



Tidsskriftet

DEN NORSKE LEGEFORENING



Årets
tidsskrift
2018

Mammografi, politikk og vitenskap

Forventningen om å redde liv
preget debatt om screening

Trygge fødsler
i norske fødestuer

Når hårnapping
tar overhånd

Har du en plan?



ARE BREAN
SJEFREDAKTØR

«Jeg har en plan», sa Egon Olsen, og 1970-årenes kinogjengere visste at nå ble det gøy. En plan er fint å ha, ikke bare for den perfekte forbrytelse, men også dersom du skal i gang med et forskningsprosjekt. Fra og med 1. juli 2018 må du ikke bare planlegge hvordan du skal samle og analysere dataene i prosjektet. Du må også ha en datadelingsplan.

I 2017 publiserte International Committee on Publication Ethics (ICMJE) retningslinjer for hvilke krav vitenskapelige tidsskrifter skal stille for deling av forskningsdata: Manuskripter som bygger på data fra kliniske studier, skal ledsages av en beskrivelse av hvilke muligheter andre har til å få tilgang til data på individnivå. Dette vil også gjelde i Tidsskriftet. Foreløpig er det ingen plikt til å dele. Nei er et greit svar, så lenge det kan begrunnes. For data kan selvsagt bare deles dersom pasienten har samtykket til det, og lovverk og infrastruktur er på plass.

Fortsatt gjenstår det mye før deling av individbaserte, sensitive helseopplysninger kan gjennomføres på en bred skala. Kravet om en datadelingsplan er et forsiktig steg, i riktig retning, mot en mer etterrettelig og åpen vitenskap.

LES I DETTE NUMMERET

Forventningen om å redde liv

Kunnskap basert på forskning var bare én av flere faktorer som virket inn på beslutningen om å innføre mammografiscreening i Norge. Dette viser en studie av dokumenter og referater fra debatten på Stortinget våren 1998. Premisset om redusert dødelighet dominerte, mens problematiske sider ved å innføre brystkreftscreening i liten grad ble trukket frem.

Innføring av nye metoder og prioritering i helsetjenesten må være basert på best mulig kunnskap, men politikere og fagpersoner har ofte ulike perspektiver og vektlegger kunnskap ulikt, skriver fagdirektør i Helse Sør-Øst på lederplass.

SIDE 890, 914

Trygge fødsler i norske fødestuer

Erfaringene med planlagte fødsler ved fødestuer er gode, også når man tar hensyn til overflyttinger til fødeavdelinger på sykehus. Dette viser en kartlegging av aktiviteten ved norske fødestuer i perioden 2008–10. Rundt 11 % av kvinnene med planlagte fødestuefødsler ble overflyttet under eller etter fødselen.

Fødestuene ble i sin tid opprettet for å lette arbeidssituasjonen for distriktsjordmødrene. Nå er de fleste fødestuer nedlagt pga. lave fødselstall.

SIDE 891, 920

Når hårnapping tar overhånd

Trikotillomani er kjennetegnet av vedvarende mangel på kontroll over en impuls til å nappe ut hår og med påfølgende merkbart hårtap. Trikotillomani er en psykisk lidelse, rammer særlig barn og ungdom, kan få et kronisk forløp og kan være ledsaget av sosial isolasjon, depresjon og angst. Atferdsterapi med vaneendringstrening og stimuluskontroll er vist å være effektivt hos både barn og voksne, men tilbakefall er vanlig. Slike tilbud er tilgjengelig ved universitetssykehusene i Oslo og Trondheim.

SIDE 927

FORSIDE



Illustrasjon © Mari Kanstad Johnsen

Første gang ordet «science» dukket opp i en av Donald Trumps twittermeldinger var 13.9.2012: «Wake Up America! See article: 'Israeli Science: Obama Birth Certificate is a Fake'.» Seks år senere har forholdet mellom politikk og vitenskap sjelden vært mer aktuelt: I 2017 forbød Trump-administrasjonen bruk av ordene «vulnerable», «entitlement», «diversity», «transgender», «fetus», «evidence-based» og «science-based» i dokumenter fra helsemyndighetene ved Centers for Disease Control and Prevention. Selv om fake news-presidenten representerer en ny æra for løgnaktig omgang med fakta og forakt for kunnskap, er spørsmålet om vitenskapens politisering og politikken vitenskapeliggjøring ikke nytt. I stortingsdebatten om mammografiscreening i 1998 ble noen vitenskapelige sannheter vektlagt – og andre ikke. Vitenskapens svar på spørsmål langs tradisjonelle skillelinjer i norsk politikk var vel så relevante.

Fra redaktøren

889 Eksamen og legers virkelighet
Petter Gjersvik

Leder

890 Hvordan innføre nye metoder?
Jan C. Frich

891 Fødestuer – fra nyvinning til nedleggelse
Bjørn Backe

DEBATT

Kommentarer

894 Lite nytt i kritikk av retningslinjene for svangerskapsdiabetes
Tore Henriksen og medarbeidere
Tilsvaret: *Bjørn Backe*

895 Fetteboli og koagulasjon
Steinar Kristiansen, Erik Waage Nielsen
Tilsvaret: *Ola Einar Dahl og medarbeidere*

896 Målet må være forbedring, ikke frykt
Karianne Flaatten

897 Korrelasjon og regresjon
Arne Høiseth

Debatt

898 Retningslinjer forebygger ikke selvmord
Heidi Hjelmeland, Julia Hagen, Kristin Espeland, Tove Ueland Nygaard, Birthe Loa Knizek

900 Pakkeforløpene i psykisk helsevern er feil medisin
Birgit Udem

Kronikk

903 Kollegastøtte når pasienten tar sitt liv
Jeanette Bjørke-Bertheussen, Annika Hagerman, Wenche ten Velden Hegelstad, Kristin Jørstad Fredriksen

907 Hva vet vi om pasientenes tilfredshet med fastlegeordningen?
Monica Sørensen

VITENSKAP

Fra andre tidsskrifter

910 Øker varm te risiko for spiserørskreft?

911 Intrauterin inseminasjon er trygt og effektivt
Hvordan oppstår immunologisk hukommelse?

Doktoravhandlinger

- 912 Kan warfarin hemme kreftutvikling?
Gry Sandvik Haaland
-
- Telemedisinsk videokonsultasjon for hodepine
Kai Ivar Müller
-
- 913 Betydningen av vekst for barns atopi
Kristine Kjer Byberg
-
- Ernæring, hjernemodning og ftalateksponering hos premature
Kenneth Strømme
-

Originalartikler

- 914 Stortingsdebattene om mammografiscreening i 1998
Marit Solbjør
-
- 920 Fødestuefødsler i Norge 2008–10 – en populasjonsbasert studie
Pål Øian, Olaug Margrete Askeland, Inger Elise Engelund, Brit Roland, Marta Ebbing
-

Klinisk oversikt

- 927 Trikotillomani
Shirin Olga Eskeland, Erna Moen, Benjamin Hummelen
-

Noe å lære av

- 930 Elektrikerlærling skadet av strømgjennomgang
Lars Ole Goffeng, Dag Rune Stormoen, Kaj Bo Veiersted
-
- 934 En kvinne med residiverende feber, tørrhoste og ascites
Paul Anders Sletten Olsen, Petter Quist-Paulsen, Robert Brudevold, Aleksei Ogarkov, Øystein Brenna
-

Medisinen i bilder

- 938 Suppe til besvær
Geir Wenberg Jacobsen, Elena Titova, Jan Pål Loennechen, Erik Magnus Berntsen
-

Medisin og tall

- 939 Analyse av levetidsdata
Eva Skovlund
-

MAGASIN

Intervju

- 940 Rollemodellen
Martin Hotvedt
-

Reportasje

- 944 Bare en liten karamell?
Lisa Dahlbak Jacobsen
-

Personlige opplevelser

- 947 Hva er det med Akershus universitetssykehus?
Liv Helen Rygh
-

Legelivet

- 948 Idrettsprat i doktorklubben
Karl O. Nakken
-

Språkspalten

- 949 Hva bør *grounded theory* kalles på norsk?
Erlend Hem
-

Tidligere i Tidsskriftet

- 950 Til lags å alle kan ingen gjera ...
-

Anmeldelser

- 951 Bøker
-

Ph.d.-disputaser

- 954 Avlagte doktoravhandlinger
-

ANNONSER

- 957 Legejobber
-
- 966 Kurs og møter
-
- 967 Spesialister
-

AKTUELT I FORENINGEN

Fra presidenten

- 969 GDPR – ny lov om behandling av personopplysninger
Marit Hermansen
-

Aktuelt

- 970 Store helseutfordringer i verdens største flyktningleir
-
- 973 Når legelivet blir vanskelig
Har revolusjonert akutt slagbehandling
-
- 974 – Hersketeknikker er noe vi alle bruker
-
- 976 God tilrettelegging fra kommunen
Enighet med KS om særavtalen
-
- 977 Godt samhold i Finnmark legeforening
Hedret årets Buskerudlege
-
- 978 E-helse: likt og ulikt i Skandinavia
-

legejobber.no

Norges mest komplette stillingsportal for leger

UTVALGTE STILLINGER

VERDAL KOMMUNE

Fastlegehjemmel

Frist 15. juni

RINGERIKE SYKEHUS

Overlege, onkologi

Frist 26. juni

RINGERIKE SYKEHUS

Overlege, hematologi

Frist 26. juni

SYKEHUSET INNLANDET

Overlege, gynekologi

Frist 17. juni

UNIVERSITETSSYKEHUSET

NORD-NORGE

Overlege,
håndkirurg

Frist 23. juni

UNIVERSITETSSYKEHUSET

NORD-NORGE

Overlege,
øre-nese-halssykdommer

Frist 2. sept.

KVÆFJORD KOMMUNE

Fastlegevikariat,
2. gangs utlysning

Frist 17. juni

ST. OLAVS HOSPITAL

Lege i spesialisering,
gastroenterologisk kirurgi

Frist 29. juni

SYKEHUSET ØSTFOLD

Overlege, lungesykdommer

Frist 17. juni

FØRDE SENTRALSJUKEHUS

Overlege, gastroenterologi

Frist 15. aug.

Legejobber

TIDSSKRIFTETS STILLINGSPORTAL

Eksamen og legers virkelighet

Engelsk oversettelse på tidsskriftet.no

Leger skal ikke gjette. Skriftlig eksamen og andre evalueringsordninger i medisinstudiet bør gjenspeile måten leger arbeider på.

Mai og juni er eksamenstid, også for medisinstudenter. Eksamen skal sikre at studentene kan det de skal, og at universitetene utdanner leger som duger. Mye tyder på at studenter prioriterer kunnskap og ferdigheter som de vet kan inngå i eksamen, særlig der det gis graderte karakterer. Det er også vist at testing kan bidra til motivasjon, konsentrasjon og innsats (1). Så enten man liker det eller ikke: eksamen er viktig.

For dem som studerte medisin for mange år siden, var det i prinsippet to former for eksamen: skriftlig og muntlig. Skriftlig eksamen besto gjerne av noen få oppgaver der man ble bedt om å redegjøre for et sentralt tema innen det aktuelle fagområdet med en lengre besvarelse – ikke ulikt et essay. Denne formen for skriftlig eksamen brukes nå sjelden pga. begrenset og tilfeldig emnevalg (lav validitet) og tidkrevende og subjektiv karaktersetning (lav reliabilitet). Ved Universitetet i Oslo og ved andre medisinske læresteder gjennomføres nå skriftlig eksamen med bruk av PC, såkalt digital eksamen (2). Slike eksamener krever mye forberedelser fra faglærere og fakultet, men har mange praktiske og pedagogiske fordeler.

Digitale eksamener kan bestå av mange oppgavetyper. De to viktigste er ulike former for flervalgsoppgaver (multiple choice questions, MCQ) og fritekstopp-gaver med korte svar (3, 4). Flervalgsoppgaver innebærer at kandidaten på hver oppgave må velge ett av 4–5 oppgitte svaralternativer (ev. 2–3 av 6–10 svaralternativer). Etter som det tar kort tid å besvare slike oppgaver, kan eksamen inneholde svært mange oppgaver og dermed rekke over langt flere emner innen det aktuelle faget, m.a.o. gi høyere validitet. Studier viser at flervalgsoppgaver kan skille ut sterke, middels sterke og svake kandidater ganske godt (4).

Flervalgsoppgaver er imidlertid vanskeligere å lage enn hva mange tror. Ideelt skal slike oppgaver teste kandidatens forståelse og evne til å anvende kunnskap, men ofte ender man opp med oppgaver som mer tester overflatekunnskap og kunnskapsreproduksjon. En annen svakhet er at sjansen for at en kandidat svarer rett med ren gjetting, er betydelig. I utgangspunktet er sjansen for å svare rett med ren gjetting 25 %, og hele 33 % og 50 % hvis henholdsvis ett og to av fire svaralternativer er formulert slik at selv svake kandidater skjønner at de er feil. Noen studenter svarer riktig først når de gjenkjenner det riktige svaret blant de oppgitte svaralternativene, i faglitteraturen omtalt som «cueing effect» (4).

Det mest bekymringsfulle med flervalgsoppgaver er likevel at

studentene forbereder seg på, og venner seg til, å løse oppgaver ved å velge mellom oppgitte svaralternativer fremfor å formulere et svar på egenhånd. Godt legearbeid er basert på evnen til å observere, resonnerer og begrunne (5). Leger skal ikke gjette. Kliniske valg er ingen gjettekonkurranse. Ingen pasienter kommer på legekontoet med 4–5 aktuelle diagnoser skrevet på en lapp som legen skal velge mellom. Eksamener med godt formulerte flervalgsoppgaver kan nok teste kunnskap og differensiere studentene på en god måte, men de gjør noe med studentenes tankegang og evne til å møte vanskelige problemstillinger og utfordringer. Da blir validiteten og relevansen kanskje ikke så høy likevel.

Fritekstopp-gaver ved digital eksamen skal besvares med korte og poengterte svar – til forskjell fra de lange, essaypregede svarene ved tidligere tiders skriftlige eksamener. Svarene skåres av én eller flere faglærere basert på en forhåndsdefinert skåringsmal. Fordelen med denne type oppgaver er at kandidatene må svare uten hjelp av oppgitte alternativer, på samme måten som leger må agere i klinisk virksomhet. Også slike oppgaver stiller store krav til presis spørsmålsstilling. Fritekstbesvarelser kan være vanskelig å skåre, bl.a. fordi det ikke er mulig å forutsi alle svarene. Konsistent skåringspraksis kan fremmes med en god skåringsmal og ved at faglærerne før eksamen øver seg på pilotbesvarelser og etter eksamen får anledning til å konferere med hverandre. Fritekstopp-gaver tar noe lengre tid å besvare, slik at antall oppgaver ved én og samme eksamen blir lavere enn hvis man kun har flervalgsoppgaver.

Diskusjonen om flervalgsoppgaver og fritekstopp-gaver fremstilles ofte som en uforsonlig kamp mellom to leire, *MCQ-ere* versus *essay-ister*. Dette er en feilaktig, utdatert og lite konstruktiv fremstilling. Både flervalgsoppgaver og fritekstopp-gaver med korte svar har sine styrker og svakheter. De utfyller hverandre (4). Skriftlig eksamen med lange, essaypregede besvarelser er ikke lenger gangbart.

Det er positivt at eksamen, eksamensform og karaktersetning i medisinsk utdanning ser ut til å ha fått økt oppmerksomhet også i Norge (6, 7). Like viktig som eksamensform er at eksamen er godt forberedt, har kredibilitet blant studenter og lærere og at den kan gjennomføres med bruk av en rimelig mengde tid og ressurser (3, 4). Digitale, PC-baserte eksamener er krevende, både for fakultet og studenter. Det er som det skal være, for også legeyrket er krevende.

Til alle som skal opp til eksamen: Lykke til!



PETTER GJERSVIK

petter.gjersvik@medisin.uio.no
Tidsskriftet

(f. 1952) er medisinsk redaktør i Tidsskriftet. Han er professor og undervisningsleder i hud- og veneriske sykdommer ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo og medlem av en eksamenskomisjon i medisinstudiet.

Foto: Einar Nilsen

LITTERATUR

- Larsen DP, Butler AC. Test-enhanced learning. I: Walsh K, red. Oxford textbook of medical education. Oxford: Oxford University Press, 2013: 443–52.
- Hva er digital eksamen med QP? <https://www.uio.no/studier/eksamen/gjennomforing/med/hva-er-digital-eksamen/index.html> (26.4.2018).
- Epstein RM. Assessment in medical education. N Engl J Med 2007; 356: 387–96.
- Schuwirth LWT, Ash J. Principles of assessment. I: Walsh K, red. Oxford textbook of medical education. Oxford: Oxford University Press, 2013.
- Gjersvik P. Å skrive må læres. Tidsskr Nor Legeforen 2017. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0537.
- Frich JC, Andersen S, Bærheim A et al. En felles prøve for alle legestudenter i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2017. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0536.
- Colberg AB, Vatn D, Standal R et al. Hvordan kan strykprosenten ved eksamen stabiliseres? Tidsskr Nor Legeforen 2017. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0025.

Hvordan innføre nye metoder?

Beslutninger om å innføre nye metoder og ny teknologi i helsetjenesten bør bygge på metodevurderinger, der nytten av tiltaket, tilstandens alvorlighetsgrad og ressursbruken vurderes.

I 1998 vedtok Stortinget enstemmig å innføre landsdekkende mammografiscreening i Norge, og fra 2004 har alle norske kvinner i alderen 50–69 år med to års mellomrom fått tilbud om å få utført mammografi (1). Marit Solbjør presenterer i Tidsskriftet resultater fra en studie av dokumenter og referater fra debatten om mammografiscreening i Stortinget våren 1998 (2). Et samlet storting var positivt innstilt til å innføre det landsdekkende screeningprogrammet. Solbjør finner at redusert dødelighet av brystkreft var et grunnleggende premiss i debatten, sammen med temaer som prioritering av kvinnehelse, rettferdighet og at man ønsket å fremme et likeverdig helsetilbud. Hun konkluderer med at premisset om redusert dødelighet gjennomsyret debatten og at problematiske sider ved å innføre screening for brystkreft i liten grad ble diskutert (2).

De politiske argumentene for innføring av mammografi-programmet er lite utforsket, og Solbjørs artikkel bidrar med ny innsikt knyttet til en viktig politisk beslutningsprosess. Et hovedfunn – som kanskje ikke er så overraskende – er at forskningsbasert kunnskap kun var én av mange faktorer som innvirket på den politiske beslutningen. Det er like fullt tankevekkende hvordan det alt i 1998 ble etablert en oppfatning av at mammografi var nyttig, uten at man forholdt seg aktivt til usikkerheten knyttet til kunnskapsgrunnlaget og konsekvensene av overdiagnostikk. Det ville vært interessant med en aktør-nettverks-analyse, slik Solbjør foreslår å gjennomføre, for å forstå mer av hvem som la de ulike premissene og som bidro til å få stortingsdebatten inn på det sporet den kom.

I en evaluering fra 2015 i regi av Norges forskningsråd ble det estimert at mammografi-programmet hadde redusert brystkreft-dødeligheten i Norge med 20–30 % (3). Evalueringen er blitt gjenstand for kritiske merknader (4). Det er publisert studier fra Norge og andre land som indikerer at effekten av mammografiscreening er noe lavere (5). Mammografiscreening har vært og er fortsatt om-diskutert. På lederplass i internasjonale tidsskrifter har man karakterisert ordskiftet som en «krig» (6, 7). Diskusjonene har handlet om effekten på dødelighet, valg av aldersgrupper, utfordringer med overdiagnostikk, vurderinger av den samlede nytten av mammografiscreening og hvilken informasjon man skal gi kvinnene. Debatten illustrerer en generell utfordring ved beslutninger om innføring av nye metoder i helsetjenesten: Hvordan bidra til at nyanser i kunnskapsgrunnlaget og kontroverser vies tilstrekkelig oppmerksomhet?

Høsten 1997 ble Senter for medisinsk metodevurdering etablert og gitt i oppdrag å systematisere, identifisere og kritisk vurdere tilgjengelig dokumentasjon for nye og etablerte metoder i helsetjenesten (8). Ambisjonen var at senteret skulle utvikles til et helhetlig system for det som internasjonalt betegnes «health technology assessment». Senteret ble etablert fordi myndighetene erkjente at det var behov for en uavhengig instans som kunne fremskaffe pålitelig kunnskap som grunnlag for beslutninger i helsetjenesten. Senteret ble i 2004 innlemmet i det nyetablerte Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Miljøet er siden blitt videreført innen Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet.

I 2007 ble Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten opprettet. Rådets formål var å bidra til mer helhetlig prioritering – i en armlengdes avstand fra politikken. Det ble avvirket i 2018, med henvisning til at Stortinget høsten 2016 hadde vedtatt tre nye kriterier for prioritering. Samtidig hadde nok etableringen av Beslutningsforum i 2013 og fremveksten av systemet Nye metoder betydning for rådets skjebne (9).

Målet med Nye metoder er å sørge for at innføring av nye metoder og prioritering i spesialisthelsetjenesten er basert på best mulig kunnskap (9). Dette innebærer at man skal legge til grunn en systematisk og kritisk vurdering av dokumentasjonen av effekt, sikkerhet og kostnadseffektivitet av tiltak for forebygging, diagnostisering, behandling, rehabilitering og organisering av helsetjenester. Metodevurderingene kan ha ulikt omfang og kan også omhandle økonomiske, etiske, sosiale, organisatoriske eller juridiske konsekvenser av beslutninger.

Noen vil hevde at beslutninger om innføring av nye metoder i helsetjenesten bør bringes tilbake til politikken, andre vil mene at politikerne primært bør beskjeftige seg med lover og overordnede rammer og prinsipper. Det vil nok alltid kunne oppstå spenninger mellom politikk og fag på ulike nivåer, blant annet fordi politikere og fagpersoner kan ha ulikt perspektiv på sakene og vektlegge fagkunnskapen forskjellig (10). Beslutninger om innføring av nye metoder skjer i økende grad med utgangspunkt i metodevurderinger. De politiske rammene for beslutninger og prioriteringer i helsetjenesten er samtidig mye tydeligere i dag enn hva de var for 20 år siden. Systemet Nye metoder har fungert i noen år og har bidratt til å bringe beslutninger tettere på fagmiljøene og tjenestene. Systemet gir mer forutsigbare og raskere prosesser – det er pasientene tjent med.

JAN C. FRICH

jan.frich@medisin.uio.no

(f. 1970) er spesialist i nevrologi, professor ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, og direktør for medisin og helsefag i Helse Sør-Øst RHF. Han er medlem av Bestillerforum RHF, som er en del av systemet Nye metoder. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Mammografi-programmet. <https://www.kreftregisteret.no/no/Forebyggende/Mammografi-programmet/> (2.4.2018).
- Solbjør M. Stortingsdebattene om mammografiscreening i 1998. Tidsskr Nor Legeforen 2018. DOI: 10.4045/tidsskr.17.1049.
- Research-based evaluation of the Norwegian Breast Cancer Screening Program. Lysaker: Norges forskningsråd, 2015.
- Zahl PH, Holme Ø, Løberg M. Norsk mammografiscreening – mange selvmot-sigelsler i evalueringen. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1616–8.
- Kalager M. Breast cancer screening. BMJ 2017; 359: j5625.
- Quanstrum KH, Hayward RA. Lessons from the mammography wars. N Engl J Med 2010; 363: 1076–9.
- Godlee F. Mammography wars. BMJ 2011; 343: d7623.
- Mørland B, Piene H. Etablering og utvikling av medisinsk metodevurdering i Norge – hvorfor og hvordan? Michael 2012; 9: 95–108.
- Nye metoder. <https://nyemetoder.no/> (2.4.2018).
- Christie W. Politikk og fag, på samme lag? En bok om planlegging i kommune-helsetjenesten. Oslo: TANO, 1988.

Fødestuer – fra nyvinning til nedleggelse

Se også side 920
Engelsk oversettelse på tidsskriftet.no

Fødestuer ble i sin tid opprettet for å lette arbeidssituasjonen for distriktsjordmødrene. Nå er de fleste fødestuer nedlagt på grunn av lave fødselstall.

Tryggheten ved fødestuefødsler er et tilbakevendende diskusjonstema. Litteraturen har vist gode resultater ved jordmorstyrte fødestuer, men datagrunnlaget har vært mangelfullt (1). Ett av problemene, som også gjelder statistikk fra Medisinsk fødselsregister, er at overflyttinger fra fødestue til sykehus under eller etter fødsel ikke er blitt registrert. I mange materialer er det derfor fare for seleksjonsskjevheter.

En bærende idé bak jordmorstyrte fødestuer er å unngå intervensjoner. Lav forekomst av keisersnitt og vakuumeekstraksjon er derfor relevante kvalitetsindikatorer for fødestuer, i tillegg til lav forekomst av uønskede hendelser som lav apgarskår, større blødninger, rifter og sfinkterskader.

Øian og medarbeidere har kartlagt overflyttinger fra fødestuer til fødeavdelinger ved sykehus i en periode på tre år, ved hjelp av et skjema distribuert av Medisinsk fødselsregister (2). I undersøkelsen støtter man funn fra en tidligere studie av norske fødestuer, hvor overflyttinger mellom fødestue og sykehus også var inkludert (3). Resultatene fra planlagte fødestuefødsler er gode, viser Øian og medarbeidere, også når det tas hensyn til overflyttinger (2). Kun 0,6 % av barna født i fødestue hadde apgarskår under syv etter fem minutter, og det ble ikke rapportert om alvorlig skade eller dødsfall hos mor eller barn som kunne relateres til fødestuefødselen. Høye tall for vakuumeekstraksjon (14 %) og akutt keisersnitt (11,8 %) tyder på at intervensjon ofte er nødvendig hos fødende som blir overflyttet, selv om de ved fødselsstart tilhørte en selektert lavrisikopopulasjon. Dette viser at man ved fødselsstart ikke med sikkerhet kan forutsi hvordan forløsningen til sist vil skje.

Truende asfyksi eller unormalt innkomst-kardiotokografi (CTG) var en vanlig årsak til overflytting i studien (2). Bruk av CTG-registrering på fødestuer er ikke i tråd med god praksis. Ifølge retningslinjene bør CTG-undersøkelse ikke brukes ved lavrisikofødsler, som fødsler selektert til å foregå på fødestuer per definisjon skal være (4). At så mange som 7,7 % av fødestuefødslelene ikke var planlagt å foregå der, reiser spørsmålet om seleksjonen er god nok. Det er også vanskelig å forstå at 1,4 % av fødslelene på fødestuer var setefødsler, dette er nesten på nivå med forekomsten av setefødsler ved fødeavdelinger.

Det ble opprettet mange fødestuer i etterkrigsårene for å lette arbeidssituasjonen for distriktsjordmødrene (5). Hvor mange føde-

stuer vi har hatt på det meste, er ikke kjent. I 1972 fantes det fortsatt 60 fødestuer i Norge hvor til sammen 7,4 % av landets fødsler foregikk (6). Disse fødestuene var en del av distriktshelsetjenesten slik at jordmor tilkalte vakthavende lege i distriktet dersom hun trengte hjelp (6). Mange distriktsleger og turnuskandidater har i slike situasjoner fått føle på sitt inkompetansenivå.

I dag er organiseringen av og ansvarsforholdene ved norske fødestuer endret. De regionale helseforetakene har det medisinske ansvaret for fødestuene (7), og det foreligger klare kriterier for hvem som kan føde der. Overflytting til nærmeste fødeavdeling foretas dersom det oppstår problemer som jordmor ikke kan løse. Ambulansetjenesten er godt utrustet, og overflyttinger skjer som regel uten dramatik (2, 3). Men selv om de organisatoriske forholdene er lagt til rette for fødestuedrift er mange fødestuer blitt nedlagt de siste ti årene, i hovedsak på grunn av lave fødselstall. Nå er det bare fire tradisjonelle fødestuer igjen, alle i Helse Nord (2).

Fødestuer i lokalsykehus – modifiserte fødestuer – var en nyvinning som ble utprøvd i Lofoten fra 1997, med gode resultater (8). Samme år ble også fødeavdelingen ved Tynset sykehus gjort om til fødestue. I senere år har man forsøkt å legge om fra fødeavdeling til fødestue ved flere lokalsykehus med lave fødselstall, slik at lavrisikofødende skal kunne ha et tilbud i Distrikts-Norge. Disse omleggingene har ikke lyktes. I dag er det bare Tynset sykehus og Lofoten sykehus som fortsatt har fødestuer.

Artikkelen til Øian og medarbeidere (2) inkluderer resultater fra det som litt eufemistisk er blitt kalt forsterkede fødestuer, det vil si fødestuer i lokalsykehus med mulighet for å utføre keisersnitt i nødsituasjoner. I perioden 2008–10 ble det ved de forsterkede fødestuene i Lærdal, Odda og Lofoten utført keisersnitt hos 9,5 % av de fødende og forløsning med tang eller vakuum hos 3,6 %. Hos 2,5 % av kvinnene oppsto det sfinkterskader (2). Siden dette i utgangspunktet var lavrisikofødsler, er dette et bemerkelsesverdig høyt intervensjonsnivå. En betydelig andel av fødslelene var preterm fødsler (1,8 %), som ikke skal foregå på fødestuer.

Sviktende fødselstall, som for en stor del skyldes manglende oppslutning fra de fødende, har nok vært hovedårsaken til nedleggelse av fødestuer de siste årene. Kanskje det tilbudet moderne obstetrikker kan gi, inklusive effektiv smertelindring, for mange er viktigere enn å få føde litt nærmere hjemmet.

BJØRN BACKE

bjbac@online.no

(f. 1947) er dr.med., spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, pensjonert professor ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og seksjonsoverlege ved Fødeavdelingen, Kvinneklinikken, St. Olavs hospital.

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

LITTERATUR

- Børdahl PE, Kakad M, Kumle M et al. Jordmorstyrte fødestuer. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 16-2006. http://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/publikasjoner/rapporter/20062/rapport_0616_jordmorstyrte_fodestuer.pdf (22.3.2018).
- Øian P, Askeland OM, Englund IE. Fødestuefødsler i Norge 2008–10 – en populasjonsbasert studie. *Tidsskr Nor Legeforen* 2018. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0842.
- Schmidt N, Abelsen B, Øian P. Deliveries in maternity homes in Norway: results from a 2-year prospective study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81: 731–7.
- Norsk Gynekologisk forening. Veileder i fødselshjelp 2014. <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselshjelp-2014/> (10.4.2018).
- Blom I. «Den haarde dyst». *Fødsler og fødselshjelp gjennom 150 år*. J W Cappelen forlag, Oslo, 1988. <https://www.nb.no/items/c2bd3b2f15b394088250bcada549bf70?page=0&searchText=idabloom> (18.3.2018).
- St.meld. nr. 9 (1974–75). Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen. <https://www.nb.no/statsmaktene/nb/22ade39f6909f817f358a81a16ca1337?index=#61> (20.3.2018).
- St.meld. nr. 12 (2008–2009). En gledelig begivenhet – Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-jid545600/> (22.5.2018).
- Vold IN, Holt J, Johansen MV et al. Modifisert fødestuedrift – et alternativ for små fødeavdelinger? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 941–5.

Ref. 1. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/blaarev-register/a10ae56-1> (15.05.2018) 2. Xultophy® SPC, avsnitt 5.1 (12.10.2017). 3. Xultophy® SPC, avsnitt 4.1 (12.10.2017). 4. Xultophy® SPC, avsnitt 4.2 (12.10.2017). 5. Xultophy® SPC, avsnitt 4.3 (12.10.2017). 6. Xultophy® SPC, avsnitt 4.2, 4.4 og 4.8. (12.10.2017). 7. Victoza® SPC avsnitt 5.1 (sist oppdatert 25.07.2017) 8. Tresiba® SPC avsnitt 5.1 (sist oppdatert 19.02.2018)

▼ Xultophy «Novo Nordisk»

C **Langtidsvirkende insulinanalog + GLP-1-analog.** ATC-nr.: A10A E56

T **INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt penn 100 enheter/ml + 3,6 mg/ml: 1 ml inneholder:** Insulin degludec 100 enheter (E), liraglutid 3,6 mg, glyserol, fenol, sinkacetat, saltsyre, natriumhydroksid, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjon: Behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 for å forbedre glykemisk kontroll i kombinasjon med orale glukosesenkende legemidler, når disse alene eller kombinert med en GLP-1-reseptoragonist eller basalinsulin ikke gir adekvat glykemisk kontroll (se SPC for tilgjengelige data for de ulike kombinasjonene).

Dosering: Administreres 1 gang daglig, når som helst i løpet av dagen, fortrinnsvis til samme tid hver dag. Administreres som dosertrinn. 1 dosertrinn inneholder insulin degludec 1 enhet og liraglutid 0,036 mg. Maks. daglig dose er 50 dosertrinn (insulin degludec 50 enheter og liraglutid 1,8 mg). Doseres iht. pasientens individuelle behov. Optimalisering av glykemisk kontroll anbefales vha. dosejustering basert på fastende plasmaglukose. Dosejustering kan være nødvendig ved økt fysisk aktivitet, endret kosthold eller annen samtidig sykdom. **Glemt dose:** Anbefales tatt så snart den oppdages, og deretter gjenopptas vanlig doseringsregime med 1 daglig dose. Det skal alltid gå minst 8 timer mellom injeksjonene. Gjelder også når administrering til samme tid hver dag ikke er mulig. **Ved overgang fra GLP-1-reseptoragonist:** Behandling med GLP-1-reseptoragonist skal seponeres før behandling med Xultophy påbegynnes. Anbefalt startdose er 16 dosertrinn (insulin degludec 16 enheter og liraglutid 0,6 mg). Anbefalt startdose skal ikke overskrides. Ved overgang fra langtidsvirkende GLP-1-reseptoragonist (f.eks. dosering 1 gang/uke), skal det tas hensyn til forlenget effekt. Behandlingen skal initieres på tidspunktet som neste dose av den langtidsvirkende GLP-1-reseptoragonisten skulle tas. Streng glukosekontroll anbefales i overgangsperioden og i påfølgende uker. **Overgang fra basalinsulin:** Behandling med basalinsulin skal seponeres før behandling med Xultophy påbegynnes. Ved overgang fra behandling med basalinsulin er anbefalt startdose 16 dosertrinn (insulin degludec 16 enheter og liraglutid 0,6 mg). Anbefalt startdose skal ikke overskrides. Streng glukosekontroll anbefales i overgangsperioden og i påfølgende uker.

Som tillegg til orale glukosesenkende legemidler: Kan gis i tillegg til eksisterende oral antidiabetikabehandling. Anbefalt startdose er 10 dosertrinn (insulin degludec 10 enheter og liraglutid 0,36 mg). Som tillegg til sulfonylureapreparat bør dosereduksjon av sulfonylurea vurderes. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt leverfunksjon:** Kan brukes ved lett eller moderat nedsatt leverfunksjon. Måling av glukose skal intensiveres og dosen justeres individuelt. Anbefales ikke ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ved lett eller moderat nedsatt nyrefunksjon skal måling av glukose intensiveres og dosen justeres individuelt. Anbefales ikke ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CICR <30 ml/minutt), inkl. terminal nyresykdom. **Barn og ungdom <18 år:** Bruk ikke relevant. **Eldre ≥65 år:** Kan brukes. Glukosemåling må intensiveres og dosen justeres individuelt. Erfaring med eldre ≥75 år er begrenset. **Tilberedning/Håndtering:** For detaljert bruksanvisning, se pakningsvedlegget. Oppløsning som ikke fremstår som klar og fargeløs skal ikke brukes. Preparat som har vært frosset skal ikke brukes. Den ferdigfylte pennen skal kun brukes av én person. Den ferdigfylte pennen kan gi fra 1-50 dosertrinn i én injeksjon, i trinn på ett dosertrinn. Dosestilleren viser antall dosertrinn. For å unngå feildosering og potensiell overdosering skal det aldri brukes en sprøyte til å trekke legemidlet opp fra sylinderrampullen som er i den ferdigfylte pennen. Utformet til bruk sammen med NovoFine injeksjonsnåler med lengde opptil 8 mm. Det skal alltid settes på en ny nål før hver bruk. Nåler skal ikke brukes om igjen: Gjenbruk av nåler øker risikoen for tette nåler, noe som kan føre til under- eller overdosering. Pasienten skal kaste nålen etter hver injeksjon. **Blåndbarhet:** Skal ikke blandes med andre legemidler eller tilsettes infusjonsvæsker. **Administrering:** Kun til s.c. injeksjon i lår, overarm eller abdomen. Injeksjonssted skal alltid varieres innen samme område for å redusere risiko for lipodystrofi. Skal ikke gis i.v. eller i.m. Kan injiseres uavhengig av måltid.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Skal ikke brukes ved diabetes mellitus type 1 eller til behandling av diabetisk ketoacidose. **Hypoglykemi:** For høy dose i forhold til behovet, utelatelse av et måltid eller ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet, kan gi hypoglykemi. Ved behandling i kombinasjon med sulfonylurea kan risikoen for hypoglykemi reduseres ved å redusere sulfonylureadosen. Samtidig sykdom i nyre, lever eller sykdom som påvirker binyre, hypofyse eller thyreoidea, kan kreve dosejustering. Pasienter som oppnår betydelig forbedring av blodglukosekontrollen (f.eks. ved intensivert behandling), kan oppleve endring i sine vanlige varselsymptomer på hypoglykemi, og må informeres om dette. Vanlige varselsymptomer kan forsvinne hos pasienter som har hatt diabetes lenge. Preparatets forlengede effekt kan forsinke restitusjonen etter hypoglykemi. Hypoglykemi kan svekke konsentrasjons- og reaksjonsevnen, og pasienten må rådes til å ta forholdsregler for å unngå hypoglykemi ved bilkjøring. Det bør vurderes om bilkjøring er tilrådelig for pasienter med nedsatt eller manglende forvarsel på hypoglykemi eller som opplever hyppige hypoglykemianfall. **Hyperglykemi:** Utilstrekkelig dosering og/eller avbrutt behandling av diabetesbehandlingen kan føre til hyperglykemi og potensielt til hyperosmolært koma. Ved seponering skal det sikres at retningslinjer for initiering av alternativ diabetesbehandling blir fulgt. Annen samtidig sykdom, især infeksjoner, kan føre til hyperglykemi og dermed føre til økt medisineringsbehov. Administrering av hurtigvirkende insulin bør vurderes ved alvorlig hypoglykemi. Ubehandling av hyperglykemiske tilfeller fører etter hvert til hyperosmolært koma/diabetisk ketoacidose, som er potensielt dødelig. **Kombinasjon med pioglitazon:** Hjertesvikt er rapportert ved samtidig bruk av pioglitazon og insulin, spesielt ved risikofaktorer for hjertesvikt. Dette må tas i betraktning hvis kombinasjonen vurderes. Hvis kombinasjonen benyttes skal pasienten observeres for tegn/symptomer på hjertesvikt, vektøkning og ødem. Pioglitazon skal seponeres ved forverring av kardielle symptomer. **Øyesykdom:** Intensivering av insulinbehandlingen med umiddelbar forbedret glykemisk kontroll kan være forbundet med forbigående forverring av diabetisk retinopati, mens langvarig forbedret glykemisk kontroll reduserer risikoen for progresjon av diabetisk retinopati. **Antistoffer:** Bruk av preparatet kan forårsake dannelse av antistoffer mot insulin degludec og/eller liraglutid. I sjeldne tilfeller kan forekomsten av slike antistoffer kreve dosejustering for å korrigere tendens til hyper- eller hypoglykemi. **Akutt pankreatitt:** Bruk av GLP-1-reseptoragonister inkl. liraglutid, er forbundet med risiko for å utvikle akutt pankreatitt. Få tilfeller av akutt pankreatitt er rapportert. Pasienten bør informeres om karakteristiske symptomer, og ved mistanke om pankreatitt bør preparatet seponeres. Bekreftes akutt pankreatitt, bør behandling ikke gjenopptas. Forsiktighet bør utvises ved tidligere pankreatitt. **Thyreoidea:** Thyreoideabivirkninger, inkl. økt kalsitonin i blodet, struma og thyreoideaneoplasm, er rapportert, spesielt ved allerede eksisterende thyreoideasykdom, og preparatet bør derfor brukes med forsiktighet til disse pasientene. **Inflammatorisk tarmsykdom og diabetisk gastroparæse:** Ingen erfaring, og preparatet anbefales derfor ikke til disse pasientene. **Dehydrering:** Tegn/symptomer på dehydrering, inkl. nedsatt nyrefunksjon og akutt nyresvikt, er rapportert. Pasienten bør informeres om potensiell risiko for dehydrering i forbindelse med GI-bivirkninger og ta forholdsregler for å unngå væskemangel. **Feilmedisinering:** Pasienten skal informeres om alltid å kontrollere etiketten på pennen før hver injeksjon for å unngå utilsiktet forveksling med andre injiserbare diabetespreparater. Antall valgte dosertrinn på pennens dosestiller skal kontrolleres visuelt, og det kreves derfor at pasienter som skal injisere selv kan lese av dosestilleren. Blinde/svaksynte skal alltid få hjelp/assistanse fra annen person med godt syn, og som har fått opplæring i bruk av pennen. **Ikke-undersøkte populasjoner:** Overføring til preparatet fra doser av basalinsulin <20 og >50 enheter er ikke undersøkt. Preparatet er ikke undersøkt i kombinasjon med DPP-4-hemmere, glinider eller måltidsinsulin. Begrenset erfaring hos pasienter med kongestiv hjertesvikt, NYHA III-IV, og preparatet bør derfor brukes med forsiktighet. Ingen erfaring hos pasienter med kongestiv hjertesvikt, NYHA III-IV, og preparatet anbefales derfor ikke.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse.

Farmakodynamiske interaksjonsstudier er ikke utført. In vitro-data tyder på at potensialet for farmakokinetiske interaksjoner knyttet til CYP og proteinbinding er lav for både liraglutid og insulin degludec. En rekke stoffer påvirker glukosemetabolismen og kan kreve dosejustering. Betablokkere kan maskere symptomer på hypoglykemi. Oktreotid/lanreotid kan enten øke eller redusere behovet for Xultophy. Alkohol kan forsterke eller redusere den hypoglykemiske effekten av preparatet. Følgende kan redusere behovet for preparatet: Antidiabetika, MAO-hemmere, betablokkere, ACE-hemmere, salicylater, anabole steroider og sulfonamider. Følgende kan øke behovet for preparatet: Antiepileptika, tiazider, glukokortikoider, thyreoideahormoner, sympatomimetika, veksthormoner og danazol. Liraglutid kan gi en liten forsinkelse i magetømmingen, som kan påvirke absorpsjonen av orale legemidler som tas samtidig. Farmakokinetiske interaksjonsstudier viser ingen klinisk relevant forsinkelse av absorpsjon, men klinisk relevant interaksjon med virkestoff med dårlig oppløselighet eller med lav terapeutisk indeks, slik som warfarin, kan ikke utelukkes. Hypigiere monitorering av INR anbefales ved oppstart av Xultophy-behandling hos pasienter på warfarin eller andre kumarinderivater.

Graviditet, amming og fertilitet: **Graviditet:** Ingen klinisk erfaring. Hvis pasienten ønsker å bli gravid eller blir gravid, skal behandlingen seponeres. Dyrestudier med insulin degludec har ikke vist forskjell mellom insulin degludec og humant insulin når det gjelder embryotoksitet og teratogenitet. Dyrestudier med liraglutid har vist reproduksjonstoksiske effekter. Human risiko er ukjent. **Amming:** Ingen klinisk erfaring. Ukjent om insulin degludec eller liraglutid utskilles i human morsmelk. Bør ikke brukes under amming pga. manglende erfaring. Insulin degludec utskilles i melk hos rotter, men konsentrasjonen i melk var lavere enn i plasma. Dyrestudier har vist liten overgang til morsmelk for liraglutid og strukturelt lignende metabolitter. Prekliniske studier med liraglutid har vist behandlingsrelatert reduksjon av neonatal vekt hos diende rotter. **Fertilitet:** Ingen klinisk erfaring. Reproduksjonsstudier på dyr med insulin degludec har ikke indikert negativ effekt på fertilitet. Bortsett fra en svak reduksjon i antall levende embryo etter implantasjon, indikerte dyrestudier med liraglutid ingen skadelige effekter mht. fertilitet.

Bivirkninger: Hyppigst rapportert er GI-bivirkninger (kan forekomme hyppigere ved behandlingsstart og avtar vanligvis i løpet av få dager/uker ved fortsatt behandling) og hypoglykemi. **Svært vanlige (≥1/10):** Stoffskifte/ernæring: Hypoglykemi¹. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Kvalme, diaré, oppkast, obstipasjon, dyspepsi, gastritt, magesmerter, gastroesofageal reflukssykdom, abdominal distensjon. Stoffskifte/ernæring: Redusert appetitt. Undersøkelser: Økt amylase, økt lipase. Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet². **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Gulping/raping, flatulens. Hud: Hudutslett, kløe, ervervet lipodystrofi³. Immunsystemet: Urticaria, overfølsomhet. Lever/galle: Gallesten, kolecyttitt. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering. Undersøkelser: Økt hjertefrekvens. **Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:** Gastrointestinale: Pankreatitt (inkl. nekrotiserende pankreatitt). Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon. Øvrige: Perifer fødem.

¹ Alvorlig hypoglykemi kan føre til bevisstløshet og/eller krampenanfall, og kan gi forbigående eller permanent hjerneskade eller t.o.m. dødsfall.

² Inkl. hematoma, smerte, blødning, erytem, knuter, hevelse, misfarging, kløe, varmfølelse samt klump på injeksjonsstedet. Vanligvis milde og forbigående, forsvinner normalt ved fortsatt behandling.

³ Inkl. lipohypertrofi, lipofatrofi. Kontinuerlig variasjon av injeksjonssted innenfor det bestemte injeksjonsområdet kan bidra til å redusere risikoen.

Overdosering/Forgiftning: Begrensete data. Hypoglykemi kan utvikles ved høyere dose enn det er behov for. **Symptomer:** Varierer fra matthet, sult, svette og krampes til bevisstløshet (insulinsjokk). **Behandling:** Ved mild hypoglykemi gis glukose eller sukkerholdige produkter oralt. Det anbefales derfor at pasienten alltid har med seg glukoseholdige produkter. Ved alvorlig hypoglykemi der pasienten er bevisstløs, injiseres glukose i.v. eller glukagon (0,5-1 mg) i.m. eller s.c. Glukose skal gis i.v. hvis pasienten ikke reagerer på glukagon innen 10-15 minutter. Når pasienten igjen er ved bevissthet, anbefales perorale karbohydrater for å forhindre tilbakefall. Se Giftinformasjonens anbefalinger for insulin og analoger A10A og liraglutid A10B J02.

Egenskaper: **Klassifisering:** Langtidsvirkende insulinanalog (insulin degludec) og glukagonlignende peptid-1 (GLP-1)-analog (liraglutid), begge fremstilt ved rekombinant DNA-teknologi. Liraglutid har 97% homologi for inkretinhormonet humant GLP-1. **Virkningsmekanisme:** Kombinasjonspreparat som består av insulin degludec og liraglutid som har komplementære virkningsmekanismer for å forbedre glykemisk kontroll. Forbedrer glykemisk kontroll via varig reduksjon av fastende plasmaglukosenivåer og postprandiale glukosenivåer etter alle måltider. Insulin degludec bindes spesifikt til humaninsulinreseptoren og gir samme farmakologiske effekt som humant insulin. Blodglukosesenkende effekt av insulin degludec skyldes at oppskatke glukose lettes ved at insulinet bindes til reseptorer i muskel- og fettceller, samtidig som utskillelse av glukose fra lever hemmes. Etter s.c. injeksjon danner insulin degludec oppløselige multimerer som danner et insulindepot hvorfra insulin degludec kontinuerlig og langsomt absorberes over i sirkulasjonen. Dette gir en flat og stabil glukosesenkende effekt med lav dag-til-dag-variasjon mht. insulin-effekt. Virkningen av liraglutid medieres via en spesifikk interaksjon med GLP-1-reseptorer. Ved høy blodglukose blir insulinutskillelse stimulert og glukagonutskillelse hemmet. Omvendt vil liraglutid under hypoglykemi redusere insulinutskillelse og ikke svekke glukagonutskillelsen. Mekanismen med blodglukosesenkning involverer også en mindre forsinkelse i magetømming. Liraglutid reduserer kroppsvett og mengde kroppsfett via mekanismer som involverer redusert sult og nedsatt energiinntak. Se SPC for ytterligere informasjon. **Absorpsjon:** Steady state-konsentrasjon av insulin degludec og liraglutid nås etter 2-3 dager. **Proteinbinding:** Insulin degludec: >99%. Liraglutid >98%. **Halveringstid:** Insulin degludec: Ca. 25 timer. Liraglutid: Ca. 13 timer. **Metabolisme:** Insulin degludec metaboliseres på lignende måte som humant insulin. Alle metabolitter som dannes er inaktive. Liraglutid metaboliseres på lignende måte som store proteiner uten at noe spesifikt organ er identifisert som hovedeliminasjonsvei.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Holdes borte fra fryselelementet. Skal ikke fryses. La penneheten sitte på for å beskytte mot lys. Etter anbrudd: Oppbevares ved høyest 30°C eller i kjøleskap (2-8°C). La penneheten sitte på for å beskytte mot lys. Preparatet skal kasseres 21 dager etter anbrudd.

Pakning og priser: 3 × 3 ml¹ (ferdigfylt penn) kr 1474,80.

Refusjon:

'A10A E56_1 Insulin degludec og liraglutid

Refusjonsberettiget bruk: Behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 i kombinasjon med metformin når metformin kombinert med en GLP-1-reseptoragonist eller basalinsulin ikke gir adekvat glykemisk kontroll.

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr		
T90	Diabetes type 2	225	E11	Diabetes mellitus type 2	225

Vilkår: (225) Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin.

Sist endret: 10.11.2017

Basert på SPC godkjent av SLV: 12.10.2017

Pris per mai 2018



changing diabetes

Novo Nordisk Scandinavia AS
Nydalveien 28
Postboks 4814 Nydalen
0484 Oslo

www.novonordisk.no
E-post: Kundeservice-norge@novonordisk.com



insulin degludec/liraglutid

▼ Xultophy® – Basalinsulin- og GLP-1-analog i én penn på blå resept¹

Insulatard® (NPH-insulin)



Har du pasienter som ikke kommer i mål med Insulatard® eller andre basalinsuliner? Overgang til Xultophy® fra 20-50 enheter basalinsulin/døgn er undersøkt i klinisk studie²

Avslutt nåværende behandling med basalinsulin og start opp med:

16 dosetrinn⁴
Xultophy®

i kombinasjon med metformin

Anbefalt startdose skal ikke overskrides og det anbefales streng glukosekontroll i overgangsperioden og i de påfølgende ukene.

For bedre glykemisk kontroll³

Xultophy® (Insulin degludec + liraglutid)



Xultophy®:

1 injeksjon daglig⁴
Kan tas uavhengig av måltid²

1 blodglukosemåling daglig
Juster Xultophy®-dosen som vanlig basalinsulin basert på måling av fastende plasma-glukose før frokost²

Se under for refusjonsbetingelser¹

Xultophy® er et kombinasjonspreparat som består av den langtidsvirkende insulinanalogen insulin degludec og GLP-1-analogen liraglutid som har komplementære virkningsmekanismer for å forbedre glykemisk kontroll²

Indikasjon³

Xultophy® er indisert for behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 for å forbedre glykemisk kontroll i kombinasjon med orale glukosesenkende legemidler når disse alene eller kombinert med en GLP-1-reseptoragonist eller basalinsulin ikke gir adekvat glykemisk kontroll (se SPC for tilgjengelige data for de ulike kombinasjonene).

Kontraindikasjon⁵

Overfølsomhet overfor ett av eller begge virkestoffene eller overfor noen av hjelpestoffene glyserol, fenol, sinkacetat, saltsyre (for justering av pH), natriumhydroksid (for justering av pH), vann til injeksjonsvæsker.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon⁶

- Xultophy® inneholder en kombinasjon av insulin degludec og liraglutid. Xultophy® administreres i dosetrinn. Ett dosetrinn inneholder 1 enhet insulin degludec og 0,036 mg liraglutid.
- Kun til s.c. injeksjon i lår, overarm eller abdominalvegg. Injeksjonsstedene skal alltid varieres innen samme område for å redusere risikoen for lipodystrofi.
- Kan tas når som helst på dagen, uavhengig av måltider. Pasienter som glemmer en dose, anbefales å ta den når de oppdager det, og deretter gjenoppta det vanlige doseregimet med en daglig dose. Det skal alltid være minst 8 timer mellom injeksjonene også når administrasjon på samme tidspunkt hver dag ikke er mulig.
- Gastrointestinale bivirkninger, inkludert kvalme, oppkast og diare er vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$ brukere). Disse forekommer oftest i begynnelsen av behandlingen og reduseres vanligvis i løpet av få dager eller uker med fortsatt behandling. Ta forhåndsregler for å unngå væskemangel.
- Hypoglykemi er en hyppig rapportert bivirkning ($\geq 1/10$ brukere). For høy dose i forhold til behovet, utelatelse av et måltid eller ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet kan gi hypoglykemi. Vurdér dosereduksjon av sulfonylurea ved samtidig bruk.
- Hos eldre ≥ 65 år: kan brukes. Måling av glukose intensiveres, og dosen justeres individuelt. Erfaring med behandling hos pasienter ≥ 75 år er begrenset.

Refusjonsberettiget bruk¹

Behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 i kombinasjon med metformin når metformin kombinert med en GLP-1-reseptoragonist eller basalinsulin ikke gir adekvat glykemisk kontroll.

Refusjonskode:

ICPC		Vilkår nr
T90	Diabetes type 2	225
ICD		Vilkår nr
E11	Diabetes mellitus type 2	225

Vilkår:

225 Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin.

- Ved lett eller moderat nedsatt nyrefunksjon, skal måling av glukose intensiveres og dosen justeres individuelt.
- Bruk av Xultophy® anbefales ikke ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CrCl < 30 ml/min), alvorlig nedsatt leverfunksjon eller hjertesvikt NYHA-klasse III-IV
- Overføring til Xultophy® fra doser av basalinsulin < 20 og > 50 enheter er ikke undersøkt.
- Kardiovaskulære sikkerhetsstudier er gjennomført for liraglutid og for insulin degludec^{7,8}.

Skal ikke brukes hos pasienter med diabetes mellitus type 1 eller til behandling av diabetisk ketoacidose.

Unngå feilmedisinering. Pasienter skal gis beskjed om alltid å kontrollere etiketten på pennen før hver injeksjon for å unngå utilsiktet forveksling mellom Xultophy® og andre injiserbare diabetespreparater.

Det er viktig at alle bivirkninger og uønskede medisinske hendelser som oppstår under behandling rapporteres til Statens Legemiddelverk eller Novo Nordisk. Les preparatomtalen for forskrivning av Xultophy®.

Lite nytt i kritikk av retningslinjene for svangerskapsdiabetes

Bjørn Backe mener nye retningslinjer for svangerskapsdiabetes vil føre til massiv sykkeliggjøring av gravide, men argumentene han presenterer er allerede diskutert og veid i bakgrunns materialet for de nye retningslinjene og i etterfølgende debatter (1, 2). Backe unngår å ta standpunkt til to sentrale spørsmål. For det første er det uklart om han mener det finnes (bør defineres) en slik tilstand. For det andre, hva er eventuelt hans alternative retningslinjer for diagnose og behandling, og i så fall, hva er evidensgrunnlaget?

