



Tidsskriftet

DEN NORSKE LEGEFORENING



Chemsex

Årets
tidsskrift
2018

Første norske studie om
rusmiddelbruk under sex

Genetisk utredning ved
amyotrofisk lateral sklerose

Langt frem til
Én innbygger – én journal

Syke mennesker



ARE BREAN
SJEFREDAKTØR

Føler du deg frisk? Vel, statistikken er ikke på din side lenger. 63 % av alle over 45 års alder trenger behandling for hypertensiv sykdom, dersom American College of Cardiology og American Heart Associations nye definisjon av hypertensjon anvendes på den amerikanske befolkningen. Det viser en ny studie publisert i BMJ. Den samme studien fastslår at mer enn halvparten av dem som allerede får medikamenter for hypertensjon ifølge kriteriene er underbehandlet og trenger enda flere medikamenter. Det er liten grunn til å tro at tallene er svært annerledes i Norge.

Når vi holder oss med diagnosekriterier som gjør halvparten av den voksne befolkningen til behandlingskrevende pasienter, er det grunn for oss leger til å stoppe opp og løfte blikket fra reseptblokken. Flere diagnoser, flere piller og flere legekontroller er ikke det som skal til for å bedre folkehelsen. Mest medisin er sjelden best medisin.

LES I DETTE NUMMERET

Bruk av rusmidler under sex

Chemsex kan defineres som bruk av met-amfetamin, kokain, ketamin og lignende rusmidler under sex. Blant 1 001 mannlige pasienter på Olafiklinikken i Oslo rapporterte 144 om chemsex. Andelen var noe høyere blant menn som har sex med menn enn blant menn som har sex med kvinner. Det var assosiasjon mellom chemsex og psykiske plager, hivinfeksjon og syfilis, flere enn ti seksualpartnere og deltagelse i sex-fester. Menn som har chemsex bør informeres om risiko for seksuelt overførbare infeksjoner og tilbys regelmessig testing for slike infeksjoner.

SIDE 1244

Amyotrofisk lateral sklerose og genetisk utredning

Genetisk utredning kan hos mange pasienter bekrefte diagnosen amyotrofisk lateral sklerose på molekylært nivå, men betydningen for slektingers sykdomsrisiko kan være usikker. En kartlegging av alle pasienter med sykdommen ved Akershus universitetssykehus i perioden 2004–14 viste en restriktiv praksis for bruk av gentesting – i tråd med internasjonale anbefalinger. Ønsket om økt pasientmedvirkning og krav for deltagelse i kliniske studier kan endre slik praksis. Også der prediktiv testing ikke er aktuelt, kan pasienter og deres slektinger ha nytte av genetisk utredning og veiledning.

SIDE 1211, 1251

Langt frem til *Én innbygger – én journal*

I 2012 satte regjeringen et mål om én innbygger – én journal, der alle pasientdata skulle samles i ett, felles IT-system. Bare Helse Midt-Norge er i gang med å samle sykehus og primærhelsetjeneste i et nytt, felles system. De andre helseregionene arbeider med å koble sammen sykehusene i hver sin region. Det er fortsatt ikke satt en tidsfrist eller lagt en plan om når og hvordan man skal koble sammen alle helseregionene for å virkelig gjøre visjonen om én innbygger, én journal.

SIDE 1209, 1270

FORSIDE



Illustrasjon © Benedikt Rugar

«Det som ofte tiltrekker meg i tegninger og bilder, er sammenstillingen av noe kjent som de fleste kan relatere seg til, med noe ukjent. I arbeidet mitt forsøker jeg å la dette spillet komme til uttrykk – å forfølge en histories surrealistiske logikk, en sprek i virkeligheten. Hvordan kommunisere noe man egentlig ikke kan vise? Det var hovedutfordringen med denne forsiden tema. Informasjonsgrafikk kan med sitt rene og enkle språk brukes til å løse komplekse oppgaver. Jeg tok to enkle og velkjente symboler, som i seg selv ikke har noe med hverandre å gjøre, og kombinerte dem med en humoristisk vri. Selve forbindelsen mellom sex og kjemiske stoffer lar jeg det være opp til leseren selv å trekke.»

Dette skriver Benedikt Rugar, en Berlinbasert kunstner, som har laget denne forsiden av Tidsskriftet. Sjekk ut flere av arbeidene hans her: <http://www.benediktrugar.de/>

Fra redaktøren

- 1209 Helse-Norge bør samles rundt ett IT-system
Einar Ryvarden

Leder

- 1210 Når jusen kommer i veien for kommunikasjonen
Anne Høye, Siren Hoven
- 1211 Kanskje teste, ofte utrede, alltid veilede
Benedicte Paus
- 1212 Når man ikke finner en årsak
Ola H. Skjeldal

DEBATT

Kommentarer

- 1213 Risiko for peripartum perinatal død ved fødsler i fødestue
Hilde Marie Engjom og medarbeidere
Tilsvr: *Pål Øian og medarbeidere*
- 1214 Atrieflimmer hos idrettsutøvere
Eivind Sørensen og medarbeidere
Kjønn, identitet og sykdom
Bjørn Hofmann
Tilsvr: *Ketil Slagstad, Anne Kveim Lie*

Debatt

- 1218 Legeprofesjonens (kosm)etiske problem
Henrik Vogt, Andreas Pahle
- 1222 Nasjonal uenighet i behandling av kjønnsinkongruens
Asle Offerdal, Thomas Mørk Tønseth
- 1225 Kvetiapin brukes for mye
Pål Gjerden, Jørgen G. Bramness, Lars Slørdal
- 1228 På tide med nye referanseverdier og grenseverdier for spirometri
Arnulf Langhammer, Suzanne Crowley, Sjur Humerfelt, Hasse Melbye, Torbjørn Nag, Øistein Svanes
- 1231 Blivende psykiatere bør få veiledning i både psykodynamisk og kognitiv terapi
Erik Falkum

Kronikk

- 1233 Den terapeutiske alliansen
Erik Falkum
- 1236 Protonterapi – en realitet i Norge fra 2023
Einar Dale, Einar Waldeland

VITENSKAP

Fra andre tidsskrifter

- 1240 Hurtigtesting for individualisert kreftbehandling
- 1241 Fra pluripotente stamceller til hjertevev
Bruk av iPad økte oppslutningen om tarmkreftscreening
- 1242 Fluorescerende farge påviser levende tuberkulosebakterier
Kan RNA brukes til å anslå dødstidspunkt?

Doktoravhandlinger

- 1243 Lagring av netthinneceller for transplantasjon
Lara Pasovic
- Hepatitt C hos rusavhengige
Håvard Midgard

Originalartikler

- 1244 Chemsex blant menn - en spørreundersøkelse
Åse Haugstvedt, Eirik Amundsen, Rigmor C. Berg
- 1251 Genetisk utredning ved amyotrofisk lateral sklerose
Ola Nakken, Lillian Sørum, Trygve Holmøy

Klinisk oversikt

- 1256 Atopisk eksem
Teresa Løvold Berents, Marit Saunes, Thomas Schopf, Hilde Kristin Vindenes

Noe å lære av

- 1260 En ung gutt med uforklarlig hodepine og lammelser
Solveig Gjems, Helene Helgeland

Medisinen i bilder

- 1263 Pulmonal arteriovenøs malformasjon
Linn Asskildt, Silje Wetting, Anders Fjeld

Medisin og tall

- 1264 Validitet
Are Hugo Pripp

MAGASIN

Intervju

- 1266 Speidende sjeflege
Marit Tveito

Reportasje

- 1270 Langt frem til *En innbygger* - én journal
Einar Ryvarden, Øyvind Stople Sivertsen

Medisinsk etikk

- 1274 Informere eller ikke informere?
Berge Solberg, Torbjørn Dahl
- 1277 Informasjonsplikt til besvær
Morten Andreas Horn, Tilde Broch Østborg, Siri Hagen Brelin, Thore André Henriksen, Svein Aarseth
- 1280 S.H. Sundstrøm svarer
Stein H. Sundstrøm

Språkspalten

- 1281 Dilator eller dilatator?
Erlend Hem

Legelivet

- 1282 Fastlegen min
Marte Syvertsen

Tidligere i Tidsskriftet

- 1283 Paa den tid da blaabærene holdt paa at modnes

Anmeldelser

- 1284 Bøker

ANNONSER

- 1287 Legejobber
- 1294 Kurs og møter
- 1295 Spesialister

AKTUELT I FORENINGEN

Fra presidenten

- 1297 Strakstiltak for en fastlegeordning i krise
Marit Hermansen

Aktuelt

- 1298 En av seks medlemmer har opplevd seksuell trakassering
- 1300 Populære medlemsmøter
- 1301 Vil ha mer samarbeid i og mellom laboratoriefagene
- 1302 Stor aktivitet i Noklus i jubileumsåret 2017
- 1303 Legeforeningen på Arendalsuka

legejobber.no

Norges mest komplette stillingsportal for leger

UTVALGTE STILLINGER

ALVDAL KOMMUNE

Kommunelege 2

Frist 24. sept.

HELSE FONNA

Overlege, geriatri

Frist 16. sept

HELSE SØR-ØST

Avtalehjemmel,
endokrinologi

Frist 11. sept.

HELSE BERGEN

Lege i spesialisering,
blodsykdommer

Frist 15. sept.

SØRLANDET SYKEHUS

Overlege, anesthesiologi

Frist 11. sept.

VESTRE VIKEN, DRAMMEN DPS

Overlege, anesthesiologi

Frist 7. sept.

KRISTIANSUND KOMMUNE

Fastlegehjemmel

Frist 11. sept.

SYKEHUSET I VESTFOLD

Lege i spesialisering, radiologi

Frist 12. sept.

RINGERIKE KOMMUNE

Fastlegehjemmel,
akutt og mottaksmedisin

Frist 11. sept

AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS

Avdelingsleder,
fordøyelsessykdommer

Frist 15. sept.

Legejobber

TIDSSKRIFTETS STILLINGSPORTAL

Helse-Norge bør samles rundt ett IT-system

Se også reportasje side 1270
Engelsk oversettelse på tidsskriftet.no

I 2012 satte regjeringen målet Én innbygger, én journal. Alle pasientdata skulle føres sammen i ett, felles IT-system. Seks år senere mangler fortsatt planen for å komme i mål.

Fastleger, sykehjem, spesialister og sykehus sliter i dag med et lappeteppes av pasientdatasystemer som stort sett ikke snakker sammen. Systemene er innkjøpt, drevet og videreutviklet hver for seg. IT-systemene internt på sykehus snakker ofte ikke med hverandre og de kan sjelden kommunisere med systemene til andre aktører. Har pasienter flyttet eller er på reise, er det stor risiko for at kritisk informasjon mangler. Sykehus og fastleger kan foreløpig bare sende hverandre henvisninger og epikriser.

Hovedårsaken til utsettelsen er at helseregionene har avvist et felles, nasjonalt journalsystem. Hver helseregion legger fortsatt sine egne IT-strategier og -budsjetter. I stedet for å jobbe sammen mot ett felles mål, gjennomfører helseregionene nå fire separate prosjektløp for å koble sine egne systemer sammen. Prosjektene skal finansieres over egne driftsbudsjett, der IT skal konkurrere med alle andre gode formål.

Helseregionene har heller ikke fått noen tidsfrister av Helse- og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse for å gjennomføre første trinn – å koble sammen sykehus og primærhelsetjeneste. Hvor god oversikt helsevesenet har over din sykehistorie, vil i økende grad avhenge av hvor i landet du bor.

Helse Midt-Norge har kommet lengst. De må bytte ut sitt gamle pasientdatasystem og skal derfor anskaffe et moderne system som skal brukes av hele helsesektoren i regionen – fra fastlegene til sykehusene (1). De tre andre helseregionene har derimot bestemt seg for å modernisere eksisterende journalsystemer ved sykehusene. Når de er ferdige, er det langt frem til *Én innbygger, én journal* (2). Primærhelsetjenesten i regionene – blant annet alle fastlegene og sykehjemmene – er ikke med.

Etterpå står Helse-Norge overfor et gigantprosjekt med å koble helseregionenes IT-systemer sammen. Hvordan dette prosjektet skal organiseres og hvem som skal betale, har ingen foreløpig snakket om. I tillegg vil tre av fire helseregioner ikke få innført beslutningsstøtte, den nye typen systemer som gir legene råd og alarmer underveis i behandlingen av pasienter.

Det argumenteres mot ett felles, nasjonalt IT-system fordi det vil være som å samle alle egg i en kurv: Et problem eller en forsinkelse vil ramme alle brukerne. Diskusjonene om opprydding i helsesektorens IT-systemer skjer fortsatt i skyggen av to havarete gigantpro-

sjekter. I England og USA forsøkte man i 1990- og 2000-årene å gjennomføre nasjonale IT-løft for hele eller store deler av helsesektoren (3–4). Prosjektene var veldig ambisiøse og alt skulle skje samtidig – i land med henholdsvis 65 og 300 millioner innbyggere. Sjansene for å lykkes er langt større med bare litt over fem millioner innbyggere.

Et annet mye gjentatt argument mot felles IT-systemer er at man bare får én leverandør. Det er en risiko. Men store statlige organisasjoner som Nav, Skatteetaten og Forsvaret har ikke flere parallelle leverandører. De har valgt ett system fra én leverandør eller utvikler ett system selv.

Helse- og omsorgsdepartementet bør, med hjelp fra Direktoratet for e-helse, vende blikket fremover og ta kontroll over det som i realiteten er ett, stort prosjekt. «La oss se hva som skjer etter hvert» bør erstattes med «la oss lage en fullstendig plan for å komme helt i mål».

«Én innbygger, én journal blir forhåpentligvis til slutt en realitet. Men til hvilken pris og når?»

Det enkleste vil sannsynligvis være å videreutvikle systemet fra dem som har kommet lengst, det vil si Helse Midt-Norge. Helse- og omsorgsdepartementet bør tørre å forfølge den nå vagt formulerte muligheten som ligger i at Helse Midt-Norges prosjekt i 2016 ble utpekt som «regional utprøvningsarena for det nasjonale målbildet *Én innbygger – én journal*» (5). Helse Midt-Norge bør få de nødvendige ressursene til å gjennomføre en vellykket innføring av et nytt, moderne pasientjournalsystem med beslutningsstøtte for både sykehus og primærhelsesektoren. Dermed bør dette innføres i de andre helseregionene, én etter én, til vi ender opp med ett felles pasientdatasystem for hele Norge.

Mye peker mot at vi da både kan spare penger, redusere risiko og spare tid. Ikke minst slipper man gigantprosjektet med å koble sammen helseregionenes ulike IT-systemer.

Kanskje får vi uansett til slutt Helse Midt-Norges system over hele landet, men i fraværet av en tydelig plan ser det nå ut som vil gå en lang og fordyrende omvei. *Én innbygger, én journal* blir forhåpentligvis til slutt en realitet. Men til hvilken pris og når?



EINAR RYVARDEN

ein.ryvarden@tidsskriftet.no

er digitalsjef i Tidsskriftet og har tidligere vært journalist, redaktør og IT-leder.

Foto: Sturlason

LITTERATUR

- 1 Helse Midt-Norge. Helseplattformen – én journal for hele helsetjenesten i Midt-Norge. <https://helse-midt.no/Sider/Helseplattformen.aspx> (1.8.2018).
- 2 Meld. St. 9 (2012–2013). En innbygger – én journal. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/> (1.8.2018).
- 3 Syal R. Abandoned NHS IT system has cost £10bn so far. The Guardian 18.9.2013. <https://www.theguardian.com/society/2013/sep/18/nhs-records-system-10bn> (13.6.2018).
- 4 McCullagh D. U.S. stimulus bill pushes e-health records for all. Cnet.com 11.2.2009. <https://www.cnet.com/news/u-s-stimulus-bill-pushes-e-health-records-for-all/> (13.6.2018).
- 5 Årlig melding 2017 for Helse Midt-Norge RHF til Helse- og omsorgsdepartementet. Stjørdal: Helse Midt-Norge, 2017: 5. <https://www.regjeringen.no/contentassets/18f93a5faa81417b8ac28f74a02cc0ee/arlige-melding-2017-fra-helse-midt-norge-rhf.pdf> (13.6.2018).

Når jusen kommer i veien for kommunikasjonen

Språket former hvordan vi tenker – og handler. Har kravene til journalspråket fjernet oss fra pasientene?

Godt fagspråk og presise begreper er viktig og nødvendig for å kunne belyse og ivareta etiske dilemmaer i psykisk helsevern, ettersom språket former måten vi tenker på, men også hva vi prioriterer (1). Teknologisk utvikling, økt brukermedvirkning og rett til innsyn har sannsynligvis hatt flere positive effekter på pasientjournalen, som mindre bruk av fremmedgjørende språk og mer respektfull omtale av pasienten. Krav til juridisk dokumentasjon gir etter alt å dømme økt rettssikkerhet, men dette innebærer ikke nødvendigvis god behandling eller god kommunikasjon. Kan behovet for å ha juridisk ryggdekning faktisk fjerne oppmerksomheten fra pasienten?

«Vi mener det er en åpenbar fare for at vi glemmer journalens hovedformål, nemlig kommunikasjon om selve behandlingen av pasienten»

Lingvisten Dariusz Galasiński har påpekt at alle former for kommunikasjon er målrettet og avhengig av kontekst (2). Uansett om vi forteller en god historie, stiller spørsmål, informerer eller dokumenterer, har vi et formål med det vi kommuniserer. Han tar til orde for at klinisk kommunikasjon bør reflektere hvilket formål man har og i mindre grad være sentrert rundt hvilke faktiske spørsmål som skal stilles. I forlengelsen av dette: Hva er hovedformålet med journalen? Kommunikasjon med andre behandlere? Med pasient og pårørende? Eller er hovedformålet mer defensivt – å dokumentere at lovverk og retningslinjer er fulgt i tilfelle man skulle bli kikket i kortene?

Professor Aslak Syse har i en leder i Tidsskriftet skrevet om den sentrale forskjellen mellom medisinsk og juridisk tenkemåte: Medisinen skal være til nytte for den enkelte (formålsrasjonalitet), mens jusen skal forsøke å generalisere ved å utforme regler som skal gjelde i de fleste tilfeller (normrasjonalitet) (3). Begge tenkemåter er fruktbare, men det er en iboende konflikt mellom dem.

Innenfor psykisk helsevern forholder vi oss daglig til begge former for rasjonalitet, sannsynligvis mer direkte enn innenfor andre medisinske fagfelt. Vi skal hver dag behandle enkeltmennesker med sine helt personlige og individuelle behov, samtidig som vi ofte står i vanskelige etiske dilemmaer knyttet til pasientautonomi og bruk av tvang (4). Både juridisk og medisinsk tenkemåte kommer til

uttrykk i lover og forskrifter. Dette medfører at selve behandlingspråket, også i pasientjournalene, etter hvert har blitt innnevnt med juridisk terminologi. Kliniske begreper benyttes også mer i lovtekstene. Denne endringen har nok skjedd trinnvis i takt med detaljeringsgraden i lovverket, men etter at viktige, prinsipielle endringer i lov om psykisk helsevern trådte i kraft 1. september 2017 (4), ser vi etter vår mening klare tegn til en markert økt «juridifisering» av språket.

Den tydeligste endringen i loven innebærer at pasienter med samtykkekompetanse gis rett til å nekte behandling i psykisk helsevern. Hensikten med lovendringen er å bringe kriteriene for psykisk helsehjelp nærmere hovedprinsippene om pasientens selvbestemmelsesrett og vilkår om samtykke før helsehjelpen ytes (5). Kravet til vurdering av samtykkekompetanse er omfattende, og tilsvarende har omfanget av anbefalinger for dokumentering av vurderingene vokst. Det er uunngåelig at vurderingene formuleres innenfor juridisk terminologi, dette påvirker både språklig kompleksitet og antall ord.

Når formålet er uklart, vil fagspråket vi benytter etter hvert gli over i formuleringer forsøkt tilpasset et juridisk formål, fordi kravene til språk og dokumentasjon her er mest normerende og tydeligst formulert. Klinikere er jo ikke jurister, og språket blir sannsynligvis både dårligere, mer omstendelig og gjentakende.

Vi mener det er en åpenbar fare for at vi mister journalens hovedformål av syne, nemlig kommunikasjon om selve behandlingen av pasienten. Hovedformålet med journalføringsplikten er å sikre at opplysninger som er nødvendige og relevante for forsvarlig behandling blir nedtegnet og kan gjenfinnes (6). Innholdet bør gi best mulig dokumentasjonsstøtte for god helsehjelp og kommunikasjon rundt denne.

Journalen er et av de viktigste arbeidsverktøyene vi behandlere har. Når journalspråket virker fremmedgjørende, undergraves journalen som kommunikasjonskanal, både mellom behandlere og mellom behandler og pasient/pårørende. Juridisk språk gjør heller ikke journalen mer tilgjengelig og forståelig for den det til syvende og sist handler om, nemlig pasienten.

ANNE HØYE

anne.hoye@unn.no

er psykiater, professorstipendiat ved Institutt for klinisk medisin (IKM) ved Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet, og overlege ved Psykiatrisk avdeling, Psykisk helse- og rusklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SIREN HOVEN

er psykiater og avdelingsleder for Psykiatrisk avdeling ved Psykisk helse- og rusklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge.

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

LITTERATUR

- Whorf BL, Carroll JB, red. Language, Thought and Reality: Selected Writings of Benjamin Lee Whorf. Cambridge, MA: Technology Press of Massachusetts Institute of Technology, 1956: 5.
- Galasiński D. Language and psychiatry. *Lancet Psychiatry* 2018; 5: 200–1.
- Syse A. Om medisinsk etikk, medisin og jus. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 1626.
- LOV-1999-07-02-62. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62> (23.6.2018).
- Helsedirektoratet. Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernloven med kommentarer. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykisk-helsevernloven-og-psykisk-helsevernloven-med-kommentarer> (23.6.2018).
- Helsedirektoratet. Helsepersonelloven med kommentarer. Kapittel 8. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsepersonelloven-med-kommentarer/seksjon?Tittel=kapittel-8-dokumentasjonsplikt-11475#§-39-plikt-til-å-føre-journal> (23.6.2018).

Kanskje teste, ofte utrede, alltid veilede

Se Originalartikkel side 1251
Engelsk oversettelse på tidsskriftet.no

Pasienter med alvorlig og mulig arvelig sykdom og deres slektninger kan ha nytte av genetisk utredning og veiledning, også når prediktiv gentesting ikke er aktuelt.

Ved mange sykdommer, som for eksempel kreft, hjerte- og karsykdom, Alzheimers sykdom, Parkinsons sykdom og amyotrofisk lateral sklerose (ALS), utgjør arvelige tilfeller en liten undergruppe. Det skiller mellom familiære og sporadiske sykdomstilfeller, der førstnevnte antas å ha mendelsk arvegang og sistnevnte multifaktoriell årsak. Primær diagnostikk beror ofte på kliniske diagnostiske kriterier. Hensikten med genetisk utredning er først og fremst å identifisere de arvelige tilfellene, og utredningen kan, foruten å bekrefte diagnosen, identifisere undergrupper med særskilte behov for medisinsk og tverrfaglig oppfølging. Ved arvelig sykdom har hver familie sin egen sykdomsgivende mutasjon. Familiens spesifikke mutasjon kan oftere enn tidligere gi informasjon om prognose og behandlingsmuligheter. Genetisk utredning er et skoleeksempel på persontilpasset medisin, definert som forebygging, diagnostikk, behandling og oppfølging tilpasset biologiske forhold hos den enkelte (1).

Kun når en sykdomsgivende mutasjon er identifisert hos pasienten, kan friske slektninger tilbys testing for mutasjonen for å få kunnskap om egen risiko. Før slik prediktiv gentesting er genetisk veiledning lovpålagt i Norge, slik det er i mange andre europeiske land (2, 3). Ved noen alvorlige, arvelige sykdommer der det verken finnes effektiv forebygging eller behandling, følger veiledningen en nøye utarbeidet prosedyre. Forskning viser at flertallet av friske som velger prediktiv gentesting etter slik veiledning, takler det godt – uavhengig av testresultatet (4).

Nakken og medarbeidere har undersøkt om klinikere i praksis følger internasjonale anbefalinger om genetisk utredning av pasienter som har amyotrofisk lateral sklerose (5). I retningslinjene anbefales detaljert familieanamnese hos alle pasienter og DNA-undersøkelser kun i visse familiære tilfeller (6). Selv om undersøkelse av noen gener kan akselerere den diagnostiske prosessen og gi prognostisk informasjon, skal det ifølge retningslinjene ikke rekvireres DNA-undersøkelse ved sporadiske tilfeller med klassisk sykdom.

Den sistnevnte anbefalingen er problematisk. I studien fra Akershus universitetssykehus manglet familieopplysninger i journalen i 38 % av tilfellene (5), noe som viser at anbefalingene om å innhente en detaljert familieanamnese ikke var fulgt. Selv om pasienten er det første kjente sykdomstilfellet i familien, er det ikke gitt at det er sporadisk. På grunn av redusert gjennomslagskraft (penetrans) ved amyotrofisk lateral sklerose kan arvelig sykdom «gå under radaren»,

især i små familier. Autosomt dominant og X-bundet arvelig sykdom kan også skyldes nyoppståtte mutasjoner, som på samme måte som andre mutasjoner kan overføres til etterkommere. Først etter flere generasjoner, eller når det er utført genetiske undersøkelser, kan man anta at tilfellet var sporadisk. Selv om familieanamnese og samtykkebasert innhenting av opplysninger er en del av tilbudet ved medisinskgenetiske avdelinger, tyder norske og utenlandske studier på at nevrologer i liten grad henviser ALS-pasienter dit. Dette kan skyldes manglende kjennskap til genetikk og genetiske tjenester, eller legens opplevelse av etiske og psykologiske utfordringer (5, 7).

«Selv om pasienten er det første kjente sykdomstilfellet i familien, er det ikke gitt at det er sporadisk»

Anbefalingen om begrenset bruk av genetisk utredning av pasienter med amyotrofisk lateral sklerose er begrunnet blant annet med pasientens og slektingers rett til ikke å vite om sykdommen er arvelig (5). Det er uvanlig å bruke uttrykket «rett til ikke å vite» om utredning av syke. Uttrykket betegner vanligvis friske personers rett til å avstå fra prediktiv gentesting. I pasient- og brukerrettighetsloven står det riktignok at pasienter har rett til ikke å bli pådyttet informasjon som de ikke ønsker om sin sykdom (8), men også at de har rett til å få den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Uten genetisk utredning og veiledning frarøves både pasient og slektninger så vel generell informasjon om risiko basert på arvegang eller empiriske tall som muligheten til å velge om de vil vite eller ikke vite i tilfeller der slektninger kan tilbys prediktiv testing.

De konservative retningslinjene for genetiske undersøkelser ved amyotrofisk lateral sklerose har vært utarbeidet av og diskutert i nevrologiske fagmiljøer, men problemstillingene er de samme ved andre sykdommer. Det finnes ikke belegg for at informasjon om genetisk heterogenitet eller redusert penetrans skulle medføre økt psykologisk belastning for den som blir veiledet. God forklaring til pasient og familie krever imidlertid spesiell kompetanse som finnes hos genetiske veiledere. Pasienter med amyotrofisk lateral sklerose og deres slektninger vil ha nytte av genetisk utredning og veiledning uavhengig av mulighet for, eller ønske om, prediktiv gentesting.

BENEDICTE PAUS

benedicte.paus@ous-hf.no

er spesialist i medisinsk genetikk, overlege ved Oslo universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo.

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

LITTERATUR

- 1 Helsedirektoratet. Persontilpasset medisin. Nasjonal strategi for helsetjenesten. <https://helsedirektoratet.no/legemidler/persontilpasset-medisin> (2.7.2018).
- 2 Rantanen E, Hietala M, Kääriäinen H. Regulations and practices related to genetic counseling in 38 European Countries. http://www.eurogentest.org/fileadmin/templates/eugt/pdf/Results_of_survey_1_WP_3-1_Dec06.pdf (2.7.2018).
- 3 LOV-2003-12-05-100. Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-12-05-100> (2.7.2018).
- 4 Crozier S, Robertson N, Dale M. The psychological impact of predictive genetic testing for Huntington's disease: a systematic review of the literature. *J Genet Couns* 2015; 24: 29–39.
- 5 Nakken O, Sørum L, Holmøy T. Genetisk utredning ved amyotrofisk lateral sklerose. *Tidsskr Nor Legeforen* 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0193.
- 6 Andersen PM, Abrahams S, Borasio GD et al. EFNS guidelines on the clinical management of amyotrophic lateral sclerosis (MALS)-revised report of an EFNS task force. *Eur J Neurol* 2012; 19: 360–75.
- 7 Vajda A, McLaughlin RL, Heverin M et al. Genetic testing in ALS: A survey of current practices. *Neurology* 2017; 88: 991–9.
- 8 LOV-1999-07-02-63. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (2.7.2018).

