helse samt hvordan helsepersonell kan bidra både til å forsterke og minske disse helseeffektene.

Erklæring om rasisme i medisin

Vi anbefaler at Den norske legeforening og de fire medisinske fakultetene slutter seg til Verdens legeforenings (WMA) erklæring om rasisme i medisin (28). Erklæringen fordømmer rasisme i alle dens former, erklærer rasisme som en folkehelsestrussel og anerkjenner at rasisme er en strukturell utfordring i helsevesenet, men også en sosial helsedeterminant som bidrar til sosial ulikhet i helse. Avslutningsvis forplikter den seg til å fremme likestilling og mangfold i medisin for å oppnå et inkluderende og rettferdig miljø.

Sammen må vi bygge antirasistiske, solidariske og støttende utdanningsinstitusjoner

Utdanningsinstitusjoner bør gjenspeile helsepersonells etiske forpliktelser, inkludert respekt for grunnleggende menneskerettigheter, sannhet og rettferdighet (29). Helsepersonell har et særlig ansvar for å forstå og motvirke diskriminering for å fremme helse og sosial rettferdighet (30). Ignorerer vi hvordan diskriminering bidrar til ulikheter i helse, gjør vi oss medskyldige i denne diskrimineringen (30). Derfor bør vi på alle nivåer – fra de medisinske fakultetene og helsetjenesten, til undervisere, helsepersonell og studenter – forplikte oss til å motvirke rasisme, diskriminering og sosial urettferdighet i helsevesenet og i samfunnet. Gitt alt vi vet om rasismens helseeffekter, er dette vår etiske forpliktelse. ■

Forfatterne er medlemmer av Arbeidsgruppen for rasisme, diskriminering og helse ved Universitetet i Oslo.

Mottatt 2.7.2024, første revisjon innsendt 20.9.2024, godkjent 1.10.2024.

Davina Kaur Patel*d.k.patel@medisin.uio.no*

Davina Kaur Patel er lege og stipendiat ved Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Universitetet i Oslo.

Amanda Hylland Spjeldnæs

Amanda Hylland Spjeldnæs er medisin- og forskerlinjestudent ved Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Universitetet i Oslo.

Mohammed Almashhadani

Mohammed Almashhadani er medisin- og forskerlinjestudent ved Instituttet for eksperimentell medisinsk forskning, Universitetet i Oslo / Oslo universitetssykehus.

Hanne Ochieng Lichtwarck

Hanne Ochieng Lichtwarck er lege og postdoktor ved Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Universitetet i Oslo.

Anne Kveim Lie

Anne Kveim Lie er lege og professor ved Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Universitetet i Oslo.

Emma Joanna Lengle

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

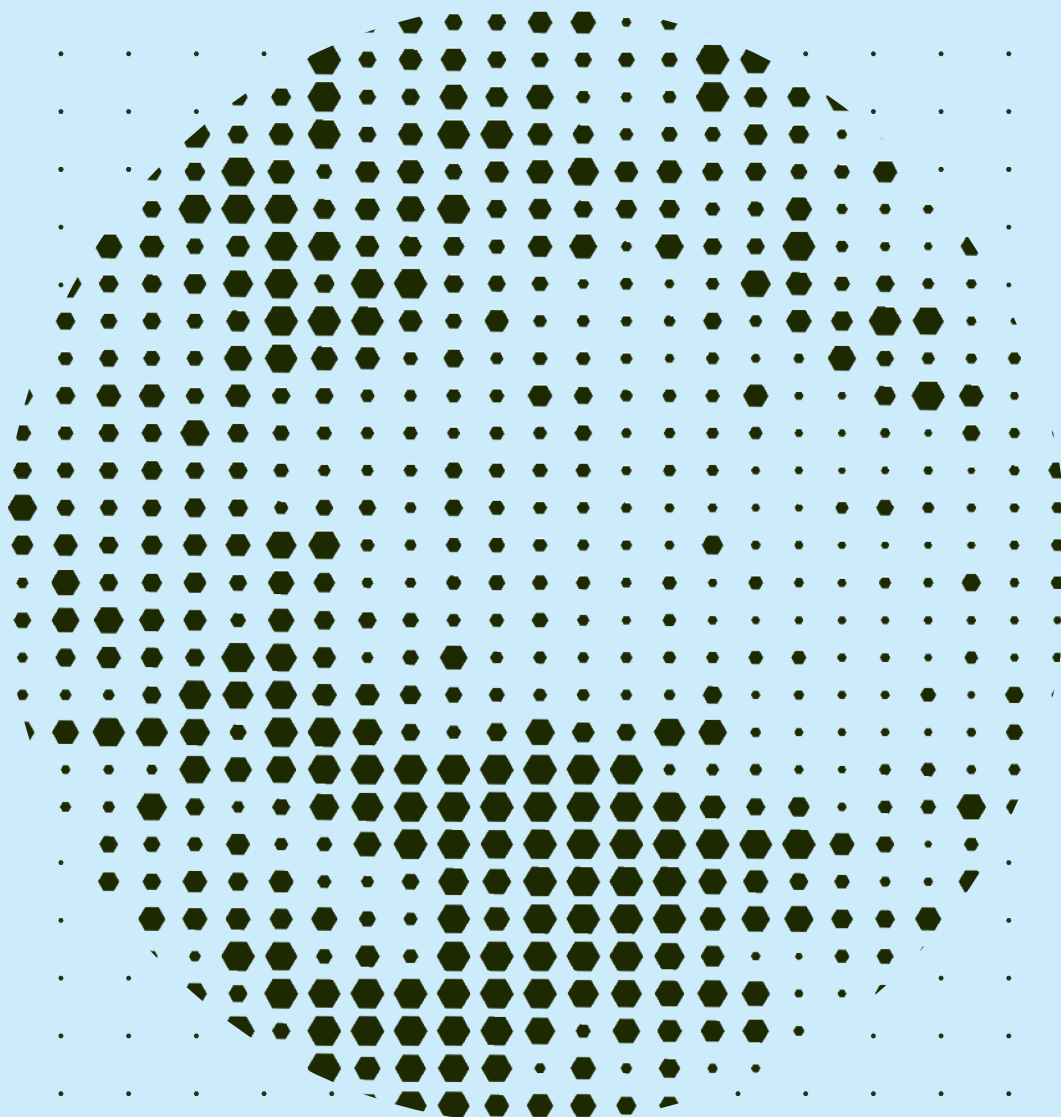
Forfatterne har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

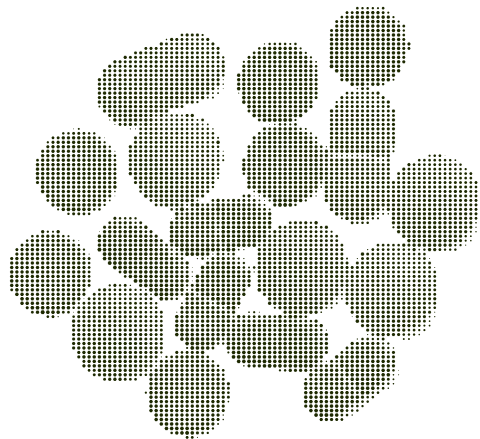
- 1 FN-sambandet. FNs konvensjon om avskaffelse av alle former for rasediskriminering. Lest 1.10.2024.
- 2 Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Handlingsplan mot rasisme og diskriminering—Ny innsats 2024–2027. Lest 1.7.2024.
- 3 Oppøyen MS. En av fem opplever diskriminering. Statistisk sentralbyrå 2022. Lest 1.7.2024.
- 4 FNs regionale informasjonskontor for Vest-Europa. Norway: UN experts deeply concerned about racial discrimination against people of African descent. Lest 1.7.2024.
- 5 Akademiet for yngre forskere. Rom for mangfold i akademia? En surveyundersøkelse om internasjonallisering, diskriminering og seksuell trakassering blant yngre forskere i Norge. Lest 1.7.2024.
- 6 Bergsagel I. Sykepleiere diskrimineres på grunn av hudfarge: «Pasienten ville ikke bli stelt av svarte folk». Sykepleien 2.9.2020. Lest 1.7.2024.
- 7 Mbanya VN, Terragni L, Gele AA et al. Access to Norwegian healthcare system - challenges for sub-Saharan African immigrants. *Int J Equity Health* 2019; 18: 125.
- 8 Selvarajah S, Corona Maioli S, Deivanayagam TA et al. Racism, xenophobia, and discrimination: mapping pathways to health outcomes. *Lancet* 2022; 400: 2109–24.
- 9 Williams DR, Lawrence JA, Davis BA. Racism and health: evidence and needed research. *Annu Rev Public Health* 2019; 40: 105–25.
- 10 Alnæs-Katjavivi P. Ubevisste holdninger hos leger. *Tidsskr Nor Legeforen* 2021; 141: doi: 10.4045/tidsskr.21.0048.
- 11 Folkehelseinstituttet. Innspill til Regjeringens handlingsplan mot rasisme og diskriminering. Lest 1.7.2024.
- 12 Straiton ML, Aambø AK, Johansen R. Perceived discrimination, health and mental health among immigrants in Norway: the role of moderating factors. *BMC Public Health* 2019; 19: 325.
- 13 Hansen KL. Ethnic discrimination and health: the relationship between experienced ethnic discrimination and multiple health domains in Norway's rural Sami population. *Int J Circumpolar Health* 2015; 74: 25125.
- 14 Diaz E. Covid-19 har vist at diskriminering i helsevesenet er et reelt problem. *Forskersonen* 28.2.2021. Lest 1.7.2024.
- 15 Kjøllesdal MKR, Juarez SP, Aradhya S et al. Understanding the excess COVID-19 burden among immigrants in Norway. *J Public Health (Oxf)* 2023; 45: 277–86.
- 16 Indseth T, Elgersma IH, Strand BH et al. Covid-19 blant personer født utenfor Norge, justert for yrke, trangboddhet, medisinsk risikogruppe, utdanning og inntekt. *Folkehelseinstituttet* 2021. Lest 1.7.2024.
- 17 Labberton AS, Godøy A, Elgersma IH et al. SARS-CoV-2 infections and hospitalisations among immigrants in Norway—significance of occupation, household crowding, education, household income and medical risk: a nationwide register study. *Scand J Public Health* 2022; 50: 772–81.
- 18 Kjøllesdal MKR, Gerwing J, Indseth T. Health risks among long-term immigrants in Norway with poor Norwegian language proficiency. *Scand J Public Health* 2023; 51: 422–9.
- 19 Bakken KS, Skjeldal OH, Stray-Pedersen B. Higher risk for adverse obstetric outcomes among immigrants of African and Asian descent: a comparison study at a low-risk maternity hospital in Norway. *Birth* 2015; 42: 132–40.
- 20 Jatta F, Sundby J, Vangen S et al. Association between Maternal Origin, Pre-Pregnancy Body Mass Index and Caesarean Section: A Nation-Wide Registry Study. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18: 5938.
- 21 Eick F, Vallersnes OM, Fjeld HE et al. Use of non-governmental maternity services and pregnancy outcomes among undocumented women: a cohort study from Norway. *BMC Pregnancy Childbirth* 2022; 22: 789.
- 22 Eick F, Vallersnes OM, Fjeld HE et al. Perinatal mortality among pregnant undocumented migrants in Norway 1999–2020: A register-based population study. *Soc Sci Med* 2024; 353: 117055.
- 23 Bailey ZD, Krieger N, Agénor M et al. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *Lancet* 2017; 389: 1453–63.
- 24 Hildrum JM. Rasisme og diskriminering må inn som tema på medisinstudiet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0491.
- 25 Kunnskapsdepartementet. Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinstudenter. Lest 1.7.2024.
- 26 Hansen AH, Kvalvik LG, Lie AHK et al. Revisjon av de nasjonale læringsutbyttebeskrivelsene for samfunnsmedisin i legestudiet. *Tidsskriftet Michael* 2021; 18: 348–61.
- 27 Almashhadani M, Spjeldnæs AH. Medisinstudenter utsettes for rasisme. *Tidsskr Nor Legeforen* 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.24.0368.
- 28 Verdens legeforening. WMA Declaration of Berlin on Racism in Medicine. Lest 1.7.2024.
- 29 Den norske legeforening. Etske regler for leger. Lest 1.7.2024.
- 30 Devakumar D, Selvarajah S, Abubakar I et al. Racism, xenophobia, discrimination, and the determination of health. *Lancet* 2022; 400: 2097–108.

Nytt om legemidler

Lisdeksamfetamin kapsler - samme pakning til bruk hos både barn og voksne. Flere legemidler til palliativ behandling på blå resept (forhåndsgodkjent refusjon).



Det har vært mangel på lisdeksamfetamin kapsler som brukes til behandling av ADHD. Det er nå god tilgang på disse legemidlene, og fremover vil samme pakning kunne brukes av både barn og voksne.



Fram til nå har leverandørene levert ulike pakninger for voksne og barn. Selv om pakningene inneholder lisdeksamfetamin i samme styrke, har de vært solgt under ulike navn. Elvanse (Takeda) og Balidax (Teva) har vært godkjent til barn fra seks år og Aduvanz (Takeda) og Volidax (Teva) har vært godkjent til voksne.

En pakning til både barn og voksne

Fremover vil leverandørene levere en pakning som kan brukes av både voksne og barn. Forskrivning, vareflyt og utlevering i apotek vil derfor bli enklere (1).

Refusjonsberettiget bruk

Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) hos barn og voksne fra og med seks år som del av et behandlingsopplegg når respons på tidligere metylfenidatbehandling ikke anses som klinisk tilstrekkelig.

Vær oppmerksom på at:

- i en overgangsperiode vil både barne- og voksenpakningene fra begge leverandører være i salg
- apotek oppfordres fremdeles til å utlevere en pakke om gangen
- på grunn av tidligere forsyningsproblemer tillater DMP fortsatt salg av utenlandske pakninger fram til 15.01.2025

Referanse:

1. <https://www.dmp.no/forsyningssikkerhet/legemiddelmangel/nyheter/forsyningen-av-lisdeksamfetamin-er-god>

Palliativ behandling i livets slutfase

DMP ønsker å legge til rette for at pasienter som får palliativ behandling kan få flere legemidler på blå resept (forhåndsgodkjent refusjon). Dette gjelder også legemidler som ikke har godkjent indikasjon til palliativ behandling.

Etter innspill fra Norsk forening for palliativ medisin og Helfo, har DMP vurdert legemidler som brukes i norsk klinisk praksis, men som til nå ikke har hatt forhåndsgodkjent refusjon.

Nye legemidler på blå resept til palliativ behandling:

- Bupivakain (Marcain spinal injeksjonsvæske)
- Elektrolytter (Ringer-acetat infusjonsvæske)
- Esketamin (Ketanest injeksjonsvæske)
- Mirtazapin (Remeron/Mirtazapin tabletter og smeltetabletter)
- Olanzapin (Zyprexa tabletter, smeltetabletter og injeksjonsvæske)
- Quetiapin (Seroquel/Quetiapin tabletter og depottabletter)
- Metadon (Metadon NAF injeksjonsvæske)
- Lansoprazol (Lanzo Melt smeltetabletter)
- Tapentadol (Palexia mikstur, tabletter og depottabletter)

Vilkår:

Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.

Depresjon er knyttet til lav utdanning og inntekt

Personer med lav sosioøkonomisk status har økt risiko for depresjon.

Depresjon er en viktig årsak til lidelse og død. I en studie med nesten 70 000 personer over 50 år fra 24 land, utviklet nesten 30 % av dem depresjon i løpet av fem år (1). Lav sosioøkonomisk status, det vil si lav utdanning og inntekt, var assosiert med 34 % økt risiko for depresjon sammenliknet med høy sosioøkonomisk status. Ensomhet og lite sosial aktivitet forklarte kun 12 % av denne økte risikoen. Personer med lav sosioøkonomisk status som også var ensomme og lite sosiale, hadde hele 145 % høyere risiko for depresjon enn personer med høy sosioøkonomisk status som var sosiale og ikke ensomme.

– Det er en klar sammenheng mellom sosioøkonomisk status og stort sett alle sykdommer, også depressive lidelser, noe som bekreftes i denne store og

vel gjennomførte studien, sier Jan Ivar Røssberg, psykiater og professor ved Universitetet i Oslo.

– Det er særlig interessant at antatt viktige faktorer som sosial aktivitet og ensomhet forklarte en signifikant, men beskjeden del av sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og depressive symptomer, sier han. Skal man forebygge depresjon blant eldre, må man sette inn tiltak på flere nivåer for å redusere effekten av sosioøkonomiske forskjeller. Det er ikke nok å bare redusere sosial isolasjon og hindre ensomhet, sier Røssberg. ■

Amanda Hylland Spjeldnæs

Universitetet i Oslo

Litteratur

- 1 Wang Y, Liu M, Yang F et al. The associations of socioeconomic status, social activities, and loneliness with depressive symptoms in adults aged 50 years and older across 24 countries: findings from five prospective cohort studies. *Lancet Healthy Longev* 2024; 5: 100618.



Illustrasjonsfoto: Conger design / pixabay.
Tildelt av Tidsskriftet

Kan immunterapi mot kreft ha bedre effekt hos overvektige?

Fedme kan disponere for kreft, men kan også øke virkningen av kreftbehandling med immunsjekkpunkthemmere.

Mange krefttyper er assosiert med fedme, som nest etter røyking er den viktigste forebyggbare risikoen for kreft. Likevel kan fedme i noen tilfelle forbedre responsen på behandling med immunsjekkpunkthemmere, slike som antistoff mot membranreseptorene PD-1, CTLA og PD-1-liganden, som inngår i denne kontrollmekanismen. En slik immunblokkade er en reaksjon på langvarig immunstimulering og oppstår muligens for å forhindre at stimuleringen går over til å bli en autoimmun mekanisme.

Kontrollen av immunblokkaden har revolusjonert immunterapien for mange kreftpasienter. Med andre ord oppnår man immunstimulering ved å hemme hemningen. Selv om fedme fremmer kronisk betennelse, er immunsystemets rolle i sammenhengen mellom fedme og kreft uklar. Blant annet er det vist at både T-celler og makrofager uttrykker PD-1-proteinet.

I en ny musestudie fant man at fedme selektivt induserte PD-1-ekspresjon på tumorassosierte makrofager (1), som er de vanligste immuncellene i kreftsvulster. PD-1-signalering i makrofagene ved fedme førte til redusert stimulering av T-cellene, altså med nedsatt immunrespons mot kreftcellene som følge. Studier med humane kreftsvulster viste tilsvarende funn. Samtidig bidro PD-1-reseptoren til å øke responsen på sjekkpunkthemning.

Har dette paradokset mer enn akademisk interesse? På dette spørsmålet svarer Anne Spurkland, som er professor ved Institutt for basalmedisin ved Universitetet i Oslo:

– Dette er en paradoksal, og for meg litt overraskende, sammenheng mellom signalering i makrofager og T-celler,

sier hun. PD-1 er en membranreseptor som hemmer intracellulær signalering både i makrofager og i T-celler. Hos individer med fedme vil makrofager ha høyere PD-1-nivå, og dermed gi svakere signaler til T-cellene om at de må reagere på svulsten. Anti-PD-1-behandling, som vi vanligvis tenker på som en sjekkpunkthemmer for T-celler, fjerner denne bremsen også hos makrofagene. Resultatet er at behandlingen får relativt sett bedre effekt hos pasienter med overvekt enn hos normalvektige personer, der makrofager ikke uttrykker PD-1-proteinet i like stor grad. Baksiden av medaljen er selvsagt at den fedmeassosierte økningen av PD-1-ekspresjon på makrofager gjør overvektige personer mer utsatt for å utvikle kreft i utgangspunktet, sier Spurkland. ■

Haakon B. Benestad

Universitetet i Oslo

Litteratur

- 1 Bader JE, Wolf MM, Lupica-Tondo GL et al. Obesity induces PD-1 on macrophages to suppress anti-tumour immunity. *Nature* 2024; 630: 968–75.

Slankemedisin som hjelper mot søvnapné

GLP-1-agonisten tirzepatide gir færre episoder med obstruktiv søvnapné hos overvektige, viser ny studie.

Obstruktiv søvnapné er vanlig, spesielt ved overvekt og fedme, og fører til hyppige oppvåkninger, hypoksi og hyperkapni. Søvnapné øker også risikoen for hjerte- og karsykdommer. Overvektige med obstruktiv søvnapné anbefales å gå ned i vekt, men dette kan være vanskelig å få til. Mange tilbys derfor behandling med kontinuerlig overtrykk, ofte omtalt som CPAP-behandling.

Flere glukagonlignende peptid-1-agonister (GLP-1-agonister) er utviklet som behandling av type 2-diabetes og brukes også som slankemedisin. Tirzepatide er en GLP-1-agonist som også stimulerer reseptoren for glukoseavhengig insulinotropisk polypeptid (GIP), og som gir enda større vektnedgang enn rene GLP-1-agonister. Det er godkjent til klinisk bruk i Europa, men er til nå ikke markedsført i Norge.

Kvinnelig pasient som bruker en ferdigfylt penn for å injisere diabetesmedisinen semaglutid på seg selv. Illustrasjonsfoto: Science Photo Library / NTB

I en nylig publisert studie i New England Journal of Medicine ble 469 overvektige pasienter med obstruktiv søvnapné randomisert til behandling med enten tirzepatide eller placebo i 52 uker (1). Omkring halvparten av dem fikk også behandling med kontinuerlig overtrykk. Ved studiestart hadde pasientene i snitt 51,5 pustepauser per time under søvn. Antall pustepauser ble halvert blant dem som fikk tirzepatide, mens reduksjonen var på kun rundt 10 % i placebogruppen ($p < 0,001$). Tirzepatide førte også til forbedret selvrapportert søvn, større vekttap og større reduksjon i systolisk blodtrykk.

I en ledsagende lederartikkel ble det etterlyst data om flere pasientrapporterte endepunkter (2). Dårlig etterlevelse ble også pekt på som et problem, både ved GLP-1-agonistbehandling og behandling med kontinuerlig overtrykk. Det trengs flere studier, rett og slett. ■

Kristoffer Brodwall

Barne- og ungdomsklinikken
Haukeland universitetssjukehus

Litteratur

- 1 Malhotra A, Grunstein RR, Fietze I et al. Tirzepatide for the treatment of obstructive sleep apnea and obesity. N Engl J Med 2024; 391: 1193–205.
- 2 Patel SR. Entering a new era in sleep-apnea treatment. N Engl J Med 2024; 391: 1248–9.



Ida Almenning Kiel ¹
ida.almenning.kiel@stolav.no
Ragna Elise Støre Govatsmark ¹
Veronica Bendiktsen Berge ¹
Kari Krizak Halle ¹
Stian Lydersen ²
Cecilie Risøe ³
Bjørn Haug ⁴
Jarle Jortveit ⁵

Siri Malm ⁶
Gard Frodahl Tveitevåg Svingen ⁷
Miriam Wiksnes ⁸
Christian Engelsen Berg-Hansen ⁷
Lars Håvard Nilsen ⁶
Espen Ellingsen Moe ⁵
Kaare Harald Bønnaa ^{9, 1, 10}

- 1 Norsk hjerteinfarktregister, Seksjon for medisinske kvalitetsregistre, St. Olavs hospital, Universitetssykehuset i Trondheim
- 2 Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – psykisk helse og barnevern, Institutt for psykisk helse, NTNU
- 3 Kardiologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
- 4 Hjerteravdelingen, Akershus universitetssykehus
- 5 Hjerteseksjonen, Sørlandet sykehus Arendal
- 6 Medisinsk avdeling, Sykehuset i Harstad, Universitetssykehuset Nord-Norge
- 7 Hjerteravdelingen, Haukeland universitetssjukehus
- 8 Medisinsk avdeling, Volda sjukehus
- 9 Hjertemedisinsk avdeling, St. Olavs hospital, Universitetssykehuset i Trondheim
- 10 Fakultet for medisin og helsevitenskap, Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, NTNU

Datakvalitet i Norsk hjerteinfarktregister

Bakgrunn

Hovedformålet til nasjonale medisinske kvalitetsregistre er å bidra til bedre pasientbehandling. Registerne brukes også i forskning og som styringsverktøy. Formålet med studien var å undersøke datakvaliteten i Norsk hjerteinfarktregister ved å sammenligne andelen korrekt registrerte variabler med en referansestandard.

Materiale og metode

Fra syv sykehus ble det gjort et tilfeldig uttrekk av til sammen 641 tilfeller av hjerteinfarkt registrert i Norsk hjerteinfarktregister i 2020. Syv leger – spesialister i hjertesykdommer eller leger i spesialisering i hjertesykdommer eller indremedisin – gjennomgikk pasientjournalene og registrerte på nytt 23 registervariabler for utvalget. Disse nye registreringene utgjorde referansestandard. Variablene ble delt inn i tre kategorier: kategoriske variabler med og uten fortolkning av journaltekst og kontinuerlige variabler for tidsangivelser. Deretter beregnet vi andelen korrekt registrerte variabler og svaralternativ.

Originalartikler, oversiktsartikler 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.



Resultater

Andelen som var korrekt registrert, var 87 % til 100 % for variabler som var hentet fra journaltekst uten fortolkning. For variabler som var basert på fortolkninger av journaltekst, var andelen korrekt registrert lavere: 20 % til 70 % for «ja» på variabler om klinisk ustabilitet ved hjerteinfarkt uten ST-elevasjon (NSTEMI), og 60 % for «ja» på variabelen «hjertesvikt som komplikasjon». Andelen korrekt registrerte tidsvariabler var 48 % til 100 %.

Tabell 4 Eksempel på registreringer i Norsk hjerteinfarktregister fra syv sykehus i 2020. Tabellen viser andelen korrekte registreringer for en registervariabel med tre svaralternativer sammenlignet med referansestandard. Referansestandard var en ny registrering utført av studielege (spesialist i hjertesykdommer eller lege i spesialisering i hjertesykdommer eller indremedisin).

Komplikasjoner ved dette sykehuset: hjertesvikt ¹		Referansestandard			Totalt
		Nei	Ja	Ukjent	
Norsk hjerteinfarktregister	Nei	460	43	0	503
	Ja	46	64	1	111
	Ukjent	3	0	0	3
Totalt		509	107	1	617
Andel korrekt registrert		90 %	60 %	0 %	85 %

Fortolkning

Andelen korrekt registrerte variabler var høyere for kategoriske variabler som kunne hentes ufortolket fra journaltekst, enn for kontinuerlige tidsvariabler og kategoriske variabler som var basert på fortolkninger av journaltekst.

Hovedfunn

Kategoriske registervariabler som kunne hentes ufortolket ut av journalteksten, hadde en høy andel korrekt registrerte svar.

Kategoriske variabler som var basert på fortolkning av journalteksten, hadde en lavere andel korrekt registrerte svar.

Enkelte tidsvariabler hadde en lav andel med korrekte registreringer.

1 Variabel nr. 19 (se appendiks 2).

Pasientjournaler og nasjonale kvalitetsregistre – to sider av samme sak

Journalopplysninger bør automatisk overføres til nasjonale kvalitetsregistre. Dobbelregistrering reduserer registerkvaliteten og sløser med ressurser.

En fullstendig registrering av helsedata fra vugge til grav sikrer pålitelig kartlegging av sykdom og helse, god pasientbehandling og legger til rette for forskning og innovasjon. De over 50 nasjonale medisinske kvalitetsregistre bidrar til dette og har egne lovhjemler for å registrere data fra alle pasienter ved norske sykehus, ofte uten samtykke (1). Med det følger stor makt og stort ansvar.

Tidsskriftet publiserer nå Kiel og medarbeideres studie om datakvaliteten i Norsk hjerteinfarktregister (2). Norske sykehus er pålagt å registrere alle pasienter som innlegges med akutt hjerteinfarkt (3). Dataene brukes til å vurdere behandlingskvalitet, prioritering av ressurser, og til epidemiologisk og klinisk forskning.

