

Den vanskelige forhåndssamtalen ved livets slutfase

Side 1034, 1035, 1040

Sykdomsbildet ved trakeobronkomalasi kan likne på astma

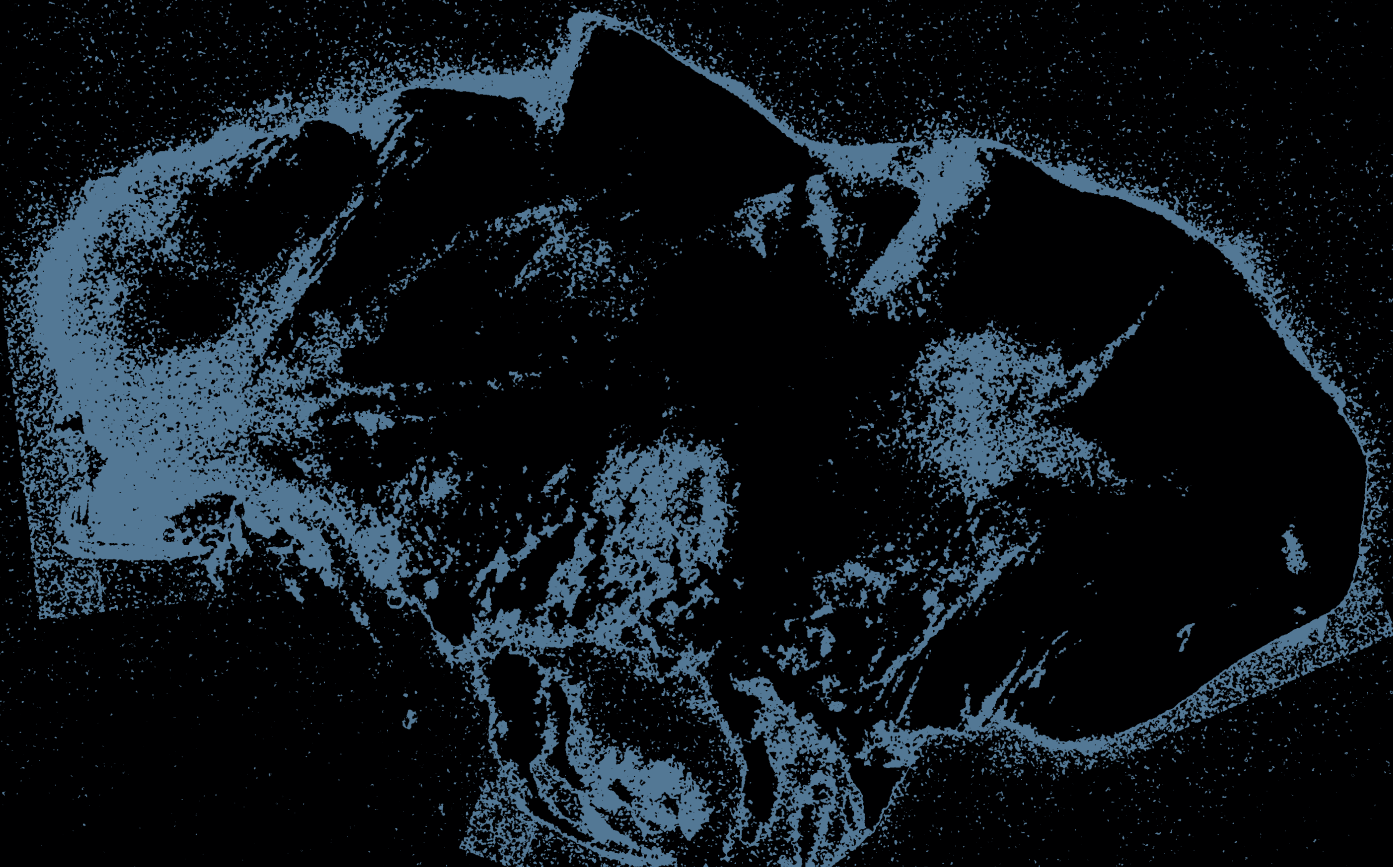
Side 1043

Retningslinjer kan ikke erstatte klinisk skjønn og erfaring

Side 1036, 1037, 1041

Tidsskrift for
Den norske
legeforening

Tidsskriftet



Svært gode priser og betingelser for medlemmer i Den norske legeforening

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

Scan QR-koden
for å lese mer



En klatt her og en klatt der



Are Brean
Sjefredaktør

En av de gode nyhetene i regjeringens ferske forslag til statsbudsjett er 50 nye studieplasser i medisin. Men i forslaget ligger det ikke midler til flere stillinger for leger i spesialisering 1 (LIS1). Køen er allerede lang, og behovet øker for hvert år. Flere studieplasser gir på sikt enda lengre kø.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ser ut til å mene at de har løsningen, og har foreslått at kommuner og sykehus selv skal kunne opprette LIS1-stillinger, at rekkefølgekravet skal kunne avvikes og at veiledere ikke trenger å være spesialister.

HOD sine forslag er dårlige. LIS1 er en utdanningsstilling som ikke bør brukes til å sikre legedekning i kommuner og sykehus som ikke får tak i mer erfarne leger. Rekkefølgekravet sikrer kandidatene praktisk erfaring fra sykehus, før de får mer selvstendig tjeneste ute i kommunene. Vi trenger en nasjonal, sammenhengende dimensjonering for legeutdanningen – fra fersk student til ferdig spesialist. Klattvise gode nyheter om flere studieplasser og forslag som vil vanne ut kvaliteten i den viktige LIS1-fasen, er ikke løsningen.■

Forsiden

«Død er den siste dialog / som sjel og legem har.» Dette skrev dikteren Emily Dickinson (1830–86), her gjengitt i Inger Hagerups oversettelse. Dialogen om døden, mellom helsepersonell og pasient, kan være både givende og vanskelig. Flere av artiklene i dette

nummeret handler om å snakke om døden, og om hvordan vi best tar vare på pasienter i livets slutfase. Forsideillustrasjonen er laget av Peder Bernhardt, som er grafisk designer, illustratør og visuelt ansvarlig i Tidsskriftet.



Illustrasjon: Peder Bernhardt

I denne utgaven:

Innhold



Samtaler om døden

Forhåndssamtaler om planlegging av behandling og pleie for pasienter med begrenset forventet levetid kan være vanskelige. I en kvalitativ intervjustudie med ti fastleger mente de fleste at pasientsamtaler om døden var en naturlig del av deres fastlegeoppgaver. I en spørreundersøkelse blant leger og annet helsepersonell ved geriatrike enheter oppga noen at de følte seg lite trygge i sin kommunikasjon med pasienter i livets siste fase.

«Jeg liker å tenke på en forhåndssamtale som en usikkerhetens katedral, et høyt og dypt hellig rom. Du vet at du må inn, men må lete etter en passende inngang», skriver Pål Gulbrandsen i en ledsagende kommentar til de to studiene.

Side 1034, 1035, 1040

Retningslinjer er ikke nok

Med et økende antall eldre med multimorbiditet må leger forholde seg til stadig flere retningslinjer samtidig. Derfor kan nye retningslinjer være vanskelige å implementere, både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er blant annet usikkert i hvilken grad Helse- og direktoratets retningslinje om forhåndssamtaler blir fulgt i klinisk praksis.

Legeforeningens retningslinje om lindrende sedering i livets slutfase er nyttig, men kan ikke erstatte legers kliniske skjønn og erfaring. Dette viser en spørreundersøkelse blant lungeleger ved sykehus.

Side 1036, 1037, 1041

Trakeobronkomalasi hos barn

Hyppige luftveisinfeksjoner, nedsatt fysisk utholdenhet, produktiv hoste og surkling hos barn kan skyldes en avvikende form eller mykhet i brusken i fremre luftveisvegg. En slik trakeobronkomalasi kan føre til stridor og luftveisobstruksjon, som i noen tilfeller kan gi dynamisk kollaps og bli livstruende. Men sykdomsbildet kan overlappe med vanligere lungesykdommer, særlig astma, noe som øker risikoen for feildiagnostikk og feilbehandling. Diagnosen er basert på funn ved fleksibel bronkoskopi, sammenholdt med symptomer og andre funn.

Side 1043

Leder

- 1009 Det plagsomme samtykket
Øyvind Stople Sivertsen

Invitert kommentar

- 1010 Fysisk aktivitet er god terapi mot psykisk sykdom
Solfrid Bratland-Sanda, Lars Lien
- 1012 Utdanningen i allmenntidisin kan bli enda bedre
Frode Oosterling

Debatt

Debatt

- 1016 Ta røykepausen tilbake
Sunniva Christiansen
- 1017 Coacher kan ikke behandle alvorlig sykdom
Elise Økern

Kronikk

- 1020 Gentesting i forebygging og behandling av kreft
Pål Møller, Eivind Hovig
- 1024 Pakkeforløpene for kreft kan være for raske
Rune Ougland, Guro Kleve

Vitenskap

Fra andre tidsskrifter

- 1030 Nytt forebyggende legemiddel mot RS-virus
Kristoffer Brodwall
- 1031 Flere svangerskapskomplikasjoner ved surrogati
Martine Fimreite Wilhelmsen
- 1031 Hemning av interleukin-11 forlenger liv
Haakon B. Benestad

Originalartikkel

- 1034 Samtaler med pasienter om døden – erfarne fastlevers refleksjoner og erfaringer
Fredrik Brunsvig-Engemoen, Maria Romøren Holgeir Skjeie

Invitert kommentar

- 1035 Død i vente
Pål Gulbrandsen

nr. 13/2024

Utgivelsesdato
5. november 2024

1036	Originalartikkel Lungelegar sine erfaringar med lindrande sedering i livets slutfase <i>Margrethe Aase Schaufel, Reidun Førde, Katrin Ruth Sigurdardottir, Ingrid Miljeteig</i>
1037	Invitert kommentar Etisk utfordrende situasjoner ved livets slutt <i>Anne Fasting</i>
1040	Kort rapport Forhåndssamtaler om siste livsfase <i>Hege Ihle-Hansen, Håkon Ihle-Hansen, Siri Rostoft, John Munkhaugen, Siri Ferden Westbye, Maria Romøren, Trygve Johannes Lereim Sævareid, Linn Brøderud, Karin Berg Hermansen, Marie Hamilton Larsen, Astrid Klopstad Wahl, Marc Ahmed, Reidar Pedersen</i>
1041	Invitert kommentar Om forhåndssamtaler, retningslinjer og randomisering <i>Mette Kalager</i>
1043	Klinisk oversikt Trakeobronkomalasi hos barn <i>Sofie Vault, Knut Øymar, Vegard Hovland, Iren Lindbak Matthews, Christine Sachs-Strømmen, Håvard Ove Skjerven, Suzanne Crowley, Ingvild Bruun Mikalsen</i>
1048	Kort kasuistikk Glomustumor under neglen <i>Karl O. Nakken, Lillian Nordbø Berge, Geir D. Slapø, Jonas Colombo Nilsen, Henning Borgos</i>
1052	Språkspalten Revmatisk eller revmatologisk sykdom? <i>Jens Vikse</i>
1053	Fra fagmiljøene Kort avstand mellom svangerskapene kan være bra <i>Anne Eskild</i>

Magasin

1054	Intervju Laterale tankeprang og suget innenfra <i>Anne Kathrine Sebjørnsen</i>
1059	Legelivet Oppmerksomt nærvær – når vi trenger det <i>Alexander Wahl</i>

1060	Lite utbrenthet hos intensivpersonell under pandemien <i>Ingvild Strand Hovland, Erlend Hem, Irene Lie</i>
1062	Jeg er blitt pårørende <i>Trine Fredriksen</i>
1064	Fra arkivet Skyggesiden av en gledelig gave <i>Julie Didriksen</i>
1065	Ph.d.-disputaser
1066	Minneord
Annonser	
1068	Legejobber
1070	Kurs og møter
Aktuelt i foreningen	
1073	Ingen historisk satsing på helse <i>Anne-Karin Rime</i>
1074	Blir kvitt angstlidelser med VR-teknologi <i>Lisbet T. Kongsvik</i>
1076	Statsbudsjettet 2025: – Sykehusene i økonomisk krise <i>Tor Martin Nilsen</i>
1077	Innspill til stortingsmelding om allmennlegetjeneste for fremtiden <i>Monica Auberg</i>
1077	Gledelig løsning etter langvarig tvist om vakttillegg <i>Kristin Krogvold</i>
1078	Studie: Pasienter som mister fastlegen sin er oftere hos allmennlege og på sykehus <i>Lisbeth Nilsen</i>

legejobber.no

Norges mest komplette stillingsportal for leger

UTVALGTE STILLINGER

STAVANGER KOMMUNE

Fastlegehjemmel

Frist 10. november

NORDLANDSSYKEHUSET HF

Overlege, radiologi

Frist 17. november

MOSS KOMMUNE

Fastlegehjemler

Frist 8. november

STANGE KOMMUNE

Fastlege

Frist snarest

DIAKONHJEMMET SYKEHUS

Overlege, barne- og
ungdomspsykiatri

Frist 15. november

VESTRE VIKEN HF

Overlege, immunologi og
transfusjonsmedisin

Frist 15. november

HELSE FONNA HF

Overlege, nyresykdommer

Frist 19. november

LOVISENBERG DIAKONALE SYKEHUS

Overlege, psykiatri

Frist 20. november

HELSE MIDT-NORGE RHF

Avtalehjemmel, øyesykdommer

Frist 11. november

SYKEHUSET ØSTFOLD HF

Overlege, blodsykdommer

Frist 10. november

Det plagsomme samtykket

Helsinkideklarasjonen er blitt revidert. Diskusjonene om hvordan medisinsk forskning skal gjennomføres på en etisk riktig måte, kan vi aldri bli helt ferdige med.

I 1932 ble 600 unge, svarte menn i byen Tuskegee i Alabama, USA, lovet gratis legeoppfølging med blodprøver og røntgenundersøkelser i seks måneder. De visste verken at majoriteten av dem hadde latent syfilis eller at de deltok i en observasjonsstudie som undersøkte utviklingen av ubehandlet sykdom. Varigheten av studien ble stadig utvidet, og selv ikke da penicillin ble tilgjengelig i 1947, ble de tilbudt behandling. Da studien ble avsluttet i 1972, etter lekkasjer til pressen om hva som faktisk hadde foregått, var over 100 studiedeltakere døde av komplikasjoner som følge av sykdommen. 19 barn var født med kongenitt syfilis (1).

Dette eksempelet er ikke unikt. Verdenssamfunnet har god grunn til å ha kollektiv dårlig samvittighet på vegne av egen forskningsvirksomhet. Mange medisinsk interessante – men etisk problematiske – forsøk på mennesker er blitt gjennomført. Under Nürnbergprosessene etter 2. verdenskrig ble en rekke leger dømt for krigsforbrytelser etter å ha medvirket til medisinsk forskning på fanger i konsentrasjonsleirer.

En felles «grunnlov» for medisinsk forskning ble nødvendig. I 1947 kom Nürnbergkodeksen, der pasient-samtykke for deltakelse i forskning ble understreket (2). Året etter ble det i Genève-erklæringen presisert at leger forplikter seg til alltid å ivareta pasientens helse, også under forskningsprosjekter (3). I 1964 lyktes Verdens legeforening (WMA) med å nedfelle sentrale prinsipper om medisinsk forskning i en deklarasjon (4). I år, 60 år etter, er Helsinkideklarasjonen revidert for tiende gang (5). Det skjedde i oktober under generalforsamlingen til WMA – i nettopp Helsinki.

Dokumenter som dette er fiffige saker. De er ikke forpliktende for landene som har stemt dem frem, men er ment å legge grunnlaget for lovgivningen i de enkelte land. Deklarasjonen må derfor både være generell nok til at alle vil stille seg bak, og konkret nok til å regulere strømninger som kan by på problemer. I Norge er ikke Helsinkideklarasjonen nevnt i lovverket, men prinsippene derfra fremkommer tydelig for den som leser helseforskningsloven (6). Opprettelsen av regionale etiske komiteer (REK), som skal forhåndsgodkjenne all medisinsk og helsefaglig forskning, er en direkte konsekvens av Helsinkideklarasjonen. Slik sett kan man hevde at det er de regionale etiske komiteene som forvalter Helsinkideklarasjonen i Norge i dag.

Siden den siste revisjonsprosessen startet i 2022, er det gjennomført åtte regionale møter i ulike verdensdeler. Blant de viktigste endringene er økt beskyttelse for sårbare grupper, forbedret åpenhet i kliniske studier og sterkere forpliktelser til rettferdighet og likeverd i forskning. Det er også lagt vekt på vitenskapelig integritet og bærekraft, med nye retningslinjer for miljøhensyn. I tillegg er nye typer studiedesign vurdert, der diskusjonene har handlet om hvordan man i fremtiden skal sørge for pasientsamtykke, og hva samtykket innebærer. Ikke minst gjelder dette for registerforskning og fremtidig bruk av opplysninger i helsedatabaser og biobanker. Det er innarbeidet en henvisning til Taipei-deklarasjonen, som handler om etiske rammer for nettopp dette (7).

Det har vært relativt rolig rundt denne omfattende revisjonsprosessen, men slik har det ikke alltid vært. I 2000 hadde flere søramerikanske legeforeninger sett seg lei på at multinasjonale selskaper utnyttet mulighetene for billig intervensjonsforskning på deres kontinent. Revisjonen i 2000 inneholdt derfor et avsnitt som forbød bruk av placebo der etablert behandling allerede er tilgjengelig. Dette resulterte i at den amerikanske Food and Drug Administration (FDA) ikke anerkjente deklarasjonen (8). Konflikten ble løst ved at det ble inkludert et tillegg til deklarasjonen.

Her hjemme har regjeringen nylig sendt på høring et forslag til endring av helseforskningsloven. De ønsker å utrede mulighetene for å bruke brede samtykker for behandling av helseopplysninger og humant biologisk materiale i medisinsk og helsefaglig forskning, også for fremtidige forskningsmål (9). Under gitte omstendigheter, slik som for eksempel om det er «vanskelig eller umulig» å innhente samtykke fra mange nok av dem man vil forske på, og dersom forskningen innebærer bare «liten eller ingen risiko» og samtidig er samfunnsnyttig, vil regjeringen utrede om det skal være tillatt å forske på mennesker uten samtykke.

For om en rektor vil rense virusfylt luft i klasserommene med en luftrenser, er det bare å sette den inn. Men om forskere vil utplassere den samme luftrenseren for å undersøke om det hindrer smitte, er dette medisinsk forskning som krever samtykke fra elevenes foresatte (10).

Det er riktignok langt fra Tuskegee til regjeringens lovforslag, men begge eksemplene illustrerer hvordan det plagsomme samtykket kan være et hinder i veien for det forskere der og da tenker er god og viktig forskning. Historien har vist oss at vi trenger rettesnorer. Da er det godt å ha en oppdatert Helsinkideklarasjon å støtte seg til mens vi fortsetter diskusjonen. ■

Øyvind Stople Sivertsen

oyvind.stople.sivertsen@tidsskriftet.no

Øyvind Stople Sivertsen er spesialist i allmennmedisin, fastlege ved Bjølsen legesenter og medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Litteratur

- 1 CDC. About The Untreated Syphilis Study at Tuskegee. Lest 22.10.2024.
- 2 Permissible Medical Experiments. I: Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals. Vol 2. Washington DC: U.S. Government Printing Office, 1947: 181–2.
- 3 WMA. International code of medical ethics. Lest 22.10.2024.
- 4 WMA. Declaration of Helsinki. Lest 22.10.2024.
- 5 WMA. WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants. Lest 22.10.2024.
- 6 Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven). Lest 22.10.2024.
- 7 WMA. Declaration of Taipei. Lest 22.10.2024.
- 8 Wolinsky H. The battle of Helsinki: two troublesome paragraphs in the Declaration of Helsinki are causing a furor over medical research ethics. EMBO Rep 2006; 7: 670–2.
- 9 Helse- og omsorgsdepartementet. Forslag til endringer i helseforskningsloven og tilhørende regelverk. Lest 22.10.2024.
- 10 Jakobsen HØ. Vil forske på oss uten at vi blir spurt. Morgenbladet 18.10.2024. Lest 22.10.2024.

Fysisk aktivitet er god terapi mot psykisk sykdom

Fastleger og psykiatere er nøkkelpersoner for å fremme fysisk aktivitet i forebygging og behandling av psykisk sykdom og rusproblemer.

Fysisk aktivitet er potent både som behandling og som psykososialt tiltak ved alle typer psykiske lidelser og rusproblemer. Som behandlingstiltak er tilpasset fysisk aktivitet kostnadseffektivt og hovedsakelig fritt for bivirkninger. Likevel blir fysisk aktivitet nedprioritert til fordel for annen behandling.

Psykiater og professor Egil W. Martinsen (1950–2021) var banebrytende i sitt arbeid med fysisk aktivitet i psykiatrien, og det er nå godt dokumentert at fysisk aktivitet er effektivt som forebygging og behandling av en rekke psykiske lidelser (1). Til tross for at det store gapet i forventet levealder mellom personer med og uten psykiske lidelser i vesentlig grad kan tilskrives livsstilsfaktorer som fysisk aktivitet (2), blir dette fremdeles oversett i klinisk praksis.

Det er behov for en kulturendring i helsevesenet slik at fysisk aktivitet kan anses som likeverdig med medisiner og samtaleterapi i behandlingen av psykiske lidelser

Fysisk aktivitet er både medisin og en arena for sosiale aktiviteter, mestring, fellesskap og livsgnist (3). Lavterskeltilbud, som gatefotball og treningsgrupper i regi av kommunene eller frivillige lag, er viktige, men de lider av å være lite kjent, undervurdert og nedprioritert. Fastleger og psykiatere, sammen med kommuneoverleger, er i posisjon til å sikre at slike tilbud fylles av de personene som trenger dem. Men det krever imidlertid at kommunale tiltak får mulighet til å prioritere deltakere med psykiske lidelser. Her er det politikerne som sitter på pengesekken. Steder der fastleger er tydelige overfor politikere om betydningen av tiltak, som frisklivssentraler, vet vi at dette har fått gehør i kommunestyre og bidratt til endring.

Selvstigma, i form av skyld og skam over egen inaktiv livsstil, kombinert med opplevd stigma fra omverdenen, som for eksempel dårlig fysisk form og en stor kropp, er kjente barrierer mot nødvendige endringer i egen helseatferd (4). For å få til varige livsstilsendringer er det viktig at fastleger og psykiatere, i samarbeid med annet

treningsfaglig personell, som fysioterapeuter og helse- og treningsfysiologer, utforsker pasientenes erfaringer, holdninger og tanker rundt fysisk aktivitet og trening.

Kanskje har pasienten aldri opplevd mestring og glede gjennom bevegelse? Mange har tvert imot negative erfaringer, som å bli valgt sist i kroppsøving og ikke få spille kamper i fotball. Mulig de har erfaringer med trakassering, vold og overgrep på arenaer for trening og idrett. Ved å berøre dette i samtaleterapi, samt å samarbeide med treningsfaglig personell som kan veilede og tilpasse aktivitetene, kan vi bidra til å redusere stigma, skam og skyld, og skape varig mestring og bevegelsesglede.

En strukturell utfordring er at mye av den fysiske aktiviteten som brukes på sykehus, ikke tilpasses og følges opp når pasienten skrives ut. Det er derfor behov for forskning på overgangen mellom spesialisthelsetjeneste og ettervern som tilpasser fysisk aktivitet som del av hverdagslivet til den enkelte. I tillegg er det behov for en kulturendring i helsevesenet slik at fysisk aktivitet kan anses som likeverdig med medisiner og samtaleterapi i behandlingen av psykiske lidelser.

Faktorer utenfor helsevesenet må heller ikke glemmes. I Storbritannia har en anti-aktivitetslobby jobbet aktivt mot at fysisk aktivitet skulle få plass i de nasjonale helsemyndighetenes retningslinjer for behandling av depresjon (5). Om vi har lignende tendenser i Norge, er uvisst.

I et miljøperspektiv, hvor psykofarmaka potensielt bidrar til miljøforurensning ved å påvirke andre deler av økosystemet enn kun mennesker (6), må vi fokusere på et grønnere psykisk helsevern.

Psykiske lidelser er blant de mest utbredte og kostbare sykdommene i samfunnet. Vi oppfordrer fastleger og psykiatere til å ta et ekstra ansvar for at tilpasset fysisk aktivitet, sammen med samtaleterapi og eventuelt medikamentell behandling, blir tilbudt alle som trenger behandling for psykiske lidelser. I samarbeid med treningsfaglig personell vil dette bidra til en helhetlig tilnærming til helse, redusert belastning på helsevesenet og bedre livskvalitet for pasientene. Det er på tide at vi utnytter denne muligheten.

La oss begynne i dag. ■

Solfrid Bratland-Sanda

Solfrid Bratland-Sanda er ph.d., klinisk treningsfysiolog, nestleder for det strategiske forskningsområdet innen fremtidens helse- og velferdstjenester og professor i idrettsvitenskap, fysisk aktivitet og helse ved Universitetet i Sørøst-Norge. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Lars Lien

lars.lien@sykehuset-innlandet.no

Lars Lien er spesialist i samfunnsmedisin og i psykiatri og professor ved Høgskolen i Innlandet. Han er leder i Norsk psykiatrisk forening og styremedlem i den Europeiske psykiatriforeningen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Rosenbaum S, Tiedemann A, Sherrington C et al. Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2014; 75: 964–74.
- 2 Cunningham C, Peters K, Mannix J. Physical health inequities in people with severe mental illness: identifying initiatives for practice change. *Issues Ment Health Nurs* 2013; 34: 855–62.
- 3 Danielsen KK. Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid - En oppsummering av kunnskap. Senter for omsorgsforskning. Lest 4.10.2024.
- 4 Smith SS, Ten Hoor GA, Lakhote N et al. Emotion in Motion: Weight Bias Internalization, Exercise Avoidance, and Fitness-Related Self-Conscious Emotions. *Healthcare (Basel)* 2024; 12: 955.
- 5 Ekkekakis P. Why Is Exercise Underutilized in Clinical Practice Despite Evidence It Is Effective? Lessons in Pragmatism From the Inclusion of Exercise in Guidelines for the Treatment of Depression in the British National Health Service. *Kinesiol Rev (Champaign)* 2021; 10: 29–50.
- 6 Lertxundi U, Domingo-Echaburu S, Brodin T et al. The future of psychiatry should be One Health. *Rev Environ Health* 2022; 38: 399–400.



Foto: Iusec/Stock

Utdanningen i allmennmedisin kan bli enda bedre

Ved å koble virkemidler som vi allerede har tilgjengelig på en smart måte, kan leger i spesialisering i allmennmedisin få et enda bedre utdanningsløp.

Norge har verdens beste spesialistutdanning i allmennmedisin. Hvorfor? Jo, fordi den er så praksisnær, du lærer faget i primærhelsetjenesten i din daglige jobb.

Norsk allmennmedisin utmerker seg ved at det gjøres mye utredning og behandling som i andre land gjøres av organspesialister (1). Det krever leger med erfaring. Derfor er det bra at Helse- og omsorgsdepartementet i forslaget til revisjon av spesialistforskriften velger å beholde kravet om to årsverk i åpen, uselektert allmennpraksis (2).

Allmennlegejobben kan være ensom, så god læring forutsetter at allmennlege i spesialisering (ALIS) blir ivarettatt gjennom god supervisjon og veiledning. Allmennleger flest er da heller ikke redde for å be kollegaen på nabokontoret om å komme inn og bekrefte at det rare utslettet virkelig er pityriasis versicolor. Det vi kollegaer i allmennpraksis ikke var like gode på, var å få til strukturert individuell veiledning. Dette kom på plass med spesialistforskriften fra 2019 (3) og har medført en betydelig kvalitetsheving av utdanningen. ALIS har krav på fire timer i måneden der man skjermet fra forstyrrelser reflekterer over legerollen og hvordan man fyller den sammen med en kollega som er spesialist. Dette er gledelig og fungerer bra. Flere ganger har vi hørt en ALIS-lege si: «Hadde det ikke vært for veilederen, hadde jeg slutta!»

Men min generasjon fikk selv aldri individuell veiledning, og med det har vi en utfordring i å vise drevne klinikere hva som er forskjellen på supervisjon og veiledning – og inspirere dem til å gjøre mer av det

sistnevnte. Dette forsøker vi å få til gjennom et todagers veiledningskurs. Her erfarer vi at også de eldste får nyttige aha-opplevelser og opplever at de blir bedre veiledere, blant annet ved å lytte mer og prate mindre.

Det vi allmennleger *har* vært gode på i mange år, og som heldigvis er videreført i spesialistforskriften, er veiledningsgrupper. I gruppeveiledningen møtes jevnbyrdige ALIS-leger en dag i måneden over to år. Som gruppeveileder har jeg nå min fjerde gruppe med ni engasjerte, faglig sterke, unge kollegaer som er fulle av framtidstro på vegne av faget vårt. Det gjør meg glad! Jeg spurte dem om det er greit å ha selvstendig listeansvar fra start som ALIS-lege eller om det bør vente noen år (4). Denne gruppen var samstemt om at de foretrakk å ikke vente. Begrunnelsen var at da fikk de mer igjen for å investere tid og krefter i god utredning og behandling av den enkelte pasient. Det slo meg etterpå at de med dette satte ord på tallene i Sandvik og medarbeideres banebrytende studie, som viste at kontinuitet i allmennpraksis er en prediktor for redusert bruk av helsetjenester og lavere dødelighet og at effekten er størst i starten av et lege-pasient-forhold (5).

Min veiledningsgruppe er kanskje ikke representativ, og det finnes allerede en god ordning der man får prøve seg i fastlegepraksis uten selvstendig listeansvar, nemlig Introduksjonsavtaler i allmennmedisin (6). Der knyttes ikke ALIS-legen til en bestemt fastleges liste, men avlaster alle legene på et legesenter. Ordningen er trolig lite utbredt, fordi den er dårlig markedsført og krever egen søknad til Helsedirektoratet fra kommunen.

To andre store utfordringer i spesialistutdanningen i allmennmedisin er kompetansevurdering og dokumentasjon. Spesialistforskriften §26 pålegger kommunene å gi en «løpende vurdering» av ALIS-legen. Men hverken forskriften eller tilhørende rundskriv (7) gir nærmere føringer om hva vurderingen skal bestå av. LIS-utdanning i sykehus har fordelen av at LIS-lege, leder og veileder jobber samme sted. I allmennmedisinen er det en sjeldenhet. Hvordan skal man da få til en «løpende vurdering»?

Allmennlegejobben kan være ensom, så god læring forutsetter at allmennlege i spesialisering blir ivaretatt gjennom god supervisjon og veiledning

Kapittel 2.4 i rundskrivet sier at «kompetanseportalen gjør det mulig for leger i spesialisering å ha hele spesialistløpet dokumentert i samme system og synlig for ulike involverte aktører». Det er dessverre ikke tilfelle. Fortsatt mangler portalen moduler for utdanningsplaner, for gjennomført tjeneste og for ALIS-tilskuddet. Det siste er et tiltak som har bidratt betydelig til rekruttering på tross av at tildelingen er en tungvinn og tidkrevende prosess. En forenkling av saksbehandlingen der ALIS-tilskuddet inngår i kompetanseportalen og utbetales direkte fra Helsedirektoratet når ALIS-legen, veilederen og den kommunale lederen sammen har

evaluert progresjonen, vil være en stor forbedring. Ved å knytte utbetaling av tilskuddet opp mot den halvårige evalueringssamtalen sikrer man samtidig regelmessig kompetansevurdering. ■

Frode Oosterling

frode.oosterling@gmail.com

Frode Oosterling er spesialist i allmennmedisin, lege i spesialisering i samfunnsmedisin, rådgivende overlege ved ALIS/SamLIS Øst og sanitetssjef i Cyberforsvaret. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Helsedirektoratet. Anbefalte læringsaktiviteter. Lest 15.9.2024.
- 2 Helse- og omsorgsdepartementet. Høring - forslag til endringer i forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) mm. Lest 1.8.2024.
- 3 Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften). Lest 10.7.2024.
- 4 Schei V, Eliassen KE. Levelig utdanningsløp for ALIS-leger. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.24.0083.
- 5 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.
- 6 Helsedirektoratet. Introduksjonsavtaler i allmennmedisin. Lest 15.9.2024.
- 7 Helse- og omsorgsdepartementet. Spesialistforskriften med kommentarer. Spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger. Lest 10.7.2024.

Annonse



Får du spørsmål om livet med kreft?

Kreftforeningen har mange gratis tilbud til kreftsyke, pårørende og etterlatte.

Å være kreftsyk kan by på mange utfordringer i hverdagen, særlig i tiden etter et sykehusopphold. Da kan Kreftforeningen tilby praktisk hjelp, rådgivning, kurs og møteplasser rundt omkring i landet.

Les mer om tilbudene og hvor du finner dem på kreftforeningen.no/tilbud eller ring 21 49 49 21.



KREFTFORENINGEN
TIL FOR DEG

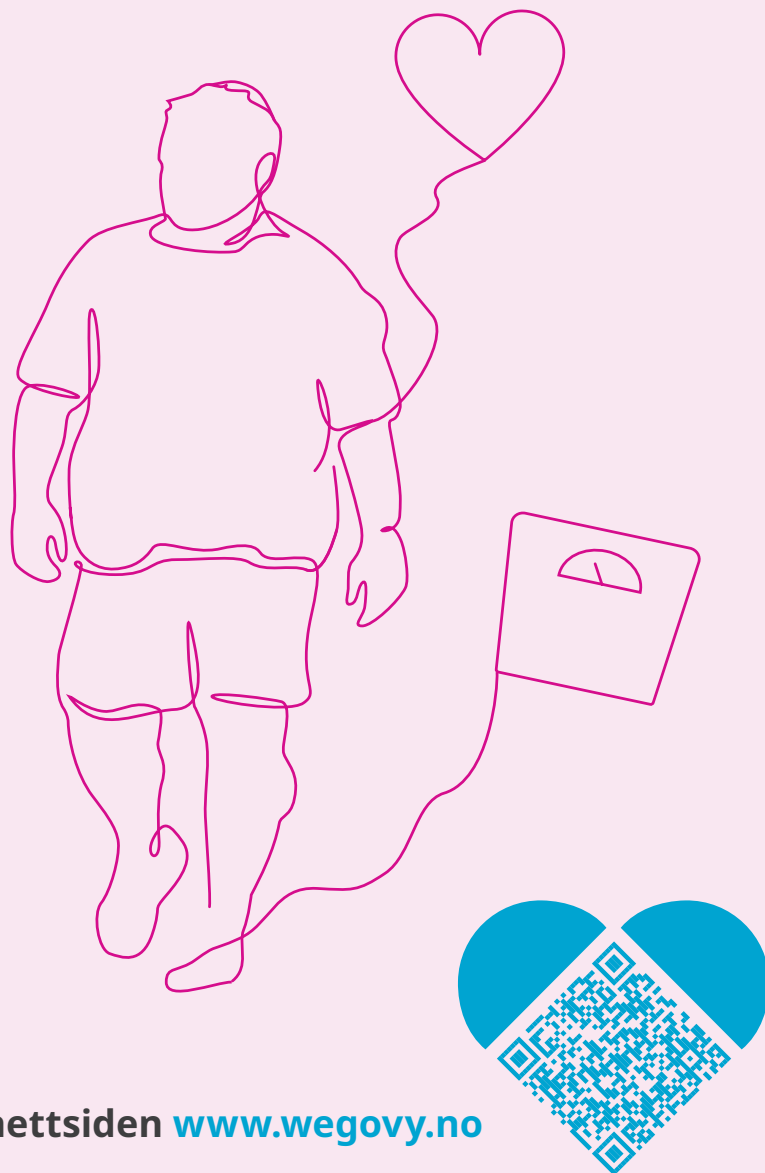
– mer enn vektreduksjon¹

~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 magesmerter, 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:** 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), 2083-2091 **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/virkestoffer/semaglutid> (Lest 21.08.2024)



«Vi trenger en røykepause», skriver artikkelforfatteren. Eller sjokoladepause, som på bildet. Foto: Knudsens Fotosenter / DEXTRA Foto via Digitalt Museum

Ta røykepausen tilbake

Leger forteller om utbrenthet og *pauseskam*. Kanskje ligger løsningen i å gjeninnføre røykepausen.