De nye retningslinjene er basert på GRADE-metodikken (2). De gamle norske retningslinjene var en kopi av de tidligere WHO-anbefalingene som ikke inkluderte svangerskapsutfall for barna. Ved høyrisikobasert screening mister en 30–50 % av tilfellene. Argumentene for å teste mange for å finne anslagsvis 80 % av de som har svangerskapsdiabetes, er ytterligere styrket i senere tid (3). Forekomsten av svangerskapsdiabetes er både med de gamle WHO-kriteriene og de nye norske kriteriene ca. 10 % hos etnisk norske kvinner. Det er et tall en må forholde seg til.

Helsedirektoratet legger WHO sine prinsipper til grunn, men har likevel valgt ikke å følge WHO sine nye diagnostiske kriterier fordi det ville medføre urimelig høy forekomst av svangerskapsdiabetes. De nye norske kriteriene vil finne en gruppe med

høyere risiko enn hva WHO sine kriterier ville gjøre. Backe viser til en artikkel om «Too much Medicine» (4). Her kritiseres WHO sine kriterier, men det gis støtte til de kriterier Norge ha valgt (4, 5).

Det er ingen uenighet om fedme som risikofaktor. Glukoseintoleranse (reflektert i svangerskapsdiabetes) er et vesentlig aspekt ved de metabolske endringer fedmen medfører. Formålet med svangerskapsomsorg er å forebygge alvorlige komplikasjoner og sykdom, for mor og barn, på kort og lang sikt. Helsedirektoratet har, i tråd med WHO, tatt utgangspunkt i dagens virkelighet. Men forekomsten av svangerskapsdiabetes i Norge bør følges og effekten av retningslinjene evalueres.

TORE HENRIKSEN

tohen3@online.no
er professor emeritus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

ANNE KAREN JENUM

er professor ved Allmennmedisinsk forskningsenhet (AFE), Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

HRAFNEKELL B. THORDARSON

er seksjonsoverlege ved Haukeland universitetssykehus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

HELENE OEDING HOLM

er jordmor og diabetessykepleier ved Oslo universitetssykehus, Ullevål.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

HILDE BEATE GUDIM

er fastlege ved Skui legekantor.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

KRISTIAN FOLKVORD HANSEN

er professor emeritus ved Oslo universitetssykehus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Backe B. Å skyte spurv med kanoner. Tidsskr Nor Legeforen 2018. DOI:10.4045/tidsskr.18.0167.
- 2 Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsdiabetes. Oslo: Helsedirektoratet, 2017. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsdiabetes>. (14.5.2018).
- 3 Farrar D, Simmonds M, Bryant M et al. Risk factor screening to identify women requiring oral glucose tolerance testing to diagnose gestational diabetes: A systematic review and meta-analysis and analysis of two pregnancy cohorts. PLoS One 2017; 12: e0175288.
- 4 Cundy T, Ackermann E, Ryan EA. Gestational diabetes: new criteria may triple the prevalence but effect on outcomes is unclear. BMJ 2014; 348: g1567.
- 5 Doust J, Vandvik PO, Qaseem A et al. Guidance for Modifying the Definition of Diseases: A Checklist. JAMA Intern Med 2017; 177: 1020–5.

B. BACKE SVARER

Mitt hovedbudskap, som Henriksen og medarbeidere unnlater å kommentere, er at svangerskapsdiabetes faktisk ikke er en viktig risikofaktor i svangerskapet. Screening og behandling av svangerskapsdiabetes vil ikke føre til nevneverdig reduksjon i forekomst av nyfødte med høy fødselsvekt. Det vil heller ikke føre til bedre helse, hverken for den gravide eller hennes barn. Kostnadene ved screening og behandling er betydelige og langt større enn nytteverdien (1).

Insulinresistens er fysiologisk i siste trimester. En ting er å definere hva som er «for høy»; her har man valgt i hvilken grad fosterveksten blir påvirket. En helt annen ting er å iverksette screening og behandling av denne tilstanden som påvirker fosterets vekst. Lærdommen fra de randomiserte, kontrollerte studiene er at den gevinsten man kan håpe på er en beskjeden reduksjon i fødselsvekt.

Socialstyrelsen i Sverige har også innført nye kriterier for svangerskapsdiabetes (som er forskjellige fra de norske), men foreløpig

ingen anbefaling om screening. Først vil de avvente en studie for å se effekten av de nye kriteriene (2). Dette står i skarp kontrast til den norske tilnærmingen hvor man gir nye retningslinjer med den oppsiktsvekkende begrunnelsen «å få mer ensartet praksis i landet» (3), hva nå det skal være godt for.

«Kostnadene ved screening og behandling er betydelige og langt større enn nytteverdien»

Dagens kunnskapsstatus er – som for 20 år siden (3) – at glukoseintoleranse som utvikles i svangerskapet, ikke er en sykdom som krever diagnostikk og behandling, men en av flere risikofaktorer for stort barn (4). Det er påfallende i hvilken grad dette fagfeltet alltid har vært dominert av sterke interesseorganisasjoner, konsensusgrupper og retningslinjemakere (3, 4).

Henriksen og medarbeidere påberoper seg å ha vurdert litteraturen med Grademethodikken (5). Men til tross for at det faglige grunnlaget gjennomgående har lav/svært lav kvalitet har de – uten forbehold – kommet med særdeles omfattende, sykkeligjørende og kostbare retningslinjer. På denne måten forblir begrepet kunnskapsbasert medisin en floskel til festbruk. En mer nøktern tilnærming hadde vært adekvat. Her er det ikke snakk om å redde nyfødtes liv men – gjennom stor innsats – å oppnå en liten reduksjon i fødselsvekt hos noen få barn. Hvorfor det skulle være viktig er det vanskelig å finne svar på i retningslinjene (5).

BJØRN BACKE

bjbac@online.no
er professor og dr.med.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Farrar D, Simmonds M, Griffin S et al. The identification and treatment of women with hyperglycaemia in pregnancy: an analysis of individual participant data, systematic reviews, meta-analyses and an economic evaluation. *Health Technol Assess* 2016; 20: 1–348.
- 2 Gränsvården för graviditetsdiabetes. Socialstyrelsen, Stockholm, 2015. [http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/beslutsstodforbehandling/gransvardenforgraviditetsdiabetes](http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/ beslutsstodforbehandling/ gransvardenforgraviditetsdiabetes) (16.5.2018).
- 3 Backe B. Såkalt svangerskapsdiabetes – en ny folkesykdom? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 852–4.
- 4 Cundy T, Holt RI. Gestational diabetes: paradigm lost? *Diabet Med* 2017; 34: 8–13.
- 5 Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsdiabetes. Oslo: Helsedirektoratet, 2017. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsdiabetes>. (16.5.2018).

Fettemboli og koagulasjon

Slik vi forstår Dahl og medarbeidere mener de at det er aktivering av koagulasjonssystemet som i så stor grad er hovedproblemet ved fettemboliene at embolitypen er uvesentlig (1). Ulike embolityper kan føre til koagulasjon. De kan også aktivere immunforsvaret slik at både komplement og koagulasjonskaskader aktiveres.

Immunaktivering skjer også ved traumer og kirurgi, og koagulasjonen spiller en viktig rolle ved å avgrense inflammasjonen. Koagulasjonen aktiveres i samspill med de andre kaskadesystemene (2). Den kan skyte over mål føre til disseminert intravaskulær koagulasjon. Det er trolig ikke unikt for fettemboliene. Vi har sett i egne forsøk,

både in-vitro og hos gris at også luftembolier aktiverer komplement og koagulasjon direkte samt gir inflammatorisk lungeskade (3). Da virker det fornuftig å angi embolitype, siden eksempelvis trykkammerbehandling kan være effektiv ved luftembolier.

Dahl og medarbeidere argumenterer for at trombingenerering og inflammasjonsaktivering er nødvendig for at fettceller skal kunne feste seg (1). Men milliarder av små embolier vil kunne blokkere små kar og kapillærer i kraft av å være vanskelig løsbart fett – dette kan trolig ikke unngås selv om koagulasjon eller inflammasjon hemmes. At fettembolisyndrom i tillegg er påvist etter ikke-traumatiske tilstander mener vi gjør det hensiktsmessig å angi embolitypen. Videre indikerer dette at fettembolisyndrom kan være assosiert med, men er distinkt fra, inflammatorisk aktivering etter traume. I en artikkel som vi nå har publisert i *Tidsskriftet*, beskriver vi fettembolisyndrom, hvor vi ved histopatologisk farging av hjerne og lunger fant fettembolier og tegn til fettembolisering ved MR cerebrum (4).

Dahl og medarbeidere argumenterer for at det er viktigere å hemme koagulasjon enn å iverksette feil behandling, som for eksempel kortikosteroider. Ingen av delene er vist å være effektivt ved fettembolisyndrom. Det er likevel viktig å erkjenne at cerebrale fettembolier kan gi økt intrakranielt trykk, og flere artikler viser at trykkreducerende behandling virker. Det at koagulasjonshemmende behandling som generelt er effektivt etter traumer og ortopedisk kirurgi nettopp ikke er effektiv ved fettembolisyndrom, er kanskje et argument for at fettembolisyndrom er en separat diagnostisk entitet.

STEINAR KRISTIANSEN

steinarkristiansen@gmail.com
er lege i spesialisering i anestesi.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

ERIK WAAGE NIELSEN

er spesialist i anestesi med europeisk intensiv-eksamen, overlege og professor ved Nordlands-sykehuset Bodø, Nord universitet, Universitetene Tromsø og Universitetet i Oslo.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Dahl OE, Reikerås O, Pripp AH et al. Fettemboli er en utdatert diagnose. Tidsskr Nor Legeforen 2018. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0946.
- 2 Markiewski MM, Nilsson B, Ekdahl KN et al. Complement and coagulation: strangers or partners in crime? Trends Immunol 2007; 28: 184–92.
- 3 Storm BS, Christiansen D, Dybwik K et al. Gas embolism during surgery. A complement mediated condition? Mol Immunol 2017; 89: 193.
- 4 Kristiansen S, Madsen MR, Steen R et al. En ung traumepasient med fem frakturer og multiorgan-svikt. Tidsskr Nor Legeforen 2018. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0898.

O.E. DAHL**OG MEDARBEIDERE SVARER**

Takk for kommentar til vår artikkel. Vi har lest kommentaren med interesse og mener den er et viktig supplement til forståelsen av fettembolis syndrom og hvordan vi skal forholde oss til dette. Diagnosen maskerer underliggende patofysiologiske prosesser som må kartlegges og diagnostiseres for å kunne iverksette målrettet kausal behandling supplert med symptomatiske tiltak. Forfatterne fremhever at et stort antall små-embolier kan blokkere små kar. Dette forutsetter at cellekonjuganter og endotel (sub-endotel) er aktiverte slik at andre sirkulerende celler, for eksempel fettceller, kan fanges opp. Vi mener derfor at diagnosen fettembolis syndrom bør utgå.

OLA EINAR DAHL

oladahl@start.no
er emeritus forskningsdirektør ved Sykehuset innlandet og honorær professor ved Thrombosis Research Institute, London.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

OLAV REIKERÅS

er professor og spesialist i generell kirurgi og i ortopedisk kirurgi ved Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

ARE HUGO PRIPP

er forsker og biostatistiker ved Oslo universitets-sykehus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

LARS BIRGER ENGESÆTER

er spesialist i generell kirurgi og i ortopedisk kirurgi og professor emeritus ved Universitetet i Bergen.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Målet må være forbedring, ikke frykt

Leger gjør feil og vi må tørre å snakke om det, skriver Kathrine F. Vandraas i Tidsskriftet (1). Vandraas trekker frem vinkristin-saken på Haukeland som et eksempel der legen blir eksponert og pekt på i media, og viser til belastningen det er for helsepersonell å bli uthengt slik. Jeg deler Vandraas sitt ønske om mer åpenhet rundt at ting kan gå galt.

«De beste beslutningene tas av leger som inkluderer en kalkulert risiko, ikke av de som kun streber mot feilfrihet»

Jeg jobber nå som assisterende fylkeslege, men med flere år i arbeid på sykehus før dette, i et fag fullt av raske beslutninger og kort vei fra liv til død, har jeg langt ifra glemt mine egne feil. Blodprøven jeg overså, doseringen jeg regnet feil, feilvurderinger av hvilke pasienter jeg skulle prioritere. Det at man selv har navigert i slike farvann, og gått på skjær iblant, er en viktig erfaring for å kunne vurdere andre som har vært uheldige. Både fylkeslegene og Helsetilsynet har til sammen både mye og bred klinisk kompetanse hos sine medarbeidere. Denne kompetansen, som vi kan og må bruke på tvers, er en forutsetning for å best mulig kunne normere og vurdere medisinsk praksis.

Når Helsetilsynet har lagt føringer for vurderinger i klage- og tilsynssaker har de i de siste årene særskilt vektlagt at det skal vurderes om det er gjort feil på systemnivå.

Dette er et viktig skifte fra tiden der man fremfor alt rettet fingeren mot helsepersonellet. Ledernes ansvar for å legge til rette for forsvarlig helsehjelp har blitt tydeliggjort i egen forskrift (2). I svært mange saker er systemsvikten det viktigste, som i seg selv kan føre til økt risiko for individuelle feiltrinn. Media har ofte et ubarmhjertig fokus og har for lengst skjønt at overskriften «legetabbe» selger så det holder. Fremstillingen blir lett ensidig og feil vinklet. Systemfeilene får ikke like mye oppmerksomhet, og mange helsearbeidere mener at individuelle pliktbrudd rammer mye hardere enn påpekingen av systemsvikt.

Fylkeslegen er avhengig av tillit både blant befolkningen og i helsevesenet og trenger et godt samarbeid med begge parter. Vi jobber også med å realitetsorientere både media og de av våre klagere som har urimelige krav til helsevesenet og helsearbeiderne. Dersom vi som tilsynsmyndighet vurderer helsepersonell eller tjenestene på feil grunnlag vil vi både legge tunge stein til byrden for enkeltpersonene som er involvert og i tillegg underminere vår egen troverdighet som tilsynsorgan. I vårt arbeid må vi gjøre vårt beste for å være forutsigbare, relevante og ikke urimelige. Tilsynsmyndighetens mål er å bidra til forbedring, ikke å skape frykt for å utføre legevirket med alt det innebærer. De beste beslutningene tas av leger som inkluderer en kalkulert risiko, ikke av de som kun streber mot feilfrihet. Samfunnet er avhengig av at leger og helsetjenesten tar risiko i behandling av alvorlig syke pasienter. Medisinsk undersøkelse og behandling er alltid forbundet med usikkerhet, og alle avgjørelser er tatt med ulik grad av informasjon og tidspress. Nettopp derfor kan helsetjenesten aldri bli feilfri.

KARIANNE FLAATTEN

karianne@gmx.de
er assisterende fylkeslege i Hordaland.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Vandraas KF. Leger gjør feil. Tidsskr Nor Legeforen 2018. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0210.
- 2 Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. 28.10.2016. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250> (30.4.2018).

Korrelasjon og regresjon

Are Hugo Pripp har sannsynligvis ønsket å gi en lettforståelig fremstilling av korrelasjonsanalyser (1). Men, «det er ingen kongelig vei til geometri». Snarveier og tilnærmet korrekte fremstillinger kan bidra til å underbygge misforståelser, feilaktigheter og manipulering av forskningsbudskap.

«Korrelasjon og regresjon henger sammen og kan ikke skilles»

Korrelasjon (R) og regresjon henger sammen og kan ikke skilles. Det er for upresist å si at de røde linjene i figur 1 (1) er tilpassede linjer; det er regresjonslinjer hvor summen av de vertikale avstander mellom x-verdiene og linjen, benevnt residualer, er minst. Beregning av R begynner med å summere kvadrerte residualer, (KR).

Forskjellen i de to plottene (1) er neppe forskjell i stigning på regresjonslinjen, men kun forskjell i x-verdiens enheter. Man kan aldri sammenligne regresjonslinjens stigning hvis man ikke har benyttet samme enheter og skala, eventuelt må en utføre standardisert regresjon.

R-verdien viser ikke avstanden mellom punktene og regresjonslinjen; slike avstander er en måte å vurdere overensstemmelse på. R-verdien benyttes ofte, helt feilaktig, til å gi uttrykk for god eller dårlig overensstemmelse. For å beregne R-verdien trenger vi også summen av kvadratene av forskjellene mellom x-verdiene og gjennomsnittet av x-verdiene, benevnelsen «kvadrert total» kan benyttes (KT). R-verdien er proporsjonal til KR/KT. Jo større «kvadrert total» (KT), desto bedre R-verdi og tilsynelatende bedre overensstemmelse. «Kvadrert total» (KT) øker alltid med økt bredde (range) på y-verdiene og følgelig vil R-verdien alltid øke med økt bredde på utvalget av objekter. Å sørge for stor bredde på utvalget av objekter er et vekjent knep for å få en god R og tilsynelatende god overensstemmelse. Overensstemmelse er upåvirket av utvalgsbredden.

Ved $R=0,09$ forklarer variasjon i y så lite som 0,0081 prosent av variasjonen i x. For å bergene forklaringsprosenten benyttes ikke R, men r^2 , altså: $r^2 = 0,09^2 = 0,0081$.

Påstanden om at man kan benytte regre-

sjon til å predikere det ene tallet fra det andre er for upresist. Man kan lage «predikerte x-verdier» fra y-verdiene, men ikke y fra x. Hva slike predikerte verdier kan brukes til er for meg uklart. Hvis det ikke er en lineær assosiasjon er ikke R nødvendigvis 0. En kurvet sammenheng kan gi en høy R.

Pripp viser at p-verdien henger sammen med antall observasjoner, men om en korrelasjon/assosiasjon er (medisinsk faglig) relevant kan uansett ikke vurderes basert på p-verdier.

Jeg utfordrer Pripp til å diskutere betydningen av at den uavhengige variabel (y) aldri er 100 % presis, noe korrelasjon og regresjonsanalysen forutsetter. Flere forhold nevnt over er forøvrig beskrevet i Legeforeningens tidsskrift i 1990 (2).

ARNE HØISETH

arnhois@online.no
er konsulent.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Pripp AH. Pearsons eller Spearmans korrelasjonskoeffisienter. Tidsskr Nor Legeforen 2018. doi: 10.4045/tidsskr.18.0042.
- 2 Høiseith A. Er statistiske analyser egnet ved vurdering av målinger? Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 1968-71.

Are Hugo Prippts tilsvaret kan du lese på www.tidsskriftet.no

ANNONSER

ADVOKATFIRMAET KVANDE & CO

Advokat og lege Georg Kvande
Advokat Anette Lilleengen Kvande

HELSERETT ERSTATNINGSRETT ALMINNELIG PRAKSIS

Bistand til helsepersonell og
pasienter i sivile og
strafferettslige spørsmål

Bygdøy Allé 21, 0262 Oslo
tlf. 24 11 94 00

www.advokatkvande.no

SYK – SKADET – UFØR

Vi har spesialisert oss innen trygderett og personskadeerstatning.

Vi kan tilby Deres pasienter inntil 1 time gratis rådgivning innenfor de nevnte saksområder.

Advokatfirmaet
Andersen
M.N.A.

Skippergata 33
0154 OSLO

Telefon: + 47 22 41 95 55
Telefaks: + 47 22 42 01 63

Email: anders.andersen@ajuss.no
Webadresse: www.ajuss.no

Retningslinjer forebygger ikke selvmord

Vi må tenke nytt om forebygging av selvmord i psykisk helsevern.

Ti år etter lanseringen av *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (1) kommer det frem at ca. 250 personer hvert år har tatt sitt liv i spesialisthelsetjenesten (2). Dette utgjør 43 % av det totale antallet selvmord i Norge. Det høye antallet gir grunn til å spørre om effekten av retningslinjene.

Retningslinjene, særlig anbefalingen om hyppige selvmordsrisikovurderinger, har fått omfattende kritikk (3, 4). Allikevel publiserte Helsedirektoratet nylig et læringsnotat, der det understrekes at «pasientsikkerheten kan økes ved bedre gjennomføring og oppfølging av beskyttelsestiltak og selvmordsrisikovurdering» og at «å implementere nasjonale retningslinjer i lokale rutiner er en del av virksomhetens plikt til internkontroll» (5).

Manglende kunnskapsgrunnlag og snevert kunnskapssyn

Retningslinjene sies å bygge på to kunnskapsoppsummeringer (1). Disse ga imidlertid svært lite relevant kunnskap. Dette går da også eksplisitt frem i retningslinjene, der tiltakene er gradert i henhold til det underliggende kunnskapsgrunnlaget. Graderingen viser at 31 av 34 anbefalinger (91 %) er basert på «manglende dokumentasjon». Dermed er ikke retningslinjene kunnskaps-

baserte (ut ifra den definisjonen som legges til grunn).

Retningslinjene bygger dessuten på et ensidig biomedisinsk kunnskapssyn (6), der selvmordsatferd ut ifra en lineær årsak-virkning-tenkning forklares som en konsekvens av risikofaktorer (7). Psykiske lidelser, særlig depresjon løftes frem som en av de aller viktigste risiko-/årsaksfaktorene for selvmord (7). Diagnostisering og behandling av psykiske lidelser inngår da også som et sentralt tiltak. Det er imidlertid langt fra

«Det høye antallet selvmord gir grunn til å spørre om retningslinjene har noen effekt»

sikkert at *suicidaliteten* handler om psykiske lidelser i alle tilfeller (7). I en metaanalyse av 50 års forskning på risikofaktorer for selvmord slås det dessuten ettertrykkelig fast at: «...there is no evidence that any known risk factors – broad or specific – approach what many might define as clinical significance» (8, s. 215).

Retningslinjene skal «bidra til at det gis et standardisert og kvalitetssikret behandlingstilbud» (1, s. 8). Suicidalitet er imidlertid et komplekst fenomen som ikke kan forstås uavhengig av det livsløp og den kontekst den utvikles og vedlikeholdes i (7). En «one-size fits all»-tilnærming med sterkt fokus på psykiske lidelser og selvmordsrisikovurde-

ringer, kan oppleves dehumaniserende og bidra til å distansere og marginalisere pasienter (9). Dette kan bidra til å øke heller enn å redusere selvmordsfaren.

Akutt behov for nytenking

Det er på høy tid å løfte blikket opp fra en ensidig biomedisinsk forståelse av suicidalitet. Både Helsedirektoratet (5) og Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) ser imidlertid ut til bare å ville ha mer av det samme. Senterets talsperson, Fredrik Walby, sa i Dagsnytt 18 (18.4.2018) at det må fokuseres på diagnostisering og behandling av psykiske lidelser og at det må bygges ut sikkerhetstiltak på gruppenivå, etter samme prinsipper som i trafikksikkerhetsarbeid.

Kanskje bør vi heller lytte til fagfolk som på bakgrunn av omfattende forskning sier at klinikere bør slutte å kategorisere pasienter i henhold til selvmordsrisikonivå og at helsemyndigheter bør trekke tilbake retningslinjer som krever slike (10). Vi oppfordrer Helsedirektoratet til å invitere til en åpen diskusjon med fagmiljøene, på bakgrunn av erfaringene man nå har.

Folk ønsker å bli sett, hørt og forstått, ikke nødvendigvis vurdert og sikret ut ifra standardiserte prosedyrer. Fagfolk må få rom, tid og tillit til å utøve sin faglighet overfor den enkelte pasient (4). Samtidig bør de tilføres suicidologifaglig kompetanse som går langt ut over en biomedisinsk forståelse av suicidalitet.

Mottatt 23.4.2018, første revisjon innsendt 1.5.2018, godkjent 2.5.2018.

HEIDI HJELMELAND

heidi.hjelmeland@ntnu.no

(f. 1960) er professor ved Institutt for psykisk helse, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JULIA HAGEN

(f. 1975) er postdoktor ved Institutt for psykisk helse, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KRISTIN ESPELAND

(f. 1982) er ph.d.-kandidat ved Institutt for psykisk helse, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TOVE UELAND NYGAARD

(f. 1971) er master i psykisk helsearbeid og psykiatrisk sykepleier ved Tiller DPS, St. Olavs hospital. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BIRTHE LOA KNIZEK

(f. 1957) er spesialist i klinisk psykologi (barn og unge) og professor ved Institutt for psykisk helse, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. 2008. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/3/Nasjonalfaglig-retningslinje-for-forebygging-av-selv-mord-i-psykisk-helsevern-IS-1511.pdf> (2.5.2018).
- 2 Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. www.uio.no/kartleggingssystemet (2.5.2018).
- 3 Hagen J, Hjelmeland H, Knizek BL. Overdrevnen tro på selvmordsrisikovurderinger? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 394.
- 4 Straume S. Selvmordsforebyggingens pris. Tidsskr Nor Psykol Foren 2014; 51: 242-51.
- 5 Helsedirektoratet. Selvmord og selvmordsforsøk under innleggelse. Læringsnotatet fra Meldeordningen. 2017. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/selv-mord-og-selv-mordsforsok-under-innleggelse> (2.5.2018).
- 6 Nygaard TU. Selvmordsforebygging i psykisk helsevern: Er vi på riktig spor? Masteroppgave i psykisk helsevern. sTrondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2017.
- 7 Hjelmeland H, Knizek BL. Time to change direction in suicide research. I: O'Connor R, Pirkis J, red. The international handbook of suicide prevention. 2. utg. Chichester: Wiley Blackwell, 2016: 696-709.
- 8 Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. Psychol Bull 2017; 143: 187-232.
- 9 Rogers JR, Soyka KM. «One size fits all»: An existential-constructivist perspective on the crisis intervention approach with suicidal individuals. J Contemp Psychother 2004; 34: 7-22.
- 10 Large MM, Ryan CJ. Suicide risk categorisation of psychiatric inpatients: what it might mean and why it is of no use. Australas Psychiatry 2014; 22: 390-2.

ANNONSE



Nasjonalforeningen for folkehelsen er en frivillig, humanitær organisasjon med helselag og demensforeninger over hele landet. Vårt mål er å bekjempe hjerte- og karsykdommer og demens. Dette gjør vi med forskning, informasjon, forebyggende tiltak og helsepolitisk arbeid. Vi er interesseorganisasjon for personer med demens og deres pårørende.

Søk midler til hjerte- og karforskning

Nasjonalforeningen for folkehelsen har støttet norsk hjerte- og karforskning siden 1960. For 2019 vil vårt bidrag være 19,5 millioner kroner.

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

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

Det lyses ut midler til:

- ◆ Doktorgradsstipender
- ◆ Postdoktorstipender
- ◆ Driftsstøtte til prosjekter

Postdoktor- og doktorgradsstipendene utlyses for tre år, driftsstøtte for ett år.

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

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

Søknadsskjema og retningslinjer finnes på:

www.nasjonalforeningen.no/forskningsmidler

Søknaden leveres elektronisk innen

01.09.2018, kl. 23:30.

Pakkeforløpene i psykisk helsevern er feil medisin

Fremtidens psykiske helsevern for voksne bør satse på behandling for utviklingstraumer.

Frykten for danske diagnosebaserte pakkeforløp i psykisk helsevern er blitt erstattet med lettelse. Det blir ikke standardisert behandling og maks 15 timer for angst og fobi, 29 timer for posttraumatisk stresslidelse eller 18 timer for depresjon.

«I hvert fall halvparten som får psykoterapeutisk behandling i spesialisthelsetjenesten har traumehistorikk som ofte ikke blir fanget opp»

Istedenfor innebærer forslagene til pakkeforløp på norsk, som nå har vært på høring og skal innføres fra høsten, kartlegginger, målepunkter, feedbackverktøy og koordineringsansvarlige som skal sikre sammenhengende behandlingsløp (1). Løsningen på helsefaglige og -politiske utfordringer er nok en gang mer byråkrati og flere administrative oppgaver – og flere standardiserte spørreskjemaer.

Noen av tiltakene i pakkeforløpene vil kunne skape større bevissthet hos helseforetak og helsepersonell om behovet for kartlegging av pasientens psykiske plager, livshistorie og nytte av behandling. Spørreskjema om traumer kan trolig fange opp flere pasienter med traumehistorikk, da det er vanlig at pasienter med traumeerfaringer ikke forteller med mindre de blir spurt direkte. Men mange forteller heller ikke da.

Feilbehandling kan få fatale konsekvenser

Det kreves psykologisk fagkompetanse for å avdekke utviklingstraumer, som er følgene av komplekse, vedvarende traumatiske belastninger i barndommen (2). Dette skyldes blant annet at personer med utviklingstraumer ofte undertrykker symptomer og strever med følelser som skyld, skam, angst og mangel på tillit – ofte uten å være klar over det selv.

I hvert fall halvparten som får psykoterapeutisk behandling i spesialisthelsetjenes-

ten har traumehistorikk som ofte ikke blir fanget opp (3). Kunnskap om utviklingstraumer mangler på alle forvaltningsnivåer. Mitt inntrykk er at fastlegene ofte verken har tid eller kompetanse til å avdekke utviklingstraumer, til tross for at de oftest er henvisende instans.

Pakkeforløpene tar ikke høyde for dette. I tillegg vil nasjonale retningslinjer og prioriteringsveilederen, med fokus på avgrensede symptombaserte diagnoser og kortsiktige kostnadsvurderinger, fortsatt bidra til at utviklingstraumatiserte personer med behandlingsbehov blir nektet helsehjelp, blir tilbudt utilstrekkelig behandling eller blir retraumatisert på grunn av feilbehandling. Pasienter blir paradoksalt nok dermed påført mer uutholdelig smerte selv om det finnes behandlingsmetoder som kan helbrede.

Denne tragiske og, fra et helsefaglig og velferdspolitisk perspektiv, forhåpentligvis uakseptable realiteten, adresseres ikke i pakkeforløpene. Istedenfor skaper de en forventning om at negative behandlingsresultater kan avverges med bruk av feedbackverktøy, målepunkter og risikovurderinger av pasienten.

Det henger kanskje sammen med den udokumenterte påstanden i bakgrunn for pakkeforløpene om at tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser er godt utbygd (4). Påstanden står i kontrast til studier som viser at 30 % av henvisninger til spesialisthelsetjenesten blir avvist uten undersøkelse og at 80 % av de som strever med depresjon og angst ikke oppsøker eller får riktig hjelp (5, 6).

Må kunne velge virksom behandling

10 % av befolkningen har blitt utsatt for potensielt traumatiserende opplevelser i barndommen. Dette er den viktigste enkeltårsaken til mange psykiske lidelser (7). Vi bør prioritere å utvikle tjenestetilbud som kan løse dette folkehelseproblemet, fremfor å bruke ressurser på koordinering mellom tjenester som ikke finnes. Det er ikke nok at traumene anerkjennes, de må bearbeides. Hva kan gjøres?

Et tiltak som kan ha større bevisstgjørende effekt enn pakkeforløp er en nasjonal informasjonskampanje med mennesker med utviklingstraumer som hovedmålgruppe. I kampanjen bør årsaker og opplevde symptomer av utviklingstraumer beskrives med et ikke-objektiverende språk. Dersom kampanjen også formidler forståelse for at mange kan ha blitt retraumatisert ved

tidligere kontakt med psykisk helsevern, kan den bidra til at flere gjenoppretter tillit til helsevesenet og søker nødvendig hjelp.

For å forhindre at personer med behandlingsbehov nektes rett til helsehjelp fordi de ikke passer inn i diagnosekategoriene, bør utviklingstraumer inkluderes som tilstand i prioriteringsveilederen. Det bør stilles krav til kompetanse på utviklingstraumer for kommunepsykologer, slik at personer med utviklingstraumer er sikret et kompetent kontaktpunkt i helsevesenet som kan utrede, behandle og eventuelt henvise til spesialisthelsetjenesten. Det bør også vurderes kompetansehevende tiltak for fastleger.

Internasjonale anbefalinger fremhever at bearbeiding av traumer er avgjørende for at utviklingstraumatiserte personer skal oppleve tilfriskning (8). En grunnleggende utfordring for disse personene er dessuten vansker med å regulere følelser, særlig når de utsettes for traumepåminnere (9).

Intensiv dynamisk korttidsterapi (ISTDP) er en kostnadseffektiv kompleks følelsesfokusert terapiform som har teknikker for å identifisere og bearbeide relasjonelle og emosjonelle traumer på en måte som forhindrer retraumatisering. Dette er ikke operasjonalisert i andre terapiformer. Metoden kan også vise til svært gode resultater på tvers av diagnoser og komorbide symptomer, også for såkalte behandlingsresistente pasienter (10).

«Utviklingstraumer bør inkluderes som tilstand i prioriteringsveilederen»

For at utviklingstraumatiserte pasienter skal kunne velge virksom behandling, bør det etter min mening videreutdannede terapeuter innen intensiv dynamisk korttidsterapi til alle poliklinikker og døgningstusjoner. Det vil bidra til å dreie samfunnsopdraget i psykisk helsevern fra misvisende økonomiske resultatmål til bærekraftige behandlingsmål – til beste for pasient, pårørende, helsepersonell og samfunn.

Mottatt 16.5.2018, godkjent 18.5.2018.

BIRGIT UNDEM

undembirgit@hotmail.com
(f. 1976) er pasient.

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

LITTERATUR

- 1 Helsedirektoratet. Pakkeforløp psykisk helse og rus (høring). Høringsutkast. <https://helsedirektoratet.no/horinger/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus-horing#horingsutkast> (15.5.2018).
- 2 Norges offentlige utredninger. Bedre beskyttelse av barns utvikling – Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet. NOU 2012:5. <https://www.regjeringen.no/contentassets/e212cdbe211d4e699983049c3070870e/no/pdfs/nou201220120005000dddpdfs.pdf> (15.5.2018).
- 3 Aas M. Langtidsvirkninger av barndomstraumer. Tidsskr Nor Psykol Foren 2017; 54: 936–9.
- 4 Helsedirektoratet. Pakkeforløp for psykisk helse og rus. Bakgrunn og mandat. <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus#bakgrunn-og-mandat> (15.5.2018).
- 5 Storvik AG. Tusenvis avvises i psykisk helsevern – uten undersøkelse. Dagens Medisin 15.8.2017. www.dagensmedisin.no/artikler/2017/08/15/tusenvis-avvises-uten-undersokelse/ (15.5.2018).
- 6 Hanger MR. De fleste med angst eller depresjon får ikke behandling. Dagens Medisin 6.12.2017. www.dagensmedisin.no/artikler/2017/12/06/de-fleste-med-angst-og-depresjon-behandles-ikke/ (15.5.2018).
- 7 Nordanger DØ, Braarud HC, Albæk M et al. Developmental trauma disorder: En løsning på barnetraumatologifeltets problem? Tidsskr Nor Psykol Foren 2011; 48: 1086–90.
- 8 The ISTSS Expert Consensus Guideline for Complex PTSD In Adults. 2012. www.istss.org/ISTSS_Main/media/Documents/ISTSS-Expert-Concensus-Guidelines-for-Complex-PTSD-Updated-060315.pdf (18.5.2018).
- 9 Albæk AU, Milde AM. Nevrobiologisk forståelse av traumeminner. Tidsskr Nor Psykol Foren 2017; 54: 951–7.
- 10 Hansen RS, Bakkevig JF, Langvasbråten B et al. Følelser som forandrer – Intensiv dynamisk korttids terapi. Tidsskr Nor Psykol Foren 2013; 50: 838–44.

ANNONSE

KJØP EL-SYKKEL I DAG!

Supertilbud til DNLf



City
350/18

NY
MODELL



Mountain
350/15

16.900,-*

*
16.900,-



*ord. pris. 35.900,-

El-sykler
med meget
bra batteri-
kapasitet og
sterk motor

Kontakt Arne på
mobil 932 33 088
for mer informasjon



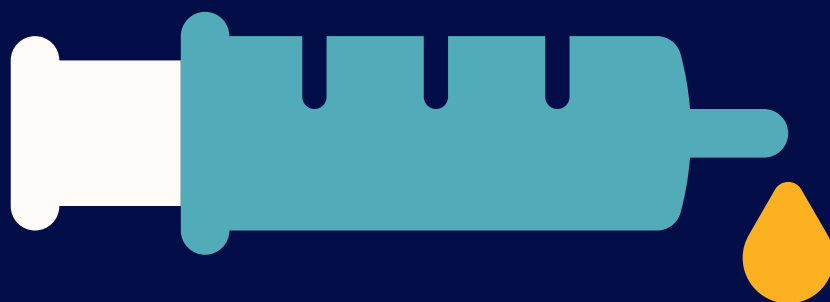
DEN NORSKE
LEGEFORENING



Nordic
e.bike
www.nordicebike.no
post@nordicebike.no

www.nordicebike.no/dnlf

snakk
med oss



hvis du skal ansette
en lege.

Kollegastøtte når pasienten tar sitt liv

Selv mord er en sjelden hendelse – med store omkostninger for de nærmeste og samfunnet. I de tilfeller hvor den som begår selvmord har hatt en behandler i psykisk helsevern, blir denne også berørt. Vi ønsker å belyse hvordan en kollegastøttegruppe i sykehuset kan være med på å ivareta faglig ansvarlig lege/psykolog i etterkant av et selvmord.

En av hovedoppgavene til det psykiske helsevernet er å forebygge selvmord. Prediksjon av suicidrisiko på individnivå er problematisk, men forventes ofte av pårørendeorganisasjoner og tilsynsmyndigheter (1-3). Ofte er det motstridende hensyn å ta når selvmordsrisiko og grad av beskyttende tiltak skal vurderes. Pasientens autonomi og rett til selvbestemmelse skal veies opp mot hans eller hennes sikkerhet. Det nye lovverket (4) innebærer en dreining i retning av økt vekt på autonomi, og risikoavveiningen kan bli mer kompleks.

Vi klarer ikke å forebygge alle selvmord. En nylig publisert studie som omhandlet selvmord i Agderfylkene i perioden 2004–13 konkluderte med at to tredeler av dem som tok sitt eget liv hadde hatt kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling i løpet av livet, og 7 % var innlagt eller på permisjon da selvmordet skjedde (5). Det vil si at ved opp mot 40 selvmord årlig vil minst én lege eller psykolog være direkte berørt, ofte som ansvarlig hovedbehandler eller som vakthavende lege.

«Vi klarer ikke å forebygge alle selvmord»

Når en pasient som er under behandling i psykisk helsevern begår selvmord, utløses en rekke rutiner og handlinger for å gjennomgå de faktiske forhold og de vurderinger som er gjort. Spesialisthelsetjenesten har meldeplikt til Statens helsetilsyn, og det kan bli satt i gang tilsynssak mot foretaket eller behandleren, via Fylkeslegen eller Helsetilsynet selv.

Lokale rutiner ved Stavanger universitetssjukehus tilsier at hovedbehandler og den medisinskfaglig ansvarlige gir en skriftlig redegjørelse for pasientforløpet og de vurderinger som er gjort underveis. Alt involvert personell, inkludert lege eller psykolog, men også miljøpersonell, har en debrifing med nærmeste leder. Pårørende til den avdøde kontaktes og blir forsøkt ivaretatt og infor-

meres om klageadgang og mulighet for å søke erstatning hos Norsk pasientskadeerstatning. Alle helseforetak har en bedriftshelsetjeneste som kan kobles inn dersom det oppstår helsemessige problemer hos ansatte som følge av selvmord.

På tross av gjeldende rutiner har vi i Klinikk psykisk helsevern voksne ved Stavanger universitetssjukehus sett at behandlere blir gående alene med vanskelige følelser etter et selvmord. På systemnivå har det vært lite rom for vanlige, men belastende reaksjoner, inkludert følelser av skyld og skam (6-8). Årsakene til det kan være sammensatte. Det vil være store individuelle forskjeller mellom behandlerne når det gjelder når og om helse- eller trivselsmessige problemer som følge av selvmord hos en pasient oppstår. Bedriftshelsetjenesten kobles gjerne inn for sent eller aldri, og debrifningen favner kun den akutte fasen.

Behandlere som var involvert tidligere i pasientforløpet, men ikke hadde behandlingsansvar på dødstidspunktet, inkluderes ofte ikke i debrifing og annen oppfølging. Like fullt kan de få emosjonelle reaksjoner og vansker i ettertid. Tilsynsmyndigheter har ikke primært som oppgave og funksjon å gi støtte til behandlere og fremheve der det er gjort godt arbeid (9). For behandleren kan prosessen etter et selvmord oppleves som svært belastende og utløse sterk tvil om man er egnet, om man har gjort noe galt og om man er skyld i dødsfallet.

Vi opplever at de eksisterende rutiner og strukturer ikke alltid dekker behovet for en mer systematisk emosjonell og støttende ivaretagelse mellom jevnbyrdige kolleger i etterkant av et selvmord. Vi redegjør her for hvordan en kollegastøttegruppe kan fungere.

En kollegastøttegruppe ved Stavanger universitetssjukehus

Ved de åtte lukkede sengepostene i Klinikk psykisk helsevern voksne ved Stavanger universitetssjukehus skjer det til sammen rundt fem selvmord per år. Klinikken har prosedyrer for systematisk opplæring i og

gjennomføring av selvmordsrisikovurderinger og iverksetting av beskyttende tiltak, som inkluderer hyppighet av intervalltilsyn, vurdering av medikamenter for symptomlindring og vurdering av om pasienten kan gå ut alene eller med følge. Det foreligger også prosedyrer for varslingsrutiner og dokumentasjonskrav samt ivaretagelse av de pårørende og etterlatte.

Oppfølgingen av involverte behandlere har tidligere ikke vært systematisert. I fellesmøter med leger og psykologer ved klinikken kom det frem at man savnet og trengte en oppfølging der det ble lagt vekt på den emosjonelle opplevelsen og belastningen over tid. Flere behandlere som hadde opplevd at pasienter begikk selvmord, ga uttrykk for at de satt igjen med mange vanskelige følelser som de i stor grad var alene om.

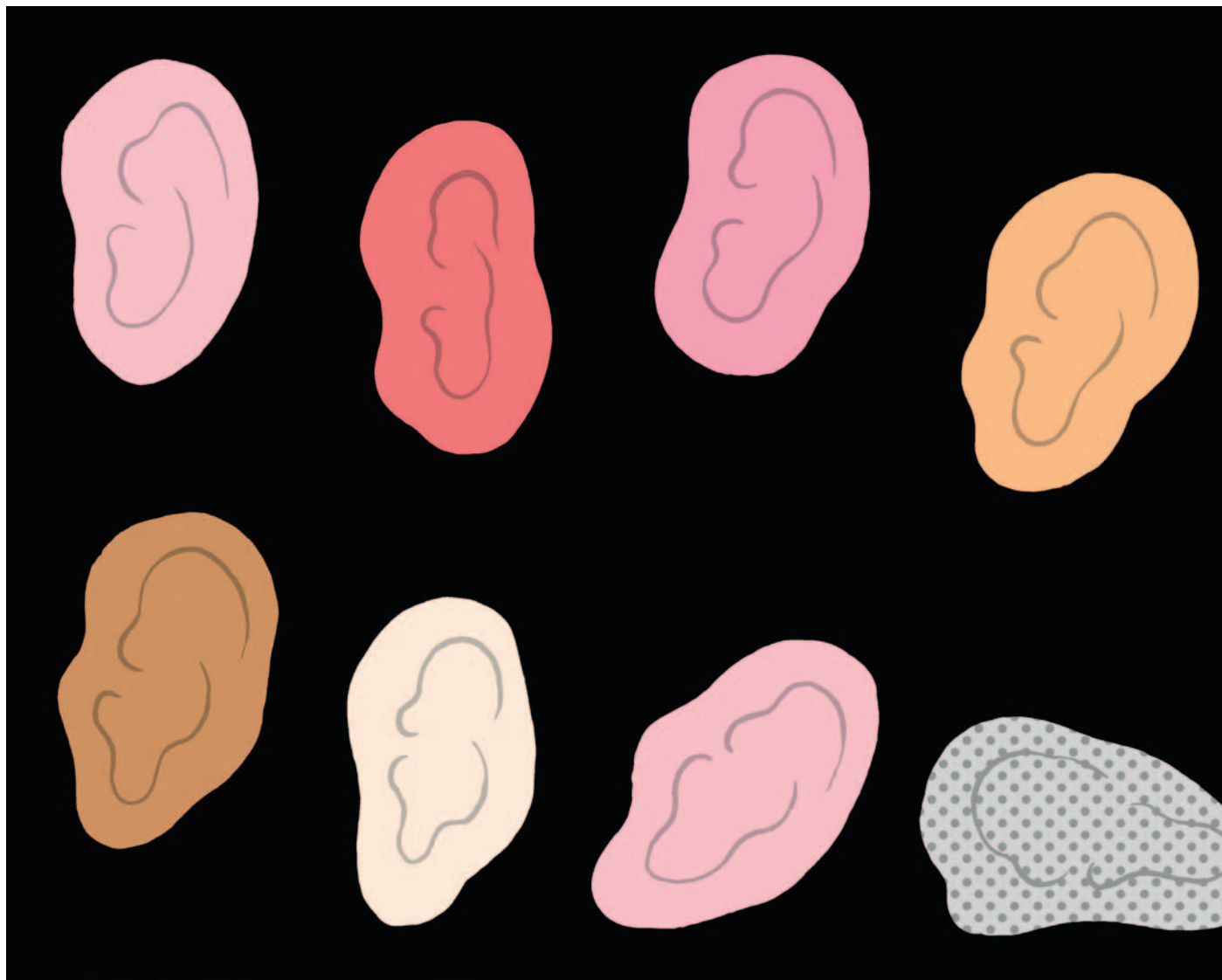
«På tross av gjeldende rutiner har vi sett at behandlere blir gående alene med vanskelige følelser etter et selvmord»

Det ble også trukket frem mulige ulikheter i hvordan behandlere og miljøpersonell opplevde selvmord hos pasientene. Behandlerne kjente i større grad på belastningen av å stå ansvarlig for mulig mangelfull eller feil behandling, mens miljøpersonellet var tettere på pasientene over tid. Ofte var det de som fant den døde.

Avdelingsoverlegen ved klinikken tok derfor i 2014 initiativ til at det ble opprettet en kollegastøttegruppe for å bistå behandlere ved alvorlige hendelser og i etterkant av pasienters selvmord. Gruppen trer også inn når pasienter utfører alvorlige voldshandlinger mot ansatte eller andre.

Medlemmene i gruppen er ansatt ved ulike psykiatriske sengeposter og seksjoner. For tiden består gruppen av to spesialister i psykiatri og to psykologspesialister, alle kvinner i forskjellig alder. Deltagelse i støtteordningen gjøres innenfor vanlig stillingsforhold, og avlønnes ikke ekstra.

Når et selvmord skjer, blir gruppen varslet av klinikkssjefen eller vedkommendes stedfortreder og får navnet på den eller de involverte. Det kan for eksempel være leger i både for- og bakvaktsjiktet, behandlende lege eller psykolog samt medisinskfaglig ansvarlig overlege på sengeposten hvor pasienten var innlagt.



Illustrasjon: Espen Friberg

Medlemmene i gruppen avtaler hvem som tar kontakt med hvilken behandler, og oppfølging skjer enkeltvis én og én. Det tilstrebes å oppnå kontakt med behandleren i løpet av en eller to dager innenfor vanlig arbeidstid. Kontakten kan skje ved personlig oppmøte, via e-post eller telefon. I det første møtet får behandleren kortfattet informasjon om gruppen og tilbud om videre samtaler.

Gruppen har fra den ble etablert vært involvert i oppfølgingen etter syv selvmord og har fulgt opp 16 behandlere. Et fåtall har sagt nei til oppfølging fra gruppen, da med begrunnelsen at de hadde nok støtte i egne private nettverk. De har dog gitt uttrykk for at de er positive til gruppen og setter pris på

tilbudet. De som har sagt ja, har hatt ulike behov.

Varigheten av oppfølgingen har variert fra et par uker til flere måneder. Det kan komme reaksjoner hos behandlere lenge etter selvmordet, og det tilstrebes derfor et kontaktpunkt minst en måned etter hendelsen. Gruppen har lagt vekt på å ha en lyttende holdning og har forsøkt å være ivaretagende kolleger og medmennesker i en vanskelig tid. Den emosjonelle ivaretagelsen av behandleren er viktig, og man er tydelig på at den ikke har en formell debrifingsfunksjon. Støttegruppens arbeid er heller ikke en erstatning for bedriftshelsetjenesten og annen oppfølging.

Gruppen har fått tilbakemeldinger om at den oppleves som en ressurs innad i klinikken, og deltagerne opplever det som meningsfylt å bidra. Der det avdekkes forbedringsmuligheter, har gruppen gitt tilbakemelding til klinikkleidelsen.

I Stavanger har gruppen konkret vært med på å få til en systemendring i vaktturnusen, slik at en lege som er direkte involvert i et selvmord på vakt, blir fritatt for resten av vekten. Klinikksjefen finner en erstatter, og legen som er direkte involvert i selvmordet, gis rom til å komme seg, får tid til debrifing og slipper å foreta nye akutte selvmordsrisikovurderinger og stå i andre tilsvarende vanskelige vurderinger. Lengden

på vaktfritaket avtales mellom legen og klinikkssjefen, men har vanligvis vært inntil en uke.

Gruppen er ikke kjent med at behandlere har oppgitt pasienters selvmord som årsak til at de har sluttet, verken før eller etter opprettelsen av gruppen. Gruppen har ikke grunnlag for å uttale seg om sykmeldinger som følge av pasienters selvmord.

Andre faggrupper har stilt spørsmål ved hvorfor gruppen har bestått av kun leger og psykologer. Både kapasitet og ressurser hos gruppemedlemmene har spilt inn, men også det at behandlere står i en særstilling ved selvmord, da de er ansvarlig for behandlingen på en annen måte enn miljøpersonell. Gruppens styrke, mener vi, ligger nettopp i at vi kjenner oss igjen i situasjonen og ansvaret som følger med.

Innspill ved opprettelse av tilvarende støttegrupper

I Klinikk psykisk helsevern voksne ved Stavanger universitetssjukehus har vi hatt positive erfaringer med denne formen for kollegastøtte. Vi vil anbefale andre institusjoner i psykisk helsevern der tilsvarende ordninger ikke allerede eksisterer å opprette slike grupper. For å unngå overlappende funksjoner bør ledelsen gi gruppen et tydelig mandat, med klar ansvarsfordeling inn mot andre tjenester. Dette er viktig for

å hindre at behandlere som for eksempel skulle hatt oppfølging av bedriftshelsetjenesten ikke blir henvist dit, i den tro at kollegastøttegruppen ivaretar slike aspekter.

Det bør være klare rutiner for å varsle gruppen når et selvmord skjer, det trengs for eksempel regler for hvem som skal varsle og på hvilken måte. Kollegastøttegrupper bør frikobles helt fra både interne og eksterne tilsynsfunksjoner. Dette kan være en forutsetning for at behandleren det gjelder tør være åpen om sin egen rolle i forkant av selvmordet, inkludert mulig tvil og skyldfølelse, uten å være redd for negative konsekvenser for sin arbeidssituasjon.

Gruppemedlemmene bør ha noe klinisk erfaring, det vil si være psykiater/psykologspesialist eller nesten ferdig spesialist. Deltagelse må være frivillig, for å sikre engasjement og interesse for temaet. Gruppemedlemmene bør være lydhøre for hva den enkelte behandler ønsker og har behov for, både når det gjelder kontaktform og varighet av kontakt. Ut fra litteraturen vet man at viktige temaer kan inkludere akutte stresssymptomer, for eksempel angst og søvnvanster, og emosjoner som sinne, skam, skyld og sorg. En gjennomgang av saken, med en lyttende holdning, kan også være aktuelt.

Arbeidsmengden for kollegastøttegruppen må være overkommelig og gjennom-

førbar innenfor rammene av en vanlig klinisk stilling. I tillegg til møter ved behov når det skjer nye hendelser kan gruppen for eksempel treffes en time annenhver måned for å gå gjennom saker den har vært involvert i samt reflektere og diskutere andre vanskelige situasjoner og vurderinger behandlere står i når det gjelder selvmord.

Det bør være mulig å gi tilbakemelding innad i organisasjonen dersom det avdekkes forbedringsmuligheter når det gjelder selvmordsforebygging eller ivaretagelse av ansatte etter et selvmord.

Avslutning

Prediksjon av suicidrisiko på individnivå er problematisk, i motsetning til hva pårørendeorganisasjoner og tilsynsmyndigheter ofte tror. Leger og psykologer er i en utsatt posisjon etter et suicid og sitter ofte igjen med en følelse av utilstrekkelighet, skam og skyld.

Vår erfaring er at en kollegastøtteordning lar seg drifte på en lite ressurskrevende måte siden man kun skal bidra ved sjeldne og alvorlige hendelser. Slike støttegrupper kan være viktig for å forebygge utbrenthet og sykmeldinger samt hindre at folk slutter i jobben når en pasient begår selvmord.

Mottatt 20.10.2017, første revisjon innsendt 14.1.2018, godkjent 12.3.2018.

JEANETTE BJØRKE-BERTHEUSSEN

bje@sus.no

(f. 1980) er spesialist i psykiatri ved Psykiatrisk divisjon, Stavanger universitetssjukehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNIKA HAGERMAN

(f. 1970) er psykologspesialist ved Psykiatrisk divisjon, Stavanger universitetssjukehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

WENCHE TEN VELDEN HEGELSTAD

(f. 1970) er ph.d. og psykologspesialist ved Psykiatrisk divisjon, Stavanger universitetssjukehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KRISTIN JØRSTAD FREDRIKSEN

(f. 1976) er spesialist i psykiatri ved Psykiatrisk divisjon, Stavanger universitetssjukehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Hagen J, Hjelmeland H, Knizek BL. Overdreven tro på selvmordsrisikovurderinger? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 394.
- Ness E, Fixdal T, Torper JL et al. Alle selvmord skyldes ikke behandlingssvikt. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1342-3.
- Ekeberg Ø, Hem E. Kan vi forutsi selvmord? Tidsskr Nor Legeforen 2017. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0573.
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). LOV-1999-07-02-62. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62> (12.3.2018).
- Haaland VØ, Bjørkholm M, Freuchen A et al. Selvmord, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Agder 2004-13. Tidsskr Nor Legeforen 2017. DOI: 10.4045/tidsskr.16.0503.
- Gitlin MJ. A psychiatrist's reaction to a patient's suicide. Am J Psychiatry 1999; 156: 1630-4.
- Svendsen EH. Å miste en pasient i selvmord. Tidsskrift for Norsk psykologforening 2005; 42: 512-4.
- Séguin M, Bordeleau V, Drouin MS et al. Professionals' reactions following a patient's suicide: review and future investigation. Arch Suicide Res 2014; 18: 340-62.
- Braaten K. Et tilsyn til nytte og besvær. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1108.



Du er garantert
våre beste priser
på forsikring

Magnus Wibe, Storebrand



Legeforeningen har sammen med Akademikerne en spesialavtale for sine medlemmer på forsikring. Det betyr at du kan forsikre deg selv, din familie og dine eiendeler til ekstra gunstige betingelser. Du har også tilgang til et eget forsikringskontor, **telefon 67 51 93 03**, som hjelper deg med råd og spørsmål om dine forsikringer.

Du kan enkelt sjekke pris og bestille forsikringer på **storebrand.no/legeforeningen**

 storebrand

Vi søker deltagere til søvnstudie!

Vi forsker på hva søvnmangel gjør med hjernen ved bruk av avanserte MR-teknikker. Vi ønsker å beskrive hva som skjer i hjernen når vi er våkne og når vi sover, samt å identifisere de nevrobiologiske mekanismene som gjør at en natt med søvndeprivasjon gir en forbigående bedring hos halvparten av alle deprimerte.

Vi søker frivillige mellom 18 og 50, som bor maks en time unna Rikshospitalet. Deltagelse i studien innebærer å være våken i 32 timer, hvor forløpet av søvndeprivasjonen vil bli fulgt gjennom natten med en rekke MR-scans.

Tidspunkt: Alle dager i uke 27–31: 30. juni til 5. august 2018.

Deltakelse blir kompensert med 1 000 kroner.