Når man ikke finner en årsak

Se Noe å lære av side 1260
Engelsk oversettelse på tidsskriftet.no

Utredning og behandling av barn og ungdom med funksjonelle lidelser stiller store krav til tverrfaglig samarbeid og god kontakt med pasient og pårørende.

Sykehistorien som Gjems & Helgeland presenterer i dette nummer av Tidsskriftet handler om en gutt med hodepine og lammelser der man ikke fant noen organisk forklaring (1). Psykiatrisk utredning viste heller ingen tegn til psykisk lidelse. Dermed ble det uklart hvem som skulle ha det videre behandlingsansvaret for gutten. Pasienten og pasientens foreldre ble stående tilbake med ubesvarte spørsmål og en betydelig frykt for at gutten hadde en alvorlig sykdom. Først når man maktet å etablere en tverrfaglig samarbeidsgruppe, kom man i en behandlingssituasjon hvor det lyktes å få ham frisk igjen.

«Kjernen i behandlingsopplegget er at de involverte fagpersonene kommuniserer sammen»

Begrepet funksjonelle tilstander eller konversjonstilstander er et samlebegrep for symptomer og funn der man ved medisinske undersøkelser ikke klarer å avdekke noen organisk årsaksforklaring (2). Det finnes ingen gode undersøkelser om forekomsten, men delstudier antyder at konversjonsforstyrrelser hos barn og ungdom forekommer jevnlig (3). Det er derfor sannsynlig at mange leger vil møte disse pasientene i løpet av sin karriere.

Oftest er det innen pediatrien man ser de mest alvorlige og dramatiske forløpene av funksjonelle tilstander (4). Dette er ikke overraskende, ettersom barn og unge i større grad enn voksne vil uttrykke konflikter og vanskeligheter gjennom kroppslige symptomer (5). Disse kan være kortvarige og gå over av seg selv, men de kan også vedvare og bli vanskelige å behandle. Tilstandene er hyppigst hos barn i 12–15 års alder og er mer vanlig hos jenter enn gutter (5).

Barn og ungdom med funksjonelle somatiske tilstander har et stort spekter av symptomer og funn, som oftest nevrologiske. Dette setter store krav til erfaring hos pediaterer eller nevrologer. Den kliniske undersøkelsen er viktig og skal danne grunnlaget for videre undersøkelser. Det er maktpåliggende at man tar seg god tid og evner å forklare og informere. Tilbakemeldingen om at man ikke

finner noen organisk forklaring kan ellers fort oppfattes som at pasientens plager blir mistrodd. Dette kan føre helt galt av sted og bidrar ikke helt sjelden til angst og frykt for alvorlig sykdom hos både barn og foreldre, slik Gjems & Helgeland påpeker. Bedre blir det ikke hvis en psykiatrisk utredning konkluderer med at pasienten ikke oppfyller kriterier for en barnepsykiatrisk diagnose. Dette resulterer i at familien blir en kasseball i systemet og at foreldrene noen ganger oppsøker ikke-seriøse paramedisinske miljøer.

Samarbeid om pasienter på tvers av fagprofesjoner kan være nyttig, men ikke alltid like lett å få til. Det er flere årsaker til det. Hverdagen er hektisk og travel, og tverrfaglige aktiviteter blir ofte nedprioritert. Manglende kunnskap og respekt om hvilken kompetanse andre fagspesialiteter representerer, spiller også inn. Liten helhetsforståelse for pasientens situasjon bidrar sikkert også. Ikke sjelden blir pasienten den tapende part, med en dårligere diagnostisk utredning og behandling.

Tverrfaglig samarbeid er noe vi må tilstrebe. En god behandling for denne gruppen pasienter er å skape trygge rammer og forutsigbar struktur. I dette ligger det også at man etablerer gode tverrfaglige forbindelser og godt samarbeid omkring pasientene. Kjernen i behandlingsopplegget for barn og ungdom med funksjonelle lidelser er at de involverte fagpersonene kommuniserer sammen. Dette ble allerede påpekt i 1994, da man hevdet at disse pasientene ville profitere på et nært samarbeid mellom ulike faggrupper (6).

Ved Oslo universitetssykehus har man i flere tiår hatt en arbeidsform hvor barnepsykiatere og -psykologer samarbeider tett med barnelegene. På den måten får man en god kunnskapsutveksling og forståelse for hverandres arbeidskultur. De siste årene har oppfatningen om at slikt samarbeid er vesentlig for denne pasientgruppen, heldigvis fått større fotfeste. I 2007 ble det påpekt i Helsedirektoratets statusrapport at den «største barrieren innen helsesektoren for barn og unge med behov for koordinerte tjenester, er mangel på helhet, forutsigbarhet og samordning av tjenestene» (7). Dette tok man konsekvensene av. Så sent som i 2016 ble det i nasjonal helse- og sykehusplan vedtatt at alle barne- og ungdomsmedisinske avdelinger skulle ha psykologer og/eller psykiatere inkludert i avdelingen (8).

OLA H. SKJELDAL

ola.skjeldal@gmail.com

er spesialist i nevrologi og professor emeritus. Han arbeidet tidligere ved Barne- og ungdomsklinikken, Rikshospitalet. Nå er han forsker ved Nevropsykiatrisk senter ved Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

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

LITTERATUR

- Gjems S, Helgeland H. En ung gutt med uforklarlig hodepine og lammelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0081.
- Eminson DM. Medically unexplained symptoms in children and adolescents. Clin Psychol Rev 2007; 27: 855–71.
- Feinstein A. Conversion Disorder. Continuum (Minneapolis) 2018; 24: 861–72.
- Kozłowska K. Functional somatic symptoms in childhood and adolescence. Curr Opin Psychiatry 2013; 26: 485–92.
- Diseth TH, Malt E. Psykosomatikk og nevrologi. I: Gjerstad L, Helseth E, Rootwelt T, red. Nevrologi og nevrokirurgi fra barn til voksen. 6. utg. Oslo: Forlaget Vett & Viten, 2014: 235–45.
- Vandvik IH, Skjeldal O. Konversjonsforstyrrelser hos barn og ungdom. En tverrfaglig tilnærming. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 1405–8.
- Diseth TH. Kronisk somatisk sykdom og symptomatologi hos barn og unge. I: Dahl AA, Aarre TF, Loge JH, red. Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2014: 674–94.
- Meld. St. 11 (2015–2016). Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf> (15.8.2018).

Risiko for peripartum perinatal død ved fødsler i fødestue

Kunnskap om fødselsomsorgen er viktig for å gi kvinnen og paret best mulig grunnlag for planlegging av fødsel og fødested. Slik kunnskap er også viktig for overvåkning av kvaliteten på tjenestetilbudet. Derfor er de nylig publiserte resultatene fra fødestueprosjektet viktige (1).

Hverken artikkelen eller den tilhørende lederartikkelen (2) omtaler ny norsk forskning knyttet til risiko for at barnet dør under fødselen eller i løpet av første levedøgn ved ulike kategorier av fødeinstitusjoner. Vi undersøkte risikoen for peripartum perinatal død, definert som dødsfall under fødselen eller i løpet av første levedøgn, og sammenlignet fødsler i fødestue, fødeavdelinger av ulik størrelse og uplanlagt fødsel utenfor fødeinstitusjon (3).

Risikoen for peripartum perinatal død er lav i Norge, og for flergangsfødende var det ingen forskjell mellom fødsel i fødestue og i fødeavdeling. Få førstegangsfødende fødte ved fødestuene; de hadde imidlertid en mer enn tredoblet risiko for å miste barnet dersom de fødte ved en fødestue sammenlignet med fødeavdeling (3,6 / 1 000 versus 1,3 / 1 000, justert relativ risiko 3,5; 95 % KI 1,4–8,9). Om disse fødslene var planlagt ved fødestuen går ikke fram av fødselsregisterets rutinedata. Risikoen for at barnet døde var imidlertid langt lavere ved fødestuen enn ved uplanlagt fødsel utenfor institusjon for denne gruppen.

Det viser at arbeidet med særskilt registrering er viktig, men også at det er grunn

til å vise varsomhet i å anbefale førstegangsfødende å planlegge fødsel ved fødestue. Fødestuen må ha beredskap til å håndtere uforutsette akutte situasjoner.

HILDE MARIE ENGJOM
hilde.engjom@uib.no
er lege.

NILS-HALVDAN MORKEN
er professor ved Universitetet i Bergen.

KARI KLUNGSØYR
er professor ved Universitetet i Bergen.
Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Oian P, Askeland OM, Engelund IE et al. Fødestuefødsler i Norge 2008–10 – en populasjonsbasert studie. *Tidsskr Nor Legeforen* 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.17.0842.
- 2 Backe B. Fødestuer – fra nyvinning til nedleggelse. *Tidsskr Nor Legeforen* 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0355.
- 3 Engjom HM, Morken NH, Høydahl E et al. Increased risk of peripartum perinatal mortality in unplanned births outside an institution: a retrospective population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2017; 217: 210.e1–12.

ØIAN OG MEDARBEIDERE SVARER

Vi takker Engjom og medarbeidere for interesse for vår artikkel. Fødestueprosjektet i Medisinsk fødselsregister (MFR) skulle blant annet samle inn ekstra data for å avklare om fødsler som skjer ved fødestuene var planlagt eller ikke planlagt å foregå der, hvor mange fødekvinne som ble overflyttet til sykehus, årsaker til overflyttinger og resultater ved disse fødslene. Data om slike forhold registreres ikke rutinemessig i registeret.

Engjom og medarbeidere har nylig publisert en artikkel basert på rutinedata fra registeret om ikke-planlagte fødsler utenfor fødeinstitusjon og sammenlignet resultatene med fødsler i forskjellige typer fødeinstitusjoner (1). De fant at risikoen for peripartum perinatal død definert som dødsfall

under fødselen eller første levedøgn var tredoblet (3,6/1 000 fødsler versus 1,3/1 000 fødsler) for førstegangsfødende som fødte ved fødestuer sammenlignet med dem som fødte ved små fødeavdelinger med mindre enn 500 fødsler årlig. En svakhet med den studien er at forfatterne ikke kunne ta i betraktning hvorvidt fødestuefødslene var planlagt å skje der eller ikke, og at man har inkludert alle fødsler fra svangerskapsuke 22, eller med fødselsvekt over 500 gram, dvs. også svært premature fødsler.

Ved fødestuene selekteres bare fødende med svangerskapsvarighet mer enn 36 uker. Fødsler med kortere svangerskapsvarighet ved fødestuer er derfor ikke-planlagte fødestuefødsler, og disse har opplagt høyere peripartum perinatal dødelighet. Vi kan derfor ikke se at Engjom og medarbeideres studie gir holdepunkter for å si at man må vise varsomhet med å anbefale førstegangsfødende å planlegge fødsel ved fødestue. Det gjøres forøvrig heller ikke i Norge, men førstegangsfødende som har et sterkt ønske om fødsel ved fødestue kan etter nøye vurdering selekteres til slik fødsel.

PÅL ØIAN
pal.oian@unn.no
er overlege og professor.

OLAUG MARGRETE ASKELAND
er seniorrådgiver ved Folkehelseinstituttet.

MARTA EBBING
er fagdirektør ved Folkehelseinstituttet.
Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Engjom HM, Morken NH, Høydahl E et al. Increased risk of peripartum perinatal mortality in unplanned births outside an institution: a retrospective population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2017; 217: 210.e1–12.

Atrieflimmer hos idrettsutøvere

Takk til Silje Holt Jahr og medarbeidere for presentasjon av sykehistorien til en idrettsmann i 40-årene med residiverende hjerneinfarkt, anfallsvis atrieflimmer og persisterende foramen ovale (1). Vi finner det særlig interessant at pasienten hadde antatte treningsinduserte strukturelle kardiale endringer og ønsker i den anledning å komme med noen utdypende kommentarer om idrettshjerte, atrieflimmer og risiko for hjerneslag.

Om idrettsutøvere med atrieflimmer har økt risiko for hjerneslag på linje med andre atrieflimmerpasienter er uavklart. Tverrsnittsdata fra studien av atrieflimmer hos birkebeinere viste at forekomsten av hjerneslag var mer enn dobbelt så høy blant birkebeinere med atrieflimmer sammenlignet med de uten (2). Den samme studien viste at kun to av tre birkebeinere med atrieflimmer og indikasjon for antikoagulasjonsbehandling (CHA₂DS₂ VASC-skår ≥ 2) fikk slik behandling.

Som kasuistikkforfatterne påpeker, mangler ofte tidsmessig sammenheng mellom atrieflimmeranfall og hjerneinfarkt. Denne kunnskapen utfordrer den tradisjonelle oppfatningen av at hjerneinfarkt ved atrieflimmer skyldes trombedannelse i atriet under anfall eller ved omslag mellom sinusrytme og atrieflimmer. I stedet kan man tenke seg atrieflimmer som en markør for underliggende patologi i hjertets forkammer (atrial kardiomyopati), og at underliggende atriesykdom i seg selv disponerer for trombedannelse, med påfølgende kardioembolisk hjerneinfarkt. Endret p-bølge-morfologi i EKG i sinusrytme hos personer med anfallsvis atrieflimmer kan være uttrykk for underliggende atrial kardiomyopati (3). Dilatasjon av venstre atrium sees ofte ved atrieflimmer og kan skyldes både atrieflimmer og underliggende atrial kardiomyopati.

Langvarig utholdenhetstrening er assosiert med både økt atriestørrelse og økt risiko for atrieflimmer. Imidlertid mangler evidens for at de strukturelle forandringene, ofte omtalt som «idrettshjerte», er årsak til

økt forekomst av atrieflimmer (4, 5). Hjertet tilpasser seg økt trykk og volumbelastning ved utholdenhetstrening med dilatasjon og hypertrofi, både i atrier og ventrikler. Disse tilpasningene oppfattes som fysiologiske, og idrettsutøvere har vanligvis ikke endret p-bølge-morfologi i EKG (4, 6). I den pågående Birkebeiner II-studien undersøker vi forkammerkaraktistika og andre biomarkører for atrieflimmer hos eldre delta-gere i Birkebeinerrennet og jevnaldrende mindre fysisk aktive personer. Forhåpentligvis kan økt kunnskap om atries morfologi og funksjon hos birkebeinere bidra til å forklare hvorfor langvarig trening disponerer for atrieflimmer.

Om det er atrieflimmer eller underliggende atrial kardiomyopati som har størst betydning for risiko for kardioembolisk hjerneinfarkt er fortsatt uavklart, men per idag foreligger ikke data som støtter antikoagulasjonsbehandling som slagforebyggende behandling uten at atrieflimmer er påvist. I tråd med gjeldende retningslinjer bør birkebeinere og alle andre idrettsutøvere med atrieflimmer behandles med antikoagulantia for å forebygge hjerneinfarkt.

EIVIND SØRENSEN

eivindso@alumni.ntnu.no
er lege i spesialisering ved Medisinsk avdeling, Diakonhjemmet sykehus.

MARIUS MYRSTAD

er ph.d. og spesialist i indremedisin ved Medisinsk avdeling, Bærum sykehus.

HÅKON IHLE-HANSEN

er lege i spesialisering ved Medisinsk avdeling, Bærum sykehus.

TRYGVE BERGE

er lege i spesialisering ved Medisinsk avdeling, Bærum sykehus.
Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Jahr SH, Rønning OM, Sundseth A et al. En mann i 40-årene med residiverende hjerneinfarkt. Tidsskr Nor Legeforen 2018; 138. doi:10.4045/tidsskr.17.0853.
- 2 Myrstad M, Aarønes M, Graff-Iversen S et al. Physical activity, symptoms, medication and subjective health among veteran endurance athletes with atrial fibrillation. Clin Res Cardiol 2016; 105: 154–61.
- 3 Holmqvist F, Olesen MS, Tveit A et al. Abnormal atrial activation in young patients with lone atrial fibrillation. Europace 2011; 13: 188–92.
- 4 Morseth B, Løchen ML, Ariansen I et al. The ambiguity of physical activity, exercise and atrial fibrillation. Eur J Prev Cardiol 2018; 25: 624–36.

- 5 Myrstad M, Nystad W, Graff-Iversen S et al. Effect of years of endurance exercise on risk of atrial fibrillation and atrial flutter. Am J Cardiol 2014; 114: 1229–33.
- 6 Petersson R, Berge HM, Gjerdalen GF et al. P-wave morphology is unaffected by atrial size: a study in healthy athletes. Ann Noninvasive Electrocardiol 2014; 19: 366–73.

Les forfatterens tilsvarende på tidsskriftet.no

Kjønn, identitet og sykdom

Mange takk til Lie og Slagstad for svar på min kommentar (se Tidsskriftet nr. 12) til deres leder (1). Deres presisering av forskjellen mellom en persons kjønnsidentitet, personens kjønnskaraktistika og personens ønske om å endre disse, er viktig. Det er også prisverdig at de ser farene for medikalisering av kjønnsidentitet. Samtidig forblir begrunnelsen for å gjøre kjønnsinkongruens til sykdom høyst uklart.

Hvis det er slik som Lie og Slagstad skriver, at det er «det er patologisering av kjønnsidentiteter som har skapt plager for mange», så burde man vel nettopp være ekstremt forsiktig med slik patologisering. Hvis problemet er fravær av helsetjenester og nærvær av diagnoser, så bør man vel fremme helsetjenestene og ikke diagnosene. Hvis helsetjenestens kategorier er «resultat av historiske prosesser» og av «omfattende kompromisser og praktisk arbeid ... i fagmiljøet, blant transpersoner og aktivister» så blir det uklart hvorfor man skal bruke aktivismen og makten på diagnosen.

Kjønn har utvilsomt vært viktig, men er det ikke nettopp normene for dette man vil endre? Vi bruker «min partner» (og ikke «min kone») og «hen» (og ikke «han»). Det går riktignok smått, men i et slikt perspektiv kan det å skjære i enkeltmenneskers genitalier for å endre kulturelle fenomener virke mot sin hensikt. I tillegg bryter det med medisinenes selvforståelse gjennom 3000 år. På veien mot et samfunn der vi vektlegger de indre kvaliteter mer enn de ytre attributter, undres jeg på om det å skjære i folks kropp er den rette måten å forme individ og samfunn på?

Mange vil være enige med Lie og Slagstad i at eksempler som høyde og hår er sære eksempler. Det samme gjelder «body integrity identity disorder» (BIID). Men eksemplene understreker behovet for å sette grenser. Grensebehovet blir ikke borte ved å stemple eksemplene er søkte eller absurde. For ikke altfor lenge siden ble det oppfattet som absurd å skjære i personer på grunn av deres kjønnsinkongruens. Men den opplevelsen som personer med kjønnsinkongruens har hatt – og de helseproblemene som fulgte – er kanskje ikke så forskjellige fra hvordan personer med høydeinkongruens eller «body integrity identity disorder» opplever det i dag. Det er betydelig makt i å definere noe som «søkt», uvirkelig, uviktig eller absurd.

Jeg deler Lie og Slagstads implisitte kamp for sårbare grupper, men jeg er bekymret for de som blir sårbare av å gjøre kjønnsinkongruens til sykdom. Med en diagnose, og et helsetilbud, følger det gjerne en «standardoppfatning», en «standardbehandling» og en implisitt anbefaling. Jeg er bekymret for at skalpellen er svaret, uavhengig av hva som er spørsmålet – og for at man har lært lite av legenes håndtering av drapetomani og homofili. Hvis man er opptatt av å bryte ned normer og barrierer, er det å befeste diagnosenes dikotomier kanskje ikke den beste veien å gå?

BJØRN HOFMANN

bjoern.hofmann@ntnu.no
er professor.
Forfatter oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Lie AK, Slagstad K. Diagnosens makt. Tidsskr Nor Legeforen 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0438.

K. SLAGSTAD & A.K. LIE SVARER

Takk til Bjørn Hofmann for ny kommentar. Slik vi forstår Hofmann i kommentarene til vår lederartikkel har han to anliggender: for det første at enhver diagnostisering av kjønnsinkongruens medfører at normal kjønnsidentitet blir patologisert, og for det andre at medisinsk behandling av kjønnsinkongruens (hormoner og kirurgi) er problematisk.

Spørsmålet om kjønnsbekreftende behandling burde kunne tilbys uten diagnose, altså å fristille helsetilbudet fra diagnoseapparatet, er interessant og viktig, men det er slik vi ser det del av en mye

større diskusjon som også omfatter andre tilbud og tilstander, for eksempel helsetjenester i svangerskapet. Vi tror denne diskusjonen vil føre for langt i et kommentarfelt. Som vi har fremhevet, har det vært diskutert å sette diagnosen «kjønnsinkongruens» i ICDs kapittel over kontakter med helsetjenesten, men man landet på ikke å gjøre dette, siden man var redd for at det kunne føre til at tilbudet til transpersoner ville bli nedprioritert i de enkelte lands helsetjenester (1).

Vi er helt enige med Hofmann i at det ville være uheldig og uønsket om det utviklet seg en slags behandlingsstandard som ikke tok hensyn til den enkeltes helsebehov og behandlingspreferanser. Som vi skrev, er det viktig at tilbudet individualiseres, noe som også understrekes i den internasjonale veilederen (2). Noen vil kun ønske hormoner, noen ingen behandling i det hele tatt. Særlig viktig er det at barn og unge fritt får mulighet til å utforske og leve ut egen kjønnsidentitet uten at dette problematiseres eller patologiseres. Samtidig må vi erkjenne at med økt åpenhet og aksept i samfunnet for å stille spørsmål ved egen kjønnsidentitet, kan vi forvente en økning i henvendelser til helsevesenet om rådgivning og behandling (3).

Det er viktig å stille spørsmål, men det er også viktig – og kanskje vanskeligere – å komme med svar. Vi savner Hofmanns standpunkt på hvilket helsetilbud transpersoner skal tilbys. Slik vi leser ham er han skeptisk til all medisinsk kjønnsbekreftende behandling. Det er et standpunkt vi ikke deler. Vi har ikke skrevet at Hofmanns spørsmål er absurde, uinteressante eller uvirkelige, men vi har argumentert for hvorfor vi mener det er søkt å trekke inn «høydeinkongruens», «raseinkongruens», «kroppshårinkongruens» eller nå «body integrity identity disorder». Hofmann nevner verken disse «tilstandenes» forekomst, diagnostikk eller ev. behandling. Slik vi ser det blir dette mer en logisk-prinsipiell diskusjon som ikke opplyser diskusjonen om hvordan leger skal forholde seg til pasienter som ønsker kjønnsbekreftende behandling.

Selv om vi ser tegn i tiden på at samfunnet blir mer åpent og aksepterende for kjønnsuttrykk og seksuell orientering («partner», «hen») er det ikke sikkert at kjønnsdikotomiene har blitt mindre av den grunn. Enten vi vil det eller ei – og uavhengig av hva vi jobber for politisk – er kjønn trolig den mest fundamentale kategorien vi har i samfun-

net: Kjønn er det første man spør om etter fødsel («det ble en jente! »), det følger oss gjennom hele barndommen (egne butikkseksjoner for «jente- og gutteleker» og «jente- og gutteklær»), skolegang, ved opptak ved utdanningsinstitusjoner, i Forsvaret, ved jobbsøking osv. – til helt banale gjøremål som å skulle kjøpe flybilletter eller svare på en spørreundersøkelse. Det forklarer trolig noe av det høye lidelsestrykket en del transpersoner opplever på grunn av sin kjønnsdysfori – og den lettelsen det er å kunne passere og bli akseptert som det kjønn man opplever seg som, enten det er gjennom klær, navn eller medisinske inngrep. Vi mener det er urett og urettferdig å skyve transpersoner foran seg i det viktige arbeidet for et åpnere samfunn med større aksept for ulike kjønnsuttrykk og seksuelle orienteringer, ved å nekte dem tilgang til kjønnsbekreftende behandling, for å forsvare et teoretisk argument om at slik behandling reproducerer kjønnsdikotomier.

Denne diskusjonen er ingen akademisk øvelse; den har kroppslige og psykologiske konsekvenser for personene det gjelder. Det ligger stor makt i å nekte helsetjenester til en marginalisert gruppe, når vi på bakgrunn av den forskningen som foreligger, vet at kjønnsbekreftende behandling reduserer kjønnsdysfori og har dokumenterte positive effekter på livskvalitet og helse (4, 5).

KETIL SLAGSTAD

ketil.slagstad@tidsskriftet.no
er medisinsk redaktør.

ANNE KVEIM LIE

er førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo.
Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Drescher J, Cohen-Kettenis P, Winter S. Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *Int Rev Psychiatry* 2012; 24: 568–77.
- 2 The World Professional Association for Transgender Health. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, Version 7. 2011. <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Web%20Transfer/SOC/Standards%20of%20Care%20V7%20-%202011%20WPATH.pdf> (10.8.2018).
- 3 Gender-affirming care needed for transgender children. *Lancet* 2018; 391: 2576.
- 4 Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G et al. Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *Int Rev Psychiatry* 2016; 28: 44–57.
- 5 White Hughto JM, Reisner SL. A Systematic Review of the Effects of Hormone Therapy on Psychological Functioning and Quality of Life in Transgender Individuals. *Transgend Health* 2016; 1: 21–31.

▼ Steglatro «MSD»

C Antidiabetikum.

ATC-nr.: A10B K04

T TABLETTER, filmdrasjerte 5 mg og 15 mg: Hver tablett inneholder: Ertugliflozin 5 mg, resp. 15 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Voksne >18 år med diabetes mellitus type 2 som tillegg til diett og fysisk aktivitet, for å bedre glykemisk kontroll. Gis som monoterapi når metformin er ansett som uegnet pga. intoleranse eller kontraindikasjoner, eller som tillegg til andre legemidler til behandling av diabetes. Se SPC for informasjon om kombinasjoner og effekt på glykemisk kontroll.

Dosering: Anbefalt startdose er 5 mg 1 gang daglig. Tolereres 5 mg 1 gang daglig, kan dosen økes til 15 mg 1 gang daglig ved behov for ytterligere glykemisk kontroll. Ved kombinasjon med insulin eller insulinsekretagog, kan reduksjon av insulin- eller insulinsekretagogdosen være nødvendig for å redusere hypoglykemirisikoen. Korreksjon av volumdepleksjon anbefales før behandlingsstart. **Glemt dose:** Skal tas så snart pasienten husker det. 2 doser bør ikke tas på samme dag.