Frem til årtusenskiftet var røykepausen et vanlig fenomen. En røykende arbeidstaker trengte rundt tre røykepauser i løpet av en åtte timers arbeidsdag for å holde nikotinabstinensene i sjakk og humøret stabilt (1). Heldigvis har røykeloven og økt kunnskap om røykens skadevirkninger ført til færre røykende og bedre inneklima (2). Vi ønsker oss ikke tilbake til tiden da nesten 40 % var vanerøykere (3). Likevel vil jeg påstå at vi kan ha mistet noe verdifullt da røykepausene forsvant.

Røykepausens utvidede verdi

En røykepause innebar mer enn det å dempe nikotinsuget. Arbeidstakeren måtte ta en pause fra arbeids-

oppgaven (flytte mentalt fokus), reise seg og gå til egnet røykested (fysisk aktivitet), spørre en kollega om å «ta en røyk?» (solidaritet og sosialt samvær) og inhalere med lange, dype innpust og utpust (regulere sentralnervesystemet) (4). Røykepausen tok omtrent ti minutter før arbeidstakeren vendte tilbake til arbeidsoppgaven sin, kanskje med ny arbeidslyst og følelsen av å være en bedre utgave av seg selv (1).

Gjennom arbeidsdagen dyttes vi ut av balanse. Vi trenger en omstart. Vi trenger en røykepause!

Gjeninnføring av røykepausen kan være relevant for dagens helsevesen av flere grunner. De fleste leger er engasjerte i jobbene sine (5). Likevel strever stadig flere spesialiteter med å beholde ansatte (6). Kolleger blir utbrente og sykemeldte, og mange fatter ikke hvordan de skal holde ut et langt yrkesliv i helsevesenet (7). Mange opplever stor arbeidsbelastning og liten innflytelse på egen arbeidshverdag (5). De fleste strekker seg langt for å holde tempoet oppe, gjerne på bekostning av egne behov og pauser (8). Jeg har hørt flere bruke begrepet *pauseskam*, en redsel for å bli oppdaget i å ta seg noen minutter fri fra oppgavestrømmen.

Det var stort sett enighet om at den røykende arbeidstakeren trengte røykepausen (9). Uten den ble både arbeidsevenen og humøret så labert som ingen ønsket å ha det (1). Dagens intensive arbeidshverdag med høye produksjons- og dokumentasjonskrav, konstant stimuli fra elektroniske pasientjournaler, samtidighetskonflikter og «smitte» fra pasientens lidelsestrykk, kan kanskje gi liknende effekter som nikotinabstinens (10, 11). Gjennom arbeidsdagen dyttes vi ut av balanse. Vi trenger en omstart. Vi trenger en røykepause!

Erstatning for sigaretten

Hva skal «røykepausen» inneholde nå som røykens tid er forbi? Den må kunne gi oss en mental mikropause, bevegelse og regulering av sentralnervesystemet, gjerne sammen med andre (12). Hvordan den vil se ut i praksis, er nok like individuelt som persontilpasset medisin (13). Noen kunne trengt et par spensthepp, noen meditasjon, mens andre kunne gjort bryteøvelser med en kollega eller pustet langsomt i noen minutter (12, 14).

Fellesnevneren er å prioritere pauser i løpet av arbeidsdagen. Det gir en mulighet til å gjenfinne fotfestet, skape tilstedeværelse og øke arbeidslysten i en travel legehverdag. Flere pauser vil neppe løse alle utfordringene helsevesenet står overfor, men det kan bidra med å gjøre arbeidsdagen mer bærekraftig for den enkelte. Neste gang du ser kollegaen din fanget i stress og press, spør i solidaritet om dere skal «ta en røyk». ■

Mottatt 24.9.2024, første revisjon innsendt 8.10.2024, godkjent 8.10.2024.

Sunniva Christiansen

sunniva.christiansen@ntnu.no

Sunniva E. Christiansen er spesialist i rus- og avhengighetsmedisin og ph.d.-kandidat. Hun er overlege i UngTeam ved St. Olavs hospital og universitetslektor ved Regionalt kompetansesenter for barn og unge – psykisk helse og barnevern, Institutt for psykisk helse ved NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Dybring E, Sanner T. Nikotinavhengighet - medisinsk-biologiske forhold. Tidsskr Nor Legeforen 2002; 122: 302–5.
- 2 Haarr E, Lid TG. En vellykket røykelov, men mer må til. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.24.0320.
- 3 Folkehelseinstituttet. Utbredelse av røyking i Norge. Lest 8.10.2024.
- 4 Ma D, Li C, Shi W et al. Benefits From Different Modes of Slow and Deep Breathing on Vagal Modulation. IEEE J Transl Eng Health Med 2024; 12: 520–32.
- 5 Den norske legeforening. Medlemsundersøkelse 2023. Lest 7.10.2024.
- 6 Brekke M, Bjørke JS, Wisborg T. Hvor blir det av alle legene? Tidsskr Nor Legeforen 2021; 141: doi: 10.4045/tidsskr.21.0701.
- 7 Alexandrova-Karamanova A, Todorova I, Montgomery A et al. Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries. Int Arch Occup Environ Health 2016; 89: 1059–75.
- 8 Vedeld L. Helsehjelp i hamsterhjulet. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0645.
- 9 Lund KE. Legenes «røykepause». Tidsskr Nor Legeforen 2008; 16: 1793.
- 10 Goldstein DS. Stress and the "extended" autonomic system. Auton Neurosci 2021; 236: 102889.
- 11 Herrando C, Constantinides E. Emotional Contagion: A Brief Overview and Future Directions. Front Psychol 2021; 12: 712606.
- 12 Myskja A. Kunsten å finne ro. Oslo: Cappelen Damm, 2021.
- 13 HelseNorge. Nasjonalt kompetansenettverk innan persontilpasset medisin. Persontilpasset medisin. Lest 8.10.2024.
- 14 Zaccaro A, Piarulli A, Laurino M et al. How Breath-Control Can Change Your Life: A Systematic Review on Psycho-Physiological Correlates of Slow Breathing. Front Hum Neurosci 2018; 12: 353.

Tekst: Elise Økern

Coacher kan ikke behandle alvorlig sykdom

Coaching er en økende trend, særlig innen livsstilsveiledning og vektreduksjon. Coacher er imidlertid ikke autorisert helsepersonell og mangler ofte formell helsefaglig utdanning. Det kan få juridiske konsekvenser når de involveres i medisinsk behandling.

Coaching innen trening og kosthold innebærer å gi veiledning og støtte for å hjelpe klienter med å nå sine helse- og livsstils mål, gjerne med trenings- og kostholdsplaner, ofte uten at coachen har formell medisinsk utdanning. Dette aktualiserer viktige spørsmål knyttet til forsvarlighet, pasientsikkerhet og profesjonell kompetanse. For å unngå potensielle juridiske fallgruver er det avgjørende at leger utviser aktsomhet og er sikre på at de opererer innenfor gjeldende lovverk hvis de samarbeider med coacher.

Dersom pasienten ikke mottar tilstrekkelig helsehjelp gjennom alternativ behandling utført i samarbeid eller samforståelse med legen, kan dette føre til alvorlige juridiske konsekvenser for legen

Lov om alternativ behandling setter klare grenser for hvem som har rett til å behandle sykdommer (1). Loven definerer *alternativ behandling* som helserelatert behandling utført utenfor helse- og omsorgstjenesten av personer uten autorisasjon. Coaching som er sentrert rundt generelle råd faller vanligvis utenfor lovens virkeområde. Når coaching omfatter konkrete råd om medisinske tilstander, som behandling av fedme eller mentale helseutfordringer, eller der det gis medisinsk veiledning uten autorisasjon og utenfor helse- og omsorgstjenesten, regnes det som alternativ behandling.

Hvem kan behandle?

Ifølge alternativ behandlingsloven § 7 kan behandling av alvorlige sykdommer kun utføres av helsepersonell. Dette inkluderer både somatiske og psykiske sykdommer og lidelser (1). Forarbeidene til loven fremhever at helserelatert behandling omfatter forebygging, lindring og kurativ behandling (2). Dette skiller seg fra tjenester som er rettet mot velvære, treningsveiledning eller kostholdsråd uten medisinsk tilnærming.

Vurderingen av hva som er alvorlig sykdom, foretas basert på det enkelte tilfellet. Faktorer som sykdommens behandlingskompleksitet, nødvendige medisinske kunnskaper og om den medfører funksjonsnedsettelse, invaliditet eller tap av kroppsfunksjoner, spiller inn. Videre må det tas hensyn til behandlingsmuligheter og prognose uten behandling. Sykdommer som krever høyspesialisert kompetanse, blir oftere klassifisert som alvorlige.

Fedme grad 2 og 3 er definert som BMI på 35 kg/m² eller mer (3). Mennesker med slik fedme har høy risiko for å utvikle vektrelaterte følgetilstander som for eksempel søvnapné, høyt blodtrykk, fettlever sykdom og diabetes. I tillegg kommer hjerte- og karsykdom og kreft, som kan føre til tidlig død. Fedme grad 2 og 3 kan derfor kvalifisere til alvorlig sykdom i lovens forstand. Etter som det beror på en konkret helhetsvurdering, vil også lavere grader av overvekt og fedme kunne oppfylle alvorlighetskravet. Som hovedregel er det ulovlig for coacher å behandle slike alvorlige sykdommer og lidelser. Men også i tilfeller der alvorlighetskravet ikke er oppfylt, kan behandling være forbudt hvis pasientens liv eller helse utsettes for fare.

Et unntak i § 7 andre ledd tillater andre enn helsepersonell å utføre behandling så lenge formålet kun er å lindre symptomer eller bivirkninger, uten å kurere selve sykdommen (1). Dette kan inkludere coaching for å lindre ubehag, søvnvansker eller tretthet, eller der målet er å styrke pasientens immunforsvar eller selvhelbredende krefter. Hvis behandlingen kan påvirke sykdommen negativt eller forstyrre pasientens medisinske behandling, bør legens råd innhentes. Coacher kan derfor kun tilby veiledning og støtte i livsstilsendringer. Hvis formålet derimot er å påvirke pasientens medisinske tilstand, kreves nødvendig helsefaglig kompetanse.

Legens ansvar

Legen har et juridisk ansvar for å sikre at pasienter får forsvarlig behandling i henhold til helsepersonelloven § 4 (4). Dette innebærer å basere arbeidet på anerkjent medisinsk kunnskap og være klar over egne kompetansegrenser. Når spesialisert behandling er nødvendig, har legen plikt til å henvise pasienten til helsepersonell med rett kompetanse. Å henvise til eller anbefale coacher for behandling av overvektspromblematiske kan bryte med forsvarlighetsplikten, idet en coach normalt ikke innehar – eller kan dokumentere – tilfredsstillende kompetanse.

I § 7 i lov om alternativ behandling av sykdom oppstilles et unntak når behandlingen skjer i samarbeid eller samforståelse med pasientens lege og pasienten har samtykket (1). Samarbeid betyr i denne sammenheng at legen enten henviser pasienten til en alternativ behandler eller aktivt involverer seg for å sikre et helhetlig behandlingsopplegg. Samforståelse innebærer at legen aksepterer at pasienten får alternativ behandling uten selv å delta aktivt i den, og uten å motsette seg pasientens ønske om slik behandling.

Selv om legen ikke er direkte ansvarlig for den alternative behandlingen, er det legen som har ansvar for de råd som gis og for å sikre at konvensjonell medisinsk behandling forblir forsvarlig etter at den alternative behandlingen er påbegynt. Hvis en lege involverer en coach i behandlingen av fedme, må legen vurdere om coachens råd påvirker pasientens tilstand eller behandling negativt. Hvis slike vurderinger ikke gjennomføres, eller hvis nødvendige justeringer i behandlingen uteblir, kan involveringen av coacher uten medisinsk utdanning

undergrave pasientens rett til forsvarlig behandling. Dersom pasienten ikke mottar tilstrekkelig helsehjelp gjennom alternativ behandling utført i samarbeid eller samforståelse med legen, kan dette føre til alvorlige juridiske konsekvenser for legen. ■

Mottatt 4.9.2024, første revisjon innsendt 18.9.2024, godkjent 25.9.2024.

Elise Økern

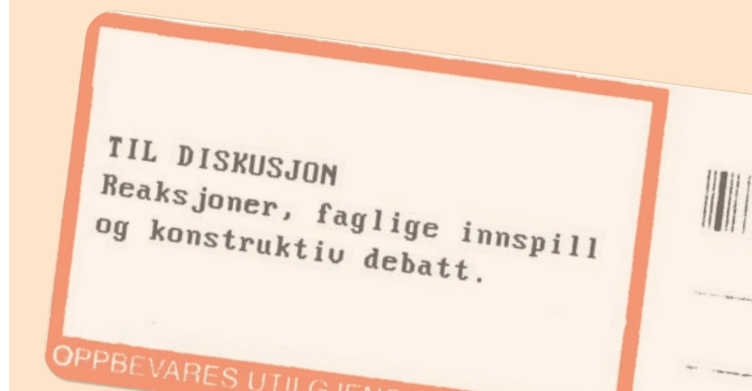
elise_okern@hotmail.com

Elise Økern er jurist med masteroppgave om helsevirksomheters forsvarlighetsplikter og har erfaring som saksbehandler ved Norsk pasientskadeerstatning. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Helse- og omsorgsdepartementet. LOV-2003-06-27-64. Lov om alternativ behandling av sykdom mv. Lest 4.9.2024.
- 2 Helse- og omsorgsdepartementet. Ot.prp.nr. 27 (2002–2003) Om lov om alternativ behandling av sykdom mv. Lest 5.9.2024.
- 3 Legemiddelhåndboken. T3.7 Fedme. Lest 17.9.2024.
- 4 Helse- og omsorgsdepartementet. LOV-1999-07-02-64. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Lest 5.9.2024.

Les flere debattartikler
på tidsskriftet.no:





Effektiv og vedvarende LDL-C reduksjon¹

I en samlet analyse av fase 3-studiene Orion-9, -10 og -11 ga Leqvio 50,7 % LDL-C reduksjon vs placebo ved dag 510 (95 % KI: -52,9 %, -48,4 %; $p < 0,0001$) og 50,5 % LDL-C reduksjon som vedvarte fra måned 3 til måned 18 vs placebo (95 % KI: 52,1% -48,9%; $p < 0,0001$)

50,7 %

To doser per år etter oppstartsdosering første år

Ferdigfylt sprøyte som administreres av helsepersonell, subkutan injeksjon.

2x
årlig

Godt dokumentert sikkerhetsprofil^{2,3,4,5}

Langtidsdata opp til 6 år viser ingen nye sikkerhets-signaler i forhold til funn i forutgående fase 3-studier over 18 måneder.

6 års
data

Sikkerhet ved forskrivning av Leqvio:

I de pivotale studiene forekom bivirkninger på injeksjonsstedet hos henholdsvis 8,2 % og 1,8 % av pasientene på inklisiran og placebo. Forsiktighet ved alvorlig nedsatt lever- og/eller nyrefunksjon. Hemodialyse bør ikke utføres i minst 72 timer etter dosering med inklisiran.

INDIKASJON: Leqvio er indisert hos voksne med primær hyperkolesterolemi (heterozygot familiær og ikke-familiær) eller blandet dyslipidemi, som tillegg til diett:

- i kombinasjon med et statin eller statin sammen med andre lipidsenkende behandlinger hos pasienter som ikke oppnår LDL-C-mål med maksimal tolerert dose av et statin, eller
- alene eller i kombinasjon med andre lipidsenkende behandlinger hos pasienter som er statintolerante, eller der et statin er kontraindisert.

DOSERING: Anbefalt dose er 284 mg inklisiran administrert som en enkelt subkutan injeksjon. Første dose settes initielt, andre dose settes etter 3 måneder og deretter settes det en dose hver 6. måned.

PAKNINGER, PRISER OG REFUSJON: 1 stk. ferdigfylt sprøyte med kanyleskjold, 026109, kr 31 461,20. Reseptgruppe C. Refusjon etter individuell søknad (§3) og i henhold til «Retningslinjer for individuell stønad for Leqvio» fastsatt av Helfo.⁶

Konsulter alltid Felleskatalogtekst eller SPC for fullstendig sikkerhetsinformasjon før forskrivning

REFERANSER: 1. Wright RS, Ray KK, Raal FJ et al. 2021 JACC Pooled Patient-Level Analysis of Inclisiran Trials in Patients With Familial Hypercholesterolemia or Atherosclerosis. 2. Ray, K. K., Wright, R. S., Kallend, D., et al. Two phase 3 trials of inclisiran in patients with elevated LDL cholesterol. New England Journal of Medicine, 2020, 382:16: 1507-1519. 3. Raal, F. J., Kallend, D., Ray, K. K., et al. Inclisiran for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. New England Journal of Medicine, 2020, 382:16: 1520-1530. 4. Ray KK, Troquay RP, Visseren FL, et al. Long-term efficacy and safety of inclisiran in patients with high cardiovascular risk and elevated LDL cholesterol (ORION-3): results from the 4-year open-label extension of the ORION-1 trial. The Lancet Diabetes & Endocrinology. 2023 Jan 5. 5. Wright, R. S., Koenig, W., Landmesser, U., et al (2023). Safety and tolerability of inclisiran for treatment of hypercholesterolemia in 7 clinical trials. Journal of the American College of Cardiology, 82(24), 2251-2261. 6. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/vedlegg-1-til--5-14-legemiddellisten/virkestoffer/inclisiran>, lest 30.01.2024.



Tekst: Pål Møller og Eivind Hovig

Gentesting i forebygging og behandling av kreft

Tidligdiagnostikk kan ikke alltid forebygge kreft, men tidlig behandling kan gi bedret prognose. Ny kunnskap tilsier at alle kreftsvulster bør gentestes for å gi riktig behandling, uavhengig av mistanke om arvelig sykdom.

De fleste tilfeller av mikrosatellitt-instabil kreft (MSI) er ikke arvelige. Samtidig er arvelig mikrosatellittinstabil kreft, eller de fire Lynch-syndromene, den hyppigste årsaken til arvelig kreft. Disse kreftformene skyldes arvede DNA-varianter i *MMR (mismatch repair)*-genene *MLH1*, *MSH2*, *MSH6* og *PMS2*. Dette medfører ulike sykdomsbilder, og immunterapi kan være indisert både ved arvelig og ikke-arvelig mikrosatellittinstabil kreft. Kreftsvulster bør nå gentestes for å gi pasientene riktig behandling, uavhengig av mistanke om arvelig sykdom.

Hvordan oppstår kreft?

Det vanlige paradigmet (tenkemåten) er at kreft starter med en genforandring (mutasjon) i en celle som derved unnslipper normal kontroll. Økt celledeling fører til flere mutasjoner. Dette gir opphav til flere nye cellegrupper, med nye mutasjoner, som ytterligere unnslipper kontroll og blir til lokal invasiv kreft. Dette er kjent som adenom-karsinom-paradigmet. Ved arvelig anlegg for kreft skjer kreftdannelse oftere og raskere enn ved ikke-arvelig kreftformer.

Utfallet av kreftscreeningprogrammene har som kjent hverken ført til at all kreft forebygges eller at all kreft helbredes. Det stiller spørsmål ved om adenom-karsinom-paradigmet vanligvis er dominerende ved utviklingen av kreft

Videre celledeling og mutasjoner kan føre til at svulsten sprer seg. Ved et ikke-infiltrerende forstadium til kreft vil påvisning ved screening kunne forebygge kreft ved å fjerne forstadiet. Tidlig påvisning av en kreftsvulst vil kunne bedre prognosen ved at man kan hindre at svulsten sprer seg.

Et annet paradigme er at kreft oppstår ved tilfeldige sammentreff av begivenheter og at arvelig kreft gir økt risiko for dette. Slike begivenheter kan oppstå i tilfeldig rekkefølge. Det må da ikke nødvendigvis være et forstadium med adenom før kreftsykdommen, og et adenom må ikke nødvendigvis bli til kreft. Betydningen av ulike risikofaktorer og hvor ofte kreft utvikler seg slik, er kjent på gruppenivå, men vil for den enkelte pasient være usikkert. Uten et ikke-infiltrerende forstadium til kreft vil ikke screening eller andre mekanismer for tidligdiagnostikk kunne forebygge kreft. Tidlig behandling vil imidlertid kunne bedre prognosen. Hyppigheten av kreftsykdom kan derfor være en dårlig surrogatmarkør for effekt av screening.

Begge paradigmene kan være riktige samtidig. Én og samme person kan ha to (eller flere) svulster som følger ulik utvikling, og to deler av samme svulst kan følge ulike utviklingsveier. Spørsmålet blir da i hvilken grad hvilke av paradigmene er riktige – og når? Det berører forventningene ved for eksempel mammografiscreening for brystkreft og koloskopiscreening for tarmkreft. Begge screeningprogrammene bygger på paradigmet om at det først finnes en lokal svulst som kan fjernes før den blir til kreft, at en kreftsvulst kan påvises og fjernes før den sprer seg, og/eller at en kreftsvulst kan påvises før den blir motstandsdyktig mot medikamentell behandling.

Utfallet av kreftscreeningprogrammene har som kjent hverken ført til at all kreft forebygges eller at all kreft helbredes. Det stiller spørsmål ved om adenom-karsinom-paradigmet vanligvis er dominerende ved utviklingen av kreft. Videre har overdiagnostikk ved screening for kreft gjort nytten vanskelig å vurdere. Dersom hensikten med screening er å bedre overlevelsen, bør man måle overlevelse.

Epidemiologi

The Prospective Lynch Syndrome Database (PLSD) var et norsk initiativ til europeisk samarbeid, og det er nå verdensomspennende (1). Gruppen har beskrevet kreftinsidens påvist ved koloskopi (kreft i ende- og tykktarm) og prognose etter kreftdiagnose i ethvert organ forutsatt at dagens retningslinjer for helsetiltak følges (1). I InSiGHT-variantdatabasen (2) kategoriseres alle kjente *MMR*-varianter som sykdomsassosierte eller ikke sykdomsassosierte (se også «*MMR CANCER RISK*» i databasen eller direkte på www.plsd.eu).

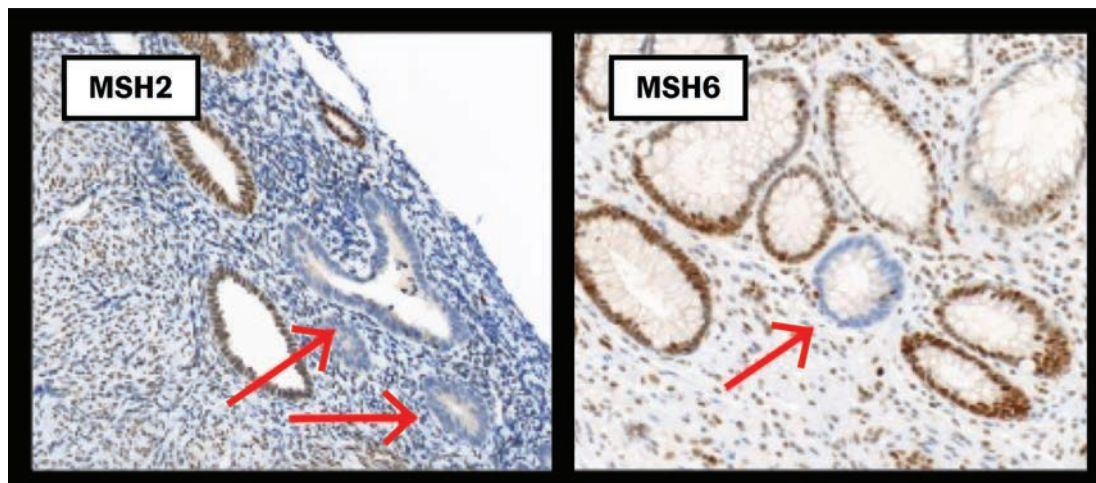
I hovedsak vil kreft hos personer med *MMR*-genfeil innebære stokastiske tilfældigheter: De som har hatt kreft tidligere, synes ikke å ha vesentlig økt risiko for ny kreftsykdom, hverken i samme eller andre organer

De fire mikrosatellittinstabile kreft-syndromene er ulike på gruppenivå med henblikk på penetrans (hyppighet av sykdom), ekspressivitet (hvilken sykdom), dødelighet og kjønn (1). Ingen har et «gjennomsnittlig kjønn» og/eller feil i et «gjennomsnittlig gen». Gjennomsnitt for insidens og dødelighet i de fire ulike formene for dominant arvelig mikrosatellittinstabil kreft og uten å hensynta kjønn er derfor ikke gyldige for noen. Syndromene har i ulik grad økt risiko for kreft i 13 ulike organer: tykktarm, endetarm, tynntarm, magesekk, galleveier, bukspyttkjertel, prostata, livmor, eggstokker, urinblære, ureter, hjerne og for osteosarkom. Tarmkreft er ikke den hyppigste dødsårsaken, og det er en misforståelse å benevne gruppen som *arvelig tarmkreft*. Gynekologisk kreft er hyppig hos kvinner, mens urinveis-/prostatakreft er hyppig hos menn. Eggstokkreft synes å være en variant av endometriekreft.

PLSD har beskrevet at overlevelse ved de arvelige mikrosatellittinstabile kreftformene som kommer relativt tidlig i livet, som kreft i tykktarm, endometrium og eggstokker, er blitt bedre takket være tidlig diagnostikk og bedre behandling. I tillegg kommer nå immunterapi. De som blir helbredet kan leve videre – og få kreft i andre organer. Slik senere kreft i andre organer gir hos disse pasientene ofte dårligere overlevelse enn hos tidligere kreftfrie, og i sum fører dette til at de fleste dødsfall ved arvelig mikrosatellittinstabil kreft sees i andre organer enn tykktarm, endometrium og eggstokker (1). I hovedsak vil kreft hos personer med *MMR*-genfeil innebære stokastiske tilfældigheter (1): De som har hatt kreft tidligere, synes ikke å ha vesentlig økt risiko for ny kreftsykdom, hverken i samme eller andre organer.

Koloskopi har ikke redusert forekomsten av arvelig mikrosatellittinstabil kreft vesentlig. Dersom adenom-karsinom-paradigmet var riktig, skulle fjerning av adenomer påvist ved koloskopi føre til redusert insidens av tykktarmskreft i risikogrupperne. Slik er det ved sykdomsgivende variant av *PMS2*-genet, men ikke ved sykdomsgivende varianter av genene *MLH1*, *MSH2* og *MSH6* (1, 3). En forklaring på dette er at friske bærere har mikroskopiske forstadier til mikrosatellittinstabil kreft i tarmkryptene. Disse forstadiene produserer neopeptider som tiltrekker seg immunceller, og med immunresponsen fjernes forstadiet. Mikrosatellittinstabil kreft gir derimot opphav til neopeptider som hindrer HLA-systemet og immuncellene i å «se» svulsten. Med moderne immunterapi kan «ugunstige» neopeptider fra de mikrosatellittinstabile kreftsvulstene hemmes, slik at HLA-systemet ikke hindres i å fjerne svulsten. At immunsystemet eventuelt også kan fjerne etablert tarmkreft, kan være en forklaring på hvorfor koloskopi i noen grupper ikke fører til nedsatt insidens av

Immunhistokjemisk påvisning av tarmkrypter som mangler genproduktet (dMMR-celler) av henholdsvis *MSH2* og *MSH6* hos bærere av genfeil i henholdsvis *MSH2* og *MSH6*. dMMR gir mikrosatellittinstabilitet, som fører til tarmkreft. Slik tarmkreft har prognosebedring ved immunterapi. All tarmkreft bør undersøkes for slik årsak for å kunne velge best mulig behandling. Multidisciplinary Digital Publishing Institute, Sveits / CC BY 4.0 / Tilpasset av Tidsskriftet



tarmkreft. Enkelte av tilfellene påvist ved screening kunne ha blitt fjernet av pasientens eget immunsystem før svulsten førte til kliniske symptomer dersom de ikke var blitt fjernet. Det kunne ha oppveiet den forebyggende effekten av å fjerne enkelte forstadier til kreft. Immunterapi hjelper vertens immunsystem å fjerne mikrosatellittinstabile svulster, og forskningen fokuserer nå på hvordan HLA-systemet medvirker til dette med tanke på å utvikle vaksiner mot arvelig mikrosatellittinstabil kreft.

Ny forskning tyder på at koloskopi hvert tredje år, eller oftere, forebygger kreft som utvikles gjennom et påvisbart adenom i tarmmukosa. Imidlertid har ikke alle kreftsvulster et makroskopisk påvisbart forstadium uten infiltrerende cellevekst, og dette kan forklare hvorfor ikke all kreft kan forebygges med screening. Når forekomst av kreft ikke reduseres ved koloskopi, kan årsaken være at noen av de kreftsvulstene som man fjerner ved koloskopi, ville blitt fjernet av pasientens immunsystem senere uten at pasienten merket noe.

Gentesting som helsetiltak

Gentesting for diagnose og behandlingsvalg ved kreft har vært et helsetiltak i Norge siden 1988 (4–6). Anbefalte helsetilbud ved arvelig mikrosatellittinstabil kreft finnes i de europeiske retningslinjene fra 2021 (7). Fra starten av hadde man ikke funnet genfeilene som ga arvelig kreft, og utgangspunktet var kreftsykdom i en familie og/eller tidlig kreft i særskilte organer hos én pasient. Begge disse utgangspunktene er suboptimale, da de hverken gir høy positiv eller høy negativ prediktiv verdi for å påvise arvelig kreft (8). Familiehistorien er ikke nok til å velge ut hvilke typer kreftsvulster som bør undersøkes for hva. I tillegg er det ressurskrevende å samle inn opplysningene, herunder ivareta personvernet, krav om informert samtykke og god journalføring. Det er neppe fagfolk nok til å øke kapasiteten for dette i vesentlig grad.

Gentesting omtales gjerne som persontilpasset medisin og gjøres av maskiner der kapasitet kan økes (og presisjonen bedres) uten økt bruk av spesialisert personell og arbeidstid. På samme måte som blodprøver i sykehus nå er robotisert og maskinene skriver ut svarene, tilsier utviklingen at det samme blir vanlig ved gentesting av kreftsvulster.

Tidligere er det vist at kreft med utgangspunkt i feil i genene *BRCA1* og *BRCA2* kan være både arvet og ikke arvet, mens begge typer har nytte av såkalte PARP-hemmere. Den senere tids økte kunnskap har vist at mikrosatellittinstabil kreft, som er den hyppigst arvelige kreftformen, oftest ikke er arvelig og all mikrosatellittinstabil kreft har prognosebedring ved immunterapi. Derfor gentestes i raskt økende grad flere kreftsvulster for å kunne gi kreftpasienter best mulig behandling. Når svulster har avvik som kan være arvelige, tas også blodprøver med tanke på risiko for nye svulster i andre organer. Ved funn av arvelig årsak til kreft på denne måten, vil pasienten

kunne anbefales genetisk veiledning for dette samt få tilbud om kaskadetesting av slektninger for å gi også disse et forsvarlig helsetilbud.

Det er ikke faglig riktig å velge ut bare ett gen som bør undersøkes, eller be om å teste ett og ett gen av gangen. I tillegg til uriktig ressursbruk av høyspesialisert personell og utstyr, vil flere separate enkeltgentester innebære økt risiko for feiltolkning og teknisk feilrapportering. Laboratoriemaskinene kan nå teste mange gener samtidig, og grunnet kvalitet og kostnadseffektivitet utvikles derfor to test-tilbud ved kreft: Én testpakke for å teste svulsten for alle aktuelle gener for samtlige behandlingsvalg (9), og én for å teste blodet for arvelige genvarianter, som kan føre til at også slektninger skal tilbys helsetiltak (10) der resultatet av svulstundersøkelsen tilsier det. Maskinene analyserer og rapporterer testsvarene automatisk ved at resultatene vurderes opp mot åpne internasjonale databaser utviklet for formålet (11–13). Analysesvar gis ofte skriftlig i én versjon for fagfolk og én for pasienten. Spesialist(er) i medisinsk genetikk bidrar primært ved funn av nye, ukjente genvarianter. Utredning av hittil ukjente varianter vil avhenge av fortsatt forskning. Helse-tilbud til den enkelte og familiene var i starten forskningsbasert, men er nå kunnskapsbasert og med konsensusbaserte metoder for påvisning av arvelige varianter som gir sykdom (2).

På samme måte som ved *BRCA1/BRCA2*-assosiert kreft, har screening for arvelig tarm- og livmorkreft vesentlig bedret overlevelsen ved kreft, men har ikke vesentlig redusert orekomsten av kreft i høyrisikogruppene. Bedret prognose ved kreft bør derfor være begrunnelsen for å anbefale screening for kreft i disse risikogruppene

Konklusjon

På samme måte som ved *BRCA1/BRCA2*-assosiert kreft, har screening for arvelig tarm- og livmorkreft vesentlig bedret overlevelsen ved kreft, men har ikke vesentlig redusert forekomsten av kreft i høyrisikogruppene. Bedret prognose ved kreft bør derfor være begrunnelsen for å anbefale screening for kreft i disse risikogruppene.

Tilpasset behandling bedrer overlevelsen både ved arvelige og ikke-arvelige genfeil i både *BRCA*-assosierte svulster og mikrosatellittinstabile svulster. Familiehistorie er ikke tilstrekkelig for å peke ut hvilke svulster som er arvelige. Spesialister i onkologi gentester i stigende grad alle svulster for å gi riktig behandling, uten hensyn til familiehistorie. Dagens testpaneler for kreftsvulster påviser hvem som kan ha arvelig kreft. Når resultatet av testingen gir mistanke om arvelig kreft, bør pasienten henvises til testing av blod for å påvise eller utelukke dette, i samsvar med retningslinjene for utredning av mulig arvelig kreft (7).

Utviklingen drives videre av økende kunnskap, bedre testtilbud, lavere testkostnader og mer persontilpasset medisin. Utviklingen lar seg ikke stoppe. Spørsmålet er når og hvordan dette skal implementeres også i Norge. Kostnadseffektiv gentesting med mål om å forebygge og/eller bedre prognosen kan nå tilbys alle voksne med og uten kreft, om man ønsker det. ■

Mottatt 17.8.2024, første revisjon innsendt 13.9.2024, godkjent 25.9.2024.

Pål Møller

moller.pal@gmail.com

Pål Møller er dr.med., spesialist i medisinsk genetikk og seniorforsker ved Avdeling for tumorbiologi, Institutt for kreftforskning, Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt tilskudd fra Kreftforeningen og har interesse i InSiGHT variant databases. Han initierte og ledet The Prospective Lynch Syndromes Database (PLSD) inntil 2023 og er æresmedlem i European Hereditary Tumour Group (EHTG).