Hvis dette høres interessant ut, ta kontakt!

Epost: sovn.ous@gmail.com

Web: <https://skjema.uio.no/sovn>

Telefon: 967 24 815



UiO : University of Oslo



Oslo
universitetssykehus



[FACEBOOK.COM/
TIDSSKRIFTET](https://www.facebook.com/tidsskriftet)

Klikk deg inn på aktuelle
saker og fordyp deg
i interessante temaer

Ta del i diskusjonene,
si din mening og del
innholdet med andre

 Tidsskriftet

Hva vet vi om pasientenes tilfredshet med fastlegeordningen?

«Pasientens helsetjeneste» er et politisk mål. Imidlertid mangler vi kunnskap om pasientenes preferanser i møte med helsetjenesten – fastlegetjenesten spesielt – og det er uklart hvordan slik informasjon skal skaffes til veie.

Primærhelsemeldingen omtaler pasientene som helsetjenestenes viktigste endringsagenter (1). Målet er at pasienter og pårørende skal delta på lik linje med fagfolk og politikere i det endringsarbeidet som er nødvendig for å bygge pasientenes helse- og omsorgstjeneste.

Man kan se på allmennmedisinen som medisinen grenseflate mot samfunnet, men sammenlignet med spesialisthelsetjenesten er ikke forskning og fagutvikling på området blitt tilsvarende prioritert. I primærhelsetjenesten finnes det lite kunnskap om pasientenes tilfredshet, om sammenhengen mellom brukeropplevelse og kvalitet på fastlegetjenesten, og journaldata brukes i liten grad til kvalitetsforbedring (2). Systematiske brukerundersøkelser gjennomføres ikke, og det er ingen konkrete planer for innsamling av slik informasjon gjennom det nyopprettede kommunale pasientregisteret (KPR) (3).

Heller ikke helsepersonellens erfaringer blir systematisk samlet inn og brukt i kvalitetsutviklingen. Dette er tydelig nå som uroen omkring fastlegeordningen er så stor at flere spør at den vil bryte sammen om kort tid dersom det ikke blir iverksatt tiltak umiddelbart (4, 5). En slik situasjon kunne trolig vært unngått dersom premissleverandørene for fastlegetjenestene hadde vært tettere på, stilt flere spørsmål og fortløpende evaluert ordningen.

«Brukermidvirkning er noe annet enn pasientopplæring»

Utgangspunktet for å skape pasientens helsetjeneste er dermed mangelfullt – det trengs kunnskap om brukernes og helsepersonellens erfaringer og behov (6). Gjennom Commonwealth Fund-undersøkelsene, som vi har deltatt i siden 2009, blir tilfredsheten med henholdsvis allmennhelsetjenestene, tjenestene for eldre voksne og tjenestene for den generelle, voksne populasjonen gransket årlig i en treårig syklus. I 2009 ble allmennlegers rutiner for kvalitetsmåling

og kvalitetsvurdering, koordinering av tjenester, tilgjengelighet og digitale tjenester vurdert, og i Norge skåret vi dårligere enn de andre deltagerlandene (7). I 2016 viste undersøkelsen at norske pasienter hadde dårligere erfaringer med sin fastlege på områdene kommunikasjon, brukerinvolvering og konsultasjonstid enn pasientene i ti andre deltagerland (8).

I undersøkelsen publisert i 2016 fant man at i perioden 2002–15 var statistisk signifikant færre helt enig på spørsmålet om legen tar «meg og mine problemer på alvor» og flere var litt eller helt uenig (9). Undersøkelsen viser også at i 2012 var det færre som hadde full tillit til behandlingen som ble gitt enn i 2002.

Resultatene forteller derimot ikke hvilke forbedringer pasientene ønsker seg eller hvordan dette kan skje, og de kan tolkes på ulikt vis. Kan hende er norske pasienter mer kravstore enn pasienter i andre land? Det kan også hende at primærhelsetjenesten i Norge, og særlig fastlegeordningen, ikke er tilpasset samfunnsmessige endringer og de nye behovene disse innebærer. Vi kan uansett ikke slå oss til ro med resultatene dersom vi ønsker at norsk primærhelsetjeneste skal være blant de beste i verden.

I lys av mangelen på pasientrapporterte behov blir et viktig spørsmål hvordan brukerundersøkelser skal gjennomføres og hvordan resultatene skal bidra til utvikling av tjenestene. På bestilling fra Allmennmedisinsk forskningsenhet har Kunnskapssenteret utviklet en standardisert metode for å måle pasientenes erfaringer med fastlegetjenesten på lokalt nivå og på storskalanivå (kalt PasOpp), og denne er et fornuftig utgangspunkt for en slik datainnsamling (10).

Samtidig vil ikke bruk av forhåndsdefinerte spørreskjemaer kunne besvare spørsmål av typen «Hva er viktig for deg?», en kampanje lansert i 2014 av helseministeren og Kommunenes Sentralforbund (KS) som ledd i å skape pasientens helsetjeneste og for å øke pasientenes deltagelse i behandlingen. Å evaluere svarene på dette spørsmålet vil stille helt andre krav til ressurser når det

gjelder innsamling og analyse av data. Kan det være en idé å opprette en portal på kommunenivå hvor pasienter og pårørende kan spille inn sine synspunkter på kommunens fastlegetilbud og øvrige helse- og omsorgstjenester?

Prioriteringer i primærhelsetjenesten

En slik portal kan gi informasjon om nødvendig tjenesteinnovasjon, behov for kulturendring og nye finansieringsordninger og slik føre til at målet med å skape pasientens helsetjeneste er i sikte. Kravet om samarbeid på tvers av nivåer og profesjoner og med pasientene har aldri vært større.

«God medisin forener humanisme med naturvitenskap»

Som en konsekvens av dette er hjemmesiden Samvalg.no opprettet. På siden står det at «Samvalg skjer der pasient og behandler sammen blir enige om hvilken behandling som skal velges». Det anbefales at en avklarende samtale som støtter pasientens refleksjoner og bevissthet om egne behov gjennomføres i tilfeller der livs- og helseforandringer har oppstått. Det som derimot ikke fremgår klart, er at brukermidvirkning er noe annet enn pasientopplæring – at det innebærer en likeverdig dialog.

Det er også uklart hva som er god og hva som er dårlig praksis når det gjelder pasientinvolvering, hva som er riktig vektlegging av individuelle preferanser og hvordan dette skal forstås opp mot prinsippet om at «like tilfeller skal behandles likt». Samvalgsverktøyene er stort sett utviklet for bruk i spesialisthelsetjenesten. Har vi for lite kunnskap om beslutningene som tas i primærhelsetjenesten, eller er problemene for komplekse til at ikke slike hjelpemidler kan utvikles her også?

God medisin forener humanisme med naturvitenskap. Graden av pasientinvolvering, behovet for veiledning og valg av målsettinger er avveininger som medfører spørsmål om prioritering. Dette kan gi både verdimeisige og tidsmessige utfordringer, samtidig som faren for variasjon i tjenestetilbudet øker. Tas kravet om pasientmidvirkning på alvor, er det en krevende oppgave å vurdere betydningen av kunnskapsbasert praksis sammen med pasienten, lytte, vei-

lede og innfri individuelle preferanser. Skillet mellom livsproblemer og medisinske problemer kan bli mindre klart – og kan føre til mer hjelpeløshet og større personlig slitasje hos legen (11).

Til nå er prioriteringskriteriene i helsetjenesten blitt drøftet i fem offentlige utredninger. Alle har vært orientert mot spesialisthelsetjenestene. Det er andre vurderinger som bør ligge til grunn for avgjørelser som tas i primærhelsetjenesten, og det første utvalget som skal foreta en helhetlig gjennomgang av prioriteringsutfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten forventes å levere sitt forslag innen utgangen av 2018 (12).

Det må være lov å håpe på at det nyutnevnte prioriteringsutvalget våger å drøfte hvordan praksis vil se ut når målet om å skape pasientens helsetjeneste er nådd, hvilke spesifikke tiltak som må iverksettes for å nå målet, kostnad-nytte-effekten og hvordan tjenestene bør evalueres. En av hovedutfordringene med prioritering i primærhelsetjenesten er trolig at konsekvensene av beslutningene skal håndteres utenfor legekontoret – av pasienten selv – til forskjell fra spesialisthelsetjenesten, der sykehusets ansvar opphører når punktum settes i epikrisen.

Alt starter med et spørsmål

Hvorvidt det blir mulig å bruke svaret på spørsmålet «Hva er viktig for deg?» til noe fornuftig i behandlingsøymed, påvirkes blant annet av behandlerens empatiske evner, opparbeidet tillit og pasientens erfaring med å snakke om sine følelser og behov (13). Det krever justering av lege-rollen og gode kommunikasjonsferdigheter

«Det er et samfunnsmessig utnyttet potensial at pasienter i dag ikke i større grad gjøres i stand til å følge opp sin egen sykdom»

hos begge parter. Legen, som tradisjonelt har vært utdannet til å være autonom, selvgående og uavhengig, må i større grad vektlegge samarbeidsevne, ydmykhet og evne til å lytte. Pasienten må venne seg til å bli stilt flere spørsmål og ta flere avgjørelser.

Det er også aktuelt å diskutere om ikke forventningene til pasienten om å ta større ansvar for sin egen behandling og oppføl-

ging av behandlingsmål bør heves når muligheten til medvirkning og kunnskap øker. Oppfølging av kroniske sykdommer er et godt eksempel der vedlikehold, forebygging og behandling skjer mellom – og ikke under – legebesøkene. Det er et samfunnsmessig utnyttet potensial at pasienter i dag ikke i større grad gjøres i stand til å følge opp sin egen sykdom og dermed kan gjøres mer ansvarlig for å forebygge eller utsette sykdomsforverring (14). For å bli bedre på dette må vi vite hvilken informasjon pasientene trenger og i hvilken form den bør formidles for å øke mestringsevnen mest mulig hos den enkelte.

Å skape pasientens helsetjeneste uten å ha tilstrekkelig kunnskap om legers og pasienters svar på spørsmålet «Hva er viktig for deg?» er en utfordring. Hvem tar ansvaret for å spørre?

Mottatt 6.10.2017, første revisjon innsendt 26.12.2017, godkjent 13.3.2018.

MONICA SØRENSEN

monica.sorensen@helsedir.no
(f. 1982) er stipendiat ved Fakultet for helsefag ved Oslomet – storbyuniversitetet.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Meld. St. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/> (13.3.2018).
- Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT et al. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 2: CD000259.
- Forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2017-08-25-1292> (13.3.2017).
- Moe M. Frykter fastlege-kollaps innen fem år. *Dagens Medisin* 9.9.2016.
- Sæther AS, Nærø AF. Kampen om fastlegene. *VG* 2017. <https://www.vg.no/spesial/2017/fastleger/> (13.3.2018).
- OECD. *Reviews of Health Care Quality: Norway 2014*. Raising Standards. Paris: OECD, 2014.
- Holmboe O, Iversen HH, Sjetne IS et al. Commonwealth Fund's International Health Policy survey. Results from a comparative population survey in 11 countries. Report No.: 1890-1298. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2011.
- Skudal KE, Sjetne IS, Bjertnæs ØA et al. Commonwealth Fund's population survey in 11 countries: Norwegian results in 2016 and changes over time. Report No.: 978-82-8082-784-5. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2016.
- Godager G, Iversen T. Brukernes erfaringer med fastlegeordningen 2001–2015. *Trender i bruk, tilgjengelighet og fornøydhet*. Oslo: Health Economics Research Network at the University of Oslo, 2016.
- Holmboe O, Danielsen K, Iversen HKH. *Utvikling av metode for måling av pasienters erfaringer med fastleger*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015.
- Nessa J, Schei E, Stensland P. Korleis møter allmennlegane pasientanes livsproblemer? *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 1323–5.
- Utvalg skal se på prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. *Pressemelding* 5.4.2017. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/utvalg-skal-se-pa-prioritering-i-den-kommunale-helse-og-omsorgstjenesten/id2548572/> (13.3.2018).
- Schei E. Dannelse til lege – pasientkontakt og profesjonalitet i første fase av medisinstudiet. *Uniped* 2016; 39: 357–67.
- Meld. St. 10 (2012–2013). *God kvalitet – trygge tjenester – Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/> (13.3.2018).

NYTT OM LEGEMIDLER

Bivirkningsrapport for 2017 – hva kan vi lære?

I 2017 mottok Legemiddelverket 3724 bivirkningsmeldinger fra helsepersonell, pasienter og legemiddelprodusenter. 46% av meldingene ble klassifisert som alvorlige.

Færre meldinger fra leger

I 2017 kom det 891 bivirkningsmeldinger direkte fra leger, det laveste tallet på 10 år. Noe av årsaken kan være at det ikke er mulig å melde elektronisk. Med et økende antall nye legemidler på markedet, er bivirkningsmeldinger fra leger særlig viktige. Legemiddelverket arbeider med løsninger som vil gjøre det enklere for helsepersonell å melde.

Meldinger med dødelig utgang

I 2017 mottok Legemiddelverket 148 meldinger om bivirkninger med dødelig utfall. Tre legemiddelgrupper bidro til 94 % av dødsfallene.

Antitrombotiske og antikoagulerende legemidler (ATC-gruppe B)	43 % av meldte dødsfall
Kreftlegemidler og midler som virker på immunsystemet (ATC-gruppe L)	35 % av meldte dødsfall
Legemidler som virker på nervesystemet (ATC-gruppe N)	16 % av meldte dødsfall

Blodfortynnende legemidler

Tall fra Reseptregisteret viser at antallet brukere av blodfortynnende legemidler fortsetter å øke, fra om lag 95 000 i 2012 til om lag 150 000 i 2017. Bruken av warfarin reduseres, mens nye antikoagulasjonsmidler (DOAK) overtar. Til tross for flere brukere var det færre bivirkningsmeldinger i 2017 (158) sammenlignet med 2016 (202). Det ble meldt 46 dødsfall i 2017 (47 i 2016).

Hva kan vi lære?

Det er gledelig at økende bruk av blodfortynnende legemidler ikke fører til flere bivirkningsmeldinger. Brukt riktig kan DOAK gi færre blødningsbivirkninger enn warfarin. Det er viktig at DOAK-dosen justeres etter alder, kroppsvekt og nyrefunksjon. Pasienter med mekanisk hjerteventil skal alltid bruke warfarin. Legemidler som gir fare for blødninger (særlig NSAID) bør unngås. Hypertensjon, magesår, leversykdom eller alkoholbruk gir økt risiko for blødninger. I forbindelse med elektive kirurgiske inngrep er det viktig å følge retningslinjene for midlertidig opphold i bruken. For langt opphold kan gi risiko for blodpropp, for kort kan gi risiko for blødninger under operasjonen.

Hepatitt C-legemidler

Alle pasienter med kronisk hepatitt C kan nå få behandling med nye legemidler som gir bedre effekt, har kortere behandlingstid og færre bivirkninger enn behandling med interferon. Se *Nytt om legemidler* i T. nr. 4/18.

Hva kan vi lære?

Når vi tar i bruk nye legemidler på store pasientgrupper, dukker det nesten alltid opp bivirkninger og interaksjoner som ikke er avdekket i de kliniske studiene. Det er derfor viktig at leger og annet helsepersonell følger opp pasientene og melder ved mistanke om nye eller alvorlige bivirkninger. Dette bidrar til å gjøre behandlingen bedre og tryggere.

Hormonell prevensjon

For å redusere risikoen for blodpropp anbefaler Legemiddelverket at kvinner som skal begynne med hormonell prevensjon velger ett av disse alternativene: 1. Langtidsvirkende prevensjon (p-stav eller hormonspiral) 2. P-pille uten østrogen 3. P-piller med østrogen og levonorgestrel.

Hva kan vi lære?

Etter at Legemiddelverket i 2011 ga klare anbefalinger om valg av prevensjon, viser tall fra Reseptregisteret en markert økning i bruken av de foretrukne midlene på bekostning av de med høyere risiko for blodpropp. Tall fra Norsk pasientregister viser at det i perioden 2011 – 2016 har vært en markert reduksjon i antall innleggelser for dyp venetrombose blant unge kvinner. De siste syv årene har Legemiddelverket ikke mottatt meldinger om dødsfall som følge av lungeemboli hos p-pille-brukere.

Les bivirkningsrapporten:
legemiddelverket.no/aarsrapport-
-bivirkninger



Meld bivirkninger til Legemiddelverket via bivirkningssentrene (RELIS) fremfor å melde til legemiddelprodusentene.

Husk at mistanke er nok for å melde. Meld heller en gang for mye enn for lite!

Legemiddelgjennomgang forebygger bivirkninger

Legemiddelgjennomgang (LMG) er en systematisk vurdering av pasientens legemiddelbruk for å sikre god behandling og forebygge pasientskader.

Før en LMG må legen sammen med pasienten gjøre en legemiddel-samstemming (LMS) for å få oversikt over de legemidlene pasienten faktisk bruker. Kjernejournal, som inneholder komplett legemiddelhistorikk med utleveringer fra norske apotek og aktive e-resepter, er godt egnet som kilde ved LMS. Listen med oversikt over legemidler kalles Legemidler i bruk (LIB).

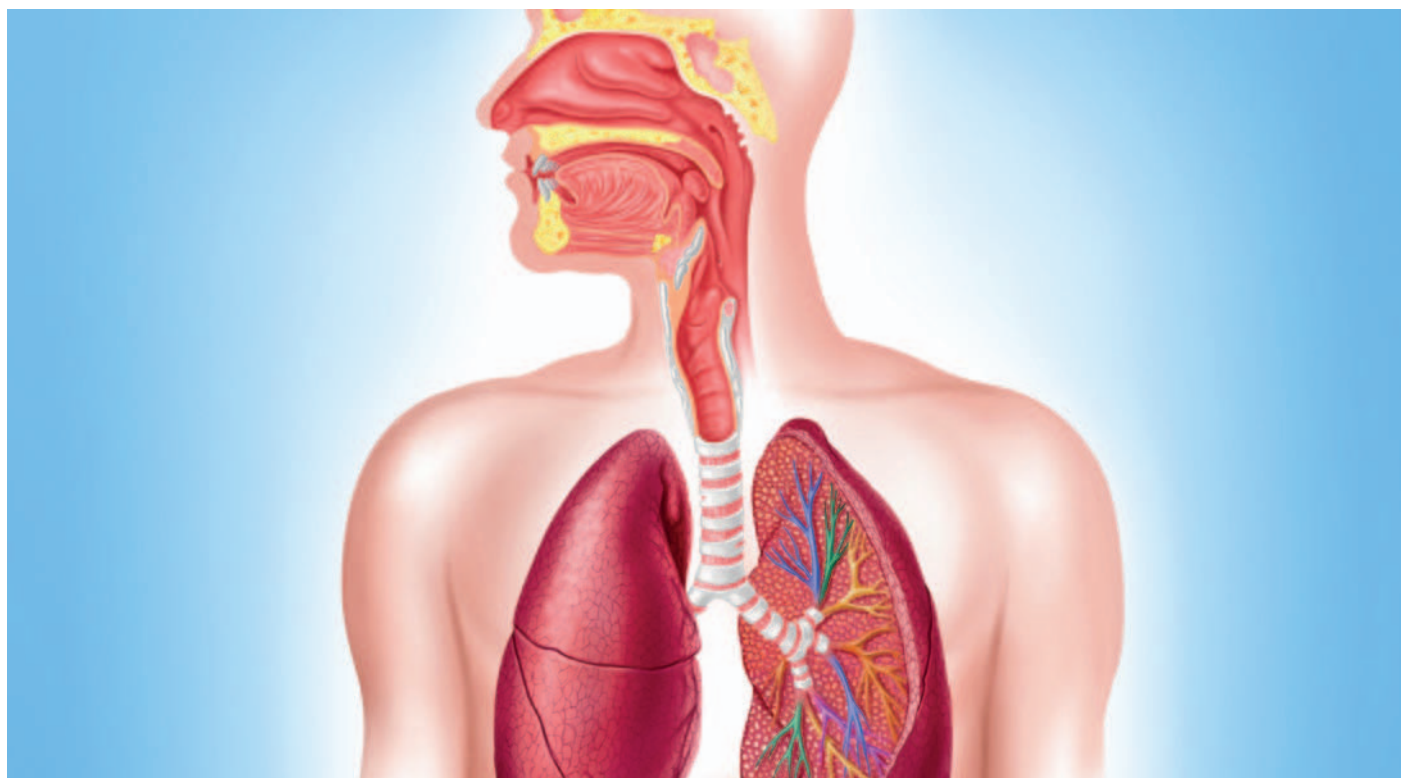
Sørg for at pasienten får utskrift av LIB (medisinlisten). Forklar hvorfor og hvordan hvert legemiddel skal brukes.

Det er innført takst i Normaltariffen (2ld) for arbeidet. Taksten kan benyttes inntil tre ganger per kalenderår per pasient.

For å gjøre legemiddelgjennomgang enklere, har Legemiddelverket laget en kort sjekkliste i tosidig A4-format.

Last ned sjekklisten på:
legemiddelverket.no/sjekkliste

Øker varm te risiko for spiserørskreft?



Spiserørskreft. Eventuell spredning skjer vanligvis til luftrøret, bronkier, hjertepose, lever, lunge og til lymfeknuter i brystkasse og øvre del av magen. Illustrasjonsfoto: leonello/iStock

Inntak av varm te sammen med alkohol og/eller røyking øker risikoen for spiserørskreft, viser kinesisk studie.

Studien, som nylig er publisert i tidsskriftet *Annals of Internal Medicine*, omfattet nesten 500 000 personer i alderen 30–79 år bosatt i Kina (1). De ble bedt om å oppgi sine alkohol- og røykevaner og detaljert informasjon om daglige ritualer i forbindelse med inntak av te. Opplysningene om tedrikking gjaldt blant annet temperatur, mengde te versus mengde vann, om tebladene ble gjenbrukt og om teen var svart, grønn eller av typen oolong.

Etter median oppfølgingstid 9,2 år hadde totalt 1 731 personer fått spiserørskreft. De som drakk teen sin svært varm, og som også

rapporterte tobakksbruk eller alkoholbruk, hadde høyere risiko for spiserørskreft enn dem som kun drakk teen sin svært varm. Personer som drakk te sjeldnere enn ukentlig og som ikke drakk alkohol, ble sammenlignet med dem som drakk svært varm te og som i tillegg rapporterte alkoholbruk på over 15 g daglig. Sistnevnte gruppe hadde fem ganger høyere risiko for spiserørskreft (hasardratio 5,00; 95 % KI 3,64–6,88). Det var ingen forskjell i kreftrisiko for hvilken type te som ble drukket.

– Det er imponerende å se hvordan disse forskerne har klart å samle prospektive data på nesten en halv million mennesker, sier Cecilie Delphin Amdal, som er overlege ved Avdeling for kreftbehandling ved Oslo universitetssykehus.

– Funnene har nok likevel begrenset overføringsverdi til norske forhold, ettersom

spiserørskreft er svært sjelden i Norge og utgjør mindre enn 1 % av alle nye tilfeller av kreft per år. De fleste som rammes i Norge har dessuten adenokarsinom og ikke plateepitelkarsinom, som er mer vanlig i Kina. Dessuten er tedrikking mye mer utbredt i Kina enn i Norge. Helserråd til nordmenn for å unngå blant annet spiserørskreft bør derfor fortsatt være å ikke røyke, begrense inntak av alkohol og å unngå overvekt, sier Amdal.

ØYVIND STOPLE SIVERTSEN TIDSSKRIFTET

LITTERATUR

- 1 Yu C, Tang H, Guo Y et al. Hot tea consumption and its interactions with alcohol and tobacco use on the risk for esophageal cancer: a population-based cohort study. *Ann Intern Med* 2018; 168: 489–97.

Intrauterin inseminasjon er trygt og effektivt

Inseminasjon i livmor ga flere levende-fødte enn forsøk på befruktning på «gamlemåten».

En ny studie, publisert i *The Lancet* (1), sammenlignet effekten av inseminasjon av spermier direkte i livmorhulen etter forutgående stimulering av ovariene hos ufrivillig barnløse kvinner med effekten av å oppfordre til samleie rundt den sannsynlige datoen for ovulasjon. Det var rundt 100 kvinner i begge studiegruppene. Av naturlige årsaker var det umulig med blinding av studiedeltagerne.

De som mottok intrauterin inseminasjon, fødte flere barn enn de i kontrollgruppen. Det var 31 levendefødte i denne gruppen, mot ni levendefødte i kontrollgruppen. Behandlingen ga ingen vesentlige bivirkninger.

– Denne studien viser, riktignok i en nokså liten studiepopulasjon, at inseminasjon kommer fordelaktig ut for godt utvalgte personer når man sammenligner med den aller minst invasive formen for fertilitetsbehandling, nemlig veiledning om tidsriktige samleier, sier Hans Ivar Hanevik, som er overlege ved Fertilitetsavdelingen Sør på Sykehuset Telemark og leder i Norsk forening for assistert befruktning.

– Andre nyere studier av fertilitetsbehandling med inseminasjon har gjerne fokusert på fordelene ved slik befruktning inni kroppen sammenlignet med befruktning utenfor kroppen, sier han.

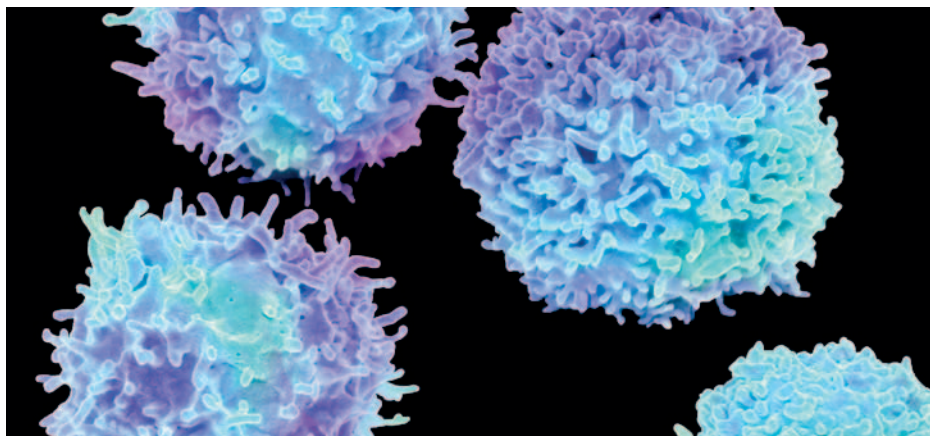
– Denne studien bør påvirke revisjonen av bioteknologiloven som nå skjer, der mange ønsker at loven skal tilrettelegge for økt bruk av inseminasjon som behandlingsmåte for ufrivillig barnløse par, sier Hanevik.

ØYVIND STOPLE SIVERTSEN TIDSSKRIFTET

LITTERATUR

- 1 Farquhar CM, Liu E, Armstrong S et al. Intrauterine insemination with ovarian stimulation versus expectant management for unexplained infertility (TUI): a pragmatic, open-label, randomised, controlled, two-centre trial. *Lancet* 2018; 391: 441–50.

Hvordan oppstår immunologisk hukommelse?



Hvilede T-lymfocytter. Illustrasjonsfoto: Science Photo Library/NTB Scanpix

Nye studier viser at T-dreperceller kan omdannes til hukommelsesceller. Dette kan få betydning for utviklingen av vaksiner.

T-lymfocytter som responderer på en infeksjon, stimuleres til celledelinger og danner effektorceller som kan bekjempe mikroben, og som dør når infeksjonen er over. I tillegg dannes det hukommelsesceller som kan reagere raskt mot reinfeksjon og gi nye effektorceller. Det er uklart om effektorceller og hukommelsesceller oppstår fra naive T-celler uavhengig av hverandre, eller om en mindre del av effektorcellene ikke dør, men blir hukommelsesceller.

To nye studier som nylig er publisert i tidskriftet *Nature*, støtter den siste forklaringen. I den første studien ble vaksinasjon med levende virusvaksine mot gulfeber, noe som gir langvarig immunitet, studert ved at reaktive CD8-celler ble merket med hydrogenisotopen deuterium og fulgt over tid (1). I de to første ukene delte både effektor- og hukommelsesceller seg raskt. Etter at viruset var borte, delte hukommelsescellene seg sjeldnere enn én gang i året, men beholdt deler av sin epigenetiske signatur som var felles med effektorcellenes tiår etter vaksinasjonen. Deres transkripsjonsprogram var

imidertid mer som hos naive T-celler. Dette indikerer rask immunreaksjon ved reinfeksjon (1). Den andre studien viste at hukommelsesceller stammer fra en gruppe effektorceller som endrer sin epigenetiske signatur fra å ha likhet med de naive cellenes til effektorcellenes og tilbake til de naives mønster (2).

– Kunnskap om hvordan hukommelsesceller oppstår, kan hjelpe utviklingen av mer effektive vaksiner, ettersom målet for alle vaksiner er å gi langvarig beskyttelse mot infeksjon, sier Even Fossum, som er forsker ved Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin ved Oslo universitetssykehus, og som jobber med utvikling av vaksiner. Dette gjelder særlig inaktiverte vaksiner og subenhetsvaksiner, der danningen av hukommelsesceller er mindre effektiv, mener Fossum.

HAAKON B. BENESTAD
UNIVERSITETET I OSLO

LITTERATUR

- 1 Akondy RS, Fitch M, Edupuganti S et al. Origin and differentiation of human memory CD8 T cells after vaccination. *Nature* 2017; 552: 362–7.
- 2 Youngblood B, Hale JS, Kissick HT et al. Effector CD8 T cells dedifferentiate into long-lived memory cells. *Nature* 2017; 552: 404–9.

Kan warfarin hemme kreftutvikling?



GRY SANDVIK HAALAND
gry.haaland@gmail.com
Foto: Anne Sidse Herdlevær,
Universitetet i Bergen

DISPUTAS

Gry Sandvik Haaland disputerte for ph.d.-graden ved Universitetet i Bergen 17.11.2017. Tittelen på avhandlingen er *Investigations of the cancer therapeutic and protective effects of warfarin-mediated inhibition of the receptor tyrosine kinase AXL*.

Warfarin kan hemme kreftutvikling i mus. Også hos mennesker er det en mulig sammenheng mellom warfarinbruk og lavere kreftforekomst.

Reseptortyrosinkinase AXL er overuttrykt i mange kreftformer og er korrelert med dårlig prognose. AXL aktiveres av GAS6, et vitamin-K-avhengig protein. AXL-aktivering vil derfor hemmes av vitamin K-antagonisten warfarin.

Dette doktorgradsarbeidet er en del av en studie der vi undersøkte warfarins evne til å hemme utviklingen av pancreaskreft i dyremodeller. Vi observerte redusert utvikling av kreftsykdommen hos warfarin-behandlede mus sammenlignet med kontrollmus behandlet med gemcitabin. Vi så både redusert vekst av primærtumor og en reduksjon i metastaser.

Funnene fra dyreforsøkene reiste spørsmålet om bruken av warfarin kunne påvirke kreftforekomsten hos mennesker. Folke-registerdata fra 1,2 millioner nordmenn ble koblet sammen med data fra Kreftregisteret og Reseptregisteret. Vi sammenlignet kreftforekomsten hos warfarinbrukere med ikke-brukere. Funnene i registerstudien antydte en potensiell sammenheng mellom warfarinbruk og redusert kreftforekomst. Dette gjelder alle kreftformer samlet, og også mange enkeltkreftformer, inkludert lunge-, bryst- og prostatakreft.

Funnene fra dette arbeidet reiser spørsmålet om et veletablert blodfortynnende medikament kan ha en mulig kreftbeskyttende effekt. Dette er særlig relevant i en tid der man i økende grad går bort fra warfarin-behandling til fordel for nyere antikoagulantia.

Telemedisinsk videokonsultasjon for hodepine



KAI IVAR MÜLLER
kai.ivar.muller@unn.no
Foto: privat

DISPUTAS

Kai Ivar Müller disputerte for ph.d.-graden ved Universitetet i Tromsø 12.12.2017. Tittelen på avhandlingen er *Telemedicine in the treatment of headache*.

For nyhenviste elektive pasienter med hodepine er en telemedisinsk videokonsultasjon hos nevrolog likeverdig med en kontorkonsultasjon.

Hodepine er en av de vanligste årsakene til sykkelighet i befolkningen. Dårlig vær og geografiske forhold gjør det ofte tungvint å få tilgang til spesialist. Dette kan bidra til under- og feildiagnostisering av hodepinetilstander.

Mitt doktorgradsprosjekt tok utgangspunkt i en randomisert egnethetsstudie av om lag 400 hodepinepasienter henvist til spesialist fra primærhelsetjenesten. Studien sammenlignet telemedisinske konsultasjoner via synkron lyd- og videooverføring med tradisjonelle kontorkonsultasjoner hos nevrolog. Deltagerne ble fulgt med spørreskjema 3 og 12 måneder etter konsultasjonen. I tillegg ble pasientjournalene gjennomgått.

Etter 3 og 12 måneders oppfølging fant vi ingen forskjell mellom videokonsultasjon og kontorkonsultasjon i verken hodepinebyrde (målt med HIT-6), hodepineintensitet (målt med visuell analog skala) eller andre kliniske parametere. Av de 200 videokonsultasjonene hadde 21 (10,5 %) mindre tekniske feil med lyd eller bilde som enkelt ble rettet opp. Videokonsultasjoner var i gjennomsnitt 5 minutter kortere enn kontorkonsultasjoner. De fleste pasientene med hodepine aksepterte videokonsultasjon, og 9 av 10 var tilfredse med konsultasjonsformen.

Implementering av videokonsultasjoner vil kunne bidra til et mer tilgjengelig og likeverdig tilbud for pasienter med hodepine uavhengig av hvor i landet de bor. Videokonsultasjon er ikke underlegen kontorkonsultasjon i egnethet, diagnostikk, behandling, pasienttilfredshet og -sikkerhet. Økonomiske analyser antyder dessuten at metoden er kostnadseffektiv.

Betydningen av vekst for barns atopi



KRISTINE KJER BYBERG
kristine.kjer.byberg@sus.no
Foto: Svein Lunde

DISPUTAS

Kristine Kjer Byberg disputerte for ph.d.-graden ved Universitetet i Bergen 13.10.2017. Tittelen på avhandlingen er *An epidemiological study on the associations between preeclampsia exposure, growth and physical activity in preschool age and subsequent allergy, asthma and lung function in late childhood.*

Dårlige intrauterine forhold og overvekt hos barn kan være risikofaktorer for at barna senere utvikler allergi, eksem, astma og dårligere lungefunksjon.

Allergi hos barn har økt de siste 50 årene. Mye tyder på at grunnlaget for allergi legges tidlig i livet. En dårlig start i fosterlivet er assosiert med senere risiko for overvekt – noe som igjen kan være assosiert med allergi.

Alle barn født 1993–95 ved Stavanger universitetssjukehus ble invitert inn i en kombinert pasient-kontroll- og kohortstudie (nested case control study). I mitt doktorgradsprosjekt undersøkte vi vekt, lengde og høyde på barna ved fødsel og da de var 3 måneder, 6 måneder, 1 år, 4 år, 11 år og 13 år. Allergiske sykdommer og fysisk aktivitet ble evaluert med spørreskjema ved 11 års alder. Spirometri og allergitestning ble utført ved 13 års alder.

Alvorlig preeklampsi var assosiert med mer allergi og med allergisk rhinokonjunktivitt hos barnet. I justerte analyser var in utero-eksponering for preeklampsi assosiert med hemmet høydevekst og økt vekt og kroppsmasseindeks gjennom barndommen. Høy kroppsmasseindeks var assosiert med mer atopisk sensibilisering og atopisk eksem. Det var en sammenheng mellom lav fysisk aktivitet i 3–10 års alder og mer atopisk sensibilisering og astma. Høy kroppsmasseindeks var assosiert med økning av både luftveisstørrelse og lungenvolum.

Fosterlivet er en spesielt viktig periode for senere vekst og utvikling av allergier. Vekt og fysisk aktivitet i tidlig barndom kan påvirke utvikling av allergisk sykdom og lungefunksjon i senere barndom. Gjennom forebygging av allergisk sykdom kan vi tilrettelegge for utvikling av god lungefunksjon og sunn vekst.

Ernæring, hjernemodning og ftalateksponering hos premature



KENNETH STRØMMEN
kestromm@gmail.com
Foto: Christine Sachs-Olsen

DISPUTAS

Kenneth Strømmen disputerte for ph.d.-graden ved Universitetet i Oslo 4.12.2017. Tittelen på avhandlingen er *Enhanced nutrient supply to very low-birth-weight infants. Amino acid levels, brain maturation and phthalate exposure.*

Optimalisert ernæring er viktig for å sikre vekst og hjernemodning blant premature barn. Bruken av ftalatholdig medisinsk utstyr bør begrenses.

Mitt doktorgradsprosjekt bygger på en randomisert kontrollert ernæringsstudie utført på tre sykehus i Oslo-området i 2010. Vi inkluderte 50 barn med fødselsvekt under 1 500 g. Intervensjonsgruppen fikk tilført mer energi, aminosyrer, fett, fettsyrer (omega-3 og omega-6) og vitamin A. Kontrollgruppen fikk tilført ernæring etter de retningslinjene som var gjeldende i 2010. Effekten av intervensjonen på aminosyrenivåer i blod, vektutvikling, hodetilvekst og hjernemodning ble vurdert. I tillegg ble nivået av ftalater, som er plastmykgjørere mye brukt i medisinsk utstyr, målt i urinen til de inkluderte barna.

Sammenlignet med barna i kontrollgruppen hadde intervensjonsgruppen høyere aminosyrenivåer i blodet, oppnådde en bedre veksthastighet og hodeomkretsutvikling, og MR-undersøkelse viste en mer moden hjerne. Deltagerne som var normalvektige ved fødsel, og de uten sepsis, så ut til å ha best utbytte av ernæringsintervensjonen. De med lavere fødselsvekt, sepsis og kronisk lungesykdom hadde økte nivåer av ftalater i urinen. Dette ble satt i sammenheng med langvarig behov for pustestøtte med ftalatholdig medisinsk utstyr.

MARIT SOLBJØR

Marit.Solbjoer@ntnu.no

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Stortingsdebattene om mammografiscreening i 1998

BAKGRUNN

I 1998 vedtok Stortinget enstemmig å innføre landsdekkende mammografiscreening i Norge. Mammografiscreening har vært gjenstand for vitenskapelig debatt, men politiske argumenter for et offentlig screeningprogram er lite utforsket. I denne artikkelen analyserer jeg datidens argumenter for landsdekkende mammografiscreening.

MATERIALE OG METODE

Det er utført dokumentanalyse av forslag til Stortinget og innstillinger og referater fra debatter i Stortinget som omhandlet landsdekkende mammografiscreening. Dokumentene er fra perioden februar-juni 1998.

RESULTATER

Stortinget var entydig positivt til å innføre et landsdekkende screeningprogram for brystkreft. Stortingsdebatten inneholdt fire hovedlinjer: «brystkreftdødelighet og effekten av mammografiscreening», «kvinnehelse», «rettferdighet og likeverdige helsetilbud» samt at «private tjenestetilbydere er løsningen på manglede utstyr og personell». Effekten av mammografiscreening på dødelighet av brystkreft gjennomsyret debatten. Problematisk side ved screening ble ikke diskutert.

FORTOLKNING

At tidlige funn påvirker brystkreftdødeligheten, var et underliggende premiss i debatten om landsdekkende mammografiscreening i Stortinget i 1998. Siden innføringen har det vært vitenskapelig debatt om mammografiscreening. Dette har ikke rokket ved den politiske viljen til å opprettholde mammografiprogrammet, og et nytt screeningprogram for tarmkreft er nå vedtatt innført.

HOVEDBUDSKAP

Sammenheng mellom brystkreftscreening, tidlig diagnose og høyere overlevelse var et premiss i debatten i 1998 og ble ikke problematisert i Stortinget

Storingsdebatten handlet om fire spørsmål: brystkreftdødelighet og effekten av mammografiscreening; kvinnehelse; rettferdighet og likeverdige helsetilbud; private tjenestetilbydere

1998 vedtok Stortinget å innføre et landsdekkende tilbud om brystkreftscreening med mammografi for kvinner i alderen 50–69 år. Siden 2004 har alle kvinner i målgruppen blitt invitert til mammografiundersøkelse annethvert år, og rundt 75 % av de inviterte kvinnene møter til screening (1). Målet med programmet har vært å redusere dødeligheten av brystkreft. En evaluering fra 2015 konkluderte med at mammografi-programmet har oppnådd en reduksjon i dødeligheten på 22 %, men at disse resultatene er usikre (2). Vitenskapelig debatt rundt effekter av mammografiscreening har pågått gjennom hele brystkreftscreeningens historie, men dette har ikke hindret innføring av screeningprogram i de fleste industrialiserte land. Politiske prosesser baserer seg sjelden kun på medisinskfaglige argumenter. Studier av politiske debatter kan derfor gi innblikk i hvordan ny teknologi implementeres i helse-tjenestene.

Mammografiscreening var ikke ukjent i Norge i 1998. Flere internasjonale studier hadde vist effekt på dødelighet av brystkreft (3, 4), mens man i en kanadisk studie ikke fant samme effekt (5). Sverige hadde hatt mammografiscreening fra 1986, med inklusjon av hele landet fra 1997 (6). I Norge var det 26 røntgenapparater for mammografi alt i 1986 (7), og private røntgeninstitutt tilbød mammografiundersøkelse til symptomfrie kvinner. Norske Kvinners Sanitetsforening arrangerte buss-turer til mammografiscreening for kvinner fra distriktene og ønsket å samarbeide med myndighetene om screening (7). Gjennom 1980- og 90-årene var Kreftforeningen en pådriver for å etablere cancerscreening, og foreningen bidro med 10 millioner kroner for å initiere screening for livmorhals- og brystkreft (8).

Ultralydscreening rundt uke 17 av svanger-

skapet var blitt en rutine i svangerskapsomsorgen på slutten av 1980-årene, til tross for vitenskapelig debatt (9). Tuberkulosescreening hadde lenge vært et offentlig ansvar og kan ha beredt grunnen for at det offentlige helsevesenet tok ansvaret for mammografiscreening. Tuberkulose skiller seg likevel fra screeningprogrammene for kreft fordi dette var en smittsom sykdom. Innføringen av screening for ikke-smittsomme sykdommer antyder hvordan «overvåkningsmedisin» (10) gjorde sitt inntog også i det norske samfunnet.

Den første offentlige utredningen om mammografiscreening i 1987 anbefalte å innføre screening (7). I 1989 konkluderte derimot en konsensuskonferanse arrangert av Norsk institutt for sykehusforskning og Norges allmennvitenskapelige forskningsråd at det ikke burde innføres mammografiscreening (11). Panelet, som besto av fagfolk med ulike medisinske spesialiteter, anbefalte å avvente resultater fra flere svenske studier som pågikk i 1980–90-årene (4), samt å prioritere det kliniske mammografitilbudet i Norge.

For å undersøke effekten av mammografiscreening på dødelighet av brystkreft ble det i 1995 igangsatt et prøveprosjekt i fire fylker (12). NOU 1997:20 konkluderte med at mammografiscreening hadde effekt på dødeligheten (8). 4. februar 1998 redegjorde sosialminister Meltveit Kleppa i Stortinget for planer om å utvide mammografi-prosjektet med fire nye fylker. Grunnlaget var de foreløpige resultatene fra prøveprosjektet og Stortingets tidligere diskusjoner om å utvide prøveprosjektet. Dette ble startpunktet for debatten om et landsdekkende program for mammografiscreening.

Denne artikkelen analyserer hvilke argumenter som ble benyttet i den politiske beslutningsprosessen rundt landsdekkende mammografiscreening i Norge. Analysen gir ikke bare et historisk innblikk i en fremdeles aktuell debatt om mammografiscreening, men er også viktig i lys av at det i disse dager innføres et nasjonalt screeningprogram for tarmkreft i Norge. Denne studien kan belyse hvordan faglige og politiske argumenter veves sammen ved innføringen av nye helse-tilbud.

Metode

Studien består av dokumentanalyser av storingsdokumenter fra våren 1998. Dokumentene ble identifisert gjennom søk i Stortingets

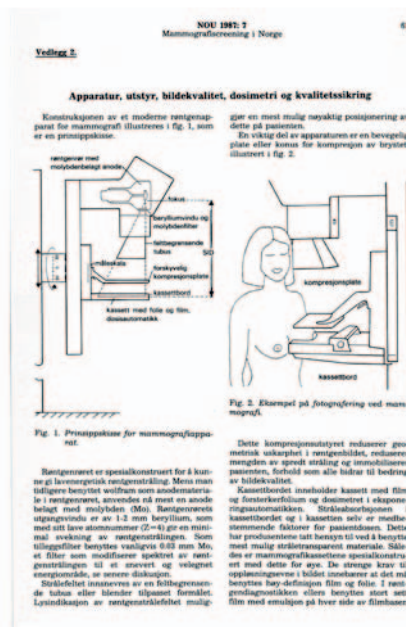
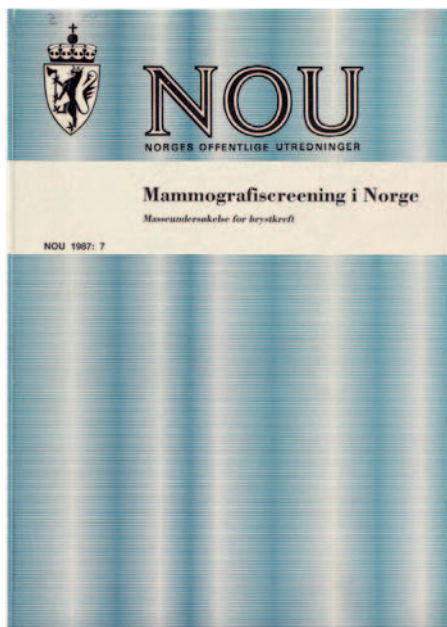
hovedregister og taleregister på www.stortinget.no og Nasjonalbibliotekets søkebase (www.nb.no/statsmaktene) med søkeord «mammografi». De som inngår i analysene, finnes i ramme 1. Analyser av dokumenter gir oss kunnskap om en sak slik den er nedtegnet på et bestemt tidspunkt (13), og tekstene i dokumentene blir dermed empirien som undersøkes. Hvert dokument ble gjenstand for tematisk innholdsanalyse (14). Det ble benyttet induktiv koding, som innebærer at hver tekstbit ble kategorisert etter det temaet den omhandlet, her vil det si argumentene i debatten. Induktiv koding er ikke teoristyrte og gir dermed mulighet for uventede funn. Kodingen ble gjort manuelt av forfatter. Etter den første kodingen ble tekstutdragene sortert og kategorisert i fire hovedkategorier. Disse presenteres i artikkelens resultatdel.

Resultater

Storingsdebatten våren 1998 endte i et enstemmig vedtak om et landsdekkende program for mammografiscreening for kvinner i alderen 50–69 år. Stortinget bevilget samtidig 2 milliarder kroner til en femårig nasjonal handlingsplan mot kreft. De enstemmige innstillingene og vedtaket viser en politisk enighet som i stor grad bygde på NOU 1997:20. Målet med en nasjonal kreftplan var høyere kvalitet i kreftbehandlingen ved norske sykehus samt å forebygge kreft, blant annet gjennom masseundersøkelser. Rapporten konkluderte med at det var faglig grunnlag for å innføre mammografiscreening i Norge (10). Politikerne argumenterte for hvorfor og hvordan et slikt program skulle gjennomføres. Analysene av storingsdebattene har identifisert fire hovedtema i debatten: «Brystkreftdødelighet og effekten av mammografiscreening», «kvinnehelse», «rettferdighet og likeverdige helsetilbud» og «private tjenestetilbydere».

Brystkreftdødelighet og effekten av mammografiscreening

Hovedargumentet for å gjøre mammografiscreening til gjenstand for politiske vurderinger var at mange norske kvinner døde av brystkreft. Sammenhengen mellom tidlig diagnose og høyere overlevelse var et premiss i debatten og ble ikke problematisert i Stortinget. Som et bevis på mammografiscreeningens effekt ble det fremhevet at prøveprosjektet hadde avdekket tidlige stadier av brystkreft. Forståelsen av at tidlig oppda-



I den første offentlige utredningen, NOU 1987: 7, ble det anbefalt å innføre mammografiscreening. Statens helseundersøkelser kom senere samme år med en høringsuttalelse hvor de påpeker utredningens mangler etter erfaring fra Tromsø-prosjektet. Deres innvendinger omfatter hovedsakelig anslag over utgifter ved screening, oppfatninger om mulighetene for selektiv screening og mangel på alternative forslag til organisasjon av et landsomfattende screeningprogram. Faksimiler: Nasjonalbiblioteket

gelse av kreft var assosiert med høyere overlevelse, gjorde det nødvendig å avvente langtidsresultater fra prøveprosjektet for å ta en beslutning om å utvide brystkreftscreeningen.

Effekten av mammografiscreening på dødelighet for kvinner 50–69 år ble i debattene underbygd ved å nevne «nasjonale og internasjonale studier», uten referanse til bestemte studier. NOU 1997:20, som konkluderte med at «De internasjonale og nasjonale erfaringene er nå så entydige at undersøkelsen bør bli landsdekkende» (s. 209), nevnes hyppig som bevis på effekten av mammografiscreening. Slik ble effekten et objektivt faktum uten behov for ytterligere diskusjon i Stortinget. Kanskje oppsummerte Arbeiderpartiets representant Einar Olav Skogholt Stortingets forståelse av effekten av mammografi:

«For noen år tilbake var mange usikre på effekten av masseundersøkelser for brystkreft med mammografi for kvinner mellom 50 og 69 år. Både internasjonale og nasjonale erfaringer har nå eliminert denne usikkerheten.»

(Skogholt (A), Forhandlinger i Stortinget nr. 176, 28.4.1998).

Kun én gang ble det nevnt det at ikke alle studier var like entydige. Helseminister Høybrå-

ten omtalte manglende effekt i en sentral studie som et eksempel på dårlig organisering av screening (28.4.1998). Slik ble mammografiscreening definert som et problem som må løses politisk. Helseministeren uttrykte samtidig:

«Det er liten tvil om at en velorganisert mammografiscreening redder kvinner i aldersgruppen 50–69 år fra død av brystkreft»

(Høybråten (KrF), Forhandlinger i Stortinget nr. 176, 28.4.1998).

Kvinnehelse

Kvinnehelse og kvinners ønske om mammografiscreening var et annet tema i debatten. Ifølge flere av innleggene hadde kvinnehelse tidligere hatt lav status både politisk og i forskning. Stortingets vedtak om landsdekkende mammografiscreening gjorde også kvinnehelse til et problem som krevde politiske løsninger.

«Og det er forferdelig viktig at kvinnesykdommer blir satt på den politiske dagsordenen. Det har ikke alltid vært tilfellet, det har ikke hatt den helt store politiske statusen å snakke om kvinnebryst.»

(Olsen (A), Forhandlinger i Stortinget nr.176, 28.4.1998)

Ifølge flere av debattantene viste undersøkelser at kvinner alt benyttet seg av tilbud om mammografiscreening der det var tilgjengelig, enten gjennom prøveprosjektet eller ved private røntgeninstitutt. Kvinnene ble dermed ikke bare mottagere av en tjeneste, men deres deltagelse ble et bevis på at de aktivt etterspurte mammografiscreening. Dette ble et viktig argument for å innføre et nasjonalt screeningprogram.

«Interessen for dette [prøveprosjektet] viste seg å bli på hele 70–90 pst. i alle de fire fylkene.»

(Nesvik (FrP), Forhandlinger i Stortinget nr.176, 28.4.1998)

Rettferdighet og likeverdige helsetilbud

Forslag om å utvide prøveprosjektet med fire nye fylker ga en debatt om likeverdige helsetilbud. At bosted kunne ha betydning for kvinners helsetilbud, aktualiserte argumenter om rettferdighet. I denne debatten ble rettferdighet definert som geografisk likeverdige helse-tjenester som også inkluderte screening. Forståelsen av mammografiscreening som et livreddende tilbud gjorde det nødvendig at alle kvinner i aldersgruppen fikk tilbudet.

«Det er vanskelig å akseptere at enkelte fylker skal holdes utenfor og at kvinner i disse fylkene

ikke skal få denne muligheten til å forebygge en dødelig kreftsykdom.» (Dokument nr.8, 18.2.1998).

Ordbruken rundt geografisk likeverdige tilbud lukket debatten. Kvinner som fikk tilbud om mammografiscreening ble omtalt som «heldige», mens kvinner i de resterende fylkene ble «diskriminert». Dermed ble det trukket inn en politisk ideologi som står sterkt i den norske velferdsstaten, nemlig at staten skal gi likeverdige tjenester. Mammografiscreening var blitt et problem som måtte løses gjennom statlige reguleringer og prioriteringer.

«Kvinner som ikke er så heldige å bo i et av de åtte fylkene hvor det igangsettes mammografiscreening, vil med rette føle seg diskriminert.» (Innst. S. nr. 146 (1997–98))

Et annet element som kom til syne i diskusjonen om likeverdige helsetilbud, var prioriteringer av screening foran andre helsetjenester. Flere av stortingsrepresentantene ytret bekymring for om prioritering av mammografiscreening ville gå på bekostning av utbygging av strålebehandling for personer som har fått en cancerdiagnose (Høegh (H), forhandlinger i Stortinget nr. 176, 28.4.1998), eller av behandling av andre sykdommer (Gløtvold (Sp), forhandlinger i Stortinget nr. 176, 28.4.1998; Vikhovde (V), forhandlinger i Stortinget 17.6.1998). Men prioriteringsdebatten nådde ikke opp i denne sammenhengen. Et geografisk likeverdig tilbud om mammografiscreening var her viktigere enn en større debatt om prioriteringer på tvers av helsetjenesten.

Private tjenestetilbydere

Utfordringene ved å innføre landsdekkende mammografiscreening var kjent i Stortinget. Det eksisterte verken tilstrekkelig utstyr eller kvalifisert personell til å kunne gjennomføre mammografiscreening for alle kvinner i aldersgruppen 50–69 år i det offentlige helsevesenet. Også i løsningen på dette problemet kom spørsmålet om rettferdighet inn. Andre løsninger som ble skissert, var å utsette innføringen av landsdekkende mammografiscreening eller å pålegge fylkene å innføre programmet til tross for manglende personell. Men den løsningen som skapte mest debatt, var å involvere private tjenestetilbydere i gjennomføringen av landsdekkende mammografiscreening.

Det var her de politiske skillelinjene kom til syne: Skulle man ta i bruk private tjenes-

teytere for å få til en hurtig innføring av mammografiscreening i hele landet, eller skulle det være en gradvis utbygging av offentlige tjenester? Informasjon om kapasiteten hos de private tjenestetilbyderne ble grunnlaget for et politisk gjennomslag for at dette var den raskeste måten å få gjennomført landsdekkende mammografiscreening. Både Høyre og Fremskrittspartiet argumenterte for at kvinnene ville bli taperne dersom screeningen skulle komme senere i gang fordi man insisterte på et fullstendig offentlig bemannet og drevet mammografiprogram. Nesvik brukte sterk retorikk i sitt innlegg i debatten:

«La det ikke bli slik at våre politiske ideologier blir skyld i at en rekke personer vil måtte lide eller dø, fordi vi bare hevder våre primære politiske holdninger med hensyn til hvem som skal utføre helse-tjenestene i dette landet.»

(Nesvik (FrP), Forhandlinger i Stortinget 17.6.1998)

Å benytte private tjenestetilbydere handlet likevel om å innføre et offentlig regulert screeningprogram. Et offentlig organisert screeningprogram var et svar på det som ble omtalt som «villscreening», altså uorganisert screening. Fordi effekten av screening avhenger av at screeningintervallene følger en faglig begrunnet plan, kan individuelle initiativ føre til screening med manglende eller negative effekter.