Spesielle pasientgrupper: **Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering nødvendig ved lett til moderat nedsatt leverfunksjon. Ikke undersøkt ved alvorlig nedsatt leverfunksjon, men anbefales ikke. **Nedsatt nyrefunksjon:** Vurdering av nyrefunksjonen anbefales før oppstart og deretter regelmessig. Ikke anbefalt ved eGFR <60 ml/minutt/1,73 m² eller Cl_{CR} <60 ml/minutt. Skal seponeres ved vedvarende eGFR <45 ml/minutt/1,73 m² eller Cl_{CR} vedvarende <45 ml/minutt. Bør ikke brukes ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon, terminal nyresykdom (ESRD) eller til dialysepasienter, pga. manglende forventet effekt. **Barn:** Sikkerhet og effekt ikke fastslått, ingen data. **Eldre:** Ingen dosejustering nødvendig pga. alder. Nyrefunksjon og risiko for volumdepleksjon bør vurderes. Begrenset erfaring hos eldre ≥75 år. **Administrering:** Bør tas 1 gang daglig om morgenen. Tas med eller uten mat. Ved svelgevansker kan tablettene deles eller knuses.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Skal ikke brukes ved diabetes mellitus type 1. **Hypotensjon/volumdepleksjon:** Basert på virkningsmekanismen gir ertugliflozin osmotisk diurese, som kan føre til redusert intravaskulært volum. Symptomatisk hypotensjon kan derfor opptre etter behandlingsstart, spesielt ved nedsatt nyrefunksjon, hos eldre (≥65 år), ved diuretikabehandling, eller hos pasienter som behandles med anti-hypertensiver og tidligere har hatt hypotensjon. Før behandlingsstart bør volumstatus vurderes og korrigeres ved behov. Pasienten bør kontrolleres for tegn og symptomer etter behandlingsstart. Ved tilstander som kan føre til væsketap (f.eks. gastrointestinal sykdom) anbefales nøye overvåkning av volumstatus (f.eks. klinisk undersøkelse, blodtrykkmålinger, laboratorietester inkl. hematokrit) og elektrolytter. Midlertidig behandlingsavbrudd bør vurderes inntil væsketapet er korrigeret. **Diabetisk ketoacidose (DKA):** Sjeldne, inkl. livstruende og dødelige, tilfeller av DKA er rapportert ved behandling med SGLT2-hemmere. I noen tilfeller er tilstanden atypisk, med bare moderat økte blodglukoseverdier (<14 mmol/liter). Ukjent om høyere ertugliflozindoser gir økt risiko for DKA. DKA må mistenkes ved uspesifikke symptomer som kvalme, oppkast, anoreksi, magesmerter, uttalt tørste, pustevansker, forvirring, uvanlig fatigues eller søvnighet. Pasienten skal umiddelbart undersøkes for ketoacidose ved slike symptomer, uavhengig av blodglukosenivå. Behandlingen skal avbrytes umiddelbart ved mistenkt eller diagnostisert DKA. Behandlingen bør avbrytes ved større kirurgiske inngrep eller akutte, alvorlige sykdommer. Behandlingen kan gjenoppnås når tilstanden er stabilisert. Før behandlingsstart bør pasientens anamnese vurderes for faktorer som kan predisponere for DKA, slik som lave reserver av funksjonelle betaceller (f.eks. ved type 2-diabetes og lavt C-peptid, ved latent autoimmun diabetes hos voksne eller ved pankreatitt), tilstander som fører til begrenset matinntak eller alvorlig dehydrering, pasienter med redusert insulinose og pasienter med økt insulinbehov som følge av akutt sykdom, kirurgi eller alkoholmisbruk. SGLT2-hemmere skal brukes med forsiktighet hos disse. Reoppstart av behandling hos pasienter med tidligere DKA under behandling med SGLT2-hemmer anbefales ikke, med mindre en annen klar utløsende faktor er identifisert og løst. **Amputasjoner av underekstremiteter:** Økt insidens av amputasjoner av underekstremiteter (hovedsakelig tær) er sett i langtidsstudier med en annen SGLT2-hemmer. Ukjent om dette er en klasseeffekt. Det er viktig å veilede pasientene om rutinemessig forebyggende fotpleie. **Nedsatt nyrefunksjon:** Effekten er avhengig av nyrefunksjonen, og er derfor redusert ved moderat nedsatt nyrefunksjon og trolig fraværende ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Vurdering av nyrefunksjonen anbefales før oppstart og deretter regelmessig, se Dosering. **Hypoglykemi ved samtidig bruk av insulin og insulinsekretagoger:** Se Interaksjoner. **Genitale soppinfeksjoner:** I kliniske studier

med SGLT2-hemmere var det høyere sannsynlighet for at pasienter med genitale soppinfeksjoner i anamnesen og uomskårede menn utviklet genitale soppinfeksjoner. Pasienten bør overvåkes og behandles hensiktsmessig. **Urinveisinfeksjoner:** Glukoseutskillelse i urinen kan være forbundet med økt risiko for urinveisinfeksjoner. Midlertidig behandlingsavbrudd bør vurderes ved behandling av pyelonefritt eller urosepsis. **Hjertesvikt:** Begrenset erfaring med hjertesvikt NYHA klasse I-II. Ingen erfaring med NYHA klasse III-IV. **Laktose:** Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, total laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Øvrig:** Pga. virkningsmekanismen vil glukosetesting av urinen være positiv. Alternative metoder bør brukes for å overvåke glykemisk kontroll.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Kan øke diuretisk effekt av diuretika. For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Kan øke diuretisk effekt av diuretika og gi økt risiko for dehydrering og hypotensjon. Kan øke risikoen for hypoglykemi ved samtidig bruk av insulin og/eller insulinsekretagog. Lavere dose insulin/insulinsekretagog kan være nødvendig. Ertugliflozin metaboliseres primært via UGT1A9 og UGT2B7. Klinisk relevante effekter forventes ikke med andre induktorer. Interaksjonsstudier tyder på at farmakokinetikken til ertugliflozin ikke påvirkes av samtidig bruk av sitagliptin, metformin, glimepirid eller simvastatin, og at ertugliflozin ikke har klinisk relevant effekt på farmakokinetikken til sitagliptin, metformin og glimepirid.

Graviditet, amming og fertilitet: **Graviditet:** Begrenset mengde data fra bruk hos gravide. Dyrestudier har vist påvirkning på renal utvikling og modning. Bør ikke brukes under graviditet. **Amming:** Overgang i morsmelk er ukjent. Utskilles i melk hos dyr. Risiko for nyfødte/spedbarn kan ikke utelukkes. Bør ikke brukes under amming. **Fertilitet:** Effekt på human fertilitet er ukjent. Ikke sett effekt på fertilitet i dyrestudier.

Bivirkninger: **Svært vanlige (≥1/10):** Infeksiøse: Vulvovaginal soppinfeksjon og andre genitale soppinfeksjoner hos kvinner. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Hjerte/kar: Volumdepleksjon. Infeksiøse: Candidabalanitt og andre genitale soppinfeksjoner hos menn. Kjønnorganer/bryst: Vulvovaginal pruritus. Nyre/urinveier: Økt urinering. Stoffsifte/ernæring: Hypoglykemi. Undersøkelser: Endrede serumlipider, økt hemoglobin, økt karbamid. Øvrige: Tørste. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Nyre/urinveier: Dysuri, økt blodkreatinin/ redusert GFR. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Stoffsifte/ernæring: Diabetisk ketoacidose (DKA).

Overdosering/Forgiftning: **Symptomer:** Enkelt doser opptil 300 mg, gitt oralt, og gjentatte doser opptil 100 mg daglig gitt oralt i 2 uker viste ingen toksisitet hos friske. **Behandling:** Vanlige støttetiltak iht. klinisk status. Fjerning av ertugliflozin ved hemodialyse er ikke undersøkt.

Egenskaper: **Virkningsmekanisme:** Potent, selektiv og reversibel SGLT2-hemmer. Øker glukoseutskillelsen i urin ved å redusere renal reabsorpsjon av filtrert glukose og senke renal glukoseterskel. **Absorpsjon:** Fastende T_{max} er 1 time. Samtidig inntak av et fett- og kalori-rikt måltid reduserer C_{max} og forlenger T_{max} med hhv. 29% og 1 time, men endrer ikke AUC sammenlignet med fastende tilstand. Ingen klinisk relevant endring i effekt forventes av samtidig matinntak. Absolutt oral biotilgjengelighet etter 15 mg-dose er ca. 100%. **Proteinbinding:** Ca. 94%. **Fordeling:** Gjennomsnittlig Vd_{ss} ca. 86 liter etter i.v. dose. **Halveringstid:** Gjennomsnittlig t_{1/2} er ca. 17 timer. Gjennomsnittlig systemisk plasmaclearance etter i.v. dose på 100 µg er 11 liter/time. **Metabolisme:** Viktigste metabolske reaksjonsvei er UGT1A9- og UGT2B7-mediert O-glukuronidering. CYP-mediert (oksidativ) metabolisme er minimal (12%). **Utskillelse:** Hos friske utskilles ca. 41% i feces, hvorav 34% uomdannet. Ca. 50% utskilles i urin, hvorav kun 1,5% uomdannet.

Pakninger og priser: **5 mg:** 28 stk. (blister) kr. 473,40. 98 stk. (blister) kr. 1561,10. **15 mg:** 28 stk. (blister) kr. 473,40. 98 stk. (blister) kr. 1566,30.

Sist endret: 10.07.2018

Refusjon: Refusjonsberettiget bruk: Behandling av type 2 diabetes mellitus i kombinasjon med andre perorale blodsukkersenkende legemidler og/eller insulin i tråd med godkjent preparatomtale.

Refusjonskode: ICPC: T90 Diabetes type 2 (232). ICD: E11 Diabetes mellitus type 2 (232).

Vilkår: 232: Refusjon ytes i kombinasjon med metformin til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin.



MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, 3002 Drammen, tlf. 32 20 73 00, faks 32 20 73 10.



Steglatro[®] ▼

(ertugliflozin)

NÅR DET ER BEHOV FOR YTTERLIGERE BLODSUKKERKONTROLL¹

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

Indikasjoner: Voksne >18 år med diabetes mellitus type 2 som tillegg til diett og fysisk aktivitet, for å bedre glykemisk kontroll. Gis som monoterapi når metformin er ansett som uegnet pga. intoleranse eller kontraindikasjoner, eller som tillegg til andre legemidler til behandling av diabetes.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor virkestoffet eller ett eller flere av hjelpestoffene.

Forsiktighet og bivirkninger: Vurder nyrefunksjonen før oppstart. Oppstart er ikke anbefalt ved eGFR < 60 ml/min/1,73 m². Behandlingen bør avsluttes når eGFR er vedvarende < 45 ml/min/1,73 m². Skal ikke brukes ved type 1-diabetes, diabetisk ketoacidose, under graviditet og amming. Vanligst bivirkning er genital soppinfeksjon hos kvinner. Kan gi hypotensjon, ketoacidose. Vurder lavere dose ved samtidig bruk av sulfonylurea eller insulin for å redusere risiko for hypoglykemi. Økt insidens av amputasjoner av underekstremiteter (hovedsakelig tær) er sett i langtidsstudier med en annen SGLT2-hemmer.

Før forskrivning av Steglatro[®], se preparatomtalen



Legeprofesjonens (kosm)etiske problem

Er kosmetisk medisin, med sitt mål om å perfeksjonere friske, normale mennesker, forenlig med legegjerningen og god legeetikk?

Å lindre, kurere og forebygge sykdom har vært medisinsens tradisjonelle mål. Såkalt «estetisk» eller «kosmetisk» medisin og kirurgi følger et annet mål, nemlig *perfeksjonering* eller *forbedring* (eng. *enhancement*) av friske mennesker. Estetisk kirurgi inkluderer for eksempel ansiktsløftninger og brystforstørrelser, og estetisk medisin blant annet injeksjoner av botox. Vi vil heretter kalle begge for «kosmetisk medisin».

«Vi ønsker å vite om virksomheten kosmetisk medisin i det hele tatt er medisin»

Vi skrev i april en kronikk i Aftenposten om problemet (1). Sammen med Norsk forening for allmennmedisin (NFA) har vi i etterkant bedt Rådet for legeetikk om en prinsipiell vurdering av om denne type virksomhet er forenlig med legegjerningen og om den er etisk holdbar. Rådets uttalelse er viktig og kommer på et tidspunkt der «menneskeforbedring» er et økende fenomen. Vi ønsker derfor å oppsummere argumentene og å tydeliggjøre hva vi ønsker belyst fra Rådet for legeetikk.

Sentralt i våre innvendinger mot kosmetisk medisin er at den retter seg mot friske eller normale mennesker i et forsøk på å forbedre dem. Vårt primære spørsmål er om dette i det hele tatt er forenlig med legevirksomhet og medisinsens mål. Vårt andre spørsmål er om den kosmetiske virksomheten er etisk uforvarlig og om den gjør mer skade enn nytte både på individ- og samfunnsplan. Ettersom utgangspunktet er friske mennesker, er enhver skade som forårsakes særlig betenkelig. Men kanskje enda viktigere er skaden på samfunnsnivå. All medisinsk virksomhet kan skape tilbyrderstyrt etterspørsel. I stedet for å støtte opp under normalitetsbegrepet i samfunnet, bryter kosmetisk medisin det ned. De som tilbyr denne typen tjenester, er med på å heve – eller endre – idealet for hva som

er bra nok kropp, for deretter å tjene økonomisk og profesjonelt på å «hjelp» folk med å oppfylle disse idealene. Slik kan kosmetisk medisin skape helseproblemer.

Motargumentene

Her følger de motargumentene vi har møtt i debatten, med våre kommentarer.

Autonomiargumentet

Argument: Voksne, autonome personer vet selv hva som er best for dem og det er derfor overformynderi å nekte dem kosmetisk behandling.

Fra vårt ståsted handler det ikke om hva pasienter etterspør eller nektes, men hva leger som profesjonelle kan stå for. Medisinsk profesjonalitet forutsetter at behandlingen er godt fundert faglig og etisk. Leger må for eksempel noen ganger si nei til vane-dannende medikamenter, antibiotika eller sykmelding selv om pasienter ønsker det. Individets behov må også veies opp mot de samfunnsmessige konsekvensene.

Persontilpasningsargumentet

Argument: Kosmetikklegene lytter til pasientene og persontilpasser behandlingen etter den enkeltes behov.

Vi mener det ikke er noen grunn til å hevde at et kosmetisk inngrep er spesielt persontilpasset. Persontilpassing kan like gjerne adressere personens skam, kompleksjoner og forventninger på en annen måte. Å bruke det medisinske fyndordet «persontilpassing» kan også være en måte å unngå krav til evidensbasert medisin og å individualisere problemstillingen slik at man omgår samfunnsansvaret.

Gråsoneargumentet

Argument: Det er en gråsone mellom sykdom og helse. Siden vi allerede griper inn i visse problemstillinger her, må vi også kunne rettferdiggjøre kosmetisk virksomhet generelt. Sykdomsbegrepet er stadig i endring og kulturelt påvirkbart. For eksempel behandles utstående ører hos barn, en tilstand som ikke tidligere ble sett som unormalt eller behandlingstrengende, og man behandler akne og andre hudforandringer.

Vi mener at en moralsk tvilsom behandling ikke rettferdiggjør en annen moralsk tvilsom behandling. Eksemplet med utstående ører illustrerer dessuten vårt sentrale poeng med at medisinske aktører påvirker normalitetsbegrepet ved å tilby sine tjenester.

Frisørargumentet

Argument: Hvis man mener at leger ikke skal tilby kosmetiske inngrep, må alle yrkesaktører som driver med endringer av kroppen og påvirker kroppsidealene også stoppes, for eksempel frisører eller tatovører.

Vårt poeng er ikke å stille spørsmål til hva frisører eller tatovører bør holde på med – det får Rådet for tatovøretikk ta seg av. Vårt anliggende er hva leger kan stå for.

Minst skade-argumentet

Argument: Leger er best kvalifisert til å gjøre inngrepene, de bør derfor gjøres av leger for å forhindre skade som andre mindre skolerte eller useriøse aktører i utlandet kan forårsake.

Argumentet hviler på et premiss om at *noen må gjøre det*. Dette er diskutabelt nettopp fordi det er sannsynlig at kosmetikklegers virksomhet er drevet av deres eget marked. Uansett er det en dårlig begrunnelse for medisinsk virksomhet at noen *andre* potensielt kan skade mer. Igjen må det sentrale være om (norske) leger kan stå for praksisen eller ikke.

Kosmetikk hjelper folk-argumentet

Argument: Forskning viser at kosmetisk virksomhet hjelper folk mer enn den skader.

Forskningen på kosmetisk kirurgi og medisin er generelt svak og tvetydig. Vårt viktigste motargument er likevel at en eventuell målbar positiv effekt av slik virksomhet først kommer etter at virksomheten selv har vært med på å skape problemet.

Et spørsmål om profesjonalitet

Spørsmålene som er sendt til Rådet for legeetikk handler om *profesjonell egenregulering*, ikke moralisering overfor andre eller lovregulering. Vi mener det er riktig når Rådet for legeetikk i sakens anledning allerede har uttalt at «legeetikk ikke skal være markedsstyrt» (2).

Motargumentene som vi og Norsk forening for allmennmedisin har fått offentlig adresserer i liten grad kjernen i våre innvendinger. Rådet for legeetikk har i sine uttalelser så langt vektlagt *markedsføringen* av kosmetisk medisin. Våre spørsmål er mer grunnleggende. Vi ønsker å vite om virksomheten kosmetisk medisin i det hele tatt er medisin og om virksomheten er faglig og etisk forvarlig.

Mottatt 5.8.2018, godkjent 14.8.2018.

HENRIK VOGT

vogt.henrik@gmail.com
er fastlege og forsker ved Allmennmedisinsk forskningsenhet ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANDREAS PAHLE

er fastlege i Oslo og sitter i styret i Norsk forening for allmennmedisin.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Vogt H, Pahle A. Det er ikke unødvendige kosmetiske inngrep vi leger er utdannet til. Kosmetikkleger trenger etiske grenser. Aftenposten 16.4.2018. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/7lgLE3/Det-er-ikke-unodvendige-kosmetiske-inngrep-vi-leger-er-utdannet-til-Kosmetikkleger-trenger-etiske-grenser-Henrik-Vogt-og-Andreas-Pahle> (13.8.2018).
- 2 Aarseth S, Brelin S. Estetisk kirurgi: For oss er det sentralt at markedsføringen ikke bidrar til å skape behov. Aftenposten 5.5.2018. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/6ngr5r/Estetisk-kirurgi-For-oss-er-det-sentralt-at-markedsforingen-ikke-bidrar-til-a-skape-behov-Svein-Aarseth-og-Siri-Brelin> (13.8.2018).



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

Bufomix Easyhaler®

- er en inhalator som gir en jevn dose¹
- er enkel å bruke² i tre trinn: rist - klikk - inhaler
- er bioekvivalent med Symbicort Turbuhaler³

**Bufomix Easyhaler
(budesonid/formoterol)
kombinasjonsbehandling
finnes i tre styrker:**

- 80 µg/4,5 µg
- 160 µg/4,5 µg
- 320 µg/9 µg



SIKKERHETSINFORMASJON

Det anbefales at dosen trappes gradvis ned dersom behandlingen skal avsluttes. Behandlingen bør ikke avsluttes brått.

Dersom pasienten mener behandlingen ikke er effektiv, eller bruker doser som overstiger den høyeste anbefalte dosen Bufomix Easyhaler, må lege oppsøkes.

Pasienten bør rådes til å ha akuttinhalator tilgjengelig til enhver tid.

Behandling med Bufomix Easyhaler skal ikke initieres under en eksaserbasjon eller ved signifikant forverring eller akutt forverring av astma.

 **Bufomix Easyhaler®**
budesonid/formoterol

Nasjonal uenighet i behandling av kjønnsinkongruens

Det er akutt behov for dialog mellom fagpersoner som jobber med personer med kjønnsinkongruens. Splittelsen i fagmiljøet skader pasientene.

I flere land har det de siste årene vært en sterk økning i antall mennesker som opplever kjønnsinkongruens (1). Kjønnsinkongruens er definert som et manglende samsvar mellom kjønnsidentitet og tildelt kjønn ved fødselen. Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS) ved Oslo universitetssykehus har de siste fem årene hatt en 100 % økning årlig i antall henvisninger (2).

Årsaken til økningen er sammensatt, men vi antar at hovedforklaringen er lettere tilgang til informasjon og økt toleranse i samfunnet. I disse dager lanseres ICD-11, hvor transseksualisme og andre F64-diagnoser fjernes fra kapitlet om psykiske lidelser og samles i et eget kapittel for seksuell helse under samlebetegnelsen kjønnsinkongruens (3). Diagnoseendringen gjør det nødvendig å se på dagens behandlingstilbud og hva vi må endre.

To rapporter

En tverrfaglig ekspertgruppe nedsatt av Helsedirektoratet fikk i 2013 i oppgave å se på vilkårene for å endre juridisk kjønn i Norge samt foreslå endringer i behandlingstilbudet til mennesker med kjønnsinkongruens. Vi satt i denne gruppen, som utformet sluttrapporten *Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn* i 2015 (4). Lov om endring av juridisk kjønn ble innført 1. juli 2016 som en direkte konsekvens av ekspertgruppens anbefalinger. I rapporten påpekte man også et sterkt behov for å bedre behandlingstilbudet for mennesker med kjønnsinkongruens, og forslaget fra flertallet i gruppen var å følge LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå), og MED-prinsippet (minste effektive dose). Det ble anbefalt en betydelig desentralisering av behandlingstilbudet.

På denne bakgrunn ble det i 2017 etter initiativ fra Helse- og omsorgsdepartementet nedsatt en nasjonal arbeidsgruppe i regi av Helse Sør-Øst. I gruppen satt representanter fra Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS), helsepersonell som jobber med personer med kjønnsinkongruens utenfor den nasjonale behandlingstjenesten, representanter fra alle helse-

regioner og representanter fra interesseorganisasjonene. Vi satt også i denne arbeidsgruppen, som hadde totalt fem møter. Etter vår mening var dessverre ikke arbeidsprosessen god. Først på tredje møte var gruppen fulltallig, da først var lederne ved Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme og representanter fra alle helseregionene på plass. De to påfølgende møtene ble brukt til å presentere nåværende utredning og behandling. Det ble i liten grad satt av tid til å diskutere hva gruppen tenkte om det som ble diskutert.

«Vi tolker det som uttrykk for en ubehagelig makt-demonstrasjon kun å tilby behandling ett sted i Norge»

Stor var vår forvirring da lederen av arbeidsgruppen på møtet i januar i år informerte om at rapporten ville være klar til neste møte (5). Vi opplevde på ingen måte at vi var kommet til en konklusjon. Til det hadde det vært for kort tid og for lite kontinuitet i gruppen. Vi satt igjen med en følelse av at vår deltagelse i gruppen ble brukt som alibi for en konklusjon som var tatt allerede før gruppen startet sitt arbeid.

Det kom ingen begrunnelse for hvorfor det ikke var aktuelt å gå videre med forslaget om regionale utredningsteam, noe ekspertgruppen foreslo i 2015. I Sverige finnes det hele seks utredningsteam som tilbyr behandling også til dem som ikke fyller kriteriene for den gamle diagnosen transseksualisme (F64.0). Vi synes det derfor er oppsiktsvekkende og provoserende at det i rapporten fortsatt foreslås en nasjonal utredning og behandling. Det står ingen forslag om hva man skal gjøre for dem som ønsker behandling utenfor den nasjonale behandlingstjenesten ved Oslo universitetssykehus.

Hovedkonklusjonen i arbeidsgruppens rapport er at den nasjonale behandlingstjenesten skal bestå og at alle med diagnosen F64.0 skal følges opp der. Rapporten går til og med så langt som til å antyde at det vil kunne komme tilsynssaker mot helsepersonell som gir behandling til gruppen av pasienter med kjønnsinkongruens utenfor den nasjonale tjenesten. Dette bryter fullstendig med anbefalingene fra ekspertgruppen i 2015, der man foreslo en desentralisert modell. Det bryter også med føringene i den internasjonale veilederen for behandling av dem som opplever kjønnsinkongruens,

Standards of care (6). Vi tolker det som uttrykk for en ubehagelig makt-demonstrasjon kun å tilby behandling ett sted i Norge og samtidig true med straffetiltak overfor de som gir og får behandling utenfor Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme.

Veien videre

Det er nødvendig med en formalisert utredning og behandling av personer som opplever kjønnsinkongruens. Kompetente fagpersoner må være involvert i hvilken behandling den enkelte pasient bør tilbys. Men miljøet ved Oslo universitetssykehus er ikke de eneste fagpersonene som kan dette. Det finnes nå en rekke fagpersoner i Norge som har opparbeidet seg høy kompetanse på temaet. Dette fagmiljøet har gradvis blitt bygd opp som et resultat av en svært restriktiv behandlingspraksis ved Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme og som et resultat av at behandlingstjenesten ved Oslo universitetssykehus over flere år har vært preget av utskiftninger blant fagpersoner og et lite stabilt fagmiljø. Vi som representerer de uavhengige fagpersonene på dette feltet, må inkluderes i arbeidet rundt hvordan behandlingen skal legges opp i fremtiden. Rapporten som nå foreligger fra Helse Sør-Øst, ser fullstendig bort fra vår kompetanse.

Vi kan ikke støtte rapporten til den nasjonale arbeidsgruppen slik den ble presentert før høringen. Vi ser ingen annen mulighet enn at det opprettes en ny gruppe av fagpersoner som jobber innen dette feltet. Gruppen bør trekke inn erfaringer fra andre skandinaviske land. For eksempel kan vi sammen med representanter fra de svenske teamene utforme retningslinjer for behandling til hele gruppen av personer med kjønnsinkongruens og ikke bare dem som ønsker å følge utredningsprosessen slik den er nå ved Oslo universitetssykehus. Dette vil være i tråd med de klare anbefalingene fra et stort flertall i ekspertgruppen i 2015, føringene i *Standards of care* og ICD-11.

Det er nå på tide at ledelsen ved Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme åpner opp for dialog med oss andre som jobber innen fagfeltet. Vi håper vi på en konstruktiv måte kan diskutere utfordringer i stedet for å devaluere hverandre. Kritikken har blitt rettet begge veier, og det har ført til en avstand mellom oss som er svært uheldig. Det er ingen tjent med – aller minst pasientene.

Mottatt 28.6.2018, godkjent 23.7.2018.

ASLE OFFERDAL

er psykologspesialist og driver Offerdal psykolog- og rådgivningstjeneste.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

THOMAS MØRK TØNSETH

thomas.tonseth@brynsenglegene.no
er spesialist i allmennmedisin og fastlege ved Brynsenglegene.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 de Vries ALC, Kreukels BPC, T'Sjoen G et al. Increase of referrals to gender identity clinics: A European trend? I: Transgender Healthcare in Europe. Book of Abstracts. Ghent: European Professional Association of Transgender Health (EPATH), 2015: 10. <https://epath.eu/wp-content/uploads/2014/07/EPATH-2015-Book-of-Abstracts.pdf> (23.7.2018).
- 2 Wæhre A, Tønseth KA. Vi har fått en eksplosiv økning i antall tenåringsjenter som ønsker å skifte kjønn. Tar du ansvaret, Bent Høie? Aftenposten 21.3.2018. https://www.aftenposten.no/mening/kronikk/i/Bjvg49/Vi-har-fatt-en-eksplosiv-okning-i-antall-tenaringsjenter-som-onsker-a-skifte-kjonn-Tar-du-ansvaret_-Bent-Hoie-Anne-Wahre-og-Kim-Alexander-Tonseth (23.7.2018).
- 3 Lie AK, Slagstad K. Diagnosens makt. Tidsskr Nor Legeforen 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0438.
- 4 Rett til rett kjønn, helse til alle kjønn. Utredning av vilkår for endring av juridisk kjønn og organisering av helsetjenester for personer som opplever kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori. IS-0496. Oslo: Helsedirektoratet, 2015. https://www.regjeringen.no/contentassets/d3a092a312624f8e88e63120bf886e1a/rapport_juridisk_kjonn_100415.pdf (23.7.2018).
- 5 Helse Sør-Øst. Behandlingstilbudet ved manglende samsvar mellom kjønnsidentitet og kropp. <https://www.helse-sorost.no/nyheter/behandlingstilbudet-ved-manglende-samsvar-mellom-kjonnsideidentitet-og-kropp> (27.6.2018).
- 6 Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. 7th version. The World Professional Association for Transgender Health, 2011. <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Web%20Transfer/SOC/Standards%20of%20Care%20V7%20-%202011%20WPATH.pdf> (27.6.2018).

**SPIRARE**

**Effektiv PC-basert
diagnostikk
for allmennlegen**

SPIROMETRI

Vedlikeholdsfritt
ultralydspirometer.

EKG

Kan nå leveres med
Glasgow Universitets
anerkjente tolkingsmodul.

**24-TIMERS
BLODTRYKK**

Spirare 24-timers blodtrykks-
monitor har A/A vurdering på
nøyaktighet fra EHS og BHS,
og er i tillegg robust og
behagelig for pasienten.

spirare@spirare.com
Tlf. 2292 4000

**www.spirare.com**



Sliten? Syk? Stresset?

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 LEGEFØRENING

Kvetiapin brukes for mye

Antall brukere av det antipsykotiske medikamentet kvetiapin øker dramatisk. Det brukes nærmest utelukkende på andre indikasjoner enn behandling av psykoser.

Kvetiapin ble lansert i Norge med salgsnavnet Seroquel i 2003. Mens salget av alle andre antipsykotiske medikamenter har vært stabilt, øker salget av kvetiapin, og midlet kan bli markedsledende i antipsykotikagruppen allerede inneværende år. Økningen skyldes at stadig flere pasienter får forskrevet stadig lavere doser, mest sannsynlig på andre indikasjoner enn psykose (1). Siden disse funnene ble publisert, har antall brukere av kvetiapin økt ytterligere (fig 1).

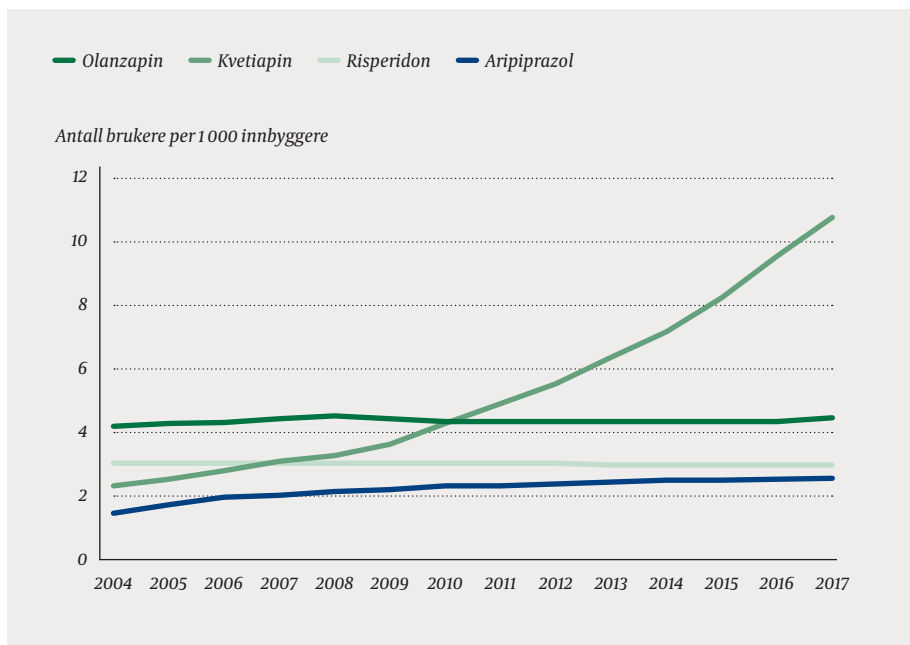
Hvem kan bruke kvetiapin?