Eivind Hovig

Eivind Hovig er forsker og gruppeleder ved Avdeling for tumorbiologi, Institutt for kreftforskning, Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet og professor emeritus ved Institutt for informatikk, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Møller P, Seppälä TT, Ahadova A et al. Dominantly inherited micro-satellite instable cancer - the four Lynch syndromes - an EHTG, PLSD position statement. *Hered Cancer Clin Pract* 2023; 21: 19.
- 2 InSiGHT. InSiGHT variants databases Lest 15.1.2024.
- 3 Møller P, Haupt S, Ahadova A et al. Incidences of colorectal adenomas and cancers under colonoscopy surveillance suggest an accelerated "Big Bang" pathway to CRC in three of the four Lynch syndromes. *Hered Cancer Clin Pract* 2024; 22: 6.
- 4 Børresen AL, Brøgger A, Møller P et al. Genteknologi i bekjempelse av kreft. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1989; 109: 3430–4.
- 5 Calmettes C, Ponder BA, Fischer JA et al. Early diagnosis of the multiple endocrine neoplasia type 2 syndrome: consensus statement. *European Community Concerted Action: Medullary Thyroid Carcinoma. Eur J Clin Invest* 1992; 22: 755–60.
- 6 Møller P. Helsetilbud ved arvelig kreft. Hva står vi overfor? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 1213–4.
- 7 Seppälä TT, Latchford A, Negoi I et al. European Hereditary Tumour Group (EHTG) and European Society of Coloproctology (ESCP). European guidelines from the EHTG and ESCP for Lynch syndrome: an updated third edition of the Mallorca guidelines based on gene and gender. *Br J Surg* 2021; 108: 484–98.
- 8 Sjrursen W, Haukanes BI, Grindedal EM et al. Current clinical criteria for Lynch syndrome are not sensitive enough to identify MSH6 mutation carriers. *J Med Genet* 2010; 47: 579–85.
- 9 Myriad genetics. MyRisk Hereditary Cancer Test. Lest 15.1.2024.
- 10 Myriad genetics. Precise Tumor Molecular Profile Test. Lest 15.1.2024.
- 11 Nakken S, Saveliev V, Hofmann O et al. Cancer Predisposition Sequencing Reporter (CPSR): A flexible variant report engine for high-throughput germline screening in cancer. *Int J Cancer* 2021; 149: 1955–60.
- 12 Orphanet. Lest 15.1.2024.
- 13 Lynch Syndrome UK. Lest 15.1.2024.

Annonse



Rask hjelp når barnet har en funksjonsnedsettelse

Visste du at Statped samarbeider med spesialisthelsetjenesten om et strakstilbud dersom et barn nylig har fått et hørselstap, alvorlig nedsatt syn eller er blitt blind, pådratt seg en ervervet hjerneskade eller et kombinert syns- og hørselstap? Dette er et tilbud om samtaler og rådgivning til foresatte og andre rundt barnet.

Det er viktig at du som lege og helsepersonell er kjent med dette.



Du finner mer informasjon om dette tilbudet på www.statped.no/strakstilbud



Du kan også kontakte vår Spør oss-tjeneste som du finner på www.statped.no/spor-oss



Tekst: Rune Ougland og Guro Kleve

Illustrasjon: Skinkeape (Marianne Gretteberg Engedal)

Pakkeforløpene for kreft kan være for raske

Er pakkeforløp virkelig en gavepakke, eller er det et farlig «troll-i-eske»?

Gjør vi kreftpasientene våre en bjørnetjeneste ved å utrede og operere dem raskt?

Nylig kunne vi lese at Erna Solberg sier at Høyre vil «følge opp suksessen med pakkeforløp for kreftpasienter» og utvide tilbudet til også å omfatte andre pasientgrupper (1). Vi bet oss merke i at hun omtalte ordningen for kreftpasientene som «en suksess», og funderte litt på hva hun mente med det. Hvis hun med «suksess» mente å få pasientene raskt gjennom utredning og behandling, kan hun ha rett. Hvis hun derimot mente «suksess» i betydningen «til pasientenes beste», blir det hele mer komplisert. For er raskt egentlig alltid det beste for pasientene? Kan det være klokt å bruke litt mer tid?

Prehabilitering kan ha effekt

I 2023 fikk vi resultatene fra Molenaar og medarbeideres studie The PREHAB randomized clinical trial (2). Denne studien avdekket at for pasienter med tarmkreft, kan fire ukers veiledet livsstilsintervensjon etter kreftdiagnosen gi nesten 50 % reduksjon i komplikasjoner forbundet med operasjonen. Fire uker er imidlertid to uker mer enn det pakkeforløpet for norske tarmkreftpasienter åpner for (3). Resultatene fra studien gir mistanke om at et ensidig fokus på forløpstider og operasjonstidspunkt kan ha ført til at mange pasienter har fått komplikasjoner i forbindelse med operasjonen, komplikasjoner de kunne vært spart for om vi hadde tatt oss tid til å gjennomføre et persontilpasset prehabiliteringsprogram. Men det var neppe komplikasjoner Solberg hadde i tankene da hun omtalte pakkeforløpene som en «suksess».

Prehabilitering er et begrep som først har fått fotfeste i Norge de senere år, selv om det første gang ble omtalt i forbindelse med utviklingen av ERAS-programmet (enhanced recovery after surgery) allerede i 1997 (4). Det er en betegnelse på en livsstilsintervensjon som er en forberedelse til behandling, til forskjell fra rehabilitering, som innebærer opptrening etter behandling. Prehabilitering skiller seg også fra forebyggende medisin ved at det betegner en behandlingsintervensjon etter en diagnose, mens forebyggende medisin angir en livsstil som nettopp forebygger utvikling av sykdom.

Et multimodalt prehabiliteringsprogram består av fire «søyler»: fysisk trening for å

styrke hjertet og bygge muskler, optimalisering av kosthold, hovedsakelig for å sikre tilstrekkelig inntak av proteiner, psykologisk støtte for å gjøre pasientene mentalt rustet for det videre forløpet, og røykeslutt (5). Målet er å gi pasientene mulighet til selv å ta en aktiv del i egen behandling, og dermed øke følelsen av kontroll og styrke forutsetningene for å tolerere kreftkirurgi (6). Dette vil i sin tur gi økt livskvalitet (7), færre komplikasjoner (8) og raskere rekonvalesens (9, 10). Prehabilitering kan også gi en langtidsgevinst i form av varig livsstilsendring og en sunnere livsstil også etter avsluttet behandling (11).

En svakhet med den tilgjengelige dokumentasjonen er imidlertid mangelen på standardiserte prehabiliteringsprogram. Programmene varierer i lengde og innhold og har ulike utfallsmål, men de fleste dokumenterer noen grad av helsegevinst (12–14). I studien av Molenaar og medarbeidere ble pasientene tilbudt tre timer ukentlig trening med veiledning i fire uker, altså et relativt kortvarig program, men likevel med en frapperende effekt på komplikasjonsraten (2). Det er rapportert kortere liggetid i sykehus blant pasienter som har mottatt prehabilitering, kanskje opp mot to døgn (15), noe som også er understøttet av et kvalitetsarbeid fra Akershus universitetssykehus (16). Videre er det dokumentert ulike grader av kostnadsbesparelser ved prehabilitering, selv om man trenger egne studier for å estimere besparelse nasjonalt (17).

Ingen pasienter er like

Kan man standardisere prehabilitering? Kan man lage et program som passer alle pasienter med samme diagnose? Vi vet at pasienter har ulik sårbarhet. Noen er veltrente, mens andre aldri har satt sine ben på et treningssenter. Noen pasienter er overvektige, mens andre er svært underernærte. Noen har aldri vært syke før, mens andre har en rekke ulike sykdommer og lidelser. Noen har et stort støtteapparat, mens andre er ensomme og alene. Noen er unge, mens andre er gamle. I tillegg blir befolkningen eldre, og med alderdommen følger økt skrøpelighet (18). I dag er 16 % av befolkningen over 67 år (19), og det er forventet at dette stiger til over 20 % i 2050 (20), noe som

Vi må ta pasientene med på råd og lytte til dem, fremfor kun å tenke raskest mulig behandling

vil øke antallet pasienter med kreft og behov for kirurgi. Kreftkirurgi er i kontinuerlig utvikling, og grensene flyttes stadig. Avanserte operasjoner tilbys stadig mer sårbare pasientgrupper og en stadig eldre del av befolkningen (21).

Det er rimelig å tro at prehabiliteringsprogrammene må skreddersys den enkelte pasienten i langt større grad enn man gjør i dag, og at man ikke kan lage ett program som passer alle pasienter i en diagnosegruppe. Pasientene vil ønske seg svært ulike ting, avhengig av hvor de er i livet. En ung pasient vil sannsynligvis verdsette overlevelse høyere enn alt annet, mens en svært gammel pasient kanskje vil verdsette selvhjelpne år hjemme høyere enn flere leveår på sykehjem, avhengig av hjelp til daglige gjøremål. En ung pasient har mange leveår igjen, og ønsker lavest mulig risiko for residiv og metastaser. En aldrende pasient derimot vil kanskje akseptere en høyere risiko for residiv og metastaser hvis man får en lavere kirurgisk risiko og kommer seg raskere på beina etter operasjonen.

Slike ulike individuelle synspunkter tas det ikke hensyn til i pakkeforløpene, hvor man kun har hatt fokus på raskest mulig behandling. I Norge skal pasienter med tarmkreft opereres innen 14 kalenderdager, men forskning viser at et prehabiliteringsprogram bør vare opp mot 3 til 4 uker, dersom det er tilrådelig, for å øke

funksjonell kapasitet med 5–10 % (22). Vi mener derfor at mange pasienter blir gitt pakkeforløp som er for raske. Det er behov for å kartlegge livsstil og sårbarhet, samt å utvikle persontilpassede prehabiliteringsprogram basert på pasientenes individuelle ønsker og behov. Vi må ta pasientene med på råd og lytte til dem, fremfor kun å tenke raskest mulig behandling.

Desentralisert tilbud til hele landet

I Norge er folk bosatt veldig spredt, og noen steder vil det ta flere timer å kjøre til nærmeste sykehus. For å motta avansert kreftbehandling vil man måtte dra til et kreftsenter i regionen, noe som ytterligere øker reisetiden. For enkelte kan en slik reise ta både én og to dager. For pasienter fra disse stedene ville et prehabiliteringsprogram medført langvarig innleggelse på sykehus, eller på hotell i nærheten, om programmet skulle vært gjennomført på sykehuset. Selv for pasienter som bor nært, er daglig reising til sykehuset en utfordring.

En løsning på denne problemstillingen er å tilby pasientene prehabilitering hjemme. De få studiene som ble gjort under covid-19-pandemien, indikerer at denne løsningen er gjennomførbar og kanskje også kostnadseffektiv (23–25). I Norge har organisasjonen Aktiv mot kreft etablert et utviklet 21 såkalte Pusterom ved norske sykehus, og flere av disse har —→



støtte for et digitalt tilbud. I tråd med Helsedirektoratets mål om digital hjemmeoppfølging (26), har Bærum sykehus tatt i bruk denne plattformen. Der gjennomføres det nå en randomisert kontrollert studie som sammenligner effekten av et sykehusbasert rehabiliteringsprogram med et digitalt program pasientene følger hjemme (27). Hypotesen er at et digitalt hjemmebasert program ikke er dårligere enn et fysisk program på sykehus. Så langt rapporterer pasientene som har fulgt det digitale programmet, at de er svært fornøyde og opplever stor verdi av behandlingen. I så fall muliggjør den digitale plattformen desentralisert rehabilitering av kreftpasienter, uavhengig av bosted, i tiden mellom diagnose og kirurgi.

Arendalsuka 2024

Under Arendalsuka 2024 fortalte Sissy Leyell Espetvedt, fagleder for onkologi i Helsedirektoratet, at rehabilitering er foreslått inn i den nye kreftstrategien (28). Det er gledelige nyheter at man endelig tar innover seg betydningen av trening som medisin, men vi mener at det er behov for å gå enda lenger. Gitt den dokumentasjonen som foreligger når det gjelder verdien av et rehabiliteringsprogram for å redusere komplikasjoner, forkorte liggetid i sykehus, bedre helseøkonomi og øke pasienttilfredshet, er det på tide med en ny evaluering av pakkeforløpene. Rask behandling er ikke nødvendigvis god behandling, og «one size fits all», slik situasjonen er i dag, er ikke lenger en farbar vei.

For pasientenes beste er det nødvendig å implementere persontilpassede rehabiliteringstilbud i pakkeforløpene, og betrakte rehabilitering som en del av kreftbehandlingen som starter ved diagnosetidspunktet. Operasjonstid og perioden frem mot kirurgi må tilpasses den enkelte pasients ønsker og behov for å sikre at de som behøver mest, også får mest, og at man får en optimal fordeling av allerede knappe helseressurser. På denne måten vil man legge til rette for en komplikasjonsfri flyt av pasienter gjennom hele behandlingsforløpet, og ikke bare sikre rask behandling. Først da kan pakkeforløp for kreftpasienter kunne betegnes som en suksess. ■

Mottatt 4.9.2024, godkjent 25.9.2024.

Rune Ougland

Rune.Ougland@vestreviken.no

Rune Ougland er ph.d. i molekylær kreftforskning og spesialist i generell kirurgi og i urologi. Han er seksjons-overlege ved urologisk seksjon, kirurgisk avdeling på Bærum sykehus, og forskningsgruppeleder for kirurgisk forskning på samme sted. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Guro Kleve

gurok@vestreviken.no

Guro Kleve er spesialist i generell- og gastrokirurgi og overlege ved kirurgisk avdeling på Bærum sykehus. Hun forsker på rehabilitering, hvordan den kan digitaliseres og betydningen av rehabilitering for kirurgisk resultat, helseøkonomi og pasienttilfredshet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Haugan B. Vil speede opp behandlingen av syke. VG 29.8.2024. Lest 25.9.2024.
- Molenaar CJL, Minnella EM, Coca-Martinez M et al. Effect of Multimodal Prehabilitation on Reducing Postoperative Complications and Enhancing Functional Capacity Following Colorectal Cancer Surgery: The PREHAB Randomized Clinical Trial. JAMA Surg 2023; 158: 572–81.
- Helsedirektoratet. Pakkeforløp. Tykk- og endetarmskreft. Lest 25.9.2024.
- Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. Br J Anaesth 1997; 78: 606–17.
- Fleurent-Grégoire C, Burgess N, McIsaac DI et al. Towards a common definition of surgical prehabilitation: a scoping review of randomised trials. Br J Anaesth 2024; 133: 305–15.
- Koc MA, Akyol C, Gokmen D et al. Effect of Prehabilitation on Stoma Self-Care, Anxiety, Depression, and Quality of Life in Patients With Stomas: A Randomized Controlled Trial. Dis Colon Rectum 2023; 66: 138–47.
- Koh FH, Loh CH, Tan WJ et al. Structured presurgery prehabilitation for aged patients undergoing elective surgery significantly improves surgical outcomes and reduces cost: A nonrandomized sequential comparative prospective cohort study. Nutr Clin Pract 2022; 37: 645–53.
- Steffens D, Nott F, Koh C et al. Effectiveness of Prehabilitation Modalities on Postoperative Outcomes Following Colorectal Cancer Surgery: A Systematic Review of Randomised Controlled Trials. Ann Surg Oncol 2024; 31: 7822–49.
- Garoufalia Z, Emile SH, Meknarit S et al. A systematic review and meta-analysis of high-quality randomized controlled trials on the role of prehabilitation programs in colorectal surgery. Surgery 2024; 0: S0039-6060(24)00488-4.
- Zhang J, Hu Y, Deng H et al. Effect of Preoperative Lifestyle Management and Prehabilitation on Postoperative Capability of Colorectal Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. Integr Cancer Ther 2024; 23: 15347354241235590.
- van der Hulst HC, van der Bol JM, Bastiaannet E et al. The effect of prehabilitation on long-term survival and hospital admissions in older patients undergoing elective colorectal cancer surgery. Eur J Surg Oncol 2024; 50: 108244.
- Guerra-Londono CE, Cata JP, Nowak K et al. Prehabilitation in Adults Undergoing Cancer Surgery: A Comprehensive Review on Rationale, Methodology, and Measures of Effectiveness. Curr Oncol 2024; 31: 2185–200.
- Bausys A, Kryzauskas M, Abeciunas V et al. Prehabilitation in Modern Colorectal Cancer Surgery: A Comprehensive Review. Cancers (Basel) 2022; 14: 5017.
- Molenaar CJ, van Rooijen SJ, Fokkenrood HJ et al. Prehabilitation versus no prehabilitation to improve functional capacity, reduce postoperative complications and improve quality of life in colorectal cancer surgery. Cochrane Database Syst Rev 2023; 5: CD013259.
- Marmol-Perez A, Corres P, Fernández-Escabias M et al. Impact of Multidisciplinary Prehabilitation Interventions on Postoperative Hospital Length of Stay and Functional Capacity in Patients Undergoing Resection of Colorectal Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. Dis Colon Rectum 2024; 67: 1107–19.
- Sirum-Eikre M, Solli HJ. Trening før operasjon gjør kreftpasienter raskere friske. NRK 23.8.2020. Lest 25.9.2024.
- Ke Y, Ng RRG, Elangovan S et al. Prehabilitation programs – a systematic review of the economic evidence. Front Med (Lausanne) 2023; 10: 1281843.
- Dent E, Hanlon P, Sim M et al. Recent developments in frailty identification, management, risk factors and prevention: A narrative review of leading journals in geriatrics and gerontology. Ageing Res Rev 2023; 91: 102082.
- Folkehelseinstituttet. Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge. Lest 25.9.2024.
- Statistisk sentralbyrå. Nasjonale befolkningsframskrivninger 2024. Lest 25.9.2024.
- Chang MC, Choo YJ, Kim S. Effect of prehabilitation on patients with frailty undergoing colorectal cancer surgery: a systematic review and meta-analysis. Ann Surg Treat Res 2023; 104: 313–24.
- Kim DJ, Mayo NE, Carli F et al. Responsive measures to prehabilitation in patients undergoing bowel resection surgery. Tohoku J Exp Med 2009; 217: 109–15.
- Moorthy K, Halliday LJ, Noor N et al. Feasibility of Implementation and the Impact of a Digital Prehabilitation Service in Patients Undergoing Treatment for Oesophago-Gastric Cancer. Curr Oncol 2023; 30: 1673–82.
- Gkaintatzis E, Nikolaou CK, Rampal T et al. Cost Analysis of a Digital Multimodal Cancer Prehabilitation. Curr Oncol 2022; 29: 9305–13.
- van Gestel T, Groen LCB, Puik JR et al. Fit4Surgery for cancer patients during covid-19 lockdown – A systematic review and meta-analysis. Eur J Surg Oncol 2022; 48: 1189–97.
- Helsedirektoratet. Digital hjemmeoppfølging. Lest 25.9.2024.
- ClinicalTrials.gov. Digital Home-Based Prehabilitation Before Surgery (dHOPE). Lest 25.9.2024.
- Helsedirektoratet. Nasjonal kreftstrategi 2024–2028. Lest 25.9.2024.

Emgality®

(galcanezumab) injection

Gi dine pasienter muligheten til å
oppleve flere migrenefrie dager¹



Effekt som
vedvarer måned
etter måned^{1,2,3}

Rask effekt
på grunn av
Emgality® startdose
(2 injeksjoner)^{1,3}

Forbedret livskvalitet
da symptomene på
migrene minskes
under og mellom
migreanfall¹

**Emgality er indisert for migreneprofylakse hos voksne som
har minst 4 migrenedager per måned.¹**

Emgality® (galcanezumab) 120 mg injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt penn.

Indikasjoner: Profilakse mot migrene hos voksne som har minst 4 migrenedager pr. måned. **Dosering:** Behandling bør initieres av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av migrene. **Voksne, inkl. eldre >65 år:** Anbefalt dose: 240 mg (2 injeksjoner à 120 mg) som innledende bolusdose, deretter 120 mg 1 gang pr. måned. Behandlingsnytte bør vurderes innen 3 måneder etter behandlingsoppstart. Ytterligere beslutning om å fortsette behandlingen bør gjøres individuelt. Evaluer deretter behovet for å fortsette behandlingen regelmessig. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt lever-/nyrefunksjon:** Dosejustering ikke nødvendig ved lett til moderat nedsatt lever- eller nyrefunksjon. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** **Hjerte/kar:** Ingen sikkerhetsdata ved alvorlige kardiovaskulære sykdommer, se SPC for ytterligere informasjon. **Alvorlig overfølsomhet:** Alvorlige overfølsomhetsreaksjoner, inkl. tilfeller av anafylaksi, angioødem og urtikaria, er rapportert. Ved alvorlig overfølsomhetsreaksjon bør administreringen avbrytes umiddelbart og egnet behandling igangsettes. Pasienter bør informeres om muligheten for forsinket overfølsomhetsreaksjon og instrueres om å kontakte lege. Vertigo er rapportert ved behandling. **Interaksjoner:** Interaksjonsstudier ikke utført. Farmakokinetiske interaksjoner forventes ikke. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Begrensede data. Som et forsiktighetstiltak bør bruk under graviditet unngås. **Amming:** Overgang i morsmelk er ukjent. Humant IgG utskilles i morsmelk de første dagene etter fødsel, og avtar til lave konsentrasjoner etter kort tid. Risiko for diende spedbarn kan derfor ikke utelukkes i denne korte perioden. Bruk under amming kan deretter vurderes, kun dersom klinisk nødvendig. **Fertilitet:** Dyrestudier indikerer ingen skadelige effekter mht. fertilitet. **Bivirkninger:** **Svært vanlige:** Generelle: Reaksjon på injeksjonsstedet (inkl. erytem, kløe, blåmerke, hevelse), smerter på injeksjonsstedet. **Vanlige:** Gastrointestinale: Forstoppelse. Hud: Kløe, utslett. Øre: Vertigo. **Pakninger og priser:** 1 stk. (ferdigfylt penn) kr 5221,50. Vnr (468840). **Reseptgruppe:** C. **Refusjon:** Individuell refusjon etter søknad fra spesialist i nevrologi, eller lege ved et offentlig sykehus: Forebyggende behandling av kronisk migrene. Refusjonskoder: ICD-10: G43 / ICPC-2: N89 Migrene. Vilkår: Kronisk hodepine i minst 15 hodepinedager per måned, hvorav 8 dager er migrenedager, over en periode på mer enn 3 måneder. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Holland.

Før forskrivning av Emgality, se preparatomtalen eller Felleskatalogen

Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 25.03.2024

For ytterligere informasjon om dette legemidlet, kontakt: Eli Lilly Norge, Innspurten 15, 0663 Oslo, Norge. +47 22 88 18 00 www.lilly.no

© 2024 Lilly and Organon. All rights reserved.

PP-GZ-NO-0204 / NO-EMG-110007

05/2024

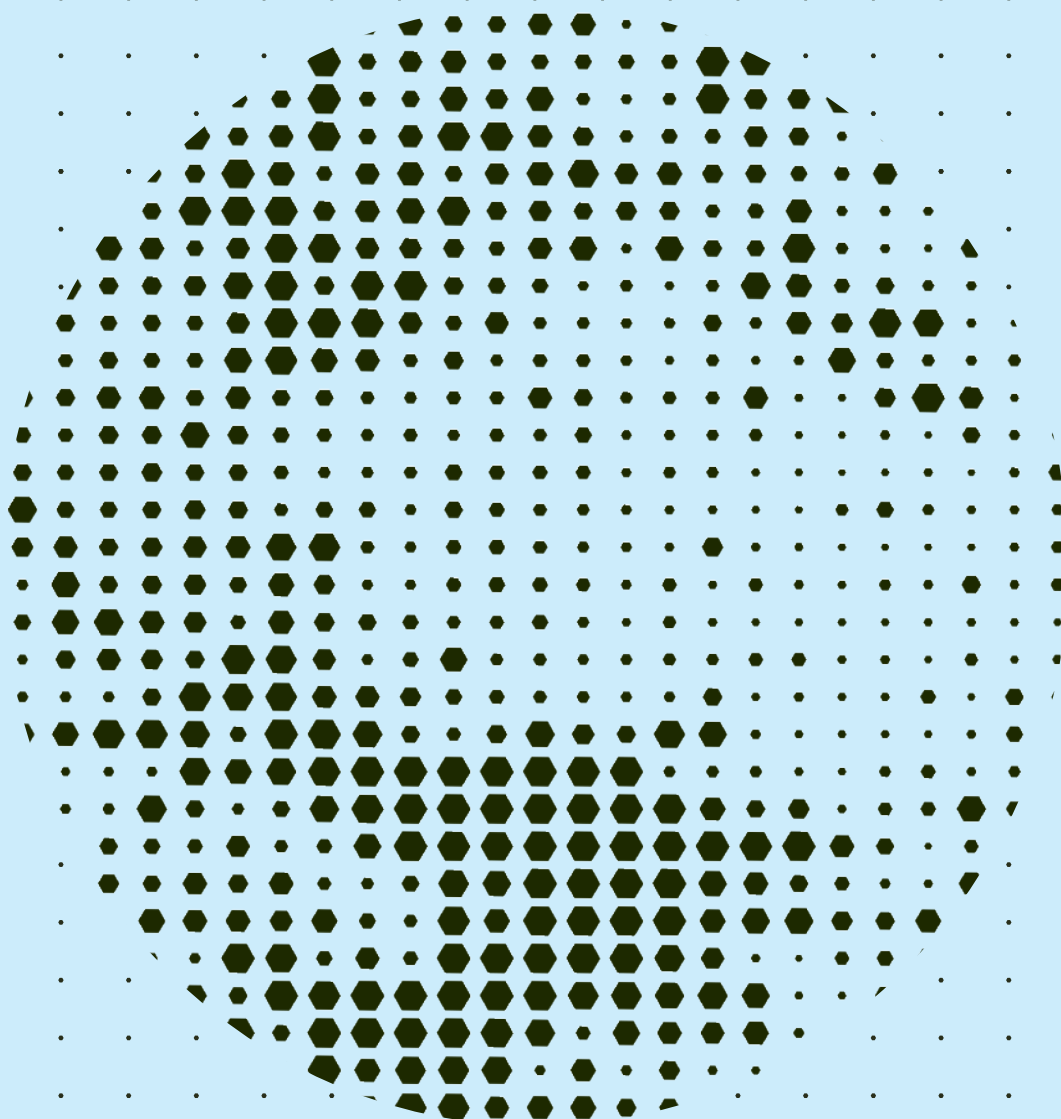
1. Emgality (galcanezumab) SmPC 25.03.2024 (§4.1, 4.8, 5.1).

2. Detke HC, Goadsby PJ, Wang S, et al. Galcanezumab in chronic migraine: the randomized, double-blind, placebo-controlled REGAIN study. *Neurology*. 2018;91(24):e2211-e2221.

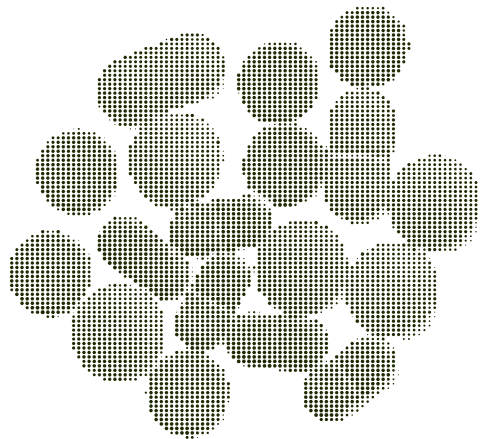
3. Schwedt T, Kuruppu D, Dong Y, Standley K, Yunes-Medina L, Pearlman E. Early onset of effect following galcanezumab treatment in patients with previous preventive medication failures. *J Headache Pain*. 2021;22(1):15.

Nytt om legemidler

Flukonazol kapsler til behandling av soppinfeksjoner blir reseptpliktig.



Flukonazol brukes til behandling av soppinfeksjoner og har vært solgt reseptfritt på apotek. På bakgrunn av nye advarsler om bruk under graviditet, har DMP bestemt at flukonazol skal være reseptpliktig.



Vedtaket gjelder fra 1. oktober 2024, men i en overgangsperiode frem til 31. desember 2024 vil det fortsatt være mulig å kjøpe reseptfrie pakker med flukonazol i apotek (1).

Mye brukt

Flukonazol kapsler som engangsdose på 150 mg er relativt mye brukt til behandling av vaginale soppinfeksjoner når lokalbehandling ikke er tilstrekkelig.

Tydeligere advarsel

I forbindelse med en gjennomgang av sikkerhetsinformasjon for flukonazol, anbefalte de europeiske legemiddelmyndigheter (EMA) en oppdatering av preparatomtalen med en tydeligere advarsel om bruk av flukonazol under graviditet. Data tyder på at risikoen for spontanabort og medfødte misdannelser også omfatter bruk av flukonazol i engangsdoser på 150 mg.

Råd til leger

- Flukonazol skal ikke brukes under graviditet med mindre det er strengt nødvendig.
- Kvinner i fertil alder må informeres om den mulige risikoen for fosteret ved bruk av flukonazol under graviditetens første og andre trimester.
- Det er en risiko ved både enkeltdoser og lengre behandling.
- Kvinner i fertil alder anbefales å bruke sikker prevensjon i en uke etter bruk av enkeltdose.
- Ved behandling over lengre tid hos fertile kvinner skal prevensjon vurderes gjennom hele behandlingsperioden, og i 1 uke etter siste dose.

Metamizol kan gi agranulocytose

Smertestillende legemidler med metamizol har ikke markedsføringstillatelse i Norge, men rundt 100 norske pasienter får hvert år metamizol etter søknad om godkjenningssfritak. Europeiske legemiddelmyndigheter (EMA) har foreslått tiltak for å redusere risikoen for alvorlig utfall ved agranulocytose (2).

Agranulocytose kan oppstå uten forvarsel, og når som helst i behandlingsforløpet.

Regelmessig telling av hvite blodlegemer reduserer ikke risikoen. Det viktigste tiltaket er derfor å informere pasienten om å søke lege ved symptomer på agranulocytose.

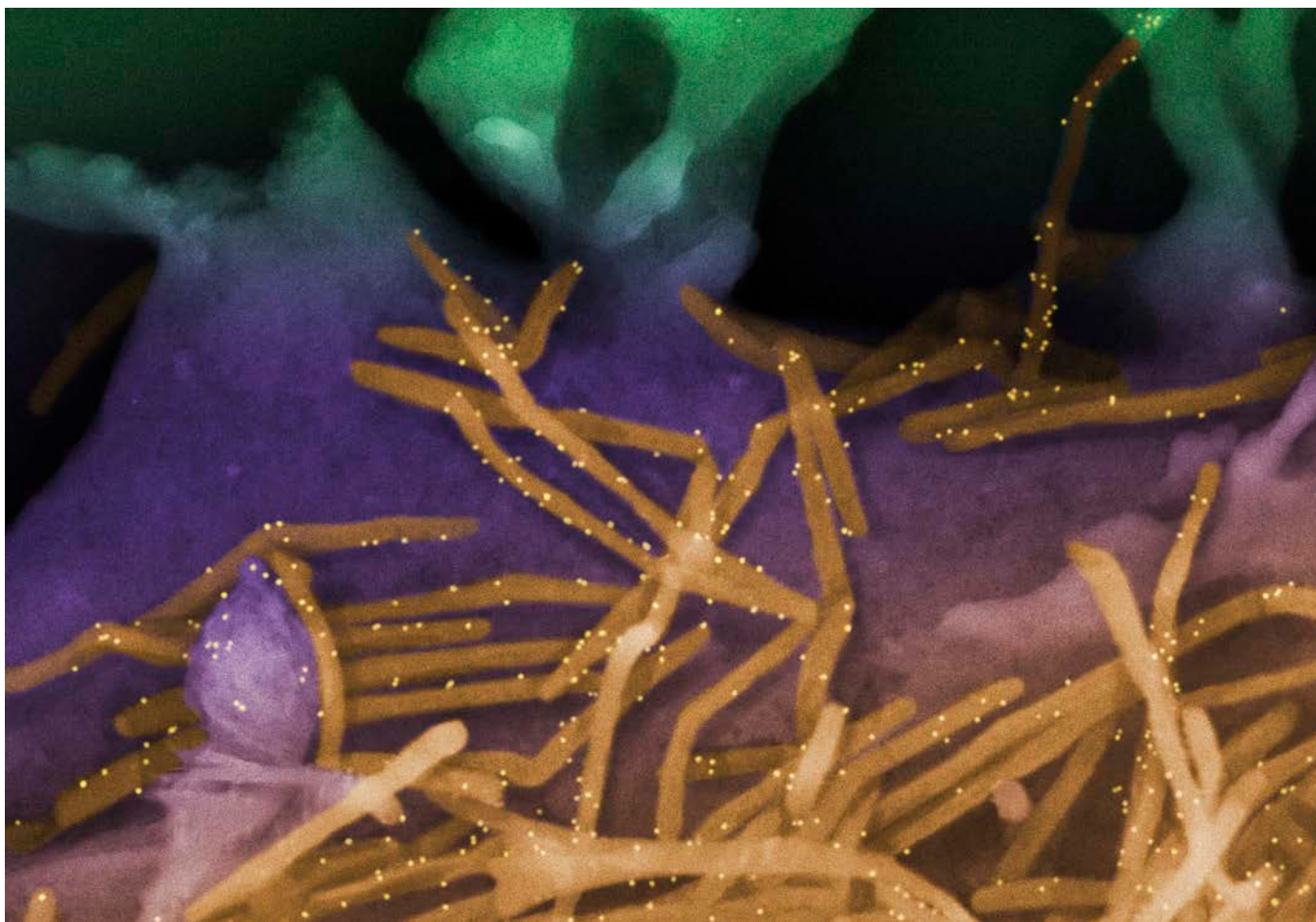
Symptomer på agranulocytose inkluderer blant annet feber, frysninger, sår hals og smertefulle sår på slimhinner.

Råd til leger

- Vurder alternative godkjente legemidler med mindre risiko.
- Informer pasienter som bruker metamizol om å søke øyeblikkelig hjelp ved symptomer på agranulocytose. Dette er ekstra viktig siden de uregistrerte legemidlene ikke har norsk pakningsvedlegg.

Referanser:

1. <https://www.dmp.no/nyheter/flukonazol-kapsler-blir-reseptpliktig>
2. <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-recommends-measures-minimise-serious-outcomes-known-side-effect-painkiller-metamizole>



Farget elektronmikrografi av RS-viruspartikler i lungecelle. Foto: National Institutes Of Health / Science Photo Library / NTB

Nytt forebyggende legemiddel mot RS-virus

Nirsevimab, et monoklonalt antistoff, reduserer antall sykehusinnleggelser forårsaket av RS-virus blant spedbarn.

I vinterhalvåret blir mange barn syke av RS-virus, og 2–3 % av alle spedbarn innlegges på sykehus med bronkiolitt før fylte ett år. Inntil nylig har eneste forebyggende tiltak vært intramuskulære injeksjoner med antistoffet palivizumab (Synagis), men behandlingen er dyr og har begrenset effekt. Derfor brukes palivizumab kun hos barn med spesielt høy risiko for alvorlige følger av RS-virusinfeksjoner, dvs. premature barn og barn med alvorlig hjertefeil og visse andre misdannelser.

Et nytt monoklonalt antistoff, nirsevimab, er nå utviklet som forebyggende

behandling mot RS-virus. Nirsevimab har bedre virusnøytraliserende aktivitet og lengre halveringstid enn palivizumab. Én injeksjon er tilstrekkelig for en hel infeksjonssesong, mot månedlige injeksjoner av palivizumab. Dermed kan nirsevimab være aktuell forebygging til alle spedbarn.

Fra vinteren 2023/24 skulle ifølge franske retningslinjer alle barn født i Frankrike etter 6.2.2023 få tilbud om gratis injeksjon med nirsevimab. Det viste seg at i praksis fikk kun en tredel av barna slik behandling. I en kase-kontroll-studie ble andelen spedbarn som hadde fått nirsevimab blant dem som var innlagt med RS-virusbronkiolitt (kase) sammenliknet med andelen av dem som hadde blitt henvist til sykehus med andre diagnoser (kontrollgruppe) (1).

Av 690 spedbarn med RS-virusbronkiolitt hadde kun 8,7 % fått nirsevimab, mot 28,1 % av 345 spedbarn i kontrollgruppen. Beskyttelsen av nirsevimab mot sykehusinnleggelse ble beregnet til 83 % (95 % KI 73,4 til 89,2).

– Dette er omtrent den samme effektstørrelsen som er oppnådd i randomiserte kliniske studier og viser at fore-

bygging med langtidsvirkende antistoff ser ut til å fungere godt, sier Håvard Ove Skjerven, som er professor og overlege ved Barne- og ungdomsklinikken, Oslo universitetssykehus.