Studien sammenlignet registerdata fra syv norske sykehus med sykehusenes egne journaldata for de samme pasientene (2). Over 90 % av dataene i registeret var korrekte for variabler som var lette å tolke ut fra pasientjournalene, som type hjerteinfarkt (STEMI eller NSTEMI). Derimot var det dårligere samsvar for variabler som krevde tolkning av opplysningen i journal og/eller høyere medisinsk kompetanse. For eksempel var det 30–50 % feil i registerdataene for iskemifunn på EKG og for starttidspunkt av symptomer. Oppsummert viser studien at kvaliteten i hjerteinfarktregisteret var god for «enkle» variabler hentet direkte fra pasientjournalene, men at det var forbedringspotensial for viktige variabler som var tolket i etterkant av andre ansatte, og ikke av de som selv hadde tatt imot eller behandlet pasientene.

Rutinemessig er det sykepleiere som manuelt plottet data fra journalsystemene inn i hjerteinfarktregisteret etter at pasienten er utskrevet. I studien ble journaldata registrert av erfarne leger, og disse registreringene utgjorde studiens gullstandard for å vurdere datakvaliteten i hjerteinfarktregisteret (2). Men hva bør gullstandarden for registerdata være, og hvordan samler vi inn enda bedre data?

Gullstandarden bør være journaldokumentasjonen til legen, sykepleieren eller ambulansepersonellet som diagnostiserte og/eller behandlet pasienten, uten senere registrering og fortolkning av annet personell. De nasjonale kvalitetsregistre bør derfor kunne bruke direkte overførte journaldata. Det er overraskende at selv i godt strukturerte pasientforløp, som ved hjerteinfarkt, har det ikke vært mulig å etablere et nasjonalt register som automatisk trekker ut data fra journalopplysninger uten dobbeltregistreringer.

Det er uheldig og sløsing med ressurser at helsearbeidere dobbeltregistrerer journalopplysninger til nasjonale helseregistre. Å delegere arbeidet til andre enn de som har jobbet med pasienten, er en dårlig løsning fordi det svekker datakvaliteten – slik denne studien viser (2). Løsningen er elektroniske journalsystemer som kan automatisere denne viktige oppgaven.

Noen opplysninger i pasientjournalen er objektive målinger, som tumorstørrelse på CT, mens andre opplysninger er mer subjektive vurderinger. Klinikernes oppgave er å påse at all informasjon som er nedtegnet i journal, har størst mulig presisjon og tydelighet. Det er avgjørende at alle sykehus bruker de samme kategoriseringene og skårene for symptomer, funn og behandling. Det må være enkelt for klinikerne å legge inn

strukturert informasjon i journalen som en del av vanlig dokumentasjon, og journalopplysninger i fritekst bør unngås.

Det er helseledernes ansvar å anskaffe journalsystemer der strukturert journalinformasjon kan overføres direkte og automatisk til de nasjonale helseregistrene. Registrene må på sin side kunne motta data fra journalsystemene i sanntid og uten mellomsteg med dobbeltregistreringer. Det er liten tvil om at dette er teknisk mulig (4).

Å legge til rette for strukturert pasientjournal betyr ikke at journalen ikke kan leses som fritekst. Det finnes journalsystemer som oversetter strukturerte opplysninger til lesbar tekst.

Om Norge også i fremtiden skal være ledende innen helseregistre, bør kommunikasjonen mellom utviklere, bestillere og brukere av journalsystemer forbedres, i tett samarbeid med de nasjonale kvalitetsregistre. Dette krever politisk vilje til å tenke nytt for å etablere nye og bedre gullstandarder. Dobbelregistrering bør utfases, og nye registre bør etableres uten dobbeltregistrering. Dette er i tråd med intensjonen i forskriften om medisinske kvalitetsregistre (5). Implementeringen bør starte med de mest strukturerte pasientforløpene, som hjerteinfarkt. Et eksempel til etterfølgelse er den nye nasjonale strukturerte koloskopijournalen (6).

Legeforeningen har nylig slått sammen sine utvalg for forskning, kvalitetsforbedring og innovasjon for å styrke samarbeidet mellom disse områdene og det kliniske arbeidet. Utvalget ønsker å bidra til å utforske muligheter for mer strukturerte pasientjournaler og automatisk overføring til nasjonale registre. ■

Michael Bretthauer

michael.bretthauer@medisin.uio.no

Michael Bretthauer er dr.med., spesialist i indremedisin og i fordøyelsessykdommer, professor ved Universitetet i Oslo og overlege ved Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo universitetssykehus. Han er associate editor i *Annals of Internal Medicine* og leder Legeforeningens nye utvalg for forskning, kvalitetsforbedring og innovasjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessenkonflikter.

Litteratur

- 1 Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. Lest 2.10.2024.
- 2 Kiel IA, Govatsmark RES, Berge VB et al. Datakvalitet i Norsk hjerteinfarktregister. *Tidsskr Nor Legeforen* 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.23.0821.
- 3 Helse- og omsorgsdepartementet. Hjerte- og karregisterforskriften. Lest 2.10.2024.
- 4 Bretthauer M, Aabakken L, Dekker E et al. Reporting systems in gastro-intestinal endoscopy: Requirements and standards facilitating quality improvement: European Society of Gastrointestinal Endoscopy position statement. *United European Gastroenterol J* 2016; 4: 172–6.
- 5 Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om medisinske kvalitetsregistre. Lest 3.10.2024.
- 6 Schult A, Randel K. Tarmscreeningprogrammet ruller av gårde. *Indremedisinen* 19.12.23. Lest 8.10.2024.

VEKT & HELSE

Har du pasienter som trenger hjelp med vektnedgang?

Serien «Vekt og Helse» gir deg nyttige hjelpemidler du kan dele med pasienten



Måltidsplanlegger

Brosjyre på 4 sider med mange gode eksempler på måltider med ca. 400 kcal.



«Tallerken» i papp som
forklarer Tallerkenmodellen.

Nyttige tips for sammensetning
av middagsmåltidet på baksiden.

BESTILL HER



Erik Edward Prestgaard¹

erikprest@gmail.com

Anette Fosse¹**Birgit Abelsen**¹**Martin Bruusgaard Harbitz**¹¹ Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)

Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet

Rotasjonsordning for allmennleger i norske kommuner

Bakgrunn

Flere kommuner har innført rotasjonsordning (nordsjøturnus) for allmennleger, der legene gjennom året veksler mellom arbeidsperioder og friperioder. Vi har undersøkt utbredelsen av, årsaker til, innhold i og erfaringer med denne arbeidsformen.

Materiale og metode

Vi har gjennomført en flerkasusstudie med data fra Statistisk sentralbyrå, fastlegeregisteret, kommunale dokumenter, korte telefonintervju med leger i rotasjonsordning samt dybdeintervjuer med helseledere. Vi har gjort deskriptive analyser av det kvantitative datamaterialet og tematisk analyse av dybdeintervjuene.

Resultater

Vi identifiserte 25 kommuner med rotasjonsordning for allmennleger. 20 av disse deltok i vår studie. 17 av 20 kommuner hadde sentralitetsklasse 5 eller 6 (minst sentrale). To uker på og fire uker av var vanligste arbeidsform. Samtlige rotasjonsordninger inneholdt legevaktarbeid. Studien omfatter også 64 leger i rotasjonsordning, hvorav halvparten var rekruttert fra andre allmennmedisinstillinger. 65 % av legene var ikke spesialister i allmennmedisin. Det var i gjennomsnitt ti søkere per utlyst rotasjonsstilling. Fra intervjuene med helseledere i de 20 kommunene identifiserte vi fire temaer: Veien til rotasjonsordning, Et utilstrekkelig lov- og avtaleverk, Rotasjonsordning og spesialisering i allmennmedisin og Stabilisering, sårbarhet og fleksibilitet.

Fortolkning

Utbredelsen av rotasjonsordninger øker i allmennlegetjenesten. Arbeidsformen synes å rekruttere allmennleger til de minst sentrale kommunene. Flere varianter av rotasjonsordning finnes. Arbeidsavtalene forhandles fram lokalt, og våre funn tyder på at avtaleverket som regulerer rotasjonsordningen, er utilstrekkelig.

Hovedfunn

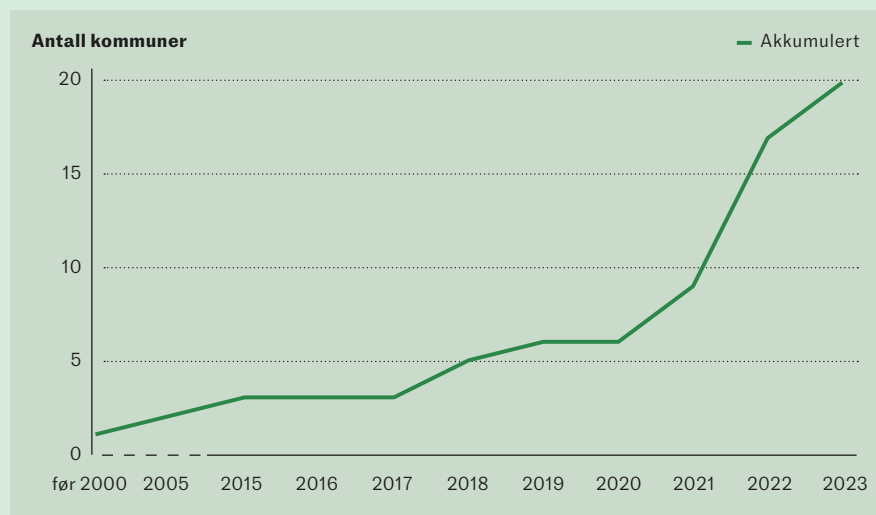
Rotasjonsordning for allmennleger i Norge økte i perioden 2015–23.

To uker på og fire uker av var vanligste rotasjonsform.

Rotasjonsordning var mest utbredt i de minst sentrale kommunene i Norge.

Analysen avdekket at vi sannsynligvis mangler en evaluering av arbeidsformen og et nasjonalt rammeverk for arbeidstid og spesialistutdanning.

Figur 1 Antall kommuner i Norge med rotasjonsordning for leger, årlig prevalens fram t.o.m. 1.6.2023.



Originalartikler, oversiktsartikler 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.



Roterende allmennleger

Allmennlegetjenesten i norske distriktskommuner blir i økende grad ivaretatt av leger i en rotasjonsordning. Hva vinner vi, og hva taper vi på det?

«Når jeg blir stor, vil jeg bli en landsens lege», sier Espen i tegneserien Knøttene til sin storesøster Sofie. «Ha! Jeg synes jeg ser deg bo på landet», svarer hun, hvorpå Espen opplyser: «Jeg har ikke sagt jeg ville bo der. Selvsagt ville jeg reise til og fra i sportsbil!» (1).

Å inngå i en rotasjonsordning – også kalt nord-sjøturnus – ville nok passet Espen godt. Dette er blitt en ikke uvanlig arbeidsform for allmennleger i norske distriktskommuner, der to uker på og fire uker av er en mye brukt turnus. Prestgaard og medarbeidere ved Nasjonal senter for distriktsmedisin har nå kartlagt denne arbeidsformen i 25 kommuner (2). I en upublisert undersøkelse foretatt av KS høsten 2023 der 205 kommuner inngikk, fant man at 18 % hadde en rotasjonsordning. Blant kommuner med under 2 000 innbyggere var andelen hele 38 % (2). Antallet norske kommuner som baserer sin allmennlegetjeneste på rotasjon, er altså betydelig og har vært økende de siste ti årene.

Forklaringen på denne utviklingen kan virke enkel: Det er rett og slett en løsning som har presset seg fram. Rekrutteringskrisen i små og perifere kommuners allmennlegetjeneste har lenge vært prekær (3). Legeyrket er i endring, og nyutdannede leger lar ikke legerollen definere hele deres identitet og familieliv (4). Arbeidsbelastningen ved å være «en landsens lege» på fulltid kan oppleves som uakseptabel, bl.a. på grunn av høy vaktbelastning. Å gå inn i en rotasjonsordning er vesentlig mer attraktivt. I Prestgaard og medarbeideres studie var det i snitt hele ti søkere per utlyst stilling. På denne måten løser kommunene sitt bemanningsproblem, og legene får en jobbsituasjon de foretrekker. Altså en klar vinn-vinn-situasjon for arbeidsgiver og arbeidstaker.

Kommunene løser sitt bemanningsproblem, og legene får en jobbsituasjon de foretrekker. Altså en klar vinn-vinn-situasjon for arbeidsgiver og arbeidstaker. Hva så med brukerne av tjenesten? Og hva koster det?

Hva så med brukerne av tjenesten – pasientene og legenes ulike samarbeidspartnere? Og hva koster det? Dette er ikke kartlagt, heller ikke i Prestgaard og medarbeideres studie. Vi kan derfor bare spekulere. Det virker opplagt at det å forholde seg til flere leger som roterer i en turnusordning i stedet for til én enkelt fastlege, er mer krevende for pasienten og kan ha negative følger for diagnostikk og behandling.

Fastlegers arbeid kjennetegnes av korte konsultasjoner, men i en langtidskontekst (5). Det vil si at det er de samme pasientene som kommer over tid, enten det gjelder nyoppståtte symptomer eller avtalte kontroller. Slik bygges det gradvis opp et tillitsforhold mellom lege og pasient. Det sies at relasjonen mellom behandler og pasient utgjør 30 % av den terapeutiske effekten (6). Kontinuitet i forholdet mellom pasient og fastlege er så

viktig at det øker livslengden, i størst grad hos pasienter med kronisk sykdom (7). I en annen studie, som viste at lav fastlegekontinuitet var assosiert med økt dødelighet hos pasienter med ulike kroniske sykdommer, kunne gode måter for å overføre informasjon og administrative rutiner fra den ene legen til den neste langt på vei motvirke den negative effekten av at legene skiftet (8). Leger i rotasjonsordning bør altså legge arbeid i å sette seg inn i hva den forrige legen har gjort. Det samme gjelder overfor samarbeidspartnere som Nav, hjemmetjeneste og helsesøster.

«Dagens turnus koster oss dyrt», sier helse- og velferdssjefen i Bindal kommune til lokalavisen (9). Akkurat hvor mye det koster kommunene, er vanskelig å vite, siden legenes avtaler blir forhandlet fram lokalt og det ikke finnes et felles avtaleverk for slike stillinger. Om leger i rotasjonsordning får tjenesten godkjent som spesialistutdanning, er uklart og praktiseres ulikt (2). «Det positive er at vi nå har stabile fastleger», fortsetter helse- og velferdssjefen (9). Med det er hun på linje med informantene i Prestgaard og medarbeideres undersøkelse, der det var bred enighet om at faste leger er best, og rotasjonsleger er bedre enn vikarleger. Når situasjonen er som den er, trengs det et nasjonalt avtaleverk, entydige spesialiseringsregler og også kvalitetssikring av hvordan legene kan yte en best mulig helsetjeneste i en rotasjonsordning. ■

Mette Brekke

mette.brekke@medisin.uio.no

Mette Brekke er spesialist i allmennmedisin og professor emerita ved Avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Schulz CH. Knøttene av edel årgang. Oslo: Chr. Schibsteds Forlag, 1980.
- Prestgaard E, Fosse A, Abelsen B et al. Rotasjonsordning for allmennleger i norske kommuner. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.24.0089.
- Den norske legeforening. Legebarometeret: Rekrutteringskrise blant både fastleger og psykiatere. Lest 16.10.2024.
- Hertzberg TK, Tyssen R, Skirbekk H et al. Jobb-hjem-balansen i to kohorter av norske leger. Tidsskr Nor Legeforen 2019; 139: doi: 10.4045/tidsskr.18.0339.
- Hunskaar S. red. Allmennmedisin. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2023.
- Poon VHK. Practice tips. Love matters: a counseling tool to assess couple relationships. Can Fam Physician 2008; 54: 858–9.
- Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J et al. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Br J Gen Pract 2022; 72: e84–90.
- Pahlavanyali S, Hetlevik Ø, Baste V et al. Continuity and breaches in GP care and their associations with mortality for patients with chronic disease: an observational study using Norwegian registry data. Br J Gen Pract 2024; 74: e347–54.
- Ytringen. Dagens turnus koster oss dyrt. Men det positive er at vi nå har stabile fastleger. Ytringen 28.2.2024. Lest 1.11.2024.

Marianne Mørde¹
UXMMRD@ous-hf.no
Beate Ørbeck¹
Ragnhild Elisabeth Hoel¹
Kristin Romvig Øvergaard¹

¹ Klinikk psykisk helse og avhengighet
Oslo universitetssykehus

Selektive spisemønstre hos barn og unge med autismspekterforstyrrelser – en systematisk litteraturoversikt

Bakgrunn

Autismspekterforstyrrelser innebærer vansker med sosial kommunikasjon og samhandling samt begrensede, repetitive atferdsmønstre og interesser. Ved autismspekterforstyrrelser er det vanlig å ha selektive spisemønstre når det gjennomsnittlige evnenivået ligger under normalområdet. I denne litteraturoversikten undersøker vi i hvilken grad dette også gjelder for barn og unge med evnenivå i normalområdet.

Originalartikler, oversiktsartikler 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.



Kunnskapsgrunnlag

Vi søkte i databasene MEDLINE og Psyc-Info (Ovid) inntil juni 2024 etter originalartikler om forekomst, karakteristika og somatiske konsekvenser av selektive spisemønstre ved autismspekterforstyrrelser. Vi avgrenset oss til studier som inkluderte personer med evnenivå i normalområdet og/eller en autismspekterforstyrrelse som forutsetter dette, og med gjennomsnittsalder 6–18 år. GRADE-systemet ble brukt til gradering av studiekvalitet. Vi vektla konsistens mellom funnene, antall studier og størrelsen på disse.

Tabell 1 Søkeord og inklusjons- og eksklusjonskriterier i vår litteraturoversikt.

Populasjon	Autism spectrum disorder OR asperger OR PDD-NOS OR autism OR autistic OR ASD OR high-functioning autism OR high-functioning ASD
Spisedefinisjoner	Avoidant restrictive food intake disorder OR ARFID OR restrictive eating OR restrictive intake disorder OR neophobia OR select eating OR picky eating
Alder	Child OR adolescent OR youth OR young OR juvenile OR teenage OR teen-age
Tidsperiode	Til og med juni 2024 (ikke avgrenset nedad)
Inklusjonskriterier	Originalartikler (inklusive kasuistikker) på engelsk som omhandlet forekomst av, karakteristika ved og/eller konsekvenser av selektive spisemønstre (bredt definert: spiser et lite utvalg matvarer / eller neker å smake på nye matvarer (neofobi) og ARFID (Avoidant/restrictive food intake disorder/unnnvikende restriktiv næringsinntaksforstyrrelse) hos barn og unge med autismspekterforstyrrelser, inkluderte deltagere med evnenivå i normalområdet og/eller med Aspergers syndrom, ikke begrenset til småbarnsalder (gjennomsnittsalder 6–18 år)
Eksklusjonskriterier	Artikler som ikke omhandlet forekomst eller karakteristika eller konsekvenser av selektive spisemønstre ved autismspekterforstyrrelser og evnenivå i normalområdet, eller som hovedsakelig var begrenset til småbarnsalder (gjennomsnittsalder < 6 år)

Resultater

20 studier møtte inklusjonskriteriene. Det var høy forekomst (21–76 %) av selektive spisemønstre blant dem med autismspekterforstyrrelser og evnenivå i normalområdet. Sensorisk følsomhet for matens konsistens og smak var sentrale karakteristika (til stede omtrent 2–10 ganger hyppigere hos barn med autismspekterforstyrrelser enn hos kontrollpersoner). Evnenivået betydde lite, mens autismsymptomer hadde noe betydning for forekomsten av de selektive spisemønstrene. De somatiske konsekvensene var særlig obstipasjon og overvekt/fedme. Grad av tillit til studiene varierte fra høy (forekomst) til lav (somatiske konsekvenser).

Fortolkning

Kartlegging av selektive spisemønstre bør inngå ved utredning av personer med autismspekterforstyrrelser uavhengig av evnenivå.

Hovedfunn

Vi fant høy forekomst av selektive spisemønstre hos barn og unge med autismspekterforstyrrelser og evnenivå i normalområdet.

Særlig følsomhet for matens konsistens og smak samt høy grad av autismsymptomer var av betydning for forekomst av og kjennetegn ved de selektive spisemønstrene.

Mat, smak og annet ubehag

Spising og måltider er utfordrende for mange barn og unge med autismspekterforstyrrelse. Noen trenger hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Hos andre er det riktig å ikke ha for mye oppmerksomhet på spisingen.

I en ny oversiktsartikkel publisert i Tidsskriftet setter Mørde og medarbeidere søkelys på selektive spisevaner hos barn og unge med autismspekterforstyrrelse (1). Med selektive spisevaner mener de «å nekte inntak av mat, angst for ny mat, sterk preferanse for noen typer mat og/eller et sterkt begrenset mat-repertoar».

Temaet er aktuelt og viktig. Det er økt oppmerksomhet på selektive spisevaner i den generelle barne- og ungdomspopulasjonen. Det er også økt forståelse av at vansker med spising ved autisme kan være knyttet til selektive spisevaner, men kunnskapen er begrenset (2).

Selektive spisevaner er ingen diagnose, men en vid betegnelse uten en entydig definisjon. Det bidrar til den store variasjonen i forekomst (1). Selektive spisevaner er klarere definert og brukes synonymt med *avoidant/restrictive food intake disorder* (ARFID) i diagnosesystemet DSM-5. ARFID-betegnelsen er innarbeidet i klinisk praksis i Norge, men blir først en formell diagnose når diagnosesystemet ICD-11 innføres. Barn med ARFID-tilstand unngår mat eller noen typer mat i så stor grad at det får konsekvenser for ernæringstilstand og somatisk helse og/eller psykososial fungering ved at barnet unngår sosiale arenaer som følge av spisevanene. Noen barn med tilstanden er undervektige og har mangeltilstander, andre har overvekt/fedme som følge av et ensidig energirikt kosthold. Andre igjen har god ernæringstilstand, hos dem er det de psykososiale følgene som utgjør alvoret ved tilstanden. Det kliniske inntrykket er at barn med autismspekterforstyrrelse også faller inn under denne siste gruppen.

De somatiske konsekvensene er særlig obstipasjon og overvekt/fedme (1). Barn og unge med autismspekterforstyrrelse har som gruppe økt forekomst av overvekt/fedme (3) og for mange forsterker det den sosiale tilbaketrekningen og ensomheten. Tiltak rettet mot selektive spisevaner kan derfor være viktig for å forebygge og behandle overvekt/fedme hos disse.

Oversiktsartikkelen inkluderte studier om selektiv spising definert ved ARFID-kriterier og studier som har brukt betegnelsen selektive spisevaner og omhandler altså barn med både alvorlige og mindre alvorlige spisevaner (1). Klinisk er det også et inntrykk at barn med autismspekterforstyrrelse og selektiv spising er en sammensatt gruppe, noe som får betydning for tilnærming og behandling.

Det er flere forhold som gjør disse barna sårbare for å utvikle selektive spisevaner. De grunnleggende vanskene ved autisme, som begrenset fleksibilitet, opptatthet av rutiner og vansker med endringer, er gjennomgående trekk og kan også komme til uttrykk ved spising. Endret sensitivitet for sansestimuli som lukt, smak, temperatur, konsistens og lyd forekommer hyppig og regnes nå til kjernesymptomene ved autismspekterforstyrrelse (2, 4). Mørde og medarbeidere fant sammenheng mellom stereotyp og repetitiv atferd og selektive spisevaner, og særlig konsistens og smak har betydning (1).

Samtidig er det viktig å huske at det er normalt for barn å være selektive i matveien. I en norsk studie fant man at 1 av 4 i barnehagealder var moderat til betydelig selektive (5). Barn er mest åpne for ny mat frem til 2-årsalderen, for så å bli mer skeptiske. Skepsis til ny mat kan være en medfødt egenskap som holder barn unna mat som kan være farlig for dem (6). Genetikk betyr trolig mye for utvikling av selektiv spising, og noen har vanskeligere med å tilvenne seg ny mat enn andre (7). I barneårene møter barn ny mat på ulike sosiale arenaer. Barn ser hva andre barn spiser, så smaker de og utvider sitt matrepertoar. Hos barn med autismspekterforstyrrelse som strever med sosial omgang, kan også denne utviklingen forstyrres. Et viktig tiltak er derfor å legge til rette for arenaer der barnet kan spise sammen med andre.

Kartlegging av spisevaner bør inngå i utredning av alle barn og unge med autismspekterforstyrrelse (1). Dette gjøres ikke systematisk i dag. Det må også gjøres en vurdering av ernæringstilstand og somatisk status. Barn med autismspekterforstyrrelse og alvorlige selektive spisevaner trenger behandling i spesialisthelsetjenesten, enten i barnepsykiatrien eller i barneavdeling.

Hos barn som til tross for et selektivt spisevaner har god ernæringstilstand, er det viktig å ikke være for opptatt av akkurat hva barnet spiser og ikke. Man vet at generelt hos barn kan oppmerksomhet og press om spising forverre vanskene (5). Foreldre og omsorgspersoner må trykkes og hjelpes til å håndtere frustrasjon og bekymring. Barnet må utfordres til å spise stadig mer variert, men omgivelsene må akseptere at det vil ta lang tid og at barnet kanskje alltid vil være selektiv i matveien. ■

Elen Gjevik

elengjevik@outlook.com

Elen Gjevik er ph.d., spesialist i barne- og ungdomspsykiatri og overlege ved Bærum BUP. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Mørde M, Ørbeck B, Hoel RE et al. Selektive spisevaner hos barn og unge med autismspekterforstyrrelser – en systematisk litteraturoversikt. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.24.0193.
- 2 Baraskewich J, von Ranson KM, McCrimmon A et al. Feeding and eating problems in children and adolescents with autism: A scoping review. Autism 2021; 25: 1505–19.
- 3 Must A, Eliasziw M, Phillips SM et al. The Effect of Age on the Prevalence of Obesity among US Youth with Autism Spectrum Disorder. Child Obes 2017; 13: 25–35.
- 4 Baum SH, Stevenson RA, Wallace MT. Behavioral, perceptual, and neural alterations in sensory and multisensory function in autism spectrum disorder. Prog Neurobiol 2015; 134: 140–60.
- 5 Steinsbekk S, Bonneville-Roussy A, Fildes A et al. Child and parent predictors of picky eating from preschool to school age. Int J Behav Nutr Phys Act 2017; 14: 87.
- 6 Myserud I. Variert fast føde før barnet er to år? Tidsskr Nor Legeforen 2004; 124: 516–7.
- 7 Nas Z, Herle M, Kininmonth AR et al. Nature and nurture in fussy eating from toddlerhood to early adolescence: findings from the Gemini twin cohort. J Child Psychol Psychiatry 2024; jcpp.14053.

Tore Fjalestad ¹
torfja@online.no

Tone Wagle ²
Kaare S. Midtgaard ¹
Alexander Nilsskog Fraser ³

1 Ortopedisk avdeling, Oslo universitetssykehus
2 Avdeling for fysioterapi og rehabilitering,
Oslo universitetssykehus
3 Ortopedisk avdeling, Diakonhjemmet Sykehus

Brudd i proksimale humerus

De fleste brudd i proksimale humerus kan behandles ikke-operativt med akseptabelt resultat. Omtrent hver femte pasient blir vurdert for kirurgi. Klinisk undersøkelse og billeddiagnostikk med røntgenbilder i to plan er nødvendig for initial vurdering, mens CT skulder gir viktig tilleggsinformasjon. For å oppnå best mulig skulderfunksjon etter bruddskaden, er det en forutsetning at pasienten er motivert for å gjøre egenøvelser og motta veiledet trening hos fysioterapeut. Pasientens samarbeidsevne er derfor sentral for å oppnå et akseptabelt resultat, spesielt hvis operasjon vurderes. Normal skulderfunksjon etter skaden oppnås ikke hos alle. I denne kliniske oversikten oppsummeres noen viktige hensyn for leger som møter disse pasientene.

Introduksjon

Proksimal humerusfraktur er et vanlig brudd, spesielt hos eldre (personer over 60 år), og forekommer hyppigst hos kvinner (1). Det regnes som et av de klassiske osteoporotiske bruddene, med høy insidens i de nordiske landene.