Kvetiapin har markedsføringstillatelse for schizofreni, mani og bipolar depresjon. Refusjon er forhåndsgodkjent for schizofreni og mani, men ikke for depresjon. I Helse- og omsorgsdepartementets retningslinje fra 2012 er kvetiapin anbefalt som et førstevalg ved bipolar depresjon (2). I praksis blir medikamentet sannsynligvis refundert både for mani og depresjon under punkt F3. Det anbefales ikke til barn og ungdom under 18 år.

Reseptregisterets database inneholder poliklinisk utleverte resepter fra apotek, men ikke presise diagnoser eller indikasjon. Refusjon etter punkt F2 indikerer bruk hos pasient med psykose, men ikke nødvendigvis som behandling for psykosen. Hvis pasienten har fått forskrevet døgndoser store nok til å kunne ha en antipsykotisk effekt, kan dette brukes som indikator på at medikamentet brukes som indisert. Kvetiapin har en definert døgndose på 400 mg. Vanlige doser i psykoseterapi er 400–800 mg, mens anbefalt dosering ved depresjon er 300–800 mg.

Hvem bruker kvetiapin?

Median estimert døgndose for pasienter som fikk to eller flere resepter på kvetiapin i årene 2005–15, ble halvert i samme periode. I 2015 fikk 9,5 % av pasientene forskrevet



Figur 1 Antall brukere per 1000 innbyggere for de fire mest solgte antipsykotika i Norge 2004–17. Data fra Reseptregisteret

400 mg eller mer daglig; 2,6 % på punkt F2 (psykoser), 1,5 % på punkt F3 (affektive lidelser) og 5,4 % på hvit resept (1). Over 60 % av pasientene som fikk forskrevet mer enn 400 mg daglig, betalte altså for kvetiapin selv, og denne pasientgruppen er økende. Kvetiapin ble kun unntaksvis forskrevet på indikasjoner i samsvar med markedsføringstillatelsen.

«Kvetiapin ble kun unntaksvis forskrevet på indikasjoner i samsvar med markedsføringstillatelsen»

Kvetiapin forskrives altså i all hovedsak til pasienter som verken er psykotiske eller har en psykoselidelse. Kunnskapsgrunnlaget for å bruke medikamentet på andre indikasjoner er svakt. Det finnes litt dokumentasjon når det gjelder generalisert angstlidelse og depresjon (3). Vårt inntrykk fra klinisk praksis er at kvetiapin ofte forskrives som et substitutt for benzodiazepiner, særlig for søvnvananser. Bruk av kvetiapin som sedativ/hypnotika er imidlertid svært dårlig dokumentert (4).

Bivirkninger

Kvetiapin har et betydelig bivirkningspotensial: ekstrapyramidale bivirkninger, trøtthet, vektøkning og andre metabolske forstyrrelser, antikolinerge og ortostatiske effekter og alvorlige kardiovaskulære hendelser. Metabolske bivirkninger ses allerede ved lave doser (5), og det finnes ingen nedre grense for doser som ikke medfører bivirkningsrisiko. Bruk utenfor godkjent indikasjon er i seg selv assosiert med økt risiko (6). I tillegg er risikoen for misbruk etter hvert godt dokumentert (7). Kvetiapin er det eneste antipsykotiske medikamentet som omsettes illegalt. Det faktum at over halvparten av pasientene som i 2015 brukte doser over 400 mg ikke fikk medikamentet forskrevet på blå resept, kan reflektere misbruk. Kvetiapin synes å være mer toksisk ved overdose enn andre antipsykotika (8) og assosieres i terapeutiske sammenhenger med høyere dødelighet enn noe annet legemiddel i antipsykotikagruppen (9).

Kvetiapin bør forskrives på dokumenterte indikasjoner. Nåværende forskrivningsmønster i Norge reflekterer neppe god medisinsk praksis.

Mottatt 21.6.2018, godkjent 27.6.2018.

PÅL GJERDEN

pal.gjerdn@sthf.no

er dr.philos., spesialist i psykiatri og overlege ved Sykehuset Telemark, Skien.

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

JØRGEN G. BRAMNESS

er dr.med., spesialist i psykiatri og seniorforsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (N-ROP), Sykehuset Innlandet, Hamar og professor II, Institutt for klinisk medisin, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LARS SLØRDAL

er spesialist i klinisk farmakologi, professor ved Institutt for klinisk og molekylær medisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og overlege ved Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs Hospital.

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

LITTERATUR

- Gjerdn P, Bramness JG, Tivete IF et al. The anti-psychotic agent quetiapine is increasingly not used as such: dispensed prescriptions in Norway 2004–2015. *Eur J Clin Pharmacol* 2017; 73: 1173–9.
- Nasjonale faglige retningslinjer, IS-1925. Bipolare lidinger. Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidinger. Oslo: Helsedirektoratet, 2012. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/105/IS-1925-Nasjonale-faglige-retningslinje-for-utgreiing-og-behandling-av-bipolare-lidinger.pdf> (27.6.2018).
- Maglione M, Maher AR, Hu J et al. Off-Label Use of Atypical Antipsychotics: An Update. *AHRQ Comparative Effectiveness Reviews* nr. 43. Rockville (Maryland): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2011.
- Thompson W, Quay TAW, Rojas-Fernandez C et al. Atypical antipsychotics for insomnia: a systematic review. *Sleep Med* 2016; 22: 13–7.
- Cates ME, Jackson CW, Feldman JM et al. Metabolic consequences of using low-dose quetiapine for insomnia in psychiatric patients. *Community Ment Health J* 2009; 45: 251–4.
- Egual T, Buckeridge DL, Verma A et al. Association of off-label use and adverse drug events in adult population. *JAMA Intern Med* 2016; 176: 55–63.
- Chiappini S, Schifano F. Is there a potential of misuse of quetiapine? Literature review and analysis of the European Medicines Agency/ European Medicines Agency adverse drug reactions' database. *J Clin Psychopharmacol* 2018; 38: 72–9.
- Ngo A, Ciranni M, Olson KR. Acute quetiapine overdose in adults: a 5-year retrospective case series. *Ann Emerg Med* 2008; 52: 541–7.
- Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet* 2009; 374: 620–7.

ANNONSER

KOMPLETT VELUTSTYRT LEGEKONTOR i Svelvik selges

- Venteromsmøbler, div. oppbevaringshyller.
- Medisinsk utstyr med bl.a. EKG, spirometri, labutstyr-sentrifug, autoklav.
- Undersøkningsbenker, gynstol, Oftalmo-otoscop veggfast.
- Div. kirurgiske instrumenter, komplett rektoskopiset.

Pär. Jönsson, Svelvik legekantor
tel 901 89 763
par.jonsson@komponent.nhn.no

SYK – SKADET – UFOR

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@aajuss.no
Webadresse: www.aajuss.no

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



HVORDAN HJELPER MAN EN PASIENT SOM ER AVHENGIG?

Behandlingen hos Vangseter er basert på moderne forskning og metoder som det er fagvitenskapelig bred enighet om effekten av, som kognitiv terapi, sykdomslære, bygging av mestringstillitt og motiverende samtale.

Oppholdet på klinikken varer i seks uker og innledes med en forsvarlig avgiftning. Programmet videre er fundert på kognitiv terapi. En del av terapien har karakter av opplæring, hvor man lærer om hvordan avhengighet nevrologisk utvikles i hjernen. Hvordan opplevelser man gjør i livet påvirker ens handlinger, og hvordan tanker påvirker selvfølelse og selvtillit. Likeledes hvordan søvn, kosthold og trening influerer psykisk og fysisk helse. Arbeidet med å gjenvinne styrken man har i seg selv, står også sentralt. Klienten lærer ulike mestringsstrategier for å gjennomføre endringene som bidrar til at pasienten øker sin selvfølelse, selvrespekt og integritet. Dette er fundamentet for livet etter oppholdet på klinikken. Underveis i behandlingsforløpet får også de pårørende nødvendig undervisning og terapi gjennom et eget familieprogram.

Klienter som har vært gjennom behandlingsprogrammet får tilbud om ukentlig gruppebasert terapi på klinikken eller ved vår poliklinikk i Oslo. Her gis det også tilbud om etterbehandling i form av enkelttimer med terapeut, parsamtaler og terapi for pårørende.

Vangseter er en privat klinikk uten ventetid. Svært mange bedrifter har helseforsikringer som dekker rusbehandling.

VANGSETER

62 55 05 60 | vangseter.no

På tide med nye referanseverdier og grenseverdier for spirometri

Det er dessverre uklarheter i valg av referanseverdier og grenseverdier for spirometri. Vi foreslår endringer.

Spirometri er avgjørende i diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med obstruktiv lungesykdom. Tolkning av spirometri forutsetter vurdering av spirometri-

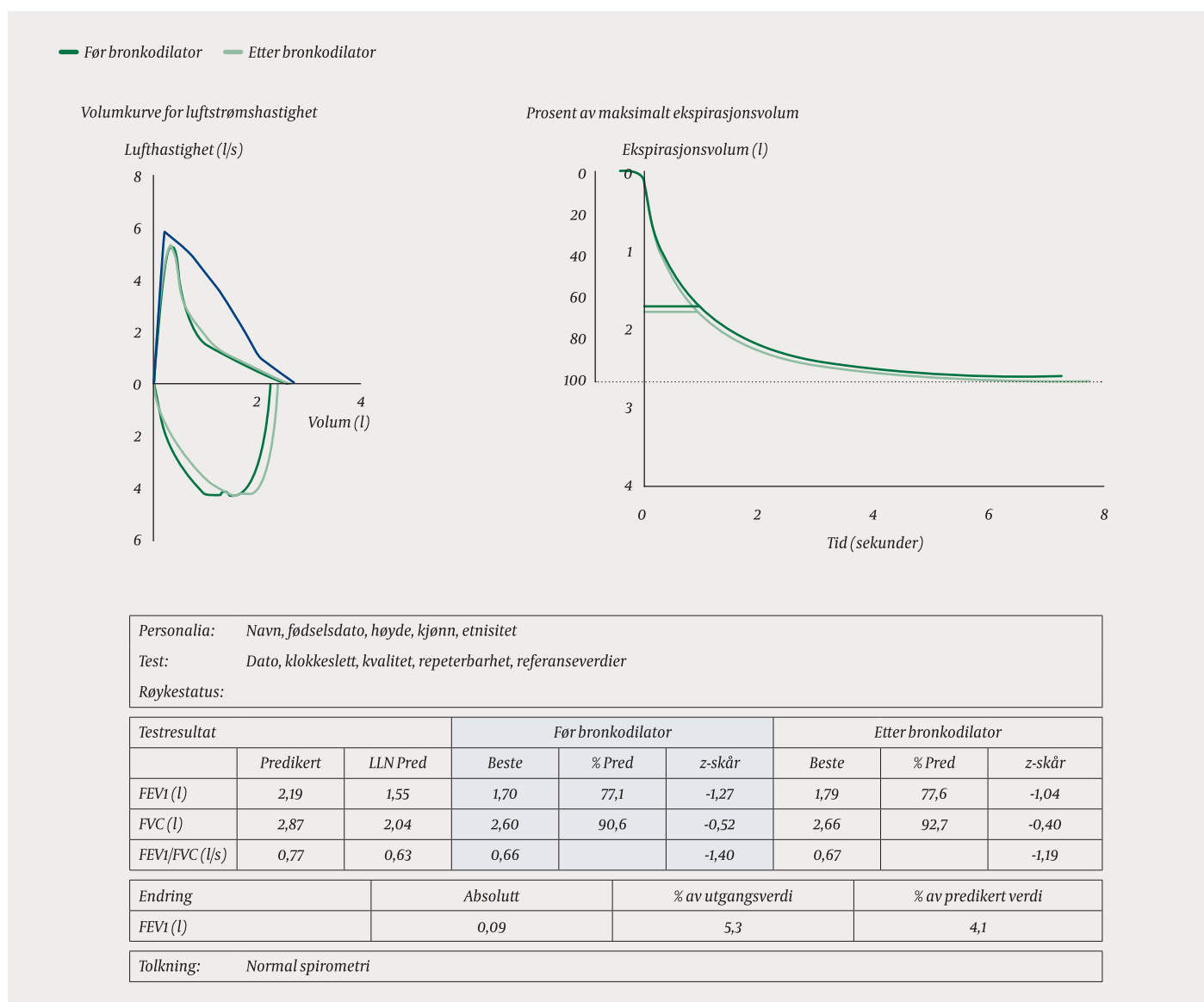
kurver, forsert ekspiratorisk volum etter ett sekund (FEV₁), forsert vitalkapasitet (FVC) og FEV₁/FVC (fig 1).

Referanseverdier

For å bedømme spirometri sammenlignes resultatene med referanseverdier basert på et representativt utvalg av friske, aldri-røykende personer. I Norge har det for voksne vært vanligst å bruke referanseverdiene til Quanjer (European Coal and Steel Community, ECSC) (1), Gulsvik (2), Langhammer (3) og Johannessen (4), mens Zapletal (5) og

Polgar (6) brukes for barn. Ulike referanseverdier gir store forskjeller i forventede verdier. Man kan få opptil 50 % forskjell i forventede verdier ved skifte av referansmaterieill i 18–20 års alder.

Referanseverdiene beregnes ut ifra etnisitet, kjønn, alder og høyde. Etnisk hvite (kaukasiere) har 5–15 % høyere forventede verdier for FEV₁ og FVC enn asiater og afrikanere, mens FEV₁/FVC stort sett er uavhengig av etnisitet. Referanseverdiene fra ECSC, Zapletal og Polgar brukes fortsatt, tross kunnskap om at disse underestimerer normal FEV₁ og



Figur 1 Forslag til utskrift av spirometri. Utover vanlige mål inkluderes LLN Pred (predikert nedre normalgrense), z-skår og endring av FEV₁ både i prosent av utgangsverdi og predikert verdi. I stedet for FEV₁/FVC LLN = 0,70 (GOLD), anbefales GLI-2012 5-prosentil som nedre grense. Hos denne fiktive 76 år gammel kvinnen med høyde 168 cm er FEV₁/FVC 0,66. Dette er høyere enn LLN Pred 0,63, og z-skår -1,45 er større enn -1,65. Kurven er således ikke obstruktiv. Hos yngre personer vil imidlertid tilsvarende hengekøyeform gi mistanke om obstruksjon. Pred = predikert verdi, LLN = nedre normalgrense, z-skår = standardisert avvik fra predikert verdi.

FVC. Dette gir for høy FEV1 og FVC i prosent av forventet, og vil ved kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) kunne medføre at pasienter urettmessig ikke oppfyller krav til refusjon av medisiner på blå resept.

Det er godt samsvar mellom ulike referanseverdier utarbeidet i Norge, men disse gir forventede verdier kun for aldersgruppen 18–80 år. Global Lung Function Initiative (GLI) utarbeidet i 2012 nye, multietniske referanseverdier for aldersgruppen 3–95 år basert på data fra 74 000 friske kaukasiere, afroamerikanere og asiater (GLI-2012) (7). I 2016 konkluderte man i en norsk studie basert på deltagere i alderen 12–80 år fra Tromsøundersøkelsen (n = 6 437), Hordalandsundersøkelsen (n = 2 478) og HUNT (n = 21 324), med at GLI-2012 passer godt med norske data (8). I Sverige og Finland, derimot, har studier vist at egne referanseverdier passer bedre for voksne enn GLI-2012. GLI-2012 anbefales imidlertid nå av de fleste store internasjonale lungelegeforeninger, også i USA.

Vi anbefaler at GLI-2012 tas i bruk i Norge for alle aldersgrupper og i alle nivåer av helsetjenesten. Dette vil fjerne forvirring relatert til bruk av ulike referanseverdier for ulike aldersgrupper og mellom ulike målesteder samt forenkle forskningssamarbeid om lungefunksjonsdata.

Grenseverdier

For biologiske mål defineres vanligvis normalverdier som dem man finner hos 95 % av en frisk befolkning, dvs. gjennomsnittet \pm 1,96 standardavvik. Høy lungefunksjon oppfattes ikke som sykkelig, og man velger derfor heller å definere nedre 5-prosentil som nedre normalgrense. Bruk av 80 % av forventet

verdi som nedre grenseverdi for FEV1 og FVC er ikke basert på distribusjonen i befolkningen. Variansen i disse målene varierer med alder, bortsett fra i aldersgruppen 15–35 år. For både yngre og eldre vil en grenseverdi ned mot 70–75 % av forventet være riktigere. Den matematiske modellen som brukes i GLI-2012 tar hensyn til variansen av lungefunksjonsmålene relatert til alder og høyde. I tillegg til forventet verdi, estimeres også en

«Vi anbefaler at GLI-2012 tas i bruk i Norge for alle aldersgrupper og i alle nivåer av helsetjenesten»

nedre normalgrense (lower limit of normal, LLN) og z-skår. Sammenligning med nedre normalgrense indikerer om resultatet er normalt eller unormalt, mens z-skår beskriver hvor mange standardavvik målingen avviker fra forventet verdi. Nedre normalgrense definert som nedre 5-prosentil tilsvarende $z = -1,645$. Disse målene bør inngå i utskrift av spirometri (fig 1).

Vi anbefaler at adekvate grenseverdier og avvik fra forventet verdi tas i bruk, dvs. at nedre normalgrense og z-skår inngår i vurderingen av spirometri.

Grenseverdier for kols

Global Initiative for Obstructive Lung Disease (GOLD) definerer kronisk obstruksjon som $FEV1/FVC < 0,70$ etter bruk av bronkodilator, og dette kriteriet har blitt brukt som spirometrikriterium for kols. Denne aldersuavhengige grenseverdien, som ble valgt for å ha

enkle kriterier, samsvarer ikke med fordelingen i en frisk befolkning, der FEV1/FVC avtar med økende alder. Bruk av GOLD-kriteriet bidrar til henholdsvis å underestimere og overestimere forekomsten av kols hos personer under og over 45–50 år. Ved å bruke nedre normalgrense, definert som nedre 5-prosentil også for FEV1/FVC, vil kols mer presist inkludere personer som har symptomer og behov for behandling. Ingen grenseverdi vil sikkert kunne skille mellom frisk og syk. Det er dermed en forbedring at GOLD nå anbefaler at obstruksjon skal være påvist ved to målinger før kolsdiagnosen stilles.

Alvorlighetsgrad av kols ble tidligere angitt ut fra FEV1 i prosent av forventet verdi. Ettersom dette korrelerer dårlig med symptomer og livskvalitet, anbefalte GOLD i 2011 en ABCD-gradering som i tillegg inkluderte symptombyrde og forverring. I 2017 ble denne splittet i en gradering basert på FEV1 i prosent av forventet verdi og ABCD-gruppering kun basert på symptomer og forverring. Symptombyrde, livskvalitet, forverring og komorbiditet må vektlegges ved kols. Nytt av gjeldende ABCD-gruppering er imidlertid omdiskutert (9).

Vi anbefaler at estimert 5-prosentil fra GLI-2012 (LLN) innføres som kriterium for obstruksjon i Norge. Dette vil bedre diagnostikken av kols. Inndeling av kols ut fra lungefunksjon har fortsatt verdi, mens nytten av ABCD-gradering er usikker. Forskning bør avklare hvilke variabler og grenseverdier som bør inngå i gruppering av alvorlighetsgrad og risiko.

Mottatt 20.4.2018, første revisjon innsendt 27.6.2018, godkjent 27.7.2018.

ARNULF LANGHAMMER

arnulf.langhammer@ntnu.no
er dr.med. og spesialist i allmennmedisin, prosjektleder i lungeprosjektet i HUNT og leder i HUNT databank. Han er professor ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og fastlege ved Høvdinggården Legekontor i Steinkjer.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SUZANNE CROWLEY

er dr.med. og spesialist i barnesykdommer, med pediatrik pulmonologi som spesialfelt. Hun er leder for SPIRO, Legeforeningens interessegruppe for barnelungemedisin, og overlege ved Barneavdelingen for allergi og lungesykdommer, Oslo universitetssykehus.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SJUR HUMERFELT

er dr.med., spesialist i indremedisin og i lungesykdommer og avtalespesialist ved KAL-klinikken.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

HASSE MELBYE

er dr.med. og spesialist i allmennmedisin. Han er prosjektleder for lungestudiene i Tromsøundersøkelsen, professor i allmennmedisin ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet og leder for Allmennmedisinsk forskningsenhet i Tromsø.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TORBJØRN NAG

er spesialist i barnesykdommer og overlege ved Klinikken for kvinner, barn og ungdom, Ålesund sjukehus.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ØISTEIN SVANES

er spesialist i lungesykdommer og overlege ved Lungeavdelingen og Yrkesmedisinsk avdeling, Haukeland universitetssykehus.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Quanjer PH, Tammeling GJ, Cotes JE et al. Lung volumes and forced ventilatory flows. Report Working Party Standardization of Lung Function Tests, European Community for Steel and Coal. Official Statement of the European Respiratory Society. *Eur Respir J Suppl* 1993; 16: 5–40.
- 2 Gulsvik A, Tosteson T, Bakke P et al. Expiratory and inspiratory forced vital capacity and one-second forced volume in asymptomatic never-smokers in Norway. *Clin Physiol* 2001; 21: 648–60.
- 3 Langhammer A, Johnsen R, Gulsvik A et al. Forced spirometry reference values for Norwegian adults: the Bronchial Obstruction in Nord-Trøndelag Study. *Eur Respir J* 2001; 18: 770–9.
- 4 Johannessen A, Lehmann S, Omenaas ER et al. Post-bronchodilator spirometry reference values in adults and implications for disease management. *Am J Respir Crit Care Med* 2006; 173: 1316–25.
- 5 Zapletal A, Paul T, Samánek M. Die Bedeutung heutiger Methoden der Lungenfunktionsdiagnostik zur Feststellung einer Obstruktion der Atemwege bei Kindern und Jugendlichen. *Z Erkr Atmungsorgane* 1977; 149: 343–71.
- 6 Polgar G, Promadhat V. Pulmonary function testing in children: techniques and standards. Philadelphia, PA: Saunders Co, 1971.
- 7 Quanjer PH, Stanojevic S, Cole TJ et al. Multi-ethnic reference values for spirometry for the 3–95-yr age range: the global lung function 2012 equations. *Eur Respir J* 2012; 40: 1324–43.
- 8 Langhammer A, Johannessen A, Holmen TL et al. Global Lung Function Initiative 2012 reference equations for spirometry in the Norwegian population. *Eur Respir J* 2016; 48: 1602–11.
- 9 Soriano JB. Brighter than GOLD. *Lancet Respir Med* 2018; 6: 165–6.



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

Blivende psykiatere bør få veiledning i både psykodynamisk og kognitiv terapi

Veiledningen i psykoterapi for utdanningskandidater i psykiatri er i endring. Et utvalg oppnevnt av Norsk psykiatrisk forening foreslår at den fremtidige veiledningen bør bestå av to obligatoriske bolker i henholdsvis psykodynamisk og kognitiv terapi, samt av en valgfri bolke i psykodynamisk terapi, kognitiv atferdsterapi eller gruppeterapi.

Hittil har den treårige psykoterapiveiledningen bestått av to år obligatorisk såkalt grunnleggende veiledning med fokus på forholdet mellom lege og pasient med utgangspunkt i psykodynamisk teori og ett år valgfri veiledning i enten psykodynamisk psykoterapi, kognitiv atferdsterapi eller gruppeterapi. Ordningen har medført at mange utdanningskandidater har fått all sin veiledning innenfor den psykodynamiske tradisjonen, ettersom både den grunnleggende veiledningen og veiledningen i gruppeterapi har vært basert på denne tradisjonen.

«Det finnes ingen 'grand unified theory' i psykoterapifeltet»

Kolleger med klinisk erfaring fra distrikt-psykiatriske sentre, som behandler hele det store mangfoldet av pasienter, vet at verken kognitiv atferdsterapi eller psykodynamisk terapi eller en hvilken som helst annen tilnærming passer for alle på alle tidspunkter. Siden vi er forpliktet til å gi alle et tilbud, må dette bety at det er en åpenbar fordel for psykiateren å beherske flere psykoterapi-modeller.

Det finnes ingen «grand unified theory» i psykoterapifeltet. Når vi for eksempel skal forklare fremveksten av en depressiv lidelse, kan hovedvekten legges på sårbarhet etablert i samspeillet med barndommens omsorgspersoner og sårbarhetens konsekvenser for nåtidige relasjoner (som i psykoanalytisk terapi), på negative automatiske tanker (som i kognitiv atferdsterapi), på

manglende eller vanskelige nåtidige relasjoner (som i interpersonlig terapi) eller på sparsom eller ensidig negativ tilbakemelding (som i atferdsterapi) (1, 2). Dette mangfoldet er en stor utfordring for utdanningskandidater, som i løpet av relativt kort tid skal bli fortrolige med mange nye begreper og et språk de kan anvende i møte med pasientene. Psykoterapiveiledningen har avgjørende betydning for denne læringsprosessen.

Fellesfaktorer og spesifikke terapeutiske intervensjoner

Størstedelen av moderne psykoterapiforskning undersøker virkningen av spesifikke intervensjoner, men det har vært vanskelig å vise at én behandling som er antatt virksom for en konkret lidelse, er klart bedre enn andre. Generelt ser det ut til at ulike behandlinger er omtrent like effektive. Samtidig er det i tillegg til de anvendte metodene en rekke faktorer som er virksomme i alle former for psykoterapi: den terapeutiske alliansen, korrektiv emosjonell erfaring, terapeutens oppmerksomhet, varme, innlevelse og bekreftelse og en akseptabel orientering om behandlingsmetodens grunnlag. Listen over disse fellesfaktorene er lang, og den samlede effekten av dem er vanskelig å bestemme, blant annet fordi det finnes en rekke interaksjoner mellom fellesfaktorer og spesifikke intervensjoner (1, 3). Disse fellesfaktorene er et sentralt veiledningstema.

Ulike problemer, ulike pasienter, ulike terapeuter

Behandlingssituasjoner er like eller ulike ikke bare på klinisk-diagnostisk grunnlag, men også fordi både pasienter og terapeuter er forskjellige. Det er vist at terapeuter med god relasjonell kompetanse generelt gjør det bedre enn kolleger som strever med å etablere og opprettholde en bærende relasjon (4, 5). Pasienter med samme diagnose er også forskjellige. De har forskjellig historie, forskjellige temperaments- og karakterprofiler, forskjellige måter å tenke på, forskjellig affektbevissthet osv. En rekke av disse forskjellene må antas å påvirke hvor tilgjengelige de er for ulike terapimodeller. Personer som primært er opptatt av å bli kvitt et plagsomt symptom, vil i utgangspunktet kanskje profitere mest på en direktiv og konkret tilnærming (som kognitiv atferdsterapi), mens utpreget introspektive personer kanskje vil ha bedre nytte av en

eksplorerende terapi (som psykodynamisk terapi). Underveis i behandlingen kan dette endre seg, slik at en pasient som i utgangspunktet er mest opptatt av symptomer, blir mer opptatt av indre prosesser, og kanskje også omvendt.

«Produktive forhandlinger må starte ved å kartlegge det som forener, ikke det som skiller»

Psykoterapiveiledning gjennom hele spesialistutdanningen

Norsk psykiatrisk forening satte i 2015 ned et utvalg som skulle utrede fremtidens psykoterapiundervisning for kommende psykiatere. I høringsrunden etter at utvalget hadde avlevert sin innstilling, sluttet de fleste seg til ad hoc-utvalgets forslag om obligatorisk veiledning i kognitiv atferdsterapi. På Psykiatriveka i 2017 ble forslaget som helhet likevel møtt med betydelig motstand fra veiledere i psykodynamisk psykoterapi. Innvendningene dreide seg i hovedsak om at de to første årene med såkalt grunnleggende veiledning ville bli borte hvis forslaget ble fulgt. Ad hoc-utvalget skilte ikke eksplisitt mellom grunnleggende og videregående veiledning. Argumentet var at ingen ferske spesialister har fått noe annet enn helt grunnleggende utdanning i psykoterapi. Det er derfor bred enighet om å oppfordre utdanningskandidater til å ta videre utdanning ved de spesifikke psykoterapiinstituttene.

Ideelt sett burde kandidatene få individuell psykoterapiveiledning gjennom hele spesialistutdanningen. Med veiledning i fire år kunne man beholdt det første året med fokus på relasjon og arbeidsallianse, men med et bredere teoretisk grunnlag enn til nå. Den psykodynamiske modellen rommer en viktig del av dette grunnlaget, men det burde etter min oppfatning også inkludert nyere kunnskap innen pedagogikk, sosialpsykologi, kommunikasjonsvitenskap og nevrobiologi. Ad hoc-utvalgets forslag om veiledning i gruppe gjennom hele spesialistutdanningen kan kompensere noe på dette punktet.