– Sammen med maternell vaksine, som nylig har blitt tilgjengelig i Norge, men ikke kostnadsdekket, har vi nå to alternativer for forebygging av RS-virusinfeksjon blant spedbarn, sier Skjerven. – Vi har høye forventninger om at et av alternativene vil bli innført som et tilbud til alle barn, slik en rekke land nå har gjort. En eventuell reduksjon i innleggelser for RS-virusinfeksjon på 80 % vil merkes svært godt ved norske barneavdelinger, sier Skjerven. ■

Kristoffer Brodwall

Barne- og ungdomsklinikken
Haukeland universitetssykehus

Litteratur

- 1 Assad Z, Romain AS, Aupiais C et al. Nirsevimab and hospitalization for RSV bronchiolitis. *N Engl J Med* 2024; 391: 144–54.

Flere svangerskapskomplikasjoner ved surrogati

Surrogati fører oftere med seg komplikasjoner for den gravide enn det andre svangerskap gjør.

Canada er surrogati lovlig dersom kvinnen gjør det på frivillig basis. En kanadisk forskergruppe har undersøkt risikoen for alvorlig sykkelighet hos den gravide og hos den nyfødte i surrogatsvangerskap basert på registerdata for nesten 940 000 svangerskap (1).

Kvinner med surrogatisvangerskap hadde en risiko for alvorlig sykkelighet under svangerskapet på 7,8 %, mot 2,3 % blant kvinner uten assistert befruktning og 4,3 % blant kvinner med in vitro-fertilisering. De hyppigste komplikasjonene var transfusjonstrengende blødning etter fødsel, utskrapning og forliggende morkake, alvorlig eklampsi og barsel-feber. Hypertensjon i svangerskapet, blødning etter fødsel og tidlig fødsel forekom oftere hos kvinner med surrogatisvangerskap enn ved andre svangerskap. Forekomsten av alvorlig sykdom hos den nyfødte var omtrent den samme i de forskjellige gruppene.

– Denne studien viser at det ikke er ufarlig å bære frem barn for andre, sier overlege og professor Cathrine Ebbing ved Haukeland universitetssjukehus. Hun mener at funnene er overførbare til norske forhold og at de støtter Bio-teknologirådets forslag om at surrogati fortsatt bør være forbudt i Norge.

– Studiens styrke er det høye antallet svangerskap, at den sammenlikner surrogatisvangerskap med svangerskap etter naturlig og assistert befruktning og at den er populasjonsbasert. Bruken av avanserte statistiske metoder for å sammenlikne utfall mellom svangerskap i ulike grupper gjør funnene robuste. Studien har likevel ikke statistisk styrke til å si noe om sjeldne utfall, slik som maternell eller neonatal død, sier Ebbing. ■

Martine Fimreite Wilhelmsen

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Velez MP, Ivanova M, Shellenberger J et al. Severe Maternal and Neonatal Morbidity Among Gestational Carriers: A Cohort Study. *Ann Intern Med* 2024; 177: M24–O417.

Hemning av interleukin-11 forlenger liv

En ny musestudie viser at å hemme ett eneste inflammasjonscytokin gir lengre og bedre liv.

Interleukin-11 er et proinflammatorisk og profibrotisk cytokin. Det er godt dokumentert at det kan aktivere signalsystemer som fører til aldring, og det er oppregulert hos gamle mennesker kjennetegnet av sarkopeni, mitokondriell dysfunksjon, steril inflammasjon og forkortning av telomerenes.

I en ny musestudie ble det påvist at delesjon av genene for enten interleukin-11 eller dets reseptor beskytter mot stoffskiftetap, multimorbiditet og skrøpeligheit hos gamle mus (1). Behandling med antistoff mot interleukin-11 i 25 uker fra 75 ukers alder bedret både metabolismen og muskelfunksjonen, og reduserte skrøpeligheiten og biomarkører for aldring. Når antistoffbehandlingen ble forlenget inntil musene døde, var livslengden økt omtrent som ved

delesjon av interleukin-11-genet, og man fant færre tumorer ved autopsi.

Kan ett enkelt molekyl som interleukin-11 virkelig være nøkkelen til et langt og sykdomsfritt liv? Jeg spør Bjørn Steen Skålhegg, som er professor ved Institutt for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo.

– Denne studien er grundig og godt utført, og resultatene er spennende, sier han. Forskningsgruppen viser at både genetisk null-mutasjon av genet som koder for interleukin-11 og nøytralisering av proteinet i aldrende mus, bedrer basalmetabolismen, motvirker skrøpeligheit og er livsforlengende. Hos mennesker har behandling med antistoff mot interleukin-11 vist lovende resultater ved fibro-inflammatoriske sykdommer, og den kan også være aktuell ved kreft. Det gjenstår å se om anti-interleukin-11-behandling i mennesker kan bekrefte eller avkreffe om det er en ny vidunderkur for en lang alderdom med god helse, sier Skålhegg. ■

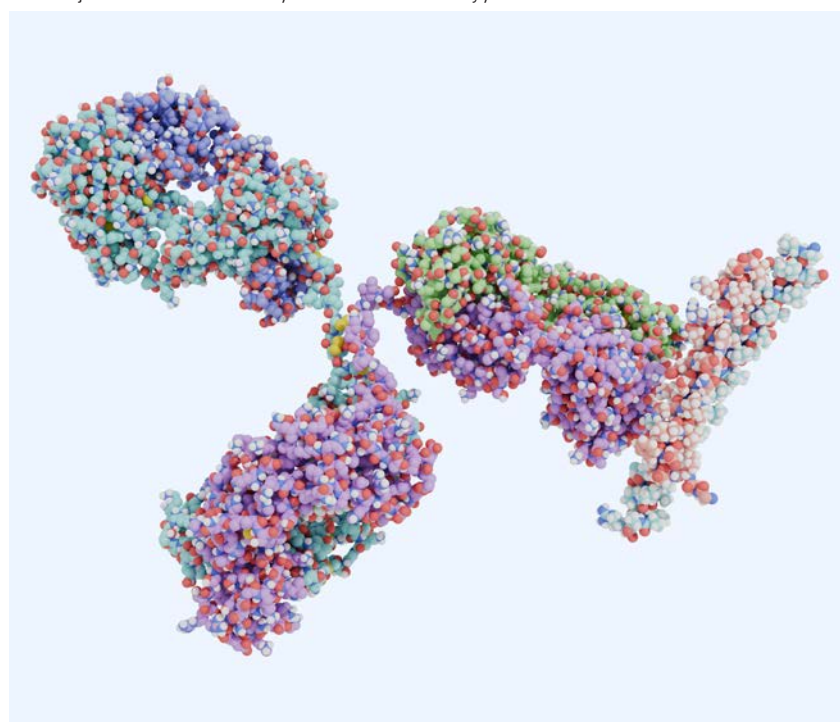
Haakon B. Benestad

Universitetet i Oslo

Litteratur

- 1 Widjaja AA, Lim WW, Viswanathan S et al. Inhibition of IL-11 signalling extends mammalian healthspan and lifespan. *Nature* 2024; 632: 157–65.

Illustrasjon av et terapeutisk antistoff (tregrenet molekyl, til venstre) som blokkerer interleukin 11 (IL-11, til høyre). IL-11 tilhører en gruppe signalproteiner kjent som cytokiner, og har en rekke funksjoner, blant annet fremming av betennelse. Illustrasjonsfoto: Juan Gaertner / Science Photo Library / NTB



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



Fredrik Brunsvig-Engemoen 1, 2

fredrik@aroslegesenter.com

Maria Romøren 3, 4**Holgeir Skjeie** 5, 6

1 Palliativ enhet, Drammen sykehus, Vestre Viken

2 Åros Legesenter i Asker

3 Avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo

4 Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

5 Allmennmedisinsk forskningsenhet, Universitetet i Oslo

6 Bystranda Legesenter i Kristiansand

Samtaler med pasienter om døden – erfarne fastlegers refleksjoner og erfaringer

Bakgrunn

Den aldrende befolkningen i Norge øker stadig, og kommunehelsetjenesten, inkludert fastlegene, har fått flere og mer komplekse oppgaver i å ivareta pasientene. Formålet med studien var å undersøke hvordan erfarne fastleger gjennomførte og reflekterte rundt samtaler med pasientene om døden.

Materiale og metode

Semistrukturerte dybdeintervjuer med ti erfarne fastleger, alle spesialister i allmennmedisin, ble analysert med tematisk tverrgående analyse.

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



Resultater

Nesten alle fastlegene anså det å snakke om døden med sine pasienter som en naturlig del av fastlegeoppgaven. Samtalene ble oppfattet som både utfordrende og meningsfulle. Det å ha nok tid til samtalen og det å kjenne pasientene over tid ble vurdert som verdifulle faktorer for gode samtaler. Fastlegene lette etter gyldne øyeblikk for å ta opp temaet. Innholdet i samtalen kunne variere, fra konkrete symptomlindrende tiltak til det mer eksistensielle og filosofiske. De ga uttrykk for at de manglet formalkompetanse og baserte seg i stor grad på erfaring og tro på egne kommunikasjonsevner. Manglende avklaring av behandlingsintensitet fra spesialtjenestens side ble av flere beskrevet som en hemmer for god initiering og gjennomføring av samtaler om døden.

Fortolkning

De fleste fastlegene i denne studien snakket med pasientene sine om døden og oppfattet det som en naturlig og nødvendig del av fastlegerollen.

Hovedfunn

De fleste fastlegene som deltok i denne kvalitative intervjustudien, anså samtaler om døden med sine pasienter som en naturlig del av fastlegeoppgaven.

Legene fortalte at de ikke hadde fått opplæring i kommunikasjon omkring døden, men opplevde seg likevel som trygge i denne rollen.

Det å kjenne sine pasienter over lang tid og i forskjellige situasjoner ble oppfattet som en styrke og gjorde at det var lettere å initiere og gjennomføre samtaler om døden.

Død i vente

Det holder ikke med retningslinjer for gode forhåndssamtaler i livets siste fase. Vi er i hellig rom.

Helsedirektoratet ga i desember 2023 ut nasjonale faglige råd om forhåndssamtaler og planlegging ved begrenset forventet levetid (1). En forutsetning for slike samtaler er reell pasientmedvirkning. I Tidsskriftet publiseres nå to relevante artikler om emnet.

Helsepersonell ved geriatrike avdelinger tilkjennega i en spørreundersøkelse begrenset trygghet rundt det å føre forhåndssamtaler (2). 21–34 % av de spurte legene svarte det samme på spørsmål om samtaler om fremtidig forverring av helsetilstanden og om livsforlengende behandling. Et ikke overraskende bifunn var at begrenset trygghet var mer vanlig i samtaler med pårørende og pasienten sammen.

I intervjuer med ti fastleger kommer det fram at de synes de mangler formalkompetanse rundt samtaler om døden, og at det er utfordrende, men givende (3). De opplever også at manglende avklaring av behandlingsintensitet fra spesialisthelsetjenesten gjør det vanskeligere å snakke om døden med pasientene. Slik sykehusene er organisert, er det forståelig. Per Fugelli foreslo en fastlege for alvorlig syke i sykehus (4). Som pårørende har jeg ti år senere erfart at en fast legekontakt i sykehus fortsatt er en sjeldenhet. Så kan det spørres om det er en forutsetning for gode forhåndssamtaler at det foreligger en etablert relasjon.

Det er nok en fordel, men neppe en nødvendig betingelse. Helsedirektoratet legger vekt på kompetanseutvikling (1) og nevner noen fornuftige tiltak. Men hverken direktorat, departement eller politikere synes å forstå *hvor mye det vil kreve* å bygge kommunikasjonskompetanse som en selvfølgelig del av det å bli spesialist. En vesentlig utfordring er at selv de erfarne spesialistene og allmennlegene som er gode til å føre slike samtaler, sjelden har utdanning i hvordan de skal trene sine mindre erfarne kolleger. Kommunikasjon er fortsatt et stebarn i medisinsk utdanning over hele verden.

Man skulle tro at siden forhåndssamtaler innebærer at pasienten allerede er erkjent alvorlig syk, så blir samtalen mindre krevende enn det å gi de dårlige nyhetene første gang. Det emosjonelle trykket er gjerne ikke så åpenbart. Dette betyr ikke at enhver alvorlig syk er beredt til å snakke om fremtiden, når som helst. Det kan føre til irritasjon, tilbaketrekning, motstand eller åpent sinne om man begynner litt uheldig. Fastlegene i Brunsvig-Engemoen og medarbeideres studie forteller om hvordan de leter etter naturlige innganger (3). Noen pasienter krever at man lister seg inn i samtalen. Andre tåler godt åpne, direkte spørsmål. Men der legen ikke er trygg i situasjonen, kan det oppstå uro. Supervisjon og veiledning må til.

Respekt for pasientens autonomi som en av begrunnelsene for forhåndssamtaler er riktig og viktig, men ikke enkel å anvende. Antropologen Ellen Kristvik har skrevet godt om dette etter å ha fulgt kreftpasienter og deres pårørende fra beskjeden om at tilstanden ikke kunne kureres fram til død og tiden etterpå (5). Vektlegging av autonomi kan i samtalen komme i veien for den kritisk nødvendige opplevelsen av *tilhørighet*. Mange pasienter legger sin skjebne i legens hender og vil ikke nødvendig-

vis være med på beslutninger. Lyttende tilstedeværelse og evne til å respondere på det som måtte komme frem er ofte hjelp nok. I dette rommet kan pårørende være til stor hjelp, men også skape uforutsigbar uro. Det å se for seg egen død er noe helt annet enn å se for seg at man skal miste en av sine kjære. Pårørende har ofte både et stort ansvar og et prekärt behov for informasjon – uten en rett til å få det. De kan være prisgitt pasientens manglende evne eller vilje til å snakke om fremtiden. I forhåndssamtaler må man ta høyde for opplevelsen til de nærmeste, også mindreårige, og ikke bare fokusere på pasienten (6).

Kollega Margrethe Aase Schaufel skriver i sin avhandling om legers og pasienters eksistensielle utfordringer at døden har en tvetydig plass i medisinen, der dødelighet både er akseptabelt og uakseptabelt (7). Nå eksponerer hun leger i Bergen for dette i sine regelmessige «avmaktseminarer», etter mitt skjønn en viktig motvekt mot det omnipotente bildet av legegjerningen som moderne medisin skaper både i befolkningen og blant blivende kolleger.

Jeg liker å tenke på en forhåndssamtale som en usikkerhetens katedral, et høyt og dypt hellig rom. Du vet at du må inn, men må lete etter en passende inngang. Vel inne er katedralen uoversiktlig, kanskje mørk. Er pasienten der? Er du velkommen? Hjelper det å tenne et lys? Får du satt deg ned en stund sammen med den andre? Snakke om forskjellige muligheter? Være til stede. Hva med andre i rommet? Hvordan har *de* det? Hva trenger *de*? Klarer du å være trygg i usikkerheten, i forvisning om at det eneste som er sikkert i katedralen er utgangen? ■

Pål Gulbrandsen

pal.gulbrandsen@medisin.uio.no

Pål Gulbrandsen er spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin, professor i helsestjenesteforskning ved Universitetet i Oslo og seniorforsker ved Akershus universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt foredrags- eller kurshonorar for kommunikasjonsundervisning fra Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, CoreMine, Takeda, Pfizer, Regionalt kompetansesenter for smerte, Veterinærinstituttet og Norsk samfunnsmedisinsk forening samt honorar for filmarbeid fra Hjernesvulstforeningen.

Litteratur

- 1 Helsedirektoratet. Nasjonale faglige råd. Forhåndssamtaler og planlegging ved begrenset forventet levetid. Lest 10.10.2024.
- 2 Ihle-Hansen H, Ihle-Hansen H, Rostoft S et al. Forhåndssamtaler om siste livsfase. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.24.0105.
- 3 Brunsvig-Engemoen F, Romøren M, Skjeie H. Samtaler med pasienten om døden – erfarne fastlegers refleksjoner og erfaringer. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.24.0093.
- 4 Fugelli P. Engangsleger. Aftenposten 3.2.2011. Lest 14.10.2024.
- 5 Kristvik E. For whom and for what? Exploring the question of 'informed consent' in treatment decision making processes. Medische Antropologie 2011; 23: 29–43.
- 6 Røkholt EG, Sandvik O, Bugge KE et al. red. Sorg. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget, 2018.
- 7 Schaufel MA. Å dele uvissa og ansvaret. Ein kvalitativ studie av livets grunnvilkår i medisinsk praksis. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 2010. Lest 14.10.2024.

Margrethe Aase Schaufel ^{1, 2, 3}
margrethe.aase.schaufel@helse-bergen.no
Reidun Førde ⁴
Katrin Ruth Sigurdardottir ^{5, 6}
Ingrid Miljeteig ^{7, 3, 8}

- 1 Lungeavdelinga, Haukeland universitetssjukehus
- 2 Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen
- 3 Bergen senter for etikk og prioritering (BCEPS), Universitetet i Bergen
- 4 Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo
- 5 Palliativt senter, Haukeland universitetssjukehus
- 6 Kompetansesenter i lindrande behandling, Helse Vest
- 7 Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen
- 8 Seksjon for presteteneste og etikk, Helse Bergen

Lungelegar sine erfaringar med lindrande sedering i livets slutfase

Bakgrunn

Legeforeningen har utarbeidd retningslinjer for lindrande sedering i livets slutfase, sist revidert i 2014. Vi ville undersøke lungelegar sin kjennskap til retningslinjene og bruk av lindrande sedering ved lungesjukdomar.

Materiale og metode

Eit elektronisk spørjeskjema blei sendt til alle medlemmer av Norsk forening for lungemedisin (529 legar) i oktober 2022. Svara blei analysert med deskriptiv statistikk, og fritekstkommentarane blei analysert ved systematisk tekstkondensering.

Resultat

Totalt 50 legar svarte (9,5 %). 22 hadde kjennskap til retningslinjene, og eit mindretal meinte desse var tydelege og gav god støtte. 37 oppgav at lindrande sedering blei gjennomført der dei jobba, men det var stor variasjon i kor ofte. 25 av deltakarane hadde vore med på å gjennomføre lindrande sedering ein eller

fleire gonger, og 19 hadde opplevd etiske utfordringar relatert til dette. Sederinga vart oftast utført hjå pasientar med lungekreft ved intraktabel dyspné og smerter, men også hjå andre sjukdomsgrupper. Avgjerda vart stort sett tatt i tverrfagleg fellesskap, og fritekstkommentarane utdjupa at dette gav støtte og tryggleik. Det vart påpeikt ein krevjande grenseoppgang mot dødshjelp, og ønskje om at gråsonene kunne utdjupast meir i retningslinjene.

Tolking

Definisjonen av lindrande sedering blir framleis oppfatta ulikt og kan framstå uklar. Det kan moglegvis vere til hjelp å legge til diagnosespesifikke råd ved revisjon av gjeldande retningslinjer.

Hovudfunn

Legane rapporterte at lindrande sedering til pasientar med lungesjukdom hovudsakleg vart gitt etter tverrfagleg diskusjon og i tråd med gjeldande retningslinjer.

Lindrande sedering vart gitt til ulike lungemedisinske diagnosegrupper.

Lungelegane opplevde fleire etiske dilemma ved denne behandlingsmetoden, men også støtte og tryggleik.

Legeforeningen sine retningslinjer for lindrande sedering var ikkje kjent av alle som gjennomførte dette, og kunne framstå uklare.

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



Lindrande sedering blir utført i mi avdeling	n
Nei	11
Ja, sjeldnare enn årleg	12
Ja, eitt par gonger i året	9
Ja, månadleg	11
Ja, kvar veke	5
Usikker	2

Tabell 1 Antalet legar som oppgav at lindrande sedering i livets slutfase vart utført på arbeidssdagen, og kor ofte. Basert på svar frå 50 legar på eit elektronisk spørjeskjema sendt til alle medlemmar i Norsk forening for lungemedisin i 2022.

Etisk utfordrende situasjoner ved livets slutt

Beslutninger knyttet til oppstart av lindrende sedering i livets slutfase, er vanskelige. Retningslinjer er til hjelp, men kan ikke erstatte legers kliniske skjønn og erfaring.

I år 2000 startet Legeforeningen arbeidet med å lage etiske retningslinjer for lindrende sedering i livets slutfase, og en foreløpig siste revisjon av disse ble vedtatt av sentralstyret i 2014 (1). Retningslinjene finner du på Legeforeningens nettside, ikke under Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer (2). De er utformet som en tosiders plakat med en kort redegjørelse for formål og avgrensninger, etterfulgt av tolv punkter som avklarer begreper og krav til prosess og dokumentasjon ved gjennomføring av lindrende sedering. Det presiseres at retningslinjene må sees i sammenheng med Helsedirektoratets veileder «Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling».

Schauel og medarbeidere publiserer nå en studie i Tidsskriftet om lungelegers erfaringer med lindrende sedering og deres kjennskap til retningslinjene (3). Studien gir en god anledning til å diskutere både innholdet og en eventuell revisjon av retningslinjene.

Av de 50 lungelegene som deltok i spørreundersøkelsen, kjente halvparten ikke til retningslinjene. Det kan tyde på dårlig implementering. Dette bør ikke være overraskende; selv om helsepersonell ser nytteverdien, er retningslinjer vanskelige å implementere både i primær- og spesialisthelsetjenesten (4). Multimorbiditet hos stadig flere og eldre gjør at det blir mange retningslinjer å forholde seg til samtidig (5). Funnene må derfor sees i lys av debatten om mengden retningslinjer som leger til enhver tid må forholde seg til.

Selv om helsepersonell ser nytteverdien, er retningslinjer vanskelige å implementere både i primær- og spesialisthelsetjenesten

Retningslinjene for lindrende sedering knyttes i Schauel og medarbeideres artikkel opp mot to andre veiledere som ligger under Helsedirektoratet. Dette reiser spørsmål om hvor mange retningslinjer en kliniker skal kjenne til og oppsøke fra forskjellige kilder for å gi god faglig oppfølging. Spørsmålet kan sees i sammenheng med begrepet *time needed to treat*. Retningslinjer er jo ikke statiske, og hvor mye klinikertid skal den enkelte lege bruke på å holde seg løpende oppdatert (6)?

Gitt den begrensede implementeringen som studien antyder, kan man spørre om lindrende sedering forekommer oftere eller sjeldnere enn retningslinjene legger opp til. Noen av legene i undersøkelsen oppga at lindrende sedering forekom oftere enn man skulle forvente, noe som kan tyde på uklarhet i definisjonen. Funnet kan også tolkes i lys av en studie som viste at når lindrende sedering normaliseres i det kliniske arbeidet, liberaliseres bruken (7). Dette skjer både fordi klinikerne bedre gjenkjenner behandlingsrefraktær lidelse, og fordi begrepet utvides til å omfatte psykoeksistensiell lidelse.

Informantene i studien etterspurte hjelp til prognostisering og praktiske råd. Det er fristende å slutte seg til

slike idéer. Retningslinjenes besnærende kortfattetethet må da veies mot behovet for mer omfattende veiledning. Retningslinjer kan imidlertid ikke favne kompleksiteten i å vurdere hvor lenge en pasient kommer til å leve. Selv om man gjennom studier kan identifisere kliniske markører, forblir prognostisering sterkt knyttet til legers kliniske skjønn og erfaring (8).

Når det gjelder grenseoppganger, må lindrende sedering forstås som god og riktig behandling når utålelig lidelse ikke lar seg lindre på annen måte. Dette er noe annet enn døsighet fremkalt av medikamenter rettet mot symptomer, eller aktiv dødshjelp (1). At disse distinksjonene ikke er tydelige nok for helsepersonell, samsvarer med andre studier og er et viktig funn (9). Manglende kunnskap om hvilke metoder for lindring som kan gis innenfor lovverk og etisk rammeverk i Norge, vanskeliggjør en god diskurs rundt komplekse problemstillinger, slik som eutanasi.

Leger trenger støtte i etisk utfordrende situasjoner ved livets slutt. Det vil være klokt å bevare og videreutvikle retningslinjene, først og fremst som et veiledende etisk og juridisk rammeverk for oss som endelige beslutningstakere i et vanskelig etisk terreng. ■

Anne Fasting

anne.fasting@ntnu.no

Anne Fasting er ph.d., spesialist i allmennmedisin med godkjent Kompetanseområde palliativ medisin, fastlege i Averøy kommune, overlege ved palliativt team ved Klinikk for kreftbehandling og rehabilitering i Helse Møre og Romsdal og forsker ved Allmennmedisinsk forskningsenhet, NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Førde R, Materstvedt LJ, Markestad T et al. Lindrende sedering i livets slutfase – reviderte retningslinjer. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 220–1.
- 2 Den Norske Legeforening. Retningslinjer for lindrende sedering i livets slutfase. Lest 15.10.2024.
- 3 Schauel MA, Førde R, Sigurdardottir KR et al. Lungelegers sine erfaringer med lindrende sedering i livets slutfase. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.23.0778.
- 4 Austad B, Hetlevik I, Bugten V et al. Implementing guidelines for follow-up after surgery with ventilation tube in the tympanic membrane in Norway: a retrospective study. BMC Ear Nose Throat Disord 2013; 13: 2.
- 5 Pedersen RA, Petursson H, Hetlevik I. Stroke follow-up in primary care: a Norwegian modelling study on the implications of multi-morbidity for guideline adherence. BMC Fam Pract 2019; 20: 138.
- 6 Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. BMJ 2023; 380: e072953.
- 7 Heijltjes MT, van Thiel GJ, Rietjens JA et al. Continuous deep sedation at the end of life: a qualitative interview-study among health care providers on an evolving practice. BMC Palliat Care 2023; 22: 160.
- 8 Gibbons S, Sinclair CT. Demystifying Prognosis: Understanding the Science and Art of Prognostication. Cancer Treat Res 2023; 187: 53–71.
- 9 Lucchi E, Milder M, Dardenne A et al. Could palliative sedation be seen as unnamed euthanasia?: a survey among healthcare professionals in oncology. BMC Palliat Care 2023; 22: 97.

▼ 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 sulfonylurea.
- **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, vekttap, 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 **ammning**.
- Det er ingen terapeutisk erfaring med semaglutid hos pasienter med bariatrisk kirurgi.

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

* Kombinasjon av: retinal fotokoagulasjon, behandling med intravitreal midler, intravitreal blødning, diabetesrelatert blindhet (mindre vanlig). Frekvens basert på kardiovaskulær endepunktstudie 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 sulfonylurea 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 sulfonylurea 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/virkestoffer/semaglutid-3> (Lest: 08.08.24). 5. Felleskatalogen Rybelsus®. Tilgjengelig fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/rybelsus-novo-nordisk-675190> (Lest: 08.08.2024).

Hege Ihle-Hansen ^{1, 2, 3}
hmihle@ous-hf.no
Håkon Ihle-Hansen ^{3, 4}
Siri Rostoft ^{5, 6}
John Munkhaugen ^{7, 8}

Siri Ferden Westbye ¹
Maria Romøren ¹
Trygve Johannes Lereim Sævareid ¹
Linn Brøderud ¹
Karin Berg Hermansen ⁹
Marie Hamilton Larsen ^{8, 10}
Astrid Klopstad Wahl ¹¹
Marc Ahmed ⁵
Reidar Pedersen ¹

- 1 Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo
- 2 Medisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus
- 3 Forskningsavdelingen, Bærum sykehus
- 4 Medisinsk avdeling, Bærum sykehus
- 5 Geriatriisk avdeling, Oslo universitetssykehus
- 6 Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo
- 7 Medisinsk avdeling, Drammen sykehus
- 8 Avdeling for atferdsmedisin, Universitet i Oslo
- 9 Institutt for helsevitenskap, NTNU, Ålesund
- 10 Lovisenberg diakonale høyskole
- 11 Institutt for helse og samfunn, Universitet i Oslo

Forhåndssamtaler om siste livsfase

Bakgrunn

Det foreligger nye nasjonale faglige råd om forhåndssamtaler om siste livsfase. Trygghet i kommunikasjon er viktig for implementering. Formålet med denne studien var å kartlegge helsepersonells selvopplevde trygghet i kommunikasjon om fremtidig helsehjelp og pasientens ønsker i livets sluttfase.

Materiale og metode

Helsepersonell ved tolv geriatriiske enheter i Helse Sør-Øst besvarte en nettbasert spørreundersøkelse høsten 2022. De fire svaralternativene for selvrapportert trygghet – «lite trygg», «nokså trygg», «meget trygg» og «svært trygg» – er slått sammen til to kategorier: «begrenset trygghet» («lite trygg» og «nokså trygg») og «høy trygghet» («meget trygg» og «svært trygg»).

Resultater

Vi fikk svar fra 289 av 470 (61,5 %) av de inviterte, med en gjennomsnittsalder på 37,8 ± 11,3 år, hvorav 217 av 289 (75 %) hadde mer enn fem års yrkeserfaring. Blant legene rapporterte 15 av 67 (22 %) begrenset trygghet i kommunikasjon om «fremtidig forverring av pasientens helsetilstand», 20 av 67 (30 %) om «livsforlengende behandling» og 13 av 67 (19 %) om «ønsker for livets sluttfase». For annet helsepersonell var tilsvarende responser 119 av 222 (54 %), 140 av 222 (63 %) og 109 av 222 (49 %).

Fortolkning

Egenvurdert trygghet i kommunikasjon om fremtidig forverring, fremtidig helsehjelp og pasientens egne ønsker i livets sluttfase varierer, og er begrenset blant nye helsepersonell i geriatriiske enheter. Det synes nødvendig med tiltak for å øke tryggheten i kommunikasjon og implementering av forhåndssamtaler i helse-tjenesten.

Tabell 1 (utdrag)

Egenrapporter trygghet i kommunikasjon blant helsepersonell (n = 289) ved tolv geriatriiske enheter i Helse Sør-Øst høsten 2022. Tallene er angitt i antall og prosent (i parentes).

Hvor trygg er du på at du kan snakke om pasientens ønsker for pleie og omsorg i fremtiden?	Leger (n = 67)	Annet helsepersonell (n = 222)
Med pasient		
Begrenset trygghet	5 (7)	31 (14)
Høy trygghet	62 (93)	191 (86)
Med pårørende		
Begrenset trygghet	6 (9)	42 (19)
Høy trygghet	61 (91)	180 (81)
Med pasient og pårørende		
Begrenset trygghet	7 (10)	41 (18)
Høy trygghet	60 (90)	181 (82)
Med annet helsepersonell		
Begrenset trygghet	4 (6)	20 (9)
Høy trygghet	63 (94)	202 (91)

Hovedfunn

Blant leger oppga 20 av 67 (30 %) begrenset trygghet i kommunikasjon om «fremtidig helsehjelp», mens av annet helsepersonell svarte 140 av 222 (63 %) det samme. For kommunikasjon om «ønsker for livets siste fase» fant vi at 13 av 67 (19 %) av legene og 109 av 222 (49 %) av annet helsepersonell oppga begrenset trygghet.

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



Om forhåndssamtaler, retningslinjer og randomisering

Nasjonale faglige råd og anbefalinger om forhåndssamtaler ved livets slutt er vedtatt. Men må det forskningsmidler til for å få dem implementert?

Oppsummert forskning viser at såkalte forhåndssamtaler mellom lege og pasient om planlegging av livets slutt, øker pasientens følelse av å bli hørt og fremmer gjensidig forståelse og avklaring av forventninger og behov (1).

Fra 2023 er forhåndssamtaler også anbefalt av Helsedirektoratet (2). Direktoratet skriver at slike samtaler bør tilbys «alle pasienter med begrenset forventet levetid» (2). Samtalen skal resultere i en konkret plan utarbeidet i samarbeid med pasienten og eventuelt pårørende. Planen skal tydeliggjøre hva som er viktig for pasienten, og hva som skal gjøres, og ikke gjøres, av behandling nå og i fremtiden. I tillegg til behandlingsavklaring skal fordeling av ansvar for tiltak og avgjørelser fremgå. Planen bør dokumenteres i pasientens journal og kontinuerlig oppdateres i tråd med pasientens ønsker og behov.

Råd og anbefalinger i Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer er såkalt normerende. De beskriver helsemyndighetenes oppfatning av god faglig praksis og skal påse at prioriteringer er i samsvar med vedtatt politikk. Helsedirektoratet angir graden av normering i sine anbefalinger slik (3): «Skal» brukes om anbefalingen er i henhold til lov eller forskrift eller der «det sjeldent er forsvarlig ikke å gjøre det anbefalte» (3). «Bør» eller «anbefaler» er en sterk anbefaling/råd som vil gjelde de fleste», mens «kan» eller foreslår er en svak anbefaling/råd der ulike valg kan være riktig» (3). Forhåndssamtaler er en «bør»-anbefaling.

Helsedirektoratet er tydelige i sine anbefalinger, og de fleste er enige om at forhåndssamtaler bør gjennomføres. Det er likevel usikkert i hvilken grad dette etterleves i norsk helsevesen i dag. Ihle-Hansen og medarbeidere publiserer nå i Tidsskriftet den andre artikkelen basert på spørreundersøkelser fra før anbefalingene, utført ved tolv geriatrike sengeposter i Sørøst-Norge. I den første rapporten framkom det at bare halvparten av legene aktivt engasjerte pasienter og pårørende i behandlingsvalg og preferanser, slik det kreves for forhåndssamtaler (4).

I denne utgave av Tidsskriftet rapporterer den sammen gruppen om i hvilken grad helsepersonell ved geriatrike avdelinger har trykthet i å føre slike samtaler (5). De fleste av legene i studien oppga at de følte seg trygge i kommunikasjoner om «livsforlengende behandling», om «livets slutfase» og «fremtidig forverring av pasientens helsetilstand». Om lag halvparten av sykepleierne og fysioterapeutene rapporterte at de var utrygge i kommunikasjonen rundt disse temaene. Begge studiene gir et nyttig bilde av hva som må på plass dersom de snart ett år gamle anbefalingene skal ha ønsket effekt.

Det er nylig igangsatt en randomisert klyngestudie på geriatrike avdelinger ved sykehus i Helse Sør-Øst (6). Vanligvis brukes randomiserte studier til å teste ut en ny behandling eller intervensjon når det er usikkerhet om intervensjonen er bedre enn dagens standard. Om vi allerede vet at forhåndssamtale er bedre enn ingen forhåndssamtale for pasienter med begrenset gjenværende levetid, er det ofte etisk utfordrende å randomisere pasienter. Da skal alle ha forhåndssamtalen, slik Helsedirektoratet anbefaler.

I den pågående studien er det imidlertid ikke forhåndssamtaler som skal randomiseres, men støtten til å gjennomføre samtaler på de avdelingene som deltar (6). Sengepostene som

randomiseres til intervensjonen, får hjelp til å implementere forhåndssamtaler i form av ressurser, informasjonsmateriale, trening og veiledning for personale, samt forankring og prioritering hos ledelsen på sengeposten.

Det er prisverdig at forskerne har satt i gang dette prosjektet, finansiert av Norges forskningsråd (6). Samtidig kan man argumentere for at helsevesenet selv, og dets eier Staten, bør sørge for god implementering av Helsedirektoratets anbefalinger, som jo også er statlig eid. Det kan også diskuteres om forskningsmidler skal brukes til å implementere tiltak som nasjonale retningslinjer har vedtatt at sykehusene bør gjennomføre.

Man kan argumentere for at helsevesenet selv, og dets eier Staten, bør sørge for god implementering av Helsedirektoratets anbefalinger, som jo også er statlig eid

I et lærende helsevesen (7) er det naturlig at sykehusene setter sammen tverrfaglige team og stiller ressurser til rådighet for å bryte barrierene for forhåndssamtaler, slik at de kan gjennomføres som anbefalt. Det forutsetter et helsevesen der kontinuerlig systematisk kvalitetsforbedring, inspirert av PDSA-sirkelen (Plan, Do, Study, Act), inngår som del av tjenesten (7, 8). I et slikt helsevesen vil dagens kunstige skille mellom helsehjelp, kvalitetsarbeid og forskning viskes ut til gjensidig fordel for pasienter, pårørende og behandlere. ■

Mette Kalager

mette.kalager@medisin.uio.no

Mette Kalager er lege og professor ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo og Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo universitetssykehus. Hun leder forskergruppen Klinisk effektforskning og er også medisinsk redaktør i Tidsskriftet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har bidratt i den redaksjonelle vurderingen av det omtalte manuskriptet (referanse nr. 5).