Proksimal humerusfraktur blir ofte i dagligtale betegnet som skulderbrudd, mens hos helsepersonell har betegnelsen *collum chirurgicum fraktur* vært utbredt. Skulderbrudd omfatter imidlertid også scapula og clavícula, som ikke omtales her. *Collum chirurgicum fraktur* er også upresist, da det bare betegner én av flere typer frakturer i proksimale humerus. Betegnelsen proksimal humerusfraktur er derfor mer korrekt, da den dekker de ulike bruddmønstrene. Prinsipielt består disse av to, tre eller fire fragmenter: caput humeri, tuberculum majus, tuberculum minus og metafysen (*collum chirurgicum*) i forlengelsen av diafysen (figur 1). Generelt ønsker man i ortopedien å klassifisere brudd som et hjelpemiddel for å kunne anbefale behandling og uttale seg om prognose. Selv om bruddklassifikasjoner for proksimal humerusfraktur er beheftet med dårlig reproducerbarhet, er de likevel nyttige verktøy når man har noe erfaring (2, 3). Fire av fem brudd er lite feilstilte (dislokerte) og har derfor

rimelig god prognose, særlig hos yngre (< 60 år) (4). Disse kan behandles med ikke-operativ rehabilitering, mens dislokerte brudd ofte vil by på utfordringer, både for pasient, fysioterapeut og lege.

Skulderleddets normalt store bevegelsesutslag kan reduseres betydelig etter en proksimal humerusfraktur. Skjelettskaden kan forårsake følgetilstander på grunn av feil tilheling (akseknakk og rotasjonsfeil) eller manglende tilheling (pseudartrose). Skade på rotatormansjetten og leddkapselen kan medføre kraftsvekkelse og adheranser, og derved bidra til innskrenket bevegelighet (5). Prognosen avgjøres av den grunn ikke bare av tiden det tar for bruddfragmentene å konsolidere, men også av tilstanden til bløtdelene. Det er derfor viktig at pasienten kan følge opp anbefalinger om egenøvelser og instruert fysioterapi i rehabiliteringsfasen, som ofte kan strekke seg over flere måneder.

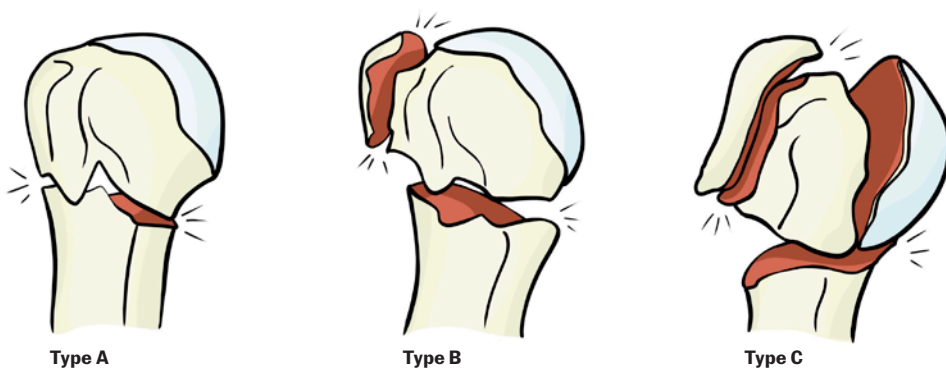
Denne artikkelen er basert på egen klinisk erfaring ved Oslo universitetssykehus gjennom mange år, erfaringer fra en nordisk samarbeidsgruppe (NITEP) (6) og et skjønnsmessig utvalg av litteratur. Vi gir en kortfattet oversikt over hensyn vi mener er sentrale når leger skal vurdere og følge opp en pasient med proksimal humerusfraktur. Målgruppen vi henvender oss til er hovedsakelig allmennleger, og operativ behandling omtales derfor kortfattet. —>

Klinisk oversiktsartikkel

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



Figur 2 Pasient i 60-årene med 4-parts dislokert proksimal humerusfraktur etter fall fra egen høyde. Komplexiteten i bruddet fremkommer ved CT-undersøkelse med 3D-bilder. Behandlingen ble gjennomført ikke-operativt.



Figur 1 AO Foundation / Orthopaedic Trauma Association (AO/OTA) sin inndeling fra 2018 i tre hovedtyper proksimal humerusfrakturer: type A (to fragmenter), type B (tre fragmenter) og type C (fire fragmenter). Type C engasjerer collum anatomicum, og den ansees som mest komplisert (9). Illustrasjon: © Berdal 2024

Pasientsamarbeid

Ved den primære vurderingen og i den påfølgende behandlingen av en pasient med brudd i proksimale humerus, er pasientens innsikt i egen skade like viktig som røntgenbildet. Hovedregelen er at slutfunksjonen avhenger av regelmessige egenøvelser og veiledet fysioterapi over mange uker, ofte flere måneder, noe som krever en motivert og samarbeidende pasient. Erfaringen tilsier at dårlig samarbeidsevne ofte medfører en stiv og iblant smertefull skulder. Operativ behandling er generelt kontraindisert ved bruk av rusmidler, redusert kognitiv evne, høy komorbiditet og skrøpelig pasient. Hos disse pasientene må man forvente uakseptabelt høye komplikasjonsrater, og man bør derfor avstå fra operasjon (7, 8).

Skulderfunksjonen reduseres vanligvis med høyere alder. Forventet slutfunksjon må derfor vurderes opp mot dette, og hva som er pasientens egne forventninger og bruk av skulderen. Dette gjelder ikke bare kronologisk alder, men også biologisk alder, det vil si pasientens vitalitet og kognitive fungering.

Man vektlegger operativ gjenoppretting av anatomi- en sterkere hos yngre enn hos eldre. Erfaringen tilsier at mange eldre pasienter med feilstillinger på et røntgenbilde, likevel kan oppnå en smertefri og tilfredsstillende skulderfunksjon.

Med høy alder følger osteopeni og osteoporose, økt forekomst av ustøhet og falltendens, og dermed risiko for nye brudd, noe som særlig kan komplisere operativ behandling. Dårlig benkvalitet øker også komplikasjonsrisikoen ved kirurgi.

Diagnostikk

Radiologi

Ved den initiale vurderingen tas det rutinemessig vanlig røntgenbilde i to plan med projeksjonene «sann front» (glenohumeralledet friprojisert) og scapula-Y-bilde (90 grader på sann front). CT-undersøkelse skal alltid tas hvis operasjon vurderes. MR-undersøkelse har ingen plass i diagnostikk og vurdering av en akutt proksimal humerusfraktur. Det kan iblant være nyttig i utredning av følgetilstander (senere enn 3–6 måneder), men det krever samarbeid med en erfaren skjelettradiolog for tolkning av relevante funn.

Det finnes mange ulike bruddklassifikasjoner for proksimal humerusfraktur. De to vanligste klassifikasjonene er fra AO Foundation / Orthopaedic Trauma Association (AO/OTA), sist oppdatert i 2018, eller Neer (9, 10). Med utgangspunkt i AO/OTA-klassifikasjonen kan man dele inn i 2-, 3- og 4-parts frakturer, som vist i figur 1. Det er praktisk og prognostisk viktig om caput er frakturert langs collum anatomicum (type C-brudd) eller om hoveddelen av bruddlinjen ikke engasjerer denne (type A- og B-brudd). Dette har sammenheng med blodtilførselen til caput og høy risiko for avaskulær caputnekrose ved type C-brudd.

Videre er endring fra anatomisk inklinasjon (aksen normalt på collum anatomicum-planet) av betydning: Valgus med caput stuket ned mot lateralt, eller varus med caput dislokert medialt. Caput kan også ofte innta posterior feilstilling i sideplanet. Røntgenbildet kan gi informasjon om både bruddstabilitet og prognose.

Vanlige grenseverdier for å vurdere kirurgisk behandling hos eldre er caput med varusfeil på > 30 grader (mest alvorlig) eller valgusfeil eller posterior vinkelfeil på > 45 grader (11). Dessuten vurderes graden av kontakt mellom hovedfragmentene. Hos yngre er toleransegrensen for feilstilling noe lavere, og feilstilling av tuberkulene vektlegges mer. En CT-undersøkelse av skulderen med fremstillinger i tre plan (3D) gir tilleggsinformasjon dersom man er i tvil om tolkningen av vanlige røntgenbilder.

Klinisk vurdering

Den initiale kliniske vurderingen foregår vanligvis på skadelegevakt eller sykehus. Den er like viktig som røntgenbilder, og supplerer disse. Hvordan fremstår pasienten kognitivt, og er vedkommende samarbeidsvillig? Foreligger det tegn på komplikasjoner med kompromittert blodforsyning i overekstremiteten (skade på arteria axillaris) eller nerveutfall (vanligvis nervus axillaris eller mer alvorlig skade på plexus brachialis)? I slike tilfeller skal pasienten alltid vurderes ved sykehus.

En vurdering av bruddstabilitet kan eventuelt gjøres skånsomt med pasienten sittende på benk, godt smertelindret og med en forklaring på hva som skal skje, gjerne med demonstrasjon på den friske armen først. Undersøkeren står bak pasienten. Én hånd over skulderen stabiliserer caput humeri, mens den andre støtter under albuen. En forsiktig passiv rotasjon med få graders utslag gir et tydelig inntrykk av om caputfragmentet er bevegelig i forhold til diafysen eller om det følger med. Hvis caput ikke følger diafysen, skal bruddet immobiliseres i en fatle stabilisert mot toraks i to uker før man begynner opptrening. Operativ behandling kan eventuelt diskuteres. I tilfeller hvor man finner medbevegelighet av caputfragmentet, er konklusjonen et potensielt stabilt brudd, og man kan starte opptrening etter en kort smertelindrende immobilisering med en enkel armslynge, gjerne etter et par dager. Generelt ansees tidlig mobilisering som gunstig for stabile frakturer (12).

Proksimal humerusfraktur gir regelmessig mye smerter, og et fast dosert analgetikum (C- eller B-preparat) er anbefalt de første ukene, slik at det er mulig å gjøre øvelser. Erfaring tilsier at det mest uheldige som kan skje, er at pasienten holder armen helt i ro i ukervis for å lindre smerter, noe som vanligvis medfører hevelse, stivhet og ytterligere smerter. Tidlig mobilisering reduserer ødem og har ikke vist seg å medføre risiko (11, 13).

Kontroller og rehabilitering

Gjenopptrening av skulderleddet kan for stabile brudd i god stilling ofte begrense seg til 8–12 uker, mens tidsrammen for alle dislokerte og ustabile brudd er 6–12 måneder (12). Det er viktig å ikke skape forventninger hos pasienter i denne gruppen om at skulderen blir like bra som før skaden. Vanligvis har yngre pasienter bedre prognose enn eldre. Det er avgjørende med veiledet fysioterapi og en god evne til å utføre egenøvelsesprogram regelmessig for å oppnå et vellykket resultat (14).

For ikke-opererte (figur 2) avhenger mobiliseringstidspunkt av bruddstabilitet: Ustabile brudd bør immobilisere-

Figur 3 Samme pasient som i figur 2, nå ved 12-måneders kontroll. Caputfragmentet er tilhelet i en bedre posisjon, men tuberculum majus viser betydelig opprykking. Pasienten har minimale smerter, men noe redusert bevegelsesutslag. Stukturforandringer i caput humeri kan indikere begynnende avaskulær caputnekrose.



res i to uker, slik at bruddet får tid til å «sette seg», mens lenger immobilisering ofte gir stivhet. Kontroll etter to uker, med klinisk vurdering og røntgenbilde for stillingskontroll, er hensiktsmessig.

For opererte (tilsvarer øvelsesstabile) skal egentrening og oppfølging hos fysioterapeut starte snarest mulig postoperativt, men med restriksjoner som er nærmere definert etter operasjonstype (leddutslag, styrke). Funksjonskontroll skjer hos fysioterapeut etter 3–4 uker, og hos lege etter 8–12 uker.

Ved både stabile og ustabile brudd anbefaler vi klinisk og radiologisk kontroll etter 8–12 uker. Man skal vurdere om bruddet har tilhelet normalt, om progresjonen er som forventet og om komplikasjoner har tilkommet. Eventuelle følgetilstander vurderes vanligvis etter 6–12 måneder (figur 3).

Hvem bør opereres?

Færre enn én av fem pasienter blir behandlet operativt i Norge i dag, og tilsvarende gjelder for de øvrige nordiske landene (15). Operasjon har ofte vært ansett som et selvfølgelig valg hvis man kun ser på et røntgenbilde med stor feilstilling mellom benfragmentene. Hovedtanken har vært at å gjenopprette anatomi er avgjørende for resultatet. Dette vektlegges mest hos yngre personer, mens hos eldre har det vist seg mindre avgjørende for sluttresultatet. Et eksempel er feilstilte tuberkler, som uttrykker en skade på rotatormansjetten, og er viktig for skulderfunksjonen hos yngre. Hos de eldre er dette erfaringsmessig mindre alvorlig, fordi rotatormansjetten ofte er degenerativt forandret, og et vellykket resultat med akseptabel skulderfunksjon ikke i samme grad er avhengig av optimal bevegelighet.

En erfaren ortoped bør ta avgjørelsen etter at pasienten er nøye informert om inngrepets art og risiko. Den som først ser pasienten bør unngå å si at «du skal nok opereres», da dette kan skape feilaktige forventninger hvis operasjon ikke blir den anbefalte behandlingen. Med dagens evidens er det ikke dokumentert at operativ behandling gir et bedre sluttresultat enn ikke-operativ rehabilitering, og det må pasienten få vite (16).

Operasjonsmetoder

De vanligste operasjonsmetodene i dag er åpen reposisjon og intern fiksasjon (ORIF), enten med en vinkelstabil plate eller iblant med margnagle. Hvis prognosen for caput humeri er dårlig, med høy risiko for avaskulær caputnekrose, vil man velge en skulderprotese.

Et alternativ hos yngre pasienter er hemiprotese, gitt at rotatormansjetten anamnestic er intakt (protesens «motor»), noe som også må vurderes peroperativt. Hos eldre > 60 år er den vanlige behandlingen nå en såkalt omvendt (revers) totalprotese, også kalt deltaprotese, der «motoren» er skulderens deltamuskel (musculus deltoideus). Dette forutsetter normal muskelinnervasjon med intakt n. axillaris. Det er nå evidens for at dette kan være det beste operative alternativet hos eldre (12).

Komplikasjoner

Proksimal humerusfraktur gir ofte varierende grad av følgetilstander. Det vanligste problemet, enten man er operert eller ikke, er tilstivning og adheanser av leddkapsel med innskrenket bevegelse som resultat. Dette oppleves ofte som et betydelig problem i hverdagen, for eksempel ved påkledning og daglige gjøremål. Avaskulær caputnekrose kan inntreffe etter 3–6 måneder, iblant senere, både for ikke-opererte og etter åpen reposisjon og intern fiksasjon. Dette avhenger ofte av bruddets primære dislokasjon og bruddklassifikasjon (17).

For ikke-opererte pasienter kan tilheling i feilstilling eller manglende tilheling (pseudartrose) iblant gi problemer. Sistnevnte sees gjerne hos pasienter som enten bruker tobakk (nikotin) eller medikamenter av typen ikke-steroide antiflogistika som smertestillende de første ukene etter skaden. Regelmessig bruk bør generelt frarådes de første 6–8 ukene (18, 19).

For opererte pasienter er infeksjon det mest alvorlige scenariet, men det er heldigvis sjeldent (mindre enn 5 %). Derne er osteosyntesvikt hyppig etter åpen reposisjon og intern fiksasjon for 3- og 4-parts brudd (opptil 40 % er rapportert). Operasjon med hemiprotease har også høy komplikasjonsfrekvens, hovedsakelig i form av svikt i rotatormansjetten. Omvendte skulderproteser etter fraktur har hittil færre rapporterte komplikasjoner (20, 21). ■

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 10.3.2024, første revisjon innsendt 14.8.2024, godkjent 30.9.2024.

Tore Fjalestad

torfja@online.no

Tore Fjalestad er ph.d., overlege, prosjektansvarlig for nasjonalt og nordisk studie om proksimale humerusbrudd og deltar i NITEP-samarbeidet. Forfatterbidrag: idé, utarbeiding av manus, litteratursøk, revisjon og godkjenning av innsendt manusversjon.

Tone Wagle

Tone Wagle er prosjekt- og forskningsfysioterapeut for nasjonalt og nordisk studie om proksimale humerusbrudd og deltar i NITEP-samarbeidet. Forfatterbidrag: revisjon og kommentarer til manus.

Kaare S. Midtgaard

Kaare S. Midtgaard er overlege og phd.-kandidat. Forfatterbidrag: revisjon og kommentarer til manus.

Alexander Nilsskog Fraser

Alexander Nilsskog Fraser er ph.d. og overlege.

Forfatterbidrag: revisjon og kommentarer til manus.

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

Litteratur

- 1 Enger M, Skjaker SA, Melhuus K et al. Shoulder injuries from birth to old age: A 1-year prospective study of 3031 shoulder injuries in an urban population. *Injury* 2018; 49: 1324–9.
- 2 Marongiu G, Leinardi L, Congia S et al. Reliability and reproducibility of the new AO/OTA 2018 classification system for proximal humeral fractures: a comparison of three different classification systems. *J Orthop Traumatol* 2020; 21: 4.
- 3 Majed A, Macleod I, Bull AM et al. Proximal humeral fracture classification systems revisited. *J Shoulder Elbow Surg* 2011; 20: 1125–32.
- 4 Iyengar JJ, Devicic Z, Sproul RC et al. Nonoperative treatment of proximal humerus fractures: a systematic review. *J Orthop Trauma* 2011; 25: 612–7.
- 5 Fjalestad T, Hole MØ, Blücher J et al. Rotator cuff tears in proximal humeral fractures: an MRI cohort study in 76 patients. *Arch Orthop Trauma Surg* 2010; 130: 575–81.
- 6 Nordic Innovative Trial to Evaluate osteoporotic fractures. *Lest* 30.9.2024.
- 7 Nah MFK, Pereira MJ, Hemaavathi M et al. Study on proximal humerus evaluation of effective treatment (SPHEER) - what is the effect of rehabilitation compliance on clinical outcomes of proximal humerus fractures. *BMC Musculoskelet Disord* 2023; 24: 778.
- 8 Henkelmann R, Theopold J, Kitsche J et al. Comorbidities, substance abuse, weight and age are independent risk factors for postoperative complications following operation for proximal humerus fractures: a retrospective analysis of 1109 patients. *Arch Orthop Trauma Surg* 2022; 142: 2701–9.
- 9 Humerus. *J Orthop Trauma* 2018; 32: S11–20.
- 10 Neer CS 2nd. Displaced proximal humeral fractures. I. Classification and evaluation. *J Bone Joint Surg Am* 1970; 52: 1077–89.
- 11 Launonen AP, Fjalestad T, Laitinen MK et al. Nordic Innovative Trials to Evaluate osteoporotic Fractures (NITEP) Collaboration: The Nordic DeltaCon Trial protocol-non-operative treatment versus reversed total shoulder arthroplasty in patients 65 years of age and older with a displaced proximal humerus fracture: a prospective, randomised controlled trial. *BMJ Open* 2019; 9: e024916.
- 12 Fraser AN, Bjørdal J, Wagle TM et al. Reverse Shoulder Arthroplasty Is Superior to Plate Fixation at 2 Years for Displaced Proximal Humeral Fractures in the Elderly: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *J Bone Joint Surg Am* 2020; 102: 477–85.
- 13 Lefevre-Colau MM, Babinet A, Fayad F et al. Immediate mobilization compared with conventional immobilization for the impacted nonoperatively treated proximal humeral fracture. A randomized controlled trial. *J Bone Joint Surg Am* 2007; 89: 2582–90.
- 14 Yüksel HY, Yılmaz S, Akşahin E et al. The results of nonoperative treatment for three- and four-part fractures of the proximal humerus in low-demand patients. *J Orthop Trauma* 2011; 25: 588–95.
- 15 Brorson S, Viberg B, Gundtoft P et al. Epidemiology and trends in management of acute proximal humeral fractures in adults: an observational study of 137,436 cases from the Danish National Patient Register, 1996–2018. *Acta Orthop* 2022; 93: 750–5.
- 16 Handoll HH, Elliott J, Thillemann TM et al. Interventions for treating proximal humeral fractures in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2022; 6: CD000434.
- 17 Robinson CM, Stirling PHC, Goudie EB et al. Complications and Long-Term Outcomes of Open Reduction and Plate Fixation of Proximal Humeral Fractures. *J Bone Joint Surg Am* 2019; 101: 2129–39.
- 18 Dauwe J, Walters G, Van Eecke E et al. Osteosynthesis of proximal humeral fractures: a 1-year analysis of failure in a Belgian level-1 trauma centre. *Eur J Trauma Emerg Surg* 2021; 47: 1889–93.
- 19 Wheatley BM, Nappo KE, Christensen DL et al. Effect of NSAIDs on Bone Healing Rates: A Meta-analysis. *J Am Acad Orthop Surg* 2019; 27: e330–6.
- 20 Spross C, Platz A, Rufibach K et al. The PHILOS plate for proximal humeral fractures—risk factors for complications at one year. *J Trauma Acute Care Surg* 2012; 72: 783–92.
- 21 Bonneville N, Tournier C, Clavert P et al. Hemiarthroplasty versus reverse shoulder arthroplasty in 4-part displaced fractures of the proximal humerus: Multicenter retrospective study. *Orthop Traumatol Surg Res* 2016; 102: 569–73.

NY INDIKASJON GODKJENT i Beslutningsforum¹

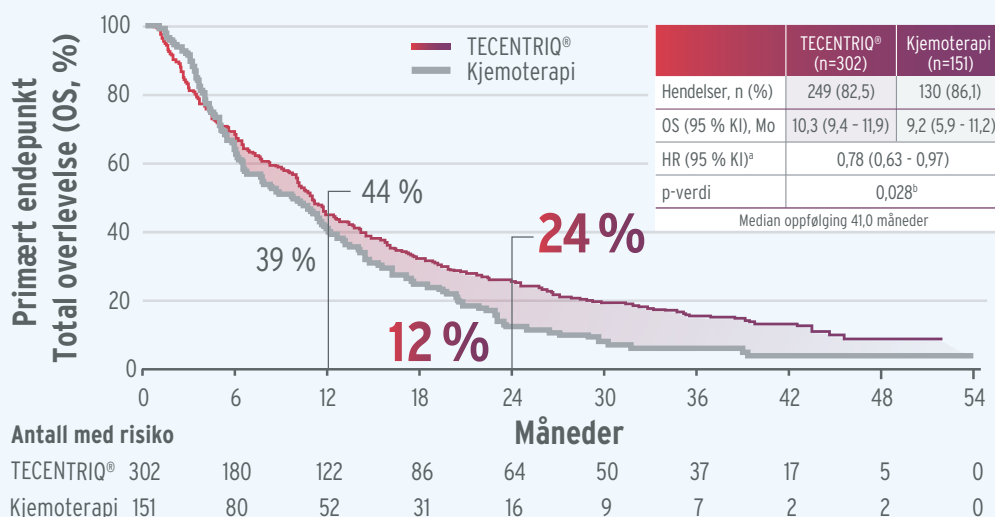
TECENTRIQ som monoterapi er godkjent til førstelinjehandling av voksne med avansert ikke-småcellet lungekreft (NSCLC) som ikke er kvalifisert for platinumbasert kjemoterapi^{1,2}

TECENTRIQ dobler 2-års overlevelse hos en populasjon med:

- pasienter eldre enn 80 år eller med ECOG PS 3^{2,3}
- pasienter med ECOG PS 2 i kombinasjon med relevante komorbiditeter^{*2,3}
- pasienter ≥70 år i kombinasjon med relevante komorbiditeter^{*2,3}



Finnes også som **subkutan** formulering.
Gis s.c. i låret over ca. 7 minutter²



* Relevante komorbiditeter er relatert til hjertesykdommer, nevrologiske sykdommer, psykiatriske sykdommer, karsykdommer, nyresykdommer, stoffskifte- og ernæringsbetingede sykdommer, eller lungesykdommer der platinabasert behandling er kontraindisert²

I IPSOS-studien med 1L NSCLC-pasienter uegnet for platina-behandling, var det totalt sett ingen forskjeller i sikkerhetsprofilen for 1L atezolizumab monoterapi mellom pasientalder-subgruppene.²

^aClinical cutoff: 30 Apr 2022. ^bHR Hazard Ratio, mOS median overall survival. Grafen er modifisert av Roche etter referanse 3.

Pasienten skal overvåkes for immunmedierte bivirkninger²

TECENTRIQ (atezolizumab) utvalgt produkt- og sikkerhetstekst²

Indikasjon: Ikke-småcellet lungekreft (NSCLC): Som monoterapi til førstelinjehandling av voksne med avansert NSCLC som er uegnet for platinabasert behandling.

Dosering og administrering: Infusjonsvæske: Anbefalt dose er 840 mg i.v. hver andre uke, 1200 mg i.v. hver tredje uke eller 1680 mg i.v. hver fjerde uke.

Infusjonsvæske: Anbefalt dose er 1875 mg hver 3. uke. Gis s.c. i låret over ca. 7 minutter.

Forsiktighetsregler: Immunmedierte bivirkninger: Kan påvirke flere kroppssystem. Pasienten bør overvåkes for pneumonitt, hepatitt, kolitt, endokrinopati, meningitt/encefalitt, motorisk og sensorisk nevrologi, myelitt, akutt pankreatitt, myokarditt, endringer i nyrefunksjon, myositt, perikardiale sykdommer, hemofagocytisk lymfohistiocytose, SCARs og andre immunmedierte bivirkninger. ASAT, ALAT, bilirubin og tyreoidfunksjon bør overvåkes. Infusjonsrelaterte reaksjoner: Grad 1/2 med infusjonsvæske: Redusert infusjonshastighet eller avbrytelse av behandling. Grad 1/2 med injeksjonsvæske: Redusert injeksjonshastighet eller pause. Grad 3/4: Permanent seponering.

Bivirkninger: Monoterapi: De vanligste bivirkningene (> 10 %) er fatigue, nedsatt appetitt, utslett, kvalme, hoste, diaré, feber, dyspné, artralgi, kløe, asteni, ryggmerter, oppkast, urinveisinfeksjon og hodepine.

Pakninger, priser og refusjon: Konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning 840 mg: 14 ml (hettegl.) pris kr. 37 088,60. Konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning 1200 mg: 20 ml (hettegl.) pris kr. 52 886,80. Injeksjonsvæske, oppløsning 1875 mg: 15 ml (hettegl.) pris kr. 52 886,80. Reseptgruppe C. Beslutningsforum for nye metoder innfører (21.10.2024) TECENTRIQ som monoterapi til førstelinjehandling av voksne med avansert ikke-småcellet lungekreft (NSCLC) som ikke er kvalifisert for platinumbasert kjemoterapi.

Referanser: 1. https://www.nyemetoder.no/metoder/id2024_047/. 2. TECENTRIQ SPC avsnitt 4.1, 4.2, 4.4, 4.8 og 5.1, datert 19.09.2024. 3. Lee SM, Schultz C, Prabhaskar K et al. First-line atezolizumab monotherapy versus single-agent chemotherapy in patients with non-small-cell lung cancer ineligible for treatment with a platinum-containing regimen (IPSOS): a phase 3, global, multicentre, open-label, randomised controlled study. Lancet 2023 Aug 5;402(10400):451-463.

Tine Tveit Strømmen¹
tine.strommen@gmail.com

Karen Regine Finnsdøtter Rye²
Frida Linnea Hveem Hansson²
Dan Levi Hykkerud³
Janne Elin Mykland Hilde¹
Ellen Elisabeth Brodin⁴

- 1 Hjerteravdelingen, Akershus universitetssykehus
- 2 Medisinsk avdeling, Akershus universitetssykehus
- 3 Radiologisk avdeling, Akershus universitetssykehus
- 4 Hematologisk avdeling, Akershus universitetssykehus

En mann i 60-årene med akutt dyspné, brystsmarter og synkope

En mann i 60-årene ble innlagt akutt grunnet dyspné, brystsmarter og synkope. Medisinsk team konstaterte raskt at han befant seg i en sjokktilstand. Tverrfaglig håndtering førte til vellykket diagnostisering og behandling av en tilstand med høy dødelighet.