Den polariserte debatten hemmer utvikling

Kognitive terapeuter, som i internasjonal sammenheng for det meste ikke har mottatt noen grunnleggende veiledning om ubevisst motivasjon, forsvarsmekanismer og overføring, m.a.o. den grunnleggende dyna-

miske veiledningen som vi har i Norge etter gjeldende ordning, har likevel like gode behandlingsresultater som dynamiske terapeuter. Derfor er det vanskelig å begrunne at tap av den grunnleggende individuelle veiledningen vil ha «drastiske konsekvenser for norske psykiaters holdning til pasienter og pårørende og deres forståelse av pasienters psykopatologi» (6). Spådommen har ingen støtte i psykoterapiforskningen.

Noen av høringsuttalelsene tegnet karikaturer av den symptomorienterte kognitive terapeuten som en overfladisk skikkelse med en naiv tro på en rasjonell verden, en skikkelse som forneker ubevisst motivasjon og tror at alle kan helbredes med kortvarige symptomorienterte metoder, bare legen er grei og hyggelig. Selv om det kanskje finnes enkelte slike karikaturer, er en slik påstand unyansert blant annet fordi den ikke skiller mellom den kognitive modellen som teori om psykopatologi og som endringsteori.

De fleste kognitive terapeuter anerkjenner ubevisst motivasjon og dens betydning for fremveksten av psykisk lidelse, samtidig som de mener at endring kan skje ved at ikke-adaptive tankemønstre og defensiv

atferd utfordres direkte og systematisk. Menneskesynet er med andre ord kanskje ikke så grunnleggende forskjellig som det blir hevdet.

«Både den direkte og den eksplorerende tilnærmingen kan være den beste for noen pasienter i noen kliniske situasjoner»

Polemikkens enten-eller-diskurs virker sjelden eller aldri samlende. Det må derfor være en sentral ambisjon å legge den polariserte debatten til side slik at samtalen blir åpnende. Produktive forhandlinger må starte ved å kartlegge det som forener, ikke det som skiller. Slik kartlegging klargjør felles verdier og legger til rette for gjensidig anerkjennelse. Først når uenige parter opplever respekt, er det grunnlag for å tenke åpent om egne og andres styrker og svakheter.

Både den direkte og den eksplorerende

tilnærmingen kan være den beste for noen pasienter i noen kliniske situasjoner. Den dynamiske tilnærmingen kan trolig tjene på å gi mer plass til de konkrete symptomene, mens den kognitive tilnærmingen kan tjene på å veve overføringsperspektivet inn i det terapeutiske arbeidet.

Hvordan kan man fremme dialogen om styrker og svakheter og om det som forener og det som skiller de to tilnærmingene? For det første kan gruppeveiledningene gis i fellesskap med veiledere fra begge tradisjoner til stede. For det andre kan to av bolkene i utdanningen av veiledere bli felles og rette oppmerksomheten mot fellesfaktorer og mot arbeidsalliansens kjennetegn i de to retningene.

Mottatt 16.4.2018, første revisjon innsendt 2.5.2018, godkjent 3.5.2018.

ERIK FALKUM

erik.falkum@medisin.uio.no
er professor ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo og konstituert avdelingsleder ved avdeling for forskning og utvikling, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Wampold BE. The great psychotherapy debate. models, methods, and findings. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2001.
- 2 Falkum E, Olavesen B, Hytten K. Problemet med mangfoldet av psykoterapeutiske skoler. Tidsskr Nor Psykol foren 2015; 52: 314–20.
- 3 Hofman SG, Weinberger J, red. The art and science of psychotherapy. New York, NY: Routledge, Taylor & Francis Group, 2007.
- 4 Schöttke H, Flückiger C, Goldberg SB et al. Predicting psychotherapy outcome based on therapist interpersonal skills: A five-year longitudinal study of a therapist assessment protocol. Psychother Res 2017; 27: 642–52.
- 5 Nissen-Lie HA, Monsen JT, Ulleberg P et al. Psychotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. Psychother Res 2013; 23: 86–104.
- 6 Vaglum P. Høringssvar til Ad hoc-utvalgets innstilling om psykoterapiveiledningen. Oslo: Norsk psykiatrisk forening, 2016.

Den terapeutiske alliansen

I alle former for psykoterapi er alliansen mellom pasient og terapeut en kritisk endringsfaktor. Alliansens kjennetegn og betydning er dog ikke alltid de samme i dynamisk og kognitiv psykoterapi.

Arbeidsalliansen var et sentralt tema i arbeidet med en innstilling om fremtidens psykoterapiveiledning i et ad hoc-utvalg nedsatt av Norsk psykiatrisk forening i 2015. I denne diskusjonen synliggjøres skillelinjer, fellesskap, styrker og svakheter ved de to terapimodelle klart og konkret.

Den dynamiske tradisjonen

I sine tidlige teoretiske skrifter omtalte Sigmund Freud (1856–1939) den terapeutiske relasjonen. Selv om han først snakket om pasienten som en samarbeidspartner i behandlingsprosessen, var hans vesentlige tema overføringen, dvs. forskyvningen av affekt og intensjon fra én person til en annen, for eksempel fra en foreldrefigur til terapeuten (1). Freud skilte mellom overføring av positive versus negative holdninger fra en person i fortiden til terapeuten. Den positive overføringen ga pasienten den nødvendige motivasjonen for et effektivt samarbeid og skulle derfor ikke problematiseres eller tolkes. Freud anerkjente bare i begrenset grad at terapeutens vennlighet og omsorg hadde betydning for arbeidsalliansen. Pasient og terapeut måtte inngå en «analytisk pakt» basert på pasientens frie assosiasjon og analytikerens kompetente forståelse. Terapeutens innvirkning på relasjonen i kraft av sine egenskaper og sitt nærvær som virkelig person i terapirommet ble ikke tematisert i noen særlig utstrekning.

Men etter Freud ble synet på arbeidsalliansen i den psykoanalytiske tradisjonen forandret langs to linjer. Sandor Ferenczi (1873–1933) understreket at pasientene ikke bare måtte huske, men virkelig gjenoppleve og rive seg løs fra vanskelige fortidige relasjoner, blant annet ved å erfare at terapeuten møtte dem med større åpenhet og aksept enn barndommens nøkkelfigurer hadde gjort (korrektiv emosjonell erfaring) (2–4). Ferenczi var også den første som analyserte hvordan terapeutens personlige egenskaper påvirket overføringslandskapet. Som en mye brukt lærerapeut påvirket han både den britiske objektrelasjonsskolen og den interpersonlige psykoanalysen i USA,

og han stimulerte også den senere begrepsutviklingen blant annet hos Franz Alexander (1891–1964), Michael Balint (1896–1970) og Donald Winnicott (1896–1971).

Egopsykologi

Samtidig rettet den egopsykologiske tradisjonen oppmerksomheten mot de «reelle» sidene ved relasjonen mellom pasient og terapeut, delvis i motsetning til Melanie Kleins (1882–1960) påstand om at alle pasientens reaksjoner på terapeuten er manifestasjoner av overføringen, og at overførings-tolkninger er den viktigste terapeutintervensjonen (5). Terapeuten er både observatør og deltager, og som deltager styrker eller svekker hun alliansen ikke bare gjennom tolkning av overføring, men også gjennom

«Det er sannsynlig at den kognitive tradisjonen vil ha nytte av å legge vekt på overføringsperspektivet»

et mangfold av intervensjoner som i bred forstand farges av hennes personlige profil. Dette standpunktet myker opp det klassiske psykoanalytiske kravet om terapeutens anonymitet, nøytralitet og abstinens (analytikerens avstår fra å komme pasientens umiddelbare behov i møte) og gjør rollen som terapeut langt mer fleksibel. Hvis pasienten for eksempel strever med å opprettholde tillit til terapeuten under behandlingen, anbefaler egopsykologer at terapeuten opptrer aktivt støttende for å styrke alliansen, som må fungere for å få til endring (6). Oppmykingen innebar at et større mangfold av pasienter kunne tilbys psykoterapi, også pasienter med livshistorier fylt av omsorgssvikt, vold og overgrep, som gjør utviklingen av tillit til en svær utfordring.

Selv om skillet mellom den delen av relasjonen som er basert på overføring og den delen som er basert på reell gjensidighet, er kunstig, åpnet skillet opp for begrepet arbeidsalliansen, det vil si pasientens og terapeutens evne til å arbeide i fellesskap

mot et mål de er enige om. Kjernen i arbeidsalliansen er de to aktørenes respekt og sympati for hverandre og det autentiske møtet mellom to mennesker. Selv om dette sammensatte synet på den terapeutiske relasjonen har møtt motstand fra mer klassisk orienterte psykoanalytikere, som for eksempel Charles Brenner (1913–2008) (7), er det trolig dekning for å si at det nå er blitt et dominerende syn.

Emosjonelt bånd

En vesentlig grunn til at begrepet arbeidsalliansen fortsatt er sentralt, er at psykoterapiforskningen etter hvert har lagt så stor vekt på det. Det er utviklet instrumenter som beskriver arbeidsalliansens kvalitativt og kvantitativt, og det er vist at den er en av de aller viktigste prediktorene for et godt behandlingsresultat.

Forskningen tar oftest utgangspunkt i Edvard Bordins (1913–1992) definisjon av alliansen (8). I hans beskrivelse består den av tre gjensidig avhengige komponenter: det emosjonelle båndet mellom pasient og terapeut, pasientens og terapeutens oppgaver og terapiens mål.

Diskusjonene innenfor den psykodynamiske tradisjonen har vært konsentrert om det emosjonelle båndet. Målet i psykodynamisk behandling kan særlig i korttidsterapi delvis ha fokus på et konkret symptom, som depresjon, men er i utgangspunktet orientert mot å utvikle en eller annen psykologisk evne, for eksempel evnen til å sette grenser, å si fra, til å finne bedre balanse mellom egne og andres behov eller å øke bevissthet om egne følelser. Pasientens oppgave kan være å assosiere fritt og formidle det som dukker opp, uten sensur. Det sier seg kanskje selv at denne orienteringen ikke inviterer til noe kontinuerlig fokus på konkrete mål og oppgaver. I det minste er det forståelig at jo mer direktiv en terapimodell er, desto mer sentral blir diskusjonen om disse elementene i arbeidsalliansen.

Kognitiv terapi: fokus på mål og oppgaver

I kognitiv atferdsterapi er målet oftest klart formulert og rettet mot å redusere konkrete symptomer på psykisk lidelse: depresjon, ulike angstuttrykk, rusproblemer osv. Tradisjonen legger stor vekt på å orientere om behandlingsmodellen og om pasientens og terapeutens oppgaver. Men det emosjonelle båndet mellom aktørene har inntil nylig sjelden vært i fokus. I den kognitive tradisjo-

nen har det vært vanlig å si at det emosjonelle båndet må være godt nok. Det som må til er terapeutens innlevelse, vennlighet, interesse og omsorg – altså de samme faktorene som konstituerer og nærer det som i den psykodynamiske tradisjonen kalles den virkelige relasjonen. Med andre ord faller den kognitive og deler av den moderne psykodynamiske tradisjonen delvis sammen i tenkningen om arbeidsalliansen. Dokumentasjonen av den kognitive terapiens effekt ved en rekke psykiske lidelser taler for at båndet faktisk ofte er godt nok, men tradisjonens refleksjon rundt dets kjennetegn og betydning kunne hatt større intensjonsdybde. Det emosjonelle båndet er jo ikke en størrelse som er gitt en gang for alle. Ifølge Bordin (8) kan ikke de tre elementene – bånd, mål og oppgaver – forstås isolert, de er gjensidig avhengige av hverandre. Det er rimelig å tenke at det foregår en kontinuerlig forhandlingsprosess der pasientens og terapeutens «behov» brynes mot hverandre, og at denne forhandlingsprosessen hele tiden påvirker arbeidsalliansen. Båndet mellom de to styrkes av at de løpende blir enige om mål og oppgaver.

Når alliansen bryter sammen

Avhengigheten mellom de tre elementene kommer kanskje best til syne når alliansen svekkes eller bryter sammen, dvs. ved såkalte allianserupturer. Med utgangspunkt i Bordin's definisjon kan vi si at en allianseruptur enten beror på uenighet om oppgaver eller mål i terapien eller på problemer knyttet til båndet mellom aktørene. Hvis en pasient i kognitiv terapi for eksempel sjelden eller aldri gjennomfører hjemmeoppgaver som han har avtalt med terapeuten, foreligger det i praksis en uenighet om denne oppgavens betydning (9). Hvis terapeuten lar være å ta dette opp, vil arbeidet saboteres og innsatsen i terapirommet kanskje være forgjeves. Pasientens tillit vil svekkes, og derved svekkes båndet mellom pasient og terapeut. Når terapeuten faktisk problematiserer pasientens manglende oppfølging, vil også det påvirke båndet, i første omgang vil det kanskje svekkes – men på litt lengre sikt vil det styrkes igjen fordi hjemmeoppgavene fremmer bedring. Den kognitive tradisjonen og også de mer klassiske orienterte delene av den psykoanalytiske tradisjonen (de som kun retter oppmerksomheten mot overføringen) (7) vil kunne ha nytte av å se mer dynamisk og bredere på forholdet mellom bånd, mål og oppgaver.

Når den kognitive terapeuten forsøker å reparere en svekket alliansen, vil innsatsen ofte være konkret og direkte. I diskusjon med pasienten som lot være å gjennomføre hjemmeoppgaver, vil hun legge vekt på å få frem uenighet om oppgavens betydning, på å oppklare eventuelle misforståelser rundt dem og på å orientere grundig om hvorfor de har en viktig funksjon i behandlingen. Hun vil også være interessert i hvordan pasienten faktisk har opplevd oppgavene han har fått, om de har vært for vanskelige, eventuelt på hvilken måte, osv. Hvis noen av terapeutens utsagn om oppgavene er blitt oppfattet som negative eller krenkende, vil hun oppklare og kanskje også beklage både utsagn og tilknyttede handlinger. Dette

«Samtalen mellom de to hovedtradisjonene åpner for en dypere og mer produktiv forståelse av den terapeutiske alliansens kjennetegn og betydning»

konkrete, rasjonelt orienterte arbeidet vil ikke bare kunne ha virkning ved at forståelsen av terapimodellen blir tydeligere for pasienten, men også ved at pasienten opplever at terapeuten tar han og hans ve og vel på alvor. En slik tilnærming til problemer i arbeidsalliansen anvendes selvsagt på tvers av terapietningene. I dynamiske terapier er de knyttet til «den virkelige relasjonen» og har der trolig like stort reparasjonspotensial som i kognitiv terapi.

Overføringsperspektivet kan ikke utelates

Svekkelse eller brudd i alliansen beror ikke nødvendigvis på misforståelser som kan oppklares gjennom rasjonell diskusjon og forhandlinger. Det kan tenkes at pasienten fortsatt lar være å gjøre hjemmeoppgaver til tross for disse oppklaringsrundene. Da vil det være naturlig å spørre om det kan stå en underliggende mening bak unngåelsen. Det er for eksempel mulig at pasienten synes at terapeuten har tvunget oppgavene på ham, at den direkte kognitive modellen har generert et ubehag, et sinne, en motstand som han ikke har vært seg bevisst, men som kommer til uttrykk gjennom sabotasje av hjemmeoppgaver. Den dynamisk orienterte terapeuten har generelt spørsmålet om underliggende mening langt fremme

i bevisstheten, mens det har hatt en mer perifer plass i kognitiv terapi (9).

På den ene side kan pasientens sinne eller motstand være relatert til terapeutens ikke-verbale uttrykk. Opplevelsen av å bli påtvunget oppgavene kan være en reaksjon på utålmodighet, bråhet eller overmøt i terapeuten sin stemme eller bevegelser. På den annen side kan opplevelsen av tvang og den etterfølgende motstanden tenkes å bero på tidligere opplevelser. En autoritær far eller mor som gir oppgaver, strukturerer hverdagen og forteller hvordan verden ser ut, kan gi barns egne valg og frie utforskning for liten plass. En slik bakgrunn kan ha skapt en særegen beredskap som mer eller mindre automatisk trigger motstand når andre bestemmer rammer. Da oppstår motstanden uansett hvor fintfølede terapeuten har kommunisert. Dermed befinner vi oss i overføringslandskapet. Det er altså sannsynlig at den kognitive tradisjonen vil ha nytte av å legge vekt på overføringsperspektivet, særlig i sine forsøk på å forstå allianserupturer. Dette vil ikke innebære å oppgi tanken om at bedring i terapi oppstår først og fremst ved at pasientens mer eller mindre grunnleggende antakelser om seg selv, om verden omkring og om fremtiden kan endres gjennom systematisk refleksjon og eksponering. Arbeidsalliansen har kritisk betydning, og overføringsperspektivet utvider terapeutens mulighet til å gripe helheten når det kommer sand i maskineriet.

Vanskelige rupturer oppstår oftest når pasienten har seilt i sterk motvind tidlig i livet, ved mangelpatologi (10) eller ved personlighetsforstyrrelser, og det kan tenkes at suksessraten med slike pasienter vil øke hvis overføringsperspektivet legges til.

Gjennom de siste par tiårene er debatten mellom den dynamiske og den kognitive psykoterapitradisjonen blitt stadig mer preget av gjensidig respekt. Samtalen mellom de to hovedtradisjonene åpner for en dypere og mer produktiv forståelse av den terapeutiske alliansens kjennetegn og betydning.

Takk til Karsten Hytten for fruktbare innspill til manus.

Mottatt 16.4.2018, første revisjon innsendt 2.5.2018, godkjent 14.5.2018.

ERIK FALKUM

erik.falkum@medisin.uio.no
er professor ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo og konstituert avdelingsleder ved avdeling for forskning og utvikling, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Freud S. Recommendations to physicians practicing psychoanalysis. I: The case of Schreber, papers on technique and other works. London: Hoghart Press, 1958: 111–120. (Bd. 12 i serien Standard edition of the complete works of Sigmund Freud.)
- 2 Haynal A. Controversies in psychoanalytic method. From Freud and Ferenczi to Michael Balint. New York, NY: New York University Press, 1989.
- 3 Aron L, Harris A, red. The legacy of Sandor Ferenczi. Hillsdale, NJ: Hillsdale Analytic Press, 1991.
- 4 Alexander F. Fundamentals of psychoanalysis. New York: W.W. Norton & Co., 1948.
- 5 Greenson R. The real relationship between the patient and the psychoanalyst. I: Kanzer M, red. The unconscious today. New York, NY: International Universities Press, 1971: 13–232.
- 6 Zetzel ER. Current concepts of transference. Int J Psychoanal 1956; 37: 369–76.
- 7 Brenner C. Working alliance, therapeutic alliance, and transference. J Am Psychoanal Assoc 1979; 27: 137–57.
- 8 Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy 1979; 16: 252–60.
- 9 Safran JD, Muran JC. Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide. New York/London: The Guilford Press, 2003.
- 10 Killingmo B. Conflict and deficit: implications for technique. Int J Psychoanal 1989; 70: 65–79.



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.

Protonterapi – en realitet i Norge fra 2023

Protonbehandling av kreft er endelig besluttet etablert som et nasjonalt behandlingstilbud. Det blir sentre i Oslo og Bergen fra 2023. De fleste barn og unge voksne som skal ha kurativ strålebehandling, bør behandles med protonterapi.

Partikkelterapi brukes som samlebetegnelse for stråleterapi med tyngre partikler. Dagens ordinære strålebehandling i Norge er i hovedsak behandling med fotoner (høyenergetisk røntgenstråling). Den vanligste partikkelen brukt i partikkelterapi er protonet, og av rundt 175 000 behandlede pasienter på verdensbasis ved utgangen av 2016 var 150 000 av disse behandlet med protonterapi (1). Den andre partikkelen som benyttes i dag er karbonionet, og drøyt 20 000 pasienter har fått karbonionterapi på verdensbasis.

«Hovedfordelen med protoner og karbonioner i strålebehandling er at de fysiske egenskapene til partiklene tillater en bedre fordeling av strålingen»

Selv om partikler i begrenset grad har vært benyttet i behandlingsøyemed siden 1950-årene, er det først de siste 20 årene at det virkelig har blitt en del av det reelle kreftbehandlingstilbudet. Antallet behandlede pasienter er nær tidoblet i løpet av denne perioden. Hovedfordelen med protoner og karbonioner i strålebehandling, sammenlignet med fotoner, er at de fysiske egenskapene til partiklene tillater en bedre fordeling av strålingen for de fleste kreftsvulster, slik at den gjør skade på kreftsvulsten og i mindre grad på normalvevet. Dette medfører ikke nødvendigvis at flere pasienter blir friske, men at bivirkningene av strålebehandling (senskadene) blir mindre uttalte enn ved dagens ordinære fotonbehandling. Dette fører til vesentlig bedret livskvalitet for pasienter som lever mange år etter kreftbehandling. En del bivirkninger kan oppstå opptil 15–20 år etter at strålebehandling er gitt, og dermed er det unge pasienter, pasienter med lang forventet

levetid samt pasientgrupper med store strålerelaterte bivirkninger som kan ha størst nytte av protonbehandling.

Etablering av protonterapi i Norge

I forbindelse med Statsbudsjettet 2018 kom den endelige beslutningen om å etablere protonterapi som behandlingstilbud for norske pasienter, med bygging av protonsentre i Oslo og Bergen. Partikkelterapi har vært utredet som behandlingsform i Norge siden 2009 (ramme 1) (2–5). I løpet av denne tiden ble Skandionkliniken i Uppsala, som eneste senter i Sverige, tatt i klinisk bruk i 2015, mens Danmark bygger et nasjonalt senter i Aarhus som åpner høsten 2018. Senteret i Oslo skal bygges på Radiumhospitalet, der det skal utfylle behandlingstilbudet og gjøre sykehuset til et komplett kreft-senter. Det får tilnærmet identisk behandlingsskapasitet som senteret i Danmark, det vil si rundt 850 pasienter årlig når alle tre behandlingsrom er tatt i full bruk, og vil ha et dedikert forskningsrom i tillegg. Senteret i Bergen er planlagt med ett behandlingsrom og ett forskningsrom.

Nytten av protonterapi

Gjennom årene med utredninger i Norge har det vært diskutert mye rundt hvor stort behov det er for protonterapi samt rundt de etiske aspektene ved behandlingen (6–9).

Den rådende oppfatningen ut fra den kunnskapen vi har nå, er at de fleste barn som skal ha strålebehandling med kurativ intensjon, bør få protonterapi (6). Man vet at redusert strålebelastning av normalt vev gir mindre risiko for senskader og sekundær-cancer, og det er dermed overveiende sannsynlig at protonterapi er spesielt fordelaktig for barn (8). Det er imidlertid ikke gjort noen randomiserte studier på barn, da dette anses som etisk problematisk.

For voksne er bildet mer komplisert. Generelt bør unge voksne med svulster i eller nær sentralnervesystemet prioriteres av samme grunner som barn. Kordomer, kondrosarkomer og okulære svulster som

trenger ekstern strålebehandling, regnes som relativt etablerte indikasjoner for partikkelterapi (9, 10). For bihulekreft er det gjort en rekke studier der man har sammenlignet pasientkohorter som har fått partikkel- og fotonterapi. Disse studiene har blitt inkludert i en metaanalyse som konkluderer med at partikkelterapi er fordelaktig for denne diagnosen (11).

Det er blitt anslått at ovennevnte etablerte indikasjoner utgjør ca. 15 % av totalandelen partikkelterapipasienter (12). For de øvrige 85 % er indikasjonene mer usikre. Denne gruppen omfatter diagnoser som lungekreft, brystkreft, prostatakreft, gastrointestinal kreft, gynekologisk kreft og hode-/halskreft.

Manglende randomiserte studier

Til tross for at partikkelterapi har vært i klinisk bruk siden 1950-årene, finnes det lite resultater fra randomiserte studier (13). Det har i en årrekke blitt forsøkt gjennomført slike studier der protonterapi benyttes, men resultatene har uteblitt, sannsynligvis

Ramme 1

Utredning av partikkelterapi som behandlingsform i Norge

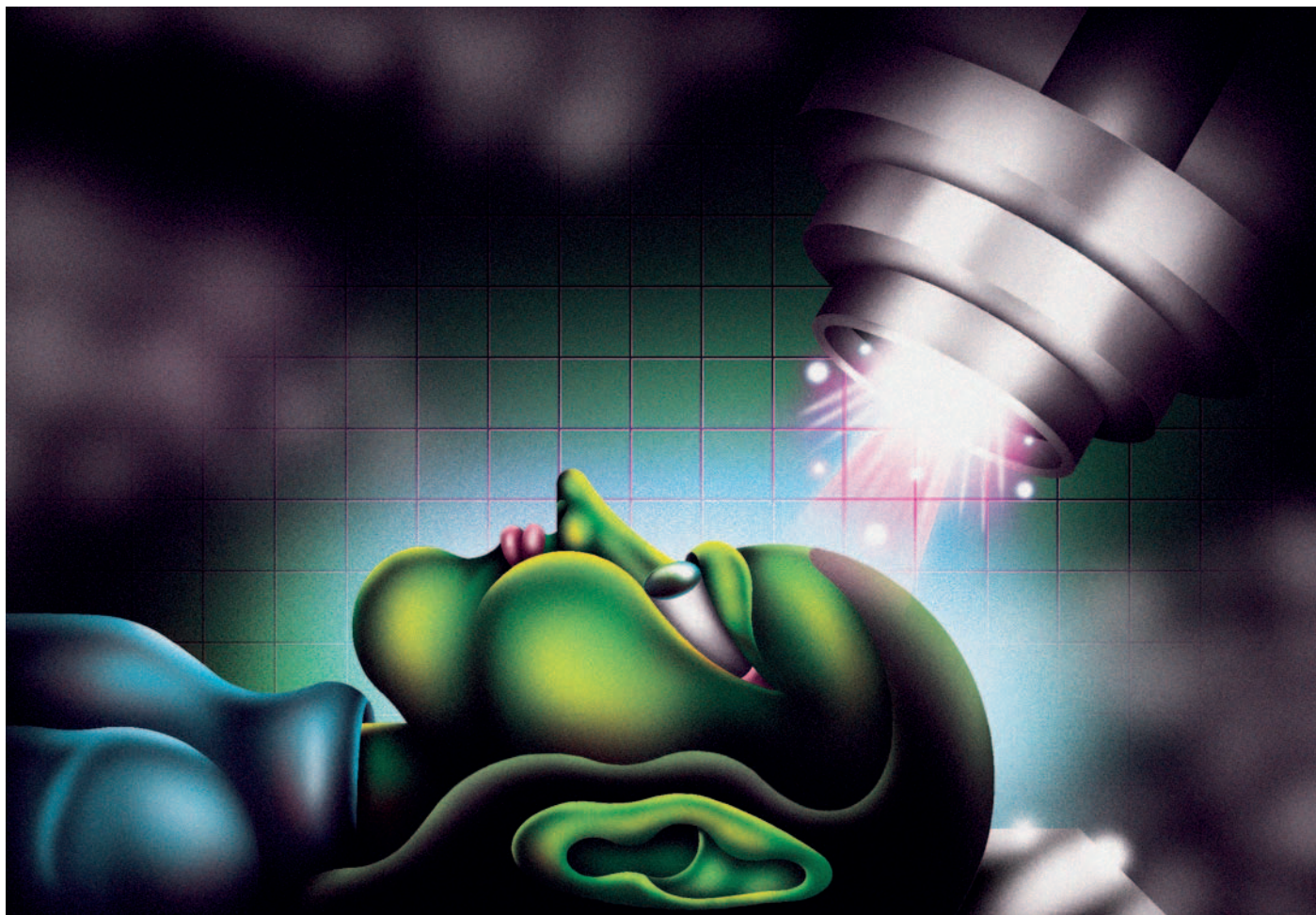
2010: Rapport fra Helsedirektoratet konkluderte med at Norge burde inngå et forpliktende samarbeid om protonterapi med den vedtatte Skandionkliniken i Uppsala, Sverige.

2013: Nasjonal arbeidsgruppe, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, konkluderte med at Norge burde bygge et partikkelterapisenter med både protoner og karbonioner.

2014: Idéfase for etablering av regionale protonsentre lokalisert i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. Tre alternativer ble vurdert: Dagens praksis (ingen sentre), gradvis oppbygging av regionale protonanlegg eller etablering av protonanlegg i alle helseregioner innen 2022.

2016: Konseptfaseplanlegging for å beslutte endelig konseptvalg og innføring av protonanlegg i Norge. Anbefalingen i konseptrapporten var utbygging av to sentre i Norge (Oslo og Bergen). Dimensjonerin-gen skulle gjøres ut fra relativ befolkningsfordeling og estimert behov. På lengre sikt utbygging også i Trondheim og Tromsø for å sikre best tilgang på protonbehandling i alle regioner.

2017: Preforprosjektfase med bakgrunn i beslutning om å etablere protonterapi i Oslo og/eller Bergen.