«Hvis ordningen ikke blir gjort gjeldende for hele landet, kan resultatet bli at mange søker til private tilbud, uten at disse er en del av en helhetlig plan.»

(Skogholt (A), Forhandlinger i Stortinget nr.176, 28.4.98)

Forekomsten av «villscreening» ble et argument for hvorfor programmet burde være offentlig finansiert og organisert. Det var tverrpolitisk enighet om at samarbeid med private tjenestetilbydere måtte inngå i en avtale med det offentlige helsevesenet for å sikre en helhetlig, offentlig plan for nasjonal mammografiscreening. Siden teknologien allerede var tilgjengelig, ble det statens oppgave å regulere bruken av den på en forsvarlig måte. Til tross for de ulike partienes syn på private helsetjenester, ble Stortinget enig om å benytte samarbeid med private tjenestetilbydere for å få implementert et tilbud om brystkreftscreening over hele landet.

Ramme 1 Dokumenter som inngår i analysene

1. Dokument nr. 8:76 (1997–98). Forslag fra stortingsrepresentantene Harald Tom Nesvik, John I. Alvheim, Øystein Hedstrøm og Lodve Solholm om å legge til rette for en utvidelse av tilbudet med mammografiscreening til å gjelde alle fylker.
2. Innst. S. nr.146 (1997–98). Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Harald Tom Nesvik, John I. Alvheim, Øystein Hedstrøm og Lodve Solholm om å legge til rette for en utvidelse av tilbudet med mammografiscreening til å gjelde alle fylker. 2.4.1998.
3. Forhandlinger i Stortinget nr. 176 (1998). Møte tirsdag 28.4.1998. Sak nr. 2. Forslag fra repr. Nesvik, Alvheim, Hedstrøm og Solholm om å legge til rette for en utvidelse av tilbudet med mammografiscreening til å gjelde alle fylker (Innst. S. nr. 146 (1997–98), jf. Dokument nr. 8:76 (1997–98).
4. Forhandlinger i Stortinget 17.6.1998. Innst. S. nr. 226 (1997–98). Innstilling fra sosialkomiteen om Nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sjukehus (Innst. S. nr. 226 (1997–98), jr. St.prp. nr.61 (1997–98). Sak nr. 4.

Diskusjon

Jeg har sett på hvordan ulike typer argumenter trekkes inn i den politiske styringen av prioriteringer i helsevesenet. Dokumentanalyser av stortingsdokumenter gir ikke rom for å vise alle politiske, byråkratiske og faglige prosesser som ligger til grunn for innføringen av et nytt offentlig helsetilbud. Utredningene fra 1987 og 1996 viser begge hvordan ulike fagmiljøer og frivillige organisasjoner påvirket innføringen av mammografiscreening i Norge, men slike prosesser belyses ikke i denne artikkelen.

I Stortingets diskusjoner var effekten av mammografiscreening på dødelighet grunnsteinen i argumentasjonen. For det første konkluderte NOU 1997:20 med at effekten var bevist gjennom vitenskapelige studier. I både daværende og fremtidige vitenskapelige debatter har det blitt stilt spørsmål ved denne effekten (15, 16). I Storbritannia ble myndighetenes fremstilling av effekten av mammografiscreening kritisert allerede i 1988, fordi de ikke nevnte debatter rundt totaldødeligheten i de svenske studiene om mammografi (17). For det andre knyttet man funn av tidlige stadier av brystkreft direkte til bedre overlevelse, selv om prøveprosjektet ikke var ferdig evaluert. Denne logikken så man også i USA, der

det økte antallet tidlige diagnoser er blitt brukt som bevis på effekten av screening (18). Tidlig funn av sykdom var en kjerneidé i det 20. århundrets medisin, og masseovervåkning for å identifisere sykdom på et tidlig stadium ble muliggjort gjennom mammografiscreening (19). Veien var kort fra kampanjer om å reagere tidlig på kreftsymptomer til screening av symptomfrie individer (19). Mammografi som en røntgenteknologi som kan se tidlige stadier av kreft, er viktig for kvinners tillit til screeningprogrammet (20). Dermed skapes en kraftfull kobling mellom «tidlig funn redder liv» og en teknologi som ser inn i kroppen. Dette vanskeliggjør et offentlig ordskifte om screeningens potensielt negative sider.

I andre land har det vært mer politisk debatt. I det nederlandske parlamentet var i 1990 debatten preget av spørsmål om autonomi, medikalisering og overdiagnostikk (21). I Sverige ble det debatt da Älvsborg län i 1996 foreslo å avvike mammografiscreening basert på vurderinger av kostnad og nytte (22). Slike diskusjoner kom ikke frem i den norske stortingsdebatten. Overbevisningen om at mammografiscreening redder liv, kan forklare Stortingets manglende drøfting av dens negative sider og hvorfor det var vanskelig å argumentere mot bruken av private tjenestetilbud.

En annen konsekvens av enigheten var at mammografiprogrammet ble organisert som et ensartet helsetilbud over hele landet, og ikke som et forskningsprosjekt for å måle effekt. Kombinasjonen offentlig screeningprogram og forskning har vært om diskutert for tarmkreftscreening (23, 24), som er vedtatt innført i løpet av de kommende årene. Debatten omhandler ikke hvorvidt alle skal få til-

bud om tarmkreftscreening, men om hvilken undersøkelse som skal tilbys og hvorvidt randomisering av screeningdeltagere til ulike undersøkelser vil påvirke befolkningens tillit til helsetjenestene. At det igangsettes et screeningprogram før det er avklart hvilken metode som er den beste, kan skape usikkerhet i befolkningen, selv om det antageligvis også for tarmkreftscreening vil gjelde en forståelse av at tidlig funn av kreft er positivt for høyere overlevelse (10).

Gjennom 1980-årene var det økende oppmerksomhet på manglende forskning på kvinners helse (25). Dette kan også ha påvirket debatten rundt mammografiscreening, selv om NOU 1997:20 konkluderte med at det ikke var en nedprioritering av kvinner i kreftforskningen (8). Kvinners bruk av tilgjengelig mammografiscreening i 1980- og 90-årene var et av argumentene i Stortinget for innføring av landsdekkende mammografiscreening. To studier som ble presentert på konsensuskonferansen om mammografi i 1989, viste at kvinner ønsket tilbud om mammografiscreening (11).

Samtidig handler ikke nødvendigvis deltakelse i screening om hvilke behov deltagerne har før de blir invitert til undersøkelsen. Å få en invitasjon kan være grunn nok for å delta i screening (26, 27). I mammografiprogrammet inviteres kvinner til en oppsatt time, en såkalt «opt-out»-løsning. Dette aspektet ble ikke diskutert i Stortinget. En slik diskusjon kan være viktig å ta ved innføringen av et program for tarmkreftscreening, siden deltagelsesprosenten i det pilotprosjektet er rundt 55 og dermed er langt under deltagelsen i mammografiprogrammet (28).

Mammografiprogrammet feirer i 2018 sitt

20-årsjubileum etter at programmet ble gradvis rullet ut over hele landet fra 1998 til 2004. Gjennom hele perioden har mammografiscreening vært gjenstand for vitenskapelige debatter om effekter og overdiagnostikk, psykososiale konsekvenser og informert samtykke. Dette har ikke rokket ved den politiske viljen til å opprettholde mammografiprogrammet.

En nettverksanalyse av aktører (29) kunne avdekket hvilke av disse som var viktige for å få stortingsdebatten inn på det sporet som den tok, og hvilke argumenter og kunnskap som ble overført mellom hvem før Stortinget gjorde sitt vedtak. Også ved innføringen av tarmkreftscreening eller andre former for screening påvirker en rekke elementer og aktører debatten. Videre forskning på dette feltet kan gi en bredere forståelse av hvordan politiske beslutninger om helsetjenestetilbud avhenger av langt mer enn vitenskapelig kunnskapsgrunnlag fra randomiserte studier.

Takk til Nasjonalbiblioteket for hjelp med å finne dokumentene i fulltekst. Takk også til to anonyme fagfelle-vurderere for konstruktive kommentarer samt til Sarah Beth Evans-Jordan, Rickard J. Skjong, John-Arne Skolbekken og Trine Tafford for kommentarer på et tidligere utkast av artikkelen.

Mottatt 29.11.2017, første revisjon innsendt 19.2.2018, godkjent 13.3.2018.

MARIT SOLBJØR

(f. 1974) er sosiolog og førsteamanuensis. Hun har publisert en rekke artikler om kvinners erfaringer med deltagelse i mammografiscreening. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt honorar for redaksjonelt arbeid i *The Breast* fra Elsevier og reisestøtte/foredrags honorar til kongresser fra International Agency for Research on Cancer og European Cancer Congress.

LITTERATUR

- Sebuødegård S, Sagstad S, Hofvind S. Oppmøte i Mammografiprogrammet. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1448–51.
- Norges forskningsråd. Research-based evaluation of the Norwegian Breast Cancer Screening Program. Final report. 2015. <https://www.regjeringen.no/contentassets/444d08daf15e48aca5321f2cefaac511/mammografirapport-til-web.pdf> (13.3.2018).
- Shapiro S. Evidence on screening for breast cancer from a randomized trial. *Cancer* 1977; 39 (suppl): 2772–82.
- Nyström L, Rutqvist LE, Wall S et al. Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomised trials. *Lancet* 1993; 341: 973–8.
- Miller AB, Baines CJ, To T et al. Canadian National Breast Screening Study: 2. Breast cancer detection and death rates among women aged 50 to 59 years. *CMAJ* 1992; 147: 1477–88.
- Jonsson E, Banta HD, Scherstén T. Health technology assessment and screening in Sweden. *Int J Technol Assess Health Care* 2001; 17: 380–8.
- Norges offentlige utredninger. Mammografiscreening i Norge. Masseundersøkelse for brystkreft. NOU 1987: 7. <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/odn/tmp/2002/0034/ddd/pdfv/154662-nou1987-7.pdf> (13.3.2018).
- Norges offentlige utredninger. Omsorg og kunnskap! Norsk kreftplan. Rapport fra et utvalg for utredning av nasjonal kreftplan, avgitt til Sosial- og helsedepartementet 10. juni 1997. NOU 1997: 20. <https://www.regjeringen.no/contentassets/ets/f5322b4da9d43eba96781410cd8ca11/no/pdf/nou199719970020000dddpdf.pdf> (13.3.2018).
- Kvande L. Frå politikk til etikk-obstetrisk ultralyd i 1980- og 90-åra. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2008; 128: 2855–9.
- Armstrong D. The Rise of Surveillance Medicine. *Social Health Illn* 1995; 17: 393–404.
- Backe B, red. Konsensuskonferansen om mammografiscreening. NIS-rapport nr. 2/1989. Trondheim: Norsk Institutt for sykehusforskning, SINTEF, 1989.
- Hofvind S, Tsuruda K, Mangerud G et al. The Norwegian Breast Cancer Screening Program, 1996-2016: Celebrating 20 years of organised mammographic

- screening. In: Cancer in Norway 2016 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Oslo: Cancer Registry of Norway, 2017.
- 13 Tjora A. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Oslo: Gyldendal akademisk, 2012.
- 14 Prior L. Document analysis. In: Bourgaault ID, R; de Vries, R. (red). The SAGE Handbook of Qualitative Methods in Health Research. London: SAGE, 2010.
- 15 Sætnan AR. To screen or not to screen? Science discourse in two health policy controversies, as seen through three approaches to the citation evidence. *Scientometrics* 2000; 48: 307–44.
- 16 Kalager M, Zelen M, Langmark F et al. Effect of screening mammography on breast-cancer mortality in Norway. *N Engl J Med* 2010; 363: 1203–10.
- 17 Skrabanek P. The debate over mass mammography in Britain. The case against. *BMJ* 1988; 297: 971–2.
- 18 Aronowitz RA. *Unnatural history: breast cancer and American society*. Cambridge; New York: Cambridge University Press, 2007.
- 19 Armstrong D. Screening: mapping medicine's temporal spaces. *Sociol Health Illn* 2012; 34: 177–93.
- 20 Solbjør M. «You Have to Have Trust in Those Pictures.» A Perspective on Women's Experiences of Mammography Screening. In: Brownlie J, Greene A, Howson A, (red). *Researching Trust and Health*. London: Routledge, 2008.
- 21 Boenink M. Debating the desirability of new biomedical technologies: lessons from the introduction of breast cancer screening in the Netherlands. *Health Care Anal* 2012; 20: 84–102.
- 22 McIver G. Swedish county abandons breast screening. *BMJ* 1996; 312: 595–6.
- 23 Hofmann B. Det store tarmkreftlotteriet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2017. DOI:10.4045/tidsskr.17.0617.
- 24 Kalager M, Stoltenberg C. Screening for den enkelte og kunnskap for alle. *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; 137: 858.
- 25 Schei B, Rostad B. Women's health and gender perspectives in the history of modern Norwegian epidemiology. *Nor Epidemiol* 2015; 25.
- 26 Østerlie W, Solbjør M, Skolbekken JA et al. Challenges of informed choice in organised screening. *J Med Ethics* 2008; 34: e5.
- 27 Forss A, Tishelman C, Widmark C et al. 'I got a letter...' a qualitative study of women's reasoning about attendance in a cervical cancer screening programme in urban Sweden. *Psychooncology* 2001; 10: 76–87.
- 28 Hoff G, Bretthauer M. Colorectal cancer screening in Norway. In: *Cancer in Norway 2009*. Special issue: Cancer screening in Norway. Oslo: Cancer Registry of Norway, 2011.
- 29 Latour B. *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*. United Kingdom: Oxford University Press, 2005.



Skal du sende inn et manuskript til Tidsskriftet?

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

Skjemaet finner du på tidsskriftet.no under Forfatterveiledning.

PÅL ØIAN

pa.Loian@unn.no
Kvinneklubben
Universitetssykehuset Nord-Norge
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Tromsø

OLAUG MARGRETE ASKELAND

Område for helsedata og digitalisering
Folkehelseinstituttet
Bergen

INGER ELISE ENGELUND

Fagsenter for pasientrapporterte data
FoU-avdelingen
Helse Bergen

BRIT ROLAND

Avdeling for sykehustjenester
Helsedirektoratet

MARTA EBBING

Område for helsedata og digitalisering
Folkehelseinstituttet
Bergen

Fødestuefødsler i Norge 2008–10 – en populasjonsbasert studie

BAKGRUNN

Fødestuene utgjør en del av en differensiert og desentralisert fødselsomsorg i Norge. Hensikten med studien var å undersøke forekomst og karakteristika ved planlagte og ikke-planlagte fødestuefødsler og årsaker til overflytting samt resultater for mor og barn.

MATERIALE OG METODE

I perioden 2008–10 ble et tilleggsskjema til rutinemeldingen til Medisinsk fødselsregister fortløpende utfyllt av jordmor for 2 514 av i alt 2 556 (98,4 %) fødestuefødsler og for 220 fødsler som var planlagt i fødestue, men der fødselen foregikk andre steder. Data fra tilleggsskjema ble så koblet med rutinedata i Medisinsk fødselsregister og resultater fra fødestuefødsler sammenlignet med resultater fra en lavrisikofødepopulasjon i sykehus.

RESULTATER

Av de 2 514 fødestuefødslele var 2 320 (92,3 %) planlagt å foregå der, mens 194 (7,7 %) ikke var det. Ved planlagt fødestuefødsel ble totalt 6,9 % overflyttet til sykehus under fødsel, hvorav 19,5 % blant førstegangsfødende. Det var 0,4 % operative vaginale fødsler ved vanlige fødestuer, 3,5 % ved forsterkede fødestuer og 12,7 % ved fødsler overflyttet fra fødestue til sykehus. Blant barn født i fødestue hadde 0,6 % apgarskår <7 ved 5 minutter, mot 1,0 % blant barn født i lavrisikosammenligningsgruppen i sykehus ($p = 0,04$).

FORTOLKNING

Fødestuer bør rapportere resultater for alle som var selektert for å føde der, uansett om fødselen endte med å foregå i fødestuen eller andre steder.

HOVEDBUDSKAP

I perioden 2008–10 foregikk 1,4 % av fødsleene i Norge i fødestuer

Totalt 6,9 % av kvinnene med planlagt fødestuefødsel ble overflyttet til sykehus under fødselen og 3,8 % ble overflyttet etter fødsel

Det var 0,4 % operative vaginale fødsler i vanlig fødestue og 3,5 % i forsterkede fødestuer

Blant barna født i fødestue hadde 0,6 % apgarskår < 7 etter 5 minutter, mot 1,0 % blant barna født i en lavrisikopopulasjon i sykehus

Fødselsomsorgen i Norge har vært gjenstand for diskusjon gjennom flere tiår. Internasjonalt har trenden vært en sentralisering av fødsler, både av økonomiske og faglige grunner. Det har vært hevdet at økonomiske og bemanningsmessige ressurser brukes bedre ved sentralisering og at resultater for mor og barn er bedre, spesielt ved risikofødsler (1, 2). Det er funnet at svikt i fødselshjelpen med skade eller død hos mor eller barn er større ved små fødeenheter (1, 3).

Norge har en spredt bosetning, og Stortinget har bestemt at vi skal ha en differensiert og desentralisert fødselshjelp. En differensiert fødselshjelp betyr at det skal være flere typer fødetilbud, slik at fødende med lav risiko kan velge å føde i høyteknologiske institusjoner, fødestuer eller hjemme. I Norge har det vært en tredelt inndeling av fødeinstitusjoner basert på fødselstall, bemanningskrav og risikostatus (4–6): fødestuer (minst 40 fødsler per år, vaktberedskap av jordmødre), fødeavdelinger (minst 400–500 fødsler per år, vaktberedskap av fødsels- og anestesilege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannning) og kvinneklinikker (minst 1 500 fødsler per år, tilstedevakt av fødsels- og anestesilege, vaktberedskap av barnelege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannning, barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte). Såkalte forsterkede fødestuer (jordmorstyrt fødestue med mulighet til nøkkeisersnitt der transport anses uforsvarlig) har også vært etablert enkelte steder i landet (6).

I Medisinsk fødselsregister registreres ruti-

nedata om alle fødsler der de har foregått, ikke der hvor kvinnene hadde planlagt å føde ved fødselens start. Vi har derfor ikke hatt god oversikt over forekomst av, årsaker til og resultater ved overflytting av fødende eller barselkvinner fra fødestuer til sykehus.

Hensikten med denne studien var å avklare om fødsler som foregikk i fødestuene var planlagt der eller ikke og hvor ofte fødende som startet fødselen i fødestuene måtte overflyttes til sykehus. Vi ville også kartlegge årsakene til eventuell overflytting, vite når i fødselsforløpet overflyttingen skjedde, transportmåte og resultater for disse fødsleene (sfinkterskade, blødningsmengde, apgarskår og overlevelse for barna opptil fem års alder). Disse opplysningene er viktig for å kunne vurdere kvaliteten i seleksjon til fødestuer og på fødselsforløpet der.

Materiale og metode

Materialet består av detaljerte data om fødsler i fødestuer fra 1. januar 2008 til og med 31. desember 2010. Materialet inkluderer også data om planlagte fødsler i fødestue der kvinnen ble overflyttet til annen fødeinstitusjon under eller etter fødsel. Data er samlet inn ved et tilleggsskjema utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med Folkehelseinstituttet i 2007 (fig 1) som ble sendt til alle landets fødeinstitusjoner (fødestuer, fødeavdelinger og kvinneklinikker). Alle kommunejordmødre og jordmødre involvert i hjemmefødsler ble også informert og fikk tilsendt skjemaet. Skjemaet skulle også fylles ut ved planlagte hjemmefødsler med overflytting og ved transportfødsler som ikke var relatert til fødestuefødsler. Data fra de sistnevnte hendelsene ble ikke inkludert i denne studien.

Datainnsamlingen var hjemlet i Medisinsk fødselsregisterforskriften (7), og opplysningene ble behandlet etter rutiner fastsatt av Folkehelseinstituttet, som databehandlingsansvarlig for registeret. Data ble kvalitetssikret og analysert av personell ved Folkehelseinstituttet. Det kreves ikke samtykke fra de registrerte for behandling av opplysninger i Medisinsk fødselsregister eller godkjenning fra regional etisk komité (REK) for analyser av data utført som ledd i forvaltningen av registeret.

Ved studiestart var det 14 fødestuer i Norge: Føderiket (gamle Rikshospitalet i Oslo), Hallingdal (Ål), Lykkeliten (Rjukan), Tynset og Valdres (Fagernes) i Helse Sør-Øst; Lærdal og

Odda i Helse Vest; og Mosjøen, Brønnøysund, Lofoten, Steigen, Midt-Troms (Finnsnes), Sonjatun (Nordreisa) og Alta i Helse Nord. Fødestuene i Lærdal, Odda og Lofoten var forsterkede fødestuer i studieperioden. En fødestue (Lykkeliten) ble nedlagt i perioden.

Tilleggsskjemaet ble fylt ut av ansvarlig jordmor for fødselen i fødestuen, også dersom kvinnen ble overflyttet til sykehus og fødselen foregikk under transport til eller i sykehus. Utfylte skjemaer ble sendt til Folkehelseinstituttet hvor de ble skannet og kontrollert, og data ble koblet til ordinær fødselsmelding i Medisinsk fødselsregister basert på opplysninger om kvinnens identitet og barnets fødselsdato. Manglende skjema ble etterspurt ved telefonisk purring til aktuelle fødestuer.

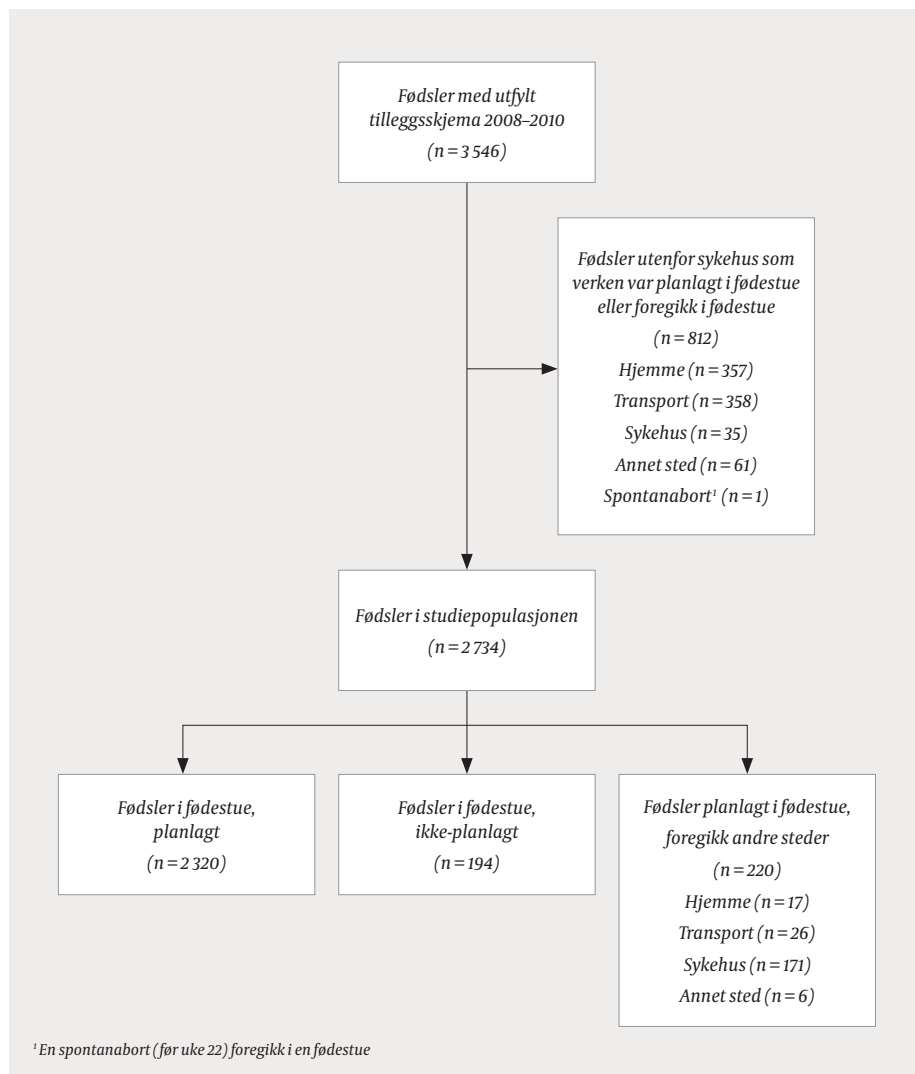
Det var 27 tilleggsskjemaer i studien som ikke lot seg koble til rutinedata i Medisinsk fødselsregister, hovedsakelig på grunn av manglende identitet hos kvinner med utenlandsk navn. Videre var det ikke fullstendig overensstemmelse mellom avkryssing på tilleggsskjemaet og den registrerte fødestedkategorien i Medisinsk fødselsregister. For analyseformål har vi benyttet opplysningene i tilleggsskjemaet som gullstandard.

Vi angir resultater fra vanlige fødestuer og forsterkede fødestuer for tre kategorier fødsler:

- fødsler i fødestue som var planlagt å foregå der
- fødsler i fødestue som ikke var planlagt å foregå der
- fødsler planlagt i fødestue som foregikk andre steder

Videre viser vi resultater for en sammenligningsgruppe bestående av lavrisikofødsler i sykehus i Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord i studieperioden. Med lavrisikofødsler har vi definert alle fødsler med svangerskapsvarighet over 36 uker, unntatt fødsler hos kvinner registrert med kroniske sykdommer som hypertensjon, nyresykdom, revmatoid artritt eller hjertesykdom, hos kvinner som hadde graviditetskomplikasjoner som svangerskapsdiabetes og hypertensive lidelser samt fødsler som var planlagt med keisersnitt eller ble startet ved induksjon.

Analysene ble utført med programvarene SPSS versjon 22.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) og R versjon 3.2.4 (8). For å undersøke om gruppeforskjeller var statistisk signifikante, ble det benyttet en ikke-parametrisk signifikantest (kvikvadrattest). $P < 0,05$ ble betraktet som statistisk signifikant.



Figur 2 Oversikt over datagrunnlaget og inkluderte fødsler

Resultater

Av totalt 3 546 mottatte tilleggsskjemaer var det 2 734 som omhandlet fødsler i fødestue og inngikk i studien (fig 2). Av disse var det 2 514 skjemaer om fødsler i fødestue og 220 skjemaer om fødsler som var planlagt å foregå i fødestue, men som foregikk annet sted. I Medisinsk fødselsregister ble det registrert til sammen 2 556 fødsler i fødestue ved ordinær melding, som utgjorde 1,4 % av alle fødsler registrert i Medisinsk fødselsregister (9). Dette gir en dekningsgrad for tilleggsskjema for fødsler i fødestue på 98,4 %.

Tabell 1 gir oversikt over fødsleene som inngikk i studien etter helseregion, fødestue, hvor fødsleene var planlagt å foregå og hvor de

faktisk foregikk. Av de til sammen 2 514 fødsleene som foregikk i fødestue, var 2 320 (92,3 %) planlagt og 194 (7,7 %) ikke planlagt å foregå der.

Av 2 540 kvinner som hadde planlagt fødestuefødsel, var det totalt 174 (6,9 %) som ble flyttet til sykehus under fødsel. Av alle de 2 514 som fødte i fødestue, ble 95 (3,8 %) flyttet til sykehus etter fødsel. Blant førstegangsfødende var det 19,5 % som ble overflyttet under fødselen og 3,8 % etter fødselen, mens blant flergangsfødende var det 3,4 % som ble overflyttet under fødselen og 3,7 % etter fødselen (data ikke vist).

I figur 2 vises fødested ved de 220 planlagte fødestuefødsleene der fødselen foregikk andre steder. Det var totalt 26 transportfødsler, hvor-

av 16 skjedde mellom hjemmet og fødestuen; fire i privatbil og resten i ambulans (bil/fly/helikopter). Ved 18 av transportfødsleene var jordmor til stede, i åtte slike fødsler bisto ambulanspersonell og i tre tilfeller barnefaren. Det ble ikke oppgitt at lege var til stede ved noen av transportfødsleene.

Årsakene til at fødsleene foregikk ikke-planlagt hjemme eller i fødestuene (n = 203) skyldtes oftest at fødselen var langtkommet og transport ansett som uhensiktsmessig (139 tilfeller, 68,5 %), og/eller at kvinnen hadde hyppige og sterke rier (71 tilfeller, 35,0 %). I fire tilfeller var dårlig vær/stengte veier årsaken og i syv tilfeller var egnet transportmiddel ikke tilgjengelig (data ikke vist).

Tabell 2 viser oversikt over de viktigste årsakene til overflytting av kvinner før eller under planlagte fødestuefødsler. Langsom fremgang i åpningsfasen var medvirkende eller eneste årsak i 67 av 174 slike tilfeller (38,5 %).

De viktigste årsakene til overflytting etter fødsel var for moren større perinealrifter, blødning eller fastsittende morkake, mens hyppigste årsak hos barnet var respirasjonsproblemer (data ikke vist).

Der transport til sykehus var nødvendig under fødsel, gikk det i gjennomsnitt 10,1 timer (median 8,5 timer, variasjonsbredde 0–40 timer) fra innkomst i fødestuen til beslutning om overflytting ble tatt, og mormunnen var da 5 cm (gjennomsnitt og median, variasjonsbredde 0–10 cm).

I tabell 3 vises karakteristika ved fødekvinne og resultater fra vanlige fødestuer og forsterkede fødestuer for de tre kategoriene fødsler i studien. I tillegg er tilsvarende angitt for en lavrisikofødepopulasjon i sykehus (fødeavdeling eller kvinneklinikk). Det var 7 (0,4 %) operative vaginale fødsler ved vanlige fødestuer, 28 (3,5 %) i forsterkede fødestuer og 28 (12,7 %) for dem som ble flyttet til sykehus under fødsel. I lavrisikofødepopulasjonen i sykehus var det brukt vakuump eller tang ved 10,4 % av fødsleene, som er en betydelig høyere andel enn i fødestuer ($p < 0,001$). Keisersnittandelen blant fødsler i forsterkede fødestuer var 9,5 %, blant fødsler som ble overflyttet fra fødestue til sykehus 11,8 %, mens den i sammenligningsgruppen var 6,2 %. I fødestuepopulasjonen var det 0,9 % av kvinnene som blødde mer enn 1 500 ml, i sammenligningsgruppen 1,5 % ($p = 0,02$). Blant barna født i fødestue hadde 0,6 % apgarskår < 7 etter 5 minutter, mot 1,0 % av barna i sammenligningsgruppen født i sykehus ($p = 0,04$).

I hele fødestuepopulasjonen var det tre

dødfødsler, alle funnet intrauterint døde ved innkomst. Det var fem levendefødte som døde mellom 29 dager og ett år etter fødsel. Ingen av disse dødsfallene kunne relateres til komplikasjoner ved fødselen. Det var ingen av barna i fødestuepopulasjonen som ble registrert døde i 1-5 års alder.

Diskusjon

Våre funn tyder på at risikoseleksjon til og resultater for fødestuene var tilfredsstillende. Det var totalt 6,9 % av kvinnene med planlagt fødestuefødsel som ble overflyttet under fødselen og 3,8 % som ble overflyttet etter fødselen, enten på grunn av forhold ved moren eller ved barnet. Overflyttingene var oftest udramatiske, og de vanligste årsakene var langsom fremgang i åpningsfasen, behov for mer smertelindring, vannavgang over 24 timer uten at fødselen var nært forestående, misfarget fostervann eller endringer i fosterlyd. Blant førstegangs fødende som hadde planlagt fødestuefødsel, var det 19,5 % som ble overflyttet under fødselen. Dette er en betydelig andel, og førstegangs fødende som ønsker fødestuefødsel må informeres om dette. Andelen som ble overflyttet i vår studie er imidlertid klart lavere enn observasjoner fra fødestueenheter i England, der 30-43 % av førstegangs fødende i fødestue ble overflyttet (10, 11).

Etter fødselen var de vanligste årsakene til overflytting fastsittende morkake, mistanke om rifter som burde sys av lege eller respirasjonsproblemer hos den nyfødte. Bruk av vakuumbag, forekomst av sfinkterskader og forekomst av apgarskår < 7 etter 5 minutter hadde tilfredsstillende resultater både for fødsler i fødestue og for dem som måtte overflyttes.

Årsaker til at 7,7 % av fødestuefødsleene ikke var planlagt å foregå der, kan være at kvinnene ventet for lenge med å dra til sykehus, eller at fødselen gikk så raskt at de ikke ville rekke frem til sykehus og at eneste mulighet for å unngå ikke-planlagt hjemmefødsel eller transportfødsel var å dra til fødestue. Dårlig vær eller mangel på egnet transportmiddel var en sjelden årsak til ikke-planlagte fødsler i fødestue. Det er også noe overraskende at 1,4 % av fødestuefødsleene er setefødsler.

Fødselsorganisering og antall fødeinstitusjoner i Norge vil være avhengig av faktorer som tilgjengelighet for den fødende, kvalitet i tjenesten, økonomi og politiske beslutninger. Det er bestemt at vi skal ha en differensiert og

Tabell 1 Oversikt over fødsler etter fødested og hvor fødselen var planlagt, 2008-10.

Fødestue, helseregion	Planlagt fødested: Antall (%)		
	Fødestue	Sykehus	Totalt ¹
Føderiket (Oslo), Sør-Øst	344 (100)	0 (0)	344
Hallingdal (Ål), Sør-Øst	1 (33,3)	2 (66,7)	3
Lykkeliten (Rjukan), Sør-Øst	21 (77,8)	6 (22,2)	27
Tynset, Sør-Øst	230 (93,9)	14 (5,7)	245
Valdres, Sør-Øst	96 (88,1)	13 (11,9)	109
Lærdal, Vest	218 (90,1)	22 (9,1)	242
Odda, Vest	183 (98,4)	3 (1,6)	186
Alta, Nord	249 (87,4)	36 (12,6)	285
Brønnøysund, Nord	114 (96,6)	4 (3,4)	118
Lofoten, Nord	346 (93,8)	18 (4,9)	369
Midt-Troms (Finnsnes), Nord	308 (91,7)	27 (8,0)	336
Mosjøen, Nord	140 (84,3)	26 (15,7)	166
Sonjatun (Nordreisa), Nord	59 (81,9)	13 (18,1)	72
Steigen, Nord	11 (91,7)	1 (8,3)	12
Fødsler i fødestue	2 320 (92,3)	185 (7,4)	2 514
Fødsler andre steder	220 (100)	0 (0,0)	220
Fødsler i studien	2 540 (92,9)	185 (6,8)	2 734

¹ For 8 fødsler manglet det informasjon om planlagt fødested; Lærdal: 2, Lofoten: 5 og Midt-Troms: 1
En fødsel ved Tynset var planlagt hjemme. Disse 9 fødsleene er tatt med i totalantallet fødsler i fødestue

desentralisert tjeneste med tre nivåer fødeinstitusjoner (fødestue, fødeavdeling, kvinneklinikk) (4-6). Tidligere var denne inndelingen basert på fødselstall og bemanningskrav, men nå er den basert på kvalitetskrav (12).

For alle typer fødeinstitusjoner er det viktig å kjenne resultater ved egen institusjon. Opplysninger som meldes til Medisinsk fødselsregister registreres der fødselen faktisk foregår. Rutinedata i Medisinsk fødselsregister er derved ikke alltid tilstrekkelig for å vurdere kvaliteten ved fødestuer og mindre fødeavdelinger, hvor det forekommer overflyttinger til større fødeinstitusjoner. Resultater fra de enkelte institusjonene må analyseres etter prinsippet om behandlingsintensjon (intention-to-treat), det vil si at resultater må angis for alle fødekvinne som ble innlagt for fødsel ved fødselsstart, også for fødende som blir flyttet under og etter fødsel. Hvis man har gode resultater for fødsler som foregår i fødestuen, men dårlige resultater for fødsler som overflyttes, vil ikke kvaliteten på virksom-

Tabell 2 Årsaker til overflytting før eller under fødsel ved planlagte fødestuefødsler, 2008-10

Årsak til overflytting før eller under fødsel, n = 174	Antall ¹
Langvarig vannavgang	26
Blødning	0
Sliten mor/behov for smertelindring	35
Mistanke om infeksjon	4
Avvikende leie/presentasjon	16
Truende asfyksi/kardiotokografiforandringer	41
Langsom fremgang i åpningsfasen	67
Langsom fremgang i utdrivingsfasen	11
Annet	16

¹ Ved noen fødsler ble det oppgitt flere årsaker

Tabell 3 Karakteristika, komplikasjoner og utfall ved planlagte og ikke-planlagte fødestuefødsler, ved fødsler planlagt i fødestue som foregikk andre steder og for lavrisikofødsler i sykehus, 2008–10. Data fra tilleggsskjema koblet med data i Medisinsk fødselsregister (MFR). a) Opplysninger om fødsler og b) opplysninger om forhold hos fødte barn

Fødsler		Fødsler i fødestue, planlagt				Fødsler i fødestue, ikke-planlagt				Fødsler planlagt i fødestue, foregikk andre steder				Fødsler i sykehus lavrisiko ¹					
		2 298 av 2 320 koblet med MFR-data								189 av 194 koblet med MFR-data				220 av 220 koblet med MFR-data				105 358 fra MFR	
		Kvinnen og svangerskapet		Vanlig (n = 1 557)		Forsterket (n = 741)		Vanlig (n = 141)		Forsterket (n = 48)		Vanlig (n = 178)		Forsterket (n = 42)					
Paritet	Kategorier	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
Paritet	0	225	14,5	216	29,1	46	32,6	13	27,1	90	50,6	24	57,1	45 700	43,4				
	1+	1 332	85,5	525	70,9	95	67,4	35	72,9	88	49,4	18	42,9	59 658	56,6				
Svangerskaps-lengde	< 36 uker	2	0,1	10	1,3	5	3,5	4	8,3	1	0,6	0	0,0	0	0,0				
	≥ 36 uker	1 552	99,7	728	98,2	136	96,5	44	91,7	174	97,8	41	97,6	104 396	99,1				
	Mangler	3	0,2	3	0,4	0	0,0	0	0,0	3	1,7	1	2,4	962	0,9				
Leie	Normalt, bakhode	1 470	94,4	710	95,8	130	92,2	46	95,8	150	84,3	39	92,9	98 182	93,2				
	Seteleie	19	1,2	14	1,9	2	1,4	0	0,0	6	3,4	0	0,0	1 929	1,8				
	Annet	67	4,3	17	2,3	8	5,7	2	4,2	22	12,4	3	7,1	5 229	5,0				
	Mangler	1	0,1	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	0,0				
Operative forløsninger:																			
Vakuüm	Ja	7	0,4	24	3,2	0	0,0	2	4,2	25	14,0	0	0,0	9 218	8,7				
Tang	Ja	0	0,0	2	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,6	2	4,8	1 761	1,7				
Keisersnitt	Elektivt	0	0,0	44	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0				
	Akutt	1	0,1	27	3,6	0	0,0	3	6,3	21	11,8	5	11,9	6 564	6,2				
	Uspesifisert	1	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	0,0				
Komplikasjoner:																			
Sfinkterskade grad 3/4	Ja	13	0,8	18	2,4	2	1,4	0	0,0	2	1,1	0	0,0	2 410	2,3				
Blødning > 500 ml	500–1 500 ml	58	3,7	48	6,5	12	8,5	2	4,2	15	8,4	4	9,5	12 378	11,7				
	> 1 500 ml, transfusjon	10	0,6	9	1,2	3	2,1	1	2,1	5	2,8	0	0,0	1 604	1,5				
	> 500 ml, ikke nærmere angitt	15	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	2,8	0	0,0	264	0,3				

¹ Lavrisiko enkeltfødsler med svangerskapsvarighet ≥ 36 uker registrert med rutinedata i Medisinsk fødselsregister (MFR) i Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord for 2008–10. Fødsler hos kvinner med kroniske sykdommer eller graviditetskomplikasjoner samt fødsler som ble indusert eller var planlagt med keisersnitt, ble ekskludert.

Fødte ¹		Fødsler i fødestue, planlagt				Fødsler i fødestue, ikke-planlagt				Fødsler planlagt i fødestue, foregikk andre steder				Fødsler i sykehus lavrisiko					
		2 298 av 2 320 koblet med MFR-data								190 av 195 koblet med MFR-data				220 av 220 koblet med MFR-data				105 358 fra MFR	
		Barnet		Vanlig (n = 1 557)		Forsterket (n = 741)		Vanlig (n = 142)		Forsterket (n = 48)		Vanlig (n = 178)		Forsterket (n = 42)					
Fødselsvekt	Kategorier	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
Fødselsvekt	< 2 500 g	3	0,2	11	1,5	7	4,9	1	2,1	0	0,0	0	0,0	953	0,9				
	2 500–4 500 g	1 515	97,3	701	94,6	130	91,5	40	83,3	172	96,6	40	95,2	101 569	96,4				
	> 4 500 g	39	2,5	29	3,9	4	2,8	7	14,6	6	3,4	2	4,8	2 789	2,6				
	Mangler	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	47	0,0				
Apgarskår etter 5 min	< 7	1	0,1	10	1,3	1	0,7	2	4,2	2	1,1	1	2,4	1 029	1,0				
	≥ 7	1 552	99,7	730	98,5	139	97,9	45	93,8	174	97,8	41	97,6	104 289	99,0				
	Mangler	4	0,3	1	0,1	2	1,4	1	2,1	2	1,1	0	0,0	40	0,0				

¹ Antall fødte er høyere enn antall fødsler, på grunn av en ikke-planlagt tvillingfødsel ved en fødestue

heten nødvendigvis være god. I denne studien var det nettopp dette som ble undersøkt.

Funnene indikerer at resultatene for mor og barn etter fødestuefødsel var tilfredsstillende. Det var bare 0,6 % av barna som hadde apgarskår < 7 etter 5 minutter, og vi fant ikke data om alvorlig skade eller dødsfall hos mor eller barn som kunne relateres til fødestuefødselen i seg selv. Det var 0,4 % operative vaginale fødsler ved de vanlige fødestuene. Resultatene samsvarer med tidligere studier fra Norge og internasjonalt (13–20). Keisersnittfrekvensen ved planlagte fødsler ved de forsterkede fødestuene i studien var påfallende høy og begrenset seg ikke til nødkeisersnitt, slik intensjonen har vært.

I studien fikk vi belyst årsaker til overflytting til sykehus under og etter fødsel, når i fødselsforløpet overflytting skjedde og transportmåten. En god ambulansetjeneste er åpenbart viktig for fødestuevirksomheten.

Ved starten av dette prosjektet i 2008 var det 55 fødeinstitusjoner, hvorav 14 fødestuer i Norge, og i studieperioden foregikk 1,4 % av alle fødsler i fødestuer. I dag er det 47 fødeinstitusjoner, hvorav seks fødestuer. Følgende åtte fødestuer er nedlagt: Lykkeliten (2008), Føderiket, Lærdal og Steigen (2011), Valdres og Odda (2013), samt Hallingdal og Mosjøen (2016). I 2016 foregikk 0,7 % av alle fødsler i fødestuer (9). Norske helsemyndigheter har nå anbefalt at forsterkede fødestuer avvikles (12), og i dag finnes det bare én forsterket fødestue i landet (Lofoten).

Det finnes fødestuelignende fødetilbud (lav-

risikoenheter) ved Oslo universitetssykehus (ABC-klinikken, Ullevål sykehus), Stavanger universitetssykehus (Fødeloftet) og Haukeland universitetssykehus (Storken). Disse enhetene var ikke inkludert i studien, men også for slike enheter vil det være viktig å kunne dokumentere resultatene for de fødende som blir overflyttet fra lavrisikoenhetene til vanlige fødeavdelinger.

I Danmark, Sverige og Finland er fødselshjelpen mer sentralisert enn i Norge. Det er et fåtall fødeavdelinger i disse landene med mindre enn 1 000 fødsler per år, og antall fødeinstitusjoner i Norge er mer enn dobbelt så stort i forhold til fødselstallet. Geografi og bosettingsmønster er nok forskjellig, men forklarer neppe den store forskjellen i antallet fødeinstitusjoner.

I England anbefales nå lavrisikofødende å føde i jordmorstyrte lavrisikoenheter, enten frittstående eller på sykehus (freestanding or alongside) fremfor i vanlig fødeavdeling, fordi dette gir færre intervensjoner (episiotomi, epiduralbedøvelse, operative vaginale fødsler, keisersnitt) og samme resultat for barna (19, 20). Dette burde ha relevans også for organiseringen av fødselsomsorgen i Norge. I England er det etablert 47 nye jordmorstyrte fødeenheter siden 2010, og i 2016 skjedde 14 % av alle fødsler i England ved 158 slike enheter (personlig meddelelse, associate professor Denis Walsh 27.9.2017).

En styrke ved vår studie er at den er populasjonsbasert, landsomfattende og prospektiv. Opplysningene samlet inn i studien kunne

suppleres med rutinedata i Medisinsk fødselsregister. Tilleggsskjemaet ga detaljert informasjon om nesten samtlige fødsler i fødestue i studieperioden, også årsaker til overflytting til sykehus, når i fødselsforløpet disse overflyttingene skjedde, hvilke type transportmiddel som ble brukt, samt opplysninger om transportfødsler. Videre ga tilleggsskjemaet detaljerte opplysninger om fødsler som var planlagt å foregå i fødestue, men som foregikk andre steder.

En viktig svakhet med studien er at antallet fødsler som inngår er lavt og at funn knyttet til sjeldne hendelser som alvorlig blødning hos mor, dødfødsel, svært lav apgarskår og neonatal død, må tolkes med forsiktighet.

Konklusjon

Resultatene fra denne studien tyder på at risikoseleksjon til og resultater for fødestuene var tilfredsstillende. Det var få flergangsfødende, men nærmere en av fem førstegangsfødende med planlagt fødestuefødsel som måtte flyttes til sykehus under fødselen. Overflyttingene var oftest udramatiske. Studien ga kunnskap om fødselsutfall som er nødvendig for å vurdere kvaliteten på seleksjon til og fødsler i fødestuer. Slik kunnskap bør alle lavrisikofødselsenheter og mindre fødeavdelinger kunne dokumentere.

Mottatt 28.9.2017, første revisjon innsendt 23.12.2017, godkjent 13.3.2018.

PÅL ØIAN

(f. 1948) er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, overlege og professor.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

OLAUG MARGRETE ASKELAND

(f. 1975) er statistiker (MSc) med studieretning data-analyse, og seniorrådgiver
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

INGER ELISE ENGELUND

(f. 1965) er cand.polit. med hovedfag i sosiologi og rådgiver.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BRIT ROLAND

(f. 1954) er jordmor og seniorrådgiver.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MARTA EBBING

(f. 1963) er spesialist i hjertesykdommer, ph.d. i klinisk epidemiologi og fagdirektør for helseregistre.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Milland M, Christoffersen JK, Hedegaard M. The size of the labor wards: is bigger better when it comes to patient safety? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013; 92: 1271–6.
- Dietl J. Trends in birth statistics in Europe. *Z Geburtshilfe Neonatol* 2002; 206: 48–50.
- Johansen LT, Øian P. Barn som dør eller får alvorlig skade under fødsel. *Tidsskr Nor Legeforen* 2011; 131: 465–8.
- Faglige krav til fødeinstitusjoner. Statens helsetilsyn. Utredningsserie 1-97. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/245/Et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen-15-1877.pdf> (26.9.2017).
- St. meld. nr. 43 (1999–2000). Om akuttmedisinsk beredskap. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-43-1999-2000-/id193493/sec1> (26.9.2017).
- St. meld. nr. 12 (2008–2009) En gledelig begivenhet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/> (26.9.2017).

- 7 FOR-2001-12-21-1483. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister (Medisinsk fødselsregisterforskriften). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-21-148> (13.3.2018).
- 8 The R Project for Statistical Computing. <http://www.R-project.org> (13.3.2018).
- 9 Medisinsk fødselsregister (MFR) og Abortregisteret. <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/> (13.3.2018).
- 10 Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J et al. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ* 2011; 343: d7400.
- 11 Hundley VA, Cruickshank FM, Lang GD et al. Midwife managed delivery unit: a randomised controlled comparison with consultant led care. *BMJ* 1994; 309: 1400–4.
- 12 Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. HelseDirektoratet 12/2010. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/245/Et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen-IS-1877.pdf> (26.9.2017).
- 13 Schmidt N, Abelsen B, Øian P. Deliveries in maternity homes in Norway: results from a 2-year prospective study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81: 731–7.
- 14 Holt J, Vold IN, Backe B et al. Child births in a modified midwife managed unit: selection and transfer according to intended place of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80: 206–12.
- 15 Lukasse M, Øian P, Aamodt G. En jordmorleitet fødeenhet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2006; 126: 170–2.
- 16 Bernitz S, Rolland R, Blix E et al. Is the operative delivery rate in low-risk women dependent on the level of birth care? A randomised controlled trial. *BJOG* 2011; 118: 1357–64.
- 17 Hollowell J, Li Y, Bunch K et al. A comparison of intrapartum interventions and adverse outcomes by parity in planned freestanding midwifery unit and alongside midwifery unit births: secondary analysis of 'low risk' births in the birthplace in England cohort. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017; 17: 95.
- 18 Christensen LF, Overgaard C. Are freestanding midwifery units a safe alternative to obstetric units for low-risk, primiparous childbirth? An analysis of effect differences by parity in a matched cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017; 17: 14.
- 19 National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. NICE clinical guideline 190, 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557> (26.9.2017).
- 20 Delgado Nunes V, Gholitabar M, Sims JM et al. Intrapartum care of healthy women and their babies: summary of updated NICE guidance. *BMJ* 2014; 349: g6886.



Abonner på Tidsskriftets nyhetsbrev

Hold deg oppdatert

Få ukentlige nyhetsbrev med det nyeste innholdet fra tidsskriftet.no direkte i din innboks.

Klikk deg inn på aktuelle saker og fordyp deg i det du synes er interessant

Få oversikt over de sist utlyste stillingene på legejobber.no

SHIRIN OLGA ESKELAND

shirolin@hotmail.com
Søndre Oslo DPS
Klinikk psykisk helse og avhengighet
Oslo universitetssykehus

ERNA MOEN

OCD-spekter poliklinikken
Klinikk psykisk helse og avhengighet
Oslo universitetssykehus

BENJAMIN HUMMELEN

Seksjon for behandlingsforskning
Avdeling for forskning og utvikling
Klinikk psykisk helse og avhengighet
Oslo universitetssykehus

Trikotillomani

Trikotillomani, eller hårnappingslidelse, er en psykisk lidelse som typisk rammer i ungdomsårene og har et kronisk forløp. Tilstanden er ofte ledsaget av betydelige begrensninger i livsutfoldelsen. Komorbiditet med depresjon og angstlidelser er vanlig.

Sammenlignet med atferdsterapi har medikamenter beskjedent effekt på denne lidelsen. De fleste pasientene responderer på atferdsterapi, hvor over halvparten oppnår remisjon. Mange helsearbeidere er uvitende om hårnappingslidelse, både når det gjelder forekomst og behandlingssmuligheter.

Trikotillomani (gresk for thrix: hår, tillein: plukke og mania: galskap/entusiasme) er beskrevet i litteraturen allerede før den franske dermatologen François Henri Hallopeau (1842–1919) i 1889 ga navn til tilstanden. En mer moderne betegnelse er hårnappingslidelse (hair pulling disorder), som benyttes i det amerikanske diagnosesystemet *Diagnostic*

and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (1). Hårnappingslidelse i DSM-5 samsvarer i stor grad med diagnosen trikotillomani i den tiende utgave av *International Classification of Disease* (ICD-10) (2): «Lidelse kjennetegnet av merkbart hårtap som følge av gjentatt manglende kontroll over impulsen til å nappe ut hår.»

Hårnapping som bedre kan forstås som ledd i en hudlidelse, en annen alvorlig psykisk lidelse eller med målsetting om å forbedre utseendet, gir ikke grunnlag for diagnosen trikotillomani.

Forekomst og klinisk presentasjon

I den største prevalensstudien til dags dato, en screening av 2 534 studenter, fant man en livstidsprevalens for trikotillomani på 0,6 %, etter kriterier som omfatter et krav om spenning som forløses ved hårnapping (3). Det viste seg at flere som sliter med hårnapping, ikke kjenner seg igjen i dette kriteriet, som derfor er fjernet i DSM-5, men fremdeles gjelder for ICD-10 (4). Basert på oppmykede kriterier i DSM-5 antyder en screening av 339 medisinstudenter en livstidsprevalens for triko-

tillomani på nærmere 2,4 % og en punktprevalens på 1,2 % (4).

Trikotillomani synes å forekomme dobbelt så hyppig blant kvinner som hos menn (4, 5). Med økende symptombyrde og alvorlighetsgrad øker andelen menn som er rammet (5). Debut er typisk i ungdommen, og trikotillomani har som regel et kronisk svingende forløp (5). Barn ned i to-tre års alder kan også rammes, oftere med avgrensede forløp forbundet med ytre belastninger og situasjon (5).

Hårene nappes oftest ett og ett med fingrene («pinsettgrepet»), hovedsakelig fra hodebunnen. I annen rekke nappes øyevipper, øyebryn og kroppshår og noe sjeldnere kjønns-hår. Noen pasienter kan bruke flere timer om dagen på hårnapping. Ledsagende ritualer kan omfatte å stryke det nappede håret over leppene, nøye inspeksjon og tygging av håroten og håret. Hårnappingen kan føre til sår-danning i hodebunnen og muskel- og spenningsmerter, mens tygging av hår kan gi tannskader. Det er anslått at 5–18 % av pasienter med trikotillomani svelger hårene de napper (5). Det regnes likevel som ganske sjelden at håransamlinger i magesekk/tarm (trikobesoarer) forårsaker obstruksjon med behov for akutt kirurgi (5).



Hårtap som følge av trikotillomani er som oftest reversibelt. Denne kvinnen hadde nappet i over ti år og fikk bare delvis håret tilbake i dette området etter vellykket terapi. I slike tilfeller hører det hjemme med undersøkelse hos hudlege for å utelukke komorbid hudlidelse og andre former for alopecia areata. For øvrig er trikotillomani en diagnose som kan stilles hos fastlegen. Foto: Erna Moen

Psykopatologi og komorbiditet

Hårnappingen skjer som regel i det skjulte, selv om nære pårørende ofte legger merke til atferden. Nappingen kan anta forskjellige former, avhengig av årsak og situasjon (5). Ved automatisk hårnapping blir hårene typisk nappet i en tilstand av uoppmerksomhet, som ved lavt aktivitetsnivå, f.eks. ved TV-titting eller lesing. Fokuseret hårnapping skjer mer bevisst, og med tvangspreg. Denne typen hårnapping er ofte utløst av negative følelser, en intens tanke omkring eller trang til napping, eller et forsøk på å skape symmetri (6). Høy grad av unngåelse i forhold til uønskede tanker eller følelser er blitt assosiert med høyere symptomtrykk av trikotillomani (6).

Problemer med å regulere følelser, svekket impuls kontroll og destruktive strategier for selvregulering illustrerer at trikotillomani har fellestrekk med rus- og spilleavhengighet, spiseforstyrrelser, personlighetsproblematikk og selvskading. De skadelige følgene av hårnapping kan være mindre åpenbare, men tilstanden er forbundet med betydelig psykososial belastning og funksjonshemming (5). Mange unngår vanlige fritids- og sosiale aktiviteter for å holde hårtapet skjult. Andre går så langt at de avstår fra intime relasjoner eller isolerer seg fra omverden.