En mann i 60-årene med inflammatorisk tarm sykdom og prednisolonbehandlet myopati ringte ambulanse på nattestid grunnet akutt forverring av åndenød. Han hadde vært tung i pusten 3–4 uker i forkant, men ble betydelig mer besværet den aktuelle natten. Før han tilkalte hjelp, hadde han besvimt to ganger. Da ambulansen kom til stedet, angav han smerter i hele kroppen, inkludert sterke sentrale brystsmarter.

Pasienten hadde sentral cyanose, med SpO₂ 70 % uten oksygen, stigende til 93 % med 12 liter oksygen på maske med reservoar. Blodtrykket var 115/70 mmHg, pulsen vekslet mellom 130 slag/min og 145 slag/min.

Under transport sendte ambulansen EKG til hjerteravdelingen for prehospital vurdering (figur 1 på tidsskriftet.no). EKG viste sinustakykardi frekvens 143 slag/min, økt amplitude av P-bølgen i avledning II og III forenlig med p-pulmonale, subtil ST-elevasjon i avledning V1 og aVR samt ST-depresjon i V4–V6, II, III og aVF.

Differensialdiagnostiske overveielser var akutt koronar syndrom med utbredt iskemi, grunnet funn av ST-depresjoner i multiple avledninger og ST-elevasjon i V1 og aVR. Gjennomgått infarkt med påfølgende utvikling av akutt hjertesvikt med lungeødem ble også vurdert. I tillegg vurderte man lungeembolisme grunnet funn av sinustakykardi og p-pulmonale, som tydet på dilatasjon av høyre atrium.

Ambulansepersonell sendte 25 minutter senere inn et nytt EKG (figur 2 på tidsskriftet.no), som viste atrieflimmer med frekvens 120 slag/min, breddeøkt QRS-kompleks med høyre grenblokk-mønster samt T-inversjon i III og V1–V3.

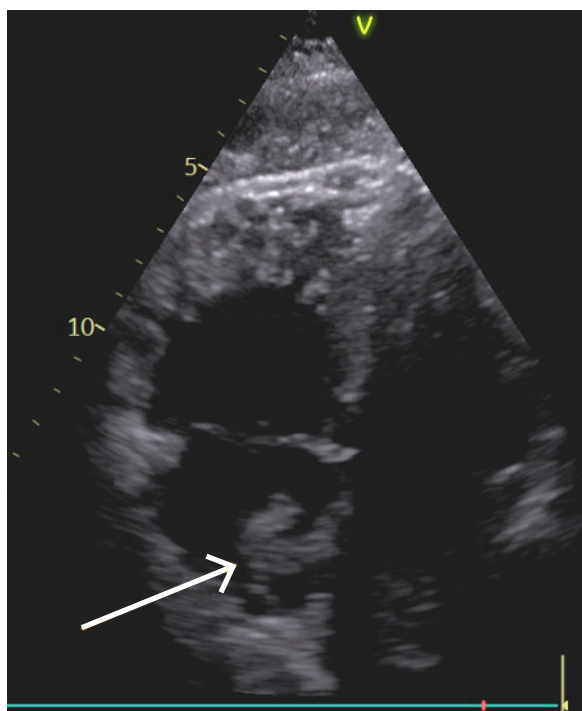
Både nyoppstått atrieflimmer med lavere frekvens enn i sinusrytme og høyre grenblokk er tegn på sviktende ledningssystem. I tillegg er T-inversjonene typiske funn ved dilatasjon av høyre ventrikel.

Noe å lære av

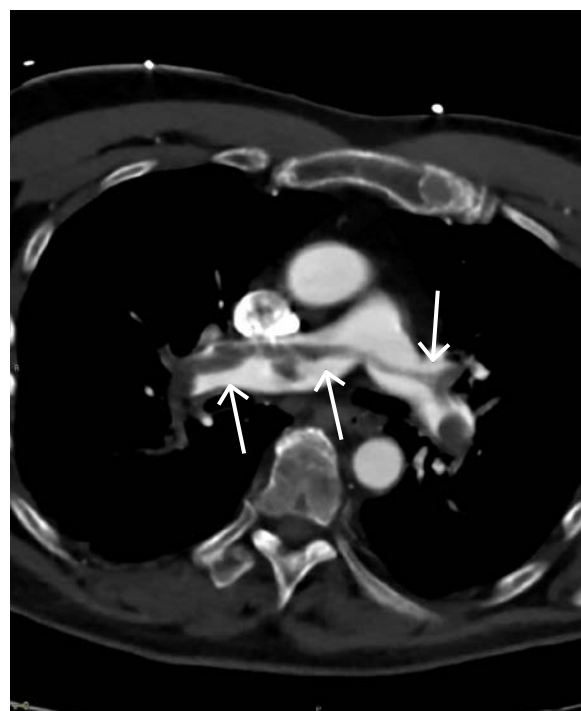
Komplekse pasienthistorier med vekt på de kliniske vurderingene

Pasienten ble tatt imot av et medisinsk team kort tid etter at siste EKG ble mottatt. Han var våken og svarte adekvat på spørsmål. Ved primærundersøkelsen hadde han frie luftveier. Oksygensaturasjonen var 100 % med 12 liter O₂ og respirasjonsfrekvensen 17 i minuttet. Ved auskultasjon ble det hørt klare lungelyder. Han var kald og klam i huden uten perifere pulser, men med palpable lyskepulser bilateralt. Blodtrykk ble målt til 50/30 mmHg med arteriekrane. På skop ble det sett sinustakykardi med frekvens 120 slag/min og QRS-konfigurasjon som ved høyre grenblokk. Pasienten var afebril med temperatur 37,0 °C. Arteriell blodgass tatt med tilførsel av 12 liter oksygen viste pH 7,36 (referanseområde 7,35–7,45), pCO₂ 4,45 kPa (4,7–5,9), pO₂ 13,8 kPa (11,1–14,4) og laktat 4,6 mmol/L (0–2,5).

Orienterende ekkokardiografi viste betydelig dilatasjon av høyre ventrikel, der høyre ventrikel (RV) hadde klart større diameter enn venstre (LV), med en RV/LV-ratio 1,3. Normalt ratio er 0,66, og alt over 1,0 er klart patologisk (1). Høyre ventrikel fremstod med redusert langaksefunksjon,



Figur 3 Ekkokardiografi. Høyre ventrikel oppe til venstre, høyre atrium nede til venstre. Flagrende masse i høyre atrium (pil) suspekt på trombe, såkalt «clot in transit».



Figur 4 CT-angiografi. Sadelembolusen ses som en mørk oppfylling i pulmonalarterien (piler).

TAPSE (tricuspid annular plane excursion) målt til 10 mm (normalt > 17). I høyre atrium ble det observert en stor flagrende masse, som ga mistanke om trombe (figur 3, video på tidsskriftet.no). Venstre ventrikel hadde svekkede kontraksjoner i septum og var komprimert fra den dilaterte høyre hjertehalvdelen. Dopplervurderinger var forenlig med underfylling av venstre ventrikel. Aorta ascendens var normaldimensjonert, men det ble sett en aortainsuffisiens som var vanskelig å gradere i akutsituasjonen.

Akutt sentral lungeembolisme med påfølgende høyresidig hjertesvikt, redusert hjerteminuttvolum og sirkulasjonssvikt fremsto som den mest sannsynlige årsaken til det aktuelle. Funn av aortainsuffisiens gjorde at man etter ekkokardiografivurderingen ikke med sikkerhet kunne utelukke samtidig aortadisseksjon. Det var derfor ønskelig å gjennomføre CT-undersøkelse før administrering av trombolytisk behandling med alteplase.

Etter diskusjon i teamet ble det i henhold til lokale og internasjonale retningslinjer gitt 5 000 IE heparin intravenøst ti minutter etter at pasienten ankom akutmottaket (2). For å øke blodtrykket ble det gitt 0,01 mg adrenalin intravenøst og startet noradrenalininfusjon med infusjonshastighet 0,3 µg/kg/min. Samtidig ble intervensjonsradiolog og radiograf tilkalt.

Pasienten var våken og klar, respiratorisk stabil, men vedvarende hemodynamisk ustabil etter administrering av heparin og oppstart av vasopressor. Pasienten ble transportert til røntgenavdelingen tilkoblet defibrillator og med alteplase klargjort for intravenøs administrasjon.

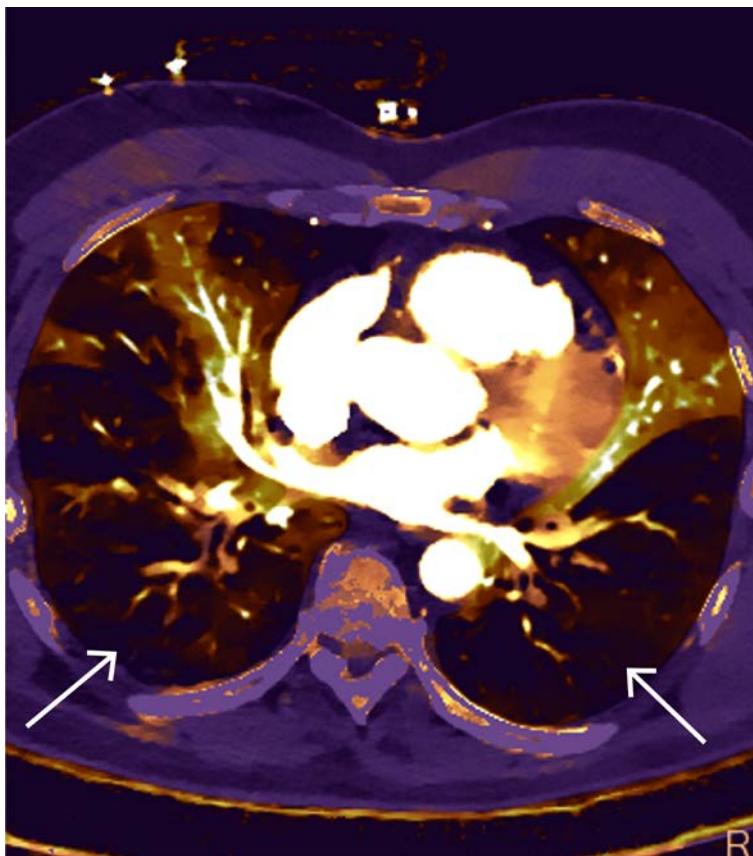
CT toraks med lungeemboliprotokoll viste sadelemboli, med tromber ut i de fleste større lungearterier og med affeksjon av alle lungelapper på lobært og segmentalt nivå (figur 4 og 5). Størst utfall var i underlapper. Aortadisseksjon ble ikke påvist.

Bolusdose med 10 mg intravenøs alteplase ble gitt umiddelbart etter at lungeembolidiagnosen ble verifisert og aortadisseksjon var utelukket, anslagsvis 40 minutter etter at pasienten ankom sykehuset. Deretter ble vedlikeholdsdose med alteplase på 90 mg påbegynt.

Intervensjonsradiolog og intervensjonsradiograf har døgnerberedskap med 30 minutters utrykningstid. Da pasienten ankom CT-laboratoriet, var intervensjonsteamet allerede på plass, slik at bildene ble gransket umiddelbart, samtidig som pasienten ble transportert til hjerterovervåkingen for videre stabilisering og vurdering av behandlingseffekt.

På hjerterovervåkingen hadde pasienten vedvarende dyspné, sterke brystmerter og middelarterietrykk (MAP) rundt 45 mmHg på tross av infusjon med alteplase, opptrappet noradrenalin til 0,40 µg/kg/min og påbegynt vasopressin med infusjonshastighet 0,03 IE/min. På grunn av den hemodynamisk ustabile situasjonen ble det gitt gjentatte doser fortynt adrenalin for å forhindre ytterligere dekompenisering.

Grunnet manglende effekt av systemisk alteplase og betydelig påvirket høyre ventrikel ble man i teamet enige om å ta pasienten direkte til operasjonsstuen for akutt kateterbasert trombektomi. Pasienten ble ikke vurdert som hemodynamisk stabil nok for transport til sykehus med torakskirurgisk beredskap og tilgang på ekstra- →



Figur 5 På spektral-CT kan man gjøre rekonstruksjoner som viser jodtetthet. Dette gir et kart som viser både bortfall av og bevart perfusjon. Her var det store områder med perfusjonsutfall (piler) i begge underlappene, midtappen og høyre overlapp. Kun venstre overlapp var spart.

korporal membranoksygenering (ECMO). Det hadde til sammen gått 1 time og 30 minutter fra pasienten ankom akuttmottaket til han var på operasjonsstuen.

I lokalbedøvelse ble det gjort ultralydveiledet punksjon av vena femoralis communis, og et vinklet grisehalekateter ble ført via vena cava inferior gjennom høyre hjertehalvdel til arteria pulmonalis (figur 6 på tidsskriftet.no). Middeltrykket i truncus pulmonalis ved prosedyrestart ble målt til 37–39 mmHg (< 20 mmHg). Trombektomiutstyret som ble brukt, var FlowTriever (Inari Medical). Via 24 Fr og 16 Fr katetre ble det aspirert trombemasser fra begge lungers karsenger (figur 7). Totalt ti aspirasjoner ble utført.

Det ble anslått et blodtap på til sammen 50–80 ml. Pasientens systemiske trykk steg umiddelbart etter trombeaspirasjonene, og man kunne trappe ned pressorbehandlingen. Vasopressin ble seponert og noradrenalininfusjonen redusert til 0,02 µg/kg/min. Objektivt og subjektivt observert dyspné bedret seg raskt. Ved avslutning av prosedyren ble middeltrykket i truncus pulmonalis målt til 19–20 mmHg. Angiografi viste akseptabel og rask fylling i de største segmentene i lungene på begge sider.

Etter prosedyren ble pasienten flyttet tilbake til hjerterovervåkningen. Det ble startet med heparininfusjon 1 320 IE/time som videre antikoagulerende behandling. Infusjonshastigheten ble styrt etter aktivert partiell tromboplastintid (APTT) (referanseområde 1,5 × utgangsverdien). Klinisk var pasienten ved dette tidspunktet uten smerter, og objektivt og subjektivt fri for dyspné. SpO₂ var 97 % med 1 liter oksygen på nesegrime. Han var tørr og varm i huden. Blodtrykket var stigende til

111/62 mmHg med nedtrappende mengder vasopressor.

Svaret på laboratorieprøvene tatt ved innkomst var klar etter intervensjonen. De viste forhøyet troponin T til 284 ng/l (0–15) og NT-proBNP 1 571 ng/L (< 210).

Påfølgende dag var pasienten i bedring, og pressorbehandlingen kunne avsluttes. Man gikk over til dalteparin subkutan (100 E/kg × 2) som antikoagulerende behandling, da det ble ansett som lite sannsynlig med nytt behov for trombolyse med alteplase.

Ekkokardiografikontroll dagen etter innleggelsen viste normalisert hjertefunksjon og at begge ventriklene hadde normale kammerdimensjoner. Systolisk trykk i pulmonalarterien ble beregnet til 31 mmHg, som anses som normalt. Pasienten ble overflyttet til hematologisk sengepost og utskrevet etter totalt fem dager på sykehus. Han skulle fortsette med peroral antikoagulantia i form av rivaroksaban 20 mg × 1 per dag de første seks månedene og deretter 10 mg × 1 på ubestemt tid.

Diskusjon

Høyre ventrikkelsvikt er en fryktet komplikasjon ved massiv lungeembolisme og ses akutt i varierende alvorlighetsgrad hos 45 % av lungeembolipasientene (3). Mekanismene i utviklingen av høyre ventrikkelsvikt i denne situasjonen er sammensatt. Sentrale lungeemboluser som okkluderer store deler av lungekarsengen, fører til at høyre ventrikkelsvikt må pumpe mot høy pulmonal vaskulær

Pasientens perspektiv

I akuttmottaket ble jeg overveldet av alle som sto klare, hvordan de var organisert og drillert til minste detalj. Et velorganisert kaos. Jeg følte meg i verdens tryggeste hender. Etter prosedyrene fikk jeg besøk av empatiske og vennlige leger som forklarte med formuleringer jeg forsto og lyttet til. Tårene trillet, det var overveldende. Jeg vet at jeg kunne ha dødd på operasjonsbordet flere ganger.

Jeg vet ikke hvordan jeg kan få takket dere nok.

motstand (økt høyre ventrikel-afterload). Høyre ventrikel er tynnvegget og ikke konstruert for å tåle akutt afterloadøkning. Når dette skjer, oppstår redusert høyre ventrikel-funksjon og kompensatorisk dilatasjon (figur 8). Sekundært til dette overskyves ventrikkelseptum mot venstre ventrikel og gir redusert diastolisk fylning. Dette medfører redusert hjerteminuttvolum og koronar hypoperfusjon, med sekundær iskemi og ytterligere bi-ventrikulær svikt. Iskemien forsterkes av hypoksemi og det faktum at høyre ventrikel har økt oksygenbehov. Dilatasjonen av høyre ventrikel gir samtidig strekk på trikuspidalringen, med sekundær trikuspidalinsuffisiens som også bidrar til redusert venstre ventrikel-fylning. Det hele kan føre til sirkulatorisk dekompensasjon i form av obstruktivt sjokk, og i verste fall hjertestans (2, 3).

Lungeembolipasienter risikostratifiseres i akuttsituasjonen inn i en av fire grupper basert på risiko for mortalitet på kort sikt. De ulike gruppene er henholdsvis høyrisiko, intermediær høyrisiko, intermediær lavrisiko og lavrisiko. Inndelingen gjøres på bakgrunn av forekomst av hemodynamisk ustabilitet, hjertets høyre ventrikel-funksjon, troponinverdier og skåren på Pulmonary Embolism Severity Index (PESI) (3). Korttidsoverlevelsen ved lungeembolisme som tilstand er svært varierende, med 30 dagers mortalitet fra 0 % i lavrisikogruppen til 24,5 % i høyrisikogruppen (2).

Akuttbehandling av lungeembolisme velges ut fra risikostratifiseringen og spenner fra behandling med direktevirkende antikoagulantia (DOAK) til systemisk trombolyse, endovaskulær eller kirurgisk trombektomi,

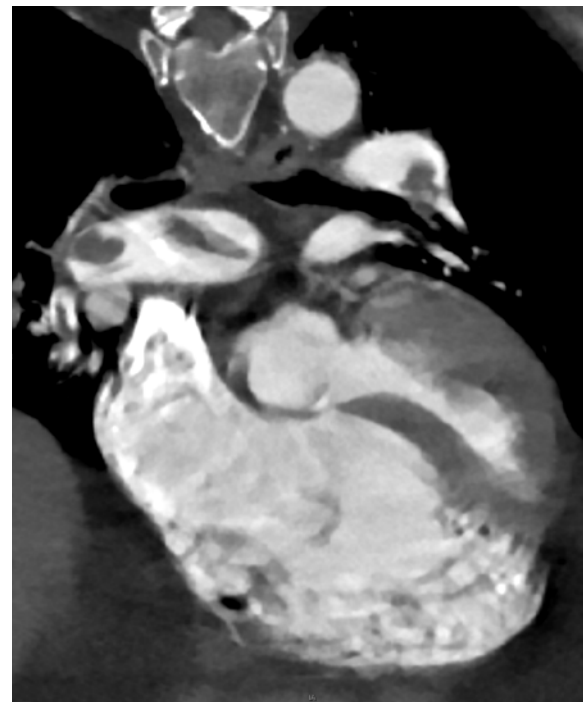
avlastning med ekstrakorporal membranoksygenering (ECMO-behandling) og hjerte-lunge-redning (2). De endovaskulære behandlingsalternativene er relativt nye, da utstyret kun har vært på markedet i kort tid. I de fleste retningslinjer, inkludert de europeiske kardiologiske retningslinjene om lungeembolisme fra 2019 (2), anbefales således fortsatt primært systemisk trombolyse til høyrisikopasienter og hovedsakelig lavmolekylært heparin til pasienter med intermediær høyrisiko. For sistnevnte pasientgruppe gis det på vårt sykehus rom for å vurdere systemisk trombolyse der høyre ventrikel er betydelig påvirket og det foreligger kompensatorisk takykardi.

I de samme europeiske retningslinjene angis det at perkutan kateterbasert behandling, herunder kateterbasert trombolyse eller trombektomi, kan vurderes hos høyrisikopasienter der trombolyse har feilet eller er kontraindisert (2). På vårt sykehus er det siden oppstart i 2023 utført henholdsvis ti kateterbaserte trombolysen og ti endovaskulære trombektomier. Anbefalingene for endovaskulære tilnærminger er begrenset av flere årsaker. Hovedsakelig er dette grunnet manglende sikkerhetsdata og sammenliknende studier med medikamentell behandling, i tillegg til at behandlingstilbudet er betydelig senter- og operatørvhengig. Etter hvert som utstyret blir mer tilgjengelig og utprøvd, vil det etter all sannsynlighet komme mer data på området og potensielt endrede anbefalinger (4). Til nå har man blant annet i en multisenter, prospektiv registerstudie – FLASH – sett på 1 000 pasienter med høy- og intermediær risiko for lungeembolisme som ble behandlet med endovaskulær trombektomi. Resultatene er lovende

Figur 7 Aspirerte trombemasser.



Figur 8 Dilatert høyre hjertehalvdel fremstilt på CT-angiografi.



og viser betydelig bedring i høyre ventrikkelfunksjon og redusert oksygenbehov i løpet av de første 48 timene etter prosedyren. Det var ingen prosedyrerelaterte dødsfall (5). Videre viser en liten prospektiv studie fra Tyskland ingen alvorlige komplikasjoner etter behandling med trombektomi med FlowTrierer-systemet hos pasienter med akutt lungeembolisme og påvist høyrebelastning (6).

På vårt sykehus er det implementert responsteam for lungeembolisme (Pulmonary Embolism Response Team, PERT) som raskt og tverrfaglig kan diskutere valg av behandling for lungeembolismepasienter i intermediær høyrisiko- og høyrisikogruppen. Dette er i henhold til anbefalinger i de europeiske kardiologiske retningslinjene om lungeembolisme fra 2019 (2). Vårt team består av hematolog, kardiolog ved ekkolaboratoriet (hjertemedisinsk LIS3-lege på natt) og intervensjonsradiolog.

Kronisk tromboembolisk pulmonal hypertensjon er en potensielt alvorlig komplikasjon til lungeembolisme på sikt. Diagnosen kan tidligst stilles etter tre måneder med adekvat antikoagulasjonsbehandling (7). Symptomer er vedvarende dyspné, som er spesielt uttalt ved fysisk aktivitet, samt fatigue. Kronisk tromboembolisk pulmonal hypertensjon oppstår sekundært til høyre ventrikkelsvikt grunnet kroniske forandringer i lungekarsengen med sekundær hypertrofi og dilatasjon av høyre ventrikkel. En av flere risikofaktorer for å utvikle pulmonal hypertensjon i forløpet etter akutt lungeembolisme er at tromben eller trombene i akutsituasjonen var store og lå sentralt (7).

Pasienten i denne kasuistikken ble uten tvil risikostrengt som høyrisikopasient. Det var klar enighet om initial behandling med systemisk alteplase etter gjeldende nasjonale og internasjonale retningslinjer, da det ikke forelå kontraindikasjoner (2). Intervensjonsteamet rykket ut på mistanken om sentral lungeembolisme og mulig behov for kateterbasert intervensjon, dette fordi alteplase erfaringsmessig kan ha dårligere effekt ved langstrakte og obstruerende tromber.

Avgjørelsen om å gjennomføre enten kirurgisk eller endovaskulær trombektomi hos en høyrisikopasient som vår pasient er enklere enn hos øvrige lungeembolismepasienter, da retningslinjene gir føringer. Det er av stor interesse å kartlegge hvilke pasienter i intermediær høyrisiko-gruppen som også vil være bedre tjent med slike behandlingsmodaliteter enn tradisjonell medikamentell behandling, både på kort sikt (overlevelse), men også på lang sikt når det kommer til hjerterfunksjon og risiko for utvikling av kronisk tromboembolisk pulmonal hypertensjon. Per i dag pågår det flere større studier for å kartlegge dette, inkludert studiene PE-TRACT og HI-PEITHO (8, 9). ■

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 31.5.2024, første revisjon innsendt 29.8.2024, godkjent 14.10.2024.

Tine Tveit Strømmen

tine.strommen@gmail.com

Tine Tveit Strømmen er lege i spesialisering i hjertesykdommer. Forfatterbidrag: utforming av manus, design og litteratursøk. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Karen Regine Finnsdatter Rye

Karen Regine Finnsdatter Rye er lege i spesialisering i indremedisin. Forfatterbidrag: utforming av manus, design og litteratursøk. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Frida Linnea Hveem Hansson

Frida Linnea Hveem Hansson er lege i spesialisering i indremedisin. Forfatterbidrag: utforming av manus, design og litteratursøk. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Dan Levi Hykkerud

Dan Levi Hykkerud er spesialist i radiologi og overlege. Forfatterbidrag: utarbeiding av radiologidelen samt beskrivelse og rekonstruksjon av CT- og angiografibilder. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Janne Elin Mykland Hilde

Janne Elin Mykland Hilde er ph.d., spesialist i hjertesykdommer og overlege. Forfatterbidrag: revisjon og supplering til diskusjonsdelen om hjertesvikt og kronisk tromboembolisk pulmonal hypertensjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ellen Elisabeth Brodin

Ellen Elisabeth Brodin er ph.d., spesialist i blodsykdommer, overlege og avdelingsleder. Forfatterbidrag: idé, gjennomlesing og referanse-sjekk. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt honorar for tromboseforedrag fra BMS, Pfizer og Bayer, og har deltatt i rådgivende organ i Astra-Zeneca rundt legemiddelet Andexanet alfa.

Litteratur

- 1 Zaidi A, Knight DS, Augustine DX et al. Echocardiographic assessment of the right heart in adults: a practical guideline from the British Society of Echocardiography. *Echo Res Pract* 2020; 7: G19–41.
- 2 Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS). *Eur Respir J* 2019; 54: 1901647.
- 3 Bryce YC, Perez-Johnston R, Bryce EB et al. Pathophysiology of right ventricular failure in acute pulmonary embolism and chronic thromboembolic pulmonary hypertension: a pictorial essay for the interventional radiologist. *Insights Imaging* 2019; 10: 18.
- 4 Carroll BJ, Larnard EA, Pinto DS et al. Percutaneous Management of High-Risk Pulmonary Embolism. *Circ Cardiovasc Interv* 2023; 16: e012166.
- 5 Toma C, Jaber WA, Weinberg MD et al. Acute outcomes for the full US cohort of the FLASH mechanical thrombectomy registry in pulmonary embolism. *EuroIntervention* 2023; 18: 1201–12.
- 6 Lauder L, Pérez Navarro P, Götzinger F et al. Mechanical thrombectomy in intermediate- and high-risk acute pulmonary embolism: hemodynamic outcomes at three months. *Respir Res* 2023; 24: 257.
- 7 Humbert M, Kovacs G, Hoeper MM et al. 2022 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. *Eur Respir J* 2023; 61: 2200879.
- 8 Götzinger F, Lauder L, Sharp ASP et al. Interventional therapies for pulmonary embolism. *Nat Rev Cardiol* 2023; 20: 670–84.
- 9 Klok FA, Piazza G, Sharp ASP et al. Ultrasound-facilitated, catheter-directed thrombolysis vs anticoagulation alone for acute intermediate-high-risk pulmonary embolism: Rationale and design of the HI-PEITHO study. *Am Heart J* 2022; 251: 43–53.

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.