Litteratur

- 1 Malhotra C, Shafiq M, Batcagan-Abueg APM. What is the evidence for efficacy of advance care planning in improving patient outcomes? A systematic review of randomised controlled trials. *BMJ Open* 2022; 12: e060201.
- 2 Helsedirektoratet. Forhåndssamtaler og planlegging ved begrenset forventet levetid. Lest 29.9.2024.
- 3 Helsedirektoratet. Nasjonale anbefalinger, råd, pakkeforløp og pasientforløp. Om helsedirektoratets normerende produkter. Lest 30.9.2024.
- 4 Ihle-Hansen H, Pedersen R, Westbye SF et al. Patient preferences in geriatric wards, a survey of health care professionals' practice, experience and attitudes. *Eur Geriatr Med* 2024; 15: 153–8.
- 5 Ihle-Hansen H, Ihle-Hansen H, Rostoft S et al. Forhåndssamtaler om siste livsfase. *Tidsskr Nor Legeforen* 2024; 144: doi: 10.4045/tidsskr.24.0105.
- 6 Romøren M, Hermansen KB, Sævaareid TJL et al. Implementation of advance care planning in the routine care for acutely admitted patients in geriatric units: protocol for a cluster randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res* 2024; 24: 220.
- 7 Kalager M. Helse uten kunnskap? *Tidsskr Nor Legeforen* 2018; 138: doi: 10.4045/tidsskr.17.1058.
- 8 Helsebiblioteket. Kvalitetsforbedring. Lest 7.10.2024.

EBGLYSS[®] er rangert som **nummer en av interleukin-hemmerene** (anti-IL-4/IL-13) for atopisk dermatitt (AD) hos voksne og ungdom på TNF-BIO 2406b fra 1 mai 2024.^{1,2} EBGLYSS[®] hemmer selektivt IL-13.³

Nyhet!

EBGLYSS[®] (lebrikizumab) er indisert til behandling av moderat til alvorlig atopisk dermatitt hos **voksne og ungdom fra 12 år med en kroppsvekt på minst 40 kg** som er aktuelle for systemisk behandling.³

Spesialistgruppen tydeliggjør: "Selv om en JAK-hemmer er rangert øverst i anbudet for en gitt indikasjon, vil det for noen pasienter ikke være et aktuelt førstevalg. Før forskrivning av JAK-hemmere må det gjøres en individuell vurdering av pasientenes nytte og risiko".^{2,3}

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

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

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

Sofie Vaula¹
Knut Øymar^{1,2}
Vegard Hovland³
Iren Lindbak Matthews³
Christine Sachs-Strømmen³

Håvard Ove Skjerven^{3,4}
Suzanne Crowley³
Ingvild Bruun Mikalsen^{1,2}
miib@sus.no

- 1 Barne- og ungdomsklinikken, Stavanger universitetssjukehus
- 2 Det medisinske fakultet, Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen
- 3 Barneavdeling for allergi- og lungesykdommer, Barne- og ungdomsklinikken, Oslo universitetssykehus
- 4 Det medisinske fakultet, Universitet i Oslo

Trakeobronkomalasi hos barn

Hensikten med denne kliniske oversikten er å beskrive symptomer og funn ved trakeobronkomalasi hos barn for å bidra til riktig diagnostikk og behandling. Symptomer og tegn varierer fra nedsatt fysisk utholdenhet, gjøende hoste, hoste med sekret og surkling til obstruktive episoder eller episoder med stridor, som i noen tilfeller kan være livstruende. Sykdomsbildet overlapper med andre lungesykdommer, som for eksempel astma, noe som øker risikoen for feildiagnostisering og feilbehandling. Bronkoskopi er det viktigste diagnostiske verktøyet, men det er ressurskrevende.

Ordet *malasi* kommer fra det greske ordet *malaki*, som betyr myk, og trakeobronkomalasi defineres derfor som myk luftvei. Malasi i luftveiene kan være lokalisert i larynks, trakea og/eller bronkiene, og medfører delvis luftveiskollaps under respirasjonssyklusen (1–3). Ved isolert trakeomalasi eller bronkomalasi kollaberer trakea eller bronkier, men ved trakeobronkomalasi affiseres både trakea og hovedbronkier (4). En insidens på 1/2 100–2 200 barn er funnet i studier fra Nederland og Storbritannia (1, 5). Vår erfaring tyder på at tilstanden er vanligere enn dette, slik også andre har diskutert (6). Gutter rammes oftere enn jenter (4, 5).

Det er liten kunnskap om hvilken grad av luftveiskollaps som er patologisk, og det finnes ingen universell standard for evaluering og utredning av malasi i luftveiene (4). En konsensusrapport fra European Respiratory Society (ERS) foreslår at en reduksjon på mer enn 50 % av tverrsnittsarealet ved rolig ekspirasjon er signifikant og defineres som malasi (4). Andre vektlegger også form, grad av kollaps ved hoste og forsert ekspirasjon (1, 7, 8). Malasi klassifiseres som mild, moderat og alvorlig ved henholdsvis 50–75 %, 75–90 % og mer enn 90 % reduksjon av tverrsnittsarealet, men klassifiseringen er deskriptiv, og det er ingen klar sammenheng mellom grad av kollaps og symptomer (4, 5). Alvorlighetsgraden avhenger av diagnostiske funn og symptomer. Intratorakal malasi, lokalisert under clavicula, er vanligst, men ekstratorakal malasi, lokalisert over kravebeinet, forekommer også (2).

Denne artikkelen er basert på forfatterens kliniske erfaring og et ikke-systematisk litteratursøk i MEDLINE og PubMed på søkeordene: trakeobronkomalasi, trakeomalasi, bronkomalasi og barn. Vi har vektlagt internasjonale oversiktsartikler og konsensusrapporter.

Patofysiologi

Trakeobronkomalasi skyldes en avvikende form eller mykhet i brusken i den fremre luftveisveggen. Dette fører til en bredere og mer bevegelig bakre muskulær trakealvegg (*pars membranosa*), med økt risiko for dynamisk kollaps, som vist i figur 1 (4, 9). Ved intratorakal malasi kollaberer luftveien når det intratorakale trykket er høyere enn trykket inni luftveien, som ved ekspirasjon, hoste, gråt eller fysisk aktivitet (5). Ved ekstratorakal malasi kollaberer luftveien ved inspirasjon.

Primær trakeobronkomalasi skyldes en medfødt svakhet i luftveiene, og kan forekomme isolert eller sammen med andre tilstander, som trakeoøsofagal fistel, bindevevssykdommer, kromosomfeil, som eksempelvis Downs syndrom, og prematuritet (4, 9). Ved sekundær malasi er brusken normal i fosterlivet, men skades senere på grunn av eksternt trykk på luftveisveggen fra vaskulære strukturer, tumorer, langvarig intubasjon eller infeksjon (2, 4, 9). Vår oppfatning er at primær malasi er den vanligste formen, men det finnes ikke gode tall på dette. —>

Klinisk oversiktsartikkel

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

Klinisk presentasjon

Hoste, hyppige og alvorlige luftveisinfeksjoner samt episoder med tung pust er vanlig ved trakeobronkomalasi. Vibrasjon når luftveiene kollaberer kan gi gjøende hoste, og symptomene blir tydeligere ved barnets første luftveisinfeksjon (1, 4). Kollabering av luftveien ved hoste kan gi redusert slimmobilisering og medføre økt hoste og sekret (2). Trakeobronkomalasi er assosiert med luftveisinfeksjoner, som protraahert bakteriell bronkitt (PBB) (1, 10, 11), med risiko for utvikling av bronkiektasier (12). Trakeobronkomalasi kan gi stridor, forlenget utpust med lavfrekvente og monofoniske pipelyder, som kan være vanskelig å skille fra auskultasjonsfunn ved astma (4, 13). Isolert inspiratorisk stridor skyldes vanligvis laryngomalasi (3).

Alvorlig trakeobronkomalasi kan debutere i nyfødtpærioden og gi akutt, livstruende luftveisobstruksjon med stridor og apnéer med cyanose, spesielt under gråt (1, 4). Barn under ett år har ofte mer alvorlige obstruktive episoder og trenger innleggelse og eventuelt intensivbehandling og respirasjonsstøtte (5). Mild til moderat trakeobronkomalasi gir mer diffuse symptomer, og noen har bare nedsatt fysisk kapasitet (1).

En økning i luftveisdiameter og stivere brusk fører ofte til avtagende symptomer fra to til tre års alder, men det mangler gode langtidsstudier av barn med trakeobronkomalasi (1, 4).

Diagnostikk og utredning

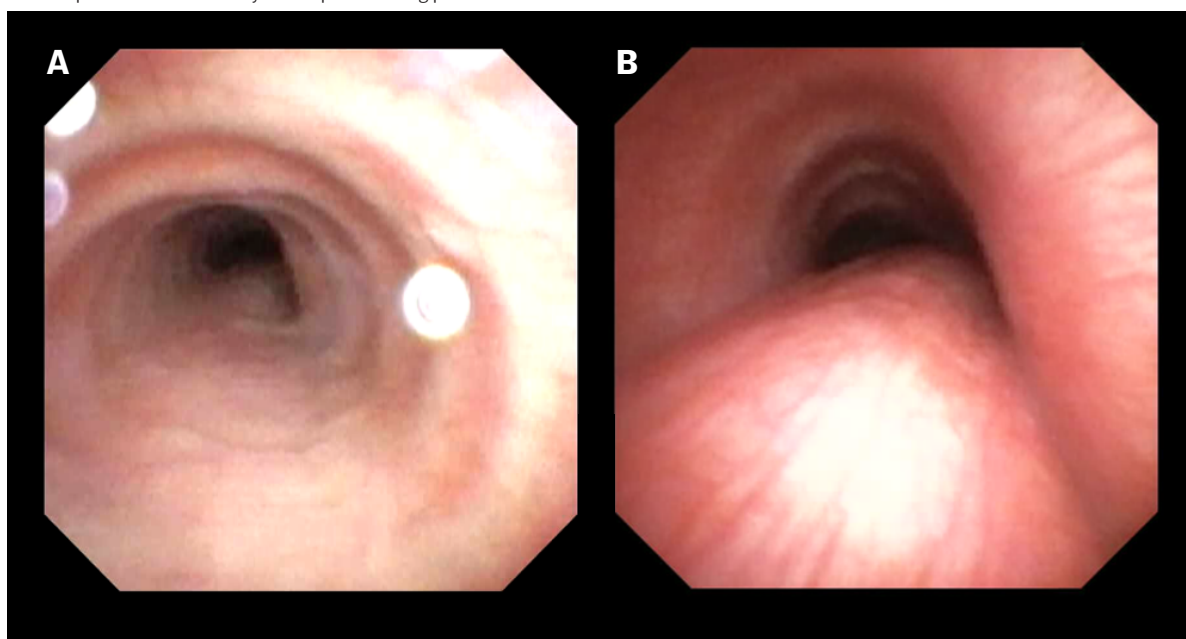
Anamnesen bør inkludere symptomdebut, alvorlighetsgrad og om symptomene er konstante eller kun til stede ved sykdom eller aktivitet. Video- eller lydopptak kan være nyttige hjelpemidler. Eldre barn kan gjøre en forsert ekshalasjon, og stridor, sekret og gjøende hoste kan da støtte opp om diagnosen.

Spirometri kan vise en obstruktiv kurve, men den kan ikke alene diagnostisere malasi og er ofte normal (4). Yngre barn kan utføre ikke-forsert lungefunksjonsundersøkelse med tideventilasjon gjennom en tett maske. Vi vet ikke sikkert hvordan disse målingene ser ut ved trakeobronkomalasi (4, 13), men de kan avdekke obstruksjon ved alvorlig malasi og stenose. Ved intratorakal malasi med obstruksjon i nedre luftveier kan lungefunksjonsundersøkelsene vise et obstruktivt mønster med avflatet ekspirasjonskurve. Ved spirometri vil toppstrømhastigheten (*peak expiratory flow*, PEF) være mer redusert enn forsert ekspiratorisk volum etter ett sekund (FEV₁) (figur 2). Testen er vanligvis ikke reversibel etter inhalasjon med beta-2-agonist (4).

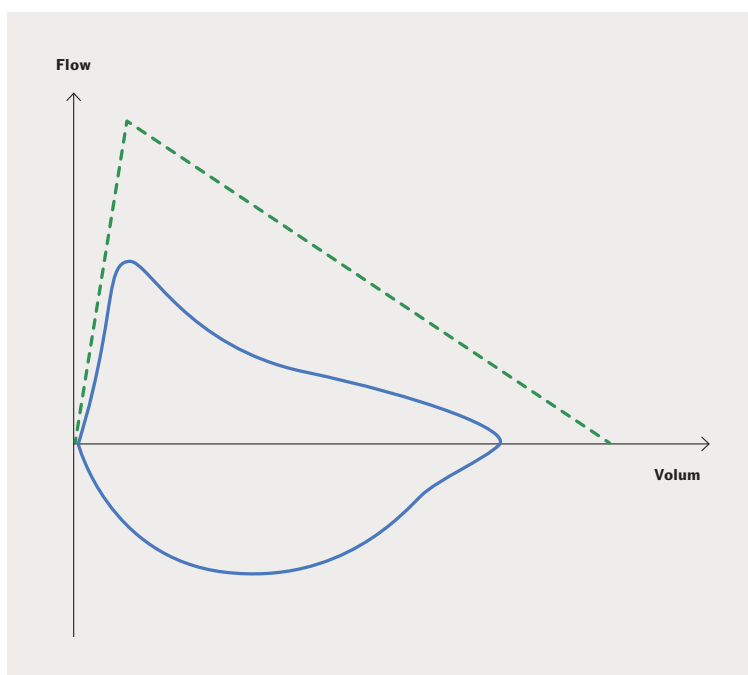
Røntgen toraks kan ikke diagnostisere trakeobronkomalasi, men kan avdekke andre lungetilstander. Dynamisk ekspiratorisk computertomografi (CT) med kontrast har høy sensitivitet og spesifisitet ved alvorlige tilfeller, men mindre bronkier er vanskelig å fremstille (4).

Figur 1 Bronkoskopibilder ved tidal pust fra et 15 år gammelt barn som ble operert for karring som spedbarn.

a) bildet til venstre er tatt ved inspirasjon, mens b) viser en tydelig kollabering ved ekspirasjon og en bred pars membranosa. Bildene publiseres med samtykke fra pasienten og pasientens foresatte.



Figur 2 Eksempel på hvordan en spirometrikurve kan se ut ved trakeobronkomalasi, der den stiplede kurven er referansekurven. Kurven viser et obstruktivt mønster med avflatet ekspirasjonskurve, hvor toppstrømhastigheten (PEF) er mer redusert enn det forserte ekspiratoriske volumet etter ett sekund (FEV1).



Undersøkelsen krever at pasienten samarbeider, vanligvis fra ti års alder (4). CT kan også påvise karring eller assosierte årsaker til malasi (4, 9).

Det viktigste diagnostiske verktøyet for diagnostisering av trakeobronkomalasi er fleksibel bronkoskopi (2, 4, 8, 9). Undersøkelsen er dynamisk, hvor luftveiene inspiseres i tildal pust, forsert ekshalasjon og ved hoste (figur 1). Prosedyren krever narkose og anbefales ved betydelige symptomer, som persisterende, alvorlige og/eller gjentatte episoder med obstruktivitet uten respons på astmabehandling, eller hos barn med residiverende protraheert bakteriell bronkitt (11, 14). Det finnes ikke standardiserte bronkoskopiprotokoller for malasi, og tolkningen vil være operatørvhengig (9, 15). Oslo universitetssykehus utfører flest fleksible bronkoskopier på barn i Norge, og klassifiserer malasi som mild, moderat og alvorlig, som beskrevet over og i definisjonene fra European Respiratory Society (4). Dersom kollabering kun observeres under hoste, og ikke i tildalpust, graderes malasien som mild, selv om symptombildet er alvorlig. Bronkoskopifunn vurderes sammen med kliniske symptomer. Utføring av fleksibel bronkoskopi hos barn krever spesialkompetanse. Tidligere ble trakeobronkografi brukt, men siden det benytter stråling og krever sedering, er det erstattet av bronkoskopi.

Behandling

Hos barn med mye hoste og sekret kan lungefysioterapi med sekretmobiliserende behandling vurderes for å opprettholde et mer stabilt trykk i luftveiene. Dette kan for eksempel være intermitterende behandling med kontinuerlig positivt luftveistrykk (*continuous positive airways pressure*,

CPAP), maske med positivt ekspiratorisk trykk (*positive expiratory pressure*, PEP-maske) eller leppebremse. Inhalasjoner med isotont eller hypertont saltvann anbefales ofte dersom sekretet er seigt (13, 16). Det er imidlertid liten kunnskap om hvilken sekretmobiliserende behandling som er mest effektiv.

Inhalasjon med beta₂-antagonister har ingen effekt ved isolert trakeobronkomalasi og kan ha paradoksalt effekt (4). Noen anbefaler inhalasjon med ipratropiumbromid, men det er liten evidens for dette. Inhalasjonssteroider har ingen effekt dersom barnet ikke har samtidig astma.

Trakeobronkomalasi kan disponere for nedre luftveisinfeksjoner (4). Ved mistanke om protraheert bakteriell bronkitt anbefales 14 dagers antibiotikabehandling, og hos noen gjentatte eller mer langvarige kurer (10, 17).

Kirurgi kan vurderes ved alvorlige tegn, som apné eller cyanose (8). Aortopeksi, som innebærer fiksasjon av aorta mot bakre del av sternum for å skape mer plass rundt luftveiene og hindre kompresjon, er vanligst (4, 8, 9). Et alternativ er bakre trakeopeksi, der bakre trakealvegg sutureres til *ligamentum longitudinale anterius* for å åpne luftveien (4, 8).

Differensialdiagnoser

Vår og andres erfaring er at mange barn som får diagnosen trakeobronkomalasi, tidligere har fått astmabehandling (1). Hovedsymptomene ved astma er tørrhoste og obstruktive episoder med ekspiratorisk piping (18). Barn med astma som responderer på inhalasjonssteroider, er ofte atopikere med residiverende og reversibel bronkopulmonal obstruksjon utløst av virusinfeksjoner, kulde eller aktivitet, og debuterer oftere etter første til andre —>

leveår (18). Barn med våt hoste med sekret i første til andre leveår, uten obstruktivitet, eller med residerende eller kontinuerlig obstruktivitet fra første leveår, har vanligvis ikke astma og bør vurderes henvist til lokal barneavdeling for utredning (4).

Det er likevel viktig å være klar over komorbiditet med astma hos barn og ungdom med diagnosen trakeobronkomalasi, spesielt ved endring i symptombildet, og ved samtidig annen atopisk sykdom eller IgE-mediert reaksjon (18).

Den vanligste årsaken til langvarig våt hoste hos barn er protrahert bakteriell bronkitt (10), definert som hoste med sekret i mer enn fire uker, fravær av symptomer eller tegn på annen kronisk lungesykdom, og tydelig effekt av antibiotika (17). Barn med protrahert bakteriell bronkitt trenger ikke å ha underliggende sykdom, men ved residiv kan trakeobronkomalasi være årsaken (1, 10).

Hos barn som debuterer tidlig med luftveissymptomer, bør andre kroniske lungesykdommer vurderes, slik som aspirasjon, cystisk fibrose, primær ciliær dyskinesi, immunsvikt og bronkiektasier (11).

Konklusjon

Trakeobronkomalasi gir diffuse symptomer som kan forveksles med vanligere tilstander, spesielt astma, noe som kan gjøre det vanskelig å identifisere barn med behov for videre utredning.

Mangelen på et godt referansemateriale om dynamikken i de nedre luftveiene gjennom barnealderen, fører til variasjon i klassifiseringen av trakeobronkomalasi mellom fagmiljøer, og mellom bronkoskopører. Bronkoskopifunn bør tolkes i sammenheng med pasientens symptomer. Mangelen på randomiserte, kliniske utprøvningsstudier gjør det vanskelig å anbefale behandling. Fremtidige studier bør forsøke å avklare disse spørsmålene. ■

Artikkelen er fagfellevurdert.
Mottatt 27.2.2024, første revisjon innsendt 21.6.2024,
godkjent 23.9.2024.

Sofie Vaula

Sofie Vaula er spesialist i barnesykdommer og konstituert overlege. Forfatterbidrag: litteratursøk, utarbeiding/revisjon av selve manuset og godkjenning av innsendte manusversjon.

Knut Øymar

Knut Øymar er spesialist i barnesykdommer, overlege og professor. Forfatterbidrag: idé/utforming, design, utarbeiding/revisjon av selve manuset og godkjenning av innsendte manusversjon.

Vegard Hovland

Vegard Hovland er spesialist i barnesykdommer og overlege. Forfatterbidrag: litteratursøk, revisjon av manus og godkjenning av innsendte manusversjon.

Iren Lindbak Matthews

Iren Lindbak Matthews er spesialist i barnesykdommer, overlege og avdelingsleder. Forfatterbidrag: litteratursøk, revisjon av manus og godkjenning av innsendte manusversjon.

Christine Sachs-Strømmen

Christine Sachs-Strømmen er spesialist i barnesykdommer og overlege. Forfatterbidrag: litteratursøk, revisjon av manus og godkjenning av innsendte manusversjon.

Håvard Ove Skjerven

Håvard Ove Skjerven er spesialist i barnesykdommer, overlege og professor. Forfatterbidrag: litteratursøk, revisjon av manus og godkjenning av innsendte manusversjon.

Suzanne Crowley

Suzanne Crowley er spesialist i barnesykdommer og overlege. Forfatterbidrag: idé/utforming, design, litteratursøk, revisjon av manus og godkjenning av innsendte manusversjon.

Ingvild Bruun Mikalsen

miib@sus.no
Ingvild Bruun Mikalsen er spesialist i barnesykdommer, overlege og førsteamanuensis. Forfatterbidrag: idé/utforming, design, litteratursøk, revisjon av manus og godkjenning av innsendte manusversjon.

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

Litteratur

- Boogaard R, Huijsmans SH, Pijnenburg MW et al. Tracheomalacia and bronchomalacia in children: incidence and patient characteristics. Chest 2005; 128: 3391–7.
- Carden KA, Boisselle PM, Waltz DA et al. Tracheomalacia and tracheobronchomalacia in children and adults: an in-depth review. Chest 2005; 127: 984–1005.
- Zalzal HG, Zalzal GH. Stridor in the Infant Patient. Pediatr Clin North Am 2022; 69: 301–17.
- Wallis C, Alexopoulou E, Antón-Pacheco JL et al. ERS statement on tracheomalacia and bronchomalacia in children. Eur Respir J 2019; 54: 1900382.
- Williamson A, Young D, Clement WA. Paediatric tracheobronchomalacia: Incidence, patient characteristics, and predictors of surgical intervention. J Pediatr Surg 2022; 57: 543–9.
- Baraldi E, Donegà S, Carraro S et al. Tracheobronchomalacia in wheezing young children poorly responsive to asthma therapy. Allergy 2010; 65: 1064–5.
- Masters IB, Chang AB, Patterson L et al. Series of laryngomalacia, tracheomalacia, and bronchomalacia disorders and their associations with other conditions in children. Pediatr Pulmonol 2002; 34: 189–95.
- Kamran A, Zendejas B, Jennings RW. Current concepts in tracheobronchomalacia: diagnosis and treatment. Semin Pediatr Surg 2021; 30: 151062.
- Choi S, Lawlor C, Rahbar R et al. Diagnosis, Classification, and Management of Pediatric Tracheobronchomalacia: A Review. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg 2019; 145: 265–75.
- Chang AB, Upham JW, Masters IB et al. Protracted bacterial bronchitis: The last decade and the road ahead. Pediatr Pulmonol 2016; 51: 225–42.
- Chang AB, Oppenheimer JJ, Dunlap W et al. Yardstick for managing cough, part 2: In children. Ann Allergy Asthma Immunol 2023; 130: 681–9.
- Thomas R, Chang A, Masters IB et al. Association of childhood tracheomalacia with bronchiectasis: a case-control study. Arch Dis Child 2022; 107: 565–9.
- Ramphul M, Bush A, Chang A et al. The role of the pediatrician in caring for children with tracheobronchomalacia. Expert Rev Respir Med 2020; 14: 679–89.
- Boesch RP, Baughn JM, Cofer SA et al. Trans-nasal flexible bronchoscopy in wheezing children: Diagnostic yield, impact on therapy, and prevalence of laryngeal cleft. Pediatr Pulmonol 2018; 53: 310–5.
- Burg G, Hossain MM, Wood R et al. Evaluation of Agreement on Presence and Severity of Tracheobronchomalacia by Dynamic Flexible Bronchoscopy. Ann Am Thorac Soc 2021; 18: 1749–52.
- Grillo LJF, Housley GM, Gangadharan S et al. Physiotherapy for large airway collapse: an ABC approach. ERJ Open Res 2022; 8: 510.
- Øymar K, Mikalsen IB, Crowley S. Protrahert bakteriell bronkitt hos barn. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: doi: 10.4045/tidskr.16.0843.
- Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Lest 1.2.2024.

A person wearing a purple long-sleeved shirt is shown from the chest down, holding a small, light-colored object in their hands. The background is a blurred, textured surface, possibly a wall or a large window. Overlaid on the image is large, bold, white text that reads "Følelsen av kontroll." (The feeling of control.).

**Følelsen
av
kontroll.**

Årsaken til at en person utvikler fedme skyldes en rekke biologiske og adferdsmessige faktorer, der følelsesstyrt spising (emotional hunger) kan være en medvirkende årsak for noen pasienter.*¹

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

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



**Hjelp pasienten din til
å ta tilbake kontrollen.**

Lær deg mer om de bakenfremrgangsrk vektreduksjonsbehandling. Skann QR-koden og ta del av resultatene fra Acosta-studien her.

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

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

**Den nevrokjemiske appetittdeppeffekten av naltrekson/bupropion er ikke helt klarlagt.

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

▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking.

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

Indikasjon: Som tillegg til kalorifattig kosthold og et fysisk aktivitet for vektreduksjon hos voksne (≥ 18 år) med innledende kroppsmasseindeks (BMI/KMI) på ≥ 30 kg/m² (fedme) eller ≥ 27 –30 kg/m² (overvekt) samt én eller flere vektrelaterte risikofaktorer (f.eks. diabetes type 2, dyslipidemi eller kontrollert hypertensjon). Behandlingen bør seponeres etter 16 uker hvis pasienten ikke har mistet minst 5 % av innledende kroppsvekt. **Dosering:** Ved innledning av behandling bør dosen økes i en 4 ukers periode som følger: Uke 1: 1 tablett morgen, Uke 2: 1 tablett morgen + 1 tablett kveld, Uke 3: 2 tabletter morgen + 1 tablett kveld, Uke 4 og videre: 2 tabletter morgen + 2 tabletter kveld. Maks. anbefalt daglig dose er 2 tabletter 2 ganger daglig. Behovet for fortsatt behandling bør vurderes etter 16 uker og vurderes årlig. **Kontraindikasjon:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ukontrollert hypertensjon. Pasienter som får tidligere har hatt krampeanfall. Kjent tumor i CNS. Aktutt avvenning fra alkohol eller benzodiazepiner. Tidligere bipolar lidelse. Samtidig behandling med bupropion eller naltrexon. Eksisterende eller tidligere diagnostisert bulimi eller anoreksi. Kronisk avhengighet av opioider (se Forsiktighetsregler og Interaksjoner) eller opiatsjener (f.eks. metadon) eller ved avvenning fra opiat. Samtidig behandling med MAO-hemmere (det skal gå minst 14 dager fra seponering av MAO-hemmer til initiering av behandling med Mysimba). Alvorlig nedsatt leverfunksjon. Terminalt nyresvikt. **Forsiktighetsregler:** Sikkerhet og tolerabilitet bør vurderes med jevne mellomrom, og behandlingen bør avbrytes ved bekymring vedrørende sikkerhet eller tolerabilitet, inkl. bekymring for et blodtrykk. **Bivirkninger: Svært vanlige:** Gastrointestinale: Forstoppelse, kvalme, oppkast. Nevrologiske: Hodpine **Vanlige:** Gastrointestinale: Abdominalsmerte, munntørrethet, øye abdominalsmerte. Generelle: Fatigue, føle seg skjelven, irritabilitet. Hjerte: Palpitasjoner, et hjerterytme. Hud: Alopesi, hyperhidrose, kløe, utslett. Kar: Høytetok, hypertensjon, et blodtrykk. Nevrologiske: Dysgeusi, letargi, sømnløshet, svimmelhet, tremor. Psykiske: Anoreksi, insomni. Øre: Tinnitus, vertigo. **Pakninger og priser:** 112 stk. NOK 1061 Reseptstatus C. **Refusjon:** Retningslinjer for individuell refusjon ICD-10: E66 /ICPC-2: T82 Fedme ≥ 35 og < 40 med en vektrelatert tilleggssykdom eller en tilleggsslidelse/-sykdom som øker risikoen for alvorlig fedme relatert sykdom. ≥ 40 Informasjon om relaterte diagnoser for tilleggssykdom finner du på www.helseidirektoratet.no Vedlegg 1 til § 5–14 legemiddellisten (under Mysimba). Søknaden sendes elektronisk via e-reseptisjonen eller via Helseidirektoratets portal. **For fullstendig preparatomtale (SPC), se www.felleskatalogen.no** Data for siste omdøpte SP: 01/2024

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

www.mycontrolpro.no

Karl O. Nakken¹

karln@ous-hf.no

Lillian Nordbø Berge²**Geir D. Slapø**³**Jonas Colombo Nilsen**³**Henning Borgos**⁴¹ Spesialsykehuset for epilepsi, Oslo universitetssykehus² Oslo³ Magnat Medisinske Senter⁴ Ortopedisk avdeling, Sykehuset Innlandet Lillehammer

Glomustumor under neglen

Av uklar årsak oppsto periodevis smerter i venstre tommel hos en ung kvinne.

Plagene ble verre med tiden, og diverse symptomatiske behandlingsforsøk var uten effekt.

Først etter 14 år ble det stilt riktig diagnose. Plagene skyldtes en glomustumor i neglesengen.

En høyrehendt kvinne i 20-årene fikk uten kjent foranledning episodiske smerter i venstre tommelfinger, med utstråling oppover venstre arm. Smertene kom som støt, kunne utløses av kulde og berøring og medførte dårlig nattesøvn. Diverse analgetika og ikke-steroide antiinflammatoriske legemidler (NSAID) ga liten eller ingen lindring. Pasienten var tidligere stort sett frisk, og det var ingen kjente tilfeller av liknende smertesymptomer i familien. Selv trodde pasienten at smertene skyldtes påstøpte negler eller overforbruk av tommelen i forbindelse med skriving på mobiltelefon.

Etter tre år oppsøkte hun fastlege, som anbefalte fysioterapi for en mulig tennissalbue. Da dette ikke hjalp, ble hun henvist til idrettslege, som fant lett redusert sensibilitet i venstre tommel og radiale på venstre underarm. Funnet ble tolket som sannsynlig nerveaffeksjon av venstre C6-rot, eventuelt stram skalenusmuskulatur med affeksjon av nervus radialis. Hun ble henvist til MR av cervicalcolumna, som viste normale funn.

Åtte år etter symptomdebut hadde kvinnen smerter nærmest døgnet rundt, og hun ble henvist til en privat smerteklinikk. Ved klinisk undersøkelse fant spesialist i anestesilogi ingen nevrologiske utfall, men pasienten anga smerte ved ekstensjon og ved press over venstre tommels grunnledd. Hun var også svært ømfintlig for trykk mot og rundt neglen. MR uten kontrast av venstre tommel viste ingen patologi. Overbelastning ble vurdert som mulig årsak, og pasienten ble henvist til akupunktur,

uten effekt. På mistanke om karpaltunnelsyndrom ble hun henvist til nevrofysiologisk undersøkelse. Funn ved sensorisk nevrografi og EMG avkreftet diagnosen.

Pasienten sluttet nærmest å bruke venstre arm, og det tilkom begynnende atrofi av underarmsmuskulaturen. Hun måtte alltid bevege seg slik at venstre arm var fri, med liten risiko for å komme borti noe som kunne utløse eller forverre smertene.

Omtrent 14 år etter symptomdebut ble hun på ny henvist til spesialisthelsetjenesten. Henvisende lege beskrev at venstre tommelfingernegl var mer buet enn høyre og at vevet under neglen virket misfarget med en blålig sone i midten (figur 1).

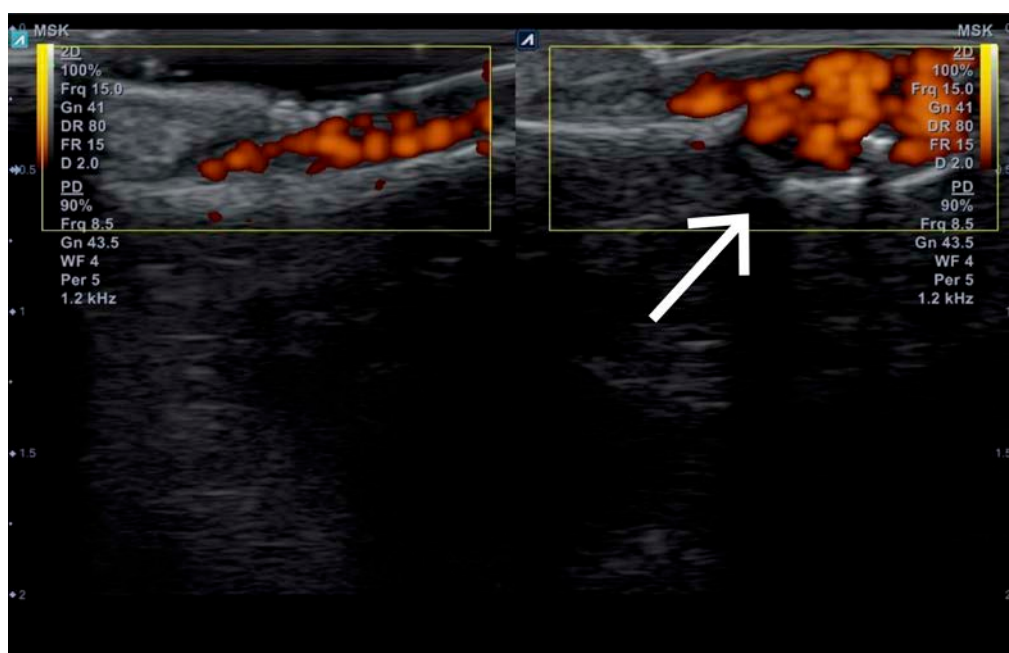
Spesialist i nevrologi fant ingen sikker nevrogen årsak, men ultralyd av venstre tommel viste en lobulær struktur med økt vaskularisering under neglen (figur 2). Kvinnen ble derpå henvist til håndkirurg. Som ledd i den kirurgiske vurderingen ble det tatt røntgen, som viste cyster i tommelens ytterfalang. Sammen med funn på påfølgende CT, MR med kontrast og ultralyd konkluderte man med en sannsynlig 6 × 6 mm stor subungual glomustumor. Dette ga sammen med hennes kliniske symptomer og tegn indikasjon for operasjon.

Peroperativt fant man en multilobulær tumor og tegn til erosjon av ytterfalangen. Det ble vurdert som nødvendig å fjerne hele negleanlegget, og påfølgende histologisk undersøkelse av operasjonspreparatet viste glomustumor med frie reseksjonsrender. Etter inngrepet har pasienten ikke hatt noe besvær. —>

Figur 1 Blålig misfarget og lett buet venstre tommelfingernegl (pil) på grunn av subungual glomustumor, 14 år etter symptomdebut.