Illustrasjon: Derek Ercolano

fordi det har vist seg vanskelig å rekruttere nok pasienter (14). Det kan være flere grunner til dette. Behandlingsplanene (doseplanene) for partikkelterapi medfører som oftest lavere stråledoser til normalt vev og en mer skreddersydd dosefordeling til tumor enn det som lar seg gjøre med fotoner. Dermed kan det være vanskelig å overbevise pasientene om at det er en reell usikkerhet knyttet til valget mellom partikkel- og fotonterapi. En annen betraktning er at flesteparten av protonterapiene har vært i USA, der forsikringsselskaper ikke dekker behandling i studier.

Et interessant spørsmål er om man i det hele tatt hadde vært opptatt av å måle den kliniske forskjellen mellom partikkel- og fotonterapi med randomiserte studier hvis de to modalitetene hadde hatt samme pris.

Partikkelterapi er imidlertid omtrent tre ganger dyrere (13), slik at det etterspørres randomiserte studier som viser klinisk gevinst. Med årene vil resultater fra slike studier til slutt komme (13). Det kan nevnes at problematikken ikke er ny i fagfeltet

«Partikkelterapi har vært utredet som behandlingsform i Norge siden 2009»

stråleterapi. Det har over mange år blitt introdusert ny teknologi (f.eks. lineærakseleratorer, strålebehandling basert på CT-bilder, intensitetsmodulert stråleterapi (IMRT), volumetrisk modulert buebehandling (VMAT) og stereotaktisk strålebehandling),

nærmest uten at randomiserte studier er lagt til grunn. Ut fra retrospektive sammenligninger av behandlingsresultater vet vi likevel at dette har gitt bedre behandling (15).

Modellbasert utvelgelse

Uten klare resultater fra randomiserte studier er såkalt modellbasert utvelgelse en alternativ strategi (16). Når både proton- og fotonbehandlingsplaner (doseplaner) lages for pasienter utenfor standardindikasjonsgruppen, viser det seg at for en del av disse pasientene er fotonplanen tilnærmet like bra som protonplanen. Det er utviklet matematiske modeller som kan hjelpe til med å avgjøre hvilken plan som er best. Dette gjelder spesielt for å forutsi risikoen for bivirkninger (Normal Tissue Complication

Probability, NTCP). En nederlandsk studie på oropharynxcancer viste for eksempel at halvparten av pasientene ville blitt valgt ut til protonterapi hvis målet var å redusere forekomsten av svelgvansker (grad 2) som bivirkning av strålebehandling (17). Dermed kan NTCP-modeller brukes som et verktøy ved pasientutvalgelse. Pasienter som får proton- og fotonterapi bør bli fulgt opp for å måle faktisk bivirkningsfrekvens. Dette

kan tilbakeføres til NTCP-modellene slik at disse stadig forbedres og pasientutvalget blir riktigere.

Innføring av protonterapi i Norge

Etter mange år med planlegging står fagmiljøet nå overfor en konkret innføring og etablering av protonterapi i Norge i 2023. Det er en forutsetning at innføringen av denne behandlingsmodaliteten er en del

av det internasjonale arbeidet med å øke kunnskap om protonterapi. Tilbudet skal gi likeverdig tilgang over hele landet, og det må sørges for lik tilgang til forskningsfasilitetene som følger med. Dette er en gledelig utvidelse av behandlingstilbudet for norske kreftpasienter.

Mottatt 15.3.2018, første revisjon innsendt 1.5.2018, godkjent 14.5.2018.

EINAR DALE

er ph.d. og overlege ved Oslo universitetssykehus. Han har deltatt i ulike kliniske grupper i det nasjonale protonterapiprosjektet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

EINAR WALDELAND

einar.walderland@ous-hf.no er ph.d., medisinsk fysiker og seksjonsleder ved Oslo universitetssykehus. Han har vært representant for Helse Sør-Øst og Oslo universitetssykehus i de nasjonale protonterapiutredningene. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Particle Therapy Co-Operative Group. <https://www.ptcog.ch> (1.3.2018).
- Protonterapi som behandlingstilbud til norske pasienter. Rapport fra arbeidsgruppe. Oslo: Helse direktoratet, 2010.
- Planlegging av norsk senter for partikkelterapi. Rapport utarbeidet av Helse Vest i samarbeid med Helse Sør-Øst, Helse Midt-Norge, Helse Nord og Helsedirektoratet. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet, 2013. http://www.medfys.no/nfmf-documents/Opplastet/downloads/2013/06/Planlegging_av_norsk_senter_for_partikkelterapi_13_juni_2013.pdf (14.5.2018).
- Idéfaserapport – Regionale sentre for protonterapi, Rapport utarbeidet av Helse Vest i samarbeid med Helse Sør-Øst, Helse Midt-Norge og Helse Nord. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet, 2014. <https://helse-nord.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/Styrem%C3%B8ter%202014/20141217/Styresak%20146-2014-1%20Regionale%20protonsentre%20-%20id%C3%A9faserapport,%20vedlegg.pdf> (14.5.2018).
- Konseptfase – etablering av protonbehandling. Sluttrapport. Trondheim: Sykehusbygg HF, 2016.
- Gondi V, Yock TI, Mehta MP. Proton therapy for paediatric CNS tumours - improving treatment-related outcomes. *Nat Rev Neurol* 2016; 12: 334–45.
- Walderland E. Protonterapi i Norge? *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130: 850–2.
- Wang C, King CR, Kamrava M et al. Pattern of solid and hematopoietic second malignancy after local therapy for prostate cancer. *Radiother Oncol* 2017; 123: 133–8.
- Combs SE. Does proton therapy have a future in CNS tumors? *Curr Treat Options Neurol* 2017; 19: 12.
- Allen AM, Pawlicki T, Dong L et al. An evidence based review of proton beam therapy: the report of ASTRO's emerging technology committee. *Radiother Oncol* 2012; 103: 8–11.
- Patel SH, Wang Z, Wong WW et al. Charged particle therapy versus photon therapy for paranasal sinus and nasal cavity malignant diseases: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol* 2014; 15: 1027–38.
- Kjellberg J, Kürstein Kjellberg P. Partikkelterapi i Danmark. Analyse av de økonomiske, organisatoriske og patient-relaterede konsekvenser og forudsætninger ved indførelse af partikkelterapi i Danmark. København: Dansk Sundhedsinstitut, 2008. www.kora.dk/media/529774/dsi-2520.pdf (1.3.2018).
- Durante M, Orecchia R, Loeffler JS. Charged-particle therapy in cancer: clinical uses and future perspectives. *Nat Rev Clin Oncol* 2017; 14: 483–95.
- Mitin T, Zietman AL. Promise and pitfalls of heavy-particle therapy. *J Clin Oncol* 2014; 32: 2855–63.
- Bentzen SM. Randomized controlled trials in health technology assessment: overkill or overdue? *Radiother Oncol* 2008; 86: 142–7.
- Langendijk JA, Lambin P, De Ruyscher D et al. Selection of patients for radiotherapy with protons aiming at reduction of side effects: the model-based approach. *Radiother Oncol* 2013; 107: 267–73.
- Arts T, Breedveld S, de Jong MA et al. The impact of treatment accuracy on proton therapy patient selection for oropharyngeal cancer patients. *Radiother Oncol* 2017; 125: 520–5.

NYTT OM LEGEMIDLER

Mangel på valsartan - overgang til andre angiotensin II-antagonister

Salget av flere legemidler med valsartan er stanset på grunn av forurensning under produksjonen (1).

Hvis det blir mangel på legemidler som inneholder valsartan kan pasienter settes over på tilsvarende legemidler i gruppen angiotensin II-antagonister, også kalt angiotensin-reseptorblokkere, ARB (2). Angiotensin II-antagonister har såpass like egenskaper at pasientene stort sett vil få den samme effekten ved overgang fra ett legemiddel til et annet i denne gruppen. (Se tabell over angiotensin II-antagonister og angiotensin II-antagonister i kombinasjon med hydroklortiazid i referanse 2).

For å redusere problemene med mangel bør ingen pasienter starte med valsartan inntil leveringssituasjonen er normalisert. Dette gjelder ikke legemidler som inneholder kombinasjonen av valsartan og amlodipin, eller valsartan, amlodipin og hydroklortiazid samt valsartan-sakubitril. Disse er ikke rammet av mangelsituasjonen og kan forskrives som vanlig.

Råd til leger ved overgang til andre angiotensin II-antagonister:

- Velg en dose som tilsvarer valsartandosen. En pasient som står på lav dose bør gå over til en lav dose av et annet tilsvarende legemiddel osv.
- Pasienter som bruker kombinasjonen av valsartan og hydroklortiazid bør gå over til et tilsvarende kombinasjonspreparat. Ta utgangspunkt i hydroklortiaziddosen.
- I de fleste tilfeller vil det ikke være nødvendig å bytte tilbake til valsartan senere, men dette må vurderes individuelt. Se Felleskatalogen for mer detaljert informasjon om hvert enkelt legemiddel.
- Sjekk kjernejournalen for å se hvilke legemidler pasienten har fått tidligere. Sjekk e-reseptor og eventuelt trekk tilbake eller endre resepter dersom det er nødvendig.

For mer informasjon om legemidler med valsartan - råd og retningslinjer ved tilbake-trekking og legemiddelmangel - se legemiddelverket.no/valsartan

Medisinstart - veiledningstjeneste i apotek

Alle apotek tilbyr tjenesten Medisinstart til pasienter som nylig har startet med legemidler innen en av disse gruppene, og som kan forventes å få problemer med etterlevelse:

- Blodtrykksmedisin
- Blodfortynnende medisin
- Kolesterol senkende medisin

Medisinstart er en gratis tjeneste som ble lansert 2. mai 2018 (3). Tjenesten består av to samtaler med farmasøyt innen tre måneder etter oppstart med nye legemidler. Formålet er å fremme etterlevelse og riktig bruk, og å oppklare eventuelle misforståelser og bekymringer knyttet til bruk, bivirkninger og interaksjoner. Tjenesten erstatter ikke legens ansvar for å informere pasienten om viktige forhold rundt riktig bruk av legemidlene.

Pasienten kan selv be om Medisinstart og legen kan henvise pasienten til denne tjenesten gjennom meldingsfeltet i e-resept. Ved henvisning til Medisinstart vil apoteket sende legen epikrise fra veiledningssamtalen. Legen vil også få beskjed hvis farmasøyten avdekker forhold som legen bør vite om.

Medisinstart er en forsøksordning og Stortinget har bevilget fire millioner kroner for å finansiere tjenesten i 2018. Apotekene får refundert 225 kroner for hver av de to veiledningssamtalene som skal tilbys.

Referanser:

1. legemiddelverket.no/nyheter/salgstopp-pa-blodtrykksmedisiner-med-valsartan (16.08.18)
2. legemiddelverket.no/nyheter/mangel-pa-valsartan-overgang-til-andre-angiotensin-ii-antagonister (16.08.18).
3. helsedirektoratet.no/nyheter/tilbyr-oppstartsveiledning-i-apotek (16.08.18)
4. legemiddelhandboka.no/Terapi/14030 (16.08.18)
5. legemiddelhandboka.no/Legemidler/365219 (16.08.18)



Refusjon av Softacort ved allergisk konjunktivitt

Hydrokortison øyedråper (Softacort) har fått forhåndsgodkjent refusjon for behandling av allergisk konjunktivitt der annen behandling ikke er egnet. Førstevalg er antazolin-tetryzolin (4). Vanlig allergisk konjunktivitt og vernal konjunktivitt kan også respondere godt på lokal glukokortikoidbehandling (5).

Markedsført indikasjon av Softacort er «behandling av mild, ikke-infeksiøs, allergisk eller inflammatorisk konjunktivittsykdom». Legemiddelverket har kun innvilget refusjon ved allergisk konjunktivitt, noe som gir mulighet for behandling med glukokortikoider i en øyedråpeformulering pakket som endose-beholdere.

Behandling med glukokortikoider i øyet er forbundet med risiko for glaukom, nedsatt motstandskraft mot infeksjoner lokalt i øyet og akselerert utvikling av katarakt. Behandling av vernal konjunktivitt med glukokortikoid øyedråper er en spesialistoppgave.

Refusjonskoder: ICPC: F71, ICD: H10.1

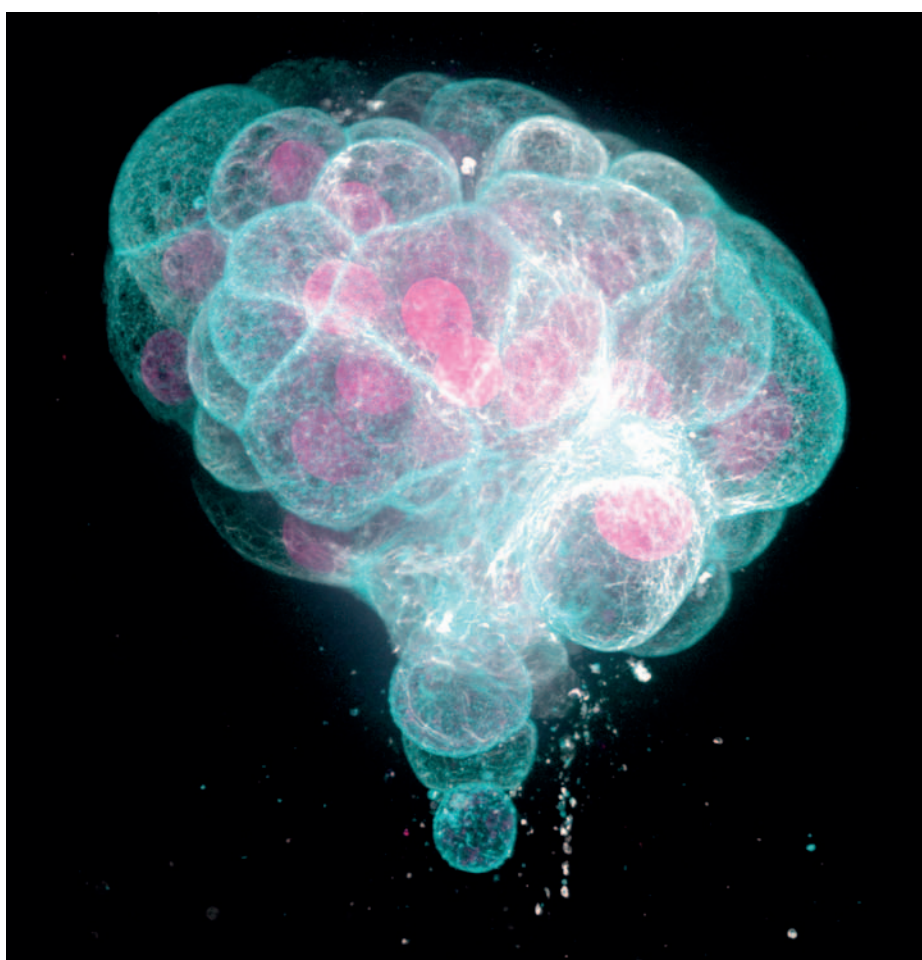
Hurtigtesting for individualisert kreftbehandling

Organoider laget av pasienters kreftceller kan brukes for å teste potensielle kreftlegemidler.

Persontilpasset medisin har fått økt utbredelse, og enklere og billigere analyser av mutasjoner og genekspresjon er de siste årene blitt tilgjengelig. En ny studie hadde som mål å finne ut om pasientderiverte organoider laget fra metastasebiopsier kan brukes for rask vurdering av potensielle kreftlegemidler (1).

Pasientderiverte organoider er tredimensjonale celleaggregater som dyrkes i en gel (matrigel). I denne studien kartla man histopatologiske, funksjonelle og genotypiske trekk i organoider laget fra metastaser og primærsvulster fra 71 pasienter med gastrointestinal kreft. Pasientene var under utprøving av legemidler som ut fra analyser av signalveier i kreftcellene skulle virke. Den kliniske effekten ble sammenholdt med analysene av de pasientderiverte organoidene. Resultatene viste at analyser av organoider kunne forutsi pasientenes kliniske effekt med 100 % sensitivitet og 93 % spesifisitet. Ved legemidler som virket ved å ødelegge blodårene i kreftsvulsten, måtte organoidene transplanteres til mus, der de ble vaskularisert, før mulig samsvar med den kliniske effekten kunne undersøkes og eventuelt fastslås.

– Pasientderiverte organoider ble i 2017 utpekt som Årets metode av tidsskriftet *Nature*, forteller Johanna Olweus, som er professor ved Institutt for kreftforskning ved Radiumhospitalet. Stamceller kan danne generasjon etter generasjon av organlignende strukturer, som i høy grad gjenskaper egenskapene ved det originale vevet cellene stammer fra, det være seg normalt eller malignt vev. Studien publisert i *Science* viser nå klart at pasientderiverte organoider også kan benyttes til screening av potensielle kreftlegemidler, noe som åpner helt nye



Organoid laget av tarmkreftceller. Illustrasjonsfoto: Science Photo Library/NTB Scanpix

muligheter innen kreftbehandling, sier hun.

In vitro-screening er vesentlig raskere og billigere enn screening i musemodeller og kunne i denne studien på en meget presis måte forutsi den kliniske effekten for flertallet av de testede legemidlene. Andre forskere har vist at metoden også kan være nyttig for å vurdere om pasientens T-celler kan gjenkjenne kreftceller, sier Olweus, som forteller at metoden allerede er etablert i Norge, bl.a. i Ragnhild Lothes seksjon ved Institutt for kreftforskning. Hun tror at metoden kan få

stor betydning for å finne effektiv behandling raskere for flere kreftformer som i dag er vanskelig å kurere.

HAAKON B. BENESTAD
UNIVERSITETET I OSLO

LITTERATUR

- 1 Vlachogiannis G, Hedayat S, Vatsiou A et al. Patient-derived organoids model treatment response of metastatic gastrointestinal cancers. *Science* 2018; 359: 920-6.

Fra pluripotente stamceller til hjertevev



Illustrasjonsfoto: Science Photo Library/NTB Scanpix

Ved bruk av avansert modellering kan pluripotente stamceller differensieres til hjertevev.

Induserte pluripotente stamceller fra kardiomyocytter har lenge vært brukt til å differensiere hjertevev. Nå har forskere utviklet en forbedret celledmodell (1).

For at hjertet skal kunne slå, utvikles det ultrastrukturer i hjertevevet postnalt, der mitokondriene er plassert ved sarkomerer og kalsiumpumper for å øke ATP-diffusjon. Disse strukturene er viktig for transport av næring og metabolitter ved kontraksjon og for å optimalisere kraft og kalsiumkontroll.

I studien ble celler hentet fra human donor og differensiert på et tidlig stadium. Cellene ble delt i tre grupper og utsatt for konstant stimuli, økende grad av stimuli eller ingen stimuli. Etter kun fire uker i kultur fikk cellene en voksen genekspressionsprofil, en organisert ultrastruktur, fysiologisk sarkomerlengde og 30 % mitokondrietetthet.

– I denne studien er det utviklet en protokoll for å lage hjertevevsmodeller i løpet av kun fire uker i laboratoriet, sier Magnar Bjørås, som er professor ved Institutt for kreftforskning og molekylærmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Forskerne benyttet induserte pluripotente stamceller til å generere kardiomyocytter, som deretter er dyrket i et gelmateriale av fibrinhydrogel under mekanisk belastning som etterligner føtal-postnatal-overgangen. Under disse forholdene utvikles hjertevev som ligner et voksent hjerte i struktur og gennuttrykk.

Selv om de funksjonelle egenskapene ikke er komplett sammenlignet med et modent hjerte, er det bemerkelsesverdig at akselerert modning resulterer i molekylære, metabolske og strukturelle trekk som er karakteristisk for et voksent hjerte, sier Bjørås. Dagens teknologi gjør det mulig å generere induserte pluripotente stamceller fra kardiomyocytter fra for eksempel hudceller i løpet av 3–4 måneder som utgangspunkt for hjertevevsmodeller. Denne typen hjertevevsmodeller er viktig for å studere sykdomsutvikling og for testing og utvikling av nye medikamenter og behandlingsstrategier, sier Bjørås.

RUTH HALSNE TIDSSKRIFTET

LITTERATUR

- 1 Ronaldson-Bouchard K, Ma SP, Yeager K et al. Advanced maturation of human cardiac tissue grown from pluripotent stem cells. *Nature* 2018; 556: 239–43.

Bruk av iPad økte oppslutningen om tarmkreftscreening

Bruk av iPad som beslutningsstøtte førte til dobling av andelen som gjennomførte tarmkreftscreening.

Mer enn en tredel av pasientene som faller inn under inklusjonskriteriene for tarmkreftscreening i USA, avstår fra undersøkelsen. Dette gjelder særlig personer med lav inntekt og de med redusert evne til å motta, forstå og bearbeide helseinformasjon.

En nylig publisert studie viser at flere lar seg undersøke dersom en applikasjon på iPad brukes tidlig i prosessen (1).

I studien ble 450 pasienter over 50 år under en konsultasjon i primærhelsetjenesten randomisert til enten å bruke en applikasjon på iPad eller snakke videre med sin lege. Over halvparten av pasientene ble ansett å ha lav inntekt og 37 % lav helsekynighet. iPad-gruppen fikk informasjon om tarmkreft og ulike screeningmuligheter og kunne selv velge hvilken screeningmetode de ville gjennom. Deretter ble screeningen bestilt. Etter 24 uker hadde 30 % i iPad-gruppen gjennomført screening, mot 15 % i kontrollgruppen (oddsratio 2,5; 95 % KI 1,6–4,0).

– Det er interessant at studien tar i bruk moderne teknologi som beslutningsstøtte, sier Øyvind Holme, leder av tarmscreeningsaksjonen ved Kreftregisteret.

– Kun informasjon er nok ikke tilstrekkelig, men må kombineres med mulighet for å bestille time til screening, slik deltagerne kunne gjøre i denne studien, sier han.

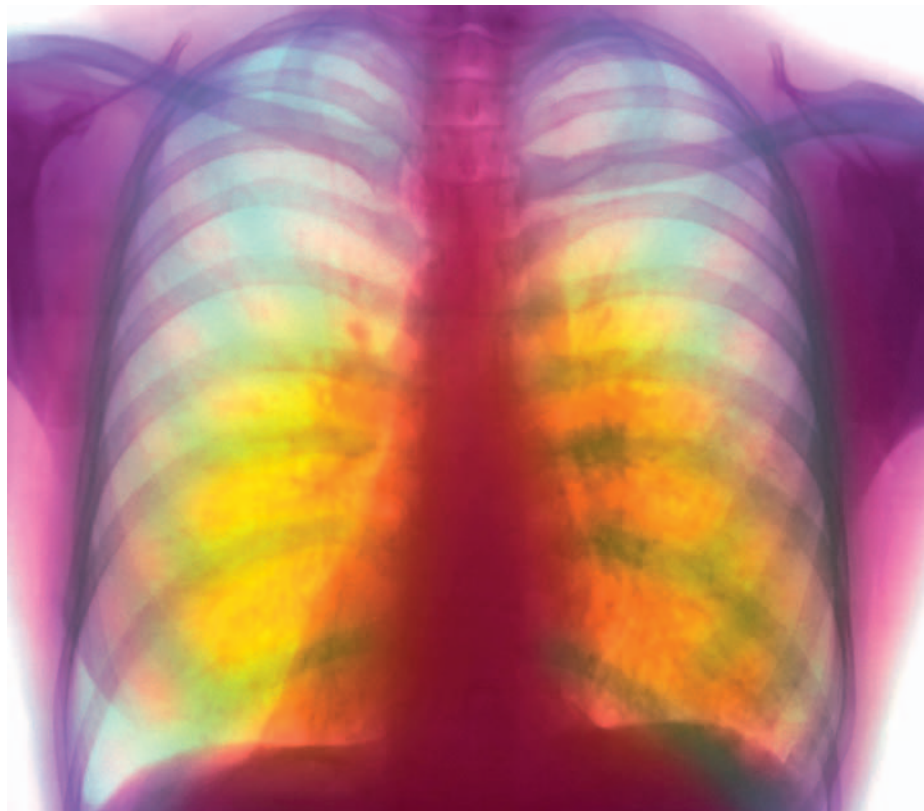
– En svakhet ved studien er at innholdet i beslutningsstøtten ikke er gjort tilgjengelig for leseren. Det er derfor vanskelig å vurdere om opplegget egner seg for norske forhold, sier Holme.

ØYVIND STOPLE SIVERTSEN TIDSSKRIFTET

LITTERATUR

- 1 Miller DP Jr, Denizard-Thompson N, Weaver KE et al. Effect of a digital health intervention on receipt of colorectal cancer screening in vulnerable patients. *Ann Intern Med* 2018; 168: 550–7.

Fluorescerende farge påviser levende tuberkulosebakterier



Illustrasjonsfoto: Science Photo Library/NTB Scanpix

En fluorescerende fargesubstans som tas opp av mykobakterier, kan påvise levende tuberkulosebakterier og brukes til å følge pasienten under behandling.

Tuberkulose er en alvorlig infeksjonssykdom forårsaket av *Mycobacterium tuberculosis*, som viser økende resistens mot behandling. Nåværende mikroskopibaserte metoder for tuberkulose diagnostikk er arbeidskrevende, kan være uspesifikke og påviser både levende og døde mykobakterier.

Det er nå utviklet en ny metode der man bruker en fluorescerende probe som kan påvise aktive tuberkulosebakterier og dermed skille mellom levende og døde tuberkulosebakterier (1). Proben kalles DMN-Tre og består av 4-N,N-dimethylamino-1,8-naphthalimide (4-DMN), som er en fluorescerende fargesubstans, og trehalose, som ved tilsetning tas aktivt opp i mykobakterier i løpet av 30 minutter. Når dette trehalosekonjugatet metaboliseres av mykobakteriene, vil fargesubstansen avgi 700 ganger mer fluorescens i bakteriemembranens hydrofobe lipidlag sammenlignet med signal i vannløselig miljø utenfor membranen.

Fargingen er spesifikk for mykobakterier og bakterier i actinobacteriafyllum. Døde mykobakterier mangler aktiv metabolisme og vil ikke gi falskt positive svar, selv uten vasking. Omdanningen av trehalose utføres av et acyltransferaseproteinkompleks kalt Antigen 85, som bare finnes hos medlemmer av orden *Actinomycetales* i *Actinobacteria*.

– Dette er et godt eksempel på hvordan man kan oppnå økt sensitivitet ved mikroskopisk påvisning av tuberkulosebakterier på under en time, sier Tone Tønjum, som er professor ved Avdeling for mikrobiologi, Universitetet i Oslo. Testen er enkel i bruk og kan benyttes i feltet for diagnostikk av tuberkulose direkte i sputtprøver og andre kliniske materialer. Testen kan også brukes til å følge pasienten over tid og undersøke om behandlingen fungerer optimalt, sier Tønjum.

RUTH HALSNE TIDSSKRIFTET

LITTERATUR

- 1 Kamariza M, Shieh P, Ealand CS et al. Rapid detection of *Mycobacterium tuberculosis* in sputum with a solvatochromic trehalose probe. *Sci Transl Med* 2018; 10: 1-12.

Kan RNA brukes til å anslå dødstidspunkt?

Ved død vil de biokjemiske prosessene i kroppen fortsette før de endres og til slutt stopper. Kan en profil over RNA-transkripsjon brukes til å anslå dødstidspunktet?

RNA-sekvenseringsdata fra forskjellige vev fra til sammen 540 personer post mortem ble brukt til å studere endringer i transkripsjonsprofiler ved ulike intervaller etter dødstidspunktet (1). Forskerne hadde også tilgang på sekvenseringsdata fra blodprøver, tatt både før og etter at døden inntraff.

Den mest markerte endringen i genekspresjon skjedde ca. seks timer post mortem. Det var lite overlapp i hvilke gener som var påvirket i de ulike vevene. Ved analyse av transkripsjonsprofiler i blod ble det avdekket at hovedfunksjoner var endret, slik som DNA-syntese, deaktivert immunrespons, prosesser som styrer nekrose, inaktivering av lipidsyntese og ionetransport. Dette kan bety at transkripsjonen er regulert post mortem. Basert på profileringsdataene og sammenligning av flere vev ble det utviklet en algoritme som kunne anslå dødstidspunktet. Algoritmen var mest presis de første timene post mortem.

– Denne studien gir en flott beskrivelse av endringer i RNA-uttrykk som skjer i ulike vev etter døden, noe som er nyttig i mange forskningssammenhenger, sier Asbjørg Stray-Pedersen og Arne Stray-Pedersen, som er overleger ved Nyfødtscreeningen og Rettsmedisinsk institutt ved Oslo universitetssykehus. – Men deretter viser de en nokså futuristisk og virkelighetsfjern metode der dette RNA-uttrykket skal brukes til å vurdere dødstidspunkt. Noe tilsvarende er tidligere forsøkt i etterkant av en rekke nye analysemetoder, forteller de, der det viste seg at omstendighetene rundt dødsfallet, særlig omgivelsestemperaturen, var avgjørende for hvor raskt de biologiske prosessene foregår etter at blodsirkulasjonen opphører, og da er usikkerheten stor.

RUTH HALSNE TIDSSKRIFTET

LITTERATUR

- 1 Ferreira PG, Muñoz-Aguirre M, Reverter F et al. The effects of death and post-mortem cold ischemia on human tissue transcriptomes. *Nat Commun* 2018; 9: 490.