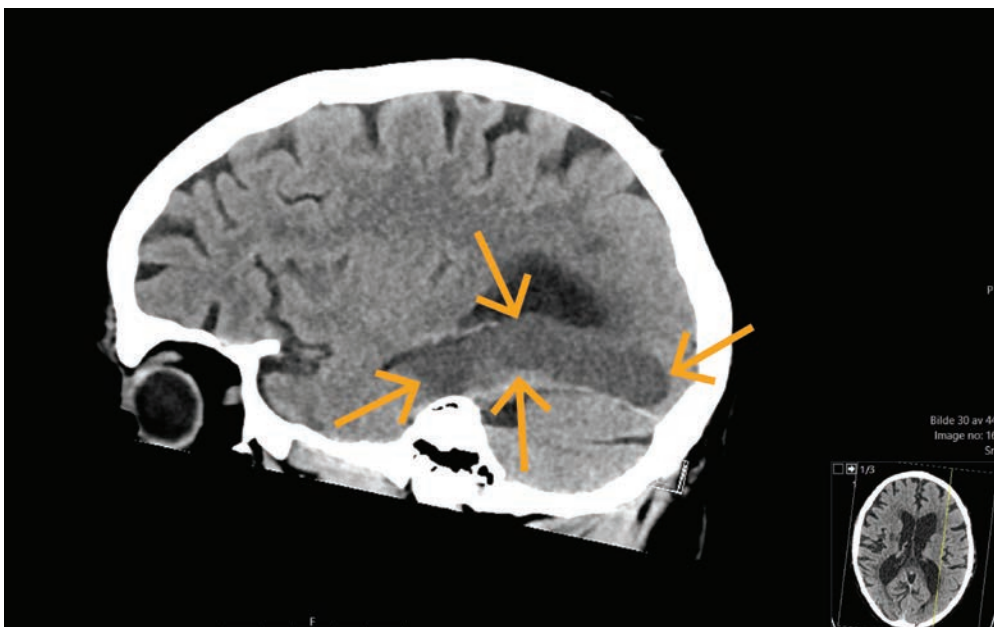


Lever ditt manus via forfatterveiledningen på tidsskriftet.no.

Å kunne stave og skrive, men ikke lese

CT-bildet viser hypodensitet i forsyningsområdet til en gren (P2) av venstre *arteria cerebri posterior* hos en mann i 70-årene. Flere år tidligere hadde han et hjerneinfarkt i høyre hemisfære som ga ham en marginal spastisk hemiparese. Nå hadde han pådratt seg et nytt infarkt oksipito-temporalt som ga ham synsfeltutfall opp mot høyre (øvre høyre kvadrantanopsi). Filmen (video på tidsskriftet.no) viser at han har vanskelig for å benevne gjenstander (nominal afasi) når de sees som symboler eller tegninger. Han har altså ikke visuell objektagnosi. Evnen til å lese var borte, men ikke evnen til å skrive. Fenomenet kalles aleksi uten agrafi. Dets forklaring ble først beskrevet i 1892 (1).

Fra oksipitallappen formidles prosessert synsinformasjon gjennom to atskilte informasjonskanaler. Den ene går til parietallappen for lokalisering av objekter, og for samspill med motoriske områder for målrettet bevegelse, f.eks. å skrive. Den andre går til temporallappen for gjenkjenning av hva en ser, og for samspill med Wernickes språkområde for benevning og forståelse. Et eget område i nedre mediale del av temporallappen, bakre del av *gyrus fusiformis*, er dedikert til gjenkjenning av bokstaver og ord (2), det såkalte visuelt ordgjenkennende området. Som oftest er dette området lokalisert på venstre



side, samme side som Brocas og Wernickes språkområder.

Tradisjonelt oppstår ren aleksi ved skade i venstre oksipitallapp, som også omfatter bakre del av hjernebjelken (*splenium corpus callosum*). Denne delen inneholder fibre som overfører informasjon fra høyre synsfelt til det ordgjenkennende området og Wernickes område. Hos vår pasient var hjernebjelken intakt, og det var sannsynligvis omfattende skade i det ordgjenkennende området som forårsaket pasientens «ordblindhet». Fordi pasienten hadde pacemaker, ble det ikke tatt MR-bilder. Hans tidligere

infarkt i høyre hjernehalvdel hadde neppe betydning for det observerte fenomenet. ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

*Artikkelen er fagfellevurdert.
Mottatt 25.6.2024, første revisjon
innsendt 18.7.2024, godkjent 8.10.2024.*

Karl Bjørnar Alstadhaug

karl.bjornar.alstadhaug@nordlandssykehuset.no
Karl Bjørnar Alstadhaug er ph.d., spesialist i nevrologi, overlege og professor.

Espen Benjaminsen

Espen Benjaminsen er ph.d., spesialist i nevrologi, overlege og førsteamanuensis.

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

Litteratur

- 1 Dejerine J. Contribution à l'étude anatomopathologique et clinique des différents variétés de cécité verbale. Mémoires de la Société de Biologie, 1892. Lest 18.7.2024.
- 2 Yablonski M, Karipidis II, Kubota E et al. The transition from vision to language: Distinct patterns of functional connectivity for subregions of the visual word form area. Hum Brain Mapp 2024; 45: e26655.

Albino og albinisme

Mange personer med albinisme har et negativt forhold til ordet *albino*.

Samfunnet brukes ofte ordet *albino* når man omtaler personer med albinisme. *Albinisme* er det mange som ikke vet hva betyr. Fra gammelt av er *albino* kjent for folk flest, men er det et ord som er greit å bruke? Skal man heller bruke *albinisme*? Eller er det innåfor å bruke disse ordene om hverandre?

Albinisme er en diagnose

Albinisme deles gjerne inn i to hovedtyper (1). Den ene er okulokutan albinisme, det vil si manglende pigment i hud, hår og øyne. Den andre typen er okulær albinisme, der man mangler pigment kun i øynene. *Albino* er det latinske ordet for hvit og forbindes med personer som mangler pigment både i hud, hår og øyne (2). Man kan spørre seg om det er riktig å bruke *albino* også om personer med okulær albinisme, som jo har farge i hud og hår.

En diagnose kan defineres som et navn på sykdommer eller tilstander med felles kjennetegn (3). Når man søker i diagnosesystemet ICD-10 på *albino*, får man ingen treff. På *albinisme* får man derimot treff i kapittelet E70-E90, om metabolske forstyrrelser, der det er en tilstand og ikke en sykdom (4). Med andre ord er albinisme (kode E70.3) en diagnose, mens *albino* ikke er det.

Albino i dyreriket og på film

I dyreriket hører vi om dyr som mangler pigment, slik som den hvite elgen Albin (5) og den sjeldne gorillaen Snowflake (6). De fleste omtaler dyr med lite eller manglende pigment som *albino*. Det blir et tydelig skille mellom dyr og mennesker når vi omtaler dyr som *albino*, mens mennesker *har albinisme*.

I filmer er *albino* ofte assosiert med onde skurker og morderiske karakterer. Det er laget utallige amerikanske filmer og TV-serier med slike personer. Det er også skrevet bøker opp gjennom årene der personer med albinisme fremstilles med overnaturlige evner, er onde skurker og at de til og med kan være skarpskyttere. Å fremstille personer med diagnosen albinisme som skarpskytter er lite troverdig, ettersom personer med albinisme er svaksynte og har nystagmus.

Slike fremstillinger bidrar til fremmedgjøring rundt personer med albinisme. Produksjon av filmer med

positive albinokarakterer, gjerne med skuespillere som selv har albinisme, ville kanskje ha skapt balanse og bidratt til en mer troverdig fremstilling.

Hva mener personer med albinisme?

Norsk Forening for Albinisme er en forening for mennesker med albinisme og deres familier (7). Foreningen har ca. 230 medlemmer.

I en uformell undersøkelse på foreningens Facebook-side ble medlemmene spurt om de foretrekker *albino* eller *albinisme*. For 14 av de 16 som svarte, var ordet *albino* negativt ladet. For dem signaliserer ordet en negativ holdning og kan oppfattes som et skjellsord på lik linje med N-ordet. Mange opplever at *albino* brukes på en krenkende måte, som spøkelse eller vampyr, og at noen fleiper med at folk med albinisme har badet i klor. Flere påpekte at man *har* albinisme – man *er ikke* sin egen diagnose. Ordet fokuserer kun på hudfarge og ikke på person. Mange føler at de må gi opp å si *albinisme*, fordi folk flest ikke vet hva dette er, og at de først forstår hva det dreier seg om når *albino* blir brukt.

Man bør være varsom med å bruke en diagnose eller et organ som om det var en person. Man bør ikke si slaget, blindtarmen eller hoften om pasienter som ligger på sykehus (8). I engelskspråklig faglitteratur foretrekkes det som kalles *person-first language* (eller *people-first language*). På norsk blir det da *person med funksjonsnedsettelse* (eller *person med nedsatt funksjonsevne*) og ikke *funksjonshemmet person* (9). Dette kan være flisespikkeri for noen, men viktig for dem som er berørt.



Man bør være varsom med å bruke en diagnose eller et organ som om det var en person

For to av respondentene var det helt greit å bruke *albino*. De føler seg ikke krenket ved slik omtale. Flere unge voksne og voksne som har albinisme, har tatt ordet *albino* tilbake. De er lei av politisk korrekthet og mener at det er de uten albinisme som står på barrikadene mot uttrykket *albino*. Mange bruker uttrykkene om hverandre, forutsatt at ordet *albino* kun brukes i rett mening og ikke som et skjellsord.

Foreningens standpunkt

Denne problemstillingen er også tatt opp i den amerikanske albinismeforeningen (10) og den globale organisasjonen Global Disability Watch (11).

Styret i Norsk Forening for Albinisme ønsker at man i samfunnet generelt og blant helsepersonell spesielt blir mer oppmerksom på bruken av *albinisme* og *albino*, og vi vil jobbe for at *albinisme* blir et ord som folk flest vet hva er. Enn så lenge har foreningen valgt å bruke *albinisme*, fordi flere av våre medlemmer har et negativt forhold til ordet *albino*. Vi kan ikke diktere hvilket uttrykk den enkelte skal bruke, for til syvende og sist er det opp til hver og en å kalle seg det de vil. ■

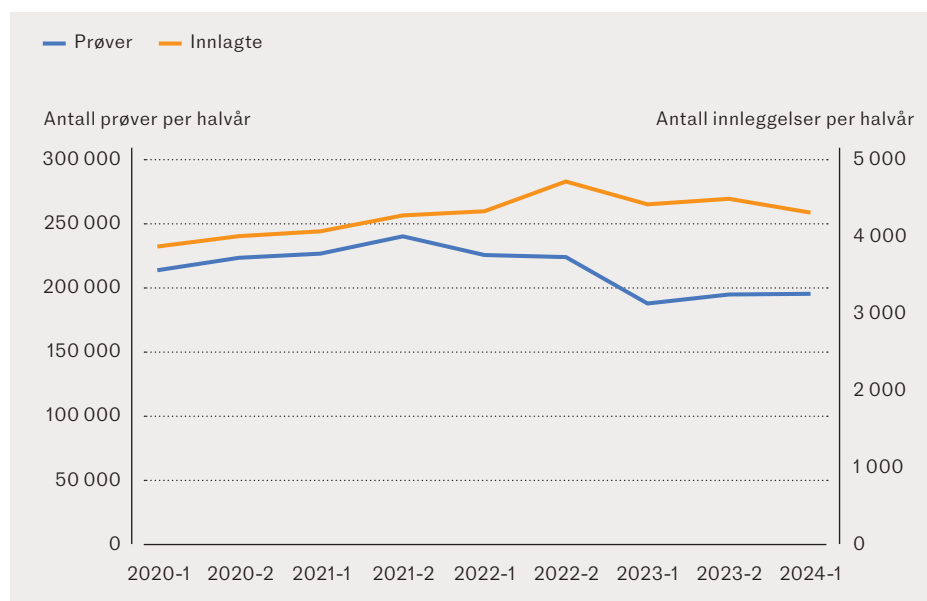
Anne Britt Brandshaug

leder@albinisme.no

Anne Britt Brandshaug er leder av Norsk Forening for Albinisme. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Paus B. albinisme. Store medisinske leksikon. Lest 23.4.2024.
- 2 Paus B. albino. Store medisinske leksikon. Lest 23.4.2024.
- 3 Bruusgaard D. diagnose. Store medisinske leksikon. Lest 23.4.2024.
- 4 FinnKode. ICD-10. Lest 23.4.2024.
- 5 Sanden AE, Karterud TØ, Torgersen E et al. Kjendiselgen Albin skutt og drept. NRK 5.10.2011. Lest 23.4.2024.
- 6 Wikipedia. Snowflake (gorilla). Lest 23.4.2024.
- 7 Norsk Forening for Albinisme. Lest 23.4.2024.
- 8 Faiz KW. Blindtarmen, hoften og slaget. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 48–9.
- 9 Kallestad G. funksjonsmening. Store norske leksikon. Lest 3.5.2024.
- 10 National Organization for Albinism and Hypopigmentation. Information Bulletin – What Do You Call Me? Lest 3.5.2024.
- 11 Under the same sun. "Albino" vs "person with albinism (PWA)". Lest 3.5.2024.



Figur 1 Antallet klinisk-kjemiske prøver ved Medisinsk klinikk sine sengeposter hvert halvår fra og med 2020 til og med første halvdel av 2024 (grønn linje) sett mot antallet pasienter med døgnopphold per halvår (gul linje).

Riktig bruk av laboratorieprøver

Vi satte søkelys på kulturen for rekvirering av laboratorieprøver og oppnådde raskt resultater.

Laboratorieklinikken ved Haukeland universitetssjukehus rapporterte i 2022 stor økning av analyserte prøver. Året etter satte vi ned en arbeidsgruppe sammen med Medisinsk klinikk for å analysere årsaker og foreslå tiltak.

Gjør kloke valg-kampanjen har ført til en rekke velbegrunnede forslag for å redusere overdiagnostikk og -behandling (1). Systemer basert på minste anbefalte retestingsintervall og portvokterfunksjon er velprøvd (2) og anbefalt av laboratoriefagmiljøer, spesielt for kostnadsøkende enkeltanalyser (3). Vi mener at helseledere i regionene sammen med IKT-avdelinger må prioritere å utvikle datatekniske løsninger for portvokterfunksjoner.

Portvokterfunksjoner vil neppe løse utfordringene med det store antallet prøver. Gruppen vurderte derfor hva vi selv kan gjøre. Vi vurderte at mye av forbruksøkningen skyldtes dårlige rutiner, som rutinemessig daglig prøvetaking, kopi av «gårsdagens rekvisisjon» og ad hoc-delegering fra leger til sykepleiere. Temaet ble diskutert i ledergruppen og i møter med leger, sykepleiere og kontorphersonell ved Medisinsk klinikk. Tilstedeværelse og kontinuitet av erfarne leger på sengepostene var viktige tiltak for å få gjennomført nye prinsipper for rekvirering av laboratorieanalyser.

Vi nedfelte følgende prinsipper: Prøvene skal tas på klinisk indikasjon, rekvirering av prøver er alltid et legeansvar, og unødvendige stikk skal unngås.

Allerede i 2023 ble antallet analyserved medisinske sengeposter redusert med 15 % sammenlignet med perioden 2020–22 (figur 1, styringsdata fra Haukeland universitetssjukehus). Endringen kan ikke forklares av endring i innleggelser, og vi kjenner ikke til andre strukturelle forhold som har ført til denne reduksjonen.

Reduksjon av stikk og prøver handler om faglig og etisk standard. Det er viktige teoretiske begrensninger i nytten av analyser. Sannsynligheten for feil konklusjon øker dersom prøver tas uten klinisk mistanke (4). Vår prosedyre endrer ikke retningslinjer for diagnostikk, vi har ikke lagt begrensninger på enkeltprøver. Når en diagnose er stilt og behandling iverksatt med verifisering av respons på relevante markører, er det sjelden nødvendig med daglige prøver eller omfattende prøvesett. Snarere er det god grunn til å overvåke pasienten klinisk og å ta utvidete laboratorieanalyser ved uventet klinisk forløp.

Reduksjon i bruk av unødvendige laboratorieanalyser kan gi stor økonomisk gevinst gjennom reduksjon i belastningen på laboratoriene og offentlige helsebudsjetter samt lokale driftskostnader. Medisinsk klinikk oppnådde reduksjon i kost-

nader til medisinsk-biokjemiske stikk og analyser på nær 1 million kroner allerede i 2023, begrenset til sengepostene alene. Dette beløpet har i budsjettene for 2024–25 blitt allokert til kompetansemidler i klinikken. Reduksjon av unødvendige prøver i poliklinikkene og betydningen for laboratoriene og HELFO inngår ikke i tallene. Det er grunn til å tro at unødvendige prøver også bidrar til økte kostnader gjennom forlenget sykehusopphold og unødvendig utvidet diagnostikk.

Vi har med enkle forbedringstiltak knyttet til fag og kultur raskt fått gevinster og erfarer at en dreining i retning av kloke valg er gjennomførbart i en klinisk avdeling. ■

Mottatt 16.9.2024, første revisjon innsendt 27.9.2024, godkjent 24.10.2024.

Kristian Løvås

kristian.lovås@helse-bergen.no

Kristian Løvås er dr.med., spesialist i indremedisin og i endokrinologi, overlege og seksjonsleder ved Seksjon for hormonsjukdommar, Haukeland universitetssjukehus og professor ved Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Steinar Skrede

Steinar Skrede er dr.med., spesialist i indremedisin og i infeksjonssykdommer, assisterende klinikkdirektør og professor II ved Medisinsk klinikk, Haukeland universitetssjukehus og professor II ved Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jørn V. Sagen

Jørn V. Sagen er dr.med., spesialist i medisinsk biokjemi, assisterende divisjonsdirektør og forsknings- og innovasjonsleder ved Diagnostikk- og teknologidivisjonen (DDT), Akershus universitetssjukehus, tidligere avdelingssjef, Avdeling for medisinsk biokjemi og farmakologi, Laboratorieklinikken, Haukeland universitetssjukehus og professor II, Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt foredragshonorar fra Novo Nordisk, Pfizer, Navamedic, Legeforeningen, Diabetesforbundet og NOKLUS, reisehonorar fra Novo Nordisk samt har deltatt i rådgivningsgrupper for Novo Nordisk, Re-start og Lifeness.

Litteratur

- 1 Ihle-Hansen H, Størdal K. For mye, for lite – eller akkurat passe? Tidsskr Nor Legeforen 2018; 138. Lest 24.10.2024.
- 2 Lang T. Minimum retesting intervals in practice: 10 years experience. Clin Chem Lab Med 2020; 59: 39–50.
- 3 Nome RV, Amundsen EK, Tvedt THA et al. Hvor ofte bør man gjenta blodprøver? Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.22.0658.
- 4 Hoffmann B. På forhånd kan man ikke vite. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.24.0261.

Merkantilpoliklinisk suksess

Ny oppgavefordeling gir legene mer tid til klinisk arbeid.
Vi kaller det merkantilpoliklinikk, og pasientene er fornøyde.

I dag opplever mange leger at administrative oppgaver beslaglegger en betydelig del av arbeidstiden deres, noe som fører til redusert tid til pasientbehandling og klinisk opplæring. Legeforeningen har gjentatte ganger fremhevet behovet for å redusere denne administrative byrden, slik at leger kan prioritere sine medisinske kjerneoppgaver (1, 2). Blant annet har det blitt fremmet forslag om å overføre enkelte oppgaver til sykepleiere og helsefagarbeidere for å frigjøre tid til klinisk arbeid (3, 4).

Ved Gastrokirurgisk avdeling på Haukeland universitetssjukehus har vi igangsatt flere innovative tiltak for å optimalisere ressursbruken. Et pågående pilotprosjekt innebærer etableringen av en sykepleierstyrt kreftkontrollklinik. Klinikken har ansvaret for oppfølging av kreftpasienter, og antallet konsultasjoner har allerede oversteget 1 000 i løpet av året. Som et resultat frigjøres legene til mer prosedyreorienterte oppgaver, enten på operasjonsstuen eller i endoskopirommene.

Resultatene viste at pasientene følte seg godt ivaretatt, uavhengig av om kommunikasjonen ble utført av leger eller administrativt personale



Illustrasjonsfoto: Tidsskriftet

Vi fokuserer på overføring av administrative oppgaver knyttet til histologi-rapportering og oppfølging etter avanserte polypektomier utført under intervensjonskoloskopier. Legene skriver korte histologinotater, mens merkantilt personell har ansvar for å følge opp pasientene via telefonkonsultasjoner. Dette sikrer at histologiske funn kommuniseres på en effektiv måte, og at videre oppfølging planlegges i henhold til et forhåndsbestemt flytskjema. Merkantilt personell registrerer også eventuelle komplikasjoner etter prosedyren, som for eksempel blødning, smerte og feber, i dedikerte registerstudier. Dette sikrer en strukturert oppfølging av postoperative komplikasjoner og bidrar til kvalitetsforbedring i pasientbehandlingen.

I en kvalitetskontroll ble en fjerdedel av pasientene kontaktet for en vurdering av deres opplevelser. Resultatene viste at pasientene følte seg godt ivaretatt, uavhengig av om kommunikasjonen ble utført av leger eller administrativt personale. Dette underbygger suksessen med oppgavefordelingen.

Merkantilpoliklinikk representerer en mulig vei fremover for helsevesenet, hvor oppgaveglidning mellom ulike yrkesgrupper kan bidra til å redusere arbeidsbelastningen. På sikt håper vi å utvide prosjektet til flere diagnosegrupper, med mål om å forbedre både pasientopplevelsen og helsepersonellens arbeidssituasjon. Ved å styrke tverrfaglig samarbeid kan vi sikre en mer bærekraftig helsetjeneste med bedre helsemessige resultater. ■

Mottatt 18.9.2024, første revisjon innsendt 6.10.2024, godkjent 15.10.2024.

Rishab S. Chawla

chawlarishab@gmail.com

Rishab S. Chawla er konstituert overlege og leder for intervensjonskoloskopier ved Gastrokirurgisk avdeling på Haukeland universitetssjukehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Veronica Lingjerde Banks

Veronica Lingjerde Banks er merkantil og en del av intervensjonskoloskopiteamet ved Gastrokirurgisk avdeling på Haukeland universitetssjukehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Anita Anfinsen

Anita Anfinsen er seksjonssjef for merkantile ved Gastrokirurgisk avdeling på Haukeland universitetssjukehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jan Thomas Houf

Jan Thomas Houf er konstituert overlege ved Gastrokirurgisk avdeling på Haukeland universitetssjukehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Bjørn S. Nedrebø

Bjørn S. Nedrebø er overlege og sjef for seksjon for kolorektal kirurgi ved Gastrokirurgisk avdeling på Haukeland universitetssjukehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Thomas Geisner

Thomas Geisner er overlege og avdelingssjef for Gastrokirurgisk avdeling på Haukeland universitetssjukehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt foredragshonorar fra HVL – Høgskulen på Vestlandet, Norsk luftambulans, Helse Bergen, VID vitenskapelige høgskole og RegUt Vest – regionalt utdannings-senter for leger i spesialisering. Han har i tillegg bidratt til utvikling av VR-scenarioer for SkillUP.

Håvard Mjørud Forsmo

Håvard Mjørud Forsmo er overlege ved Gastrokirurgisk avdeling på Haukeland universitetssjukehus og førsteamanuensis ved Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Den norske legeforening. Brudd i forhandlingene om særavtalen. Lest 15.10.2024.
- 2 Den norske legeforening. Medlemsundersøkelse 2023: Hovedrapport. Lest 15.10.2024.
- 3 Leonardsen ACL. Oppgavefordeling i helsetjenesten. Dagens Medisin 18.8.2022. Lest 15.10.2024.
- 4 Folkehelseinstituttet. Effekter av oppgavefordeling for noen utvalgte helsetjenester i sykehus. Lest 15.10.2024.

Tekst: Tori Flaatten Halvorsen

Foto: Jens Petter Larsen / Ferskvann Film

Med Østens tankesett i Vestens medisin

Unge Audun Myskja stod ved en korsvei. Døden eller livet.
Da han valgte livet, bandt han seg til en kontrakt om å bli lege
med store visjoner.



Meditasjon: I 50 år har Audun Myskja mediterert hver dag.

Audun Myskja tror ikke på formanende pekefinger som sier «Spis slik!» eller «Tren slik!». Han vil heller bruke tid på å finne hva som motiverer et menneske til å gjennomføre daglige små endringer som bygger god helse over tid. Selv har han daglig mediterert de siste 50 årene. De tibetanske ritene startet han med i 1991. Han underviser i begge deler, men i dag er det et fire timers videregående smertekurs med 22 deltagere. Sentrale temaer er omsorg, musikk, rytme og pust, samt å lytte til kroppen og til hverandre. Deltagerne prøver ut øvelser, kommer med spørsmål og deler erfaringer som bekrefter det han snakker om. Flere forteller at de har fått mindre smerter etter nybegynnerkurset. Myskja lytter, deler kunnskap om stressresponser og smertereflekser, instruerer i øvelser og forklarer hvordan han har møtt ulike tilstander og hendelser fra sitt profesjonelle liv og sitt privatliv. Han er full av selvironi og øyeblikkets humor.

Alt skjer i et annerledes rom på en gård ved Mjøsas bredder. Hovedrommet på Myskjatunet er et tidligere hus for tørking av løk. I dag framstår kursrommet som en blanding av et kirkerom uten religiøse symboler og et kunstgalleri, der kona Reiduns energifulle malerier matcher blåfargen i taket. En Donald-figur i en glassmonter gitt av takknemlige kursdeltagere, står på en hylle. Den skal minne oss på at det går an å reise seg med ny matrosdress, selv om vi tryner i livene våre. Ingenting her minner om et smertekurs på et norsk sykehus, selv om kursholderen er spesialist i allmennmedisin, har doktorgrad, vært førsteamanuensis, skrevet 25 bøker og over 50 vitenskapelige publikasjoner samt mottatt mange priser, flere av dem fra Den norske legeforening.

Å forstå kroppens grunnregulering

– Vi trenger å forstå det autonome nervesystemet for å møte kroniske smerter. Å lære riktig pust tilpasset individet er sentralt i smertelindring. Å synge smerten på utpust kan gi lindring: —→





Audun Myskja

Født i 1953

Cand.med., Bergen og Trondheim, 1981

Spesialist i allmenntilleg, 1992

Overlege, Gravdal sykehus og Hospice Lovisenberg, 1985–88 og 1998–99

Fastlege, inkludert diverse kommunale oppgaver i Rygge, Ås og Ski kommune, 1988–98 og 2000–19

Ledet prosjekter i demensomsorg, Parkinsons sykdom og folkehelse, 1999–d.d.

Ph.d., *Integrated music in nursing homes – an approach to dementia care*, Griegakademiets senter for musikkterapiforskning, Universitetet i Bergen, 2012

Fagveileder, Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg (KHO), Helsedirektoratet og Nord Universitet, Røstad. Grunnlegger og faglig leder av utdanning i musikkbasert miljøbehandling, 2014–d.d.

Utgitt 25 fagbøker samt digital instruksjon og musikkutgivelser, 1999–d.d.

Faglig leder for Senter for livshjelp, har utviklet begrepet mestringsmedisin og studiene «Enhetsterapi mestringsmedisin» og «Meditasjonslærer», 1999–d.d.

Naturglad: Under trærne rett ved Mjøsa er det fine plasser for øvelser og meditasjon. Begge foto: Jens Petter Larsen / Ferskvann Film

Jeg kunne forlate jorda og gå videre, eller jeg kunne vende tilbake. Skulle jeg gå tilbake, da måtte jeg bli lege. Jeg måtte vie livet mitt og prøve å utvide medisins agenda

Det forlenger utpusten, som styrker vagusnerven – en nøkkel til god smertelindring. Å dunke på kroppen med rytmiske bevegelser for å vekke og for å roe. Riktig rytme gir smertelindring og lokker fram meststringsfølelsen. Hvorfor skal det forresten være aldersgrense på å bli bysset? Ved å ta rundt en annen, bevege den andre fra side til side sammen med sin egen kropp – og kanskje til og med nynne – skaper en rytme og en ro. Det lokker fram den livsviktige følelsen av at det er OK å være den man er, sier Myskja.

Gjentatte ganger blir han tydelig rørt. Stemmen brister og øynene blir blanke – akkurat som da han var på NRK TV.