Opplevelser av manglende kontroll, skam og nederlag kan gi grobunn for angst og depresjon som igjen forverrer hårnappingen, og det skapes en ond sirkel. Komorbiditet i form av

avhengighet, angstlidelser, depresjon og hudplukkingslidelse er vanlig ved trikotillomani. I en studie med 85 pasienter hadde 39 % komorbid psykisk lidelse, mens andelen var 79 % når man også så på tidligere psykisk sykehistorie (7).

Etiologi og genetikk

I DSM-5 er hårnappingslidelse (trikotillomani) plassert i kapitlet om obsessiv-kompulsive relaterte lidelser. Her figurerer også hudplukkingslidelse, som i likhet med trikotillomani omfatter kroppsfokusert repetitiv atferd. Tvilingundersøkelser tyder på at disse lidelsene genetisk er nært beslektet, samtidig som de har noen genvarianter til felles med obsessiv-kompulsiv lidelse (5, 8).

I musemodeller er trikotillomanilignende atferd fremavlet ved deaktivering av enkelte gener, blant annet *SAPAP3*-genet som koder for proteiner som er involvert i postsynaptiske transmittersystemer (5). Det er beskrevet en overhyppighet av polymorfismer forbundet med et mindre funksjonelt *SAPAP3*-gen både hos pasienter med trikotillomani og obsessiv-kompulsiv lidelse (5). Når det gjelder betydningen av miljøfaktorer, er både trikotillomani og obsessiv-kompulsiv lidelse blitt satt i sammenheng med omsorgssvikt, spesielt mangel på følelsesmessig ivaretagelse (5).

Det foreligger en rekke bildediagnostiske studier av trikotillomani, men på dette feltet har man ikke kommet langt nok til at resultater gir mening i en klinisk sammenheng. I en metaanalyse av totalt 76 pasienter og 41 kontroller antydte man fortykket hjernebark i høyre frontallapp hos pasienter med trikotillomani (9). Dette skiller seg fra funn av fortykket hjernebark ved obsessiv-kompulsiv lidelse og kan tyde på at trikotillomani og obsessiv-kompulsiv lidelse ikke er like beslektet som tidligere antatt.

Medikamentell behandling

Komorbiditet i form av angst og depresjon og likhetstrekk med obsessiv-kompulsiv lidelse har inspirert forskrivning av antidepressiver for trikotillomani. Sammenlignet med atferdsterapi er imidlertid medikamentelle intervensjoner underlegne med hensyn til effekt (10).

I en metaanalyse av syv kontrollerte randomiserte studier av atferdsterapi og seks av antidepressiver fant man gjennomsnittlig god effektstørrelse for atferdsterapi (1,41) og

lav til moderat effektstørrelse for antidepressiver (0, 41) (10). I studiesammenheng er antidepressiver gitt over 10–12 uker, og det er usikkert om effekten vedvarer over tid. I en rekke mindre ikke-kontrollerte studier og enkelt-pasientrapporter har man beskrevet reduksjon i symptomtrykk i forbindelse med medisiner med litium, haloperidol og dronabinol ved trikotillomani (11). I en randomisert placebokontrollert studie med totalt 25 pasienter fant man signifikant effekt av olanzapin (11).

Man har rettet søkelyset mot aminosyren N-acetylcystein, som er en glutamatmodulator, og som har vist klinisk effekt i en randomisert placebokontrollert studie med totalt 50 voksne pasienter (11). Funnene har ikke latt seg replikere hos barn og ungdom med trikotillomani (11).

Atferdsterapi

Atferdsterapi, i form av såkalt vaneendringstrening med stimuluskontroll (heretter betegnet vaneendringstrening), ble opprinnelig utviklet for å behandle tics og stamming (12). Ved vaneendringstrening lærer pasienter å bli mer oppmerksomme på hårnappingen. Deretter trener man på å utføre en konkurrerende respons, for eksempel å gjøre noe som innebærer at det blir fysisk vanskelig å gi etter for en impuls til å nappe. Dette kan for eksempel være å holde fingrene rundt tomlene og holde fast i ett minutt. Stimuluskontroll er et ledd i behandlingen og handler om å identifisere og endre forhold ved omgivelsene som faciliterer hårnapping, for eksempel å fjerne stoler med armlener.

Vaneendringstrening er effektivt både for barn og voksne med trikotillomani (10). Placebosituasjonen i studier av atferdsterapi varierer fra å gi en annen type atferdsintervensjon til venteliste kontroll. Treningen foregår typisk ukentlig over 6–10 uker. Selv om responsen ofte er meget god, er det imidlertid få som blir helt kvitt sin hårnapping med behandling. Det er rapportert 64–100 % respondere (5). Den lengste oppfølgingsstudien tyder på tilbakefall hos 70 % av disse, to år etter behandlingen er avsluttet (5).

Forsterket vaneendringstrening

Problemet med tilbakefall har inspirert forsterkningen av vaneendringstrening med psy-

kologiske intervensjoner. Randomiserte placebo-kontrollerte studier av vaneendringstrening, forsterket med henholdsvis dialektisk atferdsterapi (13) og aksept- og forpliktelsesterapi (acceptance and commitment therapy) (14), har vist bedre effekt og resultater over tid (seks måneder) enn vaneendringstrening alene (13, 15). Det er funnet samvariasjon mellom reduksjon i hårnappingssymptomer og økt kapasitet til å regulere følelser i forløpet av behandlingen (13).

Dialektisk atferdsterapi og aksept- og forpliktelsesterapi omtales gjerne som del av en «tredje bølge» innen kognitiv atferdsterapi. Mens man i klassisk kognitiv terapi legger vekt på å forstå, men ikke la seg styre av, feilslutninger eller tankeinnhold, har man i dialektisk atferdsterapi og aksept- og forpliktelsesterapi et større søkelys på aksept og toleranse for følelser fremfor flukt fra følelser.

Vaneendringstrening og forsterket vaneendringstrening for trikotillomani er i all hovedsak studert i individuell behandling,

selv om gruppeterapi står sentralt i moderne kognitiv atferdsterapi for andre lidelser. Identifisering, samhold og medfølelse med medpasienter kan gi gruppebehandling terapeutiske fordeler, spesielt knyttet til reduksjon av skam og opplevelsen av å være annerledes.

I en åpen norsk naturalistisk studie har man funnet at vaneendringstrening forsterket med aksept- og forpliktelsesterapi i gruppe kan være mer effektivt enn individuell terapi, med 90 % av 53 pasienter i remisjon ved avsluttet behandling, og 60 % av disse beholdt bedringen etter ett år (15).

Konklusjon

Tilgang til informasjon er radikalt endret med internett, og pasienter med trikotillomani vet derfor i økende grad at de ikke er alene. Likevel kan skam og unnvikelse gjøre det vanskelig å oppsøke hjelp. Det er derfor viktig at helsearbeidere kan fange opp lidelsen og ta den på

alvor. Både for pasienten og legen kan det være vanskelig å forstå at vanlige anstrengelser for å stoppe hårnapping ikke fører frem. Det er nødvendig å lære en helt annen måte å forholde seg til hårnappingstrangen, og metoden krever opplæring. Forekomst tilsier at behandlingen bør være tilgjengelig i den enkelte helseregionen, både i voksenpsykiatrien og i barne- og ungdomspsykiatrien. Det er i dag bare Oslo universitetssykehus og St. Olavs hospital som tilbyr spesialisert behandling for trikotillomani.

I fremtiden vil det være nyttig å avklare relasjonen mellom trikotillomani og komorbiditeter, og å undersøke hvorvidt ledsagende psykiske lidelser svarer på behandlingen for hårnapping. Dersom forsterket vaneendringstrening viser seg å være like effektiv når den gis i grupper som individuelt, kan ressursene utnyttes bedre, og flere kan få hjelp.

Mottatt 5.7.2017, første revisjon innsendt 29.1.2018, godkjent 13.3.2018.

SHIRIN OLGA ESKELAND

(f. 1973) er psykiater og hudlege og arbeider som avdelingsoverlege ved Søndre Oslo DPS under Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus.

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

ERNA MOEN

(f. 1949) er utdannet psykiatrisk sykepleier og kognitiv terapeut og veileder. Hun har jobbet med behandling av tvangslidelser og trikotillomani ved tidligere Angst- og tvangslidelsespoliklinikken ved Gaustad (nå OCD-spekter poliklinikken), Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus. Hun var initiativtaker til, og administrativt ansvarlig i, det norske trikotillomaniprojektet.

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

BENJAMIN HUMMELEN

(f. 1967) er psykiater og ph.d. og jobber som seniorforsker ved Seksjon for behandling/forskning, Avdeling for forskning og utvikling, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus. Han er prosjektleder for det norske trikotillomaniprojektet.

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

LITTERATUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5. utg.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
- World Health Organization. The ICD-10: Classification of mental and behavioural disorders: clinical description and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1992.
- Christenson GA, Pyle RL, Mitchell JE. Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students. *J Clin Psychiatry* 1991; 52: 415-7.
- Grzesiak M, Reich A, Szepietowski JC et al. Trichotillomania among young adults: prevalence and comorbidity. *Acta Derm Venereol* 2017; 97: 509-12.
- Duke DC, Keeley ML, Geffken GR et al. Trichotillomania: A current review. *Clin Psychol Rev* 2010; 30: 181-93.
- Begotka AM, Woods DW, Wetterneck CT. The relationship between experiential avoidance and the severity of trichotillomania in a nonreferred sample. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2004; 35: 17-24.
- Houghton DC, Maas J, Twohig MP et al. Comorbidity and quality of life in adults with hair pulling disorder. *Psychiatry Res* 2016; 239: 12-9.
- Monzani B, Rijdsdijk F, Harris J et al. The structure of genetic and environmental risk factors for dimensional representations of DSM-5 obsessive-compulsive spectrum disorders. *JAMA Psychiatry* 2014; 71: 182-9.
- Chamberlain SR, Harries M, Redden SA et al. Cortical thickness abnormalities in trichotillomania: international multi-site analysis. *Brain Imaging Behav* 2017.
- McGuire JF, Ung D, Selles RR et al. Treating trichotillomania: a meta-analysis of treatment effects and moderators for behavior therapy and serotonin reuptake inhibitors. *J Psychiatr Res* 2014; 58: 76-83.
- Johnson J, El-Alfy AT. Review of available studies of the neurobiology and pharmacotherapeutic management of trichotillomania. *J Adv Res* 2016; 7: 169-84.
- Azrin NH, Nunn RG. Habit-reversal: a method of eliminating nervous habits and tics. *Behav Res Ther* 1973; 11: 619-28.
- Keuthen NJ, Rothbaum BO, Fama J et al. DBT-enhanced cognitive-behavioral treatment for trichotillomania: A randomized controlled trial. *J Behav Addict* 2012; 1: 106-14.
- Woods DW, Wetterneck CT, Flessner CA. A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behav Res Ther* 2006; 44: 639-56.
- Haaland ÅT, Eskeland SO, Moen EM et al. ACT-enhanced behavior therapy in group format for Trichotillomania: an effectiveness study. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2017; 12: 109-16.

LARS OLE GOFFENG

lars.goffeng@stami.no
Statens arbeidsmiljøinstitutt

DAG RUNE STORMOEN

Dilling

KAJ BO VEIERSTED

Statens arbeidsmiljøinstitutt

Elektrikerlærling skadet av strømgjennomgang

Strømgjennomgang fra lavspenning kan gi forskjellige typer og grader av helseutfall, som hjerterytmeforstyrrelser og indre forbrenninger. Sannsynligheten for skade er normalt avhengig av strømstyrke, spenningsnivå, strømvei gjennom kroppen og eksponeringsvarighet. Vi beskriver en pasient utsatt for strømgjennomgang, der antatt lavt skadepotensial fikk større kliniske konsekvenser enn forventet.

En elektrikerlærling i 20-årene fikk strømgjennomgang da han skulle montere en stikkontakt i en veggboкс i taket over en himling. Han arbeidet med armene over hodet i toppen av en gardintrapp, med føttene ca. 180 cm over gulvet. Begge tuppene på tommelfingrene kom i kontakt med strømførende poler bak stikkontakten, og han fikk strømgjennomgang fra hånd til hånd, med sannsynlig strømvei via hjerteregionen. Nettsystemet på arbeidsstedet tilsier at spenningen var 230 V. Han falt ikke ned,

men ble antagelig frigjort øyeblikkelig, siden grepet om kontakten ikke var lukket. Han opplevde at strømgjennomgangen kun varte et kort øyeblikk. Etter strømgjennomgangen var han om-tåket og trengte noen minutter å komme seg på, før han meldte fra til en kollega, som kjørte ham til Legevakten.

Antallet potensielt alvorlige strømmulykker blant elektrikere i Norge er estimert til å være ca. 3 000 årlig, basert på subjektiv vurdering av skadepotensialet (1). Tilsvarende nivå er funnet i Sverige og Danmark (2). De fleste av disse medfører ikke kontakt med helsevesenet, men elektrobransjen selv er oppmerksom på mulige farer ved denne typen eksponering. Derfor er det utarbeidet anbefalinger for når og på hvilken måte personer utsatt for strømgjennomgang bør følges opp av helsevesenet i akuttfasen (3).

Strømmulykker kan potensielt medføre alvorlige akutteffekter, fortrinnsvis på hjerte, nervesystem, hud og muskel- og skjelettsystem (3-5). Ved strømgjennomgang arm til arm fra lavspenning er de viktigste mulige komplikasjonene i en akutt fase påvirkning av hjertet, dype muskelskader på grunn av vevsoppvarming (indre forbrenning), nerveskader, fallskader eller hel/delvis overriving av muskel-

fester (3, 6). Ved større muskelskade, rabdomyolyse, frigjøres store mengder myoglobin og elektrolytter fra skadet muskel, hvilket kan medføre nyresvikt. Sannsynlighet for muskelskader på grunn av vevsoppvarming regnes normalt som begrenset ved lavspenningsgjennomgang, hvis man ikke henger fast til strømkilden på grunn av kramper. De potensielt mer livsfarlige høyspenningsulykkene kan ha betydelig større virkninger, herunder brannskader og rabdomyolyse.

På Legevakten viste elektrokardiogram (EKG) normal sinusrytme uten arytmitegn. Pasienten følte seg utilpass og måtte sitte litt ned. Han hadde ubehag i høyre hånd med utstråling til hals, men det var ikke rapportert om hudforandringer, nummenhet i hånd eller hjertebank. Siden han hadde normale EKG-funn og ikke følte seg syk, ble det vurdert å sende ham hjem etter kort tid. Imidlertid kom det frem at pasienten fra tidligere hadde vært plaget med hjertebankanfallet, der det etter utredning var blitt konkludert med nodal re-entrytakykardi. Fire år før ulykkestidspunktet hadde han gjennomgått en vellykket ablasjonsbehandling.

Grunnet tidligere sykehistorie konfererte legevaktlegen med bakvakt på medisinsk avdeling ved sykehuset, og pasienten ble innlagt til obser-

Tabell 1 Utvalgte blodprøveresultater før ulykken og i akuttfasen. Øvrige prøver ble tatt og lå innenfor referanseområdet enten både før og etter (b-leukocytter, b-hemoglobin, b-trombocytter, s-albumin, s-alkalisk fosfatase, s-natrium), eller etter, men ble ikke tatt før ulykken (s-CRP, total s-bilirubin, s-GT, s-amylase i pancreas, p-klorid).

	Tidspunkt	12:45	15:30	21:30	08:00	08:00
		0 t	2 t 45 m	8 t 45 m	19 t 15 m	43 t 15 m
	1 md. før ulykken	Ulykken	1. dag	2. dag	3. dag	10. dag
Analyser	Referanse- område					
Total s-CK (U/l)	50–400 ^{1,2}	109	37 669*	26 351*	19 217*	9 660*
S-troponin T (ng/l)	< 14		< 10			
S-kreatinin (µmol/l)	60–100	99	87	83	80	
S-urinstoff (urea) (mmol/l)	3,2–8,1 ^{1,2}	4,8	5,7		2,8*	
S-ASAT (U/l)	15–45 ¹			420*		
S-ALAT (U/l)	10–70 ¹		201*		149*	
P-kalium (mmol/l)	3,5–4,4		4,0	3,3*	3,9	
S-kalsium, albkorr. (mmol/l)	2,17–2,47	2,31	2,32	2,07*		

* Utenfor referanseområdet

¹ Referanseområdet for menn² Referanseområdet for aldersgruppen 18–49 år

vasjon på intensivavdeling med overvåking under hele innleggelsen.

Blodprøver tatt 2 t 45 minutter etter ulykken viste forhøyet total kreatinkinase (CK) i serum på 37 669 U/l (referanseområde 50–400) og s-ALAT på 201 U/l (10–70) (tab 1). Øvrige prøver var innen referanseområdet (7). Det forelå blodprøvesvar tatt hos fastlege fra før ulykken. Disse viste bl.a. normal total CK.

Pasienten hadde innlagt kateter første døgn. Urinstiks ble tatt tre ganger samme dag som strømulykken og var alle ganger negativ for glukose, ketoner, leukocytter, albumin og blod. Det ble ikke bemerket mørk urin på noe tidspunkt, og urinen ble ikke mikroskopert.

Forhøyet total s-CK avspeiler affisert muskelvev og kan forekomme ved en rekke ulike forhold, deriblant krampeanfallet, fysiske traumer eller skader på muskler etter kraftig trening, muskulær iskemi eksempelvis etter CO-forgiftning og ved primære muskelsykdommer som Duchennes muskeldystrofi. Forhøyet total s-CK kan være forårsaket både av virus- og bakterielle infeksjoner og av en del medisiner, som nevroleptika (malignt nevroleptikasyndrom), sykliske antidepressiver eller antihistaminer. Det samme gjelder toksiske stoffer som eksempelvis alkohol, barbiturater eller amfetamin (8). Forventet CK-økning varierer avhengig av årsak (9).

Lett til moderat forhøyede ALAT-verdier kan ses ved en rekke tilstander, spesielt i lever, men også ved skader i skjelettmuskulatur, da samtidig alltid med høyere verdier av s-ASAT og også forhøyede verdier av total s-CK (7, 10).

Myoglobiniuri kan være en del av det kliniske bildet ved rabdomyolyse, men i visse materialer gjelder det under 1/5 av tilfellene (11). Dette er derfor et usikkert mål som er avhengig av svært rask frigjøring i skadede muskler. S-myoglobin normaliseres innen 24 timer (8), og u-myoglobin er avhengig av væskegjennomstrømning, personens vekt og ikke minst tid siden skaden samt av at nyrenes kapasitet overskrides (8, 12).

Prøveresultatene kunne tyde på muskelskade (rabdomyolyse) til tross for kort varighet av strømgjennomgangen. For å forebygge nyreskade ble han innlagt og behandlet med væsketilførsel (forsert alkalisk diurese). Totalt gitt saltvann var 6 250 ml første døgn, med diurese målt fra kl 18 innleggelsesdagen til kl 6 neste morgen på 3 190 ml. Seks timer etter at behandling ble igangsatt, var total s-CK 26 351 U/l. Etter 24 timer var den 18 338 U/l. S-ASAT var 420 U/l og fortsatt forhøyet, mens p-kalium og s-kalsium lå noe lavt ni timer etter ulykken, dvs. under behandlingen med forsert diurese.

Ellers lå øvrige verdier (b-leukocytter, b-hemoglobin, b-trombocytter, s-albumin, s-kreatinin,

s-alkalisk fosfatase, s-natrium) innenfor referanseområdet både før og etter ulykken.

Ved utskrivning to dager etter innleggelsen fremsto han som klinisk upåfallende. Alle symptomer (ubehag i høyre hånd med utstråling til hals) var gått helt vekk, men han hadde fortsatt forhøyet total s-CK på 9 660 U/l (ref. 50–400) og fikk beskjed om at rikelig væskeinntak i noen dager fremover var viktig. Poliklinisk kontroll etter ti dager viste normal verdi av total s-CK (tab 1).

Diskusjon

I denne kasuistikken beskrives en strømekspontert pasient der de innledende vurderingene av pasientens gode allmenntilstand, ulykkesforløp og antatt strømekspontering lett kunne ha resultert i manglende utredning og overvåking. Utvidede prøveresultater viste likevel at det var indikasjoner for forebygging av nyreskade på grunn av muskelaftaksjon. Siden prøver fra før ulykken viste normale resultater og man sto overfor en formodet opplagt utløsende årsak, ble det ikke gjort ytterligere differensialdiagnostiske overveielser.

Pasienten beskriver ikke kramper som kunne ha holdt ham til strømkretsen, sterke muskelkontraksjoner eller fall fra gardintrappen der han arbeidet. Ved så kortvarig eksp-

nering for lavspenningsstrøm som det her syntes å være snakk om, betraktes skade som følge av vevsoppvarming normalt som mindre sannsynlig. Elektrobransjen omtaler ofte slike eksponeringer som «karameller».

Ved vurdering av strømutykker bør strøm-gjennomgangen beskrives slik at opplysnin-gene er relevante for senere eksponeringsvurderinger. Stikkord er strømtype, spennings-nivå, sannsynlig strømvei gjennom kroppen og opplevd eller observert varighet av hendel-sen. Funn fra undersøkelser i akuttfasen som kan gi holdepunkter for å supplere pasientens beskrivelse av eksponeringen, som kramper i armer eller ben, kontaktpunktets overflate og fuktighet (som påvirker motstand) samt hud-forandringer, bør også inkluderes (2).

Vanligste type strømutykker er vekselstrøm-gjennomgang fra lavspenning – 230 V eller 400 V – med en frekvens på 50 Hz. Men særlig i arbeidslivet benyttes også likestrøm. Like-strøm og vekselstrøm har noe ulik effekt på mennesker. Den viktigste forskjellen er at vek-selstrømmens frekvens på 50 Hz kan bidra til tetaniske muskelkontraksjoner som, hvis man holder rundt en strømleder, kan forårsake at man blir «hengende fast» til strøm-lederen. Dette vil øke varigheten av strøm-gjennomgangen og dermed risiko for vevsska-de, herunder muskelskader. Særlig kroppsvæv langs strømveien med stor motstand, som f.eks. knokler og sener, varmes opp. Dette gjør områder nær ledd- og muskelfester sårbare for skade (13). Likestrømgjennomgang med-fører normalt ikke kramper av betydning og vil derfor normalt få kortere varighet enn en vekselstrømgjennomgang. Ved lynnedslag eller andre høyspenningsulykker betyr eks-po-neringstype og varighet mindre, da overføres uansett store energimengder.

For vurdering av mulige muskelskader trengs oppfølging ved avvikende total s-CK, som primært finnes i skjelettmuskulatur og myokard, men også i hjerne, tarm, nyre, thy-reoidea og prostata. Enzymet kreatinkinase består av polypeptidkjeder som kan være av to typer: B og M. Total CK måler tre isoenzymer: CK-BB (hjernetype), CK-MB (hjertermuskeltype – markør for infarkt) og CK-MM (skje-lettmuskeltipe). Av isoenzymene er det bare CK-MB som måles rutinemessig. Normalområ-det for total s-CK hos menn 18–49 år ligger omkring 50–400 U/l, noe varierende mellom laboratorier. Normalverdi korrelerer med muskelmassen, og muskelarbeid kan med-føre betydelig stigning i total s-CK, slik at selv moderat arbeid øker aktiviteten med 50 % (14).

Under hele det inneliggende forløpet så vi

hos denne pasienten sterkt forhøyede verdier av total s-CK, som blant annet kan forekomme ved utbredte skader på muskelvev/rabdomyolyse og ved store myokardinfarkter. Undersø-kelse av total s-CK er derfor indisert ved utred-ning og monitorering av muskelskader og vurdering av behandlingsindikasjon ved rab-domyolyse (8, 12). Serumkonsentrasjonen av total CK avspeiler i høy grad mengden av det affiserte muskelvevet, og flere miljøer bruker 10 000 U/l som grenseverdi for å iverksette for-sert diurese (15, 16). Hos kritisk syke pasienter med utbredte skader på muskelvev har kon-troll av p-myoglobin større sensitivitet og spe-sifisitet enn kontroll av s-CK for vurdering av risiko for akutt nyresvikt (17). P-myoglobin ble ikke kontrollert hos denne pasienten.

Mest mulig nøyaktig tidsangivelse for eks-poneringen gjør det lettere å tolke total s-CK, siden nivået ved en muskelskade innlednings-vis ligger i normalområdet før den begynner å stige etter 2–12 timer (18). Etter rundt 24 timer når den maksimalt nivå (8, 19), er stabil i opptil tre døgn (8), for deretter gradvis å reduseres og normaliseres etter 2–3 (19) til 4–5 døgn (8). Det er stor variasjon i dette, avhengig av hydreringsgrad og nyrefunksjon. Tidspunkt for skade og prøvetaking er dermed viktig et-tersom prøver tatt for kort tid etter skaden vil ligge i normalområdet, mens verdiene alle-rede kan ha begynt å synke etter omkring to døgn. Denne pasienten hadde en stigning i total s-CK etter 2 t 45 minutter. Variasjonen til-sier at det bør vurderes å ta flere prøver i løpet av det første halve døgnet etter skaden for sik-rest mulig å fange opp en stigning og even-tuelt iverksette behandling.

Å få dokumentert økt total s-CK i tide er også viktig dersom helseproblemer knyttet til armene skulle oppstå på et senere tidspunkt og det er grunn til å vurdere om dette er en yrkesskade i kjølvannet av den tidligere ulyk-ken.

Pasientens tidligere sykehistorie bidro i dette tilfellet til at det ble gjort videre under-søkelser, som i neste omgang førte til innleg-gelse og behandling. Den innledende blod-prøven var derfor avgjørende for at pasienten fikk den behandlingen han trengte for å kom-me best mulig fra denne ulykken.

Ved mistanke om akutt myokardskade, spe-sielt ved sannsynlig strømvei via brystregio-nen eller ved brystsmarter i kjølvannet av ulykken, bør måling av troponin T (eller I) benyttes, eventuelt med tillegg av CK-MB. Hos denne pasienten lå troponinnivået innenfor referanseverdien på < 14 ng/l (99-prosentilen) ved målingen fire timer etter ulykken (< 10

ng/l). Resultatene peker dermed i retning av at det var mer tverrstripet muskulatur (pga. forhøyet total s-CK) enn hjertermuskelen som var påvirket ved denne ulykken. Dette støttes ytterligere av at EKG ikke ga holdepunkter for rytmeforstyrrelser. Ut fra prøvedata har det derfor mest sannsynlig ikke vært økt risiko for hjertekomplikasjoner på bakgrunn av denne hendelsen.

Blodprøvene etter ulykken peker i retning av sikre tegn på muskelpåvirkning, selv om dette var uventet ut ifra de kliniske funnene. Strømeksponeeringen kan derfor i realiteten ha vært mer alvorlig enn den i utgangspunk-tet ble beskrevet som. Men det kan også bety at terskelen for muskelaffeksjon er lavere enn antatt, og derfor ofte overses og underbe-handles. Funnet i startfasen med samtidig normal s-kalium og høy total s-CK var overras-kende. Det har vi problemer med å forklare. Normalt følger de hverandre ved celledskade (20). Rabdomyolyse er en kjent komplikasjon ved høyspenningsulykker (8, 21), men vi har ikke kunnskap om at dette tidligere er beskre-vet etter strømgjennomgang fra lavspenning.

Det er tidligere publisert anbefalinger for undersøkelser av strømskadede på sykehus (3). Vi anbefaler at de akuttmedisinske avde-lingene på norske sykehus ser nærmere på disse ved utforming av interne prosedyrer.

Konklusjon

Kasuistikken viser at muskelaffeksjon etter strømutykker kan finne sted ved strømutykker av mindre alvorlighetsgrad enn man hittil har antatt. Videre kan beslutning om innleg-gelse og overvåking i slike saker ikke gjøres på grunnlag av risiko for hjertekomplikasjoner alene, ettersom vi her ser et eksempel på skje-lettmuskelaaffeksjon uten tegn på hjerteraffek-sjon. Total CK i serum er en viktig markør for vurdering av muskelskade. Det er avgjørende å vurdere tidspunkt for prøvetaking i forhold til ulykkestidspunkt, slik at eventuell skade fanges opp tidligst mulig. Ved normale funn innenfor de første 5–6 timene etter skade bør prøvetaking gjentas etter klinisk vurdering på grunn av latenstiden for stigning, og uansett etter 24 timer (8, 19). Dette skal sikre at maksi-malverdien for total s-CK blir fanget opp og hindre at eventuell skade blir oversett.

Pasienten har gitt skriftlig samtykke til at artikkelen blir publisert.

Mottatt 14.7.2017, første revisjon innsendt 12.1.2018, godkjent 13.3.2018.

LARS OLE GOFFENG

(f. 1955) er ph.d. og psykolog med mangeårig erfaring med problemstillinger omkring strømutulykker. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

DAG RUNE STORMOEN

(f. 1985) er lege i spesialisering i allmennmedisin og har klinisk erfaring med pasienter som har vært eksponert for strøm. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KAJ BO VEIERSTED

(f. 1953) er dr.med. og spesialist i arbeidsmedisin med mangeårig erfaring med problemstillinger omkring strømutulykker. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Goffeng LO, Veiersted KB, Moian R et al. Forekomst og forebygging av strømutulykker i arbeidslivet. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2457-8.
- 2 Goffeng LO, Veiersted KB. Förebyggande arbete - erfarenheter från Norge (kapittel 11). I: Gunnarsson L-G, Thomée S, Jakobsson K, red. Eloyckor i arbetet. Arbete och hälsa. Vetenskaplig skriftserie, Arbets- och miljömedicin. Göteborg: Göteborgs universitet, 2017; 51: 79-95.
- 3 Veiersted KB, Goffeng LO, Moian R et al. Akutte og kroniske skader etter strømutulykker. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2453-6.
- 4 Lippestad C, Erikssen J, Vaagenes P et al. Strømskader. Patofysiologi og behandlingsprinsipper. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 948-52.
- 5 Kaergaard A. Senfølger etter elulykker. Ugeskr Laeger 2009; 171: 993-7.
- 6 Veiersted KB, Goffeng LO, Tynes T. Senfølger av lavspent strømgjennomgang. Rotatortendinose, hørselstap og mulig neuropsykologisk funksjonstap. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3363-5.
- 7 Rustad P, Felding P, Franzson L et al. The Nordic Reference Interval Project 2000: recommended reference intervals for 25 common biochemical properties. Scand J Clin Lab Invest 2004; 64: 271-84.
- 8 Parekh R, Care DA, Tainter CR. Rhabdomyolysis: advances in diagnosis and treatment. Emerg Med Pract 2012; 14: 1-15.
- 9 Renard D. Serum CK as a guide to the diagnosis of muscle disease. Pract Neurol 2015; 15: 121.
- 10 Giboney PT. Mildly elevated liver transaminase levels in the asymptomatic patient. Am Fam Physician 2005; 71: 1105-10.
- 11 Melli G, Chaudhry V, Cornblath DR. Rhabdomyolysis: an evaluation of 475 hospitalized patients. Medicine 2005; 84: 377-85.
- 12 Bosch X, Poch E, Grau JM. Rhabdomyolysis and acute kidney injury. N Engl J Med 2009; 361: 62-72.
- 13 Daniel RK, Ballard PA, Heroux P et al. High-voltage electrical injury: acute pathophysiology. J Hand Surg Am 1988; 13: 44-9.
- 14 Laufs U, Scharnagl H, Halle M et al. Treatment options for statin-associated muscle symptoms. Dtsch Arztebl Int 2015; 112: 748-55.
- 15 Beitland S, Moen H, Os I. Acute kidney injury with renal replacement therapy in trauma patients. Acta Anaesthesiol Scand 2010; 54: 833-40.
- 16 Vivino G, Antonelli M, Moro ML et al. Risk factors for acute renal failure in trauma patients. Intensive Care Med 1998; 24: 808-14.
- 17 Mikkelsen TS, Toft P. Prognostic value, kinetics and effect of CVVHDF on serum of the myoglobin and creatine kinase in critically ill patients with rhabdomyolysis. Acta Anaesthesiol Scand 2005; 49: 859-64.
- 18 Nance JR, Mammen AL. Diagnostic evaluation of rhabdomyolysis. Muscle Nerve 2015; 51: 793-810.
- 19 Brumback RA, Feeback DL, Leech RW. Rhabdomyolysis following electrical injury. Semin Neurol 1995; 15: 329-34.
- 20 Zutt R, van der Kooij AJ, Linthorst GE et al. Rhabdomyolysis: review of the literature. Neuromuscul Disord 2014; 24: 651-9.
- 21 Vanholder R, Sever MS, Ereke E et al. Rhabdomyolysis. J Am Soc Nephrol 2000; 11: 1553-61.

PAUL ANDERS SLETTEN OLSEN

paanol@vestreviken.no
 Avdeling for fordøyelses- og leversykdommer
 St. Olavs hospital
 *Nåværende adresse:
 Medisinsk avdeling
 Bærum sykehus

PETTER QUIST-PAULSEN

Avdeling for blodsykdommer
 St. Olavs hospital

ROBERT BRUDEVOLD

Medisinsk avdeling
 Ålesund sjukehus

ALEKSEI OGARKOV

Klinikk for bildediagnostikk
 St. Olavs hospital

ØYSTEIN BRENNÅ

Avdeling for fordøyelses- og leversykdommer
 St. Olavs hospital
 **Nåværende adresse:
 Seksjon for fordøyelssykdommer
 Sykehuset Levanger

En kvinne med residiverende feber, tørrhoste og ascites

Feber, hoste og forhøyede inflammasjonsparametere gir mistanke om pneumoni. Men når det også foreligger ascites og bemerkelsesverdige, radiologiske funn fra flere organsystemer, bør flere differensialdiagnoser vurderes. En bred utredning kan være nødvendig for å stille rett diagnose. I dette tilfellet viste det seg å være en sjelden og lite kjent tilstand.

En kvinne i 60-årene oppsøkte lege med symptomer på dyp venetrombose (DVT) etter en venstresidig ankelfraktur. Hun hadde glaukom, hypertensjon og hyperkolesterolemi fra tidligere. Dyp venetrombose ble bekreftet med ultralydundersøkelse, og det ble samtidig funnet trombotemi med en trombocytverdi på $1026 \cdot 10^9/l$ (145–390). Hun hadde i tillegg leukocytose med leukocytverdi på $12,3 \cdot 10^9/l$ (3,7–10,0), mens hemoglobinnivået var 13,8 g/100 ml (11,7–15,3). Videre utredning påviste JAK2-V617F-mutasjon, og dia-

gnosen essensiell trombocytose ble stilt. Det ble startet behandling med hydroksyurea og antikoagulasjonsmidler etter gjeldende retningslinjer.

Til tross for behandlingen hadde pasienten vedvarende hevelse i venstre underekstremitet, og det ble utført CT-venografi. I tillegg til ødemer som strakte seg opp til låret, viste undersøkelsen uttalt ødem i intraabdominalt fettvev, markerte lymfeknuter i lysken og mesenteriet og reaktive forandringer rundt flere bukorganer, inkludert nyrene. Den påfølgende utredningen inkluderte flere radiologiske undersøkelser, som ikke ga noen diagnostisk avklaring, og en biopsi fra intraabdominalt fettvev, som kun viste akkumulering av makrofager. Pasienten hadde på dette tidspunktet ingen plager, og utredningen ble derfor avsluttet med den tentative diagnosen posttrombotisk syndrom etter dyp venetrombose og essensiell trombocytose.

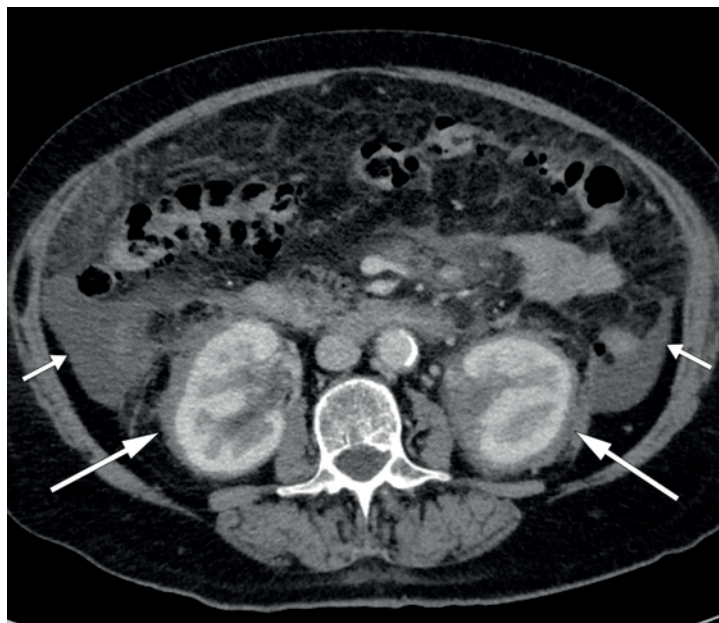
Venøs tromboembolisme, som omfatter dyp venetrombose og lungeemboli, er en vanlig diagnose både i allmennpraksis og på sykehus. De vanligste risikofaktorene for slik sykdom er arvelig trombofili, malignitet, immobilisering, traume, graviditet, bruk av østrogener, tidligere venøs tromboembolisme og antifosfolipidsyndrom (1, 2). Det er også en

assosiasjon mellom tromboser, både arterielle og venøse, og essensiell trombocytose (3), som hos vår pasient. Posttrombotisk syndrom – kjennetegnet av blant annet smerter, tungtetsfølelse, ødemer, rubor og varicer – oppstår hos omtrent 20–50 % av pasientene med venøs tromboembolisme og er den vanligste senkomplikasjonen ved dyp venetrombose (4). Vår pasient hadde flere funn som ikke passet med et klassisk posttrombotisk bilde. Kliniske funn kan imidlertid være uspesifikke og variable, og en sikker diagnostisk avklaring kan være utfordrende.

Mutasjoner i JAK2-genet er viktig i patogenesen ved flere myeloproliferative neoplasier. Mutasjonen gjør at de hematopoetiske cellene blir mer følsomme for vekstfaktorer som erythropoietin og trombopoietin, som fører til økt celleproliferasjon og potensiell malignitetsutvikling. Mutasjonen er påvist i nærmest alle tilfeller av polycythaemia vera, mens den er til stede hos omkring 50–60 % av pasientene med essensiell trombocytose og primær myelofibrose (5). Kronisk myelogen leukemi, den fjerde av de myeloproliferative neoplasiene, har ikke samme assosiasjon med JAK2-mutasjonen, men kjennetegnes ved det såkalte Philadelphia-kromosomet (6).

Ett år senere fikk pasienten residiverende og langvarige episoder med feber og tørrhoste. På mistanke om pneumoni ble hun behandlet med gjentatte kurer med ulike antibiotika, men med ingen eller kortvarig effekt. Etter hvert ble hun økende dyspneisk, det tilkom ascites og hun ble innlagt ved lokalsykehuset for videre utredning. Det ble på nytt utført CT abdomen, supplert med MR bekken og CT thorax, som fortsatt viste reaktive forandringer som tidligere, men nå også fortykkelse av pleura og perikard. Blodkultur, urindyrkning og nasopharynxprøve var uten funn. Bronkoskopi med bronkoalveolær lavage var negativ med tanke på infeksiøse agens, mens cytologi av ascitesvæsken viste makrofager. Det var ingen mistanke om autoimmun sykdom, og gynekolog fant ingen holdepunkter for gynekologisk cancer.

CT abdomen-bildene ble oversendt til et universitetssykehus for ny vurdering. Radiologen bemerket påfallende forandringer rundt nyrene (fig 1) – et funn som tydet på såkalte hårete nyrer (hairy kidneys). Pasienten ble overført til universitetssykehuset for videre utredning.



Figur 1 Ascites (korte piler) og symmetrisk, ødemlignende infiltrasjon i perirenal vev (lange piler) forenlig med hårete nyrer (hairy kidneys) på CT abdomen.

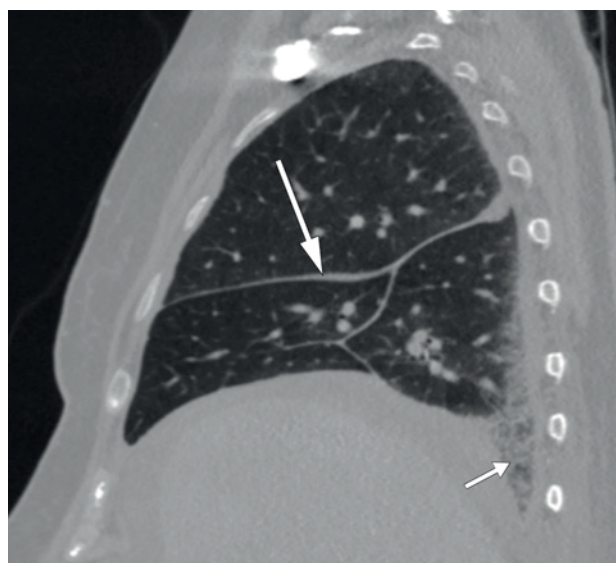
Fortykkelse av pleura og perikard kan påvises ved radiologiske undersøkelser eller ekkokardiografi og kan ses ved for eksempel infeksjoner, bindevevssykdommer, mesoteliom, lymfom eller metastaser (7, 8). Affeksjon av både pleura, perikard og peritoneum gjør at systemisk sykdom må mistenkes.

Hårete nyrer er uttrykk for retroperitoneal fibrose som infiltrerer perirenal fettvev, med fortykkelse av nyrekapslene. Ved funn av retroperitoneal fibrose er den som regel lokalisert rundt abdominalaorta og iliaca communiskarene, men den kan også være mer utbredt (9). Retroperitoneal fibrose er i over 70 % av tilfellene idiopatisk (10), mens de resterende kan skyldes for eksempel medikamenter, malignitet, infeksjoner, kirurgi, stråling, amyloidose og histiocytoser (9). Idiopatisk retroperitoneal fibrose klassifiseres ofte som en kronisk periaortitt, enten isolert eller assosiert med andre autoimmune sykdommer eller immunglobulin G4 (IgG4)-relatert sykdom (11). Symptomene kan være vage og lite spesifikke. Det typiske er korsryggssmerter, eventuelt med utstråling til lysken, ledsaget av vekttnap, redusert appetitt, utmattelse, feber, oppkast og kvalme. Ikke rent sjelden – som hos vår pasient – oppdages tilstanden tilfeldig når abdomen undersøkes radiologisk. Men i vårt tilfelle var infiltrasjonen mer utbredt enn det som er vanlig ved retroperitoneal fibrose.

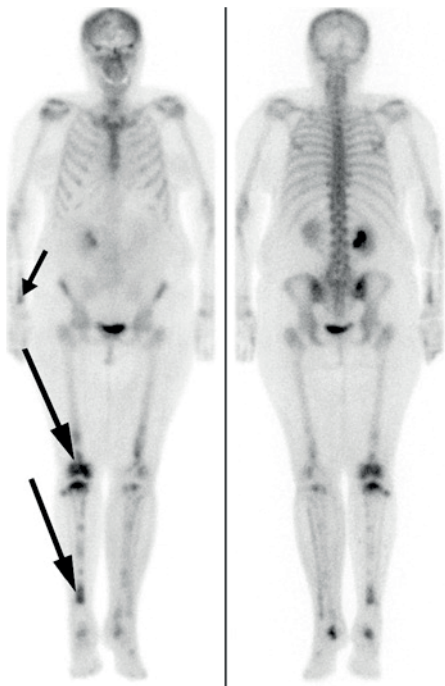
Det kliniske bildet var nå dominert av feber, tørrhoste, dyspné og ascites. Blodprøvene ved innleg-

gelsen ved universitetssykehuset viste forhøyede inflammasjonsparametere med C-reaktivt protein (CRP) på 105 mg/l (referanseområde ≤ 5), senkningsreaksjon (SR) 98 mm/t (1–28) og leukocytter $12,8 \cdot 10^9/l$ (3,7–10,0). Differensialtelling av leukocytter viste 89 % (47–75) nøytrofile celler; 7 % (21–43) lymfocytter; 3 % (4–14) monocytter; 1 % (1–4) eosinofile celler og 0 % (0–2) basofile celler. Hemoglobin var 9,7 g/100 ml (11,7–15,3), trombocytter $565 \cdot 10^9/l$ (145–390), kreatinin 68 $\mu\text{mol/l}$ (45–90)

med estimert glomerulær filtrasjonshastighet (eGFR) 80 ml/min/1,73 m², protrombintid (PT)-INR 1,2 (0,8–1,2) og albumin 22 g/l (36–47). Kalium var lett redusert til 3,1 mmol/l (3,5–4,4), mens både natrium og kalsium var innenfor referanseområdet med verdier på henholdsvis 140 mmol/l (137–145) og 2,29 mmol/l (2,15–2,51). Det var sannsynlig at dette dreide seg om en systemisk sykdom med affeksjon av en rekke organer og organsystemer. En omfattende utredning ble derfor initiert.



Figur 2 CT thorax som viser jevn fortykkelse av interlobulære spalter (lang pil) og retikulære forandringer basalt i høyre lunges underlapp (kort pil).



Figur 3 Skjelettscintigrafi med technetium-99 m som viser økt radionuklidopptak i begge underekstremiteter, særlig i diafysære og metafysære områder på høyre side (lang pil). Legg også merke til økt opptak i distale radius på høyre side (kort pil).

I tillegg til de perinefriske forandringene var det påfallende funn på CT thorax (fig 2) og helkroppsscintigrafi (fig 3). Som et bifunn ble det også funnet en liten lungeembolus. MR hjerte og ekkokardiografi påviste lokalt fortykket perikard, mens MR caput og orbita viste normale funn. Abdominal paracentese viste CD68-positive og CD1a-negative makrofager og ingen tegn til mikrober. I ascitesvæsken, som var gjennomskinnelig og gul, var albuminnivået 13 g/l og proteinkonsentrasjonen 24 g/l (under 30 g/l tydet på transudat). Serumascites-albumin-gradienten (SAAG) var 9 g/l, forenlig med at årsaken til ascites ikke var portal hypertensjon. Leukocytter i ascitesvæsken var $0,20 \cdot 10^9/l$, noe som utelukket spontan bakteriell peritonitt. På blodutstryk var det granulocytose og trombocytose, mens benmargutstryk viste reaktiv/normal benmarg. Benmargsbiopti viste noen svakt reaktive megakaryocytter, og biopsier fra femur påviste kun osteomyeloseklerose. Biopsi fra perinefrisk vev viste fibrose og histiocytter som var positive for CD68 og negative for CD1a, samt en uspesifikk reaksjon for S100-proteiner. Genetisk testing for BRAF-mutasjon var negativ.

Kort oppsummert hadde pasienten allmennsymptomer, luftveissymptomer og ascites. Inflammasjonsparametrene var forhøyede,

hun hadde anemi og hypoalbuminemi. Radiologisk var det funn perirenant, i lungene og skjelettet, mens makrofager og histiocytter ble påvist henholdsvis i ascitesvæsken og i perirenant vev. Samtidig måtte hennes komorbiditet med essensiell trombocytose tas i betraktning. Muligheten for at den aktuelle tilstanden kunne være relatert til en JAK2-V617F-positiv myeloproliferativ neoplasie ble vurdert. Hun kunne også ha en uklassifisert myeloproliferativ neoplasie (MPN) der den essensielle trombocytosen hadde transformert til myelofibrose, akutt myeloid leukemi eller myelodysplastisk syndrom, uten at det entydig kunne forklare tilstanden. Utbredt lymfom og IgG4-relatert sykdom samt medikamentbivirkninger ble også vurdert, men det ble ikke funnet holdepunkter for disse. Videre var langerhanscellehistiocytose en mulig forklaring på histiocytene, men de uttrykte ikke CD1a, som langerhansceller gjør.

Immunhistokjemi og immuncytokjemi er supplerende undersøkelser til henholdsvis histologisk og cytologisk mikroskopisk undersøkelse av vev. Metoden brukes for å påvise spesifikke proteiner i cellen eller på celledmembranen, og er viktig innenfor diagnostikken av cancer, infeksjonssykdom og immunologisk sykdom. CD68 uttrykkes av monocytter og vevsmakrofager (12), CD1a brukes ofte som kjennetegn på dendritiske celler (13), mens S100 utgjør en gruppe proteiner som er viktige innenfor inflammatoriske sykdommer, kreft og immunforsvaret (14).

Påvisning av eventuelle mutasjoner i cellene kan også være avgjørende, både diagnostisk og behandlingsmessig. Mutasjon i BRAF-genet fører for eksempel til en aktivering av en intracellulær signalkaskade som er assosiert med en rekke krefttyper, eksempelvis malignt melanom (15).

Flere differensialdiagnoser ble diskutert. Allerede da tilfellet ble drøftet med universitetssykehus første gang, ble det fra radiolog, grunnet hårete nyrer, påpekt muligheten for Erdheim-Chesters sykdom (ECD). Basert på kliniske funn, blodprøver, radiologi og histologi pekte dette seg ut som den mest sannsynlige diagnosen. Det ble startet behandling med interferon- α , men behandlingen hadde ingen effekt på sykdomsaktivitet, og pasienten utviklet bivirkninger i form av influensalignende sykdom. Hun ble innlagt på et annet universitetssykehus, hvor det ble satt i gang kombinasjonsbehandling med mTOR-hemmeren sirolimus og prednisolon. Allerede etter få dager var det klinisk bedring, og fire måneder senere var hun betraktelig bedre. Feber og hosten gikk til-

bake, mens SR, leukocytter, hemoglobin og albumin var normalisert. På dette tidspunktet var det også foretatt PET-CT som viste regresjon av de patologiske funnene. Pasienten følges nå med jevnlig kontroll.

Diskusjon

Erdheim-Chesters sykdom er en sjelden ikke-langerhanscellehistiocytose som karakteriseres av infiltrasjon av CD68-positive og CD1a-negative histiocytter i lange rørknokler og retroperitoneum. Flere organer kan være affisert, og etiologien er ukjent. Mutasjoner i BRAF-V600E (16, 17), NRAS og PIK3CA (18), som alle er protoonkogene involvert i karsinogenesen av flere kreftformer, kan være viktige. Det indikerer at sykdommen muligens representerer en malign tilstand (19). Det har også vært diskutert om immunmedierte mekanismer, cytokiner og kjemokiner kan føre til akkumulering av histiocytter i de affiserte vevene og at det indikerer at en inflammatorisk komponent er involvert i utviklingen av sykdommen (20–22).

Histiocytose kan inndeles i fem grupper, og fellesnevneren er akkumulering av celler som stammer fra dendritiske celler eller makrofager. Mer enn 100 ulike typer er beskrevet, med stor variasjon i symptomer, funn og histologi (23). Erdheim-Chesters sykdom tilhører, sammen med langerhanscellehistiocytose, den såkalte L-gruppen. I den samme gruppen finnes en kombinert type og en type som ut fra karakteristika ved cellene verken tilhører Erdheim-Chesters sykdom eller Langerhanscellehistiocytose.

Diagnosen Erdheim-Chesters sykdom er basert på kliniske, radiologiske og histologiske funn. Det vanligste er affeksjon av skjelettet, sentralnervesystemet, nyrene og det kardiovaskulære systemet (24, 25). Infiltrasjon i orbita er også beskrevet, for eksempel i en kasuistikk i Tidsskriftet fra 2014 (26). Symptomene avhenger av organaffeksjon, men det typiske er skjelett- eller leddsmerter, dyspné, hoste, eksoftalmus eller xantomer samt synsforstyrrelser, ataksi, hodepine eller andre neurologiske symptomer. Kardial affeksjon er ofte asymptomatisk, men det kan ha store konsekvenser. Perikardsykdom som perikarditt, perikardvæske eller tamponade rammer opp mot 45 % av pasientene. Det er mer uvanlig med histiocytinfiltrasjon i myokard og koronarkar, som kan føre til iskemi, klaffefeil eller ledningsforstyrrelser (27). Vår pasient hadde fortykket

perikard, visualisert både på CT thorax, MR hjerte og ekkokardiografi, men ingen perikardvæske og god hjertefunksjon for øvrig.

Symmetrisk osteosklerose i diafysene og metafysene i lange rørknokler, inflammatoriske forandringer rundt aorta (coated aorta) og perirenal infiltrasjon av histiocyter (hårete nyrer) er typiske radiologiske funn (25, 28, 29). Sistnevnte er nærmest patognomonisk for tilstanden og en viktig grunn til at diagnosen tidlig ble mistenkt hos vår pasient. Det histologiske bildet er karakterisert av lipidfylte såkalte skumhistiocyter, ofte kombinert med fibrose. Immunhistokjemisk vil de være positive for CD68, CD163 og faktor XIIIa, og i noen tilfeller for S100, som skiller dem fra histio-

cytter ved en del andre tilstander. De vil også være negative for CD1a og langerin (CD207) (27).

I tillegg til flere av de typiske funnene ved sykdommen, hadde vår pasient ascites som et fremtredende symptom. Dette er sjelden ved denne tilstanden, og årsaken her var sannsynligvis hypoalbuminemi sekundært til langvarig inflammasjon og lokal inflammasjon intraabdominalt.

På grunn av den lave insidensen og prevalensen av sykdommen mangler det store, randomiserte, kontrollerte studier av behandlingsmulighetene. Basert på studiene som er utført, er førstelinjebehandlingen interferon (IFN)- α -2a eller pegylert interferon- α (PEG-

IFN- α). Kjemoterapi, anticytokinrettet terapi, glukokortikoider eller BRAF-hemmeren vemurafenib er andre alternativer. Sistnevnte er særlig aktuelt ved påvist BRAF-mutasjon. Stråling og kirurgi kan være aktuelt ved palliativ behandling (27).

Med tanke på at ascites var et hovedfunn, beskriver vår kasuistikk en uvanlig presentasjon av Erdheim-Chesters sykdom. For å sette korrekt diagnose er det viktigste å tenke på muligheten for sykdommen, særlig ved karakteristiske funn ved radiologiske undersøkelser.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Mottatt 4.10.2018, første revisjon innsendt 11.3.2018, godkjent 15.3.2018.