Figur 2 Ultralyd av venstre tommel viste en 6 × 6 mm lobulær struktur med økt dopplersignal (pil) under venstre negl (høyre tommel til sammenligning). Funnet ga mistanke om subungual glomustumor.



Diskusjon

En glomustumor er en sjelden mesenkymal hypervaskulær tumor som utgår fra arteriovenøse anastomoser, såkalte glomuslegemer, involvert i temperaturreguleringen i distale områder av kroppen. Svulstene forekommer særlig hyppig på fingre og tær og er som oftest godartede, men malignitet har vært rapportert (1, 2). De fleste pasientene er i alderen 30–50 år, og kvinner er oftere affisert enn menn, særlig gjelder dette subungual glomustumor.

Klinisk kjennetegnes subungual glomustumor ved triaden paroksysmale smerter, trykkømheter og kuldesensitivitet. Trykkømheter testes med Loves test ved at en tynn, stump gjenstand (knappenålshode, enden på en binders, kulepennspiss) trykkes mot den affiserte fingeren. Testen er positiv om dette utløser så sterke smerter at pasienten trekker hånden til seg (1).

Typisk har pasienten uforklarlige og intense smerter til tross for svært beskjedne kliniske funn. Under neglen ses ofte, men ikke alltid, en halv centimeter stor diskret blå-rød papel (2). I tillegg til negleforandringer, som hos vår pasient, kan også benerosjon og benremodellering oppstå fra tumorkompresjon over tid (2, 3).

Pasientens perspektiv

Ofte opplevde jeg smertene så uutholdelige at jeg gråt. Jeg forsøkte å få smertelindring ved hjelp av oppvarming med vann eller varmepute, eller ved å gni venstre hånd kontinuerlig mot et mykt underlag, for eksempel mot låret, en stol eller sofaen.

Etiologien er ukjent, men det har vært hevdet at tidligere traume mot området kan disponere. Det er også funnet en familiær variant knyttet til kromosom 1p21–22 som koder for glomulingenet (2).

Manglende kjennskap til tilstanden fører som regel til betydelig forsinket diagnostikk. I et samlemateriale med 104 pasienter var gjennomsnittlig tid fra symptomdebut til diagnosetidspunkt 5,5 år (fra 3 måneder til 40 år) (4). Helt avgjørende for å hjelpe disse pasientene er at man kjenner til tilstanden og henviser tidlig til håndkirurg.

Diagnosen baseres på en typisk sykehistorie, klinisk undersøkelse og MR- eller ultralydundersøkelse av hånden (3). Ved klinisk mistanke bør glomustumor nevnes i henvisning til bildeundersøkelse, da funnene kan være diskrete. Ved tvil kan det være aktuelt å supplere med MR med kontrast.

Kirurgi er fortrukket behandling. I lokalanestesi resecteres tumor via transungual eller dorsolateral subungual tilgang (1). ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 2.5.2024, første revisjon innsendt 18.7.2024, godkjent 29.7.2024.

Karl O. Nakken

karln@ous-hf.no

Karl O. Nakken er dr.med., spesialist i nevrologi og pensjonert overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt foredragshonorar fra Eisai, UCB, Roche og Desitin.

Lillian Nordbø Berge

Lillian Nordbø Berge er dr.med., spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og pensjonert overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Geir D. Slapø

Geir D. Slapø er spesialist i nevrologi og avtalespesialist. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jonas Colombo Nilsen

Jonas Colombo Nilsen er fysioterapeut med spesialisering i muskel- og skjelettfysioterapi. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Henning Borgos

Henning Borgos er spesialist i ortopedi og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Larsen DK, Madsen PV. Glomus tumour of the distal phalanx. Ugeskr Laeger 2018; 180: V10170807.
- Mravic M, LaChaud G, Nguyen A et al. Clinical and histopathological diagnosis of glomus tumor: an institutional experience of 138 cases. Int J Surg Pathol 2015; 23: 181–8.
- de Almeida CÂ, Nakamura R, Leverone A et al. High-frequency ultrasonography for subungual glomus tumor evaluation – imaging findings. Skeletal Radiol 2024; 53: 891–8.
- Xie Y, Zhang F, Lineaweaver WC et al. Risk factors associated with misdiagnosis of digital glomus tumor: A retrospective cohort study. Ann Plast Surg 2022; 89: 376–9.

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](https://www.fhi.no/va/vaksinasjonshandboka/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/pneumokokkvaksinasjon/?term=(oppdatert%2030.05.2023%20og%20sist%20lest%2006.09.2024)
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

Revmatisk eller revmatologisk sykdom?

I vid forstand omfatter fagområdet revmatologi alt fra hyppig forekommende plager i bevegelsesapparatet til artrittsykdommer og sjeldne inflammatoriske tilstander med alvorlig affeksjon av flere organer. Hvilken felles term skal brukes om disse sykdommene?

Sykdommer som inngår i spesialiteten revmatologi, omtales gjerne som revmatiske sykdommer eller revmatologiske sykdommer. Blant revmatologene er det delte meninger om hvilket av disse uttrykkene som foretrekkes. Under arbeidet med en ny norsk lærebok i revmatologi (1), ble problemstillingen drøftet blant medlemmer i styret for Norsk revmatologisk forening, og både Språkrådet og Gruppe for norsk medisinsk fagspråk ble rådspurt.

Revmatiske sykdommer

Det synes å være enighet om at *revmatisme* er en upresis betegnelse på diverse plager i bevegelsesapparatet (2), men at sykdomsgruppen likevel kan kalles *revmatiske sykdommer* (3, 4).

I dagligtale kan det virke som at uttrykkene *revmatisme* og *revmatiker* er knyttet til alle typer smerter i bevegelsesapparatet og brukes om alt fra degenerative seneplager til alvorlig revmatoid artritt. Tidligere ble det ofte kalt *gikt*. Det Norske Akademis ordbok oppgir at *revmatisk* gjelder revmatisme, og bruker uttrykkene *revmatiske smerter* og *revmatiske lidelser* som eksempler (5).

Revmatologi

Revmatologi er en nyere term enn *revmatisk* og oppsto først på 1930-tallet (6–8). I Norge ble den første spesialisten i *revmatiske sykdommer* godkjent av Legeforeningen i 1930 (9). *Den norske forening mot revmatismen* ble stiftet i 1937, men endret i 1947 navn til *Norsk revmatologisk forening*. I 1949 ble foreningen godkjent av Den norske legeforening som en spesialforening for fagfeltet *revmatiske sykdommer*. I 1987 vedtok Legeforeningen at fagområdet skulle hete *revmatologi* (10).

Ordet *revmatologi* gjelder altså spesialiteten og fagområdet. *Revmatologisk* er knyttet til forhold som angår revmatologi og revmatologer, som *revmatologisk sengepost* og *revmatologiske analyser*. Slik sett kan man kalle sykdom-



Foto: GarysFRP/Stock

Språkrådet påpekte at termene *revmatisk* og *revmatologisk* ikke er fullt ut utbyttbare

mene som inngår i fagfeltet for revmatologiske sykdommer, akkurat som hudsykdommer kan kalles dermatologiske sykdommer, det vil si sykdommer som angår dermatologer.

Revmatisk versus revmatologisk

Revmatologer jobber i dag hovedsakelig med inflammatoriske tilstander. Disse omfatter blant annet artrittsykdommer, bindevevssykdommer og vaskulittsykdommer. Mange av disse sykdommene er forbundet med inflammasjon i andre organer enn ledd. De siste tiårene har medført økt immunologisk innsikt i inflammatoriske sykdommer og målrettet immunsupprimerende behandling.

Argumentet som ofte brukes for uttrykket *revmatologisk sykdom*, er derfor at *revmatisk* – i likhet med *revmatisme* – kan oppleves som upresist og utdatert. Det forbindes gjerne med smerte, og reflekterer dermed i mindre grad dagens immunologiske forståelse av kompliserte sykdomsmekanismer.

Språkrådet påpekte at termene *revmatisk* og *revmatologisk* ikke er fullt ut utbyttbare. For eksempel har *revmatisk sykepleier*, det vil si en sykepleier med revmatisme, en annen betydning enn *revmatologisk sykepleier*, det vil si en sykepleier ved en revmatologisk avdeling. Språkrådet ser derfor ingen grunn til å bruke *revmatologisk sykdom* i stedet for *revmatisk sykdom* (Ann Helen Langaker, personlig meddelelse).

Gruppe for norsk medisinsk fagspråk påpekte at formen *revmatisk* har lengre historie enn *revmatologisk* (Erlend Hem, personlig meddelelse). Begge formene blir brukt i toneangivende publikasjoner, også på engelsk, der man har både *Textbook on rheumatic diseases* (11) og *Textbook of rheumatology* (12). Førstnevnte boktittel legger vekt på sykdommene, som også omfatter mange systemsykdommer. Den andre boktittelen legger vekt på fagområdet. Ordet *revmatisk* er kortere enn ordet *revmatologisk*, og generelt har kortere former en tendens til å vinne fram.

Etter diskusjon i redaktørgruppen for den nye læreboken, ble det besluttet å beholde uttrykket *revmatiske sykdommer* i tråd med nasjonale og internasjonale tradisjoner. Fagfeltet heter *revmatologi*, og sykdomsgruppen blir omtalt som *revmatiske sykdommer*. ■

Takk til Ann Helen Langaker i Språkrådet, Erlend Hem i Gruppe for norsk medisinsk fagspråk og alle kolleger i *revmatologi* som har bidratt med verdifulle innspill til diskusjonen.

Jens Vikse

jensvikse@gmail.com

Jens Vikse er lege i spesialisering i revmatologi, ph.d.-student og universitetslektor. Han er forfatter av en norsk lærebok i revmatologi. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt honorar for foredrag fra Boehringer Ingelheim, GSK, Merck, Novartis, Janssen og Thermo Fisher.

Litteratur

- 1 Vikse J, Haavardsholm EA, Molberg Ø. red. *Revmatologi*. 1 utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2024.
- 2 Kåss E. *Revmatisme*. Store medisinske leksikon. Lest 24.5.2024.
- 3 Palm Ø. *Revmatiske sykdommer*. Store medisinske leksikon. Lest 24.5.2024.
- 4 Gran JT. *Innføring i klinisk revmatologi*. 2 utg. Oslo: Gyldendal akademisk, 2013.
- 5 Det Norske Akademi ordbok. *Revmatisk*. Lest 24.5.2024.
- 6 Oxford English Dictionary. *Rheumatology*. Lest 24.5.2024.
- 7 Oxford English Dictionary. *Rheumatological*. Lest 24.5.2024.
- 8 Nasjonalbiblioteket. *Revmatologisk*. Lest 24.5.2024.
- 9 Skoglund E. *Spesialistutdanningens historie*. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1124–7.
- 10 Munthe E, Larsen Ø. *Revmatisme, gamle plager – ny viten*. 1. utg. Oslo: Tano forlag, 1987.
- 11 Bijlsma JWJ. *Eular Textbook on Rheumatic Diseases*. 2nd utg. BMJ Books; 2015.
- 12 Firestein GS, Budd RC, Gabriel SE et al. *Firestein & Kelley's Textbook of Rheumatology*. 11. utg. Amsterdam: Elsevier, 2020.

Kort avstand mellom svangerskapene kan være bra

Fødselsvekten økte mest hvis intervallet mellom første og andre svangerskap var kort.

Verdens helseorganisasjon råder kvinner til å ha minst 24 måneder mellom hvert svangerskap (1). Mange studier har vist at ved svangerskap rett etter hverandre øker risikoen for uheldige svangerskapsutfall, som lav fødselsvekt, for tidlig fødsel og spedbarnsdød (2). Fødselsvekt er en indikator for helse i barndommen og i videre liv (3).

Mange av disse tidligere studiene er gjort i land hvor mange kvinner er fattige og heller ikke har tilgang til god og gratis svangerskapsomsorg, slik vi har i Norge. Muligens er det de fattige kvinnene som hadde kort intervall mellom svangerskapene.

Mange kvinner i Norge er over 35 år når de får sitt første barn. Hvis de må vente 24 måneder med å prøve å få et nytt barn, er det ikke sikkert de vil lykkes.

Ny studie

Vi studerte endringer i fødselsvekt fra første til andre barn, etter intervall mellom svangerskapene, blant mer enn 650 000 kvinner i Norge i perioden 1970–2019 (4). Vi gjorde separate undersøkelser for kvinner med ulik alder ved første forløsning. Så vidt vi vet, er dette verdens største og nyeste studie om fødselsvekt og svangerskapsintervall.

Vi fant at gjennomsnittlig fødselsvekt økte fra 3 463 g hos første barn til 3 603 g hos andre barn. Økningen i fødselsvekt var størst blant kvinner som hadde kortest intervall (< 6 måneder fra første fødsel til påbegynt nytt svangerskap), den var 227 g. Økningen i fødselsvekt ved et kort intervall var mindre uttalt når vi inkluderte utelukkende levendefødte barn i dataanalysen. Vi fant ingen økt risiko for gjentatt perinatal død ved kort intervall mellom svangerskapene.

Kvinnene som fikk et første levende barn med fødselsvekt under 2 500 gram, fikk i gjennomsnitt et barn nummer 2 som var 1 000 g tyngre, og økningen i fødselsvekten var høyest hvis intervallet mellom svangerskapene var mindre enn seks måneder. Fødselsvektøkningen ved kort intervall var mest uttalt hos kvinnene som var 35 år eller eldre ved sin første fødsel (218 g). Også morkakevekten øker mest ved kort svangerskapsintervall (5).

En forklaring på funnene kan være at det finnes en biologisk hukommelse om å være gravid og at denne hukommelsen er best rett etter et tidligere svangerskap. ■

Mottatt 2.9.2024, første revisjon innsendt 12.9.2024, godkjent 25.9.2024.

Anne Eskild

anne.eskild@medisin.uio.no

Anne Eskild er overlege på Kvinneklivnikken, Akershus universitetssykehus og professor 2 ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 World Health Organization. Report of a WHO technical consultation on birth spacing: Geneva, Switzerland 13–15 June 2005. Lest 25.9.2024.
- 2 Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. *JAMA* 2006; 295: 1809–23.
- 3 Risnes KR, Vatten LJ, Baker JL et al. Birthweight and mortality in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol* 2011; 40: 647–61.
- 4 Eskild A, Skau I, Haavaldsen C et al. Short inter-pregnancy interval and birthweight: a reappraisal based on a follow-up study of all women in Norway with two singleton deliveries during 1970–2019. *Eur J Epidemiol* 2024; 39: 905–14.
- 5 Eskild A, Skau I, Grytten J et al. Inter-pregnancy interval and placental weight. A population based follow-up study in Norway. *Placenta* 2023; 144: 38–44.

Tekst: Anne Kathrine Sebjørnsen Foto: John Trygve Tollefsen

Laterale tankesprang og suget innenfra

Radiolog Lars Borgen har lenge kjent på behovet for å utforske andre sider ved seg selv enn bare å være fagperson. I fjor slapp han diktsamlingen *Gjennomlyst*, som han beskriver som en kjærlighetserklæring til faget radiologi.

Pus: – Det finnes en berøringsangst for inderlighet. Sorg, kunst og – for noen – kirken kan åpne disse rommene. Jeg tror vi trenger undringen, også i sykehushverdagen, sier Lars Borgen og løsner opp ei floke i den rosa kattelina.



Lars Borgen sitter på trappen og venter idet bilen svinger inn på gårdsplassen.

– Den er så ung at vi ikke tør å la den gå fritt ennå, sier han, og løfter den sorte kattungen varmt opp på fanget.

Den lodne kattungen drar ei lang, rosa line etter seg. Kattemor smyger vakt-somt forbi bak stolen, kaster et blikk på matfar og forsvinner like umerkelig som hun kom.

Lars Borgen inviterer inn på kjøkkenet, hvor han har dekket omhyggelig på til lunsj og forbedt koldtbord. Veggene i huset prydes av sønnen Lavrans' fargesterke malerier.

Funkishuset ligger noen steinkast fra Lars sin arbeidsplass gjennom 20 år, radiologisk avdeling på Drammen sykehus. Herfra har han og kona Tove, som er revmatolog, hatt akkurat passelig rusleavstand til jobben. Fra verandaen kan øyet finne hvile på den glitrende fjorden eller langs åsene som omfavner Drammen by.

Lars Borgen trekkes mot å se omgivelsene i et større perspektiv. Når man skuer litt videre, ser

man kanskje også bakenfor det åpenbare. Da kan man oppdage at dører åpnes til rom man ikke har vært inne i på en stund.

Akkurat det ønsker Lars at leger gjorde mer av. Sammen med kollega Thomas Næss-Andresen har han tatt musikk og poesi inn i ledersamlingene på Drammen sykehus, nettopp for å åpne dører til mer utilgjengelige indre rom, til andre rom enn de man vanligvis befinner seg i.

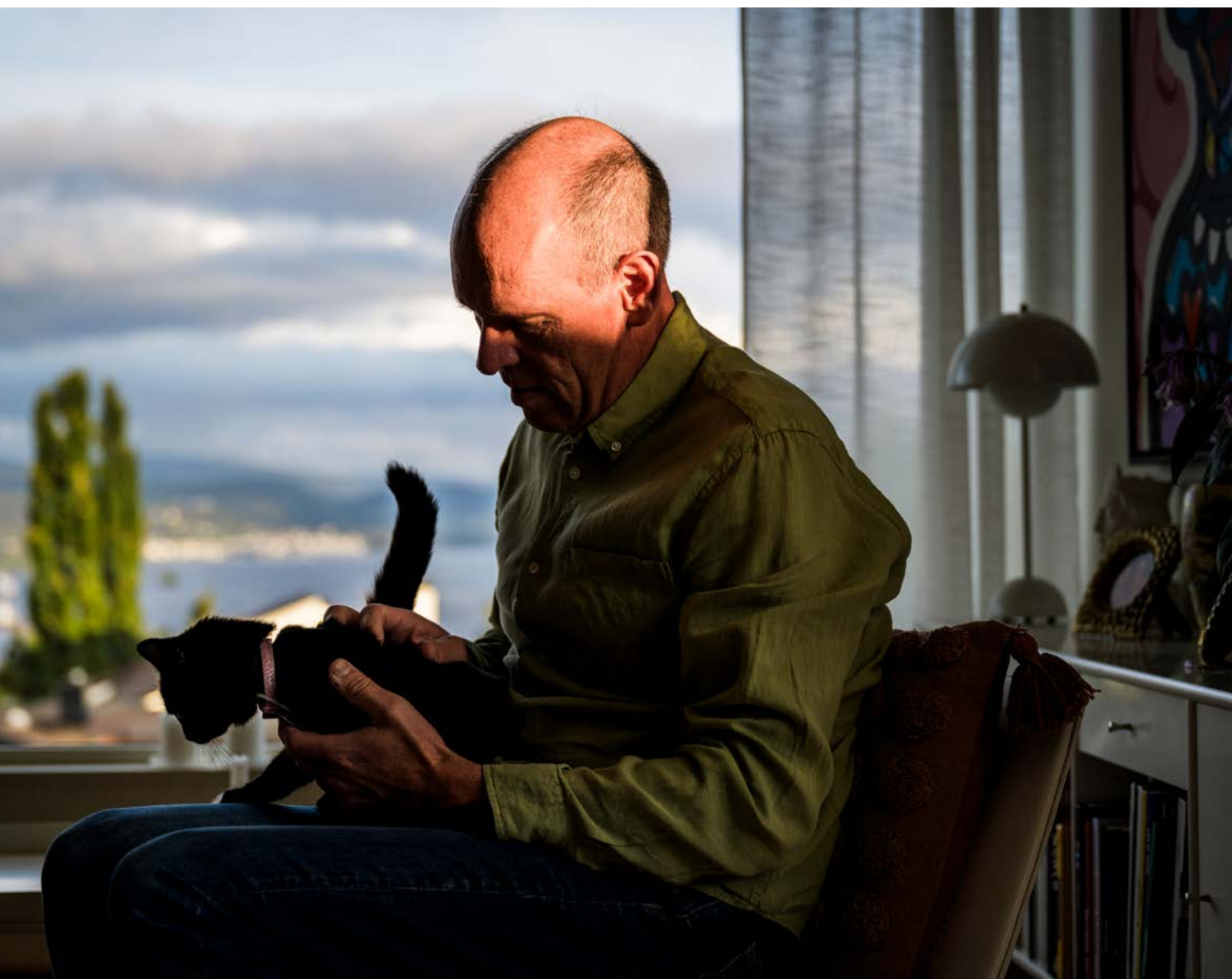
– Når du er 50+, er det ikke alltid at en Power-Point-presentasjon vekker noe nytt i deg, sier han og smiler litt. – Samvær omkring kunst eller litt dypere spørsmål kan engasjere på en annen måte og kanskje tilføre relasjonene noe nytt. Kanskje kan man lade relasjonene med noe godt.

– Du mener vi trenger mer av dette i legehverdagen?

– Jeg tror det er et sug der ute etter å åpne disse rommene. Mange har en dragning mot det som gir mening, mot livets store og evige spørsmål. Kanskje en lengsel etter å få være så små som vi faktisk er? Og det finnes en berøringsangst for inderlighet. Men disse dimensjonene forsvinner neppe. Sorg, kunst og – for noen –

Vi blir så veldig operative på sykehuset, og som brikke i den store mekanismen blir du som enkelt-menneske stadig mindre

—>





Menneskemøter: – Pasientmøter kan gi umiddelbar dopaminfrigjøring. Når pasientmøtene er færre, blir det enda viktigere å kjenne at man har en betydning for enkeltmennesker, sier Lars Borgen, radiolog ved Drammen sykehus og poet med diktsamlingen *Gjennomlyst*. Foto: John Trygve Tollefsen

kirken kan åpne disse rommene. Jeg tror vi trenger dette språket, vi trenger undringen, også i sykehushverdagen, sier han og løsner opp ei floke i den rosa kattelina.

Kattungen har viklet seg fast på oppdagelsesferd rundt en blomsterpote.

– Et rom der bare det å være menneske står tilbake?

– Sykehuset har en etablert struktur og linje, der alle har sin definerte plass. Men i møte med de dypere spørsmålene blir vi like ørsmå alle sammen. I en organisasjon som vår tenker jeg det kan være fruktbart å åpne opp, så hver og en får bruke litt av sitt. Ved å bringe inn musikk og poesi, lager vi en åpning for å ha disse samtalene. Historien din kommer helt automatisk når du skal oppleve og tolke kunst.

«Jeg dissekerer stumpt og søker et plan et tenkt rom under alle membraner, sjiktet som løser ut ordene»

Fra *Gjennomlyst* av Lars Borgen (Lyrikkforlaget, 2023)

Et rom å være sammen i

Sykehusveggene er fulle av poesi, skal vi tro Lars Borgen. Bare man ser etter. Definerende livshendelser, slag som rammer, menneskemøter, relasjoner, livets start og slutt.

Lars Borgen

Født i Drammen i 1970

Forfatterstudiet, Høgskolen i Bø, 1996–97

Cand.med., Universitetet i Bergen, 1998

Allmennlege i Nome kommune, Telemark, 1999–2001

Spesialist i radiologi, 2007

Overlege, Radiologisk avdeling, Drammen sykehus 2007–15

Ph.d. innen medisinsk strålevern, 2012

Overlege, Intervensjonsradiologisk seksjon, Rikshospitalet, 2015–16

Fagansvarlig intervensjonsradiolog, Drammen sykehus 2016–d.d.

European Board of Interventional Radiology (sertifisering), 2019

Diktsamlingen *Gjennomlyst*, Lyrikkforlaget, 2023

Lars Borgen beskriver det å være doktor som et arbeid med å forholde seg til virkelighet og algoritmer, og mener hverdagen stiller harde krav til leger i dag.

– Den bedriftsøkonomiske retorikken kan omgjøre en medmenneskelig verden til en økonomisk verden og slik tømme den for mening. Det bedriftsøkonomiske språket er kontraproduktivt i så henseende. Jeg tror vi trenger å oppleve mening, spesielt om vi skal holde ut i jobbene våre over mange år. Ledere i helsevesenet har i så måte en kjempeoppgave i å løfte frem og synliggjøre meningen i det vi gjør. I de store organisasjonene er det lett å tape meningen av syne. Men det vi prøver på er i bunn og grunn å hjelpe medmennesker, det må vi ikke glemme.

Spesielt i store organisasjoner, og i legeroller der man møter relativt få pasienter, som for eksempel som radiolog, mener han det er lett å miste meningen med arbeidet av syne.

– Pasientmøter kan gi umiddelbar dopaminfrigjøring. Når pasientmøtene er færre, blir det enda viktigere å kjenne at man har en betydning for enkeltmennesker. Jeg har tidvis savnet denne dimensjonen i mitt virke som lege, og jeg tror det er mange leger som kjenner på det samme. Vi blir så veldig operative på sykehuset, og som brikke i den store mekanismen blir du som enkeltmenneske stadig mindre. Det paradoksale er at pasientforløp og prosedyrer gjør det mulig å gjøre noe godt for stadig flere, samtidig som vi opplever å jobbe mekanisk og uten å føle mening.

Som intervensjonsradiolog mener han å ha funnet en fin kombinasjon av pasientmøter og tekniske prosedyrer.

– Jobben forener for meg det beste av to verdener. Jeg får gjøre teknisk utfordrende prosedyrer der jeg har pasientkontakt, samtidig som livet som radiolog i vår digitale verden bokstavelig talt er blitt en skjermet arbeidsplass! Intervensjonsradiologien er også spennende, i og med at faget tangerer opp mot mange andre spesialiteter og den akuttmedisinske kjeden, sier han og tilbyr kattermor en godbit fra koldtbordet.

Den bedriftsøkonomiske retorikken kan omgjøre en medmenneskelig verden til en økonomisk verden og slik tømme den for mening. Det bedriftsøkonomiske språket er kontraproduktivt i så henseende

Å velge å gå sidelengs

Der utøvelsen av medisinfaget fordrer at man holder seg tett på stien, åpner skrivingen for laterale tankesprang, mener Lars Borgen.

Før det avsluttende året på medisinstudiet i Bergen ble forfatterstudiet et tiltrengt avbrekk. Dette studiet tilbød redskapene han trengte til skrivehåndverket og ble avgjørende for at han fant sin uttrykksform i poesien. Diktene i samlingen *Gjennomlyst* er skrevet over flere tiår, de første allerede som medisinstudent.

– Et medisinstudium handler i stor grad om å ta inn faktabasert kunnskap. Mye skal fra boka til hodet for å kunne virke som lege. Forfatterstudiet var radikalt annerledes. Her skulle man lete i eget hode og hjerte, utforske, skape og formulere. Det var en ny og veldig utfordrende situasjon for en som var vant med å være «flink» og til å sette to streker under svaret. Det var lærerikt på mange plan.

Når han ikke er på jobb på sykehuset eller skriver dikt, er han ofte å se ute i gata mens han febrilsk forsøker å manøvrere et fjernstyrt helikopter. Lars Borgen kan like en utfordring, og tar gjerne en manøver der han ikke helt vet hvor han lander.

– Det er faktisk ganske vanskelig å fly fjernstyrte helikoptre, og de trenger mange reservedeler. Etter hvert som kona mi, Tove, oppdaget prisen på reservedeler, måtte jeg begynne å bestille dem fra jobbmailen, sier han og humrer litt.

– Det er litt som med skrivingen: Du vet ikke hvordan du skal komme deg til målet, og vandringsleden blir til underveis, sier han, mens han myser litt mot den sterke sola.

Det personlige blir allment

Poesi treffer ulikt. Den samme tekstlinjen kan fremkalle helt forskjellige assosiasjoner og røre ved ulike strenger, avhengig av hva mottakeren bærer med seg. Likevel er det en opplevelse av fellesskap Lars Borgen søker å oppnå med å skrive og dele dikt.

Han skriver svært personlige tekster, men er ikke redd for å bli selvutleverende i kunsten.

– Som skrivende lytter du innover og forsøker å beskrive et bilde eller en fornemmelse så presist som mulig. Det forunderlige er at om det blir personlig nok, så kan det bikke over og bli noe allment. Å skrive noe fra dypet i et *jeg*, resonnerer, om det lykkes, med dypet i et *du*. Da kan vi oppleve å bli sett, og kanskje føler vi oss ikke så alene likevel. Mye litteratur kan springe ut av en eksistensiell ensomhet. Men det å kjenne på akkurat det, kan også skape fellesskap, følelsen av at vi tross alt er i samme båt. Om diktene kan åpne slike rom, så er jeg i mål.

Helst ville han fortalt alle unge som skal bli leger, at de vil komme til å trenge et rom å samle seg i, et sted der de kjenner på hvor små de er og hva som dypest sett betyr noe for dem.

– Leger er ambisiøse og ofte sensitive overfor andres behov. I sykehushverdagen og vrømmelen der vi bombarderes av inntrykk, er det lett å miste seg sjøl. Du har ikke kjangs til å lytte til hva kroppen din forteller deg når tempoet er høyt og callingen piper ustanselig. Legeyrket har dessverre gått fra å være et ganske fritt yrke til å bli et mindre fritt yrke, sier han.

– Mister vi oss selv av syne i en hektisk hverdag, mener du?

– Samfunnet trenger at vi er indre styrt, og vi trenger språk som hjelper oss med det. Mennesker trenger også stillhet, meditasjon og opphør av å være reaktive på noe. Stillhet er ikke farlig, sier han, mens han stryker sakte over den sorte katterpelsen.

Følsomhet som ressurs

Lars Borgen vokste opp rett borti gata for der han bor nå med kone og tre barn. Faren var allmennpraktiker i Mjøndalen og moren lærer. Som den yngste av fire søsken var det stadig noe å strekke seg etter.

Den unge legestudenten Lars Borgen var i stadig oppdrift. Prestasjon og mestring var viktige drivere. Samtidig fantes det et sug etter noe annet. En anelse om at det fantes *en annen* Lars et sted, en som ba om oppmerksomhet. Når man kjenner på det suget, skal man omfavne det og behandle det med kjærlighet, har Lars Borgen erfart. Det kan vise seg å være noe verdifullt om man våger å nærme seg det.

– Skriving har for meg vært å nærme seg et grunnfjell. En måte å få tak i det som rører seg i dypet.

Han ser ikke på seg selv som en typisk litterær person. Han er på ingen måte en som sluker bøker.

– Jeg har alltid tenkt mye. Lenge trodde jeg det var dumt og at det bare gjorde alt mer komplisert. Men det kan også være fint, om man åpner for det og lar det komme til uttrykk. Innenfor produksjon tenker nok mange at følsomhet står i konflikt med produktiviteten. Jeg tror dessverre at mange ser på varhet som noe ufruktbart. Kanskje spesielt i sykehusverdenen. Personlig opplever jeg det løfterikt at følsomheten også gir en åpning til noe. Gjennom kunsten kan denne siden gi deg kredd. Ved å gi ut bok har det materialisert seg i noe håndfast, sier han fornøyd. ■

Anne Kathrine Sebjørnsen

annekaths@hotmail.com

TARMFLORAENS ROLLE I UTVIKLINGEN AV ALLERGI TIDLIG I LIVET

Forekomsten av allergiske sykdommer, som matallergi, øker over hele verden.¹ Kumelkallergi (KMA) er en av de vanligste matallergiene hos barn. En kohort av norske spedbarn viste at om lag 5 % hadde KMA.² Selv om de fleste spedbarn med KMA vokser av seg allergiene før skolealder, kan et økende antall ha vedvarende symptomer.³

Flere studier har vist at dysbiose i tarmfloraen hos spedbarn spiller en viktig rolle i utviklingen av matallergier, og mikrobiell interaksjon er viktig for modning av immunforsvaret.^{4,5} Spedbarn med KMA har vist seg å ha en lavere andel bifidobakterier i tarmfloraen sammenlignet med friske, morsmelkernærte spedbarn der tarmfloraen domineres av denne arten.⁶ Bakteriene overføres først fra mor under fødselen og deretter via morsmelken.^{7,8} I tillegg inneholder morsmelk fiber som bifidobakteriene nyttiggjør seg som næring.

Hvordan skal vi i fremtiden behandle barn med kumelkallergi?

Hovedprinsippet i kostbehandling er å unngå alt som inneholder kumelkprotein. Barn med denne allergien må ha en erstatning for melken de ikke tåler. Amming er alltid den beste ernæringen for spedbarn, men dersom en ikke kommer i mål med amming, kan helsepersonell forskrive spesialiserte,

hypoallergene melkeerstatninger basert på hydrolysert protein eller aminosyrer. Norske helsemyndigheter anbefaler dette inntil barnet er 3 år.⁹ Da nyere forskning viser at dysbiose i tarmfloraen er vanlig ved KMA, er det viktig at melkeerstatningen inneholder fiberkilder som gir næring til de gode bakteriene.

Våre Pepticateprodukter inneholder fiberkildene GOS / FOS, som støtter utviklingen av en tarmflora som ligner mer på tarmens bakterieprofil hos morsmelkernærte spedbarn.^{10,11}



Pepticate



Pepticate PLUS

Les mer på vår nettside her eller skann QR-koden



Nutricia støtter WHO's retningslinjer om at morsmelk er den beste føden for spedbarnet. Pepticate skal brukes under medisinsk tilsyn etter nøye vurdering av øvrig ernæringsbehandling, inkludert amming. Denne informasjonen er ment for helsepersonell.

Referanser: 1. Pawankar R, et al. World Allergy Organisation (WOA): White book on allergy. Wisoonsin: World Allergy Organization, 2011. 2. Kvenshagen B, et al. Acta Paediatr 2008 Feb;97(2):196-200. 3. Wood RA. The natural history of food allergy. Pediatrics 2003; 111(6 Pt 3):1631-1637. 4. Azad M, et al. Clinical & Experimental Allergy 2015; 45: 632-643. 5. Vighi G, et al. Clinical and Experimental Immunology 2008;153 (Suppl. 1): 3-6. 6. Kirjavainen P, et al. Gut 2002; 51: 51-55. 7. Jeurink, et al. 2012. Beneficial Microbes 4 (1): 17-30. 8. Backhed F, et al. Cell Host Microbe 2015; 17(5): 690-703. 9. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/retningslinjer/allergi/matallergi>. 10. Moro G, et al. JPGN 2002. Mar;34(3):291-5. 11. Knol J, et al. JPGN 2005. Mar;34(3):291-5.

Nutricia Norge AS | Drammensveien 123, 0277 Oslo | Tlf: 23 00 21 00 | E-post: nutricia.amno@danone.com | www.nutricia.no

Oppmerksomt nærvær – når vi trenger det

Denne våren har jeg gått på kurs i *oppmerksomt nærvær* (mindfulness). Det var veldig fint, og nå anbefaler jeg kurs til både studenter, kolleger og utvalgte pasienter.

Begynnelsen av tyveårene var jeg på språkskole i Perugia i Italia. Jeg var heldig som fikk et stipend fra det italienske kulturinstituttet. I løpet av en måned fikk jeg basale kunnskaper i italiensk, og det var utrolig gøy å løftes fra en språkløs amøbe til kommuniserende verdensborger på bare noen få uker. Men oppholdet bød på enda mer: Jeg opplevde en middelalderby i sommerlys, jeg møtte mange sjakkentusiaster på en utekafé med utsikt over markene mot Assisi, jeg traff interessante og interesserte mennesker fra hele verden, ble mye bedre i muntlig engelsk og lærte meditasjon av en student som hadde vært to år i India!

Å meditere føltes litt formålsløst og merkelig, noe fremmed. Jeg visste ikke helt hva jeg kunne forvente. Men gjennom tålmodig praksis fant jeg en glede i «pausene» i livet. Gjennom meditasjonsøvelser kunne jeg oppnå dyp hvile og fred, jeg fikk et indre hjem som jeg kunne ta med meg hvor enn jeg var i verden. Jeg fant ut at det fantes et «jeg» bak ordene. Dette var ingen religiøs opplevelse, men mer en utforskning av øvelser som kunne være avstressende. Etter en stund sluttet jeg med meditasjon, men kunne ta det frem igjen ved leilighet, når jeg følte behov for å stresse ned.