Mennene i Fyrtårnet

I 2016 dro Audun Myskja og et NRK TV-team til Kvasheim fyr for å møte samfunnsmedisineren Per Fugelli, som levde på overtid. Kun avbrutt av enkle måltider og bocciaspill på sandstranden, snakket de ullgenserkledde karene om livet og døden. Myskja åpnet opp om den kraftløse Audun 21 år, som i mange dager lå alene på et rom et sted i Irland. I store deler av livet hadde han følt seg utenfor. Han hadde tvilt på hvem han var, og om det var lov til å være den han innerst inne kanskje var eller kunne bli. Fra 11–12 års alder spiste han altfor lite, oftest alene om natten. Kun unntaksvis presset han seg til å spise sammen med andre – i håp om å kunne føle på et fellesskap. I en døs tilstand dukket det opp en slags ordløs skikkelse og et fløyelsmørke der han kunne finne fred, for-

soning og se på seg selv i et fugleperspektiv. Til Per Fugelli og TV-seerne sa han:

– Jeg var på vei inn i døden. Så møtte jeg en skikkelse. Om den var fysisk eller ikke, kan jeg ikke si. Det var tydelig at den visste alt om livet mitt. Alt det som har vært, all min elendighet, alt jeg har prøvd, alt jeg ikke hadde fått til. Men uten å dømme var det akkurat som at skikkelsen ga meg *sine* øyne. Da kunne jeg se lidelsen fra en annen synsvinkel. I det verste lå det et råmateriale til noe ekte som jeg ikke hadde funnet noen form på.

Her sprekker stemmen:

– Jeg ble vist en mulighet – som om det lå en kontrakt der.

– Jeg kunne forlate jorda og gå videre, eller jeg kunne vende tilbake. Skulle jeg gå tilbake, da måtte jeg bli lege. Jeg måtte vie livet mitt og prøve å utvide medisins agenda.

Og akkurat det har han gjort. Først spiste han seg tilbake til livet, så ble han lege – og deretter utvidet han medisins agenda.

Middag i løktørkehuset

Spørsmålene mine står i kø. Mens vi spiser en deilig vegetarmiddag som kona Reidun har laget, starter jeg der TV-programmet slapp.

– Mange pasienter med alvorlig anoreksi får angst, motstand og ambivalens mot å legge på seg. Var det ikke slik for deg?

– Det kan jeg slett ikke huske. Jeg økte matinntaket og nådde normalvekt. Jeg hadde jo funnet meningen med livet mitt. —→



Gave: Donald-figuren gitt av tidligere kursdeltagere, minner oss på at vi kan reise oss med ny matrosdress selv om vi stadig snubler i livene våre.

– Hvordan var det å studere medisin?
– Jeg var heldig med kullet mitt og med studiestedet Trondheim. Både det teoretiske og det praktiske engasjerte meg. Ikke minst var jeg med på mange fødsler. Om jeg ble oppfattet som annerledes, var jeg nå i stand til å romme og bli rommet. Mange spilte instrumenter, og enkelte var profesjonelle musikere. Musikken var en felles referanse.

Audun var allerede da opptatt av musikken som et språk for det språkløse. Den gang visste han ikke at han mange år senere skulle få sin første drømmejobb, der han kunne utforske musikk både som et språk og som et smertestillende middel. Da var han allerede i gang med boken *Den musiske medisin*.

– Da jeg startet på Hospice Lovisenberg, følte jeg at jeg var rett mann på rett plass. Der var det rom for å supplere den medisinske behandlingen med musikk, sang og meditasjon. Jeg traff musikeren Anders Rogg, som var kulturleder på et av hovedstadens sykehjem. Vi komponerte og spilte inn musikk som hjalp til med å lindre smerter i den siste delen av livet. Jeg spilte munns spill, strengeinstrumenter og tibetanske syngeboller.

Utdanning i nevrologisk musikkterapi i USA

– Det er litt komisk. Jeg hadde allerede tatt mangeårig meditasjonsutdanning uten at det ble gitt særlig oppmerksomhet. Men når utdanningen i musikkterapi hadde prefikset «nevrologisk», ble det i større grad lagt merke til. Det skulle likevel mer til for å bli ordentlig tatt opp i klubben. Det ble litt sånn: «Vi kan jo kose oss litt med musikken din til vi begynner med de ordentlige tingene.» Da gikk det en *rage* i meg. Det måtte bli en doktorgrad.

I 2012 disputerte han med en oppgave som handlet om bruk av musikk i hverdagsomsorgen for mennesker med demens. Hans akademiske meritter medvirket til at Myskja fikk sette i gang og ble invitert inn i prosjekter for å utvikle metoder for bruk av musikk i helsetjenesten. Helse-direktoratet, Norges Parkinsonforbund, Kirkens Bymisjon og flere utdanningsinstitusjoner og organisasjoner er involvert i det han har drevet og fortsatt driver med. Til og med kongen har nevnt arbeidet hans i nyttårstalen 2011.

Betydningen av mentorer

– Har du følt deg som en outsider i faget?
– Absolutt ikke. Som nyutdannet jobbet jeg på indremedisinske avdelinger. Der traff jeg erfarne leger, som Arne Disen på Kongsberg sykehus og Jermund Liljedal på Gravdal sykehus. De gjorde meg ekstra interessert i medisinen som fag. Jeg

sugde til meg de store framskrittene som kom innenfor hjertemedisin og diabetes på 1980-tallet. Interessen i faget har aldri forlatt meg.

Da Myskja startet i allmennpraksis, så han et annet bilde. For stor del av de som kom med diffuse plager, kunne ikke medisinen gi svar. Han begynte å sette sammen brikkene for å utvikle en mestringsmedisin til bruk av alle grupper. Som alltid tar han utgangspunkt i grunnspørsmålet: *Hva kan jeg gjøre selv når sykdom rammer?*

«Senter for livshjelp»

Ekteparet Myskja startet sitt eget kurssenter: Senter for livshjelp. Først åpnet de i Ski, sør for Oslo, der han også var fastlege og i over tyve år drev andre kommunale oppgaver. For fem år siden flyttet de kursstedet til Totenvika. Valget samstemte med et indre bilde fra Audun som 17-åring: – Et sted ved et vann der det er en låve og to hvite bygninger. Der skal du bo, sa «stemmen» til ham. Omtrent slik ble det – bare enda finere. Reidun Myskjas rosehave med flere hundre rosebusker og en stor steinplatting gjør området ekstra vakkert. På kursene, blant annet innen meditasjon, de tibetanske ritene, muskelaktivering, smertelindring og komplett pust, benyttes utearealet til praktiske øvelser. Innimellom alt dette går Myskja og flere av de ansatte inn i det nybygde lydstudioet der de skaper musikk til spesifikk helseformål.

Musikk og rytme i kropp og sjel

– Kunne du ha jobbet med et annet kunstuttrykk?

– Nei. Musikk er helt avgjørende i menneskers liv. Takten når vi går, hjerte- og respirasjonsrytmen og de andre gjentakelsene og bevegelsene i kroppen er noe helt spesielt som kobler musikk og kroppen sammen. Da jeg fant at en presis takt kunne bedre ganglag og andre symptomer ved Parkinson, var jeg solgt. Personer som ikke lenger kunne reise seg, danset til musikken som helt friske. Det var en øyeblikkseffekt, men jeg og andre innen fagfeltet har kunnet vise langtidseffekter når den musikalske treningen blir regelmessig – langt inn i senstadiene av Parkinson og demens. Særlig Parkinsonprosjektene har hjulpet meg til å utvikle den praktiske modellen bak mestringsmedisin.

Mestringsmedisin

De senere årene har Myskja ledet og veiledet flere skoleprosjekter der man bruker ni ulike søyler innenfor mestringsmedisinens modell. Resultatene er gode, særlig for de mest utagerende barna og ungdommene. Flere offentlige instanser går inn for å utvide tilbudet.

Musikk er helt avgjørende i menneskers liv. Takten når vi går, hjerte- og respirasjonsrytmen og de andre gjentakelsene og bevegelsene i kroppen er noe helt spesielt som kobler musikk og kroppen sammen

– Hva er egentlig mestringsmedisin?
– Den første søylen jeg definerte, det autonome nervesystemet, oppdaget jeg allerede på Hospice Lovisenberg. Hjernestammen er nærmest «allmektig». Jeg og andre erfarte at man kunne pøse opptil flere tusen milligram morfin inn i kroppene som hylte av smerte. Når vi imidlertid fikk ordentlig kontakt med pasienten – klarte å roe ned personen og finne trygghet – kunne vi oppnå full smertelindring med 50–75 milligram. Med rytmisk bevegelse, musikk, sang og ikke minst pust, blir alarmsystemet skrudd av.

Det samme har han sett ved demens, Parkinson og, altså, barn med oppmerksomhetsforstyrrelser og unge med kronisk utmattelse.

Myskja forteller om ytterligere åtte søyler i mestringsmedisinen. Det handler blant annet om aktivitet, trening, ro, søvn, hvile, mat og relasjoner samt «varige verdier» og «det ukjente». Alt dette er han i ferd med å skrive om. Nye bøker kommer i 2025.

En mann som ikke gir seg

Myskja er 71 år, men har ikke planer om å redusere aktiviteten. Det attende kullet i den toårige utdanningen «Enhetsterapi mestringsmedisin» og det fjerde kullet i meditasjonslærerutdanning starter på nyåret. I tillegg er timeboka full av kurs og foredrag overalt i helsetjenesten i landet

– inkludert stressmestringskurs for allmennleger sammen med allmennlege Hanne Berg. Han setter stor pris på den store tilliten han får både fra Legeforeningen sentralt og fra Allmennlegeforeningen.

– Leger trenger å lære å ta vare på seg selv og finne restitusjon. Ikke bare på ferie, men også når det koker i hverdagen. De rapporterer at de får verktøy som de kan lære bort videre til sine pasienter.

Spør folk om å få møte Myskja alene, gjør han også det.

– Folk kommer for å bli møtt på en skikkelig måte. Det handler om det som ligger i dypet, det som ligger mellom linjene, det som gjør at noe bevegelse, det som gjør at mennesker får kontakt eller ikke får kontakt. Det samme som gjorde at mitt liv kunne fungere eller ikke fungere. Jeg er opptatt av det språkløse, stillheten og av bevissthet.

Vi har avsluttet desserten med det gode hjemmelagde brødet, kjeks og gode oster. Den nypresede saften med ingefær og et grønt blad er drukket opp. Det blir stille. Så sier han:

– Akkurat nå sitter jeg bare og kjenner på øyeblikket her – at alt har vært så velsigna. ■

Tori Flaatten Halvorsen

tori.f.halvorsen@gmail.com

Allsidig: Smertekurs på Senter for livshjelp minner lite om de øvrige smertekursene som holdes i norsk helsetjeneste. Foto: Jens Petter Larsen / Ferskvann Film



Lege uten pasienter

En lege uten pasienter er som en skuespiller uten publikum. Eller?

Noen leger mister sine pasienter på grunn av uprofesjonell oppførsel eller fordi de når aldersgrensen for autorisasjon. Noen kombinerer legevirksomheten med andre kunstneriske eller samfunnsnyttige aktiviteter. For samfunnsmedisinerne er hele befolkningen pasienten.

Ifølge Store norske leksikon er en lege en person med medisinsk embetseksamen og offentlig autorisasjon som er utdannet til å forebygge, diagnostisere og behandle sykdom. Hvis vi forutsetter at sykdom krever pasienter, blir en lege uten pasienter som en skuespiller uten publikum eller som en soldat uten våpen.

Leger uten autorisasjon

I september 2024 hadde ca. 1 600 av de ca. 36 000 legemedlemmene i Legeforeningen ikke autorisasjon/lisens – de aller fleste fordi de hadde passert 80 år (Anders Taraldset, personlig meddelelse). Grensen for det aldersbestemte automatiske bortfallet av autorisasjon for norske leger ble endret fra 75 år til 80 år i 2015. Det er mulig for den enkelte lege å søke om forlengelse for ett år av gangen. Norge er ett av forholdsvis få land som praktiserer en slik generell ordning, det vanligste er forskjellige individuelle kontrollordninger og eventuelt stikkprøver.

En liten gruppe yrkesaktive leger har mistet sin autorisasjon på grunn av uakseptabel profesjonell atferd. I perioden 2011–20 ble eksempelvis sakene til 52 leger som hadde hatt en seksuell relasjon til pasient/bruker eller utøvd grenseoverskridende seksuelle handlinger, behandlet av Helsetilsynet. De fleste fikk tilbakekalt autorisasjonen (1).

Hovedargumentet for å frata en lege autorisasjonen er pasientsikkerhet, blant annet basert på en forestilling om at en gammel lege lettere gjør feil. Dette må veies opp mot at de eldre også har mer erfaring, og ikke minst hva slags lege man er. Her vil det være stor individuell variasjon, men en generell aldersgrense vil alltid bety at noen legerressurser blir ubrukt. I et slikt perspektiv betyr aldersgrenseøkningen fra 75 år til 80 år en bedre utnyttelse av disse ressursene. Kanskje er vår kombinasjon av aldersgrense ved 80 med mulighet til senere individuell vurdering god?

Lege, men ikke lege:

Gro Harlem Brundtland
ca. 1975. Foto:
Henrik Ørsted /
Oslo museum

Leger som ikke er leger

Det finnes et ukjent antall leger som har forlatt legeskjeden helt eller delvis for et annet kunstnerkall, for eksempel som musiker, skuespiller eller forfatter. Noen av våre nasjonale eksempler er Alex Brinchmann, Paal-Helge Haugen, Trond-Viggo Torgersen, Torkil Damhaug, Jon Ståle Ritland, Jonas Kinge Bergland og Anders Danielsen Lie.

Legelivet

Personlige tekster om
livet som lege

En annen beslektet gruppe er de som velger å bli politikere eller byråkrater. Her hjemme har vi blant annet Hans Jacob Ustvedt, Astrid Nøklebye Heiberg, Gro Harlem Brundtland, Werner Christie, Wenche Frogne Sellæg, Olav Gunnar Ballo og Kjersti Toppe.

Det finnes også leger som ikke sluttet fordi de fikk kunstnerkall eller ble politiker, men fordi de opplevde å ha kommet på feil hylle og ønsket seg et helt annet liv. I 2001 intervjuet jeg en amerikansk

kollega som jeg kalte en *medisinsk grenselos*

(2). Som psykiater hadde hun en del misfornøyde og/eller utbrente leger som pasienter, og hun så et behov for å hjelpe dem ut av yrket og over til en annen jobb, fortrinnsvis en hvor legeerfaringen var en fordel og hvor de ikke tapte for mye status og selvfølelse. Med dette utgangspunktet ble hun selv, som gründer, et eksempel på en slik grensepassering. I dag leder hun en organisasjon som stimulerer kontakten mellom helsetjenesten og behandlingsforskningen (3).



Samfunnsmedisineren

Flere legespesialister har bare indirekte pasientkontakt, som patologer eller andre laboratorieleger. Dessuten har vi leger som bare underviser eller forsker. Selv om spesialiseringen i samfunnsmedisin krever noe klinisk arbeid, er det samtidig den spesialiteten som er minst pasientrettet. I forbindelse med at spesialiteten er 40 år i år har samfunnsmedisinens norske hofforgan Michael kommet med et temanummer som på en fin måte beskriver den norske samfunnsmedisinens fortid og nåtid (4).

En generell aldersgrense vil alltid bety at noen legerressurser blir ubrukt. I et slikt perspektiv betyr aldersgrense-økningen fra 75 år til 80 år en bedre utnyttelse av disse ressursene

Da spesialiteten ble opprettet i 1984, sammen med spesialiteten allmennmedisin, ble mange leger som allerede arbeidet innenfor feltet umiddelbart spesialister gjennom en overgangsordning, men bare noen av disse var praktiserende samfunnsmedisinere. De som var aktive dobbeltspesialister i allmennmedisin og samfunnsmedisin kunne risikere å treffe rådmannen som motpart i en helsesak på tirsdag og samme mann som pasient på fredag. En krevende habilitetssituasjon, selv for en erfaren lege. Rekrutteringen av nye samfunnsmedisinere ble etter hvert katastrofalt dårlig, og flere redningsaksjoner ble igangsatt. Nå ser det heldigvis ut til at yngre krefter, særlig kvinner, gradvis sørger for at fagfeltet vokser og at aldersprofil og kjønnsbalanse normaliseres.

Personlig var jeg lenge skeptisk til samfunnsmedisinspesialiteten, blant annet fordi vi gjennom en undersøkelse i 2003 fant at bare et mindretall av de kommunale helsesjefene var leger, og kommunelegene slet ofte med å få gjennomslag i kommunedirektoratet (5). Det forebyggende helsearbeidet ble ofte nedprioritert og overkjørt av markedskreftene. Men koronapandemien gjorde at jeg så hvor viktig det var for et lokalsamfunn å ha sin egen medisinske autoritet med kompetanse og påvirkningsmulighet. En som med faglig tyngde kunne fronte de radikale grepene som måtte gjøres. Det er tankevekkende at det måtte en ekte sykdom og virkelige pasienter til for at samfunnsmedisinen skulle bli synlig og få sin oppblomstring. ■

Olaf Gjerløy Aasland

olaf2306@gmail.com

Litteratur

- 1 Helsetilsynet. Tilsynssaker der helsepersonellet har hatt en seksuell relasjon til pasient/bruker eller utøvd grenseoverskridende seksuelle handlinger – rapport fra en intern gjennomgang. Internserien 2/2022. Lest 8.9.2024.
- 2 Aasland OG. Medisinsk grenselos for leger på feil hylle. Tidsskr Nor Legeforen 2001; 121: 376–7.
- 3 Tufts Medicine. Center for Biomedical System Design. Lest 11.9.2024.
- 4 Tidsskriftet Michael. Norsk samfunnsmedisin jubilerer. Tidsskriftet Michael 2024; 21.
- 5 Legeforskningsinstituttet. Fra helsesjef til ansvarsområdeleder. Leger som ledere i primærhelsetjenesten. Oslo: Legeforskningsinstituttet, 2003.

Moralsk stress og tidspress

Flere leger rapporterer om moralsk stress på jobben knyttet til tidspress og at de pasientene som roper høyest, går foran i køen.

Moralsk stress kan defineres som ubehaget eller uroen som oppstår i en etisk krevende situasjon der man kjenner ansvar for å forbedre situasjonen, men hindres i å gjøre det (1). Studier viser sammenheng mellom mye moralsk stress og utbrenthet og ønske om å slutte i jobben (2).

I en ny studie sammenlignet vi legers rapporterte moralske stress i 2004 og i 2021 (3). Dataene er fra Legepanelet, et representativt utvalg av yrkesaktive leger i Norge (4). I 2004 av 1 499 leger deltok i 2004 (67 %) og i 639 av 2 316 i 2021 (71 %). Deltakerne ble spurt om de opplevde moralsk stress i ulike situasjoner, for eksempel at omsorgen lider under tidsnød eller at behandling uten effekt likevel tilbys.

Resultatene viste en signifikant økning i moralsk stress i enkelte situasjoner. Det var en klar økning i andelen leger som rapporterte moralsk stress når tidsnød reduserte kvaliteten på behandlingen (fra 68 % til 75 %). Flere opplevde også økt moralsk stress når pasienter som «roper høyest» får raskere og bedre behandling enn andre (fra 47 % til 53 %), mens det var ingen endring i andelen som opplevde det moralsk stressende å gi behandling uten effekt.

Noe overraskende fant vi en nedgang i moralsk stress knyttet til lange ventetider, økonomiske begrensninger på behandling, nedprioritering av eldre pasienter og det å handle mot sin samvittighet. Kanskje har leger i dag bedre strategier for å håndtere at man tidvis må handle på tvers av det man mener er den etisk beste løsningen?

Kvinner rapporterte gjennomgående høyere nivåer av moralsk stress enn menn. Dette er kjent også fra andre studier (5). Vår undersøkelse skiller seg noe ut ved at kjønnsforskjellene ble mer uttalt. I 2004 var det kun ett utsagn der kjønnsforskjellen var signifikant, i 2021 var det seks. Alder og arbeidssted hadde også innvirkning på moralsk stress, men mønsteret var ikke entydig. ■

Ingrid Miljeteig

ingrid.miljeteig@uib.no

Ingrid Miljeteig er lege og professor i medisinsk etikk ved Bergen Senter for etikk og prioritering (BCEPS), Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.

Berit Horn Bringedal

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

Litteratur

- 1 Rushton CH. Moral resilience: A capacity for navigating moral distress in critical care. AACN Adv Crit Care 2016; 27: 111–9.
- 2 Lamiani G, Borghi L, Argentero P. When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. J Health Psychol 2017; 22: 51–67.
- 3 Miljeteig I, Førde R, Rø KI et al. Moral distress among physicians in Norway: a longitudinal study. BMJ Open 2024; 14: e080380.
- 4 Dalum HS, Hem E. Legepanelet fornyes og utvides. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.24.0033.
- 5 Quek CWN, Ong RRS, Wong RSM et al. Systematic scoping review on moral distress among physicians. BMJ Open 2022; 12: e064029.

Samhandling på 70-tallet

Utbyggingen av en offentlig primærhelsetjeneste i Oslo
var fylt av yin og yang, hvit saus og curry.
Det var mye læring gjennom improvisasjon og helhetlig tankegang.

Vi var en lurvete gjeng som møtte opp i Rikshospitalets bibliotek en gang på midten av 70-tallet. Omgitt av oljemalte portretter av professorer og overleger, og vitrineskap med sherryglass, var vi en flokk i islender, busserull og Viking-støvler. Mye skjegg og halvlangt hår, men også velkleddes sønner og døtre fra «beste vest».

Oslo helseråd hadde samlet oss til møte. Jeg var ganske nyansatt i korpset av bydelsleger. Felles for oss var at vi hadde respondert på Oslo helseråds utlysning av fastlønnsstillinger i kommunen. Vi bemannet de nyåpnede Helse- og sosialsentrene rundt om i byen. Disse sentrene var ektefødte barn av stadsfysikus Fredrik Mellbye og overlege Viktor Gaustad. De innså at et stort flertall av Oslos allmennpraktikere var nær ved å gå av med pensjon omtrent samtidig, så noe måtte gjøres. Derfor ble det introdusert en modell for å tilby befolkningen helse- og sosialtjenester i nærmiljøet, basert på kommunalt ansatt personell.

Det var naturlig å begynne i de nye bomiljøene som vokste frem i Groruddalen, men uten å glemme de gamle bomiljøene, som Sagene og Tøyen. Vi som søkte de nye jobbene, kom ofte fra distriktsturnus og ville heller jobbe med mennesker enn med regningskort.

Et typisk helse- og sosialsenter hadde leger, sykepleiere, sekretærer og felles venterom med sosial- og barnevernstjenesten. Helsestasjon med svangerskaps- og barnekontroll hørte naturlig til, og vi dekket også skolehelsetjenesten der det var formålstjenlig. Det viktigste av alt var det kollegiale samarbeidet. En dør du kunne banke på når et utslett ikke lignet på noe du hadde sett før, når en spiral ikke ville på plass, eller for hjemmebesøk sammen med barnevernet. Vi samarbeidet med lokalsykehusene Aker, Lovisenberg og Diakonhjemmet. Vi var på fornavn med avdelingslegene, og var medlemmer av sjeflegens samarbeidsteam. En avklarende telefon med en overlege, som løftet av røret! Slik kunne henvisninger og innleggelser strømlinjeformes.

Hverdagen var preget av det velfylte venterommet, felles for alle i helse og sosialsenteret. Det var felles kontoravdeling og felles journalskap! I dag ville vi alle ha blitt arrestert for snoking! Vi kalte det samarbeid, med pasienten/klienten i

fokus. Modellen var uprøvd, og det var lokalene også – barnevognene ble stående ute i regnet, tak kom først siden. En akuttbåre, som ingen hadde prøvd, lot seg ikke bære gjennom korridoren. Den skadde måtte selv gå av før skiftestua.

Apropos skiftestua, den var litt som oss: noe lurvete, ryddig, men ikke steril. Der fjernet vi utvekster og føflekker og sydde både barn og voksne. Inngrodde tånegler ble løsnet, og fant seg nytt leie. Vi hadde praktisk talt ingen sårinfeksjoner. Skiftestua var «befolket» med ikke-patogene hudbakterier. De skumle kom fra sykehuse- ne, hos de som skulle fjerne sting. Da måtte vi ha rundvask.

Vi tok imot nye landsmenn med ukjente skikker – yin og yang. «Doktor, skal jeg spise varmt eller kaldt?» Vi måtte søke hjelp hos dem som hadde overtatt fiskebutikken på torget. De kom fra Nord-Pakistan og kunne alt om varmt og kaldt. Det hadde ingenting med temperatur å gjøre, men effekten på kroppen: forskjellen på kål og koriander, hvit saus og curry.

Vi hadde fullt venterom, men likevel god tid: i snitt tre til fire pasienter i timen, og det var greit å putte en øyeblikkelig hjelp-pasient innimellom. Vi satte opp dobbeltimer for større greier og småkirurgi.

Noen av oss fikk en mer overordnet posisjon, som bydelslege 1. Vi hadde faste møter rundt overlege Bull Hansens «runde bord», som etter hvert ble mer og mer avlangt ettersom staben vokste. Før det nådde Putin-dimensjoner, flyttet vi til større lokaler. Dette markerte kanskje slutten på denne første epoken, utbyggingen av en offentlig primærhelsetjeneste i Oslo. Senere kom bydelsreformen og ny organisering. Nye legekull som kom etter oss, ville ha større frihet og eie sin egen praksis. Nå heter vår modell *primærhelseteam* og *samhandling*, og den må finnes opp på nytt, men det får noen andre skrive mer om ... ■

Olav Heen

oheen@online.no

Olav Heen er pensjonert bydelsoverlege i Oslo.



Helsestasjon, Bøler skole, Oslo 1970. Foto: P. A. Røstad / Dextra via Digitalt museum

Legelivet

Personlige tekster om
livet som lege

Julie Didriksen

julie.didriksen@tidsskriftet.no

Tungetrøbbel på en glohet sommerdag

Nr. 22/1924

Tidsskriftet har, siden sin spede barndom i 1881, vært et sted der leger deler anekdoter, tips og triks fra hele landet til nytte og glede for sine kolleger. I Tidsskriftet nr. 22/1924 minnes en tidligere distriktslege en sak fra omkring 50 år tidligere, da en ung mann møtte opp på kontoret hans med en enorm tunge (Tidsskr Nor Lægeforen 1924; 44: 1050–1).



Overlege August Laurentius Koren med familie (ca. 1865–70). Trondheim byarkiv / CC BY 2.0

Tungebyld: en praksis-erindring fra 1870-årene

Av Aug. Koren, den gang distriktslege i Nordfjordeidets lægedistrikt.

Det var en glohet sommerdag. Solen sendte sine varme-stråler ned fra en skyfri himmel. En saadan dag var det, da en tyveaarig bondegut skulde gaa over Birkedalseidet. Da han var kommet op paa høiden, var han sterkt utaset, gjennomvaat av sved og ulidelig tørstig. Her fik han øie paa en «olle» med koldt vann. Han la sig ned paa maven og drak av hjertens lyst det iskolde vand.

Straks efter følte han et sting i tungen, som litt efter litt begyndte at hovne op. Det blev vanskeligere for ham at svelge drikke og mat, og tungen hovnet op fremdeles, saa den tilsist fylgte hele mundhulen.

Det var sandelig en bedrøvelig skikkelse som kom ind for at søke hjælp. Munden vidt aapen, da han ikke kunde lukke den, og tungen fylgte som en stor rød svulst mundhulen. Et par lange og dype incisioner forandret den uhyggelige situation i et nu. Pusset veltet ut av tungen, og den egen muskulatur sørget for at der ikke blev en draape pus tilbake. Tungen svandt ind til sin vanlige størrelse; de lange og dype incisioner var nu ubetydelige at se til og vilde snart tilhele.

Da patienten veltfreds reiste hjem straks efter behandlingen, og han bodde temmelig langt borte, hadde jeg ikke anledning til at se ham i de følgende dager; men jeg har al grund til at tro, at alt var i fuld orden inden faa dager.

Da det er den eneste gang jeg har set denne sygdom, tør jeg tro, at den er noksaa sjelden. For lægen er den en meget taknemmelig opgave. ■

Christian Fredrik Borchgrevink



Norges og Nordens første professor i allmennmedisin, Christian F. Borchgrevink døde 13. oktober 2024, halvannen måned etter sin hundreårsdag.