PAUL ANDERS SLETTEN OLSEN

(f. 1987) er lege i spesialisering i indremedisin. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

PETTER QUIST-PAULSEN

(f. 1969) er ph.d., spesialist i indremedisin og i hematologi, universitetslektor I og overlege. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ROBERT BRUDEVOLD

(f. 1958) er spesialist i indremedisin og i hematologi og seksjonsoverlege. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ALEKSEI OGARKOV

(f. 1975) er spesialist i radiologi og overlege. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

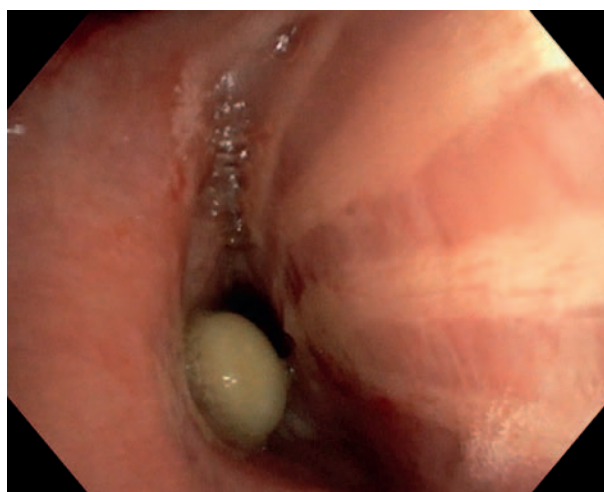
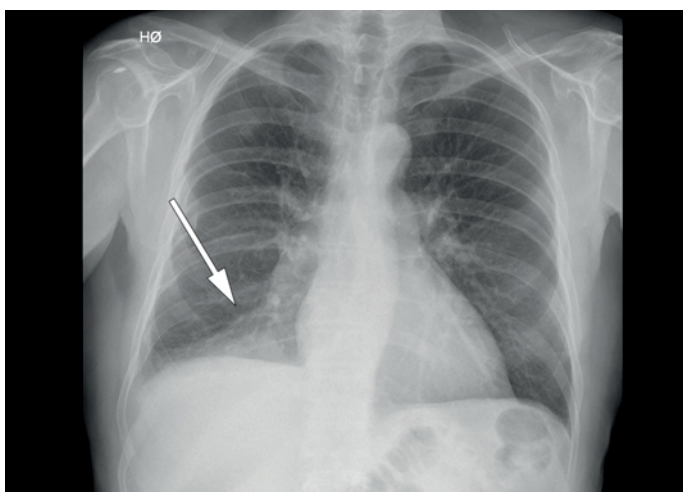
ØYSTEIN BRENNÅ

(f. 1975) er ph.d., spesialist i indremedisin og i fordøyelsessykdommer og overlege. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Goldhaber SZ. Risk factors for venous thromboembolism. *J Am Coll Cardiol* 2010; 56: 1-7.
- Lijfering WM, Rosendaal FR, Cannegieter SC. Risk factors for venous thrombosis - current understanding from an epidemiological point of view. *Br J Haematol* 2010; 149: 824-33.
- Landolfi R, Marchioli R, Patrono C. Mechanisms of bleeding and thrombosis in myeloproliferative disorders. *Thromb Haemostasis* 1997; 78: 617-21.
- Kahn SR, Galanaud JP, Vedantham S et al. Guidance for the prevention and treatment of the post-thrombotic syndrome. *J Thromb Thrombolysis* 2016; 41: 144-53.
- Campbell PJ, Green AR. The myeloproliferative disorders. *N Engl J Med* 2006; 355: 2452-66.
- Faderl S, Talpaz M, Estrov Z et al. The biology of chronic myeloid leukemia. *N Engl J Med* 1999; 341: 164-72.
- Downer NJ, Ali NJ, Au-Yong ITH. Investigating pleural thickening. *BMJ* 2013; 346: e8376.
- Imazio M, Gaita F. Diagnosis and treatment of pericarditis. *Heart* 2015; 101: 1159-68.
- Vaglio A, Salvarani C, Buzio C. Retroperitoneal fibrosis. *Lancet* 2006; 367: 241-51.
- Cronin CG, Lohan DG, Blake MA et al. Retroperitoneal fibrosis: a review of clinical features and imaging findings. *AJR Am J Roentgenol* 2008; 191: 423-31.
- Urban ML, Palmisano A, Nicastro M et al. Idiopathic and secondary forms of retroperitoneal fibrosis: a diagnostic approach. *Rev Med Interne* 2015; 36: 15-21.
- Holness CL, Simmons DL. Molecular cloning of CD68, a human macrophage marker related to lysosomal glycoproteins. *Blood* 1993; 81: 1607-13.
- Gogolak P, Rethi B, Szatmari I et al. Differentiation of CD1a- and CD1a+ monocyte-derived dendritic cells is biased by lipid environment and PPAR-gamma. *Blood* 2007; 109: 643-52.
- Wheeler LC, Donor MT, Prell JS et al. Multiple Evolutionary Origins of Ubiquitous Cu2+ and Zn2+ Binding in the S100 Protein Family. *PLoS One* 2016; 11: e0164740.
- Davies H, Bignell GR, Cox C et al. Mutations of the BRAF gene in human cancer. *Nature* 2002; 417: 949-54.
- Haroche J, Charlotte F, Arnaud L et al. High prevalence of BRAF V600E mutations in Erdheim-Chester disease but not in other non-Langerhans cell histiocytoses. *Blood* 2012; 120: 2700-3.
- Cangi MG, Biavasco R, Cavalli G et al. BRAFV600E-mutation is invariably present and associated to oncogene-induced senescence in Erdheim-Chester disease. *Ann Rheum Dis* 2015; 74: 1596-602.
- Emile JF, Diamond EL, Hélias-Rodzewicz Z et al. Recurrent RAS and PIK3CA mutations in Erdheim-Chester disease. *Blood* 2014; 124: 3016-9.
- Haroche J, Cohen-Aubart F, Charlotte F et al. The histiocytosis Erdheim-Chester disease is an inflammatory myeloid neoplasm. *Expert Rev Clin Immunol* 2015; 11: 1033-42.
- Stoppacciaro A, Ferrarini M, Salmaggi C et al. Immunohistochemical evidence of a cytokine and chemokine network in three patients with Erdheim-Chester disease: implications for pathogenesis. *Arthritis Rheum* 2006; 54: 4018-22.
- Arnaud L, Gorochov G, Charlotte F et al. Systemic perturbation of cytokine and chemokine networks in Erdheim-Chester disease: a single-center series of 37 patients. *Blood* 2011; 117: 2783-90.
- Cavalli G, Biavasco R, Borgiani B et al. Oncogene-induced senescence as a new mechanism of disease: the paradigm of erdheim-Chester disease. *Front Immunol* 2014; 5: 281.
- Emile JF, Ablu O, Fraitag S et al. Revised classification of histiocytoses and neoplasms of the macrophage-dendritic cell lineages. *Blood* 2016; 127: 2672-81.
- Campochiaro C, Tomelleri A, Cavalli G et al. Erdheim-Chester disease. *Eur J Intern Med* 2015; 26: 223-9.
- Haroche J, Arnaud L, Cohen-Aubart F et al. Erdheim-Chester disease. *Rheum Dis Clin North Am* 2013; 39: 299-311.
- Midtvedt Ø, Gran JT, Solheim H et al. En mann i 40-årene med hevelse i begge øyehuler. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2014; 134: 1472-6.
- Diamond EL, Dagna L, Hyman DM et al. Consensus guidelines for the diagnosis and clinical management of Erdheim-Chester disease. *Blood* 2014; 124: 483-92.
- Cives M, Simone V, Rizzo FM et al. Erdheim-Chester disease: a systematic review. *Crit Rev Oncol Hematol* 2015; 95: 1-11.
- Antunes C, Graça B, Donato P. Thoracic, abdominal and musculoskeletal involvement in Erdheim-Chester disease: CT, MR and PET imaging findings. *Insights Imaging* 2014; 5: 473-82.

Suppe til besvær



En mann, tidlig i 70-årene, oppsøkte legevakten med frostanfall og nedsatt allmenntilstand. Temperaturen ble målt til 40,6 °C, og blodprøvene viste CRP på 115 mg/l (<5) og leukocytter på $12,9 \cdot 10^8$ ($4,1-9,8 \cdot 10^8$). To døgn før fikk han utført en elektrokonvertering grunnet et atrieflimmeranfall som hadde debutert fem dager før den aktuelle hendelsen. Denne tilstanden var kjent, men pasienten hadde vært uten symptomer etter en radiofrekvensablasjon for to år siden.

På grunn av klinisk mistanke om pneumoni ble det tatt røntgen thorax (se røntgenbildet) som viste en fortetning i høyre underlapp. Etter hvert kom det frem at pasienten flere uker tidligere hadde spist kjøttsuppe med grønnsaker, og at han under måltidet hadde registrert at «noe» forsvant ned i luft-røret.

Sykehistorien reiste nå spørsmål om fremmedlegeme, og pasienten ble innlagt i lungeavdelingen for behandling med penicillin intravenøst og videre utredning. Før bronkoskopi ble det utført CT thorax (se CT-bildet på nett) som viste en 8 mm rund forandring proksimalt i høyre underlappsbronkus. Denne ga nær full okklusjon av lumen og forårsaket atelektase av høyre underlapp distalt.

Bronkoskopi ble utført (se endoskopibildet), og en ert ble lokalisert som beskrevet på CT-undersøkelsen og deretter fjernet (se video på nett). Erten var uskadd med en diameter på ca. 10 mm. Pasienten ble feber- og symptomfri i løpet av en kort uke, og røntgen thorax etter åtte uker viste full tilbakegang av atelektasen. Etterkontroll med bronkoskopi var også normal.

Aspirasjon av lenser eller erter med påfølgende pneumoni er ingen ny problemstilling. Tilstanden ble rapportert med ujevne mellomrom på slutten av 1900-tallet (1), gjerne som enkeltstående kasuistikker. Tross beskjedne symptomer og langsom utvikling endte sykdommen ofte fatalt, og ble først bekreftet ved obduksjon. Det hang sammen med at de mest utsatte var små barn, psykisk debile voksne, i tillegg til eldre og sengeliggende pleiepasienter.

Vi takker våre kolleger Anders Rosvoldaunet og Mona Størseth ved legevakten i Trondheim.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Mottatt 20.11.2017, første revisjon innsendt 22.3.2018, godkjent 24.4.2018.

En av forfatterne er redaktør i Tidsskriftet. Manuskriptet er derfor behandlet eksternt av setteredaktør Michael Bretthauer.

GEIR WENBERG JACOBSEN

(f. 1945) er professor emeritus ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og medisinsk redaktør i Tidsskriftet.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ELENA TITOVA

(f. 1981) er spesialist og overlege i lungesykdommer ved St. Olavs hospital.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JAN PÅL LOENNECHEN

(f. 1960) er dr. med., overlege i hjertesykdommer ved St. Olavs hospital og førsteamanuensis i kardiologi ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ERIK MAGNUS BERNTSEN

(f. 1982) er ph.d., overlege i radiologi ved St. Olavs hospital og førsteamanuensis i radiologi ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Ros PR. Lentil aspiration pneumonia. JAMA 1984; 251: 1277-8.

Video på tidsskriftet.no

Analyse av levetidsdata

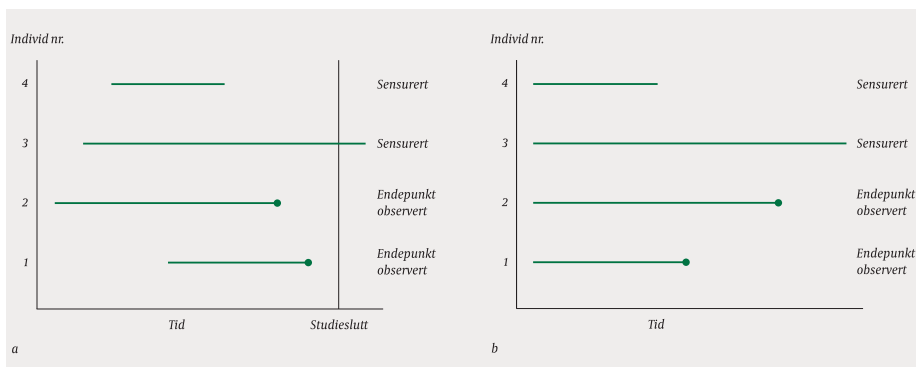
Mange medisinske problemstillinger dreier seg om tiden det tar til en bestemt hendelse inntreffer. Når man analyserer såkalte levetider, må man benytte spesielle metoder. Utfordringen er ikke først og fremst selve beregningene, men hvorvidt viktige antagelser er oppfylt slik at systematiske skjevheter unngås.

Begrepe levetidsdata eller overlevelsesanalyse omfatter ikke bare levetid som sådan; det kan dreie seg om å studere tid til en hvilken som helst hendelse. Et typisk trekk ved levetidsdata er at vi ikke alltid har tilstrekkelig lang oppfølging til å registrere den hendelsen vi er interessert i. For enkelte pasienter vet vi kun at den aktuelle hendelsen ennå ikke hadde inntruffet siste gang man registrerte utfall, men vi vet ikke hvor lang tid det vil ta før hendelsen eventuelt inntreffer etter dette tidspunktet. Slike ufullstendig registrerte observasjoner kalles vi sensurerte (1).

Sensurering

Figur 1a illustrerer sensurering i en tenkt studie. Pasient nummer 1 og 2 har fullstendig observert levetid, mens pasient nummer 3 og 4 er sensurert. Det er forskjellig årsak til sensurering i de to tilfellene. Levetiden til pasient nummer 3 er sensurert fordi studien ble avsluttet, mens pasient nummer 4 er «forsvunnet» underveis. For eksempel kan han ha flyttet, trukket seg fra studien eller bare uteblitt fra oppfølging.

Statistiske standardmetoder kan ikke håndtere sensurering, og det gir for eksempel ikke mening å estimere et vanlig gjennomsnitt. Sensurerte data bidrar med viktig informasjon, og det blir helt galt å fjerne sensurerte levetider. Det blir også feil å behandle en sensurert observasjon som om den var den faktiske levetiden. Den vanligste fremgangsmåten er å fremstille levetider som en overlevelseskurve, og vi skal senere se på hvordan en slik kurve estimeres.



Figur 1 a) Sensurering. Pasienter inkluderes i en studie på forskjellig tidspunkt og følges over tid. b) Håndtering av levetidsdata ved statistisk analyse.

Systematiske skjevheter

I de fleste studier rekrutteres pasientene over en viss tidsperiode og følges til et gitt tidspunkt etter at inklusjon er avsluttet. Vi analyserer data som skissert i figur 1b. En viktig antagelse er at pasienter som er rekruttert på forskjellig tidspunkt, har samme prognose. En annen viktig antagelse er at pasienter som forsvinner fra studien før studieslutt, har samme prognose som de som forblir under oppfølging. Denne antagelsen er ikke alltid oppfylt. Dersom en pasient trekker seg fra studien på grunn av forhold som har med effekt av behandling å gjøre, er hans eller hennes prognose ikke nødvendigvis den samme som for pasienter som fortsetter i studien. Da oppstår et problem som ofte omtales som informativ sensurering. Dette kan føre til systematiske feil og kan være vanskelig å håndtere. Som et minimum bør man rapportere andelen som ikke er fullstendig observert, samt årsaker til frafall. En videre tilnærming er å gjøre sensitivitetssensurering, der man konstruerer forskjellige scenarier og studerer i hvor stor grad forskjellige antagelser påvirker estimatene.

Når vi estimerer en overlevelseskurve, antar vi at den hendelsen vi er interessert i faktisk skjer på det aktuelle tidspunktet. Noen ganger kjenner vi dette, men en hendelse som for eksempel progresjon av kreftsykdom kan i praksis være umulig å tidfeste eksakt. Tidspunktet vi registrerer vil være påvirket av planlagte kontroller, og selve progresjonen kan ha startet mye tidligere. Da får vi en systematisk skjevhet som gir for høye estimater og som ikke nødvendigvis er uten betydning når man skal fortolke resultatet.

Retrospektive studier

I prospektive studier er det som regel relativt lett å definere starttidspunkt; for eksempel ved randomisering i et kontrollert klinisk forsøk eller ved diagnose i en observasjonell studie. I retrospektive studier kan dette være mer utfordrende. Også hvis starttidspunktet er relativt lett å definere, kan det gå galt dersom man identifiserer individer ved død og følger dem bakover i tid. Individer med lange levetider må nødvendigvis ha blitt diagnostisert for lenge siden, mens de med korte levetider kan ha blitt diagnostisert nylig. Det er ikke opplagt at pasienter som fikk en diagnose for flere tiår siden er sammenlignbare med pasienter som fikk en diagnose for kort tid siden. Tvert imot ville vi vel forvente at både pasientkarakteristika og prognose endres over en lengre tidsperiode.

For å unngå systematiske skjevheter i estimatene (bias) bør overlevelse studeres i en definert kohort av pasienter som følges prospektivt fra et gitt tidspunkt, også om kohorten er definert retrospektivt.

EVA SKOVLUND

eva.skovlund@ntnu.no
(f. 1959) er professor i medisinsk statistikk ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, og seniorforsker ved Nasjonalt folkehelseinstitutt.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Parmar MKB, Machin D. Survival analysis: a practical approach. Chichester: Wiley, 1995: 47–9.

Rollemodellen

I over 20 år har anestesilege Anne Berit Guttormsen tatt vare på studenter og alvorlig syke pasienter på Haukeland universitetssykehus – men i 2012 byttet hun selv rolle fra lege til kritisk syk pasient.

Det var midt på natten da det smalt.
– Pang! Akkurat sånn. Anestesilege Anne Berit Guttormsen lå i en hotellseng på kongress i Turku, Finland, da hun fikk hyperakutte smerter i korsryggen. Nå sitter hun på kontoret og forteller om den dramatiske natten.

– Jeg skjønnte at jeg måtte komme meg hjem til Bergen. – Fort, forklarer hun. Rygginfeksjonen, som slo ut den ellers så hardt arbeidende duracellkaninen av en overlege, holdt på å føre henne til hennes eget arbeidssted: Intensivavdelingen ved Haukeland universitetssykehus. Der hvor de aller sykeste pasientene ligger. Der hvor Guttormsen selv brukte å gå visitt hver dag og ha stålkontroll på pasientene, ofte med et drøss av studenter hengende som en hale bak seg.

Professoren fryktet det verste, men heldigvis fikk hun diagnosen fort: spondylodiskitt – en infeksjon i ryggstølen og mellomvirvelskivene. Med hjelp av kyndige kolleger snudde tilstanden og hun kunne skrives ut etter totalt én måned på sykehus.

Hun var fast innstilt på å gå hjem fra sykehuset, like bestemt som før.

– Å gå 1,5 kilometer tok over en time, humrer hun.

– Hvordan hadde du det som pasient?

– Jeg ble stort sett profesjonelt behandlet. Det ble lange dager med mye smerter og en frykt for at jeg aldri skulle bli bra igjen. Jeg var redd jeg ikke skulle klare å jobbe mer, forklarer hun, og legger til: – Men da jeg kom meg, ble det kjedelige dager. Jeg begynte å savne jobben og min egen seng. Humøret mitt var ikke på topp, akkurat.

Veileder studentene

I dag sitter hun upåvirket og blid som alltid på kontoret sitt. Solen skinner så vidt over fjellene rundt Bergen og inn gjennom kontorvinduet. Veggene er tapetsert med priser og utmerkelse for langvarig studentengasjement. På kontordøren henger timeplaner vendt ut mot gangen.

– Så alle vet hva jeg driver med.

Stort sett alle medisinstudenter som eksamineres fra Universitetet i Bergen kjenner Anne Berit Guttormsen.

– Studentene og jeg har så mange treffpunkter underveis, så jeg blir vel en slags gjennomgående figur gjennom studiet, forklarer hun.

Guttormsen er professor. Hun har ansvaret for kurset «Den akutt syke pasient» som er allerede de første studieukene, er leder for forskerlinjen på medisin- og odontologi-





Alle foto: Magne Sandnes

studiet og har ansvaret for katastrofemedisinkurset som studentene har det siste studieåret.

I tillegg fungerer hun som kontakt, samtalepartner og rådgiver for studenter som måtte trenge ekstra oppfølging i ulike sammenhenger.

Hun gestikulerer når hun forklarer:

– Det har alltid vært viktig for meg å se menneskene bak fasaden. Vi er ikke bare leger eller studenter, men mennesker av kjøtt, blod og følelser. Vi er alle sårbare hvis livet snur vrangsidene til, sier hun.

«Hadde jeg kunnet servere sjampanje før muntlig eksamen, hadde jeg gjort det!»

Guttormsen forklarer at mange hun møter på medisinstudiet sliter med forventningspress. – Det er jo litt rart at det kommer fra meg, som selv var veldig «flink pike» og brukte masse tid på lesesalen, men: Altfor mange har for stort fokus på å få gode karakterer. Mange jeg snakker med er kjempestresset og nervøse for ikke å gjøre det bra nok. De har det så vondt, og jeg forsøker å roe ned stemningen, sier hun, og legger til:

– Hadde jeg kunnet servere sjampanje før muntlig eksamen, hadde jeg gjort det!

Guttormsen, som selv gikk direkte fra videregående skole til medisinstudiet, lar seg fascinere av de som går en litt annen vei. – De som ikke kommer rett inn, er ofte spennende mennesker. De har gjerne drevet med noe helt annet, før noe i livet har fått dem

ANNE BERIT GUTTORMSEN

Født 1958 i Trondheim

Cand.med. Universitetet i Bergen 1983

Turnuslege, Voss 1984–85

Distriktsturnustjeneste, Vaksdal kommune 1985

Overlege, Intensivmedisinsk seksjon, Haukeland universitetssykehus

Professor, Leder for forskerlinjen, Det medisinske fakultet

Redaktør i Norsk anesthesiologisk forum 2007–

Læringsmiljøprisen, Universitetet i Bergen 2014

Olav Thon-Stiftelsens pris for fremragende undervisning 2017

til å tenke «jeg vil bli lege». Jeg opplever dem som mye mindre stresset, mer modne og med litt mer livserfaring. Det er så mye annet som betyr mer enn gode karakterer. Ro ned! Det er budskapet mitt.

– Men du er ikke så rolig selv?

– Nei, jeg vet.

– En kollega av deg sa at du er som et stearinlys som brenner i begge ender?

– Ja, og en annen sa at jeg brant på midten også!

Hun bryter ut i den karakteristiske høye, men litt korte, latteren før hun blir seriøs igjen.

– En del kolleger har spådd at jeg skulle få hjerteinfarkt før fylte 40 år. Men nå er jeg 59 og har klart å unngå det. Helsen er god, den, sier hun betryggende.

– Hva er hemmeligheten?

– Gode folk rundt meg, inkludert forståelsesfulle sjefer, en spennende jobb og høy stressterskel. Det skal ganske mye til for å vippe meg av pinnen.

Fikk pris fra Olav Thon

I fjor vant hun Olav Thon Stiftelsens nasjonale pris for fremragende undervisning på 500 000 kroner. Siden 2010 har hun mottatt et titalls priser for undervisningen hun driver innenfor akutt- og intensivmedisin.

– Thon-prisen var i forbindelse med langvarig undervisning, og da spesielt den akuttmedisinske biten. Det er klart man blir smigret, smiler hun, og ler kort.

Det har tatt en stund for professoren å skjønne hvor mye hun betyr for studentene.

– Det var en gang en ung kollega som kom bort til meg og sa «Du! Du er... forbildet mitt!». Det skjønnte jeg ikke noe av. Jeg ser jo ikke sånn på meg selv, men etter det begynte jeg å skjønne min egen verdi. Det gir anerkjennelse, og det gir glede. Pengene betyr ikke så mye, sier hun. Og legger til:

– Imidlertid er jeg påpasselig med å understreke at dette stort sett er et lagarbeid der hodet mitt kanskje stikker seg tydeligst frem. Jeg hadde for eksempel aldri klart dette uten assistentlegene Håvard Landsdalen og Marius Berge. De har jeg kjent siden de var studenter, og nå er de begge assistentleger innenfor anesthesi. Det må flere hoder til for å organisere førstehjelpsuker med 240 studenter, smiler hun.

– Det har blitt noen tusenlapper i prispenger disse årene, hvor tar de veien?

– De står på en stor bankkonto! Ha-ha!

Professoren snur seg på kontorstolen og legger kjøpt til:

– Neida, prisene som er felles går rett tilbake til undervisningen. Jeg har for

eksempel en pappboks her i hyllen med noen hundrelapper som kan brukes, for eksempel hvis noen trenger trenger pizza til en ettermiddagsforelesning. Sånt er viktig og miljøbyggende, forklarer hun.

– Men pengene du fikk fra Thon er personlige?

– Joda. Men jeg vet ikke helt hva de bør brukes til. Kanskje noen sykkelreiser, men jeg er også åpen for at de kan brukes til undervisnings- og forskningsformål.

– Hva mener du er nøkkelen til god undervisning?

– Hm...

Guttormsen myser tenkende bak de runde brillene sine. – Alle må finne sin egen stil. Jeg er veldig direkte, på godt og vondt. Gir spesifikk ris og ros. Noen synes jeg er streng, men det er nok bare en del av stilen min.

Selv beskriver hun seg som en frontal person. Ord og tanker som genereres i frontallappen kommer ofte fort og direkte ut gjennom munnen. I kullboken hennes sto følgende beskrivelse: «Anne Berit går fram etter bulldoserprinsippet, men er flink til å plukke opp persillebladene etterpå».

Hun ler.

– Er det en riktig beskrivelse?

– Den er vel ganske god, ja, humrer hun, og legger til: – Men jeg har nok blitt mykere med årene. Jeg har skjønnet hvordan jeg virker på folk, forklarer hun.

Skulle egentlig bli forsker

Å ende opp som studentveileder og anestesilege var aldri et klart mål for Anne Berit Guttormsen. Tidlig i karrieren holdt hun på med forskning på blodplater, og litt senere prøvde hun seg som kirurg.

– Jeg følte meg ikke motivert og moden nok til å satse på forskningen da. Og så følte jeg at jeg ikke hadde de praktiske ferdighetene som skulle til for å bli kirurg.

Et vikariat på anesesiavdelingen ble til fast jobb, og en spesialisering innenfor intensivmedisin førte henne til avdelingen hun jobber på i dag.

– Livet består jo av mange tilfeldigheter, og jeg trives supert der jeg har endt opp, smiler hun.

Guttormsen trives med høyt arbeidstempo, dramatiske pasientforløp og den varierte hverdagen, men innrømmer at hun synes de etiske dilemmaene hun møter på jobb er vanskelige. – Noe av det vanskeligste vi gjør i jobben vår er de etiske beslutningene. Vi må alltid ha stort fokus på om det er etisk riktig å trappe opp intensivbehandling. Når skal vi stoppe behandlingen hvis den er nytteløs? Hvilket resultat tilstreber vi?

Professoren er alvorlig i blikket. – Dette er diskusjoner vi har nesten daglig på jobb. Jeg



synes ofte vi tøyer strikken litt for langt. Jeg holder nok ofte igjen, men har blitt motbevist noen ganger. Det er vanskelig å sette seg over liv og død, og det kan være ganske heftige diskusjoner mellom oss anestesileger og kirurgene. Som regel løser vi det bra, heldigvis, sier hun, og fortsetter:

«Jeg er veldig direkte, på godt og vondt. Gir spesifikk ris og ros»

– Gjennom moderne intensivbehandling kan vi forlenge pasientens liv uten at det blir et godt liv etter intensivoppholdet. Dette er vanskelig, sier hun med trykk på vanskelig. Guttormsen mener de pårørende i enda større grad må inkluderes i vanskelige avgjørelser rundt liv og død.

– Ofte har de pårørende tenkt på de vanskelige valgene som vi er redde for å spørre dem om.

Fremtiden

Selv om hun fortsatt ofte står opp klokken halv seks («for å få jobbet litt før jobb») innrømmer 59-åringen at hun har begynt å tenke på årene som kommer etter det intensive legelivet.

Hun teller på fingrene.

– Ni...ti. Det er ti år til, ikke så veldig lenge, sier hun og fortsetter:

– Dette med undervisning og det å være i klinikken er jo en stor del av identiteten min, så jeg kommer til å fortsette med det så lenge jeg klarer.

Hun fikler litt med fingrene.

– Jeg har forsket mye på alvorlige allergiske reaksjoner (anafylaksi) og har en del data liggende. Det tenker jeg kan være en fin måte å gradvis trappe ned karrieren på; skrive og forske litt på de tingene, smiler hun.

Og selv om hun fortsatt jobber godt over 100 %, passer hun på å ta ut ferien sin og dyrke andre hobbyer. Bare i fjor ble det sykkelreiser i Vietnam og Sør-Afrika. Om vinteren trives hun best på ski på Geilo.

– Og så melder jeg meg som frivillig her og der.

Professoren er aktivt medlem i Norsk Folkehjelp, og trives godt med menneskemøtene.

– Jeg synes sånt er så herlig! På instruktørkursen var det gartnere, elektrikere, medisinstudenter og så meg, da, som jobbet sammen i gode team og lærte av hverandre. Basal førstehjelp og alt det andre som hører med. Det å undervise legfolk er virkelig en kunst, det prøver jeg alltid å huske på. Det er så fascinerende hva man klarer sammen.

Dersom man skal undervise i regi av Norsk Folkehjelp må man bestå instruktørkursen – uansett bakgrunn. Å uteksaminere selveste Anne Berit Guttormsen var det en ung medisinstudent som fikk ansvaret for. – Hvordan gikk eksamen?

Hun smiler.

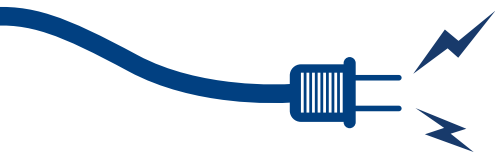
– Jeg sto!

MARTIN HOTVEDT

martin@hotvedt.no

Universitetssykehuset Nord-Norge

Bare en liten karamell?



Hvert år rammes 3 000 yrkesaktive av strømutykker her i landet. – Jeg skvatt godt til, forteller elektrikerlærling Erik Holen om hendelsen på jobb for noen måneder siden.

I for høst begynte han på lærlingtiden og siste innspurt mot fagbrev som elektriker. Hver dag var han ute på arbeidsplasser i følge med en montør med fagbrev. I mars smalt det. Akkurat det som alle elektrikere og alle elektrikerfirmaer jobber for at ikke skal skje, skjedde. Holen fikk strømgjennomgang.

– Dette med strømgjennomgang er noe vi elektrikere tenker på hver eneste gang vi er ute, men vi kan ikke gå rundt å være bekymret for det – det nytter ikke i hverdagen, sier Øyvind Jacobsen, verneombud hos Caverion Kongsvinger, hvor Erik Holen er lærling.

Han forteller at firmaet og elektrobransjen generelt har stort fokus på problemstillingen, og særlig lærlingene blir passet ekstra godt på.

– Det er alltid med en montør som skal passe på. Egentlig skal man jo ikke være borti noe som helst. I vårt tilfelle var det en annen elektriker fra et annet firma som hadde vært borte på tavla og skrudd på den ene kursen, forklarer Jacobsen, som også var på stedet da Holen fikk lavspentstrømmen gjennom kroppen.

Erik Holen sto og jobbet ute på en kurs i en koblingsboks på vegg.

– Jeg skvatt godt til da jeg fikk strømgjennomgang. Montøren som jeg følger ringte sjefen, og jeg ble kjørt på legevakten.

Erik Holen hang ikke fast da han fikk strømgjennomgang og sier han bare følte seg litt skjelve. På legevakten ble han koblet til en EKG-måler og det ble tatt blodprøver.

– Men legevakten ville nesten ikke ta meg inn. Jeg var uten synlige skader, sier Holen.

Etter to og en halv time ble Holen sendt hjem fra legevakten.

– Overraskende! skyter verneombudet inn. Jacobsen har også hatt strømgjennomgang. Det var for omtrent fem år siden.

– Jeg ble koblet til EKG, jeg og, og så ble det tatt blodprøve av meg da jeg kom, samt etter fire timer. Da jeg hadde ligget til overvåking i åtte timer, måtte jeg skrive ut meg selv på eget ansvar. Det var fredag kveld, og jeg tok beslutningen selv. Men oppfølgingen jeg fikk, var definitivt annerledes enn den Erik fikk. Jeg er overrasket over at han ikke ble holdt på overvåking lenger.

Gode rutiner

Verneombud Jacobsen forteller at firmaet har svært gode rutiner både for forebygging av strømskader og prosedyrer for håndtering av eventuelle skader.

– Lærlingene er uerfarne og derfor utsatt. Montørene skal jo jobbe parallelt med at de har ansvaret for lærlingen og kan glemme seg bort litt. Sjefen, Nav, Arbeidstilsynet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap samt forsikringsselskapet blir varslet dersom slike hendelser skjer. Det er viktig.

Verneombudet har også utstyrt seg med appen *Strømutykker*. Han viser frem de ulike funksjonene på telefonen sin. Det er en ryddig og god oversikt i egne menyer for arbeiderne, helsepersonell og arbeidsgiver. Trinn for trinn forklares det viktigste.

– Det har vært et generasjonsskifte i bransjen med mer oppmerksomhet og opplæring om strømskader. Vi snakker ikke lenger om «bare en liten karamell». Det kan godt være at mange helseundersøkelser etter en strømskade er unødvendige, men det er kjipt å la være å sende den ene som skulle

ha vært der. Det er veldig vanskelig å vurdere ute på arbeidsplassen.

I Tidsskriftet blir det presentert en kasuistikk om strømgjennomgang. Den er et bevis på nettopp det Jacobsen forklarer – at skaden kan se ufarlig ut, men manifesterer seg som verre etter noen timer. I Holens tilfelle ser det ut til å ha gått fint. Han sier han kjenner seg helt frisk og fin nå. Han var bare litt skjelve etter hendelsen.

Generasjonsskifte

To av forfatterne bak artikkelen i Tidsskriftet er Statens arbeidsmiljøinstitutt sine egne «strømmenn», psykolog Lars Ole Goffeng og spesialist i arbeidsmedisin Kaj Bo Veiersted. De har også samarbeidet med bransjen og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap om å utvikle appen som verneombud Jacobsen benytter seg av.

Til Holens følelse av litt mangelfull oppfølging i helsevesenet nikker begge gjenkjennende.

– Det er en spennende problemstilling som vi jevnlig utfordres på. Bransjen, sikkerhetsinstruktører, bedriftsleger og ja, senest en fylkesmann, melder tilbake til oss at oppfølgingen sannsynligvis ikke er tilstrekkelig og ikke standardisert mellom akuttmottak. I vårt langstrakte land er det et spredt helsevesen, og det kan tenkes at mange ikke så ofte kommer i befatning med slike tilfeller – heldigvis, sier Kaj Bo Veiersted, mens han byr på fredagskake med sjokoladeglaser og kaffe fra kantinen på Statens arbeidsmiljøinstituttet – dog ingen karameller.

– Ja, for hvor mange tilfeller snakker vi egentlig om?

– Vi gjorde noen beregninger. De sto i Tidsskriftet i 2003. Da hadde vi spurt ganske mange elektrikere på sikkerhetskurs og i andre sammenhenger ute. På selvrapporterte opplevde alvorlige ulykker landet vi på 3 000 antatte hendelser i året. Da vi gikk ut med det tallet, tok vi litt sats, for på den

tiden ble det rapportert inn i snitt 50 ulykker i året til daværende Eltilsynet.

I 2001 ble det rapportert om 70 tilfeller. Medier og bransjen selv skrev om dette som om omfanget av hendelser tilsvarte det rapporterte tallet, og man lurte på hva årsaken til økningen var.

– Så da vi kom trekkende med våre tall på 3 000, var det et anslag godt over antall rapporterte tilfeller. Det vakte oppsikt. Kort tid etter kom det imidlertid beregninger fra Danmark og Sverige som lignet våre, og man begynte å akseptere den store differansen, forteller Lars Ole Goffeng.

Med økt oppmerksomhet på ulykker og den nye beregningen på antallet ulykker, har rapporterte tilfeller økt jevnt og trutt. Alle 3 000 tilfellene trenger selvfølgelig ikke full akuttmedisinsk oppfølging, men mange av dem må få en medisinsk vurdering av om slik oppfølging er nødvendig.

– Det har skjedd en endring i bransjen – et generasjonsskifte om du vil – for nå rapporteres det 500 tilfeller i året til Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Bransjen selv omtaler det som *rapporterte* hendelser, ikke som *det reelle antallet* hendelser. Og den økte innrapporteringen av ulykker kan vi nok kanskje ta et medansvar for, sier Goffeng.

Han titter bort på kollega og parhest i en årrekke, som nikker bekræftende.

– Joda, men vi må jo si at vi har jobbet tett sammen med særlig elektrobransjen og direktoratet for å få til dette, presiserer Veiersted, og legger til:

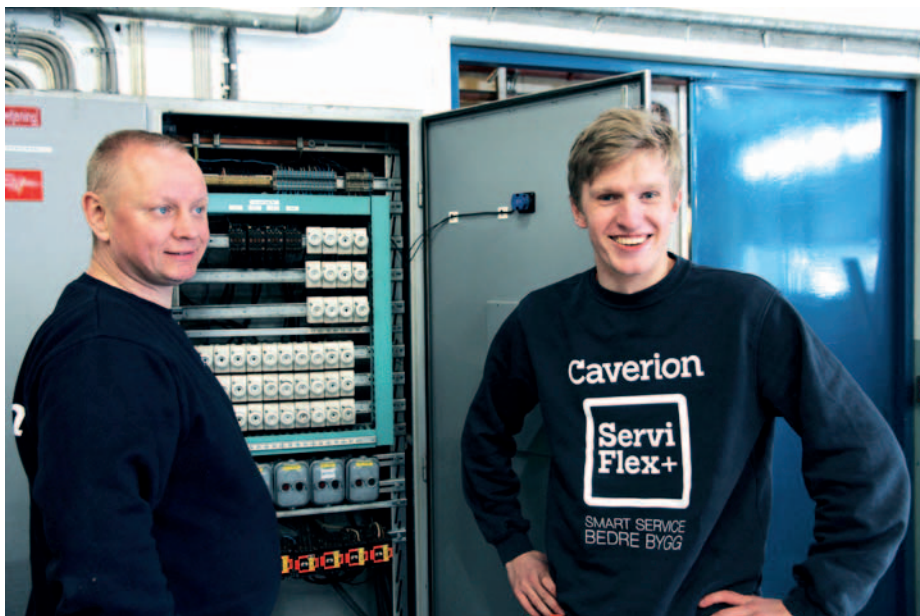
– Vi sitter med inntrykket av at bransjen mener saker skal meldes – det skal inn i systemet – og man skal få medisinsk hjelp. Slik var det ikke for 20 år siden. Tidligere var det nok mer slik at «hvis du kjenner noe», så skal du oppsøke medisinsk hjelp.

– Ja, eller hvis du ble liggende, kommenterer Goffeng.

Veiersted ler og rister på hodet: – Uff, ja! Til og med i AMK-instruksjonene sto det at de kunne gi beskjed til pasienter om at det var unødvendig å oppsøke lege dersom det var snakk om «husholdningsstrøm». Det er heldigvis endret nå.

Ikke bare hjertet er utsatt

– Nå har vi snakket en del om de som *ikke* føler seg godt ivaretatt, men det gjelder ikke alle. Heldigvis. Høyspenningsulykker har vi arbeidet lite med. Slike ulykker dreier seg



Verneombud for Caverion Kongsvinger, Øyvind Jacobsen og elektrikerlærling Erik Holen forteller at bransjen har vært gjennom et generasjonsskifte. – Vi snakker ikke lenger om «bare en liten karamell». Det er blitt mer oppmerksomhet og opplæring om strømskader

om store energimengder og skader som ivaretas akuttmedisinsk i sykehus. På lavspenningssiden har vi gjort undersøkelser som viser at de som har opplevd skader etter lysbuer som følge av kortslutninger føler seg godt ivaretatt. Det er fryktelige



«Lærlingene er uerfarne og derfor utsatt»

smell, høy varmeutvikling og svært dramatisk. De personene har ofte synlige skader, brannskader, og rapporterer at de møter en stram prosedyre som er på plass og høyt prioritert, forklarer Goffeng.

Han sier at det er de som har fått strømgjennomgang fra lavspenning uten synlige skader som er de vanskeligste tilfellene. For utviklingen av eventuell alvorlig skade går saktere, men kan likevel være farlig.

De som har hatt gjennomgang fra lavspenning, men frigjøres fra strømlederen øyeblikkelig, opplever ofte å få den hjelpen de har behov for.

– Men særlig for dem som har opplevd slik strømgjennomgang og fått krampes

i hendene og ikke har klart å komme løs, oppleves hendelsen svært dramatisk. Noen av disse føler seg ikke spesielt godt ivaretatt av helsevesenet i akuttfasen og kan også slite psykisk i etterkant av ulykken, påpeker psykologen.

De konstaterer igjen, som også kasuistikken i Tidsskriftet viser, at det ikke kun er hjertet som er utsatt etter en strømgjennomgang. Det er også fare for dypereleggende vevsskade etter indre forbrenning, siden knokler varmes opp spesielt ved strømgjennomgang.

Samordning av behandlingkjeden

Det har versert ulike råd om oppfølging av strømskader.

– Vi fikk mange telefoner en periode og forsto at pasientene kunne få forskjellig informasjon om oppfølgingsbehov fra de ulike delene av behandlingkjeden. Så vi startet et opprydningsarbeid for å harmonisere denne informasjonen. Vi begynte med å legge inn en del informasjon i førstehjelpshåndboken som skal finne seg ute på arbeidsplassene. Derfra ringer man gjerne til 113. Også for personell i AMK-sentralen og i ambulanse har vi vært med på å justere anbefalingene.

– Og der begynner vel kanskje vår utfordring, skyter Veiersted inn, og utdyper: vi har en klar arbeidsmedisinsk innfallsvinkel til



Lars Ole Goffeng, psykolog og Kaj Bo Veiersted, spesialist i arbeidsmedisin ved Statens arbeidsmiljøinstitutt har jobbet med strømskader i en årrekke. De er opptatt av å formidle at det ikke kun er hjertet som er utsatt etter en strøm Gjennomgang. Det er også fare for dypereliggende vevsskade etter indre forbrenning, siden knokler varmes opp spesielt ved strøm Gjennomgang. Alle foto: Lisa Dahlbak Jacobsen

vårt arbeid med strømutykker. Det handler om at vi først og fremst arbeider for at ulykkene skal unngås.

– Og når ulykken er ute, er en del av det arbeidsmedisinske fagfeltet å bidra til at helseeffektene av den blir minst mulig. Arbeidsmedisinere har kunnskap om hvordan eksponeringer i arbeidslivet kan påvirke helsen akutt eller på lang sikt, følger Goffeng opp.

«Strømmennene» forteller at det går en grense et sted i behandlingsskjeden der andre medisinske spesialiteter vet mer om behandling av strømskader enn arbeidsmedisinere.

– Akuttmedisinere kan selvfølgelig akuttmedisin best, hjertespesialister vet naturlig nok mest om hjertet, sier Veiersted.

– Derfor er vi helt avhengig av å samarbeide med sykehusspesialitetene for å sikre best mulig medisinsk oppfølging, understreker Goffeng.

– Vi er i startfasen på et prosjekt der vi ønsker å få helseforetakene og de akuttmedisinske miljøene til å snakke sammen om hvordan disse pasientene skal tas hånd om på best mulig måte. I forlengelsen av dette må vi standardisere anbefalinger som eventuelt kan danne grunnlag for nasjonale retningslinjer. Vi tok for en del år siden kontakt med Helsedirektoratet for å få på

plass dette. Da fikk vi først stillhet en god stund, før vi fikk tilbakemelding om dette ville være en stor oppgave å få utarbeidet, ler Veiersted, som påpeker at han har tro på snarlig progresjon i arbeidet.

«Arbeidet vårt handler først og fremst om at ulykkene skal unngås»

Dagens anbefalinger

Man har likevel kommet et stykke på vei. Gjeldende anbefaling, utarbeidet av elektrobransjen, direktoratet, Goffeng og Veiersted, er at personer som har vært eksponert for lyn, høyspenning eller strøm Gjennomgang fra lavspenning gjennom hjerteregionen eller har fått brannskader, lammelser og lignende, skal oppsøke medisinsk hjelp for vurdering. Tidligere var anbefalingen tydelig; det sto at man skulle oppsøke sykehus etter strømutykker. Det fulgte sykehusene opp i økende grad, og bransjen var ganske fornøyd med dette.

– Men sykehusene ga også tilbakemelding om at det blir stort press når alle disse anbefales å reise på sykehus. Det dukker opp et betydelig antall pasienter. De var også faglig

usikre på nødvendigheten av såpass tett oppfølging i alle tilfeller og etterlyste klarere dokumentasjon for dette, sier Goffeng.

Da appen og anbefalingene skulle revideres, ble ordet «sykehus» erstattet med «medisinsk hjelp» – definert som fastlege, legevakt eller medisinsk nødtelefon.

– Da har pendelen svingt den andre veien, og noen sykehus har oppfattet dette som en «lemping» på kravet. Men bakgrunnen for endringen er at kunnskapsnivået i helsevesenet har økt, og med bedre undersøkelsesmetodikk kan nødvendige undersøkelser noen ganger også utføres andre steder enn på sykehus. Elektrobransjen, derimot, melder om at de er litt forvirret. De har opplevd endringen som større enn vi trodde, påpeker Veiersted.

– Derfor er det viktig å påpeke at vi endret anbefalingene for å dreie oppmerksomheten i retning av hva som var nødvendige undersøkelser og at vi har lagt mindre vekt på hvor undersøkelsene skulle foregå, sier Goffeng.

For ordens skyld refererer Goffeng og Veiersted til anbefalingen som sier følgende: Ved alvorlige ulykker der pasienten blitt utsatt for høyspenning eller har vært bevisstløs, bør sykehus følge opp med blodprøver og hjertemonitorering minst ett døgn i tråd med internasjonale anbefalinger. Når det gjelder oppfølging av lavspenningsulykker med strømvei via hjerteregionen, har sykehusene hatt litt ulik praksis. Den er avhengig av en medisinsk vurdering basert på blant annet akutt symptomer, innledende EKG og blodprøver.

– Vi har anbefalt at det medisinske personell overveier, avhengig av eksponeringsgrad og pasientens tilstand, å monitorere minst 12 timer eller for eksempel til neste dag. Men dette er noe vi ønsker å diskutere videre med akuttmedisinske miljøer, sier Veiersted.

Begrepet «bare en liten karamell» kan vi dermed en gang for alle arkivere under «gammeldagse ord og uttrykk» og ta det frem kun for historisk tilbakeblikk og passé humor. Eller når man forbløffet finner sin egen hånd nede i en godteriskål.

LISA DAHLBAK JACOBSEN

lisa.dahlbak.jacobsen@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Hva er det med Akershus universitetssykehus?

Som pasient med en alvorlig kreftdiagnose har jeg vært på Akershus universitetssykehus til utredning og behandling utallige ganger.

Mitt første møte med denne miniutgaven av et moderne samfunn var våren 2015, etter en ikke vellykket primæroperasjon ved Radiumhospitalet. Der og da følte det som å komme til paradiset, selv om mine utsikter til et lyst og bekymringsløst liv mildt sagt var minimale fremover.

Etter dette møtet har jeg hatt kontinuerlig kontakt med gynekologisk avdeling ved Akershus universitetssykehus, enten som mottaker av konvensjonell intravenøs kjemoterapi, eller som ledd i oppfølgingen av avansert og kostbar vedlikeholdsbehandling.

Hva kan det skyldes at jeg føler en indre ro og trygghet hver gang jeg kommer til sykehuset? Jeg griper meg selv i å tenke på at jeg faktisk gleder meg til møtene med sykehusets personale, og at jeg ville vært litt fattigere uten disse erfaringene.

«Hva kan det skyldes at jeg føler en indre ro og trygghet hver gang jeg kommer til sykehuset?»

La meg forsøke å illustrere

I begynnelsen av februar i år måtte jeg ringe sykehuset fordi jeg fikk høy feber, smerter i høyre side og vondt for å puste. Jeg hadde akkurat startet på 3. linje kjemoterapi, og retningslinjene er nøye innprentet hos oss pasienter. Ved feber, kontakt sykehuset. Du skal innlegges og utredes, uansett tidspunkt på døgnet. Klokken var blitt over fire, og alle sykehusekspedisjoner var stengt.

Min kontaktlege har sagt jeg kan ringe når som helst. Dette var ikke første gang jeg fikk hjelp av ham på kvelder og i helger. Han ordnet med ambulanse og ga beskjed om at jeg var underveis.

I akuttmottaket var det en summende travelhet, men vennlig og effektivt. Ganske snart ble jeg trillet opp på posten og inn på et enerom jeg hadde hatt ved tidligere inn-

leggelse. Det var lite, men høyt under taket og hadde store vindusflater. Det var en ny leselampe der! Den kunne bøyes og stilles i alle retninger. Det hadde jeg savnet tidligere. Baderommet var romslig og gullende rent. Kort etter kom en sykepleier inn til meg og ga beskjed om at feberen ikke skyldtes nøythropeni. Jeg tenkte at det var deilig å slippe bredspektret antibiotika denne gangen, men hvordan hadde laboratoriet rukket å gi svar så fort? Så kom vakthavende lege. Hun undersøkte meg grundig og rekvirerte CT-undersøkelse for å undersøke om smertene kunne skyldes lungeemboli.

Jeg spiste velsmakende aftensmat på sengekanten. Herfra hadde jeg utsikt til en av de andre fløyene på sykehuset. Jeg så inn i et miniunivers, med rekker av opplyste pasientrom i flere etasjer. Bak vindusglassene og de åpne persiennene så jeg at gipsede ben ble løftet og strukket av sykepleiere eller fysioterapeuter, her tuslet nyopererte pasienter ustøtt rundt sengene sine, og det ble gjennomført kveldsstell. Det var et travelt lite samfunn som viste mange fasetter av sykehusets «liv og sjel», men uten at det ble for nært. Jeg lurte på om denne måten å få litt innsyn til en av de andre sykehusfløyene var en bevisst intensjon hos arkitektene som skapte Akershus universitetssykehus for ti år siden. Sikkert er det i alle fall at utsikten til, og innsikten i, alle aktivitetene i den andre fløyen var med på å skape en form for sosial tilhørighet. Jeg følte meg ikke alene og isolert i min del av dette universet.

Nå var det blitt sengetid for en sliten kreftpasient. Sykepleieren sa at jeg kunne legge meg og sove. Jeg ville bli hentet til CT-undersøkelse i løpet av kvelden eller natten. Jeg sovnet som en stein.

En hyggelig portør vekket meg. Han advarte meg omsorgsfullt hver gang båren måtte over en hump. Så ble jeg trillet inn i en ventesone på røntgenavdelingen. Her lå jeg en stund og betraktet taket med de pene lysarmaturene og tenkte med takknemlighet på arkitektene som hadde valgt ut interiøret i sykehuset. Det er faktisk viktig å ha det vakkert rundt seg når man er syk.

En eldre pasient ble trillet inn ved siden av meg i ventesonen. Portøren hans sa adjø og lykke til. Pasienten åpnet ikke øynene og svarte ikke. Portøren tok ham forsiktig på skulderen og sa nok en gang adjø. Ikke noe svar. Han sto lenge og betraktet pasienten ettertenksomt før han gikk. Slikt gjør inntrykk. Kjente han pasienten fra tidligere?

Han viste iallfall ekte bekymring da han gikk videre til sine neste oppgaver.

Min undersøkelse ble raskt gjennomført av vennlige radiografer. Snart var jeg tilbake på mitt rom, hvor jeg etter hvert fikk frokost. Vakthavende lege hadde ventet med visitt hos meg til svaret fra CT-undersøkelsen forelå. Jeg fikk vite at det ikke var sikre holdpunkter for lungeemboli. Smertene hadde avtatt, men jeg fikk beskjed om å være på avdelingen en stund til for å være sikker på at alt var greit før jeg reiste hjem.

«Sammen gjør de hverandre gode»

Noen timer senere ble jeg hentet. Jeg tenkte på at om syv dager ville jeg igjen være tilbake på sykehuset, da på gynekologisk poliklinikk, hos «mine» dyktige sykepleiere og leger som skulle gi meg en ny kjemoterapikur under betingelser som jeg oppfatter som svært trygge. Denne tiliten bygger på tre års erfaring, der jeg hele veien har opplevd hvordan sykehusets ulike grupper av helsepersonell samhandler med hverandre og pasientene på en profesjonell, vennlig og respektfull måte. Ikke sjelden strekker de seg ut over det man kan forvente. Dette fører til at jeg opplever behandlingsforløpet som et sømløst system, uten feil og forsinkelser.

Ja, hva er det med dette sykehuset?

Akershus universitetssykehus er et moderne sykehus som etter min oppfatning har arkitekturen på sin side. Dette bidrar nok mye til funksjonaliteten og effektiviteten i alle ledd.

Det viktigste er likevel alle de ansatte, som tydeligvis er veldig glade i, og stolte av, jobben sin. Sammen gjør de hverandre gode. Jeg tror det er dette som utgjør den store forskjellen. Dette er viktig i et samfunnsperspektiv, og det har stor betydning for alle oss sårbare pasienter.

LIV HELEN RYGH

liv.rygh@online.no

(f. 1946) er spesialist i sykehusfarmasi, har master i helseadministrasjon (del I) og doktorgrad i kreftcellebiologi, Universitetet i Oslo. Hun har hatt forskerstilling i analytisk farmakologi ved Rikshospitalet, vært avdelingssjef ved Statens legemiddelkontroll, seniorrådgiver i Helssetilsynet og seniorrådgiver ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Idrettsprat i doktorklubben

Medlemmene av doktorklubben er blitt pensjonister, helt eller delvis. Omstillingen fra et aktivt og meningsfylt legeliv til pensjonisttilværelsen har vært utfordrende.

Alle er vi enige om at glede er helsebringende og at vi bør bli flinkere til å oppsøke våre gledesilder. En av disse er fysisk aktivitet.

Under siste møte ble det mye snakk om idrett. Et av medlemmene er noe over gjennomsnittet opptatt av fotball. Han går nødig glipp av en kamp på TV. Med et tilstrekkelig antall kanaler er det visstnok mulig å se fotballkamp hver dag, selv om han enkelte ganger må nøye seg med bulgarsk tredjedivisjon. Det kom ikke som noen overraskelse da han hevdet at omgangssyke varte 45 minutter.

To av medlemmene hadde sine formative år i idrettslaget Heming, det vil si midt i konjakkbeltet i Oslo vest. Dette har preget dem siden. Her var det i oppvekstårene alpinsport og tennis som gjaldt. Alpinisten Stein Eriksen var det store forbildet. At han var så jålete at han måtte stoppe opp ved 3. port for å rette på sveisen, ville de ikke høre snakk om.

«Skikkelig idrett – en urnorsk aktivitet for ensomme slitere med langsomme muskelfibre og høyt oksygenopptak»

Og de spiller fortsatt tennis hver uke. Da et medlem antydte at tennis er et dekadent overklassefenomen, ble han bryskt avvist som fordomsfull ignorant. Likevel måtte de finne seg i at vi harselerte med alle skadene de hadde pådratt seg under tenniskamper de siste årene. Men, som en av dem trøstet seg med, «som regel slipper jeg med strekken». Etter å ha hørt om alle strekkskadene er vi andre kommet til at det er uheldig dersom tennis bare blir forbundet med albuer.

Selv mente jeg at om vi skulle diskutere idrett, måtte vi over på langrenn, vår nasjonalidrett. Eller for å si det med Fridtjof Nansen – idrettenes idrett. Vi var alle enige om at innføringen av skisprint var en uting. Det er ikke langrenn, det er kortrenn. Men jeg møtte betydelig motbør da jeg hevdet at all idrett som ikke setter krav til

utholdenhet og som varer under en time, falt utenfor det jeg anså som skikkelig idrett – en urnorsk aktivitet for ensomme slitere med langsomme muskelfibre og høyt oksygenopptak.

«Et startnummer ga ham overmot i brystet og fjernet absolutt alt vett i pannen»

Et av medlemmene har prøvd seg i Birken. Her opplevde han et pussig fenomen, nemlig at et startnummer ga ham overmot i brystet og fjernet absolutt alt vett i pannen. Mantraet om å holde igjen for å holde ut, var som blåst vekk. Han mente folk som slo om seg med uttrykk som ytelsen er en del av nytelsen og å være lykkelig som sliten, aldri kan ha møtt veggen. Han fortalte han så vidt unngikk den ultimate ydmykelsen å bli tatt ut av rennet halvveis, der de som ikke var passert innen en viss tid måtte ta plass i Skammens Buss til Lillehammer.

På et epilepsimøte i vår traff jeg en svensk kollega. Han var på den ene side mektig imponert over den norske medaljefangsten i de olympiske vinterlekene i Pyeongchang, på den annen side hadde han gjennom svensk presse fått inntrykk av at alle norske langrennsløpere led av astma. Han hadde lest at nordmennene hadde med seg 6 000 astmadoser til Sør-Korea. Han mer enn antydte at vi i Norge måtte ha våre egne kriterier for å stille astmadiagnosen. Han mente videre at man fra svensk hold hadde lurt på om vår suksess kunne skyldes at vi ikke bare hadde en liberal holdning til bruk av astmamedisiner innvortes, men at vi kanskje også benyttet dem til utvortes bruk, for eksempel i form av Ventoline-spray under skiene?