Lagring av netthinneceller for transplantasjon



LARA PASOVIC
larapasovic@gmail.com
Foto: Jon Olav Bakke Nesvold

DISPUTAS

Lara Pasovic disputerte for ph.d.-graden ved Universitetet i Oslo 22.2.2018. Tittelen på avhandlingen er *Storage of Cultured Retinal Pigment Epithelium for Transplantation*.

Nye lagringsmetoder kan gjøre det mulig å transportere retinale pigmentepitelceller til klinikker verden over.

Aldersrelatert maculadegenerasjon er den ledende årsaken til blindhet i industri-land. Med dagens behandling er det mulig å bremse sykdomsutviklingen hos noen pasienter, men dessverre finnes det ingen kur.

Målet for doktorgradsprosjektet var å utvikle en lagringsmetode som muliggjør transport av retinale pigmentepitelceller fra sentraliserte dyrkningslaboratorier til klinikker over hele verden. Cellene kan deretter transplanteres til personer med netthinnesykdommer for å forbedre synet. For å oppnå dette undersøkte vi cellenes viabilitet, morfologi og fenotype under lagring ved ni ulike temperaturer. Deretter

forsøkte vi å forbedre lagringsmetoden ved å teste kombinasjoner av over 40 ulike tilsetningsstoffer. I arbeidet benyttet vi blant annet immunfluorescensanalyser, elektronmikroskopi samt RNA- og proteinanalyser.

Vi fant at lagring ved 16 °C var optimalt for å ivareta cellenes overlevelse, differensiering og genuttrykk. Vi fant også at kombinasjonen av stoffene allopurinol, askorbinsyre, adenosin og silkeprotein serisin både øker overlevelsen og fremmer cellenes spesialiserte egenskaper under lagring. Trolig virker disse stoffene sammen ved å redusere oksidativt stress. Forbedret lagringsteknologi øker tilgjengeligheten av celler og er derfor et bidrag i etablering av nye behandlingsmetoder for netthinnesykdommer.

Hepatitt C hos rusavhengige



HÅVARD MIDGARD
havardmi@medisin.uio.no
Foto: Øystein Horgmo,
Universitetet i Oslo

DISPUTAS

Håvard Midgard disputerte for ph.d.-graden ved Universitetet i Oslo 15.2.2018. Tittelen på avhandlingen er *Management of Hepatitis C Virus Infection Among People Who Inject Drugs: Treatment Uptake, Reinfection and Risk Behaviours*.

Rusavhengige pasienter i legemiddelassistert rehabilitering behandles i utilstrekkelig grad for hepatitt C.

Infeksjon med hepatitt C-virus rammer i vestlige land hovedsakelig personer som har injisert rusmidler, og forårsaker høy dødelighet som følge av levercirrhose og hepatocellulært karsinom. Nye direktevirkende antivirale legemidler kurerer infeksjonen hos de aller fleste uten bivirkninger. WHO har som mål å eliminere virushepatitt som folkehelseproblem innen 2030.

I mitt doktorgradsarbeid har vi gjennom kobling av Reseptregisteret og Meldesystemet for smittsomme sykdommer studert omfanget av hepatitt C-behandling blant rusavhengige pasienter i legemiddelassistert rehabilitering. Videre har vi gjennom klinisk oppfølging av en kohort av norske

hepatitt C-pasienter undersøkt forekomsten av reinfeksjon syv år etter vellykket behandling.

Kun 14 % av hepatitt C-smittede pasienter i legemiddelassistert rehabilitering hadde fått hepatitt C-behandling i løpet av perioden 2004–13. Pasienter som var stabile i legemiddelassistert rehabilitering over tid uten høyt forbruk av benzodiazepiner var i størst grad blitt behandlet. Insidensen av reinfeksjon etter vellykket behandling var generelt lav (1,7 % per år), men betydelig høyere (nesten 5 % per år) i en undergruppe av personer med pågående rusmiddelbruk.

Våre funn understreker at hepatitt C-behandling blant rusavhengige må intensiveres dersom WHO's målsetning om eliminasjon skal nås. Samtidig må det utvikles strategier for å redusere forekomsten av reinfeksjon. Dette vil kreve samordnede tiltak forankret i en nasjonal handlingsplan.

ÅSE HAUGSTVEDT
aahaugs@online.no
Olafiaklinikken
Oslo universitetssykehus

EIRIK AMUNDSEN
Universitetet i Oslo

RIGMOR C. BERG
Universitetet i Tromsø
Folkehelseinstituttet

Chemsex blant menn – en spørreundersøkelse

BAKGRUNN

Formålet med undersøkelsen var å kartlegge forekomsten av rusmiddelbruk under sex (chemsex) blant et utvalg av mannlige pasienter ved Olafiaklinikken i Oslo, en poliklinikk for seksuelt overførbare infeksjoner. Vi ønsket også å se hvilke variabler innen psykisk helse, seksuelt overførbare infeksjoner og seksualatferd som var assosiert med chemsex for menn som har sex med menn og menn som har sex med kvinner.

MATERIALE OG METODE

Studien var anonym og spørreskjemabasert blant mannlige pasienter ved poliklinikken i perioden 1.7.2016–20.10.2016.

RESULTATER

Svarprosenten var 96 (1 050 fikk utdelt skjema, 1 013 ble inkludert). Av disse rapporterte 144 (14 %) bruk av chemsex i løpet av det siste året – 87 (17 %) menn som har sex med menn og 57 (12 %) menn som har sex med kvinner. Av de som hadde hatt chemsex, oppga flere menn som har sex med menn hivinfeksjon, at de hadde hatt syfilis, over ti sexpartnere og hadde deltatt på sexfest det siste året. Flere menn som har sex med kvinner oppga psykiske plager.

FORTOLKNING

Det bør utredes nærmere hvordan helsevesenet best kan møte chemsexbrukernes behov. Spesielt er det viktig med informasjon om skadereduksjonstiltak og støtte til de som ønsker å slutte eller redusere bruken av chemsex.

HOVEDBUDSKAP

Blant et utvalg av mannlige pasienter på Olafiaklinikken hadde 14 % brukt rusmidler under sex (chemsex) i løpet av det siste året – 17 % var menn som har sex med menn og 12 % menn som har sex med kvinner

Blant dem som hadde hatt chemsex, var det flere menn som har sex med menn som rapporterte om hiv- og syfilisinfeksjon, mer enn ti sexpartnere og deltagelse på sexfest enn menn som har sex med kvinner

Chemsexbrukere blant menn som har sex med kvinner rapporterte om psykiske plager

Fra London og andre storbyer i Europa rapporteres det om bruk av rusmidler under sex (ofte betegnet «chemsex»), særlig blant menn som har sex med menn (1-8). Fra Norge finnes det ingen studier om denne atferden. Vi utførte en spørreundersøkelse om chemsex blant et utvalg mannlige pasienter ved Olafiaklinikken for å undersøke forekomst, forskjeller innen psykisk helse, seksuell helse og seksualatferd som kan være assosiert med chemsex, og om det var forskjell på menn som har sex med menn og menn som har sex med kvinner.

En vanlig definisjon av chemsex er bruk av metamfetamin, mefedron og/eller gammahydroksybutyrat (GHB)/gammabutyrolakton (GBL) under sex blant menn som har sex med menn (1, 4, 5). Under konsultasjoner ved Olafiaklinikken har både menn som har sex med menn og menn som har sex med kvinner fortalt om bruk av ulike rusmidler som metamfetamin, kokain, ketamin og GHB under sex for å øke totalopplevelsen. Vi valgte derfor også å inkludere ketamin og kokain i vår definisjon av chemsex (3, 6) (tab 1) (9-11). Sexrelatert rusmiddelbruk har vært rapportert blant kvinner (12), men ingen kvinnelige pa-

sienter har fortalt oss om bruk av rusmidler primært under sex. Vi valgte derfor i denne første norske studien å undersøke atferden kun blant menn.

Materiale og metode**Studiepopulasjonen**

Studiepopulasjonen var mannlige pasienter på Olafiaklinikken som hadde hatt sex siste året, var over 16 år og kunne lese engelsk eller norsk. For å sikre at spørreskjemaet var relevant og akseptabelt intervjuet vi flere pasienter på Olafiaklinikken som uoppfordret fortalte om bruk av chemsex.

Datainnsamling

I perioden 1.7.2016–20.10.2016 delte vi ut 1 050 spørreskjemaer til frivillige mannlige pasienter som registrerte seg i ekspedisjonen på Olafiaklinikken. De ble bedt om å fylle ut skjemaet anonymt (det tok 5-10 minutter å besvare) og deretter legge det i en låst postkasse på venterommet, uavhengig av om de besvarte det eller ikke.

Tabell 1 Rusmidler brukt ved chemsex (9-11)

	Metamfetamin	GHB og GBL	Mefedron	Kokain	Ketamin
Beskrivelse	Syntetisk sentralstimulerende	Finnes naturlig i kroppen og er et signalstoff i hjernen. Døpende stoff som produseres syntetisk. GBL omdannes til GHB i kroppen	Syntetisk produsert (fra khatplanten), sentralstimulerende middel som ligner amfetamin	Sentralstimulerende stoff fra kokablader med intens, men kortvarig rus	Anestesimiddel brukt i veterinærmedisinen og som generell anestesi ved norske feltsykehus
Gatenavn	Tina, Meth, Ice, Glass	Gina, G, Kork	Meow meow, M-cat, White Magic	Kola, Coke	K, special kei
Administrasjon	Røykes, sniffes, injiseres, settes rektalt	Svelges flytende	Sniffes, svelges i papir, piller, injiseres, settes rektalt	Sniffes, røykes, tygges (kokablader)	Sniffes, injiseres, tablett peroralt
Effekter	Eufori, økt energi, nedsatt impulskontroll, seksuell stimulering	Eufori, nedsatt impulskontroll, seksuell stimulering, avslappende effekt	Eufori, økt energi, nedsatt impulskontroll, seksuell stimulering	Velvære, økt selvfølelse, økt energi, kan gi økt sexlyst	Endrede sanser, inntrykk, eufori, smertelindring
Negative effekter	Søvnforstyrrelse, hjertebank, økt puls og blodtrykk, nervøsitet	Bevisstløshet («G-søvn»), sløvhets hukommelsestap, koma og død (lett å overdosere)	Kvalme, hallusinasjoner, paranoia, engstelse	Søvnløshet, angst, hyperaktivitet, høy puls, høyt blodtrykk, hjerterytmeforstyrrelser, irritabilitet, kan gi ereksjonsproblemer ved langvarig bruk	Hallusinasjoner, dissosiasjon, uro, kvalme, oppkast, bevissthetstap, svekket koordinasjon/motorikk, blæreskade

Tabell 2 Sosiodemografiske data for mannlige pasienter på Olafiaklinikken som besvarte spørreskjema om chemsex (juli–oktober 2016), totalt og i henhold til bruk av chemsex, n (%). Olafiaklinikken er en drop-in-klinikk for testing og behandling av seksuelt overførbare infeksjoner underlagt Oslo universitetssykehus. Respondentene kunne hoppe over spørsmål, derfor er totalen ikke alltid 100 %

	Hatt chemsex (n = 144)	Ikke hatt chemsex (n = 857)	Totalt (N = 1 001)
Alder (gjennomsnitt, standardavvik)	33,0 (8,0)	33,2 (9,4)	33,2 (9,2)
< 25 år	15 (10)	115 (13)	136 (13)
25–45 år	111 (77)	626 (73)	746 (74)
< 45 år	18 (13)	116 (14)	131 (13)
Botid i Norge			
< 5 år	9 (6)	50 (6)	59 (6)
5–10 år	14 (10)	51 (6)	65 (6)
> 10 år	121 (84)	761 (89)	882 (87)
Bosted			
Oslo	138 (96)	784 (91)	933 (92)
Annet sted i Norge	3 (2)	52 (6)	56 (6)
Annet land	2 (1)	17 (2)	19 (2)
Flyktningstatus:			
Asylsøker/flyktning	5 (3)	14 (2)	19 (2)
Utdanningsnivå:			
Høgskole/universitet	100 (70)	647 (75)	755 (75)
Arbeidsstatus:			
I arbeid eller studier	131 (91)	794 (93)	935 (92)
Sivilstatus:			
Fast partner	56 (39)	334 (39)	398 (40)
Selvrapportert seksuell orientering			
Homofil	74 (51)	361 (42)	437 (43)
Bifil	12 (8)	58 (7)	71 (7)
Heterofil	58 (41)	430 (50)	495 (49)
Annet	0	4 (0,5)	4 (0,5)
Har sex med			
Menn	74 (51)	353 (41)	429 (42)
Menn og kvinner	13 (9)	76 (9)	89 (9)
Kvinner	57 (40)	422 (49)	488 (48)

Spørreskjemaet

Vi gjennomførte en pilot av spørreskjemaet blant 20 pasienter som ikke var inkludert i denne studien, hvilket medførte enkelte revideringer før endelig versjon forelå. Spørreskjemaet var på fire sider og inneholdt 48 spørsmål (se appendiks på nett). Vi benyttet det validerte Hopkins Symptom Check List (HSCL-10) som screeningverktøy for psykiske plager. Det inneholder ti spørsmål om symptomer på depresjon og angst siste to uker (13).

Etikk

Regional etisk komité (REK) vurderte at studien ikke var fremleggingspliktig og at informert samtykke derfor heller ikke var nødvendig. Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus vurderte studien som anonym og ikke fremleggingspliktig.

Dataanalyse

I dataanalysen valgte vi å inkludere data fra menn som har sex med både kvinner og menn i kategorien menn som har sex med menn, slik det har blitt gjort i lignende studier (3, 4, 14). Formålet med analysene var å sammenligne to sett grupper: Menn som hadde hatt chemsex versus menn som ikke hadde hatt det, og menn som har sex med menn versus menn som har sex med kvinner. Vi utførte først deskriptive analyser og deretter logistisk regresjonsanalyse. Vi benyttet multivariat logistisk regresjonsanalyse, der 11 variabler inngikk (15). Borsett fra alder (kontinuerlig variabel) er de andre variablene dikotomisert (ja/nei). Følgende variabler inngikk i den multivariable analysen: alder, psykiske plager, hiv, hepatitt C, gonoré, syfilis, klamydia, mer enn ti seksualpartnere, posteksponeeringsprofilakse, deltagelse på organisert sexfest og sex kun med kvinner. Statistisk signifikans ble satt til $p < 0,05$ og vi rundet alle prosentener til nærmeste hele prosent. Analysene er utført i SPSS versjon 23 (IBM SPSS Statistics for Windows, version 24.0 IBM Corp., Armonk, NY, USA).

Resultater

Totalt 1 031 skjemaer ble returnert, og vi ekskluderte 18 skjemaer på grunn av manglende utfylling, hvilket gir en svarprosent på 96,144 (14 %) personer rapporterte chemsex det siste året, med en noe høyere andel blant menn

som har sex med menn enn menn som har sex med kvinner (17 % vs. 12 %). Vi fant ingen større forskjeller i sosiodemografiske karakteristika for gruppen som hadde hatt chemsex sammenlignet med dem som ikke hadde hatt chemsex i vårt utvalg (tab 2). I begge gruppene hadde de fleste høyere utdanning, bodde i Oslo, var i jobb og var i gjennomsnitt 33 år. 40 % oppga at de hadde fast partner.

Sammenlignet med ikke-chemsexbrukere rapporterte chemsexbrukere høyere andel av psykiske plager, hiv og hepatitt C, bakterielle seksuelt overførbare infeksjoner, deltagelse i gruppesex og organisert sexfest samt 11 eller flere sexpartnere siste 12 måneder (tab 3). Det var en statistisk signifikant assosiasjon mellom chemsex og hivinfeksjon, rapportert syfilis det siste året, over ti sexpartnere og deltagelse i sexfest siste året, samt psykiske plager de siste to ukene (tab 4). Blant dem som hadde hatt chemsex, var det kun menn som har sex med menn som oppga hivinfeksjon og syfilis siste året. Denne gruppen rapporterte også om flere sexpartnere og at de oftere deltok i gruppesex og organisert sexfest enn menn som har sex med kvinner. Blant de som hadde hatt chemsex, rapporterte menn som har sex med kvinner oftere om psykiske plager, brukte sjeldnere kondom og sjekket seg sjeldnere for hiv sammenlignet med menn som har sex med menn (tab 3).

I tabell 5 vises karakteristika ved chemsex samlet samt separat for menn som har sex med menn og menn som har sex med kvinner. 75 % av de 144 personene som hadde hatt chemsex, hadde hatt det mer enn én gang. Flere menn som har sex med menn oppga bruk av GHB/GBL (43 %) og metamfetamin (23 %), mens menn som har sex med kvinner oppga hovedsakelig bruk av kokain (79 %). Nesten halvparten av mennene i utvalget oppga aldri eller nesten aldri bruk av kondom under chemsex. 13 % ønsket å slutte med chemsex.

Diskusjon

I vårt utvalg rapporterte 14 % om chemsex siste året, og det var liten forskjell mellom andelen blant menn som har sex med menn (17 %) og menn som har sex med kvinner (12 %). Vi fant en signifikant assosiasjon mellom chemsex og psykiske plager, hivinfeksjon og syfilis, over ti sexpartnere og deltagelse i sexfest.

Tabell 3 Selvrapporterte psykiske plager, seksuelt overførbare infeksjoner og seksualvaner for de siste 12 månedene, totalt og i henhold til bruk av chemsex og seksualpartnere, n (%). MSM = menn som har sex med menn, og menn som har sex med kvinner, MSK = menn som har sex med kun kvinner

Variabler	Chemsex (n = 144)		Ikke chemsex (n = 857)	Totalt (N = 1 001)
	MSM (n = 87)	MSK (n = 57)		
Psykiske plager: Ja	18 (21)	21 (37)	156 (18)	195 (19)
Kondombruk med tilfeldig partner				
Nesten alltid/alltid	39 (45)	8 (14)	399 (47)	450 (44)
Noen ganger	24 (28)	11 (19)	134 (16)	171 (17)
Nesten aldri/aldri	21 (24)	32 (56)	247 (29)	308 (30)
Antall sexpartnere				
1–10	35 (40)	40 (70)	683 (80)	767 (76)
≥ 11	51 (59)	17 (28)	166 (19)	236 (23)
Hiv:				
Har hiv	18 (21)	0	26 (3)	44 (4)
Har ikke hiv	66 (76)	40 (70)	647 (76)	761 (75)
Har ikke testet/ vet ikke	1 (1)	16 (28)	156 (18)	188 (19)
Hepatitt C				
Ja	8 (9)	2 (4)	14 (2)	24 (2)
Nei	75 (86)	52 (91)	797 (93)	934 (92)
Ikke testet/vet ikke	1 (1)	0	29 (3)	31 (3)
Gonoré: Ja	22 (25)	0	75 (9)	98 (10)
Syfilis: Ja	13 (15)	0	16 (2)	29 (3)
Klamydia: Ja	23 (26)	18 (32)	107 (13)	151 (15)
Deltatt i gruppesex				
Ja	72 (83)	16 (28)	219 (26)	308 (30)
Nei	13 (15)	40 (70)	627 (73)	690 (68)
Husker ikke	1 (1)	1 (2)	3 (0,5)	5 (0,5)
Deltatt på organisert sexfest				
Ja	40 (46)	2 (4)	49 (6)	93 (9)
Nei	46 (53)	55 (97)	802 (94)	912 (90)
Husker ikke	0	0	2 (0,5)	2 (0,5)

Tabell 4 Sammenligning av chemsexbrukere og ikke-chemsexbrukere, ujusterte og justerte¹ oddsratio (OR) med 95 % konfidensintervall (95 % KI). Alle data om seksualatferd og seksuelt overførbare infeksjoner er rapportert for de siste 12 månedene

Variabler	Ujusterte analyser			Justerte analyser ¹		
	OR	95 % KI	P-verdi	OR	95 % KI	P-verdi
Psykiske plager	1,9	1,2–2,8	0,005	1,9	1,2–3,0	0,012
Har hiv	4,6	2,4–8,6	< 0,001	3,1	1,3–7,6	0,014
Har/har hatt hepatitt C	4,5	1,9–10,3	< 0,001	1,3	0,4–4,4	0,664
Hatt gonoré	1,9	1,1–3,1	0,016	0,6	0,3–1,3	0,236
Hatt syfilis	5,2	2,5–11,1	< 0,001	4,9	1,7–14,0	0,003
Hatt klamydia	2,8	1,8–4,2	< 0,001	1,6	0,9–2,8	0,083
Hatt > 10 sexpartnere	3,7	2,6–5,4	< 0,001	2,6	1,6–4,3	< 0,001
Brukt posteksponeringsprofylakse	2,2	1,1–4,4	0,022	1,9	0,8–4,5	0,139
Deltatt på organisert sexfest	6,8	4,3–10,8	0,001	5,3	2,9–9,6	< 0,001
Har sex kun med kvinner	0,7	0,5–1,0	0,027	1,5	0,9–2,4	0,163
Alder	1,0	1,0–1,0	0,818	1,0	1,0–1,0	0,279

¹ Justert for alle variablene i tabellen (dikotomisert som ja/nei, bortsett fra alder som vi la inn som en kontinuerlig variabel)

Studiens styrker og svakheter

Styrken ved studien er den høye svarprosenten (96 %). Årsaken kan være anonym undersøkelse og lang ventetid i poliklinikken (ofte over én time). Personalet i ekspedisjonen som delte ut skjemaene, informerte pasientene om studien og at det var frivillig å delta.

En svakhet ved studien er at man inkluderte pasientene kun fra én venerologisk poliklinikk i Oslo. Resultatene er derfor ikke direkte overførbare til den generelle mannlige befolkningen. Spørsmålsutformingen vår kunne vært mer spesifikk om hvor ofte pasientene har tatt rusmidler i forbindelse med sex (chemsex). Vi kunne ha spurt om de benyttet rusmiddel primært for å øke utbyttet av den seksuelle aktiviteten, og presisert at det ikke gjaldt det å ha sex tilfeldigvis etter at man hadde inntatt et rusmiddel. En annen svakhet er selvrappoteringsprosenten av infeksjoner. Vi spurte ikke om når de sist testet seg for andre seksuelt overførbare infeksjoner enn hiv, og vi vet heller ikke hvor mange som fikk en diagnose ved det aktuelle besøket. Den reelle forekomsten av seksuelt overførbare bakterielle infeksjoner det siste året kan derfor være høyere i utvalget enn det som fremkommer av de selvrappotererte data.

Vi fant en signifikant assosiasjon mellom

chemsex og hivinfeksjon og syfilis for menn som har sex med menn, mens ingen menn som har sex med kvinner oppga dette. I tidligere studier har man også funnet en assosiasjon mellom bruk av chemsex og seksuelt overførbare infeksjoner, men det er usikkert om chemsex fører til mer seksuelt overførbare infeksjoner eller om de med økt forekomst av infeksjoner har mer chemsex (2–4, 12, 16, 17). Det er betydelig høyere forekomst av hiv og syfilis hos menn som har sex med menn enn blant menn som har sex med kvinner i Norge (18). Risikoen for å møte sexpartnere med syfilis eller udiagnostisert, ubehandlet og dermed smitteførende hiv er derfor sannsynligvis større for menn som har sex med menn. De som hadde hatt chemsex i denne gruppen oppga oftere mer enn ti partnere og deltagelse i organisert sexfest de siste 12 månedene enn menn som har sex med kvinner. Økt sexappetitt og redusert impuls kontroll på grunn av visse rusmidler kan senke terskelen for å takke ja til sexfester. Det kan også tenkes at sexfester innebærer deltagelse i en seksualisert «rusmiddelkultur» hvor man oftere tilbys rusmidler. Bruk av chemsexrelaterte rusmidler kan også bidra til at det er lettere å ha sex med flere partnere i løpet av få dager (5, 6, 9). Dette kan føre til rektale og penile erosjoner,

hvilket igjen øker risikoen for seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv, når man har sex uten kondom (3, 6, 9).

Menn som har sex med kvinner brukte hovedsakelig kokain og sjeldnere metamfetamin, mefedron og GHB enn menn som har sex med menn. Kokain gir ikke tilsvarende økt energi til langvarig seksuell aktivitet som metamfetamin og reduserer ikke impuls kontroll i samme grad som GHB/GBL og mefedron. I tillegg er risiko for traumer mindre ved vaginal sex. I Norge er det også en generell lavere forekomst av hiv, syfilis og gonoré blant menn som har sex med kvinner enn blant menn som har sex med menn (18, 19). Disse faktorene kan være med på å forklare hvorfor menn som har sex med kvinner og hadde hatt chemsex ikke rapporterte om hiv, syfilis eller gonoré.

Blant dem som hadde hatt chemsex, hadde menn som har sex med kvinner høyere forekomst av psykiske plager de siste to ukene enn menn som har sex med menn. Vi vet ikke om disse mennene hadde høyere andel av psykiske plager før de startet med chemsex eller om chemsex førte til psykiske plager. Chemsexbrukere har økt risiko for overdose, psykose, hukommelsestap, depresjon og avhengighet (6, 9). Vi fant at menn som har sex med menn i større grad brukte GHB/GBL, som lettere kan føre til overdose enn andre rusmidler, og potensielt til koma og død (6, 9). Kun én person i vårt utvalg hadde vært innlagt på medisinsk avdeling (ingen på psykiatrisk avdeling) grunnet chemsex, men ut ifra et skadereduksjonsperspektiv bør chemsexbrukere informeres om faren for overdose, spesielt ved bruk av GHB/GBL.

13 % av chemsexbrukerne ønsket å slutte. Per dags dato kan pasienter henvises til terapeuter innen psykiatri og rus eller informeres om tilbud hos organisasjoner som for eksempel Helseutvalget og HivNorge. Helsemyndighetene bør utarbeide retningslinjer for hvordan man best kan hjelpe pasienter som opplever bruk av chemsex som et problem, spesielt med tanke på skadereduksjon (20). Rusmiddelbruk er stigmatisert, og rusmidlene som inngikk i vår definisjon av chemsex, er ulovlige. For at pasientene skal tørre å informere om bruk, bør helsearbeidere på Olafsklinikken og andre lignende behandlingssentre ha en fordomsfri holdning til fenomenet chemsex. Dette kan blant annet gjøres ved å ha oppslag om chemsex på veggen samt ved å spørre pasienter om bruk på en nøytral måte (21).

Tabell 5 Detaljer angående bruk av chemsex, totalt og i henhold til seksualpartnere, n (%). Respondentene kunne hoppe over spørsmål, derfor er totalen ikke alltid 100 %. MSM = menn som har sex med menn, og menn som har sex med menn og kvinner; MSK = menn som har sex med kun kvinner.

	MSM n = 87 (%)	MSK n = 57 (%)	Total N = 144 (%)
Antall ganger hatt chemsex			
1 gang	19 (22)	17 (30)	36 (25)
≥ 2 ganger	68 (78)	40 (70)	108 (75)
Hvilke stoffer brukt ved chemsex¹			
Kokain	45 (52)	45 (79)	90 (63)
GHB/GBL	37 (43)	4 (7)	41 (29)
Metamfetamin	20 (23)	4 (7)	24 (17)
Ketamin	9 (10)	7 (12)	16 (11)
Mefedron	8 (9)	1 (2)	9 (6)
Hvorfor hatt chemsex¹			
Økt nytelse	57 (66)	25 (44)	82 (57)
Økt spenning	46 (53)	21 (37)	67 (47)
Økt prestering	22 (25)	12 (21)	34 (24)
Lav selvfølelse	5 (6)	3 (5)	8 (6)
Press fra partner	4 (5)	1 (2)	5 (3)
Annet	9 (10)	19 (33)	28 (19)
Hvor fant chemsexpartnere¹			
Via internett/app	49 (56)	3 (5)	52 (36)
Sauna	6 (7)	0	6 (4)
Sexklubb	5 (6)	2 (4)	7 (5)
Cruisingsted	2 (2)	2 (4)	4 (3)
Annet	26 (30)	32 (56)	68 (47)
Hvor foregikk chemsex¹			
Privat hjem	68 (78)	37 (65)	105 (73)
Sexfest i privat hjem	28 (32)	1 (2)	29 (20)
Hotell	21 (24)	9 (16)	30 (21)
Sauna	9 (10)	0	9 (6)
Sexklubb	8 (9)	0	8 (6)
Cruisingsted	2 (2)	1 (2)	3 (2)
Annet	1 (1)	6 (11)	7 (5)
Hatt fysiske problemer pga. chemsex			
Nesten aldri/aldri	67 (77)	36 (63)	103 (72)
Noen ganger	9 (10)	4 (7)	13 (9)
Nesten alltid/alltid	4 (5)	1 (2)	5 (3)
Hatt psykisk stress pga. chemsex			
Nesten aldri/aldri	66 (76)	34 (60)	100 (7)
Noen ganger	11 (13)	4 (7)	15 (10)
Nesten alltid/alltid	3 (3)	2 (4)	5 (3)
Brukt kondom under chemsex			
Nesten aldri/aldri	37 (43)	30 (53)	67 (47)
Noen ganger	11 (13)	5 (9)	16 (11)
Nesten alltid/alltid	31 (36)	7 (12)	38 (26)
Hatt seksuell aktivitet under chemsex som har angret på			
Ja	19 (22)	8 (14)	27 (19)
Nei	45 (52)	25 (44)	70 (49)
Usikker	14 (16)	8 (14)	22 (15)
Ønsket å slutte med chemsex			
Ja	13 (15)	5 (9)	18 (13)
Nei	37 (43)	16 (28)	53 (37)
Usikker	28 (32)	21 (37)	49 (34)

¹ Flere svar var mulig

Konklusjon

Chemsexbrukere blant menn som har sex med menn bør informeres om mulig økt risiko for seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv, og tilbys regelmessig testing for disse infeksjonene. Helsevesenet bør unngå moralisering og fokusere på informasjon om skadereduksjonstiltak.