Etter medisinsk embetseksamen i Oslo i 1951 hadde han distriktslegepraksis i Nordfjord. «Etter det følte jeg hele tiden at jeg av sinn var en allmennpraktiker», sa han.

Tuberkulosearbeid i Polen, tjeneste i Tysklandsbrigaden, deltakelse i den dansk-norske FN- bataljonen i Suez og tre år som rådgiver for Verdens helseorganisasjon i Indonesia gav ham internasjonale perspektiv. Her hjemme begynte han på sin indremedisinske utdanning ved Rikshospitalet og Ullevål sykehus. Christian var et faglig produkt av det som ble kalt «Stall Owren» på 1950-tallet. Professor Paul Owren (1905–90) og Institutt for tromboseforskning ved Rikshospitalet rekrutterte i sin tid noen av landets mest begavede medisinerere. Her var Christian stipendiat sammen med blant annet de framtidige universitetsrektorene Bjarne Waaler (1925–2007) og Peter F. Hjort (1924–2011).

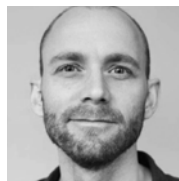
Christian disputerte i 1961 på avhandlingen *Studies on the Haemostatic Mechanism*. Han hadde en rask og lysende karriere som akademisk indremedisiner, som inkluderte forskningsopphold ved Stanford University i California. Denne karrieren nådde toppen da han ble innstilt som professor i indremedisin ved Universitetet i Oslo. Det vakte oppsikt da han takket nei og heller valgte allmennmedisin og ble vår første professor i faget i 1969. Han etablerte allmennmedisin som akademisk fag, og hans betydning for fagets utvikling og status her i landet er uvurderlig. Han var initiativtaker til Norsk selskap for allmennmedisin og sjefredaktør av *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. Han bidro også til at medisinsk etikk ble eget universitetsfag, og han drev klinisk legepraksis helt til sitt 96. år.

Christian var formann i Studentersamfunnet i 1949, sentralstyremedlem i Legeforeningen 1971–77 og visepresident de siste to årene. Han var leder av Bivirkningsnemnda i ti år og av Landsforeningen mot AIDS. Han var også initiativtaker til Norske leger mot atomvåpen og ridder av St. Olavs Orden.

Vi husker Christian som en entusiastisk, omsorgsfull kollega og venn med en egen evne til å se den enkelte rundt seg. Han husket bursdager, var tolerant og leken, hadde en smittende humor og en utrolig kjapp replikk. Under hundreårsfeiringen fikk han høre hvor mye han har betydd for mange. Hans venn Peter F. Hjort fant to karakteristika ved hundreåringene: gleden ved fysisk aktivitet og et lyst sinn. Christian hadde begge deler. Han var også tidligere styremedlem i Foreningen Retten til en verdig død, og fikk selv erfare nettopp det. Han etterlater seg barna Axel, Lorna og Aage og fire barnebarn. ■

Magne Nylenna, Arild Bjørndal, Dag Bruusgaard, Reidun Førde, Kjell-Olav Svendsen, Cecilie Daae

Sverre Litleskare



Det er vanskeleg å forstå at ein så god mann som Sverre ikkje lenger lever. Han døyde brått under trening den 2. juni 2024, berre 41 år gammal. Attende står familie, venar og kollegaer i djup sorg.

Bryllaupsinvitasjon. Helsepolitikk. Kunstig intelligens. Taylor Swift-humor. Småbarnslivet. Filosofi. 90-tallstrance. Psykisk helse. Maktkritikk. Spennet er stort når vi i ettertid blar gjennom gruppechatten i kollokviegruppa vår. Slik var Sverre. Ein omsorgsfull familiefar og ven. Ein reflektert medisinar og samfunnsborgar.

Det er snart 20 år sidan vi alle saman byrja på medisinstudiet i Bergen hausten 2005. Vi var mykje saman – på forelesning, i lesesalen, på sjukehuset, men òg i byen, på fest, i kollektiv. Dag, kveld og helg. Då studiet var over, vart kollokviegruppa aldri oppløyst, snarare tvert om. Pensum vart utvida. Småbarn, sjukdom, jobb, tidsklemme. Hyppigheita til kollokvia gjekk ned, men samhaldet, støtta og venskapet vårt vaks.

Slutten er aldri slik du tenker deg, og slutten er alt, er han ikkje? Det kjem ein siste gong du tar dotter di på skuldrene og ber ho gjennom skogen. Ein siste gong du går opp fjellsida og ser ut over det landskapet som er ditt eige. Ein siste gong du går på butikken for å kjøpe brød og mjølk og smør. Ein siste sommar. Eit siste bad.

Sverre får aldri meir ta dottera på skuldrene og bere ho gjennom skogen. Aldri meir gå opp på knausen bak familiehytta på Litleskare og sjå ut over skogen og sjøen. Aldri meir gå på butikken med jentene. Aldri meir sommar. Aldri meir bading. Det er vondt og urettferdig. Ingen kunne tenke seg ein slik slutt. Og slutten er alt, slik som Frode Grytten skriv.

Ikkje berre er det slutten, men det var også så mykje som skulle byrje. Sverre og Linn skulle gifte seg. Ein nyfødd gut. Borna skal vekse opp. Store hendingar i livet som ikkje Sverre får ta del i. Vi kjem òg til å sakne alle dei små hendingane. Ikkje fleire indielåtar, whisky, Vonnegut-sitat, iPhone-hacks eller forskingsartiklar. Ikkje meir stoisme, bursdagshelsingar, kinesisk sci-fi eller Arsenal.

Sverre lærte oss kva som er viktig i livet: Ta vare på familien, på venane dine og alle rundt deg. Og ver open, respektfull og nyfiken i møtet med resten av verda. Sånn var Sverre, og sånn ville Sverre ønskt at vi levde liva våre vidare. Kollokviegruppa lyser fred over Sverre sitt minne. ■

Eirik Joakim Tranvåg, Ingebjørn Bleidvin, Yngvar Haaskjold, Glenn Bertelsen, Brage Brakedal, Njål Gjerde Lura, Kjetil Løland, Sebastian Meltzer, Nicolay Mortensen

Viggo Øystein Skar



Viggo Øystein Skar døde 4. oktober 2024, 79 år gammel. Vi har mistet en kjær kollega, kliniker, forsker og opphavsmann til Unger-Vetlesens Institutt.

Viggo vokste opp på Grorud, og kalte seg selv en ekte innfødt i Oslo. På medisinstudiet i Oslo gikk han på kull med Anne Grete (1946–2013), som han giftet seg med. Sammen fikk de tre barn, og familien betydde mye for Viggo. Stipendiatene hans visste godt at én ettermiddag i uka måtte han gå tidlig fra laben, for da skulle han trene selskapsdans med Anne Grete.

Interessen for fordøyelsessykdommer ble vekket da Viggo var assistentlege på Kroghstøtten og senere ved IX. avdeling på Ullevål sykehus. Der ble han del av en gruppe assistentleger, «Baromedisinsk forening», som fremdeles holder sammen. Viggo utviklet seg til en dyktig endoskopør og gastroenterolog. Doktorgradsarbeidet om hvordan juxtapapillære duodenaldivertikler kan føre til gallestein, kombinerte på elegant vis teknisk svært krevende endoskopisk prøvetaking med intrikate mikrobiologiske og biokjemiske analyser. Deler av stipendiatperioden tilbragte han ved Karolinska Institutet, under veiledning av professor Tore Midtvedt.

I det gastroenterologiske miljøet er Viggo særlig kjent for utviklingen av diagnostiske pustepøver. Hans isotopbaserte pustepøver for diagnostikk av «magesår-bakterien» *Helicobacter pylori* ble benyttet av sykehus over hele landet. Sammen med Jacob Mosvold (1944–2012) opprettet han Norske Pustepøver AS, som analyserte pustepøvene. Firmaet ble senere kjøpt opp av Lovisenberg Diakonale Sykehus.

Ved siden av klinikk- og laboratorievirksomhet var Viggo også en innovativ forsker. Han var opptatt av å rekruttere yngre kollegaer til forskning og veiledet flere stipendiater i løpet av karrieren: Einar Husebye (biveileder), Terje Osnes og Olav Sandstad ved Ullevål sykehus, og senere Kari Tveito og Håvar Blich Hope ved Lovisenberg Diakonale Sykehus. Hans store og årelange innsats bidro til at det indremedisinske forskningsmiljøet ved Lovisenberg Diakonale Sykehus utviklet seg i betydelig grad.

I 2011 ble Viggos drøm om et klinikknært medisinsk forskningsinstitutt ved Lovisenberg Diakonale Sykehus virkelighet da Unger-Vetlesens Institutt ble stiftet. Forskningsenheten har så langt produsert over 450 publikasjoner og 10 doktorgrader. Instituttets leder fra 2015, Jørgen Valeur, ble i 2023 ansatt som professor, og instituttet fikk dermed en formell tilknytning til Universitetet i Oslo. Viggo fulgte nøye med helt til det siste, og gledet seg stort over instituttets fremgang og konsolidering.

Viggo var en varm og omsorgsfull person, en begavet og humoristisk taler og en original og Reodor Felgen-aktig gründer som vil bli dypt savnet. Vi lyser fred over Viggos minne og sender varme tanker til hans kjæreste Anne og alle i familien. ■

Jørgen Valeur, Kari Tveito, Arne G. Røseth, Finn Strøm, Vendel A. Kristensen, Olav J. Sandstad, Einar Husebye, Asle W. Medhus, Bjørn Holm

Viggo Øystein Skar

Viggo Øystein Skar, født 9. september 1945, døde 4. oktober med Anne og nærmeste familie rundt seg etter lengre tids sykdom.

Viggo vokste opp på Grorud. Han utdannet seg til lege i Oslo 1971, og ble spesialist i indremedisin og fordøyelsessykdommer i 1983. Han var gift med Anne Grete, som døde i 2013.

Vi som står bak minneordet, er kolleger fra avdeling IX, Ullevål, og arbeidet sammen under reservelege Clas Eika. Vårt fellesskap, «Baro», begynte på hans hytte i Hemsedal i 1978. *Baro* betyr at vi på fjellet lever under lavere trykk enn i byen, og begrepet er rett og slett fundert i den løse luft. Siden er det blitt flere turer på fjellet og til utlandet, konserter, selskapeligheter med ektefeller og sommerfester på Flaskebekk. Da Clas døde, fortsatte barolivet på Viggos hytte.

Viggo jobbet ved Kroghstøtten sykehus før han kom til Ullevål. I sin doktorgrad bidro han med ny innsikt i tarmbakterienes betydning for dannelse av gallestein. Han var interessert i praktisk laboratoriearbeid, og tok opp en viktig analyse: påvisning av antistoffer rettet mot magesårsbakterien *Helicobacter pylori*.

Han var bare middels fornøyd med arbeidsmiljø og ledelse, og mente at det ville være en fordel å ansette en som ikke ønsket stillingen. På den måten, mente Viggo, ville man være sikret en medarbeider med integritet og interesse for de ansatte. Hans referanse var munken som gjemte seg blant gjessene for å slippe å bli biskop. Etter tiden på Ullevål var han overlege på Lovisenberg, der han ledet det nyopprettede Unger-Vetlesens Institutt.

Viggo hadde et mangslungen sinn. Han var både strukturert og spontan, både forsker og medmenneske. Forskeren var observant og nysgjerrig; medmennesket var leket og muntert. Den lekne opplevde vi på reiser til mange land når han pekte ut tre opplevelser som skulle reflektere turens spesielle preg. Viggo fortalte at et ukjent antall koloskopipasienter har lyttet til hans reisehistorier som et middel til å lette nervøsiteten før undersøkelsen. Det er godt å vite at våre reiseerfaringer derved ble sikret et forlenget, om enn ikke evig liv.

Viggo var en meget god sanger, og vi ønsker å gjengi hans beretning om en spesiell konsert for å fremheve hans observasjonsevne. Som ung var han med i et kor fra Grorud, invitert til konsert i Botsfengselets kirke. Viggo var fascinert av plasseringen av tilhørerne. De var alle innsatte, og var slik plassert på kirkebenkene at de ikke kunne se noen medfanger. De hadde bare synskontakt med prekestolen og scenen, der Viggos kor sto oppstilt. Ensomheten skulle vel lette muligheten for å gjøre bot, de var jo tross alt innsatt i Botsfengselet. En meget observant Viggo var overrasket over dirigentens valg av musikk. Han syntes ikke sangene reflekterte tilhørernes dagligliv i fengselet: «jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir», «dine venner er mine venner», «en flokk som vår du sjelden finner» og, kanskje den aller mest absurde i Viggos sinn, «og tiden alt for hastig flyr»!

Vi lyser fred over Viggos minne. ■

Lars Hanssen, Stig Kornstad, Paul Linnestad, Tore Talseth, Kolbjørn Valnes, Morten Vatn, Finn Wisløff

Ph.d.-disputaser

Heidi Elisabeth Storebø Fjeldstad

Predelivery circulating fetal micro-chimerism: Placental function and fetal-maternal crosstalk. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 21.10.2024.

Bedømmelseskomiteé: Sing Sing Way, Cincinnati Children's Hospital, USA, Mads Kamper-Jørgensen, Steno Diabetes Center Copenhagen, Danmark og Benedicte Alexandra Lie, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Anne Cathrine Staff, Guro Mørk Johnsen, Daniel Pitz Jacobsen og Hilary S. Gammill.

Dagny Elise Hemmingsen

Neonatal risk factors for hearing impairment. Utgår fra Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet. Disputas 1.11.2024.

Bedømmelseskomiteé: Tine Brink Henriksen, Aarhus Universitet, Danmark, Elina Mäki-Torkko, Örebro universitet, Sverige og Tor Ingebrigtsen, UiT Norges arktiske universitet.

Veiledere: Claus Klingenberg og Niels Christian Stenklev.

Thuy-Tien Maria Huynh

Associations between biomarkers, late effects in head and neck cancer survivors and radiation dose distribution. Utgår fra Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Disputas 18.10.2024.

Bedømmelseskomiteé: Jesper Grau Eriksen, Aarhus Universitet, Danmark, Hanne Tøndel, St. Olavs Hospital og Marte Lie Høivik, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Cecilie D. Amdal, Einar Dale, Guro Lindviksmoen Astrup og Åslaug Helland.

Brit Solvor Lyse Riska

Hip fracture risk and mortality: The impact of anti-osteoporosis drug use and comorbidity. Utgår fra Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Disputas 18.10.2024.

Bedømmelseskomiteé: Lisa Langsetmo, Minneapolis VA Medical Center and University of Minnesota, USA, Karin Modig, Karolinska Institutet, Sverige og Tron Anders Moger, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Kristin Holvik og Tone Kristin Omsland.

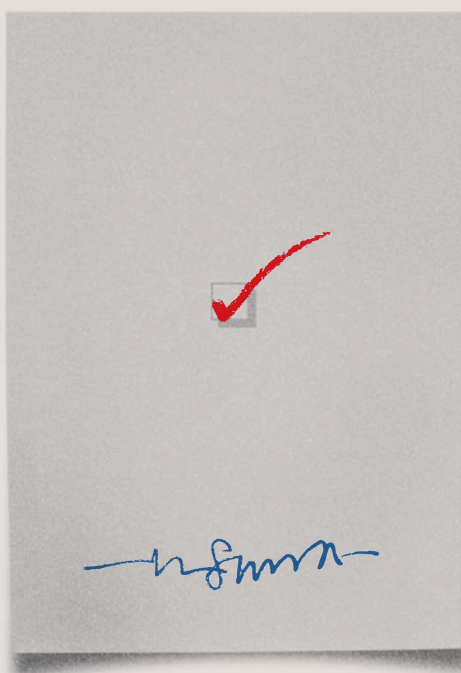
Sara Sofie Viksmoen Watle

Protecting teenagers in Norway against invasive meningococcal disease – Evaluating the need for implementing meningococcal ACWY vaccine in the national immunisation programme. Utgår fra Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Disputas 22.10.2024.

Bedømmelseskomiteé: Mirjam Knol, RIVM - Center of Infectious Disease Control, Nederland, Mary Ramsay, UK Health Security Agency, Storbritannia og Jørgen Vildershøj Bjørnholt, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Kristin Holvik og Tone Kristin Omsland.

Annonse



Skal du sende inn et manuskript til Tidsskriftet?

Ved omtale av pasienter eller ved bruk av bilder av pasienter må du bruke Tidsskriftets samtykkeskjema.

Skjemaet finner du på tidsskriftet.no under forfatterveiledning.

Tidsskriftet 

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**Kristiansand
kommune****Legevikar sommeren 2025 i kommunens legetjeneste**

Det er behov for legevikarer på kommunens omsorgssentre, familiens hus, Valhalla helsesenter og flyktningehelsetjenesten. Det kan være mulighet for forlengelse høsten 2025. For mer informasjon, se våre nettsider eller [Legejobber.no](https://legejobber.no).

Søknadsfrist: 15.01.2024**TRONDHEIM
KOMMUNE****Leger i kommunal stilling**

Vi søker engasjerte og motiverte leger i stillinger knyttet til blant annet helse- og velferdssentre, helsehus, flyktningehelseteamet, helsestasjon og kompetansesenter for kjønn og seksualitet. Størrelse og lengde på vikariatet kan avtales. For fullstendig utlysning, se kommunens nettside eller [Legejobber.no](https://legejobber.no). **Søknadsfrist: 24.04.2025**

**Oslo****Oslo kommune
Helseetaten****Vi søker leger som vil jobbe på Europas nyeste, største og flotteste legevakt**

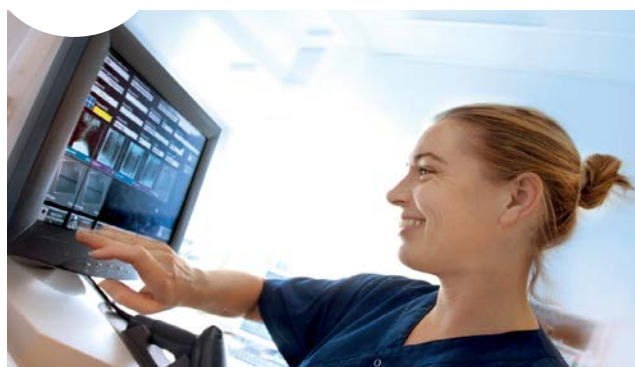
Som lege hos oss ser du hele spekteret av akutt allmennmedisin, fra det enkle til det komplekse. Vi har ledig faste stillinger og vikariater. For fullstendig utlysning, se [Legejobber.no](https://legejobber.no). **Søknadsfrist 01.12.2024**

**BERGEN
KOMMUNE****Ledig fastlegehjemmel ved Gullgruven legekantor - Åsane bydel**

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

Søknadsfrist: 08.12.2024**Fødselshjelp og kvinnesykdommer****Dr.Dropin****Gynekologer i
Bergen og Stavanger**

Dr.Dropin i Bergen og Stavanger har åpnet medisinske senter midt i sentrum av begge byer. Vi ser etter deg om kan jobbe 50-100 %. Vi tilbyr stor grad av fleksibilitet, slik at du kan prioritere fritid og familieliv. Se fullstendig utlysning på [Legejobber.no](https://legejobber.no). **Søknadsfrist snarest.**

Legejobber***Radiologi****UNILABS NORGE SØKER****Radiolog****til Drammen, Kristiansand,
Sandnes og Bergen****LES MER PÅ**unilabs.no/jobb-og-karriere/LEDIGE_STILLINGER

Spesialist / indremedisin**Barstad, Johannes E./Barmed AS**

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

Ledige stipender - legater - fond

Ønsker du å søke støtte? Søknadsfrist 10. januar

- Forskningsfondet om nevromuskulære sykdommer: Totalt til tildeling ca. kr 300.000
- Erik Allums Legat for Duchenne: Totalt til tildeling ca. kr 300.000.

Prosjektstøtte/forskningsmidler innen årsak, arvelighet, diagnostikk, behandling og økt livskvalitet knyttet til sjeldne nevromuskulære diagnoser. Mer informasjon på <https://ffm.no/ffm/legater-og-fond/>

Ta gjerne kontakt med Maren Igland Trommestad, Daglig leder, fondet@ffm.no Tlf. 48292316 (kjernetid 10-14 mandager og torsdager) www.ffmpeg.no

Kurs og møter

Vil du annonsere for ditt kurs?



Ta kontakt på
annonser@tidsskriftet.no

Tidsskriftet

ME/CFS and Long Covid - Digging Deeper

7. mai 2025

Norges største konferanse
om ME/CFS og Long Covid.

11 forelesere fra Norge,
USA, Tyskland, Nederland,
Storbritannia og Irland.

Heldagskonferanse

TEMA

Sentral ny
forskning.
Strategier
for klinisk
praksis.

POENG

Godkjent av
Den norske
legeforening.
8 valgfrie
poeng.

Stavanger

For helsepersonell og
beslutningstagere.

mekonferanse.no



Norges ME-forening - Rogaland fylkeslag

**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)

Medisinens viktige verdigrunnlag må aldri tas for gitt



Anne-Karin Rime
President

AK Rime

«Jeg vil ta vare på min egen helse, velvære og evner, for å kunne gi behandling og omsorg av høyeste standard». Høres det kjent ut? Ordene er hentet fra Genèveerklæringen, da den ble oppdatert i 2017.

Genèveerklæringen ble første gang vedtatt av Verdens legeforening (WMA) i 1948, og leses fortsatt høyt av alle delegatene under WMAs møter. Erklæringen inneholder 12 løfter som handler om vår profesjons forpliktelse til å utøve yrket til det beste for alle pasienter, men også om at vi leger må ta vare på egen helse.

For et par år siden besluttet også WMA å markere verdensdagen for den medisinske profesjonen – Verdens legedag. Det skjer hvert år den 30. oktober, og Legeforeningen markerer dagen som en solidarisk hyllest til legers engasjement for menneskeheten, pasientene og ikke minst respekt for de etiske verdiene som den medisinske profesjonen er tuftet på. Markeringen henger dermed tett sammen med løftene som avgis i Genèveerklæringen.

De siste årene har dessverre vist oss hvor viktige de etiske verdiene i den medisinske profesjonen er. I krig og konflikt er den medisinske nøytraliteten stadig under angrep. Sykehus har alt for ofte vært mål for krigføring. Legeforeningen har gjentatte ganger tatt til orde for at det ufravikelige prinsippet om medisinsk nøytralitet må respekteres. Helsepersonell må få gjøre jobben sin på en trygg og forsvarlig måte – uansett.

Under forrige WMA-møte i oktober, ble Helsinkideklarasjonen om etiske regler for forskning på mennesker oppdatert. Helsinkideklarasjonen er en av de etiske grunnsteinene for medisinsk forskning, og er et referansedokument for forskning på mennesker i alle verdensdeler.

I år er det 60 år siden Helsinkideklarasjonen ble vedtatt for første gang. På 60 år har det skjedd store medisinske fremskritt, og disse skaper nye etiske problemstillinger. Samfunnsutviklingen gir også nye perspektiver på etiske spørsmål, og derfor var det nødvendig med en oppdatering av deklarasjonen. Arbeidet med oppdateringen ble ledet av Den amerikanske legeforeningen, ved Jack Resneck Jr.

Samtykke til bruk av egne data – i lys av ny teknologi og den økende innsamlingen av data om pasienter og forskningsdeltakere, har fått mye oppmerksomhet i arbeidet med Helsinkideklarasjonen. Den oppdaterte teksten er blant annet styrket med hensyn til hvordan man best mulig ivaretar forskningsdeltakere som er i utsatte situasjoner. Her hjemme har vi fulgt arbeidet med Helsinkideklarasjonen tett, og vi mener at den oppdaterte versjonen bidrar til å støtte opp under tilliten mellom lege og pasient.

Både Genèveerklæringen og Helsinkideklarasjonen viser frem medisinske viktige verdigrunnlag. Dette er verdier vi aldri må ta for gitt, men fortsette å jobbe for kontinuerlig. Slik kan vi stå sammen på tvers av landegrenser i et faglig fundert fellesskap – også i urolige tider.

Akkurat nå er det tusenvis av leger som redder liv et sted i verden. Takk til alle dere, for jobben dere gjør hver eneste dag, hver eneste natt, 365 dager i året. ■

Ut på tur for fremtiden

Er dette essensen av Legeforeningen? Er det derfor Legeforeningen er en forening for alle leger, hele livet? Slike spørsmål dukker opp når du sitter på toget mellom Budapest og Pécs, på vei for å avholde medlemsmøte for medisinstudenter i utlandet.

Tvers overfor meg sitter Anne-Karin Rime, president i Legeforeningen, og finjusterer presentasjonen hun holdt for første gang i går. Ved min venstre side sitter Aladdin Boukaddour, leder av Norsk medisinstudentforening (Nmf). Han bruker togturen inn i Ungarns midje til å terpe på fordelene ved å være medlem av både Nmf og Legeforeningen, samtidig som han forbereder seg med diagnose-flash cards til den endelige doktoreksamen om noen uker.

Finpuss på toget

På skrått til høyre sitter Ingeborg Henriksen, leder i Yngre legers forening (Ylf), som justerer innlegget sitt om hva LIS-ordningen er, hva tillitsvalgte sysler med og hvorfor medlemskap i en fagforening er superviktig for leger, også i 2024. Tarald Henriksen, sekretariatsansatt, reiseleder og merch-ansvarlig for turen, fungerer som testpublikum. I den livlige larmen fra serveringsvognen bak oss, diskuterer de hvordan kveldens presentasjon kan finjusteres, basert på erfaringene fra gårsdagens seanse ved Jagiellonian University i Krakow. I kveld står University of Pécs for tur, i morgen Semmelweis i Budapest.

Gjennom tre hektiske dager møter vi om lag 150 norske studenter. Kanskje ikke det største antallet, men det får deg til å tenke: Hva gjør Legeforeningen så vellykket? Hvorfor har vi en oppslutning på 93,5 prosent av alle yrkesaktive leger i Norge? Svaret ligger nettopp i de små, jevne stegene og møtene.

«Alle leger burde hørt dette»

Ideelt sett burde alle Legeforeningens medlemmer ha hørt innleggene til Rime, Henriksen og Boukaddour. Selv for oss som jobber med Legeforeningens politikk daglig, er det noe nytt å lære. I Aula C på Jagiellonian University fikk jeg et friskt perspektiv på hva Legeforeningen gjør for sine medlemmer, og hvorfor foreningen er så viktig. Det er lett å ta resultatene for gitt, så budskapet kan ikke gjentas for ofte.

Kanskje løsningen er å samle alle 41 364 medlemmer på Valle Hovin for et stort tre-timers seminar, hvor alle får samme gode informasjon? Da er jeg villig til å satse kåken min på at alle ville forstått hvorfor det er smart å være medlem av Legeforeningen hele livet, uansett hvilke utfordringer man møter som lege. Men la oss være realistiske. Å samle hele legetroppen på ett sted i tre timer? Da hadde det ikke vært mye igjen av helsetjenesten!

Ekstraengasjement som kjerneprodukt

Som leger flest er Rime, Henriksen og Boukaddour travle mennesker med fulle kalendere. Enten det er møter med tillitsvalgte, politikere eller deltakelse i forhandlinger, har de alltid mye på gang. Likevel prioriterer de å ta turen til utlandet for å møte fremtidens leger og svare på spørsmålet: «Hva kan Legeforeningen gjøre for deg som medisinstudent?»

For én ting står klart etter det første møtet med studentene. Når man studerer langt fra Norge, kan det være vanskelig å forstå hva medlemskapet i Legeforeningen faktisk gir. Legeforeningen er fjern og Legenes hus langt unna. Det er naturlig å trekke frem økonomiske medlemsfordeler, som rabatter på abonnementer, hoteller og flyturer. Slikt er selvsagt viktig, men Legeforeningen tilbyr så mye mer.