Hvordan skal man forsvare seg mot slike frimodige og konspiratoriske påstander? Jeg måtte likevel innrømme at han kanskje kunne ha et poeng. Har våre idrettsmedisinere gjennom denne astmasaken satt vår stolte skinasjon i et uheldig lys?

Jeg spørger kun.



KARL O. NAKKEN

karln@ous-hf.no

(f. 1945) er pensjonert nevrolog. Han var i over 35 år ansatt ved Spesialsykehuset for epilepsi (SSE) i Sandvika.

Foto: Privat.

Hva bør *grounded theory* kalles på norsk?

Databasert teoriutvikling er et godt norsk uttrykk for det engelske *grounded theory*.

Grounded theory er en kvalitativ forskningsmetode som ble utviklet av de amerikanske sosiologene Barney Glaser & Anselm Strauss i 1960-årene (1). Ideen var å lage en metode for å oppdage eller generere teori på grunnlag av data. Man starter så å si med blanke ark i et forsøk på å utvikle teori ut fra et datasett (2). Det er blitt beskrevet som at «teorien blir til mens man går» (3). Hensikten er å utvikle nye teorier som i neste omgang kan testes empirisk (2). Det engelske uttrykket *grounded theory* stammer nettopp fra tanken om å utvikle teori som er «grunnet» (engelsk: grounded) eller «jordet» i data.

Metoden ble utviklet som et opprør mot en tendens til ensidig vektlegging av verifisering og testing av teorier i sosiologisk forskning (4). Uttrykket *grounded theory* er i seg selv litt merkelig, ettersom det kan gi inntrykk av at all annen kunnskapsproduksjon er basert på noe annet enn empiri.

Metoden har fått stor utbredelse, også i medisin og helsefag. Blant de innviede

brukes forkortelsen GT. I PubMed gir «grounded theory» over 9 000 treff, og i 2015 ble det en egen MeSH-term med den fyndige definisjonen: «The generation of theories from analysis of empirical data» (5).

«Teorien blir til mens man går»

Et søk på nettet og i mediearkivet Retriever viser at uttrykket *grounded theory* er ganske etablert i norsk. Både i en medisinsk ordbok, en lærebok i kvalitative forskningsmetoder og i leksika brukes det engelske uttrykket (2, 4, 6, 7). Når man skal lage en oversettelse, er det ofte en fordel å legge den tett opptil det engelske originaluttrykket. I dette tilfellet kunne det kanskje være *jordnær teori*, *bakkenær teori* eller noe lignende, men dette er nok et eksempel på at en direkte oversettelse fra engelsk ikke alltid er den beste løsningen.

I Tidsskriftet har vi tidligere brukt flere forskjellige uttrykk: «den komparative metode» (8), «forklaringsbasert teori» (9) og «systematisk sammenlignende metode» (10). Sistnevnte springer ut fra at *grounded theory* av og til blir omtalt som «the constant

comparative method» – det viser til at en operasjon i kodingsprosessen er sammenligningen.

I et nettsøk kommer flere andre forslag, som «empiribasert teori» (11) og «databasert teoriutvikling» (12). Kanskje er det sistnevnte, *databasert teoriutvikling*, det beste, ettersom det er mest beskrivende for metoden – man forsøker å utvikle teori basert på data. Uttrykket *grounded theory* høres ut som en teori, men egentlig handler det om teoriutvikling. Slik sett er *teoriutvikling* en riktige beskrivelse, selv om det er en mindre direkte oversettelse av originaluttrykket. *Databasert teoriutvikling* er ganske altomfattende, så muligens ville det være enda bedre med *datarevet*? Men kanskje er det fornuftigst å satse på et uttrykk som allerede er i bruk. Vårt forslag er derfor *databasert teoriutvikling*, *grounded theory* kan settes i parentes bak første gang det nevnes i teksten.

Jeg takker Marit Helene Hem og Sigurd Høye for nyttige kommentarer.

ERLEND HEM

erlend.hem@medisin.uio.no
(f. 1970) er dr.med., fagsjef og redaktør for Tidsskriftets språkspalte.

LITTERATUR

- 1 Glaser BG, Strauss A. Discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine de Gruyter, 1967.
- 2 Malt U. (2.2.2017). Grounded Theory. I: Store norske leksikon. https://snl.no/grounded_theory (11.11.2017).
- 3 Grenness T. Innføring i vitenskapsteori og metode. Oslo: Tano Aschehoug, 1997: 155.
- 4 Korsnes O, red. Sosiologisk leksikon. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2008: 100.
- 5 Grounded theory. I: MeSH. www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68066296 (14.11.2017).
- 6 Nylenna M, red. Medisinsk ordbok. www.ordnett.no/search?language=no&phrase=grounded+theory (11.11.2017).
- 7 Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2017: 95.
- 8 Brinchmann BS, Førde R, Nortvedt P. Foreldres erfaringer med liv-død-beslutninger hos premature barn. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2098–101.
- 9 Dybwik K. Entusiasme avgjør hjemmerespiratortilbudet. Tidsskr Nor Lægeforen 2010; 130: 256.
- 10 Hem MH. Nyttig om kvalitativ forskningsmetode. Tidsskr Nor Lægeforen 2012; 132: 63.
- 11 PSY3101 – Forskningsmetode – kvalitativ. <http://grades.no/course/PSY3101> (11.11.2017).
- 12 MET 2030 Kvalitativ metode. Sivilmærkedsførerstudiet. <http://web.bi.no/info/kurs2000.nsf/3ff09a26df52d394c125690a004cc1ed/b4da3468a15c11f0c12568b10024637f!OpenDocument> (11.11.2017).

Til lags åt alle kan ingen gjera...

Ganske nylig ble Tidsskrift for Den norske legeforening kåret til Årets tidsskrift 2018 av Norsk tidsskriftforening. I juryens begrunnelse kunne vi bl.a. lese at Tidsskriftet kanskje er den fremste eksponenten blant fagtidsskrifter for å vedlikeholde og videreutvikle en fagterminologi på norsk. Vi jobber daglig med denne viktige oppgaven, men litt motbør møter man jo innimellom, som seg hør og bør. Så også i 1929, da Tidsskriftet gikk over til en ny, offisiell rettskrivning (Tidsskr Nor Lægeforen 1929; 49: 243–45).

Fagartikler, medisinsk administrasjon, kollegiale spørsmål m.v.

«Tidsskriftet»s sprog.

Den i «Tidsskriftet»s første nummer for i år bebudede forandring i «Tidsskriftet»s sprog er nu kommet i andet hefte. – Da jeg skulde til med dette nummer, husket jeg ikke på dette glædelige budskap – og begynte trøstigt på første artikkel. Men det var ikke mange linjer jeg var kommet, før den nye sprogdrakt virket således på mig, at artiklens faglige indhold blev mig aldeles fordærvet, jeg måtte simpelt hen – for denne gang ialfald – gi op. I stedet for gav jeg mig – nolens volens – til blot at se igjennem artiklen fra dens orthografiske side – NB. Ikke dens sproglige. For det er vel ikke sprogets, men den såk. retskrivnings forandring redaktionens glade budskap går ut på – altså for så vidt et galt valgt uttryk for meddelelsen – heldigvis! Det skulde bare manglet at det virkelig var sproget: Nu går vi over til landsmål! Forresten, man vet sig jo aldrig tryk for hvad man kan risikere – men den dag melder ialfald jeg mig ut av Lægeforeningens resp. «Tidsskriftet» – hvis jeg da ikke forinden er død.

Men det er sandelig galt nok som det tegner; jeg har set på første artikkel, mere orket jeg ikke. Thi hvad er det ikke for et sammensurium av «rettskrivning» allerede denne ene artikkel byr på? dels i behandlingen av de rent medisinske ord, dels i de almindelige allemandsord d. v. s. den såk. offisielle rettskrivningen av 1917 eller hvad den nu heter. Det sidste er en side av saken for sig – dens logiske umuligheter er jo kjendt vare fra før, hvor den har fått smuglet sig ind; jeg skal ikke større fæste mig ved den – men leilighetsvis kan man jo ikke undgå at bli hængende fast i de værste uhyrligheter.

(...)

Nei det er en frygtelig sørpe altsammen, kjære redaktion – og for den medicinske stand ikke minst et bedrøvelig tids-

dekadencens tegn. Av medicineren forlangtes før sprogkundskap og sprogfølelse – og det var vel.

Sarpsborg i januar 1929.

G. Winge

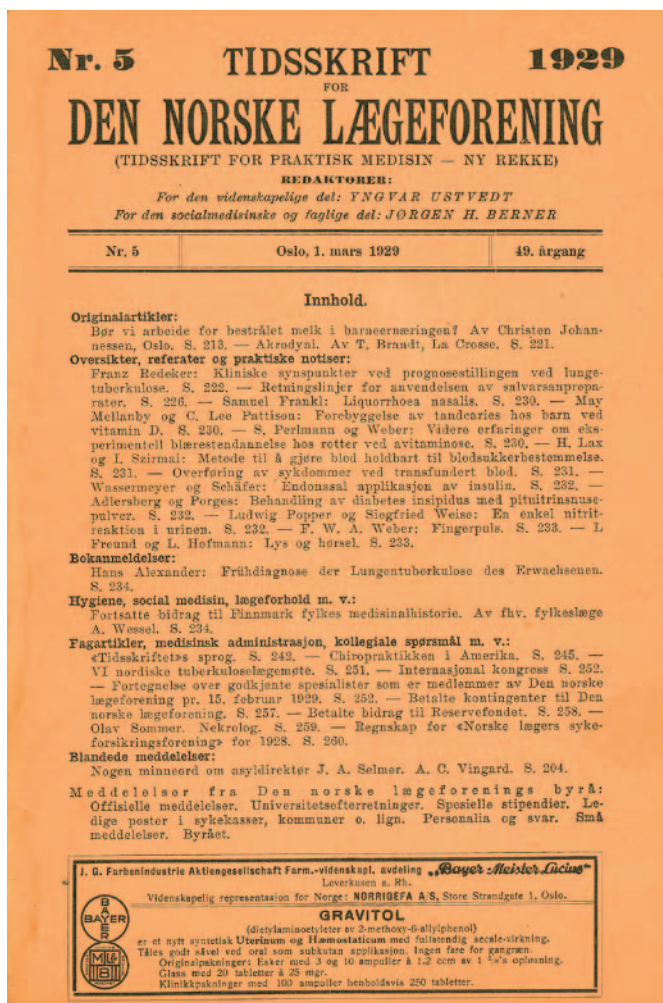
Da «Tidsskriftet» fra 1. januar i år gikk over til den offisielle rettskrivning, var redaksjonen naturligvis forberedt på at det kunde vekke misnøie på enkelte hold. Imidlertid er «reformen» inntil nu kollega Winge optrer, blitt møtt med velvilje, ja en eldre

kollega skriver til mig, at det «gleder ham oppriktig».

Bestemmende for redaksjonen, når den nu fulgte eksemplet fra andre tidsskrifter, var for det første at det volder besvær for trykkeriet, hvor typografen snart skal sette en artikkel efter den gamle og snart efter den nye rettskrivning. Men den viktigste grunn er, at når man nu først har en offisiell rettskrivning, så bør den følges uansett om man personlig liker den eller ikke i et offisielt tidsskrift.

(...)

Red.



Grundig lærebok om vrangforestillinger



VRANG-FORESTILLINGER

Alv A. Dahl
285 s, tab, ill. Oslo: Cappelen Damm, 2017. Pris NOK 429
ISBN 978-82-02-53798-2

Alv A. Dahl, tidligere professor i psykiatri, har skrevet en meget grundig lærebok om vrangforestillinger – om begreps utvikling og vitenskapsfilosofiske bakgrunn, om avgrensning, kartlegging, årsaksforhold og behandling. Det begynner med to korte kasuistikker, den ene svært kjent og omdiskutert i vårt land, nemlig Arnold Juklerød, den andre om den berømte tyske masse-morderen Ernst Wagner fra første del av 1900-tallet.

Når det gjelder diagnostisk klassifikasjon og kriterier, argumenterer Alv A. Dahl overbevisende om at DSM-5 er klarest. Han fremstiller også på en oversiktlig måte den dimensjonale forståelsen av vrangforestillinger. De mest innflytelsesrike psykodynamiske teoriene om vrangforestillinger blir også utførlig diskutert. De to kapitlene om psykoselignende erfaringer i befolkningen byr på nye og viktige kunnskaper om ulike typer og grader av paranoid tenkning.

Kapitlet om årsaksforhold ved utviklingen av vrangforestillinger er meget grundig forskningsmessig belagt og pedagogisk klart fremstilt fra både biologiske, individualpsykologiske og sosiale perspektiver. Forfatteren skiller klart mellom årsaksfaktorer og mellomliggende mekanismer for utvikling av vrangforestillinger, et skille som også den mest erfarne kliniker vil oppleve oppklarende.

Likedan er kapitlet om behandling godt forskningsmessig forankret, ikke minst når det gjelder medikamentell behandling, og fremstillingen er overbevisende klar rundt psykososiale behandlingsmetoder.

Bokens siste tre kapitler har titlene *Religion, ideologi og ekstremisme*, *22. juli-terroristen* og *vrangforestillinger* og *Kollektive vrang-*

forestillinger. Drøftingen av 22. juli-masse-morderen er svært omfattende, og vil nok bli lest med største interesse av veldig mange. Uten å røpe forfatterens egen konklusjon kan det sies at drøftingen av de to sakkyndige komiteenes innstillinger samt rettens begrunnelse er svært nøye ettergått og belyst i relasjon til terroristens egne uttalelser og såkalte manifest. Denne fremstillingen ville nok også kunne påkalle internasjonal oppmerksomhet. I det forutgående og det etterfølgende kapitlet drøfter forfatteren det kompliserte saksområdet, som både historikere og samfunnsvitere vil se som sin hjemmebane, med en kombinasjon av begrepsmessig stringens og nødvendige forbehold om psykiatrifagets avgrensning.

Denne boken bør leses av alle som har behandleransvar i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Det er grunn til å tro at den også vil bli lest av mange som er opptatt av terrorisme, konspirasjonsteorier og 22. juli-massakren.

SVEIN HAUGSGJERD

Pensjonert psykiater, Oslo

Sexologi for allmennlegen



SEXOLOGI I PRAKSIS

Elsa Almås, Esben Esther Pirelli Benestad
3. utg. 399 s, ill. Oslo: Universitetsforlaget, 2017.
Pris NOK 499
ISBN 978-82-15-02971-9

Den allmennpraktiserende legen er den første innenfor helsevesenet som de fleste kontakter angående et seksuelt problem. Målgruppen er derfor spesielt allmennleger, men også leger med andre spesialiteter.

Boken gir en bred innføring og forståelse

i sexologi som en tverrfaglig profesjon. Forfatterne sier at de i denne 3. utgaven legger mer vekt på det biopsykososiale perspektivet som grunnlag for sexologisk forståelse. Jeg har lest den 2. utgaven tidligere og ser dette poenget.

Gjennom 18 kapitler gir forfatterne oss et spennende perspektiv i sexologiens historie. Den forteller oss om PLISSIT-modellen som beskriver de ulike nivåene du kan forholde deg til og behandle seksuelle problemer på. Den seksuelle responssyklusen blir forklart. Seksualitet og aldring blir mer og mer relevant, og som forfatterne sier er de eldre en sammensatt gruppe med ulike problemstillinger.

Jeg mener vi leger i for liten grad har vært opptatt av seksuelle bivirkninger av ulike medikamenter. Dette blir gjennomgått på en oversiktlig måte av forfatterne. Det samme gjelder ulike sykdommer og kroniske tilstander som kan påvirke seksualiteten.

Det gis en grundig innføring i seksuell funksjon og dysfunksjon, noe jeg merker jeg

har mye igjen for i forholdet til mine pasienter etter at jeg selv tok utdanningen i sexologi. Almås & Benestad forteller oss hvordan vi kan utrede ulike seksuelle utfordringer. Et kapittel vies seksualterapi, der målsettingen er å bistå klienten med klarlegging av seksuelle behov og bidra til å finne en løsning som er tilfredsstillende så langt det er mulig.

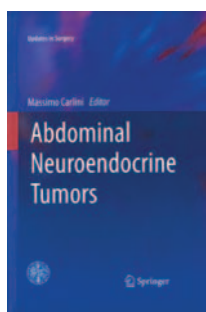
Kjønnsinkongruens forklares, og seksuell tiltrekning og seksuelle tenningsvariasjoner er andre og viktige temaer som gis oppmerksomhet i denne 3. utgaven.

Som spesialist i allmennmedisin ser jeg helt avgjort at denne boken kan være verdifull for oss allmennleger. Det gis konkrete forslag til rådgivning og terapi for ulike seksuelle utfordringer eller problemstillinger. Etter min mening fungerer den også bra som et oppslagsverk dersom man ikke har tenkt å lese boken fra a til å.

TROND DAAE-JOHANSEN

Spesialist i allmennmedisin
Spesialist i sexologisk rådgivning, NACS

Neuroendokrine svulster i abdomen



ABDOMINAL NEUROENDOCRINE TUMORS

Massimo Carlini, red.
198 s, tab, ill. Milano: Springer, 2018. Pris EUR 135
ISBN 978-88-470-3954-4

Dette er et kompendium som springer ut fra de toårlige rapportene som utarbeides av arbeidsgruppen for neuroendokrine tumorer i den italienske kirurgiske foreningen. Således er alle forfatterne italienske, i hovedsak fra sentrene i Roma og Verona. Det er en kondensert bok rettet mot et multidisiplinært publikum, med særlig fokus på siste kunnskap innen epidemiologi, diagnostikk og behandling.

I første del beskrives sykdommen (kalt «nosography») over fire kapitler, hvor blant annet klassifikasjonssystemer og arvede syndromer omtales. Neste del omhandler diagnostikk, med kapitler om tumormarkører, endoskopi, bildediagnostikk (både funksjonelle og ikke-funksjonelle modaliteter) og patologi. I siste del gjennomgås behandlingsregimer for neuroendokrine tumorer i ventrikkel, pancreas, tynn- og tykktarm, og til slutt levermetastaser.

Omslaget er kraftig, papiret solid og matt, og det er rikelig med illustrasjoner. Når samtlige kapitler inneholder oversiktige tabeller. Boken er relativt nett og hendig og ikke for lang. Kapitlene bærer noe preg av å være korte, dels symposiepreget, og inneholder ingen gradering av informasjonen som presenteres. Mange steder er det referert til kontroverser eller sprikende resultater i litteraturen, uten at disse påpekes nærmere. Leseren er derfor nødt til å kjenne litteraturen på forhånd for å være innforstått med hva forfatteren sikter til. Problematisering rundt epidemiologi og beskrivelse av sykdommen, for eksempel stadieinndeling, kunne i noen grad vært gjort tydeligere, spesielt om hensikten er å utdanne og opplyse lesere som ikke har

dybdeinnsikt i temaet fra før. Her kunne noen tabeller gjort seg for å vise likheter og forskjeller. God referansebruk gjør likevel at henvisninger til primærkildene er tydelige og muliggjør egen fordypning i dette om ønskelig.

Kapitlene er enkelte steder ganske teksttunge, og der kunne man med fordel presentert noe mer data i tabeller, for eksempel oversikt over aktuelle studier innen terapivalg, sammenligning av klassifikasjonssystemer og andre temaer der leseren forventes å kjenne forholdene fra før. Enkelte typografiske feil forekommer, noen allerede i innholdsfortegnelsen.

Samlet sett er dette en fin og aktuell oversikt over eksisterende kunnskap om abdominale neuroendokrine tumorer. Prisen er relativt stram for innhold som også kan oppdrives andre steder, men for de med ønske om en generell oversikt, kan boken anbefales.

KJETIL SØREIDE

Honorary consultant surgeon, Hepatobiliary and pancreatic surgery,
Royal Infirmary of Edinburgh

Immun: vær så god!



IMMUN

Anne Spurkland
Kroppens evige kamp for å overleve. 416 s, ill. Oslo: Spartacus Forlag, 2017.
Pris NOK 399
ISBN 978-82-430-0830-4

På bølgen av populærvitenskapelige bøker om ulike deler av kroppen kommer *Immun* seilende. Bøker i denne sjangeren er ikke lærebøker i ordets rette forstand, men her er det likevel mye å lære for de som er interessert i kroppens forsvar mot ytre og indre trusler. Målgruppen er bred og omfatter også de som er godt kjent med immunologi

fra før, ikke minst som en påminnelse om historien bak og grunnlaget for faget.

Boken delt i seks hoveddeler med underkapitler starter med mikrobene, oppdagelsen av disse og hvordan de kan gjøre oss syke. Slik settes scenen for immunforsvaret og alle oppgaver det har utviklet seg for å løse. Det er noen få, enkle illustrasjoner for å klargjøre strukturer og konsepter. Ellers bæres innholdet av et lettforståelig og nøytralt, men likevel personlig språk.

De litt over 400 sidene dekker det vesentligste for en grunnleggende forståelse av immunsystemet, uten at boken oppleves for lang eller detaljert. For den mer investerte leser er det rikelig med referanser som kommer til slutt. Avslutningsvis finnes også ordforklaringer, persongalleri og en smørbrødtype over forfatterens tips til et godt immunforsvar, forfriskende uten supermat, detox eller andre helsetrender.

Hver celle og hvert molekyl har sin plass for at immunforsvaret skal kunne gjøre jobben sin, og forfatteren lykkes godt med å vise sammenhengen mellom disse og tegne det store bildet. Her serveres historier

om hvordan og av hvem kunnskapen om immunforsvarets bestanddeler og deres oppgaver har blitt oppdaget. Vi møter store navn fra inn- og utland hvis bidrag til immunologien, og ikke minst folkehelsen, har vært enorme. Det er inspirerende å lese om oppdagelsen av ting som nå er lærebokstoff, men som for ikke lenge siden var banebrytende nyheter. Vi som jobber i faget står virkelig på skuldrene til kjemper. I teksten finnes også flere pasientfortellinger og historier fra forfatterens eget liv og bakgrunn naturlig føyet inn i de temaer som omtales. Her er eksempler på hva som kan skje når noe mangler og når immunforsvaret retter skytset mot feil mål eller tar for hardt i.

Immunologi er gøy, og med denne boken gjøres kunnskapen tilgjengelig for flere. Anbefales!

INGVILD J. LÆGREID

Konstituert overlege, Immunologi og transfusjonsmedisin
Laboratoriemedisin, Universitetssykehuset
Nord-Norge

Aktivitet og livs- utfoldelse i høy alder



GAMMAL, LIKSOM?

Lisbet Bang
175 s, ill. Larvik: Liv Forlag,
2017. Pris 349 NOK
ISBN 978-82-8330-093-2

Dette er en samling av 29 håndplukkede historier om å eldes. Aldringen fremstilles med glede, mestring og stolthet og visualiseres gjennom fotografier av vitale, aldrende mennesker. Boken er en videreføring av utstillingen «Et menneske er Et menneske».

Målgruppen er allmenheten, men også fagpersoner. Bakgrunnen er at forfatteren, som er lege og fotograf, ønsker å endre folks syn på aldringsprosessen og ikke minst mediens omtale av gamle. Hun ønsker å bidra til at gamle mennesker fremstilles

med verdighet og vektlegger at man forblir den samme man alltid har vært selv om legemet eldes.

Det grafiske uttrykket er vellykket, men gir meg som leser lyst til heller å se det hele som en utstilling. Likevel, fotografiene er illustrative og gir uten unntak uttrykk for livsglede.

Historiene er personlige og har noen tydelige fellestrekk: betoningen av hvor viktig det er å holde seg i aktivitet, ta initiativ, være sosial og fortsette med gjøremål som gir hverdagen innhold. Samlet gir alle uttrykk for gleden over å delta i et fellesskap, bidra og være til nytte for andre. Utvalget av personer forfatteren har samlet representerer en svært ressurssterk gruppe både med hensyn til intellekt, yrkeserfaring og økonomi. Det anfører til refleksjon over årsaker til ulikheter i helse og hva som skal til for å bibeholde et godt liv i høy alder. Det slår meg at alle personene er talerør for at man fortsatt kan utvikle seg selv om man blir gammel. Kanskje det er det som kan betegnes som å forynges? I en klinisk hverdag som geriater går vi stort sett glipp av kontakten med denne kategorien eldre, da de fleste vi møter har akutte og kroniske sammensatte medisinske behov. Disse utvalgte historiene kan minne oss på at vi også må vektlegge den enkeltes reservekapasitet og mest-

ringsevne og ikke entydig fokusere på patologi.

Boken gir ikke et nyansert bilde av å bli gammel, men det er heller ikke forfatterens intensjon. Mange av personene som intervjues har livserfaringer som gjør inntrykk, men alle er mest opptatt av å få frem positive sider av livet de lever som gamle. Noen av de direkte sitatene er så fulle av begeistring at de blir lite troverdige.

Temaet har vært belyst tidligere. Allerede i Betty Friedans *The fountain of age* (1993) beskrives alderdommen som en ny periode i livet som kan preges av utvikling hvis man åpner for nye utfordringer. I Åshild Ulstrups *100 pluss, våre eldste forteller* (2005) lar forfatteren oss bli kjent med 17 ulike skjebner fra hele landet, en mindre selektert gruppe enn Bangs utvalg, men også disse fokuserer på at det å få gjøre noe for andre gjør at de føler seg unge.

Hovedinntrykket av *Gammal, liksom?* er at eldre mennesker må fremstilles som det de er: en ressurs heller enn en utfordring for samfunnet.

ANNE RITA ØKSENGÅRD

Forskningsleder, Nasjonalforeningen
for folkehelsen

Godt innblikk i sårbehandling



SÅR OG SÅRBEHANDLING

Susan Bermark,
Britta Østergaard Melby
En grundbog i sygeplejen.
414 s, tab, ill. København:
FADL's Forlag, 2017.
Pris DKK300
ISBN 978-87-7749-907-4

Boken omhandler de fleste sårtyper: Kirurgiske sår, brannsår, arterielle og venøse sår, sår i forbindelse med kreft, stomi og diabetes samt immunologiske sår. Det er gode avsnitt om sårsmarter, atferdspåvirkning og ernæring ved kroniske sår. Også praktisk sårbehandling og bakomliggende internmedisinske og psykososiale aspekter blir beskrevet.

Alle de 24 kapitlene har gode sammendrag, og det er fine bilder. Det er satt opp et fornuftig stikkordsregister.

Forfatterne er 21 leger og sykepleiere, én ernæringsfysiolog, én psykolog og én foterapeut som skriver om fagfelt de arbeider med i hverdagen. Målgruppen er sykepleiere og andre i helsetjenesten. For leger som ikke

i hverdagen behandler sår, kan boken gi et godt innblikk i sårbehandling. Den kan også bidra til allmenmedisinsk dannelse i et spennende, men lite prestisjefylt fagfelt. For leger med daglig sårbehandling må boken suppleres med annen litteratur.

Boken er godt redigert, fungerer pedagogisk og er oppdatert. Anbefales!

HELGE BENGTSOEN

Hudlege, tidligere Moss Hudlegekontor

UNIVERSITETET I OSLO

www.med.uio.no/disputaser/



GUNN SIGNE JAKOBSEN

Bariatric surgery and specialized medical treatment for severe obesity. Impact on cardiovascular risk factors and postsurgical pharmacokinetics of atorvastatin. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 4.5.2018.

Bedømmelseskomite: Ingmar Näslund, Kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset Örebro, Sverige, Gunnar Mellgren, Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen, og Kirsten Krohg-Sørensen, Thoraxkirurgisk avdeling, Hjerter-, lunge- og karklinikken, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Jøran Hjelmesæth, Rune Sandbu, Jens Kristoffer Hertel og Arild Nesbakken.

RAGNI HELENE MØRCH

Inflammatory pathways in severe mental disorders – a transdiagnostic study. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 15.5.2018.

Bedømmelseskomite: Sophie Erhardt, Karolinska Institutet, Sverige, Jørgen Bramness, Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lindelse (N-ROP), Sykehuset Innlandet, og Suraj Thapa, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Ole A. Andreassen, Ann Færden og Ingrid Dieset.

JOHAN DAHL

Immune factors in major depressive disorder. A naturalistic follow up study. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 16.5.2018.

Bedømmelseskomite: Poul Videbech, Center for Neuropsykiatrisk Depressionsforskning, Psykiatrisk Center Glostrup, Glostrup, Danmark, Solveig Merete Klæbo Reitan, Institutt for nevromedisin, Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, og Lars Tanum, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Ole A. Andreassen, Hedi K. Ormstad og Ulrik Fr. Malt.

ANNE KARIN BRIGTSEN

Maternal colonization with Group B Streptococcus (GBS). Epidemiology, microbiology and clinical outcomes in the Oslo GBS study. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 22.5.2018.

Bedømmelseskomite: Bo Jacobsson, Göteborgs universitet, Sverige, Claus Klingenberg, Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet, og Tore Henriksen, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Andrew Whitelaw, Drude Fugelseth og Anne Flem Jacobsen.

UNIVERSITETET I BERGEN

www.uib.no/info/dr_grad/



LIV GRIMSTVEDT KVALVIK

Smoking among pregnant women in Norway. Prevalence, self-report validity, and associations to SGA and «early programming» using family and sibling design. Utgår fra Institutt for global helse og samfunnsmedisin. Disputas 27.4.2018.

Bedømmelseskomite: Tine Brink Henriksen, Aarhus universitet, Danmark, Kjell Salvesen, Norges teknisk-vitenskapelige universitet, og Magne Bråtveit, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Kjell Haug og Rolv Skjærven.

Bedømmelseskomite: Vincent O. Boer, Hvidovre Hospital, Danmark, Kirsten Margrete Selnæs, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, og Lasse Gøransson, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Mona K. Beyer, Lars Ermland og Kenneth Hugdahl.

KATRIN BRAUCKHOFF

Injury of the recurrent laryngeal nerve. Clinical and experimental studies focusing on intraoperative neuromonitoring. Utgår fra Klinisk institutt 1. Disputas 4.5.2018.

Bedømmelseskomite: Anders Bergenfelz, Lunds Universitet, Sverige, Terje Osnes, Universitetet i Oslo, og Line Bjørge, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Paul Husby, Kerstin Lorenz og Martin Biermann.

KJERSTI NESHEIM POWER

Consequences of status epilepticus in adults with particular focus on cognitive function. Utgår fra Klinisk institutt 1. Disputas 3.5.2018.

Bedømmelseskomite: Anne Sabers, Epilepsiklinikken, Rigshospitalet – Københavns Universitetshospital, Danmark, Erik Taubøll, Universitetet i Oslo, og Erik Johnsen, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Bernt A. Engelsen, Nils Erik Gilhus og Arne Gramstad.

MAIKEN KIRKEGAARD BRIX

Establishing reliable MR spectroscopy techniques for measuring GABA and glutathione in the human brain. Utgår fra Klinisk institutt 1. Disputas 3.5.2018.



<http://www.ntnu.no/kalender#tag=disputaserdmf>

AGNETE MALM GULATI

Cardiovascular disease and osteoporosis in psoriatic arthritis. Utgår fra Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap. Disputas 27.4.2018.

Bedømmelseskommité: Laura Coates, University of Oxford, Storbritannia, Johan Askling, Karolinska Institutet, Sverige, og Gunn Hege Marchand, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Veiledere: Mari Hoff, Glenn Haugeberg og Anne Grete Semb.

INGVILD VATTEN ALSNES

A study of the association between hypertension in pregnancy and metabolic and hormonal risk factor profiles in mothers and their offspring in later life.

Utgår fra Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie. Disputas 3.5.2018.

Bedømmelseskommité: Inger Njølstad, Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet, Dag S. Thelle, Göteborgs universitet, Sverige, og Kaare Harald Bønaa, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Veiledere: Bjørn Olav Åsvold og Inger Økland.

MARTIN UGLEM

Experimental pain and migraine. Investigating the effects of non-invasive cortical modulation of pain, and phasic alteration of pain in migraineurs. Utgår fra Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap. Disputas 8.5.2018.

Bedømmelseskommité: Rigmor Højland Jensen, Københavns universitet, Danmark, Magnus Thordstein, Linköpings universitet, Sverige, og Astrid Woodhouse, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Veiledere: Trond Sand og Petter Moe Omland.

SIRI ANN MAUSETH

Urinary incontinence and drug use. Data from the Norwegian prescription database and the HUNT3 study. Utgår fra Institutt for klinisk og molekylær medisin. Disputas 27.4.2018.

Bedømmelseskommité: Eva Samuelsson, Umeå Universitet, Sverige, Guri Rørtveit, Universitetet i Bergen og Helena Bertilsson, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Veiledere: Olav Spigset, Arnulf Langhammer og Eva Skovlund.

CHRISTIAN REIDAR ØYE

Trochlear dysplasia in children. A clinical study of ultrasonographic examination of the patellofemoral joint from newborn to age 6 years. Utgår fra Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap. Disputas 4.5.2018.

Bedømmelseskommité: Christer Rolf, Karolinska Institutet, Stockholm, Sverige, Trine Sand Kaastad, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet, og Siri Merete Brændvik, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Veiledere: Ketil Jarl Holen og Olav Andreas Foss.

UNIVERSITETET I TROMSØ

Norges arktiske universitet
<https://uit.no/tavla>



TORBJØRN ØYGARD SKODVIN

Predicting rupture of intracranial aneurysms: morphological and hemodynamic parameters. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 27.4.2018.

Bedømmelseskommité: Gabriel J. E. Rinkel, Department of Neurology and Neurosurgery, Brain Center Rudolf Magnus, University Medical Center Utrecht, Nederland, Magus Tisell, Department of Neurosurgery, Sahlgrenska University Hospital, Sverige, og Linn Hofsøy Steffensen, Institutt for klinisk medisin, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet.

Veiledere: Jørgen Gjernes Isaksen og Roar Kloster.

YNGVE NORDBY

Angiogenic biomarkers in prostate cancer – A study into the prognostic significance of angiogenesis related growth factor ligands and receptors and miR-205 in a cohort of Norwegian prostatectomy patients. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 3.5.2018.

Bedømmelseskommité: Viktor Berge, Oslo universitetssykehus, Pernilla Wikström, Institutionen för Medicinsk Biovetenskap, Umeå universitet, Sverige, og Egil Støre Blix, Institutt for medisinsk biologi, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet.

Veiledere: Sigve Andersen og Roy Martin Bremnes.

Vil du publisere?

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

Finn mer informasjon og forfatterveiledning på tidsskriftet.no

Dette hjelper vi deg også med

- Utforming av tabeller og figurer
- Disposisjon og språk
- Engelsk oversettelse

Alle vitenskapelige artikler fagfellevalueres og blir indeksert i PubMed.

Legejobber



Foto: Thinkstock

31

stillingsannonser i denne utgaven

Informasjon om priser og formater finner du på legejobber.no

Legejobber.no er Tidsskriftets stillingsportal for leger.

Som **JOBBSØKER** kan du på Legejobber.no enkelt søke etter ledige jobber etter spesialitet, geografisk område eller i fritekst.

Ønsker du å motta varsel om ledige stillinger innefor et bestemt område? På Legejobber.no kan du abonnere på ledige stillinger.

Som **ANNONSØR** kan du nå bestille annonsen døgnet rundt via legejobber.no. Du registrerer nettannonsen og papirannonsen samtidig.

ALLMENNMEDISIN

**FASTLEGEHJEMMEL
I FÆRDER KOMMUNE**

**Ledig hjemmel fra
1. oktober**
Bellevue helsesenter,
Teie sentrum - 3 km fra Tønsberg

Listestørrelse: **1000 personer**
Søknadsfrist: 4. juni

Mer informasjon på vår nettside:
færder.kommune.no/ledigstilling

Larvik kommune

Fastlege

Torget medisinske senter har ledig hjemmel med liste på 1100 pasienter. Stillingen inngår i fellesskap på 5 leger og 4 sekretære fordelt på 3 årsverk.

Søknadsfrist: 03.07.2018

Sykkylven kommune

Avtalehjemmel fastlege

100 % avtalehjemmel, fast frå 1.12.2018
Fullstendig utlysningstekst og søknadsskjema sjå
www.sykkylven.kommune.no

Søknadsfrist: 18.06.2018

Vindafjord legesenter

Fastlege

Ledig frå 15.06.2018.
Sjå nærare utlysing www.vindafjord.kommune.no

Søknadsfrist: 03.07.2018

Austvoll kommune

Fastlege Austevoll helsehus

Fastlønna fastlege i nytt 6-legesenter.
Listeansvar for 1200 pasienter. Offentleg arbeid etter avtale.
Pliktig deltaking i for tida 7-delt legevakt vaktklasse 1.

Stillinga er fastlønna. Kommunen legg tilrette for spesialisering i allmennmedisin. Austevoll kommune er utnevnt til pilotkommune for prosjekt primærhelseteam.

se fullstendig utlysningstekst på:
www.austevoll.kommune.no

Søknadsfrist: 20.06.2018

**BERGEN
KOMMUNE**

Fastlegehjemmel

Ledig fastlegehjemmel, 3 leger -Arna bydel.

Søknad sendes elektronisk. Se fullstendig utlysning på
[www.bergen.kommune.no/ledige stillinger](http://www.bergen.kommune.no/ledige_stillinger).

Søknadsfrist: 03.07.18

Leggejobber.no

BERGEN
KOMMUNE

Fastlegehjemmel

Ledig fastlegehjemmel, Danmarks plass Legesenter- Årstad bydel

Søknad sendes elektronisk. Se fullstendig utlysning på [www.bergen.kommune.no/ledige stillinger](http://www.bergen.kommune.no/ledige_stillinger).

Søknadsfrist: 03.07.18

ÅLESUND
KOMMUNE

Ålesund kommune har ansvar for å sørge for at det er nok fastleger i Ålesund kommune for å tilby beboerne et godt nok legetilbud. Denne stillingen blir formidlet ledig på vegne av privatdrevetlegekontor.

Fastlegehjemmel – VH Legetjenester og akutt helseberedskap

Veldrevet og godt innarbeidet praksis i Ålesund sentrum er ledig for overdragelse til ny eier.

Hjemmelen er for tiden tilknyttet Klipra legesenter, men er aktuell som en av flere som vil etablere seg i nye Kremmergården legesenter Listetaket er 1200, pr. 01.05.18 står det 1191 innbyggere på listen.

Hjemmelen kan overtas fra 01.10.2018

Kontaktpersoner:

Torfinn Vingen, virksomhetsleder, tlf: 970 14 452

Aina Haaland Lege, Klipra legesenter, tlf: 70 16 30 70

For fullstendig utlysning se: www.alesund.kommune.no

Søknad sendes elektronisk, se annonse på

www.alesund.kommune.no under ”Ledige stillingar”.

Søknadsfrist: 03.07.2018



Vennesla legesenter

Fastlegehjemmel

Ledig fra 01.11.18. Listestørrelse 900. Veldrevet stort legesenter med godt miljø. Infodoc. Se full tekst på www.vennesla.kommune.no el. legejobber.no

Søknadsfrist: 20.06.2018

Selje kommune

Fastlege i Selje kommune

100% nyoppretta fast stilling

Kommunen er open for å tilpasse stillingsprosent etter søkjarane sine behov. Vi er også open for å drøfte omgjering til fastlønstilling(ar) eller ulike kombinasjonar av driftsavtale og fastløn. Til den faste heimelen kan det bli lagt inntil 7,5 t/v offentleg legearbeid etter avtale. Vi drøftar gjerne innhald og ynskje i denne delen.

For fullstendig utlysningstekst, se:

www.selje.kommune.no/ ledige stillinger

Søknadsfrist: 30.06.2018

Stabekk Legesenter

Fastlegevikariat

Ledig vikariat for fastlege på Stabekk Legesenter DA. Listelengde 1000. Vikar snarest mulig. Anslagsvis 6 måneders varighet. Kontakt: Pål Myhre tlf 95020647

Søknadsfrist: 10.06.2018

BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI



Avdelingsoverlege, fast 100% stilling

BUP Hedmark, Poliklinikk Hamar - **Søknadsfrist: 1. september 2018**

Informasjon om våre ledige stillinger, se www.sykehuset-innlandet.no/jobb

HELSE SØR-ØST

frantz.no

BARNEKIRURGI

St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim - er ett av tre sykehusforetak i Helse Midt-Norge. Hovedtyngden av virksomheten er lokalisert i Trondheim der vi har et av Europas mest moderne sykehusanlegg. Sykehuset er bygd integrert med Fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU, og her arbeider kliniskere, forskere og studenter side om side. St. Olavs Hospital har ca. 10 500 ansatte og et brutto budsjett på 10 milliarder kroner. For å fremme mangfold og variasjon blant våre tilsatte ønsker vi kvalifiserte søkere, uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn eller alder. Mer informasjon finnes på www.stolav.no

Kirurgisk klinikk

Lege i spesialisering (LIS)

Vikariat ledig i stillingen Lege i spesialisering, grenspesialisering i barnekirurgi, 6 mnd. med mulighet for forlengelse fra 1. september 2018.

Stillingen vil i store deler av perioden være tilknyttet en fast vaktordning i primærvaktsjiktet.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til avdelings sjef Torbjørn Dahl, tlf. 72 82 80 24 eller seksjonsleder leger Øystein Drivenes, tlf. 72 57 45 35.

Søknadsfrist: 29. juni 2018

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.

Vi ønsker ikke kontakt med telefonselgere!



BLODSYKDOMMER

Vestre Viken helseforetak leverer sykehus- og spesialisthelsetjenester til om lag 500 000 innbyggere i 26 kommuner. Helseforetaket består av Bærum sykehus, Drammen sykehus, Kongsberg sykehus, Ringerike sykehus og Hallingdal sjukestugu. Vi har også et av landets mest komplette tilbud innen rus- og psykiatribehandling. Vi har nærmere 9 300 medarbeidere, et årlig driftsbudsjett på 9 milliarder og et investeringsbudsjett på 400 millioner kroner.

OVERLEGE

Hematologi, Ringerike sykehus

Referansenr. 3810888234 Søknadsfrist: 26.06.2018

Vi har ledig stilling for hematolog med arbeid i poliklinikk og på sengetun samt delta i vaktturnus.

Hemtalogene jobber i nært samarbeid med onkologene og må regne med til en viss grad å utrede og behandle lymfomer. Vi har egen poliklinikk for kreft og blodsykdommer, onkologisk sengeavdeling med 6 senger samt palliativt team. Sykehuset har ikke egen trombofilispesialist, men håper vi kan få dette i gang.

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider www.vestreviken.no



BARNESYKDOMMER

PEDIATRISSEKSJON - MEDISINSK KLINIKK

Lege i spesialisering - følgende stillinger er ledige:

- 3 x 100 % vikariat f.o.m. 15. august 2018 t.o.m. 31. august 2019, med mulighet for flere ledige vikariater.

Nærm. oppl. ved seksjonsleder Morten Falke, tlf. 33 34 36 24.

Søknadsfrist: 6. august 2018.

For å lese mer og søke på stillingene: www.siv.no



Legejobber

TIDSSKRIFTETS STILLINGSPORTAL

ENDOKRINOLOGI



Overlege ved Endokrinologisk seksjon

Medisinsk avdeling, Gjøvik - **Søknadsfrist: 26. juni 2018**

Informasjon om våre ledige stillinger, se www.sykehuset-innlandet.no/jobb



GASTROENTEROLOGISK KIRURGI

St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim - er ett av tre sykehusforetak i Helse Midt-Norge. Hovedtyngden av virksomheten er lokalisert i Trondheim der vi har et av Europas mest moderne sykehusanlegg. Sykehuset er bygd integrert med Fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU, og her arbeider klinikere, forskere og studenter side om side. St. Olavs Hospital har ca. 10 500 ansatte og et brutto budsjett på 10 milliarder kroner. For å fremme mangfold og variasjon blant våre tilsatte ønsker vi kvalifiserte søkere, uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn eller alder. Mer informasjon finnes på www.stolav.no

Kirurgisk klinikk**Lege i spesialisering (LIS)**

En fast stilling ledig for Lege i spesialisering, grenspesialisering i gastroenterologisk kirurgi fra 1. september 2018.

Kirurgisk klinikk omfatter seks seksjoner som utfører utredning og behandling av sykdommer som krever kirurgi. Klinikken tilbyr undersøkelse, behandling og pleie innen: Urologi, karkirurgi, bryst- og endokrinkirurgi, gastroenterologisk kirurgi, barnekirurgi og plastikkirurgi. Klinikken har i tillegg ansvaret for traumesenterfunksjonen.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til avdelingssjef Torbjørn Dahl, tlf. 72 82 80 24.

Søknadsfrist: 29. juni 2018

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.

Vi ønsker ikke kontakt med telefonselgere!

**norlandia****Oppsalhjemmet søker en lege i 40%-stilling**

Oppsalhjemmet er et veldrevet og godt etablert sykehjem med Norlandia som drifter. Som lege er du tilknyttet tverrfaglig team bestående av lege, fysioterapeuter, ergoterapeuter, musikkterapeut, sykepleiere og kulturansatte.

For fullstendig utlysningstekst se: www.legejobber.no

Søknadsfrist: 01.07.2018

Legejobber

TIDSSKRIFTETS STILLINGSPORTAL

GERIATRI

Vestre Viken helseforetak leverer sykehus- og spesialisthelsetjenester til om lag 500 000 innbyggere i 26 kommuner. Helseforetaket består av Bærum sykehus, Drammen sykehus, Kongsberg sykehus, Ringerike sykehus og Hallingdal sjukestugu. Vi har også et av landets mest komplette tilbud innen rus- og psykiatribehandling. Vi har nærmere 9 300 medarbeidere, et årlig driftsbudsjett på 9 milliarder og et investeringsbudsjett på 400 millioner kroner.

OVERLEGE**Geriatri, Ringerike sykehus**

Referansenr. 3810922936 Søknadsfrist: 26.06.2018

Vi søker en geriater til et vikariat på 2,5 år.

Arbeidsoppgaver innen geriatriske problemstillinger/slag og rehabilitering.

Nå søker vi en kollega med engasjement og arbeidsglede, som ønsker å bidra til å gi et godt behandlingstilbud til våre pasienter. Vi tilbyr utfordrende arbeidsoppgaver i våre pasienters tjeneste, i et godt fagmiljø med trivelige kolleger.

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider www.vestreviken.no



NEVROLOGI

**Spesialist i nevrologi****Konsulent hel-eller deltid**

Vi søker etter en nevrolog som ønsker å bli en del av teamet vårt!

Du må være en effektiv kliniker, ha god arbeidskapasitet, være service innstilt og ha gode samarbeidsevner.

Vi kan tilby en interessant arbeidsplass med fleksibel arbeidstid uten turnus. Vi har stor pågang av pasienter, med mye variert nevrologi. Det er et meget godt fagmiljø hvor du får gode muligheter for faglig utvikling. Du vil i første omgang arbeide som konsulent, men med mulighet for fast ansettelse.

Tiltredelse etter avtale.

Søknadsfrist: 01.08.2018

ONKOLOGI

Vestre Viken helseforetak leverer sykehus- og spesialisthelsetjenester til om lag 500 000 innbyggere i 26 kommuner. Helseforetaket består av Bærum sykehus, Drammen sykehus, Kongsberg sykehus, Ringerike sykehus og Hallingdal sjukestugu. Vi har også et av landets mest komplette tilbud innen rus- og psykiatribehandling. Vi har nærmere 9 300 medarbeidere, et årlig driftsbudsjett på 9 milliarder og et investeringsbudsjett på 400 millioner kroner.

OVERLEGE**Onkologi, Ringerike sykehus**

Referansenr. 3810926448 Søknadsfrist: 26.06.2018

Vi har ledig vikariat for overlege i onkologi i 6 mnd fra 01.08.18 med mulighet for forlengelse.

Kreftenheten består av to overleger i onkologi og to hematologer. Lungeleger utreder lungekreftpasienter og er med på vurderinger i forhold til behandling av lungekreft. Det er tett samarbeid med sykehusets kliniske avdelinger, samt radiologi, patologi og laboratoriefag i Vestre Viken.

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider www.vestreviken.no



frantz.no

PSYKIATRI



Helse Vest RHF (regionalt helseforetak) har det overordna ansvaret for spesialisthelsetenesta i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Helse Vest RHF eig seks helseforetak; Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Stavanger og Sjukehusapoteka Vest og Helse Vest innkjøp HF, i tillegg til Helse Vest IKT AS. Helseforetaka har om lag 27 300 medarbeidarar, omfattar femti sjukehus og institusjonar, og yter helsetenester til 1,1 million innbyggjarar.

100 % avtaleheimel i psykiatri i Bergensområdet

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i psykiatri i Bergensområdet er ledig frå 01.01.2019, eller etter avtale.

Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

- erfaring og praksis, medrekna erfaring som spesialist
- eigenskapar for heimelen
- innretning av praksis
- samarbeid med andre

Praksis skal drivast i samsvar med den til kvar tid gjeldande rammeavtale mellom Helse Vest og Den norske legeforening.

Avtalespesialisten skal bidra til at Helse Vest kan oppfylle "sørge for" -ansvaret. Det inneber mellom anna at avtalespesialisten utfører undersøkingar, diagnostikk og behandling i medhald av regionale og nasjonale mål og prioriteringar og lovgiving, jf. punkt 4.1 i rammeavtalen.

Avtalespesialisten skal ha ein forpliktande samarbeidsavtale med Helse Bergen ved Bjørgvin DPS. Avtalespesialisten skal samarbeide med Helse Bergen ved Bjørgvin DPS om oppgåvedeling og for å sikre gode pasientløp. Avtalespesialisten skal også ta imot pasientar som er vurdert i Helse Bergen ved Bjørgvin DPS. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle avtalen mellom Helse Vest og avtalespesialisten.

Plassering i driftstilskotsklasse vil bli gjenstand for drøftingar mellom Helse Vest og aktuelle søkjarar basert på utgifter til lokalar, utstyr og naudsynt hjelpepersonell.

Driftstilskotet utgjer eit årleg beløp p.t. mellom kr. 879 084 (klasse 1) til kr. 1 309 320 (klasse 3).

Andre vilkår, rammer og føringar knytt til drift av praksis vil også bli gjenstand for drøftingar mellom Helse Vest og aktuell søkjar – før det vert gitt tilbod om avtaleheimelen.

Overtaking av noverande praksis fylgjer reglane i § 11 i "Rammeavtale mellom de regionale helseforetak og Den norske legeforening om avtalepraksis for legespesialister".

Spørsmål om praksisen kan rettast til Ingolf Franc Iversen tlf. 93 25 84 79.

Spørsmål om heimelen kan rettast til Helse Vest ved Torleiv Bergland, tlf. 51 96 38 22.

Skriftleg søknad med relevante opplysningar, CV og sannkjende kopiar av attestar og godkjenningar skal sendast til Helse Vest RHF, Postboks 303 Forus, 4066 Stavanger.

Søknadsfrist: 3.7.2018

frantz.no

AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS	UiO • Universitetet i Oslo
Department of Oncology, Akershus University Hospital / Institute of Clinical Medicine, University of Oslo	
Senior Consultant combined with Adjunct Professor (professor II) / Associate Professor (førsteamanuensis)	
For elektronisk søknad og fullstendig utlysningstekst: www.ahus.no/jobb	
www.ahus.no	HELSE SØR-ØST

Legejobber

TIDSSKRIFTETS STILLINGSPORTAL

Helse Midt-Norge RHF er ett av fire regionale helseforetak i Norge. Disse eies av staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og skal sørge for at befolkningen får tilgang på spesialiserte helsetjenester med god kvalitet. Helse Midt-Norge RHF har overordnet ansvar for spesialisthelsetjenesten i Trøndelag og Møre og Romsdal. Virksomheten er organisert gjennom 4 helseforetak som eies av Helse Midt-Norge RHF. I tillegg er Helse Midt-Norge IT (HEMIT), Driftsenteret for logistikk og økonomi og Helseplattformen en del av Helse Midt-Norge RHF. Den samlede virksomheten omfatter ca 22 000 medarbeidere og et årlig budsjett på vel 21,8 milliarder kroner. Se ytterligere informasjon på www.helse-midt.no.

Trondheim

40 % avtalehjemmel som junior i psykiatri

Helse Midt-Norge RHF ønsker en generell praksis innenfor spesialisthelsetjenestens ansvarsområde. Junior/seniorordningen har en varighet på minimum 2 år og nedtrappingsperioden for senior kan ikke overstige 5 år. Spesialisten som overtar skal avlaste spesialisten som trapper ned.

Kontaktinfo: Rådgiver Karin Bostad, tlf. 412 14 382, rådgiver Arnt Egil Hasfjord, tlf. 413 22 145 eller avtalespesialist i psykiatri Michael Setsaas, tlf. 474 83 000

Søknadsfrist: 10. august 2018

Søknad blir sendt elektronisk via www.helse-midt.no - der finner du også fullstendig utlysningstekst.

HELSE  MIDT-NORGE

MODUMBAD 
- en kilde til liv



Lege i spesialisering Avdeling for spiseforstyrrelser

Ved avdelingen er det ledig 100 % fast stilling for lege i spesialisering.

Tiltredelse: 21.08.18

Søknadsfrist: 17.06.18

Kontaktperson:
Konstituert avd.leder
Bjørnar Johannessen,
tlf. 32 74 97 00

Søk elektronisk og finn fullstendig utlysningstekst på www.modum-bad.no

Modum Bad er en diakonal, ideell stiftelse som skal fremme psykisk helse og livskvalitet, familierelasjoner og samliv ved behandling, forskning og forebygging.

www.modum-bad.no

SAMFUNNSMEDISIN



Fylkesmannen i Vestfold og Telemark

Fylkesmannen er Kongens og Regjeringens representant i fylket og skal iverksette Stortingets og Regjeringens beslutninger. Arbeidsoppgavene dekker et meget vidt felt og omfatter blant annet tilsyn med kommunenes økonomi og forvaltning, utdanning, helse-, sosial- og familierettslige saker, sivilt beredskap og oppgaver innenfor landbruk- og miljøvernsektoren.

Fylkeslege og direktør i Helse- og omsorgsavdelingen

STILLING SOM FYLKESLEGE / DIREKTØR I HELSE- OG OMSORGSDELINGEN, FYLKESMANNEN I VESTFOLD OG TELEMARK

Fylkesmannsembetene i Vestfold og Telemark slås sammen med virkning fra 1.1.2019. Vi har ledig stilling som fylkeslege og direktør i Helse- og omsorgsavdelingen.

Helse- og omsorgsavdelingen er en av fem fagavdelinger hos Fylkesmannen. Avdelingen har ca 35 årsverk og tverrfaglig kompetanse med helsefaglig, sosialfaglig og juridisk kompetanse.

Vi søker etter en fylkeslege/direktør som er interessert i en spennende lederstilling hvor utvikling og fornying har en sentral plass. Stillingen inngår i Fylkesmannens strategiske ledergruppe og får en viktig rolle i utvikling av organisasjonen, så vel innad som utad. Samarbeid med kommuner, helseforetak, overordnede statlige organer og andre virksomheter er en viktig del av stillingen. Fylkesmannen har ansvar for samordning av beredskapsarbeidet i fylket, og fylkeslegen inngår i embetets beredskapsledelse.

For mer opplysninger se full utlysningstekst på legejobber.no og vår hjemmeside.

Søknadsfrist 26.06.2018

ØRE-NESE-HALSSYKDOMMER

Helse Midt-Norge RHF er ett av fire regionale helseforetak i Norge. Disse eies av staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og skal sørge for at befolkningen får tilgang på spesialiserte helsetjenester med god kvalitet. Helse Midt-Norge RHF har overordnet ansvar for spesialisthelsetjenesten i Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal. Virksomheten er organisert gjennom 4 helseforetak som eies av Helse Midt-Norge RHF. I tillegg er Helse Midt-Norge IT direkte underlagt RHF som egen selvstendig enhet. Den samlede virksomheten omfatter ca 20 000 medarbeidere og et årlig budsjett på vel 20 milliarder kroner. Se ytterligere informasjon på www.helse-midt.no.