Men i høst hadde jeg mulighet for å friske opp min gamle praksis gjennom et kurs ledet av kollega Morten Finckenhagen ved Direktoratet for medisinske produkter. Gjennom åtte uker fikk jeg møte en hyggelig gjeng, og sammen gjorde vi enkle meditasjonsøvelser som varte i 10–15 minutter. Hver samling varte i to klokketimer, og mellom samlingene skulle vi gjennomføre daglige nærværøvelser med støtte fra lydspor med innleste instruksjoner.

Nå er det ikke alltid slik at man automatisk opplever ro og harmoni når man sitter stille i et kvarter. Det åpner også opp for følelser som man forsøker å fortrenge. Det kan oppleves som urovekkende, men likevel uomgjengelig viktig. Opplevelsen kan håndteres privat, i et vennlig rom med andre deltagere eller i individuell samtale med kursleder i de fleste tilfeller.

Målet med meditasjonen er ikke bare hvile. Man øver også på å legge merke til sinnets aktivitet med tanker og følelser som kommer og går, uten å bli oppslukt av dem. Et slikt metaperspektiv vil kunne bedre vår indre dialog og modne våre refleksjoner rundt hverdagslivet. Dette kan igjen lede deg inn i forbedringer av relasjoner og vennskap. Vi ble oppfordret til å gjøre vennlige handlinger – et aktivt valg som blir tatt godt imot av mottaker og bedrer generell trivsel i livet. Selvmedfølelse og daglige takknemlighetstanker bringer ned pulsen og øker trivselen.

I undervisningen ble det også lagt vekt på tilstedeværelse i hverdagen. Vi leger egentlig eksperter på det allerede sammen med våre pasienter. Men i fritiden er vi av og til fjerne, ikke helt til stede ... eller?

Kursleder snakket om emosjonell selvregulering. Økt oppmerksomhet på egne følelser gjør det mulig å velge en hensiktsmessig holdning og handling fremfor å bli styrt av gamle

mønstre. En mer utførlig omtale av temaene kan høres på en podkast der Morten Finckenhagen er gjest (1).

Michael de Vibe har i sin doktorgrad vist fortsatt stressreduksjonsgevinst flere år etter et kurs i oppmerksomt nærvær. En longitudinell studie over seks år med medisinske og psykologistudenter i Norge som hadde tatt et 15 timers kurs i oppmerksomt nærvær, viste at disse hadde mer velvære og bedre mestring av stress og problemer sammenlignet med kontrollgruppen. Den positive effekten kunne måles til tross for liten grad av oppfølging av øvelser (2). Dette er gevinster som oppnås på gruppenivå, så det vil alltid være noen som ikke får så mye ut av metoden. Michael de Vibe har fortalt mer om sine refleksjoner i et intervju med Tidsskriftet (3) og i en podkast (4). I tillegg finnes det

mengder av forskningslitteratur som viser forskjellige typer gevinster av mindfulness-praksis.

Nå planlegger Morten og Michael frivillig kurs for medisinstudenter. Medisinstudiet er krevende, og eksamensperioder tester ut studentens utholdenhet og kognitive evner. Man konkurrerer med andre smartinger og opplever nok mange ganger at man ikke er så på høyden som man trodde. Studenten møter alle slags sykdommer og lidelser, og på anatomen berører man håndfast død i kalde formalindunstede lik. Det er ikke til å unngå at man begynner å kjenne etter kuler på seg selv i frykt for kreft. Vage fornemmelser og mistanker om egen sykdom vokser frem i stressperioder. I tillegg må studentene håndtere pasienters og pårørendes eksistensielle smerte knyttet til sykdom og død. Det er mange følelser som må håndteres og avklares på veien til å bli lege. Og når du blir lege, venter som kjent andre utfordringer. Nå skal det sies at oppmerksomt nærvær ikke er løsningen på dårlige rammebetingelser, overbelastning eller dårlig ledelse. Men dette er en mini-intervensjon (to arbeidsdager) som kan styrke studenten/legen.

Man har etter min mening lite å tape på å sjekke ut hva dette egentlig er. ■

Alexander Wahl

alexanderwahl32@gmail.com

Alexander Wahl er veileder og spesialist i allmennmedisin og arbeider på Kurbadet Legesenter i Oslo. Han er også redaktør for primærhelsetjenesten i Helsebiblioteket.

Litteratur

- 1 Leger om livet. Episode 152: Å få det bra uten å måtte bli en bedre versjon av seg selv. Mindfulness, meditasjon og stressmestring. Med lege Morten Finckenhagen. Podkast. Lest 30.8.2024.
- 2 de Vibe M, Solhaug I, Rosenvinge JH et al. Six-year positive effects of a mindfulness-based intervention on mindfulness, coping and well-being in medical and psychology students; Results from a randomized controlled trial. PLoS One 2018; 13: e0196053.
- 3 Reymert J. Oppmerksomt til stede. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1442–4.
- 4 Hverdagspsyken. Episode 225: Michael er gjest hos Hverdagspsyken. Podkast. Lest 30.8.2024.

Legelivet

Personlige tekster
om livet som lege

Lite utbrenthet hos intensivpersonell under pandemien

Intensivpersonell som behandlet pasienter med covid-19 i det første pandemiåret, skåret lavt på målinger av utbrenthet.

Vi har fulgt en kohort med 484 intensivleger, intensivsykepleiere og deres ledere gjennom det første året av koronapandemien. Deltagerne arbeidet ved 27 av 28 norske sykehus med intensivavdeling. Målet var å undersøke arbeidsforhold og psykisk belastning. I denne studien kartla vi forekomsten av utbrenthet (1).

Det har i flere år vært rapportert om høye nivåer av utbrenthet blant helsepersonell (2–4). Pandemien forverret flere risikofaktorer, blant annet økt arbeidsmengde, mer fysisk krevende jobb, smittefrykt og moralske dilemma (5).

De første internasjonale publikasjonene under pandemien viste høy prevalens (51 %) av utbrenthet hos intensivpersonell (5).

Deltagerne fylte ut det validerte skåringsverktøyet Copenhagen Burnout Inventory (CBI) høsten 2020 og våren 2021 (6). Hensholdsvis 10 % og 14 % skåret over grenseverdien på de to tidspunktene (skala 0–100, grenseverdi 50) (1). I totalpopulasjonen var det en statistisk signifikant økning i nivået av utbrenthet, men nivået lå langt under grenseverdien. 43 % rapporterte mindre enn 5 poengs endring på utbrenthets-skalaen fra første til andre måling, 32 % hadde en økning på mer enn 5 poeng, og 25 % hadde en reduksjon på mer enn fem poeng. Det var ingen signifikant forskjell mellom profesjonene.

Forekomsten av utbrenthets-symptomer var langt lavere enn i sammenlignbare internasjonale undersøkelser

Utbrenthet var bivariat assosiert med lavere alder, mindre arbeidserfaring, tidligere angst eller depresjon, arbeidsoppgaver som gikk på tvers av egne verdier, smittefrykt og lav opplevd anerkjennelse fra arbeidsgiver. I multivariabel analyse var det kun antall

år med arbeidserfaring som var signifikant forbundet med utbrenthet.

Vi undersøkte også nivåer av angst, depresjon og symptomer på posttraumatisk stressforstyrrelse. Av de 14 % som rapporterte utbrenthet våren 2021, var det 59 % som også skåret over grenseverdiene for disse symptomene (1).

Forekomsten av utbrenthetssymptomer var langt lavere enn i sammenlignbare internasjonale undersøkelser (7, 8), men en svensk studie av leger har vist enda lavere nivåer enn våre (9). En

Fra LEFO

Artikler fra
Legeforskningsinstituttet

forklaring på funnene kan være at personellet hadde lang erfaring, som var den eneste faktoren signifikant assosiert med utbrenthet.

Deltagerne hadde i snitt 20 års arbeidserfaring, og flertallet rapporterte dessuten andre beskyttende faktorer, som å leve i et forhold samt god fysisk og psykisk helse. En annen faktor kan være at intensivkapasiteten i Norge ikke ble overbelastet, slik som i mange andre land.

Vi fulgte deltagerne i det første pandemiåret, fra våren 2020 til våren 2021. Vi vet ikke hvordan forekomsten av utbrenthet var forut for pandemien, eller hvordan den utviklet seg fram til alle smitteverntiltakene ble opphevet i februar 2022. ■

Ingvild Strand Hovland

istran@ous-hf.no

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

Erlend Hem

Erlend Hem er instituttssjef i Legeforskningsinstituttet, professor ved Universitetet i Oslo og medveileder for studien.

Irene Lie

Irene Lie er leder for Senter for pasientnær hjerte- og lungeforskning ved Thoraxkirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus, professor ved NTNU Gjøvik og hovedveileder for studien.

Litteratur

- 1 Hovland IS, Skogstad L, Diep LM et al. Burnout among intensive care nurses, physicians and leaders during the COVID-19 pandemic: A national longitudinal study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2024; aas.14504.
- 2 Moss M, Good VS, Gozal D et al. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement-Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals: A Call for Action. *Chest* 2016; 150: 17–26.
- 3 Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. *Mayo Clin Proc* 2017; 92: 129–46.
- 4 Chuang CH, Tseng PC, Lin CY et al. Burnout in the intensive care unit professionals: A systematic review. *Medicine (Baltimore)* 2016; 95: e5629.
- 5 Morgantini LA, Naha U, Wang H et al. Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. *PLoS One* 2020; 15: e0238217.
- 6 Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E et al. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work Stress* 2005; 19: 192–207.
- 7 Gualano MR, Sinigaglia T, Lo Moro G et al. The Burden of Burnout among Healthcare Professionals of Intensive Care Units and Emergency Departments during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18: 8172.
- 8 Wahlster S, Sharma M, Lewis AK et al. The Coronavirus Disease 2019 Pandemic's Effect on Critical Care Resources and Health-Care Providers: A Global Survey. *Chest* 2021; 159: 619–33.
- 9 Hem E. Depresjon og utbrenthet blant svenske leger. *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; 142: doi: 10.4045/tidsskr.22.0373.

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.

Jeg er blitt pårørende

På en sliten stol i en krok på Radiumhospitalet
sitter jeg med strikketøyet mitt.
Malingen flasser av på veggen, persiennene er ute av drift
og jeg lurar på om kanskje jeg skulle ha vasket vinduet?
Det er godt det bygges nytt.

Isenga ligger han jeg elsker.
Operasjonen har vært omfattende,
komplikasjonene også.
Det er blitt forklart og tegnet, både med
latinske ord og vendinger til meg, og med et mer
fornorsket språk til han som eier sykdommen.

Vi er godt ivaretatt.

Jeg har gjennom perioden med utredning
og behandling lest medisinske artikler om
den aktuelle patologien.

Jeg har søkt i mine kanaler på
operasjonsmetoder, residivfrekvens og
«fem års overlevelse».

Jeg er skremt inn i sjelen, men i gode
øyeblikk lener jeg meg mot dem som sier han
kan bli frisk.

Under dyna, gjennom de mørke og lange
nettene, er jeg ikke fullt så eplekje.

Vil jeg klare å beholde hytta om jeg blir alene?

Har jeg lyst til å dra dit uten ham?

På mitt eget kontor, med egne pasienter, tar
jeg meg i å tenke at ikke alle konsultasjonene
oppleves like relevante. Ja, enkelte pasienter
fremstår faktisk som litt sutrete.

Men jeg bestreber meg på å være skikkelig.

Ellers kunne jeg ikke bekle denne rollen
lenger.

Å være lege.

Og noen dager er jeg «lege som har flyttet
pasientene sine for å være hos mannen sin.»

Jeg er takknemlig for alt godt som er gjort
for at vi sammen igjen skal dele en flaske
Pinot noir.

Spille yatzy med våre egne, sære regler.

Se utsikten igjen fra den nærmeste nuten
bak hytta, sammen.

Snakke om alt og ingenting.

Og samtidig en sorg over det tapte.

Jeg tror jeg får takke for det som har vært,
og ta et ekstra slag med yatzyterningene.

Og jeg kjenner et ørlite sørgmodig stikk.

Jeg har googlet på operatørene.

Lang erfaring innbyr til trygghet.

Er de eldre enn mine egne 55, tenker jeg de
må ha øvd seg en stund.

Så er min elskede i de beste hender.

Jeg vender tilbake til strikketøyet.

En rett og en vrang, akkurat nå klarer jeg
ikke så mye mer.

En nyutdannet sykepleier prøver å småprate.

Hun kjenner min yrkesbakgrunn.

«Er du i jobb enda, du, eller er du blitt
pensjonist, Trine?»

Ser jeg så sørgmodig ut, at de 12 årene jeg har
tenkt å fortsette sveipes bort?

Idet hun har forlatt rommet, titter jeg i
speilet.

Leppestiften?

Ville det hjulpet?

På fortauet rett utenfor sykehuset kommer
jeg og en eldre kvinne samtidig til
fotgjengerfeltet.

«Etter deg, unge dame», sier kvinnen jeg
møter.

Jeg griper det til meg.

Så var det kanskje ikke så galt likevel?

Alvorlig sykdom og utredning over tid gir møte
med en rekke kolleger.

De fleste av dem er glemt idet vi forlater
kontoret, men noen kommer jeg til å huske.

Det er enten fordi legen har gjort et særlig
godt inntrykk, fanget oss der vi er og gitt oss
trygghet.

Eller at samtalene bærer preg av det helt
motsatte.

Glemt at vi hadde en avtale. Ikke lest
journalnotatet i forkant eller ikke fremstår
helt ærlig.

Men i det store og det hele, tenker jeg at de
fleste leger er hardtarbeidende, gjør så godt de
kan og har gode intensjoner. Det er fint å se.





Og det er ofte jeg med stolthet har tenkt at jeg er en del av «denne store hvite flokken.»

Å være pårørende og lege er en dobbeltrolle.

Jeg kan litt mer.

Jeg ser for meg det medisinske i hodet mitt.

Operasjonsfeltet.

Jeg vet hva en brickerblære er, lenge før ordet er sagt til pasienten.

Og det innbyr til noen morsomme episoder jeg tar med meg videre.

En hyggelig anestesilege kom for å se til min mann kort tid etter operasjonen.

Jeg skrøt av kirurgen, sa vi var takknemlige for alt godt håndverk.

Og min grønnkledde kollega svarte at han var nå bare en skarve anestesilege, han da.

Så snudde han seg mot meg, fortalte om veneflonen, og lurte på om jeg tålte å se blod.

Da var det lett å svare at jeg bare var en skarve gynekolog, men jeg tror blod går greit.

Han smilte forsiktig.

Men et visst inntrykk har jeg nok gjort, for senere kjente han meg igjen både i heisen og på parkeringsplassen.

På avdelingen hvor min mann er innlagt, skjønte jeg fort at det eksisterte en pårørendekrok.

Ikke et sted med skilt eller avgrensninger, men en umerket plass hvor vi som venter drikker kaffe.

En krok ved heisen.

Hvor vi kan være privat og bare stille sammen.

Men hvor man noen ganger også letter litt på sløret og forteller om sin nære og sykdommen.

En eldre kar kastet seg en dag over meg. Fortalte om hvor flinke de er på Radiumhospitalet.

«Her kan de gjøre mirakler, her kan de redde liv».

Og jeg tenkte, hvilken fantastisk tiltro mange har til det arbeidet som gjøres i denne bygningen.

Og med god grunn.

Den eldre mannen fortsatte: «Du vet, du og jeg, som ikke aner noe om hvordan vi ser ut innvendig, vi som ikke kan noe om medisin, vi skjønner lite av hva de holder på med her, men på dette sykehuset kan de gjøre mirakler!»

Han smilte, vinket til meg, tok heisen ned og ut i livet, etter å ha blitt ferdig behandlet.

En nydelig mann og et møte jeg senere har smilt litt av.

Nesten fem uker på Radiumhospitalet ble det for min øyensten.

Så overføring til lokalsykehus, nye konsultasjoner, polikliniske avtaler, fysioterapeut, sårbehandling og en lang rekke akutte reinnleggelser.

Veien fremover er betydelig mer kronglete enn vi så for oss, eller kanskje våget å tenke på.

Men med et håp om en felles tid videre sammen i dette lille livet vårt.

Rolf Jacobsen skriver så vakkert i sitt dikt «Piggtrådvinter» om de to som nettopp hadde giftet seg:

«Da vi hadde lagt oss om kvelden
grein vi en skvett, begge to. Gud
vet hvorfor.

Og så begynte det lange livet»

Jeg har tenkt på de setningene den siste perioden.

Nesten følt det på samme måten.

I snart et år har jeg holdt pusten.

Men nå, gradvis, begynner det lange livet. ■

Trine Fredriksen

trine.fr@gmail.com

Trine Fredriksen er lege ved

Søsterhjemmet medisinske senter i Porsgrunn.

Julie Didriksen

julie.didriksen@tidsskriftet.no

Skyggesiden av en gledelig gave

Nr. 7/1927

Da en anonym kvinne donerte 2 000 kroner i 1926 (som tilsvarer omtrent 70 000 kr i dag), til hjelp i kampen mot tuberkulose, ble det bestemt at pengene skulle øremerkes barn fra tuberkuloserammede familier. Det strømmet inn med søknader om støtte fra hele landet. I en redaksjonell tekst i Tidsskriftet nr. 7/1927 kommenteres det at alle søknadene vitnet om at vi langt fra kunne si oss fornøyd med kampen mot sykdommen (Tidsskr Nor Lægeforen 1927; 47: 364–5). Takket være effektive vaksiner og medisiner har Norge i dag en av verdens laveste forekomster av sykdommen, men globalt er tuberkulose fortsatt en av de infeksjonssykdommene som forårsaker flest dødsfall.



Det syke barn I (1896), Edvard Munch (1863–1944). Trykket av Auguste Clot (1858–1936).
Foto: Nasjonalmuseet / Ivarsøy, Dag Andre / CC BY 4.0

En gave som kom godt med.

En dame som ønsker at være unævnt sendte like før jul en gave paa 2000 kroner til Nationalforeningen mot tuberkulosen. Det blev bestemt, at disse penger skulde anvendes for at hjelpe barn fra tuberkuløse familier, som trængte at komme ind paa specielle barnehjem for tuberkulosestruede barn, men som ikke paa anden maate kunde skaffes midler dertil. Straks det blev kjendt, strømmet der ind anmodninger fra de forskjellige deler av landet om bidrag. Disse

anmodninger viste paa en uhyggelig maate hvor mange barn der for tiden findes, som trænger at komme ind paa barnehjem for tuberkulosestruede barn for nogen tid, – dels for at undgaa smitte i hjemmet, dels for at overvinde følgerne av en allerede stedfunden smitte, – men som av økonomiske grunder maa bli i sine hjem, hvor de altsaa fortsat utsættes for smitte og hvor forholdene for en stor del er slike, at barnenes motstandskraft maa nedbrytes.

De mange andragender viser dessuten tydelig, at trods alt det som er utført i kampen mot tuberkulosen, mangler der

endda mange steder overmaade meget paa, at der er gjort det som kan og bør gjøres.

De mange andragende taler desuten sit uhyggelige sprog om, at man ikke kan vente saa særlig stor nedgang i tuberkulosedødeligheten, saa længe endnu masser av barn maa leve op i hjem, hvor smittefaren er stor, uten at der gjøres noget for i tide at frelse disse barn.

Saa blir resultatet, at andragenderne maa avslaaes og en hel del tuberkulosestruede barn, som kanskje kunde været reddet, ingen hjelp kan faa

Gaven paa de 2000 kroner har bragt hjelp og glæde inn i mange hjem allerede, og taksigelsene for bevilgningerne taler sit tydelige sprog om, at gaven er kommet godt med. Den vil vistnok ogsaa bidra sit til, at barn som nu sendes til barnehjem, – usle, daarlige og motstandsløse, – om nogen maaneder – indtil et halvt aar – vender tilbake til hjemmet som sunde og motstandsdygtige.

Men der er jo en skyggeside ved alt. Der er kommet langt flere anmodninger om bidrag, end der kan efterkommes med disse penger. Og saa blir resultatet, at andragenderne maa avslaaes og en hel del tuberkulosestruede barn, som kanskje kunde været reddet, ingen hjelp kan faa. ■

Ph.d.-disputaser

Siri Dalsmo Berge

Couple Relationship Problems in General Practice. A multiple methods study of prevalence and experiences from discussions of couple relationship problems in GP consultations. Utgår fra Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Disputas 11.10.2024.

Bedømmelseskomité: Gritt Overbeck, Københavns Universitet, Danmark, Lennart Lorås, Høgskulen på Vestlandet og Silje Mæland, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Thomas Mildestvedt, Mette Brekke og Eivind Meland.

Ingrid Egeland Christensen

Serious infections in patients with inflammatory joint diseases. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 25.9.2024.

Bedømmelseskomité: Kevin Winthrop, Oregon Health and Science University, USA, Mari Hoff, NTNU og Berit Flatø, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Sella Aarrestad Provan, Tore K. Kvien, Tili Uhlig og Siri Lillegården.

Bardo Driller

Enhancing Palliative Care in Primary Healthcare for Patients with Cancer: Integrating Advance Care Planning to Support Home-Based Care at the End-of-Life. Utgår fra Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU. Disputas 5.9.2024.

Bedømmelseskomité: Hanne Irene Jensen, Syddansk Universitet – Sygehus Lillbælt, Danmark, Dagny Faksvåg Haugen, Universitetet i Bergen og May Helen Midtbust, NTNU.

Veiledere: Anne Tove Brenne, Bente Talseth-Palmer, Torstein Hole og Kjell Erik Strømskag.

Thorsten Gerstner

Sleep Disturbances, Epilepsy, EEG findings and Clinical function in Norwegian Children with Fetal Alcohol Spectrum Disorder. Utgår fra Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU. Disputas 2.9.2024.

Bedømmelseskomité: Susanne Schubert-Bast, Klinik für Kinder und Jugendmedizin und Epilepsiezentrum Frankfurt Rhein-Main, University of Frankfurt, Tyskland, Ulrik Kesmodel, Aalborg Universitetshospital – Aalborg Universitet, Danmark og Bernhard Weidle, NTNU.

Veiledere: Jon Skranes og Gro C.C. Løhaugen.

Christiane Helgestad Gjerde

Development of Advanced 3D Ovarian Carcinoma Models – Using a Decellularized Peritoneal Scaffold to Model the Extracellular Matrix. Utgår fra Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Disputas 24.6.2024.

Bedømmelseskomité: Oliver Pearce, Queen Mary University of London, Storbritannia, Heini Lassus, Helsinki University Hospital, Finland og Agnethe Engelsen, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Line Bjørge, Emmet McCormack og Katrin Kleinmanns.

Tom Lian

Quality Improvement in the Treatment of Hip Fractures. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 26.9.2024.

Bedømmelseskomité: Axel Ros, Jönköping Universitet, Sverige, Tina Strømdal Wik, St. Olavs Hospital og Sigbjørn Dimmen, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Wender Figved og Lars Nordsletten.

Umair Majid

Macrophage Dynamics in the Human Colon: Implications in Health and Cancer. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 26.9.2024.

Bedømmelseskomité: Richard Palmqvist, Umeå Universitet, Sverige, Lars Helgeland, Universitetet i Bergen og Marit Inngjerdingen, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Sheraz Yaqub, Frode L. Jahnsen og Espen Bækkevold.

Ellen Molteberg

Endocrine effects of modified Atkins diet in adult patients with drug-resistant epilepsy. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 24.9.2024.

Bedømmelseskomité: Pavel Klein, Mid-Atlantic Epilepsy and Sleep Center, USA, Marianne Aa. Grytaas, Haukeland universitetssjukehus og Ole Morten Rønning, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Erik Taubøll og Per M. Thorsby.

Anine Nordstrøm

Injuries in junior and senior ice hockey: burden and potential risk factors. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 4.10.2024.

Bedømmelseskomité: Frida Eek, Lund Universitet, Sverige, Elizabeth A. Arendt, University of Minnesota, USA og Asbjørn Årøen, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Ove Talsnes, Roald Bahr og Lars Nordsletten.

Elise Paulsen Skjevik

Group-based mentoring in undergraduate medical education. Utgår fra Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet. Disputas 27.9.2024.

Bedømmelseskomité: Anna Kiessling, Karolinska institutet, Sverige, Erlend Hem, Universitetet i Oslo og Vegard Skogen, UiT Norges arktiske universitet.

Veiledere: Eirik Hugaas Ofstad og Unni Ringberg.

Kristin Stensland Torgersen

Personality, depression and cardiovascular risk – shared genetic susceptibility and prognosis of coronary heart disease. Utgår fra Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo. Disputas 4.10.2024.

Bedømmelseskomité: Nina Kupper, Tilburg University, Nederland, Stefan Johansson, Universitetet i Bergen og Kjersti Narud, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Toril Dammen, John Munkhaugen, Srdjan Djurovic og Ole A. Andreassen.

Runa Wolden

Adhesion mechanisms and bacteriocins in Staphylococcus haemolyticus – New targets for the prevention and treatment of infections. Utgår fra Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet. Disputas 13.9.2024.

Bedømmelseskomité: Joan Geoghegan, University of Birmingham, Storbritannia, Morten Kjos, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet og Sybil Akua Okyerewa Obuobi, UiT Norges arktiske universitet.

Veiledere: Jorunn Pauline Cavanagh.

Mee Kristine Aas-Eng

Rectosigmoid endometriosis. Diagnostic tools – improving pre-operative information to women and the clinician. Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 24.9.2024.

Bedømmelseskomité: Jon Ivar Einarsson, Harvard Medical School, USA, Cecilia Bottomley, UCLH – University College London Hospitals, Storbritannia og Guttorm Nils Haugen, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Marit Lieng, Johann Baptist Dormagen og Gernot Hudelist.

Ingjald Einride Bjerkreim



Ingjald Einride Bjerkreim døde 11.5.2024, en måned før han skulle ha fylt 97 år. En forgrunnsfigur i norsk ortopedi er borte med han.

Etter artium studerte han medisin ved Universitetet i Oslo, der han tok embetseksamen i 1954. Etter turnustjeneste ved Rogaland sykehus og i Nordreisa distrikt startet han sin spesialistutdanning i generell og ortopedisk kirurgi.

Utdannelsen i generell kirurgi fikk han som assistentlege og reservelege i Sandnes, Sarpsborg, Innherred og Trondheim, og han ble godkjent spesialist i generell kirurgi i 1963. Etter tjeneste ved Sandnes sykehus og Sophies Minde ortopediske sykehus fikk han spesialistgodkjenning i ortopedisk kirurgi i 1970.

I 1973 fikk han stilling som overlege ved Sophies Minde, og i 1974 disputerte han for den medisinske doktorgraden på et arbeid om diagnostikk og behandling av hofteladdsdysplasi hos barn. Siden konsentrerte han mesteparten av sitt faglige arbeid omkring barneortopedi. Han skrev et stort antall vitenskapelige arbeider innen dette feltet.

Han var i seks måneder i 1980 gjesteprofessor ved universitetet i Illinois og professor ved Universitetet i Tromsø 1980–81. I 1983 ble han utnevnt til professor ved Universitetet i Oslo kombinert med overlegestillingen ved Sophies Minde – en stilling han hadde til han gikk av med pensjon i 1997.

Bjerkreim var en teknisk eminent kirurg. Han var en pioner innen flere felt av barneortopedien. Spesielt må nevnes kirurgisk behandling av skoliose, men også hoftedysplasi og klumpfot. Han var i tillegg den som startet moderne kirurgisk behandling med benforlengelser i Norge i 1977.

Ingjald Bjerkreim var en svært familielkær mann. Han og kona Bjørnhild, som døde i 2008, etterlater seg seks barn, 16 barnebarn og 24 oldebarn.

Bjerkreim vil bli husket for sitt grundige og samvittighetsfulle arbeid som kliniker, en fremragende innsats som gav mange pasienter bedre funksjon og økt livskvalitet.

Vi lyser fred over Ingjald Bjerkreims minne. ■

Harald Steen, Norvald Langeland, Eling Alvik

Steinar Tjønneland



Barnehjertekirurgen Steinar Tjønneland døde 11. september. Han ble født i Skjåk i 1932.

Han ble cand.med. ved Universitetet i Oslo i 1958. Etter tjeneste som anestesilege og i generell kirurgi ved Ullevål sykehus, spesialiserte han seg innen hjertekirurgi i New York og Pittsburgh i USA. Der bidro han til utviklingen og introduksjonen av intraaortal ballongpumpe for å støtte et sviktende hjertes funksjon. Dette sikret hans navn en plass i verdenslitteraturen innen fagområdet.

Fra 1971 til 1991 var han spesiallege i barnehjertekirurgi ved Rikshospitalet. Da var hjertekirurgien og behandlingen av barn med medfødte hjertefeil i rivende utvikling. Ved hjelp av hjerte-lunge-maskinen kunne flere komplekse og livstruende hjertefeil behandles hos stadig yngre og mindre barn. Parallelt med dette var det faglig fremgang innen både diagnostikk, anesthesiologi og intensivmedisin. Steinar utviklet den kirurgiske behandlingen i Norge med stort engasjement og en enorm personlig innsats.

Steinar hadde en spesielt god evne til å forestille seg den komplekse, tredimensjonale anatomien ved medfødte hjertefeil. På den tiden hadde man jo ikke noen annen preoperativ informasjon enn en endimensjonal fremstilling av anatomien. Etter at pasientens hjerte var åpnet, klippet han til lapper av Dacron med ulik konfigurasjon. De var spesialtilpasset pasienten og korrigerte det anatomiske og funksjonelle avviket ved transposisjon av de store arterier og andre komplekse misdannelser.

Hans evne til å tåle den fysiske og psykiske belastningen ved langvarige og komplekse operasjoner var imponerende. De første årene på Rikshospitalet bodde han inne på sykehusområdet, og hadde da kort vei tilbake til arbeidsplassen for å se til sine kritisk syke pasienter.

Steinar var en viktig mentor og entusiastisk læremester for neste generasjons kirurger, både som bakvakt når det gjaldt tung kirurgi på voksne, og som assistent i tilfeller med medfødte hjertefeil. Men han fortjener særlig ros for sitt bidrag til den langsiktige utviklingen av barnehjertekirurgien.

Mange pasienter og familier kan takke Tjønneland for innsatsen. Uten hans glødende engasjement, og med god hjelp av mange medarbeidere ved Rikshospitalet, ville det på den tiden ha vært langt færre hjertesyke barn som kunne ha opplevd voksenlivet.

Vi er glade og takknemlige for å ha arbeidet sammen med Steinar Tjønneland, for den støtte vi har fått og for alt han lærte oss. ■

Odd R. Geiran, Harald L. Lindberg, Einar S. Hysing, Per G. Bjørnstad, Kari Wagner, Egil Seem

Hillary Evelyn Hop



Det var med stor sorg vi mottok meldingen om at vår kollega og venn Hillary Hop var død 6. september, få måneder etter at hun fikk påvist alvorlig kreftsykdom.

Hillary ble født i Canada i 1965. Hennes fascinasjon for havet ledet henne til studier i oseanografi og kjemi i Vancouver. Under feltarbeid i Alberta møtte hun sin livsledsager, en havforsker fra Norge.

Med legeforeldre hadde hun fått innblikk i legelivet. Hun tok fatt på medisinstudier ved universitetet i Calgary og avla eksamen i 1997. Samme år gikk ferden til Norge. Norsk kunnskap tilegnet hun seg under gårdsarbeid i Lyngen.

Etter turnustjeneste ved Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø og i Øksnes kommune i Vesterålen startet hun spesialisering i allmennmedisin. I 2007 kjøpte hun fastlegehjemmel ved Skansen legesenter i Tromsø.

Hillary var brennende opptatt av faget allmennmedisin. Hun stilte spørsmål ved vedtatte sannheter og var ikke redd for å si sine meninger, men dette ble gjort på en stillferdig måte. Hun tok på seg de mest krevende oppgaver. Med utrettelig jobbing evnet hun å få andre til å bidra for å finne den løsningen som var best for pasienten.

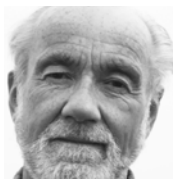
Hun hadde særlig omtanke for de eldste og talte de svakes sak. Fra 2005 arbeidet hun i deltidsstilling i sykehjem. I 2018 avsluttet hun fastlegepraksisen, og etter dette delte hun arbeidstiden mellom sykehjem, flyktning- og fengselshelsetjenesten. Det var dette arbeidet hun hadde fram til sykdommen rammet henne. Hillary trivdes best i praksis nær pasientene. Hun var kommet til fasen i livet der de akademiske ferdighetene skulle prøves og var i ferd med å starte en studie.

I arbeid på sykehjem er det ofte møter med livets slutt og døden. Hillary opplevde at nordmenn var mer distansert til døden enn hva hun var vant til fra Canada. Da hun selv ble syk, visste hun at sykdommen var uheldelig og leveutsiktene begrenset. Da utredningen var avsluttet, tok hun valget om å avstå fra forsøk på livsforlengende behandling. Dette formidlet hun på sitt stødige vis til familie, venner og kolleger. Noen syntes nok umiddelbart hennes valg var vanskelig å forstå. Hun ville møte døden slik hun levde livet. Hillary var – og er – et forbilde med måten hun levde og døde på. Hun har gjort det lettere å følge etter.

Våre tanker går til Haakon, som har mistet sin ektefelle, og Susanne, Leif og Emily som har mistet sin mor. Vi lyser fred over hennes minne. ■

Kjellaug Enoksen, Lise Figenschou, Anton Giæver, Anita Markussen

Ditlev Frimann Nergaard Jensen



Ditlev Frimann Nergaard Jensen døde 1. oktober 2024, nær 82 år gammel. Han var født og oppvokst i Oslo og tok examen artium ved Persbråten skole i 1962. Med bakgrunn i en legefamilie var det ikke overraskende at han startet medisinstudier, først to år i Münster, for deretter å avslutte i Lübeck. Etter tilleggseksamen i Oslo og turnustjeneste startet han sin spesialistutdannelse i nevrologi ved Ullevål universitetssykehus.

Han ble godkjent spesialist i nevrologi i 1984. Under tjenesten ved nevrologisk avdeling bygget han opp sitt eget nevrourologiske laboratorium. Her gjorde han banebrytende undersøkelser rundt de plagsomme vannlatingsforstyrrelsene som ofte rammer pasienter med sykdommer i sentralnervesystemet, spesielt multipel sklerose. Disse undersøkelsene og behandlingsforsøkene førte til at han i 1981 forsvarte sin avhandling *Pharmacological studies of the uninhibited neurogenic bladder* for den medisinske doktorgraden.

Etter at han flyttet til Nevrologisk avdeling ved Rikshospitalet, var han sentral i den videre utbyggingen av det nevrourologiske laboratoriet der. Hans vennlige og rolige vesen gjorde også at han fikk et spesielt ansvar for å undersøke barn med urinveisproblemer. Han var også like sentral i utviklingen av et tverrfaglig nevrourologisk miljø som 1980-tallet utviklet seg i Oslo. Den såkalte «Nevro-urologiske diskusjonsgruppe (UDYDIG)» var internasjonalt aktiv og organiserte faglig høyt verdsatte seminarer og kongresser i Oslo.

Ditlev Jensens særlige interesse for vannlatingsproblemer hos multipel sklerose-pasienter gjorde at han etter hvert ble opptatt av den generelle behandlingen av denne sykdommen. Han ledet flere undersøkelser rundt de nye immunmodulerende behandlingene som bedret tilstanden for denne pasientgruppen. Fra 1999 og frem til pensjoneringen i 2005 var han sjef for Nevrologisk poliklinikk ved Rikshospitalet.