Derfor er det avgjørende å ha tillitsvalgte som kan forklare hva medlemskapet kan brukes til - på en lettforståelig og relevant måte. Og det er akkurat det medlemsmøte-turneer, som denne til Ungarn og Polen, oppnår. Det har en verdi at seniorleger forteller fremtidige leger om hvordan de ble tillitsvalgte for Legeforeningen, hvilke gleder og sorger som venter etter medisinstudiene, og hvordan man går frem for å lande en LIS1-jobb.



1 Innledet: President Anne-Karin Rime innledet under medlemsmøtene. Ylf-leder Ingeborg Henriksen i bakgrunnen.

2 Fagforeningsprat: Ingeborg Henriksen, leder av Ylf, fortalte om hvorfor det er superviktig å være medlem av en fagforening også i 2024.

3 Lokal hjelp: De lokale Nmf-gruppene gjorde en suveren innsats med å organisere medlemsmøtene. Avbildet her er Nmf Krakow.

4 God stemning: Aladdin Boukaddour, leder av Nmf, fortalte om alle de artige opplevelsene man får ved å engasjere seg som tillitsvalgt.

5 Fremtiden: Tilhørerne fulgte godt med når seniorlegene fortalte om sine erfaringer fra livet som lege.

Alle foto:
Andreas Haslegaard

De små møtene gir store seire

Dette ekstra engasjementet er kjernen i Legeforeningen. Personer som går den ekstra mila på vegne av andre. Det er imponerende å se engasjementet fra de lokale Nmf-gruppene i Krakow, Budapest og Pécs. Midt i de krevende studiene og mid term-eksamenene, booker de forelesnings-saler, skaffer tilhørere, og ordner alt det praktiske som trengs for at Legeforeningen skal nå et relevant publikum.

En tur til Polen og Ungarn gjør ingen legeforening alene, men det er et godt eksempel på hva som gjør Legeforeningen så unik. Foreningen defineres ikke av de store øyeblikkene, men av det langsiktige arbeidet med å møte medlemmene. Få dem til å stå samlet. For alle leger, hele livet. I går, i dag, i morgen og for alltid. ■

Andreas Haslegaard

andreas.haslegaard@legeforeningen.no



②



③



④



⑤

Fastlegen med hjerte for parforhold

Siri Dalsmo Berge er fastlege, parterapeut, forsker, forfatter og foredragsholder. Hun har i praksis sett hvor tett nære relasjoner, helse og livskvalitet henger sammen.

Dalsmo Berge har i mange år jobbet som fastlege hos Bjønneslegene i Arendal. Etter å ha sett hvor mye nære relasjoner innvirket på pasientenes helse, tok hun videreutdanning i parterapi. Deretter begynte hun å forske på hvordan fastleger håndterer problemstillinger knyttet til samliv i sine konsultasjoner. Hun sier selv at hun brenner for å hjelpe folk til å få et nært og solid parforhold. Hun har også skrevet to bøker om temaet; «Bruksanvisning for parforholdet» og «Bruksanvisning for hverdagssexen».

I oktober tok hun doktorgraden ved Universitetet i Bergen, med avhandlingen «Couple Relationship Problems in General Practice».

Ga mannen parterapi i gave

Dalsmo Berge har selv vært gift i 23 år, har fire barn, og har således en god sum egen erfaring med seg i ryggsekken.

– Det har vært mye fint, men også litt krevende i perioder som det jo er i de fleste parforhold. For åtte år siden, etter å ha vært sammen i 20 år, ga jeg mannen min en litt annerledes bursdagsgave. Vi hadde erfart at det var noen konfliktområder som gikk igjen i vårt parforhold. Det var det samme som kom opp hver gang, og for hver gang så skrudde det seg litt ekstra til. Vi fant liksom ikke noen løsning på det, forteller hun, og tilføyer:

– Noen år tidligere hadde mannen min foreslått at vi skulle få en person utenfra til å hjelpe oss med å se noen løsninger vi ikke selv så. Det er lurt tenkte jeg, for dette er jo noe jeg anbefaler til mine pasienter. Men å skulle oppsøke hjelp selv satt fryktelig langt inne. Det å gå fra å være en hjelper til å bli hjulpet, syntes jeg var veldig vanskelig.

Det gikk faktisk flere år før Dalsmo Berge klarte å ta tak i det, og fant et menneske hun tok sjansen på å åpne seg for. Da ga hun mannen sin et gavekort på parterapi i bursdagsgave.

– Det var veldig nyttig. Jeg lærte mye om meg selv, og vi lærte mye om hverandre og om oss som par. Jeg vil også

si at parterapien hadde stor betydning for foreldrerollen. For mye av det du lærer om relasjoner i et parforhold, er lett overførbart i forholdet til barna. Jeg tror faktisk også at parterapien har gjort noe med meg i legerollen, for nå kan jeg bruke mine egne erfaringer. Samtidig som det er viktig å bruke egen erfaring klokt og ikke la det farge rådene man gir til andre. Av og til hjelper det meg å ta noen skritt tilbake for å prøve å se problemene fra litt flere sider. Det har gitt meg mer forståelse for en del pasienter, påpeker hun.

En av fire snakker med fastlegen

Har du snakket med fastlegen din om parforholdet noen gang? Dette undersøkte Siri Dalsmo Berge i doktorgrads-prosjektet sitt. Både fastleger og pasienter ble intervjuet om hvilke erfaringer de hadde med slike samtaler, og de ble spurt om hva som fungerte og hva som ikke fungerte.

Over 2 000 pasienter på 70 forskjellige fastlegeventerom fikk blant annet spørsmål om hvor vanlig det er å snakke med fastlegen om parforholdet. Svarene viste at 25 prosent hadde snakket med fastlegen sin om parforholdet, og hele 33 prosent kunne godt tenke seg å gjøre det. Undersøkelsen viste også at samlivstema sjelden er hovedårsaken til et legebesøk, men at temaet kommer opp når legen har en helhetlig tilnærming til pasientens plager.

– Dette kjenner jeg igjen fra egen praksis. Det er ikke så ofte folk bestiller time for å snakke om parforholdet. Temaet kommer gjerne opp i forbindelse med kartlegging av symptomer som søvnproblemer, slitenhet, vondt i kroppen og andre uspesifikke plager, sier Dalsmo Berge, og tilføyer:

– Selv snakker jeg ofte med pasientene om samlivsproblemer, men det hender også at jeg sender pasienter videre til familievernkontoret. Det er et kjempebra tilbud med gratis par- og familierapi. Da jeg intervjuet fastlegene så jeg at det varierte litt om de tok disse samtalene selv eller sendte pasientene videre, og det er jo litt sånn vi jobber ellers også.

Elefanten i rommet

Jevnt over så fastlegene verdien av samtalene og opplevde det som nyttig å få adressert denne elefanten i rommet.

– Det er jo noe med å ta tak i det som er den faktiske årsaken til en del diffuse plager. Ofte er det komplekst. Det kan være trøbbel på jobb eller i familien, i tillegg til sykdom. Fastlegene beskrev at når de tok tak i den største bidragsyteren til plagene, var det på et vis tidsbesparende fordi de kom litt raskere til mål. De unngikk kanskje en del overdiagnostikk og overbehandling ved i stør-



re grad å snakke om det som faktisk er problemet. Men flere jeg intervjuet stilte spørsmål ved om de som fastleger skal drive med denne type samtaler, eller om det er medisinen de skal konsentrere seg om, forteller Dalsmo Berge, og legger til:

– Jeg tenker det er viktig at vi ser på helheten når det gjelder diffuse plager, og da må vi ta med det relasjonelle aspektet.

Det er viktig at vi ser på helheten når det gjelder diffuse plager, og da må vi også ta med det relasjonelle aspektet

Siri Dalsmo Berge, fastlege, parterapeut, forsker

Kontinuitet, tillit og tid

Forskningen viser videre at kontinuitet og tillit i lege-pasientforholdet, samt god tid, er viktige forutsetninger for gode samtaler om samlivsspørsmål. Fastlegene ser ikke på seg selv som terapeuter, men samtidig etterlyser de verktøy for bruk i samtaler om parforhold,

tilpasset de rammene de har. Funnene understreker også behovet for undervisning på legestudiet og i spesialistutdanningen i allmennmedisin om hvordan relasjonelle problemer påvirker helse, og hvordan fastleger kan håndtere slike samtaler for å fremme god helse.

Dalsmo Berge understreker at det er mye skam knyttet til det å ha problemer i parforholdet, det er på en måte noe man skal få til.

– Mange beskriver det å ha samlivsproblemer som veldig ensomt. Samtidig uttrykte flere av pasientene hvor godt det var å bli spurt av fastlegen om nettopp dette. Flere trakk frem viktigheten av at fastlegen fortalte at samlivsproblemer er vanlig. Og som fastleger så får vi et unikt innblikk i hvor vanlig det er. Vi følger jo ofte pasienter gjennom hele livet og møter flere generasjoner.

Se opp for noen fallgruver

– For fastlegene er det viktig å vite at de kommer ganske langt med vanlig allmennmedisinsk pasientsentrert metode; samme måten å prate på som du gjør ellers. Man skal ikke være så redd for å gå inn i disse samtalene, under-

streker Dalsmo Berge, men påpeker at fastlegene bør være oppmerksomme på noen fallgruver.

– Det er viktig å være oppmerksom på at man bare får høre den ene siden av saken, for et samlivsproblem har flere sider. Du har pasientens side, du har partnerens perspektiv, og så er det ofte barn inne i bildet. Vi så derfor at samtalene fungerte best der fastlegene klarte å være en slags moderator som kunne hjelpe pasienten til å se situasjonen fra forskjellige sider.

Det er også en risiko at fastlegen drar med seg for mye av sine egne erfaringer inn i samtalen og at det farger samtalen i for stor grad, sier hun.

Dalsmo Berge understreker at fastlegene ikke skal være nøytrale maskiner, men skal bruke erfaringene sine klokt.

– Det er viktig å ha et avklart forhold til hva vi drar inn når, og være bevisst på at det er pasienten som skal leve sitt liv, og jeg har mitt liv. Jeg må ta hensyn til pasientens verdier og ståsted, og den bagasjen pasienten har med seg. Det er ikke opp til meg å vurdere hva som er et godt liv eller ikke for pasienten, påpeker Dalsmo Berge, og sier videre:

– Det er viktig å støtte og forstå pasienten, og det er vi fastleger ganske gode på. Men en risiko med de individuelle samtalene er at vi støtter og forstår så godt at vi bare forsterker hele problemet slik at det faktisk blir verre. Dette kom frem av intervjuene da vi analyserte dataene, og det er også noe vi finner igjen i andre studier.

Å tenke høyt sammen

Flere pasienter beskrev hvordan fastlegen har støttet og forstått dem, men også utfordret dem til selv å ta ansvar for situasjonen. På den måten hjalp fastlegen pasientene ut av offerrollen ved å gi dem ansvaret for egen helse.

– Jeg tenker det er viktig å langt på vei hjelpe pasientene til selv å finne gode løsninger for seg og sin familie. Det er lett å gå i den fella å tenke at pasienten har kommet til meg for at jeg skal fikse dette. Mye vi møter på fastlegekontoret kan vi ikke fikse, men vi kan stå i det sammen med pasientene. Vi kan være samtalepartnere, og vi kan tenke litt høyt sammen uten at vi trenger å være parterapeuter, avslutter den engasjerte forskeren og fastlegen. ■

Lisbet T. Kongsvik

lisbet.kongsvik@legeforeningen.no

Opptatt av parforholdet: Siri Dalsmo Berge har forsket på hvordan fastleger håndterer problemstillinger knyttet til samliv i sine konsultasjoner. Foto: Lisbet T. Kongsvik



Helsinki-deklarasjonen oppdatert

Generalforsamlingen i Verdens legeforening (WMA) vedtok 19. oktober i Helsinki en oppdatering av Helsinki-deklarasjonen om etiske regler for forskning på mennesker. Deklarasjonen er en av de etiske grunnsteinene for medisinsk forskning og er et referansedokument for forskning på mennesker i alle deler av verden.

I år er det 60 år siden Helsinki-deklarasjonen ble vedtatt for første gang – også den gang i Helsinki. Arbeidet med oppdateringen ble utført av en arbeidsgruppe ledet av Den amerikanske legeforeningen ved Jack Resneck Jr. Det har blitt holdt møter i alle verdensdeler de siste to årene. Legeforeningen har ikke vært direkte involvert i arbeidsgruppen, men har likevel fulgt arbeidet tett.

Den norske legeforeningen var representert i Helsinki ved president Anne-Karin Rime, generalsekretær Siri Skumlien, leder i Rådet for legeetikk Svein Aarseth og visepresident i Den europeiske legeforeningen Ole Johan Bakke. Fra sekretariatet var helsepolitisk direktør Marit Randsborg og spesialrådgiver Axel Rød med.

Nødvendig oppdatering

Hvorfor er det nødvendig å oppdatere etiske regler om forskning på mennesker? Resneck påpekte at medisinsk utvikling skaper nye etiske problemstillinger, og at samfunnsutviklingen gir nye perspektiver på etiske spørsmål. Samtykke til bruk av egne data har blant annet fått mye oppmerksomhet under arbeidet – i lys av ny teknologi og den økende mengden data som samles inn om pasienter og forskningsdeltakere.

Noen eksempler på endringer i teksten er ambisjonen om at prinsippene skal gjelde alle som driver forskning på mennesker, både leger og andre forskere. Teksten er også styrket med hensyn til hvordan man skal beskytte forskningsdeltakere som befinner seg i utsatte situasjoner.

Styrker tilliten

En deklarasjon om etiske regler med globalt virkeområde vil måtte balansere

ulike perspektiver på ivaretagelse av forskningsdeltakere og tilrettelegging for forskning.

– Legeforeningen mener at den oppdaterte Helsinki-deklarasjonen bidrar til å støtte opp om tilliten mellom lege og pasient. Vi gratulerer WMA, arbeidsgruppen og lederen av WMAs medisinsk-etiske komité, Steinunn Þórðardóttir, for å ha landet en ny versjon av deklarasjonen, sier president Anne-Karin Rime. ■

Axel Rød

axel.rod@legeforeningen.no

Medisinstudenter fra Gaza besøkte Legeforeningen

En gruppe medisinstudenter fra Gaza besøkte Legenes hus i Oslo i november. Temaet var utfordringene ved å yte helsehjelp i krigs- og konfliktsoner, og betydningen av medisinsk nøytralitet.

Ti medisinstudenter fra Gaza fikk denne høsten muligheten til å ta et utvekslingssemester ved Universitetet i Oslo (UiO). UiO tilbød studieplasser og har dekket både reise og opphold for studentene, med støtte fra Legeforeningen som også bidrar økonomisk.

Mandag 4. november var flere av studentene invitert til Legenes hus for en uformell sammenkomst med samtaler og foredrag rundt medisinsk hjelp i konfliktutsatte områder.

Legeforeningens president, Anne-Karin Rime, ønsket studentene velkommen:

– Behovet for helsehjelp i Gaza er prekært, og Legeforeningen mener derfor det er riktig og viktig at dere som medisinstudenter er her i Oslo, og får ta et utvekslingssemester som et ledd i å fullføre medisinstudiet deres.

Farah Sami Miqdad var en av studentene til stede. Hun fortalte hvordan det er å studere i Norge denne høsten.

– Det er definitivt en veldig unik opplevelse. Totalt er vi femti medisinstudenter fra Gaza som nå er i Egypt, ettersom universiteter og sykehus i Gaza, der vi har hatt opplæring, har blitt ødelagt. Å få komme til Norge gjør at vi får tatt tilbake noe av vårt «normale liv» som studenter.

Medisinsk nøytralitet trues

Medisinsk nøytralitet er under press i en rekke konfliktområder rundt om i verden, hvor helsevesenets infrastruktur ofte påføres betydelig skade, og tilgangen til grunnleggende helsetjenester er svært begrenset. Morten Rostrup fra Leger Uten Grenser holdt et innlegg under arrangementet. Han har jobbet som lege i mange konfliktområder gjennom snart 30 år.

– Da jeg startet var arbeidet som lege på sykehus i konfliktsoner trygt fordi medisinsk hjelp ble sett på som nøytralt. Dette har over tid endret seg gjennom ulike konflikter, blant annet i Syria, Libya, Ukraina og nå Gaza. Nå blir sykehus mål for bombing, og leger har bevisst blitt drept og såret. Den medisinske nøytraliteten blir ikke respektert på samme måte i verden i dag, og det har skapt en veldig vanskelig sikkerhetssituasjon for både helsearbeidere og sivil befolkning i konfliktområder. I Gaza ser vi hvordan helsevesenet brytes fullstendig ned, og folk nektes dermed å få medisinsk hjelp, uttrykte Rostrup.

Etter innlegg fra Rostrup, middag og hilsninger fra Universitetet i Oslo, var det tydelig at legepresidenten var beveget av samtalene med studentene.

– Dette er unge leger som har kommet til et helt fremmed land, men de er først av alt mennesker, og menneskemøter er alltid utrolig fint. Det er klart det er jo uvirkelig, for de har flyktet fra et helt krigsherjet land. Når du sitter og hører at familiens bolig er bombet, og de aldri vet om de kommer til å bo der igjen, så skjønner du hva slags vanskelig situasjon de, og andre som bor på Gaza eller i andre krigsområder, er i, sa Rime. ■

Ingrid Rise Fry

ingrid.rise.fry@legeforeningen.no

Besøk fra Gaza: Representanter fra Legeforeningen, Universitetet i Oslo og Leger Uten Grenser var samlet for å møte utvekslingsstudenter fra Gaza. Foto: Troy Gulbrandsen



Ole Johan Bakke valgt til president i Den europeiske legeforening – CPME

Bakke går fra vervet som visepresident, et verv han har innehatt siden 2019. Til daglig er han fastelege og kommuneoverlege i Holmestrand i Vestfold.

CPME er forkortelse for Comité Permanent Des Médecins Européens – Den europeiske legeforening.

CPME er en sammenslutning av europeiske legeforeninger, og er en viktig inngang for Legeforeningen til debatter om felleseuropeisk regelverk og politikkutvikling – i tillegg til å være en god formidlingskanal for europeiske leger.

CPME jobber med mange tema av betydning for befolkningen, leger og helsetjenesten i alle medlemslandene. De utarbeider politikkdokumenter som er førende for påvirkningsarbeid mot EU-kommisjonen og andre europeiske myndighetsorganer, samt i noen grad nasjonale myndigheter. Videre driver CPME påvirkningsarbeid på tema som til enhver tid kommer på dagsorden.

Aktuelt i foreningen har stilt Ole Johan Bakke noen spørsmål knyttet til hans nye rolle som president, og hva han mener er viktig for CPME å arbeide med i årene som kommer.

– *Kan du si litt om rollen som president i CPME, og hva du ønsker å oppnå som president?*

– Presidenten i CPME er som en styreleder som leder det politiske arbeidet mellom de halvårlige møtene i generalforsamlingen. Utfordringene står i kø for helsetjenesten i Europa. Den viktigste saken for CPME fremover er å jobbe for å få helse høyere opp på den politiske agendaen i EU. Arbeidskraft i helsetjenesten er en viktig del av dette. Lite av alt det andre vi gjør for å sikre befolkningen helsetjenester, og for å sikre helsepersonell verdige arbeidsvilkår, vil ha noen effekt om vi ikke sikrer arbeidskraft i disse yrkene.

– Klimaendringenes negative påvirkning av helsetilstanden i befolkningen er en stor utfordring i store deler av Europa. Denne sammenhengen må få et større fokus både politisk og i lokal samfunnsmedisin.

– *Hvorfor bør norske leger ha et europeisk engasjement?*

– Som i samfunnet forøvrig reguleres også helsetjenesten vår i stor grad fra Brussel. Det er ikke utelukkende negativt. Vi har fordeler av europeisk samarbeid generelt, av like reguleringer



Nytt styre: Ole Johan Bakke med det nyvalgte styret i CPME. Fra venstre: Andreas Botzlar (Tyskland), Kitty Mohan (UK), Ray Walley (Irland), Ole Johan Bakke, Péter Álmós (Ungarn), Jacqueline Rossant-Lumbroso (Frankrike) og avtroppende president Christiaan Keijzer (Nederland). Foto: CPME.

av helsepersonell på tvers av grensene, og samarbeid om helsekriser. Samtidig er det en del ting vi gjør godt i vårt land som kan være modell for andre på EU-nivå. Eksempler på dette er primærmedisinens sterke rolle, både allmennmedisinen og samfunnsmedisinen.

Den viktigste saken for CPME fremover er å jobbe for å få helse høyere opp på den politiske agendaen i EU

Ole Johan Bakke, nyvalgt president i CPME

– *Hvordan påvirker EUs helsepolitikk norske leger?*

– Regelverk som regulerer profesjonene, gjensidig godkjenning av kompetanse, og muligheten for helsepersonell til å migrere, påvirker oss. Legemiddel-forsyning påvirker oss også, selv om dette dessverre ikke er noe suksess for tiden, hverken nasjonalt eller på EU-nivå. European health dataspace (EHDS) vil komme til å påvirke norske legers hverdag betydelig fremover. Gjort riktig vil det bli veldig bra, men potensialet for det motsatte er dessverre fortsatt til

stede, spesielt vedrørende manglende finansiering fra nasjonale myndigheter.

– *Hvilke saker vil CPME prioritere fremover?*

– Denne strategien skal legges av nytt styre, men det vil overraske meg mye om ikke temaene nevnt ovenfor vil stå veldig høyt på prioriteringslisten. I tillegg er økonomisk bærekraft for CPME som organisasjon svært viktig.

– *Hva er ellers viktig på den europeiske arenaen i årene framover?*

– Siste valg til EU-parlamentet ga et nytt politisk landskap hvor det ikke er selvsagt at helse, og spesielt folkehelse, vil bli prioritert veldig høyt. Arbeidet med å få helsespørsmål, spesielt helsefremmende og forebyggende tiltak på overordnet nivå som regulering av tobakk, merking av drikkevarer og miljøpåvirkning av human helse, blir utrolig viktig. Relasjonsbygging med nye politikere, i de nye sammensatte komitéene i parlamentet, blir således en sentral oppgave den første tiden.

Legeforeningen ønsker Ole Johan Bakke lykke til i det viktige vervet som president i CPME. ■

Lisbet T. Kongsvik

lisbet.kongsvik@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	Høymork, Siv Cathrine	Staff, Annetine
Andersen, Mette	Haavardsholm, Espen	Stray-Pedersen, Asbjørg
Andreassen, Ole A.	Ihle-Hansen, Hege	Sundsfjord, Arnfinn S.
Ausen, Kjersti	Jacobsen, Geir Wenberg	Søreide, Kjetil
Bachmann, Ingeborg Margrethe	Joakimsen, Ragnar	Thommessen, Bente
Bakken, Inger Johanne	Johansen, Rune	Tjønnfjord, Geir E.
Bartnes, Kristian	Johansen, Truls E. Bjerklund	Ulvestad, Elling
Beisland, Christian	Juel, Niels Gunnar	Valeur, Jørgen
Berg, Siri Fuglem	Jørgensen, Anders Palmstrøm	Vallersnes, Odd Martin
Berg, Tore Julsrud	Korvald, Christian	Vetthus, Morten
Berild, Dag	Kran, Anne-Marte Bakken	Vistad, Ingvild
Berntsen, Erik Magnus	Kristoffersen, Målfrid	Viste, Kristin
Berntsen, Gro Karine Rosvold	Krohg-Sørensen, Kirsten	Wallenius, Marianne
Bjørner, Trine	Krohn, Jørgen Gitlesen	Wiseth, Rune
Bramness, Jørgen Gustav	Kurz, Kathinka Dæhli	Wold, Cecilie Bendiksen
Brantsæter, Arne Broch	Kvestad, Ellen	Wyller, Torgeir Bruun
Brattekø, Guttorm	König, Marton	Zahl, Per-Henrik
Braut, Geir Sverre	Kørner, Hartwig	Øksengård, Anne Rita
Brekke, Mette	Lang, Astri M.	Ørstavik, Kristin
Bretthauer, 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	
Hjartaker, Anette	Rosvold, Elin Olaus	
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	

Tidsskriftet

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

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

© Tidsskrift for

Den norske legeforening

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

For alle vitenskapelige artikler innsendt etter 1.1.2020 gjelder åpen tilgang-lisensen CC BY-ND 4.0. Artiklene vil være merket med denne lisensen på tidsskriftet.no. Bilder, illustrasjoner og andre elementer er også omfattet av lisensen dersom ikke annet er angitt i bildeteksten. Dersom elementer er rettighetsbelagt, må man kontakte rettighetshaver for gjenbruk.

Utgiver

Den norske legeforening
Generalsekretær Siri Skumlien

Redaktøransvar

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



Tidsskriftet er medlem av Committee on Publication Ethics (COPE) – publicationethics.org. Vi følger retningslinjene derfra og fra Vancouver-gruppen (International Committee of Medical Journal Editors) – www.icmje.org. Tidsskriftet er medlem av Den Norske Fagpresses Forening (fagpressen.no) og Tidsskriftforeningen (www.tidsskriftforeningen.no).



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



Redaksjonen

Sjefredaktør Are Brean

Assisterende sjefredaktør

Ragnhild Ørstavik

Redaksjonssjef Cathrine Idsøe

Digitaltsjef Einar Ryvarden

Markedssjef Ellen Bye Knutsen

Vitenskapelige redaktører

Siri Lunde Strømme, Kari Tveito

Publiseringsredaktør Tone Enden

Medisinske redaktører

Lars Frich, Petter Gjersvik, Inge Rasmus

Groote, Mette Kalager, Øyvind Stople

Sivertsen, Liv-Ellen Vangnes, Martine

Fimreite Wilhelmsen, 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

Produktsjef 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, Bård Reiakvam Kittang, Rita Gamlem Kristiansen, Charlotte Lunde, Stian Lydersen, Kåre Moen, Karl Otto Nakken, Jan-Henrik Opsahl, 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, Marte Roa Syvertsen, Kari Toverud, Marit Tveito, Linn Vedeld, Alexander Wahl, Sigurd Ziegler, Jørgen Østensjø, Geir Aamodt, Olaf Gjerløw Aasland

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 32 260

Antall utgivelser 15 numre per år
ISSN 0029-2001



Les i neste nummer

- Trombolyse ved hjerneinfarkt
- Autismediagnoser
- Entropion
- Jervell og Lange-Nielsens syndrom
- Medisin og norsk krim

KOMMER
17. DESEMBER

Hør de nyeste episodene av Tidsskriftets podkast

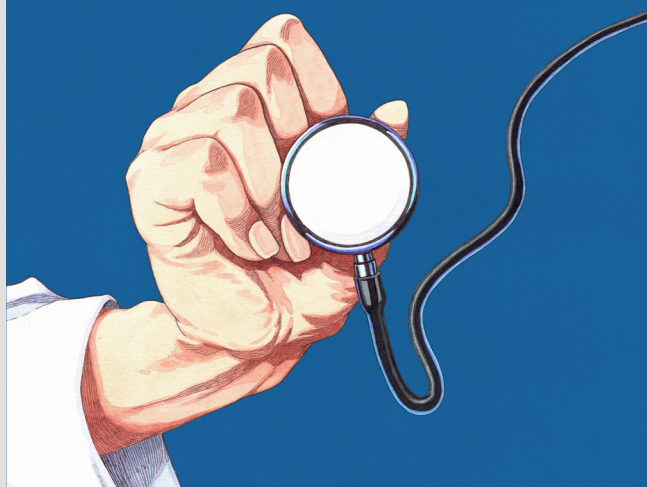
**Samtaler om
død og siste livsfase**

*Gjester:
Hege Ihle-Hansen og
Fredrik Brunsvig-
Engemoen*

Pesta

*Gjester: Kyrre Kverndokk,
Møyfrid Tveit og
Ole Georg Moseng*

Stetoskopet



**Brystkreft under
graviditet**

*Gjester:
Kathrine Vandraas og
Anna Sætersdal*

**Utbrudd av m-kopper
– hvor alvorlig
er situasjonen?**

Gjest: Øyunn Holen

Hør også *Redaktørens hjørne* hver annen uke
og bli oppdatert på ny forskning og aktuelle saker fra
internasjonale medisinske tidsskrifter.

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



Tidsskriftet 