Volda

100 % avtalehjemmel i ØNH

Helse Midt-Norge RHF har opprettet en ny hjemmel innenfor fagområdet Øre-nese-halssykdommer lokalisert i Volda. Helse Midt-Norge RHF ønsker en praksis med audiometri, rettet mot barn og voksne som er innenfor spesialisthelsetjenestens ansvarsområde. Hjemmelen vil kreve et godt samarbeid med helseforetaket, og sammen skal det på denne måten skapes balanse og stabilitet innen dette fagområdet i denne delen av regionen.

Kontaktinfo: Rådgiver Karin Bostad, tlf. 412 14 382 eller rådgiver Arnt Egil Hasfjord, tlf. 413 22 145.

Søknadsfrist: 10. august 2018

Søknad blir sendt elektronisk via www.helse-midt.no - der du òg finner fullstendig utlysningstekst.



frantz.no



DEN RETTSMEDISINSKE KOMMISJON

Søker medlemmer for perioden 2019-2023

Med virkning fra 1.april 2019 skal det oppnevnes nye medlemmer til gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin, toksikologisk gruppe, genetisk gruppe og psykiatrisk gruppe. Søkere til de ulike gruppene bør være spesialist innen sitt fagfelt. Aktuelle kandidater fra hele Skandinavia oppfordres til å søke.

For mer informasjon, se

www.sivilrett.no/drk/nyemedlemmer.

Søknad med CV og attester sendes elektronisk til Jobbnorge innen: **02.07.2018**.

Jobbnorge-ID: 153138

FORSKJELLIGE STILLINGER



DEN RETTSMEDISINSKE KOMMISJON

Søker ny leder for perioden 2019-2023

Med virkning fra 1.april 2019 skal det oppnevnes ny leder til Den rettsmedisinske kommisjon.

For mer informasjon, se www.sivilrett.no/drk/kommisjonsleder.

Søknad med CV og attester sendes elektronisk til Jobbnorge innen: **02.07.2018**

Jobbnorge-ID: 153124

VIKARIAT I PRIVAT PRAKSIS

Vikar for øylegespesialist i Oslo

Vikar for øyespesialist i avtalepraksis i Oslo søkes for ulike dager/varierende stillingsprosent, **fra dagens dato** og foreløpig frem til september 2018. Søker må være godkjent spesialist i øyesykdommer. Praksisen har 100 % driftsavtale med Helse Sør-Øst, avtaleklasse 3. **For en mer nøyaktig oversikt over hvilke dager det er behov for vikar, ta kontakt.**

Praksisen holder til i Nordstrandsveien 46 i nye og lyse lokaler. Det er en veletablert solopraksis med god pasienttilgang og inntjeningsmulighetene likeså. Ved praksisen er det ansatt en velutdannet assistent som er behjelpelig med det meste.

Praksisen benytter System X journalsystem, autoprimetri av merke Octopus, OCT fra Canon og funduskamera fra Canon. Praksisen har to likeverdige undersøkelsesrom og et operasjonsrom hvor det er mulig å utføre enkle inngrep som øyelokksoperasjoner.

Skriftlig søknad med CV og referanser vil bli vurdert fortløpende og kan sendes til mabareid@gmail.com
Kontakt Annette Mathilde Bareid på telefon: 90764234 eller e-post: mabareid@gmail.com
Kontakt: Annette Mathilde Bareid, Tlf: 90764234, mabareid@gmail.com

Vikariat som fastlege sentralt i Larvik

Det utlyses et fastlegevikariat omgående pga. sykdom ved Legegruppen AS. Det er mulighet for langvarig vikariat.

Legegruppen AS er en veldrevet 4-legerspraksis med stabile og dyktige kolleger og medarbeidere over flere år. Kontorene er lyse og moderne. Listestørrelse på litt under 1000 pasienter. Vi benytter Infodoc journalsystem og praksisen har en velutstyrt lab med blant annet EKG, spirometri, 24-timers BT, celleteller og reflotron.

Er du interessert eller har spørsmål angående stillingen kan du ta kontakt med fastlege Lars Krogh på telefon: 920 37 151 eller per e-post: lars.krogh@legegruppen.nhn.no

Søknader vurderes fortløpende og kan sendes på e-post.

Arbeidsgiver ønsker ikke å bli kontaktet av selgere.

Kontakt: Fastlege Lars Krogh, Tlf: 92037151,
lars.krogh@legegruppen.nhn.no

Legejobber

TIDSSKRIFTETS STILLINGSPORTAL

Norges mest komplette
oversikt over ledige
legejobber

LEDIGE STIPENDIER – LEGATER – FOND**DEN NORSKE
LEGEFORENING****Johan Selmer Kvanes' legat
til forskning og bekjempelse
av sukkersyke**

Fra legatets avkastning kan det årlig deles ut midler til ett eller flere forskningsprosjekter vedrørende diabetes.

Det kan i år utdeles kr 450 000 fra legatet. Pengene skal benyttes som drifts- eller lønnsmidler.

Det bes om en kortfattet søknad der det spesifiseres hvordan pengene skal brukes. Som vedlegg til søknaden sendes prosjektprotokoll og søkers CV med publikasjonsliste. Søker må være medlem av Den norske legeforening. Rapport om hvordan forskningsmidlene er blitt benyttet må foreligge innen 2 år etter tildelingen.

Søknaden sendes på epost **innen 1. oktober 2018** til legeforeningen@legeforeningen.no.

Søknader som kommer etter søknadsfristen vil ikke bli vurdert.

**DEN NORSKE
LEGEFORENING****Trelasthandler A. Delphin og
hustrus legat til bekjempelse
av astmatisk bronkitt**

Fra legatets avkastning kan det årlig deles ut midler til forskning på obstruktive lungesykdommer hos barn og voksne.

Det kan i år utdeles kr 100 000 fra legatet. Pengene skal benyttes til et klinisk eller annet relevant forskningsprosjekt og skal benyttes som drifts- eller lønnsmidler.

Det bes om en kortfattet søknad der det spesifiseres hvordan pengene skal brukes. Som vedlegg til søknaden sendes prosjektprotokoll og søkers CV med publikasjonsliste. Søker må være medlem av Den norske legeforening. Rapport om hvordan forskningsmidlene er blitt benyttet må foreligge innen 2 år etter tildelingen.

Søknaden sendes på epost **innen 1. oktober 2018** til legeforeningen@legeforeningen.no.

Søknader som kommer etter søknadsfristen vil ikke bli vurdert.



Kurs for leger og psykologer om veteraners psykiske helse

TID: 25. – 26. oktober 2018

STED: RVTS Øst, Nydalen, Oslo

PÅMELDINGSFRIST: 14.9.2018

MÅLGRUPPE: Fastleger, andre leger, psykiatere, psykologer og eventuelt interesserte sykepleiere og annet helsepersonell ved ledig plass.

LÆRINGSMÅL: Økt kunnskap om veteraners psykiske helse og helseutfordringer, samt å øke kompetansen om hvordan militære veteraner og også annet innsatspersonell i internasjonale operasjoner, slik som politi og humanitært personell, best kan ivaretas i helsevesenet. Kurset er lagt opp slik at deltakerne også vil få en bredere forståelse av psykotraumer, belastningsskader og tilpasningsforstyrrelser generelt.

MER INFORMASJON OG PÅMELDING - www.siops.no/kurs eller i Legeforeningens kurskatalog

MODUMBAD 
- en kilde til liv



Preikestolkurs: Emnekurs i hodepine 7.-8.9.2018

Godkjenning:

Kurset er godkjent med 15 poeng som emnekurs/klinisk emnekurs i hodepine/nevrologi til videre- og etterutdanningen i allmenntidning.

Det vil bli lagt opp til fottur til Preikestolen første kursdag og det er nødvendig med klær etter været og godt fottøy.

Tid: 7.-8.9.2018, kl. 09.15–19.35/08.30-15.45

Sted: Preikestolen fjellstue

Pris: kr. 3.400,- i kursavgift + konferanse pakke: kr. 2.550,- for kost og overnatting pr. kursdeltaker i enkeltrom/ kr. 2.250,- for i kost og overnatting pr. kursdeltaker i dobbeltrom. Ledsagerpakker: kr. 2.010,-.

Antall deltakere: ca. 30

Påmelding: Snarlig i påmeldingsskjema på <http://legeforeningen.no/lokal/rogaland/Kurs-og-utdanning/Kurs-og-utdanning-2018/Preikestolkurs-Emnekurs-i-hodepine-7-8-9-2018/>



Tidsskriftet på Facebook

facebook.com/tidsskriftet

Klikk deg inn på aktuelle saker og fordyp deg i interessante temaer

Ta del i diskusjonene, si din mening og del innholdet med andre

 Tidsskriftet

ANESTESIOLOGI/SMERTEBEHANDLING

MAGNAT MEDISINSKE SENTER
Tverrfaglig avtalehjemlet smerteklinikk

www.magnatcenter.no - Adr. Drammensveien 130, inngang B8
Tlf. 22 60 62 00 - E-post. medisinske@magnat.nhn.no

Ansvarlig spesialist Lars Rustad


Smerteklinikken

Dag A. Kaare. Spesialist i anesthesiologi.
Dr.med. Morten Vinje. Spesialist i anesthesiologi.
Kirkeveien 64 A, 0364 Oslo. Telefon 23 20 28 00. Telefaks 23 20 27 99.



SMI
SMERTEMEDISINSK INSTITUTT

SMERTE-MEDISINSK INSTITUTT
Multidisiplinær avtalehjemlet smerteklinikk
Adr. Sørkedalsveien 10 D, 0369 Oslo
Tlf. 23 33 42 50
Mail adr. resepsjon@smi.nhn.no

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.**

PSYKIATRI

Senter for Psykofarmakologi
www.psykofarmakologi.no

- PSYKOFARMAKOLOGISK POLIKLINIKK
- LEGEMIDDELANALYSER OG RUSMIDDELANALYSER
- FARMAKOGENETISKE ANALYSER

Postboks 23 Vinderen, 0319 Oslo • Telefon: 22 02 99 40
Ansvarlig lege: Prof. dr.med. Helge Refsum




FORSKJELLIGE SPESIALITETER



RÅDGIVNING OG BEHANDLING AV RUSPROBLEMER

Et problematisk forhold til alkohol og medikamenter blir kartlagt og utredet som helseproblem. Behandlingsstedet er en livssynsnøytral, ideell stiftelse og har avtale med Helse Sør-Øst. Pasientene betaler egenandel som i spesialisthelsetjenesten ved poliklinisk behandling, ingen betaling ved innleggelser. Klinikken holder til i Apalløkkveien 8, 0956 Oslo. Telefon: 22 90 26 60. Hjemmeside: incognito.no
E-post: *kontakt@incognito.no*

Vil du
annonsere for din
spesialisttjeneste?

Kontakt oss på annonser@tidsskriftet.no,
så hjelper vi til med utforming.



GDPR – ny lov om behandling av personopplysninger



MARIT HERMANSEN
PRESIDENT

GDPR vil ikke innebære store endringer for hvordan vi forholder oss til journalførte opplysninger. Men det stilles høyere krav til bevisstheten rundt behandlingen av disse opplysningene.

Innboksen fylles for tiden opp av mail med titler som «...vi har oppdatert vår personvernpolicy». Det er på grunn av GDPR. The general Data Protection Regulation (GDPR) ble innført 25. mai i EU. I løpet av sommeren blir den også norsk lov. Det betyr at du som virksomhetseier får nye plikter og at du som enkeltperson får nye rettigheter.

Leger behandler store mengder sensitive opplysninger. Derfor er regelverket høyst aktuell for vår yrkesgruppe. Men det er ikke noe nytt; det finnes allerede strenge lover for behandling av helseopplysninger i Norge. GDPR vil derfor ikke innebære store endringer for hvordan vi forholder oss til journalførte opplysninger. Men det stilles høyere krav til bevisstheten rundt behandlingen av disse opplysningene, og det skal også være god informasjon til de som personopplysningene gjelder.

Når du driver egen virksomhet, behandler du i tillegg personopplysninger om egne ansatte. Det vil nok være nødvendig med en større bevissthet om dette og kanskje også endrede rutiner hos en del virksomheter for å være i tråd med det nye regelverket.

Heldigvis finnes det gode råd. Legeforeningen har et samarbeid med TrinnVis, som er et kvalitets-/internkontrollsystem laget av leger for å forenkle driften og forbedre pasientsikkerheten ved legekantoret. Trinnvis benyttes allerede av en god del legekantor, og jobber med å få på plass informasjon og verktøy som skal være til hjelp for legene for å overholde personvernreglene. Legeforeningen har også en dialog med direktoratet for e-helse, slik at Normen, som er det offentlige regelsett for trygg og

sikker informasjonsutveksling, blir lesbart og i overensstemmelse med de nye personvernreglene.

Legeforeningen.no har nå egne personversider hvor informasjonen om GDPR legges ut fortløpende. Det vil også jevnlig bli sendt ut medlemsinformasjon med aktuelle nyheter eller relevant informasjon om innføringen av de nye personvernreglene. Vi vil fortløpende vurdere om det er aktuelt med egne kurs – da gjerne som nettkurs – for å styrke kompetansen til medlemmene.

Legeforeningen må også ta grep på egen banehalvdel. Som en medlemsforening, behandler Legeforeningen store mengder sensitive data om egne medlemmer og ansatte. Legeforeningen har i lengre tid, også i samarbeid med de andre organisasjonene i Akademikerne, arbeidet med endrede rutiner for å sikre at også vi ivaretar personvernet godt – og i tråd med den nye loven – når vi behandler personopplysninger. Men Legeforeningen består også av mange selvstendige foreningsledd som igjen behandler personopplysninger. Det er viktig å være oppmerksom på at det enkelte foreningsledd vil ha ansvar for at behandlingen skjer i henhold til GDPR. Legeforeningen har utarbeidet et eget kartleggingskjema – og bistår gjerne foreningsleddene i arbeidet.

Behovet for sikkerhet rundt personopplysninger ble aktualisert i vinter da det kom fram at personopplysninger om inntil 87 millioner Facebook-brukere kan ha havnet på avveie og blitt misbrukt av Cambridge Analytica. Den saken viste hvor viktig dette er for oss – godt personvern handler om tillit.

Store helseutfordringer i verdens største flyktingleir

Spesialist i generell kirurgi Kari Shrøder Hansen (59) har nylig kommet tilbake etter en måneds feltarbeid i Bangladesh. Her deler hun noen av sine opplevelser og erfaringer fra arbeidet på feltsykehuset i verdens største flyktingleir.

Det var varmt og klamt på feltsykehuset i Bangladesh. Min tjenestetid ved sykehuset nærmet seg slutten og arbeidet med nattens siste pasient, et lite barn, var akkurat ferdig da årets første skikkelige regnbyge satte inn.

Vannmengdene som kom i løpet av få minutter førte raskt til kollaps av et stort telt hvor de lokale sykepleierne sov, og ga et forvarsel om hva som er i vente i leiren hvor ca. 700 000 personer fra Rakhine-provinsen i Myanmar har søkt tilflukt (1).

Slike byger med mye regn, hagl og torden tar mange liv i Bangladesh hvert år og sikkerhetsansvarlig i Røde kors hadde gjentatte ganger advart mot disse tordenbygene. Vi var bedt om å søke skjul når bygene kom, men vi måtte ikke søke ly i telt eller under trær. Når feltsykehuset og all tilhørende innkvartering utelukkende var i telt og i tillegg lå under trær på en gummiplantasje, var det ikke lett å følge oppfordringen. Likevel var vi heldig stilt i forhold til befolkningen vi skulle betjene.

Beboerne i Kutupalong-Balukhali leiren sørøst i Bangladesh har ikke noe valg. De må bli værende i sine skur bestående av bambus og presenning uansett vær. Når monsunen kommer i juni er det ventet opp mot 1 000 mm regn i løpet av en måned. UNHCR (FNs høykommissær for flyktninger) antar at ca. 30 000 personer bor i bratte områder som er svært utsatt for jordras og at mer enn 80 000 bor i områder som vil bli rammet av flom de neste månedene.



LOKAL SYKETRANSPORT: Vanlig transportmiddel, også for syke



STORE OMRÅDER: Med en befolkning på størrelse med Oslo var det bebodde skur så langt øyet kunne se. Alle fotos: Kari Schrøder Hansen

Sannsynligvis vil mange bli drept i jordras i løpet av sommeren. Med regnet vil det også komme økt spredning av vannbårne bakterier som for eksempel kolera.

700 000 statsløse flyktninger

I løpet av få måneder fra august 2017 kom det mer enn 700 000 personer fra Rakhine-provinsen i Myanmar til Cox's Bazar regionen i de sør-østlige deler av Bangladesh. Dette dreide seg hovedsakelig om en muslimsk folkegruppe som kaller seg Rohingyaer. De er ikke anerkjent som en egen minoritet i Myanmar og blir av mange betegnet



CAMP BRATT SKRÅNING: Det er stor fare for leirras eller smitte fra latriner når regnet kommer

som «Verdens største statsløse gruppe» (2). Å være statsløs innebærer ofte at man har få rettigheter. Tilgangen til utdanning og helse-tjenester er lav i hele Rakhine-provinsen, og den er spesielt dårlig for muslimer i nordlige områder mot grensen til Bangladesh (3). Dette har skapt konflikter gjennom mange år.

Den direkte foranledningen til at så mange kom til Bangladesh høsten 2017 var at en militant gruppe fra denne befolkningen, The Arakan Army, hadde angrepet grenseposter i Myanmar. I følge FN ble dette besvart med voldsomme represalier fra militære i Myanmar hvor landsbyer ble brent og mange sivile ble drept eller mishandlet. FNs høykommissær for menneskerettigheter, Zeid Ra'ad Al Hussein, mener dette må etterforskes som et mulig folke-mord (4).



LEIRRAS: Fire hardt skadde pasienter som ble skadd i et mindre leirras

En varslet katastrofe

En ettermiddag får jeg en telefon fra et av sykehusene til Leger uten grenser. Fire pasienter var blitt tatt av et leirras. Kunne vi ta imot disse pasientene? Det var alltid hyggelig å kunne si ja til slike henvendelser. Og det skulle bare mangle. Vi var det eneste sykehuset i området med kirurgisk beredskap 24 timer i døgnet og som hadde tilgang til en blodbank. Disse tjenestene kunne vi ha fordi sykehuset ble drevet under Bangladesh Røde Halvmåne som hadde de nødvendige tillatelsene for denne type virksomhet i landet.

Rubber Garden Field Hospital drives i et samarbeid mellom den nasjonale Røde halvmåne i Bangladesh og International Federation of Red Cross. Norges Røde kors satte opp sykehuset høsten 2017 og Finsk Røde kors har ansvaret for driften i dag.

Det kom stadig inn pasienter som ville få store funksjonsnedsettelse. En ung mann som kom inn med stygt brudd i ryggen ville åpenbart forbli lam for resten av livet. Mine tanker gikk til hvilket liv som ventet ham som funksjonshemmet. Ville han klare seg eller ville han bli utstøtt? Boforholdene i leiren var definitivt ikke egnet for personer med funksjonshemninger. Uansett ville han ganske sikkert ende opp med komplikasjoner i form av ulike infeksjoner. Fremtiden var definitivt ikke lys. Om noen måneder, når monsunen har rasert mange boområder, vil kanskje mange flere være i samme situasjon. Dette er en varslet katastrofe.

Å prioritere får en annen mening

Når vi snakker om prioriteringer i Norge, tenker vi ofte på hvem som skal prioriteres for å få mer helsetjenester. På feltsykehuset i Bangladesh hadde ordet prioritering en helt annen valør. Som den øverste medisinske leder ved sykehuset var det min oppgave



OPERASJONSSTUE I TELT: Hele sykehuset bestod av telt, også operasjonsstuen.

å bestemme hvem som ikke skulle få helsehjelp, og dette var definitivt den vanskeligste delen av jobben. Å la et barn med store pustevansker dø fordi du ikke kan forsvare å bruke store ressurser på å puste for henne, er ikke lett.

På den annen side var nok døden en mer naturlig del av deres hverdag. Dette kom blant annet til uttrykk ved at det var viktig å kunne få dø hjemme. De pårørende tok den syke med seg hjem så snart som mulig når de forstod at ikke var mer vi kunne gjøre.

Menn er viktige premissleverandører

Andre ganger var det kulturelle årsaker til at pasientene ikke ble behandlet. En mann i familien måtte alltid godkjenne at den syke eller skadde skulle få behandling. Uten en slik godkjenning var det begrenset hvilken

hjelp pasienten kunne få, og vi måtte jevnlig sende pasienter hjem uten livsviktig behandling.

For oss kan det være vanskelig å forstå når foreldre ikke vil tillate livreddende operasjon av sitt barn, men heller vil ta barnet med hjem for å dø. Dette er noe av utfordringene med å jobbe i andre kulturer. Et operativt inngrep kan være skremmende for folk som knapt nok er vant til helsetjenester. Mange foreldre var nok utrygge på hva vi ville gjøre med deres barn under en eventuell operasjon eller hvordan dette ville påvirke barnet i ettertid. Fars avgjørelse ble alltid respektert.

Hvis ikke far eller ektemann var tilgjengelig for å godkjenne behandling, måtte vi finne en annen mannlig slektning. En sønn kunne for eksempel gi en slik tillatelse, selv i tilfeller der sønnen var mindreårig.



KIRURGISK BEREDSKAP: Rubber Garden Field Hospital



NYFØDT: Jubel etter vellykket keisersnitt.



TRANSPORT RYGGSKADE: Pasienten fikk anlagt et lett strekk før avreise.



MORGENMØTE: Morgenmøte med alle utenlandske delegater. Sammen med ca. 30 lokale sykepleiere og leger, driftet disse et helt sykehus.



Kari Schröder Hansen. Foto: Privat

Vold et økende problem

Da strømmen av flyktninger var på sitt største tidlig på høsten 2017, var det viktigste å komme seg i sikkerhet og få tak over hodet.

I de sju månedene som har gått har mye vært gjort. Man har startet en massiv vaksinerings av befolkningen. Det har vært gjort mye for å bygge latriner og å sikre tilgang til mat og rent vann. Mesling-epidemien er over selv om det fremdeles kommer pasienter med meslinger, difteri, kusma eller rabies.

Skader som følge av fall, trafikkulykker eller vold utgjorde en stor del av pasientpopulasjonen. Høsten 2017 så man ofte skader etter vold som var påført før og



RØNTGEN: Sykehuset hadde digitalt røntgenutstyr

under flukten fra Myanmar, mens vi nå så en økende grad av vold i nære relasjoner. Sannsynligvis finnes det også en del kjønns- og seksuelt basert vold som vi ikke fikk tak i grunnet kulturelle og språkmessige utfordringer.

1–2 keisersnitt i døgnet

Fremdeles er det mange som føder hjemme til tross for at mange organisasjoner tilbyr fødselshjelp. Vårt sykehus var det eneste i området som kunne gjøre keisersnitt på døgnbasis. Mange kvinner med kompliserte fødsler ble derfor overført til oss for keisersnitt. Dessverre var ofte barnet allerede dødt ved ankomst. Det var jubel hver morgen det ble rapportert at vi hadde like mange nyfødte barn som nybakte mødre.

Tilbake til barnet som ble behandlet like før regnet kom. Barnet hadde store puste-problemer og høy feber. Røntgenbildet viste at det var betydelige mengder fri luft i buken og pasienten ble operert. Vi identifiserte et hull i tynntarmen og opp av dette hullet tittet det flere innvollsormer som hadde levd gode dager inntil denne natten. Barnet overlevde og ble en av mange suksesshistorier som bekreftet at hjelp nytter.

Veien videre

Det er ingen umiddelbar løsning på problemene for befolkningen fra Myanmar. Denne konflikten kan ikke løses via bistand alene.

Den må løses politisk. Når det gjelder helse-tjenester, er det heller ingen snarlig løsning i sikte. De offentlige sykehusene i Bangladesh kan ta imot noen pasienter fra leirene, men det er åpenbart ikke enkelt for et fattig land med 163 millioner innbyggere å gi helsetjenester til ytterligere nesten en million personer.

Jeg vil takke Norges Røde Kors for at jeg får jobbe gjennom en profesjonell organisasjon. Også en stor takk til Leger uten grenser og andre hjelpeorganisasjoner for et meget godt samarbeid i felt.

Bli med du også, du trengs!

KARI SCHRØDER HANSEN

kari.schroder.hansen@legeforeningen.no
Medisinsk fagavdeling

LITTERATUR

- 1 <https://unhcr.maps.arcgis.com/apps/Cascade/index.html?appid=5fdca0f47f1a46498002f39894fcd26f>
- 2 <https://snl.no/rohingya>
- 3 http://www.kofiannanfoundation.org/app/uploads/2017/08/FinalReport_Eng.pdf
- 4 <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22487&LangID=E>

Når legelivet blir vanskelig

Mange leger frykter for ikke å strekke til og for å gjøre feil, samtidig som de har et betydelig arbeidspress.

– Vi ønsket å sette søkelyset på disse problemstillingene og inviterte derfor psykiater og leder for Villa Sana på Modum Bad Tron Svagård til å holde foredrag på vårmøtet vårt, sier leder i Sør-Trøndelag legeforening Lindy Jarosch-von Schweder.

– At over 100 medlemmer fant veien til møtet tyder på at dette er et tema som opp-tar mange leger, legger hun til.

Tilbyr rådgivning

Ressurscenteret Villa Sana på Modum Bad har i 20 år gitt et tilbud om rådgivning til leger. Tilbudet er et forebyggende og støttende tiltak som mer enn 3 000 leger har benyttet seg av siden oppstarten i 1998.

De fremmøtte fikk et godt innblikk i Legeforeningens arbeid for å fremme legers helse via Støttelegeordningen, og om kurs-tilbudet til Villa Sana.

– Villa Sana har tilbud for leger som trenger å snakke om utfordringer i arbeidslivet, stressproblematikk, utbrenthet, samlivsproblemer eller som av andre grunner ønsker å arbeide med seg selv og sin livssituasjon, sier Jarosch-von Schweder.

Flere unge leger sliter

Tron Svagård fortalte at Villa Sana tilbyr kurs hvor legen blant annet kan lære mestringsstrategier.

Målsettingen er å bidra til å styrke legers bevissthet i forhold til legerollen, forebygge utbrenthet og fremme legers helse og livskvalitet.

– Leger synes å være grundige, ansvarsbevisste og kunnskapssøkende. Samtidig kan de vise tegn til at de ikke opplever å gjøre nok, ikke får tid til å slappe av og at de har vanskeligheter med å sette grenser. Dette kan lett føre til jobbstress og fare for utbrenthet, sa Svagård.

Han kunne videre fortelle at Villa Sana har hatt en jevn økning i antall henvendelser de siste årene.

– Vi ser at flere yngre leger søker seg inn, noe som vi tar på største alvor. Frykten for å ikke strekke til og for å gjøre feil, sammen med betydelig arbeidspress, er noen av årsakene til denne økningen, påpekte han.

Lindy Jarosch-von Schweder understreker at de håper de som forening kan bidra til å styrke kunnskapen rundt legers helse og mulighetene som finnes for å få hjelp.

– Støttekollegaordningen her i vår region er velfungerende og nesten alle støttelegene var til stede ved vårmøtet for å høre foredraget til Svagård, forteller hun.

LISBET T. KONGSVIK

lisbet.kongsvik@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling

Har revolu-sjonert akutt slagbehandling

19. april ble det 3. nasjonale møtet om endovaskulær intervensjon ved akutt hjerneinfarkt arrangert i Domus Medica, Universitetet i Oslo.

Norsk slagorganisasjon og Norsk nevroradiologisk forening står bak disse møtene. Det var solid oppslutning med god representasjon fra alle helseregioner. Hovedfokusset var bedret diagnostikk, utvidet tidsvindu og effektive pasientforløp slik at aktuelle pasienter når fram til behandling.

Hovedattraksjonen var professor i nevroradiologi Mayank Goyal fra Universitetet i Calgary. Han er en av de verdensledende innen dette feltet og har vært sentral i flere av de randomiserte kontrollerte studiene som kom i 2015 og som revolusjonerte akutt slagbehandling.

– Goyals mantra er bedret diagnostikk, raskere behandling og effektivisering av forløp slik at flere pasienter kommer fram til intervensjonssenter i tide, forteller leder i Norsk neurologisk forening Anne Hege Aamodt.

Han fortalte om hvordan de ved meget systematisk jobbing har nesten halvert gjennomsnittlig tid til rekanalisering fra nesten 300 minutter og ned til 150 minutter ved systematisk forbedringsarbeid når det gjelder logistikk. Denne høyspesialiserte og avanserte behandlingen vil foreløpig bare være tilgjengelig på noen få sentre.

LISE B. JOHANNESSEN

lise.berit.johannesen@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling



STORT OPPMØTE: Over 100 medlemmer kom til vårmøtet for å lytte til Tron Svagård. Foto Lindy Jarosch-von Schweder



MED FOKUS PÅ SLAGBEHANDLING: Fra v. Geir Böhler, fagdirektør i Helse Sør-Øst, Anne Heimdal, LHL Hjerne-slag, Mayank Goyal, University of Calgary og Anne Hege Aamodt og Christian G. Lund, begge Norsk slagorganisasjon og overleger ved OUS. Foto: Privat

Dagsnytt 18-programleder Sigrid Sollund trollbandt både overleger og yngre leger med sitt foredrag om hersketeknikker på vårkurset i Bergen.

– Hersketeknikker er noe vi alle bruker

Den kjente programlederen delte også sine tips for hvordan man kan gjenkjenne og forsvare seg mot hersketeknikker, til en lydhør legeforsamling. Det var tydelig at temaet slo an blant deltakerne. Etter foredraget var det mange som stilte seg i køen for å kjøpe en signert utgave av boken med samme tema og slå av en prat med en av NRKs mest kjente politiske journalister.

Vi tok en prat med Sollund for å gå i dybden på det sosiale fenomenet som vi alle bruker og utsettes for.

– Hvorfor har du skrevet en bok om hersketeknikker?

– Jeg tror vi har godt av å snakke om disse tingene med jevne mellomrom. Hersketeknikker er noe vi alle bruker og blir utsatt for, men det skjer gjerne ubevisst. Når vi snakker om det, leser om det og deler erfaringer, kan vi bli mer klar over hvordan og når vi tyr til dem, og vi kan bli mer oppmerksom på når de brukes mot oss.

Det er gjerne slik at hvis de virker, treffer de selvfølelsen og går rett i magen uten at vi helt klarer å reflektere over hva som skjer. Vi kan føle oss ydmyket og miste ansikt og autoritet, dermed også kontroll og handlingsrom. Ved å se at det som skjer ikke nødvendigvis handler om at vi er små og dumme, men at noen forsøker å herske over oss, kan vi lettere ta kontroll over situasjonen.

– Hvordan har du gått frem for å skrive boka?

– Hersketeknikker er et begrep som kan brukes om smått og stort. Jeg hadde lyst til å se om de samme mekanismene jeg så i offentlig debatt, hvor jeg har mitt daglige virke, også var de samme som dukket opp i andre områder av livet, som på jobb, hjemme, mellom venner, i familien og så videre. Derfor måtte jeg gå ganske bredt ut. Jeg leste bøker om alt fra følelsesmessig utpresning til forhandlingsteknikker og retorikk, og jeg intervjuet mange, mange mennesker. Noen fortalte om episoder de selv hadde opplevd, andre bidro med faglige innspill, enten de var forskere, psykologer eller politikere. Så forsøkte jeg å se etter fellestrekk og binde det hele sammen.

– Hva er de mest kjente og brukte hersketeknikkene?

– De mest kjente er sikkert dem som Berit Ås definerte for rundt førti år siden: usynliggjøring, dobbeltstraff (fordømmelse uansett hva du gjør), tilbakeholdelse av informasjon, latterliggjøring og påføring av skyld og skam. De lever fortsatt i beste velgående, men der det engang handlet om menn som drev med det mot kvinner på grunn av datidens maktstrukturer er dette i dag blitt mer mangefasettert.

De fleste kjenner sikkert igjen hånlige, nedsettende kommentarer når de brukes

mot andre, men det er vanskeligere å distansere seg fra det når det treffer oss selv. Jeg vil tro de fleste også har kjent på den vonde følelsen av å bli ignorert og usynliggjort og holdt utenfor.

– Hvordan kan vi mest mulig effektivt forsvare oss mot hersketeknikker?

– Det første vi må gjøre er å vite at de finnes og lære om dem. Da er det lettere å oppdage dem. Så bør vi vite at de ofte dukker opp der noen føler seg truet, der det er interessekonflikt eller maktkamp eller hvor noen rett og slett er tomme for saklige argumenter. Da er det lett at noen tyr til disse for å vinne fram gjennom å trykke andre ned. Hvis vi klarer å identifisere dem kan vi lettere unngå at følelsene tar overhånd, slik at vi ikke overmannes av en oppfatning av at vi er dumme eller uvitende.

Så er det litt avhengig av situasjonen om vi bare vil ignorere det, kommentere det eller ta det opp. Det blir gjerne ubehagelig hvis vi velger å forfølge det, men noen ganger er det ingen vei utenom.

– Du er en erfaren politisk journalist som er vant til å lede opphetede debatter i studio. Har du noen gang blitt utsatt for hersketeknikker selv? Og hvordan reagerte du?

– Jeg har, som alle, blitt utsatt for det. Og jeg har reagert akkurat slik jeg tror mange gjør



SKRIVER OM HERSKETEKNIKKER: Sigrid Sollund holdt et tankevekkende foredrag for overleger og yngre leger. Foto: Mattis Dahl Åmotsbakken

når de blir utsatt for det, og når hersketeknikkene virker: jeg har følt meg liten og udugelig og trukket meg unna. Som journalist opplevde jeg det mer da jeg var yngre og mer uerfaren, gjennom nedlatende kommentarer eller oppførsel som på annet vis signaliserte tydelig at jeg ikke var en det var verdt å bry seg om. Ellers har det hendt at gjester har sagt ting rett før vi skulle på radio som var ganske drøye. Dette skriver jeg litt om i boka mi.

– Hva er den verste formen for hersketeknikk?

– Jeg tror det er den som får deg til å tvile på egne evner og egenverdi. Når det virkelig treffer skjer det på en så subtil måte, gjerne gjennom dulgte og blandede signaler, slik at det ikke er så lett å identifisere og enda vanskeligere å slå tilbake mot. De som driver med åpenbare hersketeknikker av typen «så, så, lille venn» er lettere å bare føyse bort.

– Er det forskjell på hvordan kvinner og menn bruker hersketeknikker?

– Det er vanskelig for meg å si noe bastant om det. Ofte handler det om makt og per-

sonlighet vel så mye som kjønn. Men det er klart at kjønnsforskjeller og kjønnsroller fortsatt spiller inn. En mann kan utnytte det typisk mannlige og en kvinne kan utnytte det typisk kvinnelige. På samme måte kan kjønn bli brukt mot oss, ved at vi settes i bås eller behandles ulikt ut fra fordommer og stereotypier.

– Er det noen politikere som er verre enn andre?

– Hehe, jeg tror jeg skal betakke meg for å sette opp en sånn liste. Jeg skal tross alt ha flere sendinger i NRK. Da tror jeg ikke det er så lurt å skulle rangere politikere. Men det er klart at noen er mer ivrige med å avbryte og bruke vranglesninger og stråmannstaktikk enn andre. Noen blander sammen retorikk og hersketeknikk. Men en god retoriker trenger ikke ty til slike teknikker for å få fram budskapet. Det er ikke hersketeknikk fordi om man er spissformulert og god i debatter.

– Helt til slutt et «politisk ukorrekt» spørsmål på vegne av slitne småbarnsforeldre og livs-

trøtte par: Kan man i det hele tatt bruke hersketeknikker til noe positivt – for eksempel i barneoppdragelse?

– Nei, men alle foreldre må manipulere barna til en viss grad. Gjennom positiv forsterkning forsøker vi å få barna til å velge en oppførsel framfor en annen.

Andre ganger må det sterkere lut til. Jeg har skrevet endel om dette i boka, og forsøkt å si litt om hvor grensene går. Det er endel av de samme virkemidlene som kan brukes overfor barn - spille på frykt, skyld og skam og dårlig samvittighet. Litt går nok greit, men blir det for mye av det kan det være skadelig. Hvis det alltid er «stakkars pappa» eller «ikke gjør mamma sint» for eksempel, er det nok ikke så gunstig.

Samtidig må de vel litt opp i alder før de er mottakelige for de mest finurlige hersketeknikkene. Jeg har forsøkt å påføre ettåringen skyldfølelse for at han holder meg oppe halve natta, men det ser ikke ut til å virke.

MATTIS DAHL ÅMOTSBAKKEN

mattis.dahl.amotsbakken@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling

derfor er jeg lege...

God tilrettelegging fra kommunen



I Østre Toten kommune har det vært lang tradisjon for et godt samarbeide med legene. Gode kolleger som har tilrettelagt for et fint og fruktbart samarbeide over år, drar vi alle stor nytte av i dag.

Selv arbeider jeg som fastlege på Skreia legesenter. Vi har såkalt nullavtale, det vil si at per capita tilskuddet går til kommunen i sin helhet. Kommunen holder lokalene, ansetter og lønner medarbeiderne. Slik får vi anledning til å jobbe godt klinisk og gjøre det vi liker best. Vi har god tid til pasientene våre, og vi har tid til å reise på hjemmebesøk.

Jeg har valgt å være fastlege, som er et av flere fine valg vi kan ta som leger. Jeg kunne nok trives i mange spesialiteter, men er nok mer generalist, slik at fastlegerollen passer godt for meg.

Jeg har 800 pasienter på listen og setter stor pris på en fornuftig listestørrelse. Jeg har en hjemmekontordag i uken, samt at jeg har legevakter på Gjøvik legevakt. Som mor til tre barn i alderen 4–11 år, som jeg liker å bruke tid på og som jeg er nødt til å gjøre i mange år fremover, er fastlegejobben fin for meg.

Jeg erfarer at det er viktig å ha overskudd for å gjøre en god jobb som lege. Det får jeg gjennom landeveis sykling om sommeren og skigåing om vinteren. Jeg trives med å konkurrere og være i god form. Jeg er også medeier i en stoff- og sybutikk hvor jeg bruker min kreativitet. Vi designer stoffer og lager barneklær.

Jeg liker å følge opp gravide. Når barnet er født og de kommer på seks ukers kontroll, gir jeg dem en selvsydd dress til babyen. Det er veldig koselig å gjøre!

NORA LANGBALLE ROSSELAND

Fastlege, Skreia legekonsult

Se videointervju her: legeforeningen.no/derfor

Enighet med KS om særavtalen

– Til tross for krevende forhandlinger, har vi fått på plass viktige tiltak som kommer medlemmene våre til gode, sier president Marit Hermansen.

Partene har også forpliktet seg til å etablere arbeidstidsmodeller for legevakt som tar hensyn til legenes behov for hvile og fritid. Legeforeningen mener dette arbeidet blir avgjørende for å sikre forsvarlige legevaktordninger og bedre rekrutteringen.

Enighet etter lang prosess

KS og Legeforeningen ble i begynnelsen av mai enige om ny særavtale, som regulerer blant annet samfunnsmedisin, legevakt og turnuslegers arbeidsforhold. Forhandlingene om særavtalen ble brutt i 2017 og gikk til nemndsbehandling. Ny avtale ble fastsatt av nemnda med virketid fra 1.1.2018 til 30.4.2018.

Legeforeningen mener at det er nødvendig å utvikle særavtalen siden fastlegeordningen er under et så stort press. Derfor ble det satt kort virketid for ny avtale. En rekke undersøkelser og kartlegginger bekrefter at fastlegeordningen har store problemer med arbeidsbelastning og rekruttering.

Jobber for forsvarlige arbeidstidsordninger

– Vi har i våre krav lagt fram en rekke straks-tiltak. Målet har vært å ivareta leger med særlig stor vaktbelastning og å styrke sosiale rettigheter for gravide, sier Hermansen.

Legeforeningen har fått gjennomslag for flere konkrete endringer i avtalen. I tillegg har partene forpliktet seg til umiddelbart å begynne arbeidet med å kartlegge arbeidstid og belastning på legevakt. Partene skal også utforme nye arbeidstidsmodeller som tar hensyn til legenes behov for hvile og fritid, samt behovet for arbeidsfri etter legevakt.

– Det må optimisme inn i ordningen. Vi vet at legevakt spiller en avgjørende rolle for den totale arbeidsbelastningen. Nå må vi i løpet av avtaleperioden finne de riktige løsningene som gjør arbeidsverdagen mer håndterlig, sier Hermansen.

Turnusleger og LIS1 skal følges opp

Det har også vært viktig for Legeforeningen at turnuslegene/LIS1 følges opp på en god måte i kommunene. KS og Legeforeningen har derfor avtalt å utarbeide en egen veileder for disse gruppene. Partene er enige om å kartlegge arbeidssituasjonen til turnuslegene/LIS1, og at det skal utformes og legges fram forslag til tiltak innen mai 2019.

– God kunnskap om de faktiske arbeidsforholdene blir viktig når avtalen skal tilpasses nye spesialitetsregler. Ikke minst er det viktig for å kunne styrke rettighetene til turnuslegene og LIS1 i kommunene, sier Hermansen.

Den nye særavtalen gjelder fra 1.5.2018 til 31.12.2019. Virketidspunktet for de nye økonomiske reguleringene er 1.1.2019.

DANIEL WÆRNES

daniel.waernes@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling



ENIGHET: Den nye særavtalen gjelder fra 1.5.2018 til 31.12.2019. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Godt samhold i Finnmark legeforening

– Aktiviteten i lokalforeningen er stor. Det er flott å se at medlemmene våre også engasjerer seg utenfor tillitsvalgtapparatet, sier leder Paul Olav Røsbø.

Finnmark legeforening avviklet nylig årsmøte og vårkurs i Karasjok.

– Til tross for lang reisevei for mange i dette langstrakte fylket er deltakelsen alltid bra på vårkursene våre, sier Røsbø fornøyd.

Tema i år var akutt psykiatri: Hva gjør vi når pasientene får en akutt psykisk lidelse? Når skal vi legge inn pasienter og hvilke erfaringer har vi med akutt psykiatri?

– Hver gang jeg drar på kurs og medlems- eller årsmøter slår det meg hvor godt sam-

hold legene har her i Finnmark. Her møtes mange av hva jeg kaller «gytebestanden» av både allmennleger og sykehusspesialister, og det er ekstra stas når nye unge leger kommer til, sier Røsbø.

Rom for fysisk aktivitet

Aktiv og lang lunsj var hardt tiltrengt for et knippe allmennleger som deltok på kurset.

– Fantastiske skiløyper og dager hvor vi slipper å velge mellom en kopp kaffe eller tid til gå på toalettet. Her rekker vi begge deler og attpåtil lunsj før skituren for så å toppe det hele med et kjempebra kurs i akuttpsykiatri, sier allmennlege Marit Karlsen.

LISBET T. KONGSVIK

lisbet.kongsvik@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling



GLADE ALLMENNLEGER PÅ SKITUR: Fra v.: Marianne Kvestad Øygard og Jostein Tørstad (begge Kirkenes), Ilona Sipilä (Karasjok), Kjell Nysveen (Kvænangen) og Marit Karlsen (Kautokeino). Foto Marit Karlsen

Hedret årets Buskerudlege

Buskerud legeforening arrangerte årsmøte i Drammen 4. mai. Det var et hyggelig arrangement, med godt oppmøte og spennende foredrag.

For første gang delte foreningen ut prisen «Årets Buskerudlege», som gis til et medlem som har utmerket seg og synliggjort lege-rollen på en god måte. Årets vinner ble Elinor Pay Heitmann, spesialist i lungemedisin ved Ringerike Sykehus.

– Det er en flott kollega som nå takker av. Vi håper at hun fortsatt blir å treffe ved Ringerike sykehus gjennom sitt engasjement for lungemedisin og lokalsykehuset, sa leder Mette Lurfaldet under utdelingen.

Heitmann fikk ros for å være en lagspiller, og for arbeidet hun og avdelingen hennes utførte under terrorangrepet 22. juli 2011. I sin takketale la Heitmann vekt på gleden hun har fått gjennom legekunsten, og viktigheten av å ikke henge ut enkeltleger som gjør feil.

– Feil skjer dessverre oss alle. Vi må få lov til å lære, og ha rom for å bedrive god legekunst, sa hun.

Kunstig intelligens forandrer legehverdagen

Som avslutning på årsmøtet holdt teknologirådgiver Terje Berg innlegg om teknologiens påvirkning på legeyrket. Med henvisning til 3D-printing av organer, selvkjørende biler og muligheten for å endre gener skapte han et godt grunnlag for interessante diskusjoner resten av kvelden.

– Hvis du vil vite hva som skjer i morgen, skal du ikke spørre de som er eksperter i dag, sa Berg om hastigheten på den teknologiske utviklingen.

INGVILD BJØRGO BERG

ingvild.bjorgo.berg@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling



BUSKERUDLEGEN: Mette Christin Lurfaldet (t.h.) overrakte Elinor Pay Heitmann reisestipend og litografi av Holkekunstneren Elenor Martinsen

E-helse: likt og ulikt i Skandinavia

Er situasjonen, utfordringene, ambisjonene og virkemidlene de samme i Danmark og Sverige som i Norge? Hva kan vi lære av hverandre om e-helseutviklingen?

Dette var temaet den første dagen av konferansen eHelse 2018. De tre landene har kommet omtrent like langt i digitaliseringen av helsetjenesten. Alle har e-resepter, kjernejournal, elektronisk utveksling av henvisninger og epikriser og meget høy utbredelse av elektronisk pasientjournal (EPJ). Det er forskjeller på detaljert nivå, og det er dette nivået som avgjør brukeropplevelsen for legene. Alle ser ut til å tenke at de andre landene har kommet litt lenger enn en selv har gjort.

«Alle ser ut til å tenke at de andre landene har kommet litt lenger enn en selv har gjort»

Ulik tilnærming

Sverige har visjoner om mer samarbeid og standarder som kan binde «floraen» av systemer sammen, da de har en styringsform der de 20 länen (fylkene) har selvstendig ansvar for alle beslutninger. Danmark vil ha et økosystem av mange løsninger

som bør integreres, og forventer at moderne standarder og teknologi gjør dette enklere. I Norge er ønsket fra staten færre aktører, færre små systemer, mer statlig styring og obligatorisk samfinansiering av nasjonalt eide løsninger – «alt som kan gjøres nasjonalt skal gjøres nasjonalt». Målet er å samle helse- og omsorgssektoren i en felles utviklingsretning.

Oppfordringen om å unngå silotankegang var unison blant skandinavene, dvs. at helsetjenesten må ses som et hele.

Kritisk suksessfaktor

Klinisk informatikk som fag og klinkernes involvering i e-helsearbeidet fremstår som stadig tydeligere og viktigere. Fra Helseplattformen ble det vist hvordan det går an å kombinere rollen som kliniker og prosjektmedarbeider i anskaffelsesprogrammet for elektronisk pasientjournal i Midt-Norge. Fra Direktoratet for e-helses side ble det opplyst om at det pågår sonderinger med Universitetet i Oslo om en utvikling av faget klinisk informatikk.

Konferansen ble arrangert av Dataforeningen, Legeforeningen og Sykepleierforbundet. I år samlet den ca. 200 deltakere og ga tellende kurspoeng i spesialisering og etterutdanning av leger. Neste års konferanse, eHelse2019, avholdes 8.–9. mai i Oslo.

ANNE RINGNES

anne.ringnes@legeforeningen.no
Medisinsk fagavdeling



SKANDINAVISKPANELDÉBATT: Hans Erik Henriksen (DK), Nanna Skovgaard (DK), Karl Stener Vestli (N) og Malin Amnefelt (S). Foto: Dataforeningen

SENTRALSTYRET 2017 – 2019

President Marit Hermansen
Visepresident Christer Mjåset
Ole Johan Bakke
Anja Fog Heen
Jon Helle
Anne-Karin Rime
Kirsten Rokstad
Eivind Valestrand
Tom Ole Øren

SEKRETARIATSLEDELSEN

Generalsekretær Geir Riise
Samfunnspolitisk avdeling, avdelingsdirektør Jorunn Fryjordet
Jus og arbeidsliv, avdelingsdirektør Lars Duvaland
Medisinsk fagavdeling, avdelingsdirektør Bjarne Riis Strøm
Økonomi- og administrasjonsavdelingen, avdelingsdirektør Erling Bakken

POSTADRESSE

Den norske legeforening,
Postboks 1152 Sentrum,
0107 Oslo

BESØKSADRESSE

Legenes hus, Akersgt. 2,
inngang fra Christiania torv, Oslo
Telefon: 23 10 90 00
Faks: 23 10 90 10

Oversikt over sentralstyrets epostadresser, se legeforeningen.no/sentralstyret Ansattes epostadresser finnes på legeforeningen.no/kontakt



Står du i fare for å bli utbrent?

Å være lege kan være vanskelig og arbeidet byr på spesielle påkjenninger. Legeforeningen har oppnevnt leger i alle fylker med funksjon som støttekolleger. Disse har erfaring med å gi råd og støtte ved problemstillinger som:

- Høyt arbeidspress/overbelastning
- Sykdom hos leger
- Utbrenthet
- Personlige kriser
- Misbruksproblemer
- Vanskelige arbeidsforhold
- Klagesaker mot leger
- Negativ medieomtale

Støttekollegene kan kontaktes av leger med slike problemer eller av personer som har omsorg for leger med problemer. Nærmere opplysninger om støttekollegene i ditt og andre fylker finner du på Legeforeningens nettsider.

Se www.legeforeningen.no/kollegastotte



Kollegastøtte
DEN NORSKE LEGEFORENING

Faglige medarbeidere

Tidsskriftets faglige medarbeidere representerer ulike medisinske spesialiteter og fagområder. De benyttes ved behov for medisinske råd, kommentarer og vurderinger, blant annet ved fagfellevurdering av vitenskapelige manuskripter. Mer informasjon om deres bakgrunn finnes på www.tidsskriftet.no

Alfsen, Cecilie
 Andreassen, Ole A.
 Aurlien, Dag
 Austad, Joar
 Bachmann, Ingeborg Margrethe
 Backe, Bjørn
 Bakken, Inger Johanne
 Bartnes, Kristian
 Berentsen, Sigbjørn A.
 Berg, Tore Julsrud
 Bergan, Stein
 Berild, Dag
 Berntsen, Gro Karine Rosvold
 Birkeland, Kåre Inge
 Bjørner, Trine
 Bramness, Jørgen Gustav
 Brantsæter, Arne Broch
 Bratlid, Dag
 Brattebø, Guttorm
 Braut, Geir Sverre
 Bretthauer, Michael
 Brodal, Per Alf
 Brustugun, Odd Terje
 Braarud, Anne Cathrine
 Bøhmer, Ellen
 Chaudhry, Farrukh Abbas
 Christiansen, Rolf Espen Falk
 Claudi, Tor
 Dale, Ola
 Dietrichs, Espen
 Døllner, Henrik
 Ebbing, Cathrine
 Ellingsen, Christian Lycke
 Engebretsen, Lars
 Engelsen, Bernt
 Eri, Lars-Magne
 Eskild, Anne
 Flottorp, Signe Agnes
 Flægstad, Trond
 Fredheim, Olav Magnus
 Fretheim, Atle

Frich, Jan
 Fønnebø, Magne Vinjar
 Førde, Reidun
 Gilbert, Mads
 Gilhus, Nils Erik
 Givold, Sven Erik
 Gradmann, Christoph
 Grimmsrud, Tom Kristian
 Grydland, Thomas B.
 Gulbrandsen, Pål
 Gulseth, Hanne Løvdal
 Hagve, Tor-Arne
 Hannestad, Yngvild Skåtun
 Hanoa, Rolf
 Hansen, John-Bjarne
 Hartmann, Anders
 Hasle, Gunnar
 Haug, Jon Birger
 Haugaa, Kristina H.
 Haugen, Trine B.
 Heier, Hans Erik
 Helland, Åslaug
 Hilt, Bjørn
 Hjartåker, Anette
 Hjelmesæth, Jøran Sture
 Hofmann, Bjørn
 Hokland, Bjørn M.
 Holme, Øyvind
 Holmøy, Trygve
 Houge, Gunnar
 Hunskaar, Steinar
 Husebekk, Anne
 Høymork, Siv Cathrine
 Haarr, Dagfinn
 Haave, Per
 Haaverstad, Rune
 Ihle-Hansen, Hege
 Iversen, Ole-Erik
 Jakobsen, Jarl Åsbjørn
 Jenum, Anne Karen
 Johansen, Rune

Johansen, Truls E. Bjerklund
 Juel, Niels Gunnar
 Jørgensen, Anders Palmstrøm
 Kerty, Emilia
 Kirkengen, Anna Luise
 Kiserud, Torvid Waldemar
 Kran, Anne-Marte Bakken
 Kristiansen, Ivar Sønbo
 Krohg-Sørensen, Kirsten
 Krohn, Jørgen Gitlesen
 Kvestad, Ellen
 Kvistad, Kjell Arne
 Kørner, Hartwig
 Lang, Astri M.
 Larsen, Alf Inge
 Larsen, Øivind
 Lassen, Kristoffer
 Lie, Anne Kveim
 Lillebø, Kristine
 Lærum, Ole Didrik
 Løberg, Magnus
 Madsen, Steinar
 Mahesparan, Rupavathana
 Meisingset, Tore Wergeland
 Meland, Eivind
 Midelfart, Anna
 Mørch, Kristine
 Nakstad, Per Hjalmar
 Nakken, Karl Otto
 Nessa, John N.
 Nestaas, Eirik
 Nielsen, Rune
 Nilsen, Kristian Bernhard
 Nordbø, Svein Arne
 Nordrehaug, Jan Erik
 Nylenna, Magne
 Olsen, Anne Olaug
 Os, Ingrid
 Paulssen, Eyvind J.
 Paus, Benedicte
 Pihlstrøm, Lasse
 Prescott, Trine
 Pukstad, Brita Solveig
 Randsborg, Per-Henrik
 Raknes, Guttorm
 Ranhoff, Anette Hylene
 Reed, Wenche
 Reiso, Harald
 Retterstøl, Kjetil

Risnes, Kari Ravndal
 Risøe, Cecilie
 Rogde, Sidsel
 Rogne, Tormod
 Rosvold, Elin Olaug
 Ræder, Johan C.
 Rørtveit, Guri
 Salvesen, Kjell Åsmund
 Salvesen, Rolf
 Samersaw-Lund, Miriam May Brit
 Sandberg, Mårten
 Schiøtz, Aina
 Simonsen, Gunnar Skov
 Skjeldestad, Finn E.
 Slørdal, Lars Johan
 Solberg, Steinar K.
 Sorteberg, Angelica
 Spigset, Olav
 Staff, Annetine
 Steinsvåg, Sverre K.
 Stray-Pedersen, Asbjørg
 Sundsfjord, Arnfinn S.
 Søreide, Kjetil
 Tanbo, Tom G.
 Thommessen, Bente
 Tjønnfjord, Geir E.
 Tysnes, Ole-Bjørn
 Uhlig, Tillmann Albrecht
 Ulvestad, Elling
 Valeur, Jørgen
 Vetrhus, Morten
 Wallenius, Marianne
 Wergeland, Ebba
 Westin, Andreas Austgulen
 Wiseth, Rune
 Wold, Cecilie Bendiksen
 Wyller, Torgeir Bruun
 Zahl, Per-Henrik
 Zeiner, Pål
 Øiesvold, Terje
 Øksengård, Anne Rita
 Ørstavik, Kristin
 Øymar, Knut
 Aasen, Tor
 Aasland, Olaf
 Aasly, Jan
 Aavitsland, Preben