De siste årene ble preget av sykdom. Han tok plagene med stoisk ro og klaget aldri. Vi vil minnes Ditlev som en raus, lojal og hyggelig venn og kollega. De beste minnene har vi kanskje fra besøkene hos Aase og Ditlev på landstedet ved Tvedestrand. Her fikk Ditlevs fremragende talenter hva angår teknikk og håndverk utvikle seg i vedlikehold og utbygging av familieeiendommen. Vi lyser fred over Ditlevs minne og sender kondolanser til Aase og deres to sønner med familie. ■

Ragnar Stien, Stein Opjordsmoen Ilner, Rasmus Lossius

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**Fastlege søkes til vakre Masfjorden
- kort vei fra Bergen**

Masfjorden kommune ligger i Vestland fylke. Bergen er kun 1 time og 20 minutters kjøretur unna. Kommunen har variert natur med skog, fjell og et unikt turterreng som er ideelt for fiske og jakt, i tillegg til et rikt kulturliv.

Legkontoret er bemannet med helsesekretærer, bioingeniører og sykepleiere. Kort om stillingen:

- Fastlønn
- Listestørrelse på 500 pasienter (kan justeres opp)
- Deltakelse i en interkommunal legevakt
- Helsestasjonsoppgaver
- Et godt fagmiljø amlokalisering i nytt kontorfellesskap

Kommunen kan hjelpe med å skaffe bosted og barnehageplass. Kommunen tilbyr fleksibel arbeidstid og mulighet for en dag hjemmekontor etter avtale.

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

Forskjellige stillinger**Vi søker nevrolog og hudlege til
avdeling Tønsberg**

Kristina Klinikken er et privat sykehus som tilbyr spesialisthelsetjenester innenfor en rekke spesialiteter. Klinikken har en operasjonsavdeling i Horten og en stor poliklinikk i Tønsberg ved Kjelleparken.

Vår visjon er å kunne tilby kostnadseffektiv utredning og behandling innen kort tid for offentlige pasienter. Vi har allerede store offentlige avtaler med Helse Sør-Øst og Helse. I tillegg er vi hovedleverandør for de fleste helseforsikringsfirmaene.

Kristina klinikken har et stort behov for nevrologer og hudleger fremover.

Se fullstendig utlysning på [Legejobber.no](https://legejobber.no).

Radiologi**NORDLANDSSYKEHUSET**
NORDLÁNDLA SKIPPJÍVISSO**Er du vår neste radiolog?**

Bildedagnostisk avdeling ved Nordlandssykehuset er Helse Nords nest største røntgenavdeling. Vi holder til på tre lokasjoner, Bodø, Lofoten og Vesterålen. Ved Bildediagnostisk avdeling gjennomfører vi de fleste radiologiske undersøkelser inkludert nukleærmedisin, mammografi og angio/intervensjon. Vi har også satset stort på undersøkelser som CT hjerte og MR hjerte.



**Vi har flere spennende
stillinger ledig! Skann
QR- koden for mer
informasjon**



www.nordlandssykehuset.no/om-oss/jobb-nordlandssykehuset/velkommen-til-bildedagnostisk-avdeling/

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](#).

Kurs og møter

**Velkommen til kurs Pediatri i allmennpraksis
på Scandic Helsfyr 31. januar og 1. februar**

Godkjent: Emnekurs 15 timer
Kursleder: Thomas Alme
Pris: 5500 kr + dagpakke
Deltakere: 50

Kort info: Kurset gir oppdatert og nyttig kunnskap for å mestre de vanligste pediatrike problemstillingene i allmennpraksis. Det blir blant annet undervist i vanlige infeksjoner og febertilstander, astma, allergi, EILO, endokrinologi, utviklingsavvik, akuttpediatri, ADHD, funksjonelle tilstander og mer.

Undervisningsformen er tilpasset en allmennmedisinsk hverdag og i all hovedsak basert på kasuistikker.

Se mer informasjon i kurskatalogen på Legeforeningens nettsider. Kurs ID nr. 36410

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

En å snakke med.
Konfidensielt.
Lett tilgjengelig.



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

3 gratis timer.
Uten journal.
Med taushetsplikt.



Støttekollegaordningen

DEN NORSKE LEGEFORENING

**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)

Ingen historisk satsing på helse



Anne-Karin Rime
President

AK Rime

Regjeringen mener statsbudsjettet 2025 inneholder en historisk satsing på helse. Legeforeningen skulle ønske de hadde rett, men vi er dessverre ikke enige.

Statsbudsjett-dagen er alltid preget av spenning og forventning i Legeforeningen. Kanskje spesielt i år, fordi vi siden det forrige statsbudsjettet ble lagt frem, har fått en ny helse- og omsorgsminister som har hatt en tydelig og offensiv profil på å få ned ventetidene i spesialisthelsetjenesten. Da trengs det investeringer. I forkant av statsbudsjettframleggelsen lovet også regjeringen 5,5 milliarder kroner mer til sykehusene. «En historisk satsing,» påpekte helseminister Vestre. Etter å ha gått statsbudsjettet nærmere i sømmene, kan imidlertid ikke Legeforeningen si oss enige.

Vi er selvsagt fornøyde med at midlene til helse ikke går *ned* fra i fjor. Regjeringen har også rett i at helse har det tredje største budsjettet i kroner og øre. Men sammenlignet med andre sektorer er ikke helse noen budsjettvinner. Snarere midt på treet.

Fasit er at dette budsjettforslaget ikke vil bedre den økonomiske situasjonen i sykehusene i særlig grad. Når kostnadene til aktivitetsvekst trekkes fra, er det nemlig lite som gjenstår av frie driftsmidler. Når sykehusene i tillegg styrer mot store underskudd og samtidig må håndtere et økonomisk etterslep som har bygget seg opp over tid, vil det ikke være rom igjen for investeringer eller å øke kapasiteten som skal få ned ventetidene.

Fremover vil sykehusene også belastes med store kostnader knyttet til renter og avdrag på lån. Bare i 2025 skal sykehusene betale nærmere 3,3 milliarder kroner i renter og avdrag til statskassen. Dette må tas fra driftsbudsjettene. Renter og avdrag på lån er i tillegg ventet å øke ytterligere fra 2026, da flere store byggeprosjekter ferdigstilles.

Legeforeningen er positive til at effektiviseringskravet som har ligget på sykehusene siden 2008 er fjernet, og at sykehusene fullt ut får dekket sine kostnader knyttet til aktivitetsvekst. Samtidig tales det litt med to tunger når regjeringen legges til et generelt effektiviseringskrav på 316 millioner kroner.

Heller ikke flere nye LIS1-stillinger har regjeringen hatt rom for å opprette i dette budsjettet. Det er stor mangel på legespesialister i hele landet og det tar minst 6,5 år å utdanne en spesialist. Alle leger må ha LIS1-stilling for å kunne påbegynne spesialiseringen sin. Vi hadde derfor forventet en satsing på LIS1. Og det er myndighetene som skal opprette LIS1-stillinger, ikke kommuner og sykehus. Dette for å dimensjonere antall stillinger etter landets behov.

Befolkningen har krav på en velfungerende helsetjeneste i hele landet. Det forutsetter at legene har levelige arbeidsforhold uansett hvor de jobber. Men når helsetjenesten er preget av kontinuerlig ressursmangel, er det en reell fare for at driftshensyn og effektivisering går på bekostning av pasientbehandling, faglig kvalitet og spesialistutdanning. Og dersom vi går tom for fagfolk før vi går tom for penger, så MÅ vi bruke mer penger til å investere smartere mens vi enda har folk. For det er aldri noe alternativ å gi opp. ■

Blir kvitt angstlidelser med VR-teknologi

Ulrika Larsson er psykiater og veileder i kognitiv atferdsterapi på Psykisk helse- og rusklinikken i Bodø. Her leder hun teamet Bodø Intensiv Eksponeringsterapi (BIET), en intensiv behandling med eksponeringsterapi av pasienter med angstlidelser.

Det var takket være tilfeldigheter og en engasjert LIS3 at Ulrika Larsson for noen år siden kom i snakk med psykiater Erik Salvador. Han jobbet på Institutt for militærpsykiatri og stressmestring i Forsvarets sanitet, og hadde i mange år arbeidet med å utvikle en intensiv kursmetode basert på eksponeringsbasert kognitiv adferdsterapi for veteraner.

– Det var tydelig at denne eksponeringsbaserte tilnærmingen var noe vi kunne benytte i behandlingen av angstlidelser på klinikken vår. Forsvarets Sanitet ved Institutt for militærpsykiatri og stressmestring var positive til å initiere et militært sivilt samarbeid for å viderefor-

midle metodikken og sin kunnskap om eksponeringsbasert behandling for veteraner. Hele gruppen fra Forsvaret kom dermed til Bodø for å holde en workshop for alle våre behandlere som skulle jobbe med BIET, forteller Ulrika, og legger til:

– På kurset gjennomførte og opplevde vi behandlingen på samme måte som våre pasienter etter hvert skulle gjøre. Vi fikk rett og slett selv teste det samme som pasientene skulle inn i. Det gir en helt annen forståelse av det man arbeider med, og også en helt annen troverdighet når vi formidler noe vi har opplevd selv, og ikke bare lært teoretisk.

BIET med VR som verktøy startet opp i 2022 og er nå en velintegreert del av virk-

somheten ved klinikken. De har tilpasset kursmodellen fra Forsvaret til å kunne brukes i behandling.

Teamet er satt sammen på tvers av de tradisjonelle avdelingene på klinikken, og består av syv behandlere; psykiatere, psykolog, psykologspesialist og sykepleier i tillegg til merkantil støtte. Ulrika er teamleder og de seks andre behandlerne er co-terapeuter til hver sin pasient.

Motivasjon er nøkkelen til å lykkes

Ulrika er opptatt av å drive fagfeltet fremover ved å åpne for nye verktøy. Hun forteller at de var først ute med å ta i bruk denne modellen hvor det ikke skilles på hvilken angstdiagnose pasi-

Tester VR-teknologien: Psykiater Silje Lovise Stokvik Fredriksen (til venstre) sammen med Ulrika Larsson. Foto: Annette Fretheim Karlsen / Nordlandssykehuset



enten har. Teamet jobber intensivt med pasientene i totalt fem dager fra morgen til ettermiddag. I tillegg har de hjemmeoppgaver. For å forebygge tilbakefall kommer pasientene tilbake etter en måned for en gjennomgang av hvordan det har fungert, og hvilke hindringer de eventuelt har møtt på.

– Motiverte pasienter er nøkkelen til å lykkes. De som kommer til oss har kommet til et punkt hvor de vil gjøre noe for å klare å håndtere angsten sin. Motivasjon og et ønske om å ta tak i problemet er viktigere enn hvilken angstdiagnose man har, sier Ulrika, og legger til:

– Det som gjør dette helt unikt er at vi både jobber i grupper og med persontilpasset behandling. Det er et givende og morsomt arbeid, men det er også krevende nettopp fordi hvert enkelt opplegg er persontilpasset. Da er det viktig at vi som behandlere står stødig i det vi driver med og trykker hverandre, fordi vi vet at angst og tvil smitter, både i teamet og over til pasienter.

– Det er et fantastisk team og uten dem hadde ikke dette vært mulig, sier Ulrika.

Når angsten styrer livet

For mange kan angsten bli så hemmende og vanskelig å takle at de faller helt utenfor samfunnet. Ikke bare innebærer det store personlige tap, men koster også samfunnet store beløp og ressurser. Sosial angst kan hindre deg fra å gjennomføre skolegang, fra å flytte hjemmefra, fra å begynne å jobbe, fra å treffe andre mennesker. Ulrika nevner også edderkoppangst som et eksempel. Mange som har den type angst tør ikke reise på ferie, ligge i telt med barna sine, være på hytta eller gå ned i kjelleren. De våger bare være ute når det er snø på bakken.

– Disse angstpasientene som tenker at nok er nok, nå skal jeg utfordre angsten, er noen av de modigste menneskene jeg vet om. For å ta det spranget krever så enormt mye mot. Det er ikke bare å utsette deg for det som gir angst. Det er den mentale innstillingen til hvordan

man møter angsten som er nøkkelen, og det er den vi jobber med, påpeker hun.

Utfordrer angsten med VR-briller

Ulrika understreker at VR ikke er behandling, men et veldig godt verktøy. Behandlerne kan metoden, hjelper pasienten med å analysere situasjoner, støtter, stiller spørsmål underveis, og minner på at de nå er på vei til selv å bestemme hva de skal gjøre i stedet for å la angsten styre.

– De som jobber i teamet kaller seg for co-terapeuter; for det er pasienten som gjør all jobben, og det at pasientene har oppgaver selv er noe av nøkkelen. Vi behandler dem ikke friske – de behandler seg selv, påpeker Ulrika, og tilføyer:

– VR-behandlingen handler om å aktivt oppsøke og utsette deg for det som gir deg angst. Selv om pasienten vet at de er i en virtuell virkelighet, så forstår ikke følelsene forskjellen. I et virtuelt miljø og med trygge rammer rundt får pasientene testet ut og møtt angsten sin på en ny måte. Det viktigste er å endre den mentale innstillingen og det er det vi jobber med. Dette er en trygg måte å utfordre seg på. Det viktige er at pasientene får selvstilt gjennom å bli eksponert for angsten i den virtuelle verdenen.

I VR-rommet er det mulig å eksponere pasientene for edderkopper, sosiale situasjoner, eller andre fobier. Men når BIET jobber med eksponering er det først og fremst angsten de jobber med å utfordre, ikke nødvendigvis en enkelt fobi. De legger til rette for at pasienten kan utfordre det som generelt kan fremkalle angst, for eksempel store høyder. De ønsker å komme til livs at det er angsten som bestemmer i pasientens liv og ikke personen selv.

Gode resultater

– Vi starter i VR for så å gå ut i det virkelige liv. For i VR-verdenen vet pasienten at det er trygt, og det gjør at de tør å teste ut mer. De får prøvet ut en ny måte å forholde seg til angsten på, som de siden kan ta med seg ut i det virkelige liv der de skal fortsette arbeidet selv. Det gjør dem bedre rustet til å møte mer uforutsigbare situasjoner.

– En fortsettelse av arbeidet kan være å gå på byens kjøpesenter, gå frem til en fremmed og spørre: «Hei, jeg er ikke så kjent her, finnes det noen kafeer du kan anbefale for lunsj?». En med sosial angst ville heller gått sulten hele dagen enn å tørre å stille et slikt spørsmål, og enda mindre sette seg på en kafé, sier Ulrika.

Så langt har over 55 pasienter gjennomført behandlingen med hell.

– Det høres nesten litt for godt ut til å være sant, men det vi ser, og vår kliniske erfaring, er at for majoriteten av pasien-



Gode resultater: Psykiater Ulrika Larsson understreker at VR ikke i seg selv er behandling, men et veldig godt verktøy i behandlingen av angstlidelser. Foto: Annette Fretheim Karlsen / Nordlandssykehuset

– Disse pasientene som tenker at nok er nok, nå skal jeg utfordre angsten, er noen av de modigste menneskene jeg vet om

Ulrika Larsson, psykiater og veileder i kognitiv adferdsterapi

tene så har behandlingen hjulpet dem med å bli kvitt angstlidelsen, sier Ulrika og fortsetter:

– Vi tilbringer mye tid med pasientene, og oppdager jo at noen kan ha tilleggsproblematikk eller for eksempel ha en udiagnostisert depresjon. Da hjelper vi dem videre i systemet med utredning og den behandlingen og støtten de trenger.

Ulrika forteller at de har hatt pasienter med sosial angst som etter behandlingen har holdt foredrag for 20 vilt fremmede mennesker.

– Plutselig står de og holder et personlig foredrag om sin egen angst, noe de selv ikke har trodd ville være mulig. Det som skjer når de endrer innstillingen til angsten er nesten ikke til å tro – det er stor kraft i det.

– Det høres nesten litt religiøst ut, men det er det ikke, dette er vitenskap, dette er psykologisk kunnskap. Den friheten pasientene får er et privilegium å få oppleve, avslutter den engasjerte psykiateren. ■

Lisbet T. Kongsvik

lisbet.kongsvik@legeforeningen.no

Hva er VR?

VR står for virtual reality – på norsk virtuell virkelighet. Ved bruk av VR-briller får brukerne oppleve virtuelle situasjoner i 3D. Brillene har skjermer på innsiden og bevegelsessensorer som gir en følelse av å være til stede i det virtuelle miljøet. Dette gjør at man kan trene på eksponering for ulike situasjoner på en måte som ligner eksponering i fysisk virkelighet.

Kilde: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)

Statsbudsjettet 2025: – Sykehusene i økonomisk krise

– Med et stadig større sykehusunderskudd og manglende satsing på flere LIS1-stillinger, er vi urolige for fremtiden til den offentlige helsetjenesten, sa president Anne-Karin Rime i forbindelse med høringen om statsbudsjettet.

Regjeringen la frem sitt forslag til statsbudsjett for 2025 mandag 7. oktober. Legeforeningen understreket at med et så stort etterslep og betydelige behov i helsetjenesten, burde regjeringen ha prioritert befolkningens helse og trygghet langt høyere. Dette budskapet ble gjentatt under den muntlige høringen om statsbudsjettet i helse- og omsorgskomiteen.

En varslet krise

Legeforeningen har lenge varslet om en økonomisk krise for sykehusene, og nå er krisen et faktum. Innen utgangen av august hadde helseforetakene et samlet underskudd på nærmere 1,9 milliarder kroner.

– Vi leger liker å diskutere kasuistikker, og jeg skal legge frem en for dere i dag. Helse Møre og Romsdal har til nå et underskudd på nærmere en halv milliard kroner, mye grunnet Helseplattformen.

Derfor må de spare 200 millioner det neste året. Det skal de gjøre ved å redusere innleie, redusere stillinger, ta ned sykefraværet og samtidig behandle flere pasienter. På toppen kommer flere hundre millioner kroner i renter og avdrag for det nye sykehuset på Hjelset. Dette er ikke bærekraftig, advarte Rime, før hun fortsatte:

– Jeg trekker frem dette eksemplet fordi det illustrerer hva som skjer i en rekke helseforetak. Konsekvensene ser vi allerede: Ansatte slutter i jobben, sykehusene sliter med å rekruttere, ventetidene øker og vedlikeholdsetterslepet vokser. Det er nå et bære eller briste for den offentlige helsetjenesten.

– Staten løper fra ansvaret

I forslaget til statsbudsjett avsetter ikke regjeringen noen nye midler til flere stillinger for leger i spesialisering (LIS1). Legeforeningen har lenge vært tydelig på at myndighetene snarlig må begynne å øke

antall LIS1-stillinger med flere hundre stillinger de nærmeste årene. Jo lenger de utsetter dette, jo større vil behovet bli.

– Det er positivt at regjeringen bevilger 50 nye studieplasser i medisin, men når det ikke fylles opp med nye LIS1-stillinger som nyutdannede leger kan starte i, går ikke regnestykket opp. Vi trenger både flere stillinger nå, og vi må vite hvor mange stillinger vi trenger i fremtiden. Siden vi ikke utdanner nok egne spesialister, er vi avhengig av utenlandske legespesialister. Det er svært uheldig, understreket visepresident Nils Kristian Klev, før han avsluttet:

– Regjeringen ønsker at kommunene og sykehusene skal ta mer ansvar for LIS1-løpet. Men da løper staten fra ansvaret sitt. Vi håper Stortinget vil påpeke dette overfor regjeringen. ■

Tor Martin Nilsen

tor.martin.nilsen@legeforeningen.no

På stortinget: Nils Kristian Klev og Anne-Karin Rime representerte Legeforeningen under den muntlige høringen om statsbudsjettet i Helse- og omsorgskomiteen. Foto: Stortinget



Innspill til stortingsmelding om allmennlegetjeneste for fremtiden

Regjeringen jobber med en stortingsmelding om fremtidens allmennlegetjeneste, som legges frem våren 2025.

Legeforeningen har sendt sine innspill til meldingen til Helse- og omsorgsdepartementet.



Innspill: Legeforeningen har en rekke konkrete forslag til små og store tiltak. Illustrasjonsfoto: Thomas B. Eckhoff / Legeforeningen

Regjeringen utreder en rekke tiltak med sikte på å skape en bærekraftig allmennlegetjeneste for fremtiden. Arbeidet bygger på «Gjennomgang av allmennlegetjenesten – ekspertutvalgets rapport», og flere utredninger fra Helsedirektoratet i oppfølgingen av ekspertutvalget. I tillegg har departementet bedt om innspill til den kommende stortingsmeldingen, som vil omhandle flere temaer enn de som er berørt i tidligere utredninger.

Tilstrekkelig kapasitet og håndterbar arbeidsbelastning

Legeforeningen har en rekke konkrete forslag til små og store tiltak. Vi mener at en del av svaret på utfordringene i allmennlegetjenesten er å sørge for tilstrekkelig kapasitet og kontinuitet i tjenesten, tilrettelegging for god samhandling og kommunikasjon både in-

ternt i primærhelsetjenesten og mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og å sørge for at LIS1 og nyutdannede leger får et godt møte med allmennlegetjenesten.

Videre må legene ha en håndterbar arbeidsbelastning. Digitalisering kan gi gevinster i allmennlegetjenesten, men kan også gjøre stor skade. Legeforeningen mener det er avgjørende med god involvering av klinikere, at utviklingen må være behovsdrivet og at innføring av nye verktøy må skje skrittvis. Et grunnleggende premiss må være at all digitalisering skal frigjøre tid for helsepersonellet. ■

Monica Auberg

monica.auberg@legeforeningen.no



Gledelig løsning etter langvarig tvist om vakttillegg

I begynnelsen av september ble en langvarig tvist om innslagspunktet for vakttillegg for leger ved Diakonhjemmet sykehus løst.

Partene, Legeforeningen og arbeidsgiverforeningen Virke/Diakonhjemmet sykehus, kom til enighet gjennom et forlik.

Uenigheten handlet om hvorvidt legene skulle ha vakttillegg for hele vekten eller kun for perioden mellom kl. 17.00 og 07.00. Tidligere fikk legene tillegg for hele vekten, men fra 1. januar 2022 innførte Diakonhjemmet en endring der tillegg kun ble utbetalt mellom kl. 17.00 og 07.00.

Legeforeningen er fornøyd med at partene har blitt enige om et forlik. Avtalen innebærer at legene fortsatt skal få vakttillegg for hele vekten. I tillegg vil det bli gjennomført etterbetaling av manglende tillegg fra januar 2022. Arbeidsgiver og de tillitsvalgte vil samarbeide om en praktisk løsning for beregning og utbetaling av etterbetalingen.

Uenigheten har blitt fulgt opp av de tillitsvalgte ved sykehuset og Legeforeningens advokater. Saken var berammet for behandling i Arbeidsretten senere i høst. Saken er nå hevet som forlikt. ■

Kristin Krogvold

kristin.krogvold@legeforeningen.no

Studie:

Pasienter som mister fastlegen sin, er oftere hos allmennlege og på sykehus

Pasienter som opplever at fastlegen deres pensjonerer seg eller flytter fra et fylke til et annet, oppsøker oftere andre fastleger og har flere planlagte kontakter med sykehus i fem år etterpå, sammenlignet med pasienter som har samme fastlege, ifølge en stor norsk registerstudie.

Flere norske studier har sett på kontinuitet i fastlegeordningen, og mye tyder på at det å ha samme fastlege over tid har en positiv effekt på pasientenes helse. Nå har forskere ved NTNU undersøkt bruken av helsetjenester i fem år etter at pasienter opplevde at fastlegen ble pensjonert eller flyttet. Studien har også sammenlignet dødeligheten hos pasienter med fastlege-brudd og hos dem med samme fastlege.

De viktigste funnene i studien er:

- Bruken av legevakt og akuttinnleggelse på sykehus økte med rundt tre prosent det første året blant pasienter som mistet fastlegen sin
- Bruken av allmennlege og planlagte sykehuskontakter økte med rundt fem prosent og vedvarte i oppfølgingsperioden på fem år
- Det var ingen forskjell i dødelighet hos pasienter der fastlegen pensjonerte seg/flyttet til et annet fylke, sammenlignet med pasienter som beholdt samme fastlege

Resultatene er nylig publisert i BMJ Quality & Safety.

Nasjonale data

I 10-årsperioden 2011 til 2020 gikk 819 fastleger av med pensjon, og 228 leger flyttet fra et fylke til et annet, ifølge studien. Dette involverte nesten 1,2 millioner pasienter. Forskerne har informasjon om bruk av allmennlege/fastlege, legevakt, akutte og planlagte kontakter på sykehus (inkludert poliklinikk og innleggelser) samt totaldødelighet for disse pasientene og for kontrollgruppen på cirka 2,3 millioner pasienter der fastlegen fortsatte som før i løpet av oppfølgingstiden på fem år.

Dataene er hentet inn tre år før fastlegebrudd og fem år etterpå, fra fire nasjonale registre: KUHR (takstsystem for allmennpraksis), Norsk pasientregister (NPR), Dødsårsaksregisteret og Fastlege-registeret.

Førsteforfattere av studien er Kristin Hestmann Vinjerui og Andreas Asheim.

– Mange opplever å miste fastlegen sin i en fastlegeordning som er under press. Andre studier har vist at det er bra å ha en definert fastlege. Vi viser at ved brudd i den personlige fastlege-kontinuiteten ser det ut til at selve ordningen er en buffer for pasientsikkerheten. Det er godt å ha med seg at overgang til ny fastlege ser ut til å være trygt uten at det har vært et system for det. Når fastlegeordningen stadig er under press, er det viktig å legge

til rette for at det fortsatt skal være en god klinisk overtakelse når det er forventet at en fastlege skal slutte, sier postdoktor Kristin Hestmann Vinjerui.

Hun er lege i spesialisering i samfunnsmedisin og førsteamanuensis ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU.

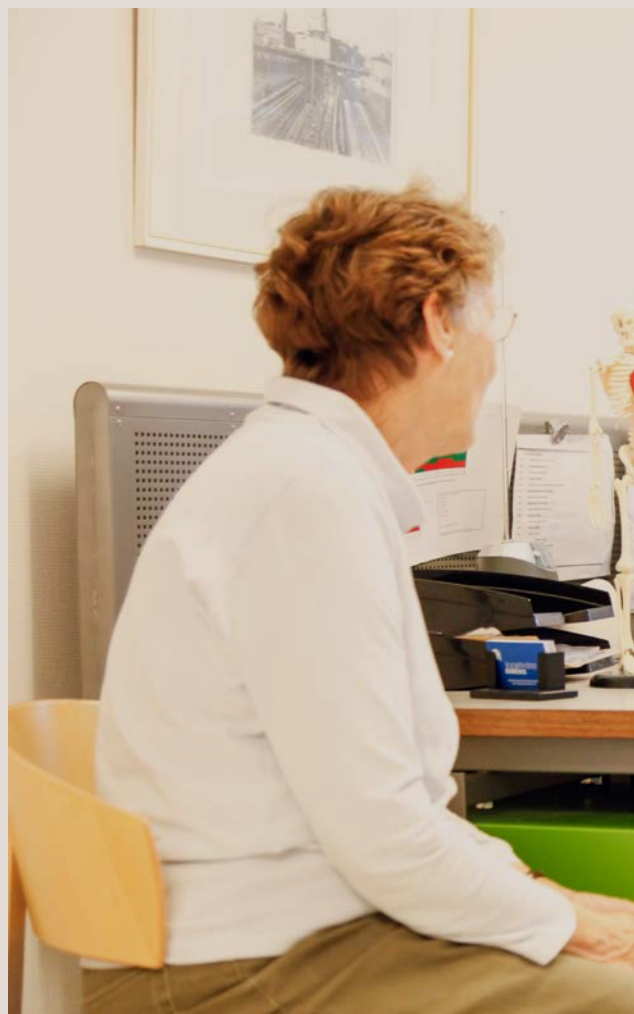
Nær 150 flere fastlegekonsultasjoner

Som nevnt økte bruken av legevakt med tre prosent, mens økningen var fem prosent for allmennpraksis.

- Hvor store vurderer dere at økningene var?
- Vi har få studier å sammenligne med, så vi

Vi viser at ved brudd i den personlige fastlege-kontinuiteten ser det ut til at selve ordningen er en buffer for pasientsikkerheten

Kristin Hestmann Vinjerui, lege i spesialisering i samfunnsmedisin og førsteamanuensis ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU





Førsteforfatter: – Jeg mener det er viktig å se om det bak det store bildet kan skjule seg undergrupper av pasienter som er mer utsatt for uheldige helseeffekter ved brudd i kontinuiteten med en fastlege, sier lege og forsker Kristin Hestmann Vinjerui ved NTNU. Foto: NTNU

var veldig åpne for hvilke resultater vi ville få. Økningen er liten til moderat når vi ser på de relative forskjellene mellom de som mistet og de som beholdt fastlegen sin. Hyppigere kontakt med legevakt og akuttinnleggelser var kortvarig, med en økning bare det første året etter brudd. Planlagte innleggelser og bruk av fastlege viste derimot en økning i alle de fem årene vi så på, og vi vet jo ikke om økningen vedvarte også utover det, svarer Vinjerui.

Forskerne har regnet ut at for 1000 pasienter, som i dag er en gjennomsnittlig størrelse på en fastlegeliste, var det 148 flere kontakter i året i

allmennpraksis. Tilsvarende økning var 13 og 16 ekstra kontakter det første året ved henholdsvis legevakt og akuttmottak på sykehus og 51 ekstra planlagte kontakter (innleggelser eller poliklinikk) på sykehus hvert av de fem årene.

– Når vi vet at mange fastleger bare har pasienter fire dager hver uke, innebærer økningen cirka én ekstra kontakt per dag. Det kan bety merarbeid for fastlegene, som allerede er under press. Vi har imidlertid ikke sett på innholdet i de ekstra kontaktene og hva det fører til. En dansk studie så på effekten ved kontinuitetsbrudd på legekontornivå, og de fant økt takstbruk per fastlegebesøk, det vil si flere undersøkelser. De fant også at det ble satt en del nye diagnoser av kroniske lidelser samt mer planlagt sykehusbruk.

– *Hva kan være mulige forklaringer på at helse-tjenestebruken økte etter kontinuitetsbrudd i studien deres?*

– Alle fastleger vil bli kjent med pasienten på en ny liste og kan ha behov for hyppigere kontakt med pasientene ved oppstart av en praksis. Det kan også være at nye leger som overtar er yngre eller mindre erfarne, og en norsk studie har vist en tendens til at disse legene henviser hyppigere enn mer erfarne fastleger, sier Vinjerui.

Kan være sårbare undergrupper

Det er også andre ubesvarte spørsmål, ifølge forskeren.

– Vi må være åpne for at økningen i bruk av fastlege og planlagt sykehuskontakt vedvarer utover fem år. Også vil det være interessant å se om det er enkelte pasientgrupper som er ekstra sårbare ved kontinuitetsbrudd, som for eksempel pasienter med flere sykdommer og psykisk syke. I dag er det ingen prioritering av pasienter i fastlegeordningen – alle har lik rett til å få fastlege. Jeg mener det er viktig å se om det bak det store bildet kan skjule seg undergrupper av pasienter som er mer utsatt for uheldige helseeffekter ved brudd i kontinuiteten med en fastlege.

Artikkelforfatterne påpeker at det er komplekse sammenhenger knyttet til det å studere fastlegekontinuitet.

– Funnene våre står litt i kontrast til det som er vist før i studier om kontinuitet; for eksempel Hogne Sandviks studie som fant lavere dødelighet hos pasienter som hadde samme fastlege over mange år, sammenlignet med samme lege i få år. Brudd og overganger er noe annet enn kontinuitet. Vi har studert brudd, og studien vår utdyper og nyanserer kunnskapen om kontinuitet mellom fastlege og pasient. Brudd og overganger ved bytte av fastlege er viktig å belyse. Studien vår tyder på at overgangen til ny fastlege er trygg, i hvert fall med tanke på dødelighet. Det er fint, men samtidig bør vi legge til rette for at fastlegene kan få til gode overganger. I dag er det for eksempel ikke noe økonomisk insentiv for å få til en god overgang for leger som selger listen sin, selv om de fleste nok sørger for en trygg overgang likevel, avslutter Kristin Hestmann Vinjerui. ■

Lisbeth Nilsen

bethnil17@gmail.com

Studiefunn: Forskerne har regnet ut at for 1000 pasienter, som i dag er en gjennomsnittlig størrelse på en fastlegeliste, var det 51 ekstra planlagte kontakter (innleggelser eller poliklinikk) på sykehus hvert av de fem årene etter at fastlegen pensjonerte seg eller flyttet. Illustrasjonsfoto: Mostphotos



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
Brattebø, 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	
Hjartåker, 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	

Les i neste nummer

- Allmennlegerotasjon
- Humerusfraktur
- Kunstig intelligens
- Rasisme
- Kvalitetsregistre

KOMMER
26. NOVEMBER

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

Digitalisjef 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 Vangsnes, 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

Produktsjefer Njål H. Anderssen,

Tina Bjørnstad

Faste bidragsyttere

Simon Andrup, Haakon B. Benestad, Gudrun Maria Waaler Bjørnelv, Kristoffer Brodwall, Jeanette Engquist, Jon Michael Gran, Ruth Halsne, Tori Flaatten Halvorsen, Martin Hotvedt, Rita Gamlem Kristiansen, Charlotte Lunde, Stian Lydersen, Kåre Moen, Elise Catriona Solberg O'Leary, Are Hugo Pripp, Jo Røislien, Anne Kathrine Sebjørnsen, Melanie Rae Simpson, Rune Skogheim, Eva Skovlund, Amanda Hylland Spjeldnæs, Marianne Riksheim Stavseth, Mats Julius Stensrud, Christina Svanstrøm, Elisabeth Swensen, Kari Toverud, Marit Tveito, Sigurd Ziegler, Jørgen Østensjø, Geir Aamodt

Redaksjonskomité

Kari Milch Agledahl, Jeanette Bjørke, Knut Eirik Ringheim Eliassen, Sverre Myren, Per Henrik Randsborg, Victoria Schei, Anne Cathrine Staff (leder)

Kontakt

Besøksadresse

Christiania Torv 5, Oslo

Postadresse

Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Sentralbord: 23 10 90 00

www.tidsskriftet.no

redaksjonen@tidsskriftet.no

annonser@tidsskriftet.no

oversettelse@tidsskriftet.no

stetoskopet@tidsskriftet.no

Trykk Aksell AS

Opplag 32 050

Antall utgivelser 15 numre per år

ISSN 0029-2001



Hør de nyeste episodene av Tidsskriftets podkast

**Brystkreft under
graviditet**

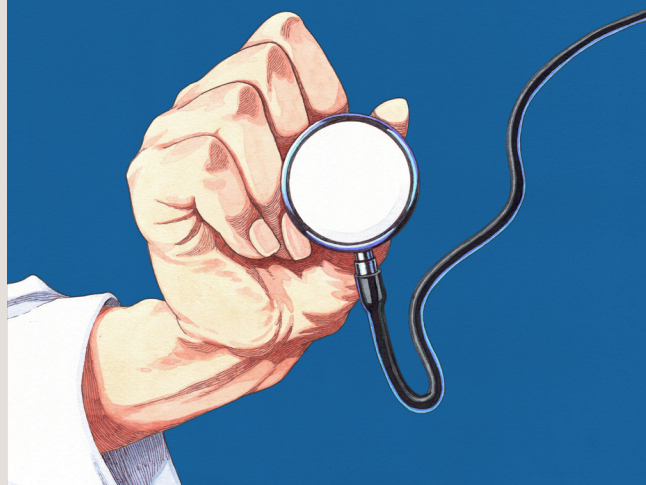
Gjester:

*Kathrine Vandraas og
Anna Sætersdal*

**Utbrudd av m-kopper –
hvor alvorlig
er situasjonen?**

Gjest: Øyunn Holen

Stetoskopet



**Hva betyr kjønn
for legemiddel-
behandling?**

*Gjest: Jan Didrik
Schjøtt*

**Positiv
diagnosestrategi
ved funksjonell
nevrologisk lidelse**

Gjest: Sverre Myren

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 