Takk til Jørgen Bramness og Birgitte Freiesleben De Blasio for hjelp med utformingen av spørreskjema og med innspill til studien, Tor Otto Aabø for hjelp med manuell inntasting av data, Victoria Santana Montoto og resten av personalet i ekspedisjonen på Olafia og til alle pasientene som deltok i undersøkelsen.

Mottatt 29.1.2018, første revisjon innsendt 25.4.2018, godkjent 15.5.2018.

ÅSE HAUGSTVEDT

er spesialist i hud- og veneriske sykdommer og overlege ved Olafiaklinikken og Nasjonal kompetansetjeneste for seksuelt overførbare infeksjoner. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt reisestipend fra Novartis.

EIRIK AMUNDSEN

er medisinstudent og har arbeidet ved Olafiaklinikken. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

RIGMOR C. BERG

er professor II ved Universitetet i Tromsø og avdelingsdirektør ved Folkehelseinstituttet. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Ahmed AK, Weatherburn P, Reid D et al. Social norms related to combining drugs and sex («chemsex») among gay men in South London. *Int J Drug Policy* 2016; 38: 29–35.
- Daskalopoulou M, Rodger A, Phillips AN et al. Recreational drug use, polydrug use, and sexual behaviour in HIV-diagnosed men who have sex with men in the UK: results from the cross-sectional ASTRA study. *Lancet HIV* 2014; 1: e22–31.
- Hegazi A, Lee MJ, Whittaker W et al. Chemsex and the city: sexualised substance use in gay bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *Int J STD AIDS* 2017; 28: 362–6.
- Sewell J, Miltz A, Lampe FC et al. Attitudes to and Understanding of Risk of Acquisition of HIV (AURAH) Study Group. Poly drug use, chemsex drug use, and associations with sexual risk behaviour in HIV-negative men who have sex with men attending sexual health clinics. *Int J Drug Policy* 2017; 43: 33–43.
- Stuart D. Sexualised drug use by MSM: background, current status and response. *HIV Nursing* 2013; 13: 6–10.
- Bourne A, Reid D, Hickson F et al. The Chemsex Study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewi-

- sham. London: Sigma Research, London School of Hygiene & Topical Medicine, 2014. <https://www.lambeth.gov.uk/sites/default/files/ssh-chemsex-study-final-main-report.pdf> (15.5.2018).
- 7 Bourne A, Reid D, Hickson F et al. «Chemsex» and harm reduction need among gay men in South London. *Int J Drug Policy* 2015; 26: 1171–6.
- 8 Schmidt AJ, Bourne A, Weatherburn P et al. EMIS Network. Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS). *Int J Drug Policy* 2016; 38: 4–12.
- 9 Macfarlane A. Sex, drugs and self-control: why chemsex is fast becoming a public health concern. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2016; 42: 291–4.
- 10 Folkehelseinstituttet. Fakta om kokain. <https://www.fhi.no/historisk-arkiv/faktaark/fakta-om-kokain/>(15.5.2018).
- 11 Øye I. Ketamin – medienes nye motedop? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1464–6.
- 12 Heiligenberg M, Wermeling PR, van Rooijen MS et al. Recreational drug use during sex and sexually transmitted infections among clients of a city sexually transmitted infections clinic in Amsterdam, the Netherlands. *Sex Transm Dis* 2012; 39: 518–27.
- 13 Strand BH, Dalgard OS, Tambs K et al. Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nord J Psychiatry* 2003; 57: 113–8.
- 14 The European men-who-have-sex-with-men Internet survey. Findings from 38 countries. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2013. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/EMIS-2010-european-men-who-have-sex-with-men-survey.pdf> (15.5.2018).
- 15 Altman DG. *Practical statistics for medical research*. London: Chapman & Hall/CRC, 1991.
- 16 Ottaway Z, Finnerty F, Amlani A et al. Men who have sex with men diagnosed with a sexually transmitted infection are significantly more likely to engage in sexualised drug use. *Int J STD AIDS* 2017; 28: 91–3.
- 17 Glynn RW, Byrne N, O’Dea S et al. Chemsex, risk behaviours and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Dublin, Ireland. *Int J Drug Policy* 2018; 52: 9–15.
- 18 Folkehelseinstituttet. Smittevernveilederen. Menn som har sex med menn og smittevern – veileder for helsepersonell. <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/14.-menn-som-har-sex-med-menn-og-sm/> (11.1.2016).
- 19 Folkehelseinstituttet. Smitteveilederen. Gonore – veileder for helsepersonell. <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/gonore--veileder-for-helsepersonell/> (6.1.2016).
- 20 Petersson FJ, Tikkanen R, Schmidt AJ. Party and play in the closet? Exploring club drug use among Swedish men who have sex with men. *Subst Use Misuse* 2016; 51: 1093–103.
- 21 Frankis J, Clutterbuck D. What does the latest research evidence mean for practitioners who work with gay and bisexual men engaging in chemsex? *Sex Transm Infect* 2017; 93: 153–4.

OLA NAKKEN

ola.nakken@medisin.uio.no
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Oslo

Nevroklubnikken
Akershus universitetssykehus

LILLIAN SØRUM

Urologisk avdeling
Akershus universitetssykehus

TRYGVE HOLMØY

ALS-klubnikken
Akershus universitetssykehus

Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Oslo

Ola Nakken og Lillian Sørurn har bidratt i like stor grad til manuskriptet.

Genetisk utredning ved amyotrofisk lateral sklerose

BAKGRUNN

I 70 % av tilfellene med familiær amyotrofisk lateral sklerose (ALS) og 10 % av de med sporadisk form kan genetisk utredning gi en diagnose stilt på molekylært nivå. Molekylært stilt diagnose kan åpne for deltagelse i kliniske studier, men endrer ellers ikke behandlingen. Betydningen for slektingers sykdomsrisiko kan være usikker, og den psykologiske belastningen stor. Utredningen reiser vanskelige etiske spørsmål. Vi har undersøkt om klinisk praksis samsvarer med internasjonale anbefalinger, som fraråder genetisk utredning ved typisk sporadisk variant.

MATERIALE OG METODE

Vi gjennomgikk journalene til alle pasienter med amyotrofisk lateral sklerose ved Akershus universitetssykehus i perioden 2004–14.

RESULTATER

Av 115 pasienter manglet familieanamnese i journalen hos 44 (38 %). Diagnostisk gentesting ble utført hos fem av syv pasienter med familiær amyotrofisk lateral sklerose og tre med sporadisk type, enten fordi sykdomsforløpet var atypisk eller etter anbefaling fra spesialist i medisinsk genetikk som utredet pasientens slektinger. Ytterligere 11 pasienter med påvist mutasjon var henvist fra andre sykehus. Av disse ble fem enten rekruttert til ekstern behandlingsstudie eller senere inkludert i forskningsprosjekt på sykdomsmekanismer tilknyttet avdelingen. Analysene omfattet nesten utelukkende *SOD1*-genet.

FORTOLKNING

Studien avdekket at praksis var restriktiv i tråd med anbefalingene og at nyoppdagede ALS-gener sjelden ble analysert. Pasientautonomi og krav om molekylært stilt diagnose for å delta i studier utfordrer en slik praksis.

HOVEDBUDSKAP

Fagmiljøer har til nå kun anbefalt genetisk testing av ALS-pasienter med positiv slektsanamnese eller atypiske kliniske funn

Praksis ved Akershus universitetssykehus var i tråd med anbefalingene

Genetisk testing omfattet nesten utelukkende *SOD1*-genet, på tross av at en hyppigere sykdomsassocieret mutasjon i *C9orf72*-genet ble oppdaget i løpet av studieperioden

Økt vekt på pasientautonomi og krav om molekylært stilt diagnose for å delta i behandlingsstudier kan føre til liberalisert praksis for genetisk testing hos pasienter uten positiv slektsanamnese

Om lag 150 personer får amyotrofisk lateral sklerose (ALS) i Norge hvert år, og antallet er økende (1). Tradisjonelt har tilstanden blitt oppfattet som en rent motorisk sykdom karakterisert av progredierende pareser, men inntil halvparten utvikler også tegn til kognitiv svikt med atferds- og personlighetsforstyrrelser. En mindre andel utvikler frontotemporal demens (2). Pasientene dør vanligvis av respirasjonssvikt 2–3 år etter diagnosetidspunktet (3).

Amyotrofisk lateral sklerose deles gjerne inn i en sporadisk form uten andre kjente tilfeller i slekten (90–95 % av tilfellene) og en familiær form (5–10 % av tilfellene). Arvegangen ved sistnevnte er som oftest autosomalt dominant med ufullstendig og ofte ukjent penetrans. Siden oppdagelsen av mutasjoner i *SOD1*-genet i 1993 har det blitt påvist patogene mutasjoner i om lag 30 ulike gener ved familiær amyotrofisk lateral sklerose (3). Til sammen forklarer disse rundt 60–80 % av disse tilfellene (4). Slike mutasjoner finnes imidlertid også hos om lag 10 % av pasienter med sporadisk amyotrofisk lateral sklerose og hos betydelig flere som også har frontotemporal demens (5). Den vanligste årsaken til både arvelig amyotrofisk lateral sklerose og frontotemporal demens er økt antall repeti-

sjoner av nukleotidene GGGGCC i *C9orf72*-genet (6). Testing av denne mutasjonen utføres ikke i Norge. Hyppigheten er derfor ikke kjent, men i andre land er den rapportert hos om lag 40 % ved familiær amyotrofisk lateral sklerose, 10 % ved sporadisk amyotrofisk lateral sklerose og 20 % ved frontotemporal demens (7, 8).

Det finnes per i dag ingen spesifikk terapi for noen av de genetiske variantene av amyotrofisk lateral sklerose. Ved den sporadiske formen er betydningen av et positivt funn for sykdomsrisiko hos slektninger usikker og kan utgjøre en stor tilleggsbelastning både for pasient og pårørende. Både den europeiske neurologiforeningen (EFNS) og den europeiske interessegruppen for amyotrofisk lateral sklerose (ENCALS) frarådet derfor i 2004, 2007 og 2012 genetisk testing av pasienter med sporadisk variant, men åpnet for at testing kan utføres hos personer med familiær type eller atypiske kliniske funn der testing kan bidra til å avklare diagnosen (9–11). I Norge finnes det ikke offisielle faglige retningslinjer for utredning og oppfølging av amyotrofisk lateral sklerose. Anbefalinger i norsk elektronisk legemiddelhåndbok (Nevro-NEL) samsvarer med anbefalingene fra den europeiske neurologiforeningen. Formålet med denne studien var å undersøke om praksis for genetisk utredning av pasienter med amyotrofisk lateral sklerose følger nasjonale og internasjonale anbefalinger.

Metode

Vi søkte elektronisk pasientjournal (EPJ) ved Akershus universitetssykehus for pasienter kodet G12.2 i henhold til ICD-10 (den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer) i perioden 31.12.2004–31.12.2014. G12.2 omfatter motornevro sykdommer, der amyotrofisk lateral sklerose er den desidert største pasientgruppen. Unntatt fra G12.2 er medfødte og arvelige varianter av spinale muskelatrofier. Vi vurderte hvorvidt diagnosen var korrekt samt om pasienten var primært utredet og fulgt ved Akershus universitetssykehus. Fra journalen innhentet vi så opplysninger om kjønn, alder, familieanamnese, genetisk testing og genetisk veiledning. Data ble oppbevart på sikker forskningsserver med avidentifiserte kliniske data separert fra koblingsnøkkelen.

Det er ingen klar konsensus for hva som skal defineres som familiær amyotrofisk lateral

sklerose (12). I tråd med nyere anbefalinger basert på klinisk og etiologisk overlapp, ble pasienter med minst én første- eller annengrads-slektning med amyotrofisk lateral sklerose eller frontotemporal demens klassifisert som familiær amyotrofisk lateral sklerose (13, 14).

Studien ble godkjent av personvernombudet ved Akershus universitetssykehus som en kvalitetsstudie. Det ble derfor ikke søkt godkjenning fra regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Resultater

Resultatene av journalgjennomgangen er vist i figur 1. Etter eksklusjon av ni feilkodede pasienter ble totalt 126 pasienter med amyotrofisk lateral sklerose vurdert ved Akershus universitetssykehus i studieperioden. Av disse ble 115 primært utredet og fulgt opp ved Akershus universitetssykehus, mens 11 pasienter med familiær type der det allerede var påvist ALS-assosierte mutasjoner, var henvist fra andre sykehus.

Ved gjennomgang av journalene fant vi at familieanamnesen var dokumentert hos 71 (62 %) av de 115 pasientene som hadde blitt utredet ved Akershus universitetssykehus. Av de 71 hadde syv (10 %) nære slektninger med amyotrofisk lateral sklerose eller frontotemporal demens forenlig med familiær amyotrofisk lateral sklerose. Blant disse ble det utført genetisk analyse hos fem pasienter. Det er ikke dokumentert i journalen hvorvidt genetisk utredning ble vurdert hos de øvrige to pasientene med familiær variant.

Det ble sendt blodprøve til diagnostisk genetisk analyse hos tre pasienter med sporadisk amyotrofisk lateral sklerose. Hos disse var undersøkelsen begrunnet med atypisk forløp, annen alvorlig neurologisk sykdom (ikke motornevro sykdom eller frontotemporal demens) i nær slekt, eller den ble utført etter anmodning fra spesialist i medisinsk genetikk i forbindelse med pårørendes ønske om prediktiv testing.

Genetisk analyse ble nesten utelukkende utført på *SOD1*-genet, og hovedsakelig i siste halvdel av studieperioden. Med unntak av en pasient som fikk påvist heterozygot mutasjon uten sikker betydning, ble alle pasienter som fikk påvist ALS-relatert mutasjon tilbudt genetisk veiledning. I samråd med pasienten ble også pårørende informert og tilbudt genetisk veiledning. Ingen andre pasienter fikk tilbud om genetisk veiledning. Hos de to pasientene

med antatt familiær amyotrofisk lateral sklerose som ikke fikk utført genetisk analyse, ble heller ikke genetisk veiledning nevnt i journalen.

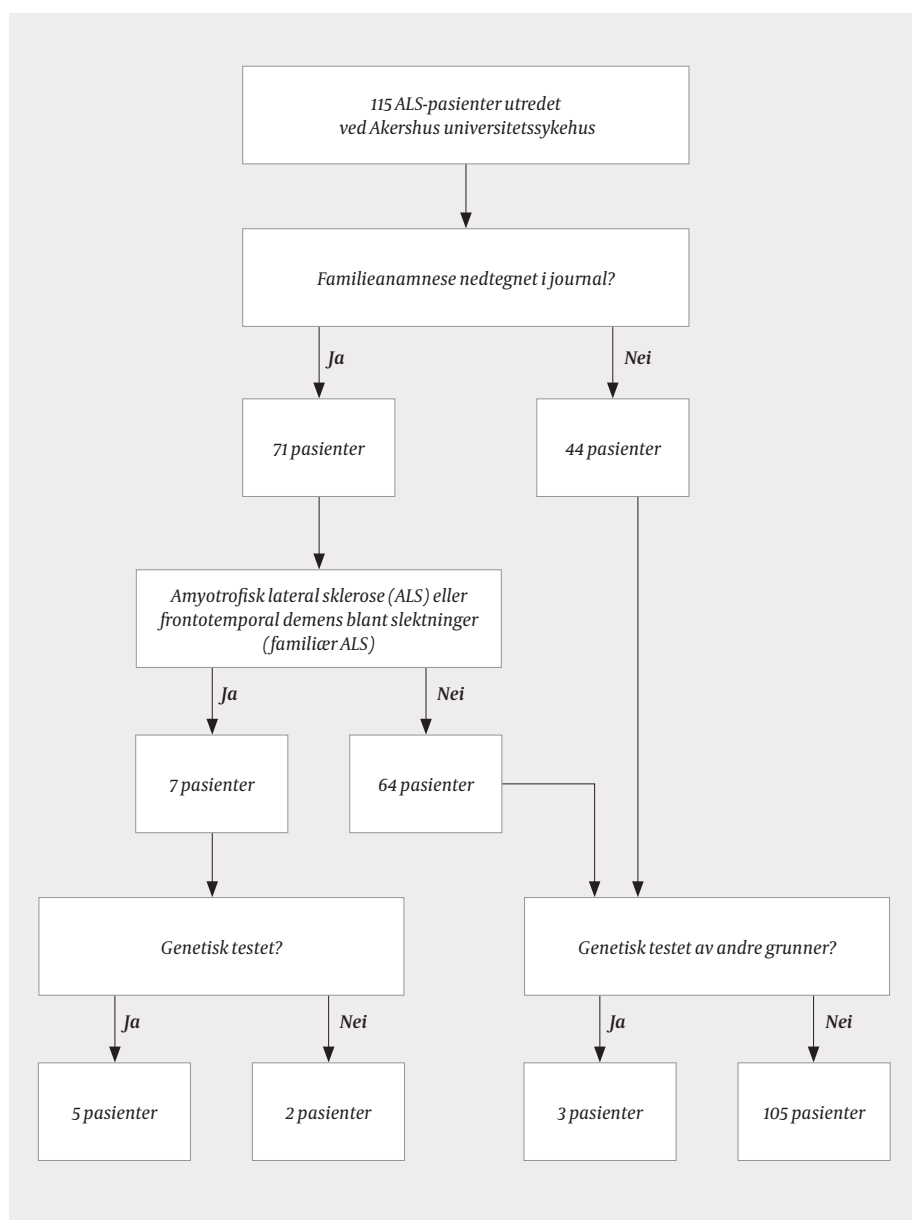
Mot slutten av studieperioden fikk pasienter med påvist ALS-mutasjon tilbud om å delta i forskningsprosjekter. Fem donerte hudbiopsi for generering av induserbare pluripotente stamceller. Det ble også formidlet kontakt som muliggjorde deltagelse i en behandlingsstudie i utlandet.

Diskusjon

Våre funn viser en gjennomgående restriktiv praksis for genetisk utredning ved amyotrofisk lateral sklerose. Kun tre pasienter med sporadisk variant fikk utført diagnostisk genetesting, og dette var hos alle begrunnet i journalen. Med unntak av testing av én pasient med sporadisk variant initiert av spesialist i medisinsk genetik ut fra pårørendes ønske om prediktiv testing, var vår praksis i tråd med europeiske anbefalinger som spesifikt har frarådet genetisk testing ved typisk sporadisk type (9–11).

To av syv pasienter med familiær variant fikk ikke tilbud om genetisk testing eller genetisk veiledning. Siden spørsmålet ikke var drøftet i journalen, kjenner vi ikke årsakene til at genetisk testing ikke ble utført. Fravær av eksplisitt begrunnelse kan gjenspeile lav bevissthet rundt betydningen av arvelighet, eller usikkerhet rundt tilgangen på genetisk testing og veiledning. En slik antagelse støttes av en studie fra 20 land som viser at nevrologer med stor erfaring med amyotrofisk lateral sklerose oftere tilbyr genetisk utredning enn mindre erfarne kolleger (14). En annen forklaring kan være et bevisst eller ubevisst ønske om å ikke bidra til å øke bekymringen for at slektninger også skal utvikle sykdommen. At familieanamnesen ikke var journalført hos nærmere 40 % av pasientene, er forenlig med begge disse forklaringene.

Den lave bruken av gentesting kan også gjenspeile et begrenset tilbud til slike analyser i Norge. En rekke ALS-relaterte gener, inkludert *C9orf72* som er den klart hyppigste genetiske årsaken til amyotrofisk lateral sklerose, ble oppdaget i løpet av studieperioden. Oslo universitetssykehus analyserte imidlertid gjennom hele studieperioden kun *SOD1*, og analyserer fortsatt ikke andre ALS-relaterte gener. Mutasjoner i *SOD1* forklarer kun en liten del av familiær amyotrofisk lateral skle-



Figur 1 Genetisk utredning av pasienter med amyotrofisk lateral sklerose utredet ved Akershus universitetssykehus i perioden 2004–14

rose (ca. 20 %), og analyse av kun dette genet regnes derfor ikke som tilstrekkelig utredning verken ved familiær variant eller atypiske forløpsformer av sporadisk type (14, 15). Den genetiske epidemiologien er ikke kartlagt i Norge, men ved å analysere *C9orf72*, *FUS* og *TARDBP* i tillegg til *SOD1* vil man sannsynligvis kunne påvise den genetiske bakgrunnen til om lag to tredeler av de med familiær amyotrofisk lateral sklerose og 10 % av de med sporadisk type (14, 16).

Oppdagelsen av nye ALS-relaterte gener kan føre til at både pasienter, pårørende og leger oppfatter utredningen som mer meningsfull, ettersom den i større grad faktisk kan påvise eller utelukke genetisk årsak til sykdommen (17). Sykehuset i Telemark analyserer nå foruten *SOD1* 17 andre ALS-relaterte gener samt en rekke gener som er assosiert med andre motornevro sykdommer, men tester foreløpig ikke for *C9orf72* (Helle Høyen, personlig meddelelse). Hovedargumentene for ikke å

tilby genetisk testing ved sporadisk variant er at dette utfordrer hensynet til pårørende og pasientens rett til ikke å vite (15). Funn av en ALS-mutasjon hos en ALS-syk har vidtrekkende konsekvenser for friske slektninger. Disse må forholde seg til at deres risiko for å utvikle sykdommen kan være betydelig økt og må ta stilling til om de ønsker prediktiv testing, som etter norsk lov krever genetisk veiledning. Usikkerheten rundt betydningen av både positive og negative funn gjør at denne verken kan gi friske slektninger et tydelig beslutningsgrunnlag før testing eller sikker avklaring av egen risiko når testresultatet foreligger (18). Dette skiller seg fra Huntingtons sykdom, der en negativ gentest utelukker sykdommen og et positivt funn også gir viktig informasjon om forventet prognose (19).

Den relativt restriktive praksisen med å forbeholde genetisk testing til pasienter med familiær type eller atypisk forløp har i de senere år blitt utfordret (20), blant annet fordi den frarøver pasienten muligheten til å utforske årsaken til sykdommen (15). Dessuten gjør hyppige funn av ALS-mutasjoner hos pasienter med tilsynelatende sporadisk form grenseoppgangen mot familiær form mer arbitrær enn tidligere antatt (20, 21). Den relativt høye sannsynligheten for å oppdage en ALS-relatert mutasjon brukes således som argument både for en restriktiv og en liberal

praksis for gentesting ved sporadisk amyotrofisk lateral sklerose (11, 17, 20). Økt innsikt i sykdommens genetiske årsaker er viktig for å forstå sykdomsmekanismene, og trolig vil mange fremtidige behandlingsstudier kreve molekylær utredning (22). Vår erfaring er at mange pasienter ønsker å delta i kliniske studier. Det er derfor sannsynlig at flere pasienter vil etterspørre molekylær utredning. Ettersom det vil bli mulig å teste for flere gener, øker også sannsynligheten for påvisning av genvarianter med usikker sykdomsassociasjon og betydning for slektningers risiko. Da vil det også bli et betydelig større behov for genetisk veiledning.

Mange pasienter ønsker å vite årsaken til egen sykdom og risikoen for at den videreføres i slekten (18). I en spørreundersøkelse blant 5 591 amerikanske ALS-pasienter svarte 83 % av respondentene at genetisk testing burde tilbys alle pasienter med sykdommen, og 73 % mente at fordelene oppveiet ulempene (23). De som hadde gjennomgått genetisk testing, rapporterte overveiende positive erfaringer, uavhengig av sykdomsform (sporadisk eller familiær) og av hvorvidt de hadde fått genetisk veiledning (24). Responsraten i denne undersøkelsen var lav (8 %), og generaliserbarheten er derfor usikker. Diskrepansen mellom de positive tilbakemeldingene og den restriktive praksisen som gjenspeiles i våre funn og

i europeiske anbefalinger, reiser likevel spørsmålet om nevrologer har en paternalistisk og overbeskyttende tilnærming, som kanskje også reflekterer eget ubehag ved å gå inn i disse spørsmålene.

Konklusjon

Vår studie avdekket en restriktiv bruk av gentesting ved amyotrofisk lateral sklerose. Med unntak av at familieanamnesen ikke var nedtegnet hos nesten 40 % av pasientene, var bruken i tråd med europeiske anbefalinger. Analysen omfattet ikke nyoppdagede og påvisbare ALS-assosierte gener som kunne ha økt den diagnostiske treffsikkerheten (17). Etablert genetisk diagnose kan åpne for deltagelse i behandlingsstudier og studier av sykdomsmekanismen (25), også ved mutasjoner i *SOD1* som ser ut til å forekomme relativt hyppig i Norge (26). Flere pasienter med påvist mutasjon har donert hudbiopsi til generering av induserbare pluripotente stamceller og studier av sykdomsmekanismen, eller fått tilbud om å delta i behandlingsstudier i utlandet. Repertoaret av genetiske analyser bør derfor utvides i tråd med internasjonal standard.

Mottatt 23.2.2018, første revisjon innsendt 11.5.2018, godkjent 22.5.2018.

OLA NAKKEN

er spesialist i nevrologi, klinisk stipendiat og overlege.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LILLIAN SØRUM

er lege i spesialisering.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TRYGVE HOLMØY

er professor i nevrologi, overlege og leder av ALS-klinikken ved Akershus universitetssykehus.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Nakken M, Lindstrøm JC, Tysnes OB et al. Mortality trends of amyotrophic lateral sclerosis in Norway 1951-2014: an age-period-cohort study. *J Neurol* 2016; 263: 2378-85.
- Strong MJ, Abrahams S, Goldstein LH et al. Amyotrophic lateral sclerosis - frontotemporal spectrum disorder (ALS-FTSD): Revised diagnostic criteria. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener* 2017; 18: 153-74.
- Brown RH, Al-Chalabi A. Amyotrophic lateral sclerosis. *N Engl J Med* 2017; 377: 162-72.
- van Es MA, Hardiman O, Chio A et al. Amyotrophic lateral sclerosis. *Lancet* 2017; 390: 2084-98.
- Dols-Icardo O, García-Redondo A, Rojas-García R et al. Analysis of known amyotrophic lateral sclerosis and frontotemporal dementia genes reveals a substantial genetic burden in patients manifesting both diseases not carrying the C9orf72 expansion mutation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2018; 89: 162-8.
- Renton AE, Majounie E, Waite A et al. A hexanucleotide repeat expansion in C9orf72 is the cause of chromosome 9p21-linked ALS-FTD. *Neuron* 2011; 72: 257-68.
- Smith BN, Newhouse S, Shatunov A et al. The C9orf72 expansion mutation is a common cause of ALS+/FTD in Europe and has a single founder. *Eur J Hum Genet* 2013; 21: 102-8.
- Gjerde KV, Tysnes OB. Genetisk sammenheng mellom amyotrofisk lateral sklerose og frontotemporal demens. *Tidsskr Nor Legeforen* 2014; 134: 302-6.
- Andersen PM, Borasio GD, Dengler R et al. EFNS task force on management of amyotrophic lateral sclerosis: guidelines for diagnosing and clinical care of patients and relatives. *Eur J Neurol* 2005; 12: 921-38.
- Andersen PM, Borasio GD, Dengler R et al. Good practice in the management of amyotrophic lateral sclerosis: clinical guidelines. An evidence-based review with good practice points. *Amyotroph Lateral Scler* 2007; 8: 195-213.

- 11 Andersen PM, Abrahams S, Borasio GD et al. EFNS guidelines on the clinical management of amyotrophic lateral sclerosis (MALS)-revised report of an EFNS task force. *Eur J Neurol* 2012; 19: 360-75.
- 12 Byrne S, Elamin M, Bede P et al. Absence of consensus in diagnostic criteria for familial neurodegenerative diseases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2012; 83: 365-7.
- 13 Byrne S, Bede P, Elamin M et al. Proposed criteria for familial amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotroph Lateral Scler* 2011; 12: 157-9.
- 14 Vajda A, McLaughlin RL, Heverin M et al. Genetic testing in ALS: A survey of current practices. *Neurology* 2017; 88: 991-9.
- 15 Turner MR, Al-Chalabi A, Chio A et al. Genetic screening in sporadic ALS and FTD. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2017; 88: 1042-4.
- 16 Chiò A, Battistini S, Calvo A et al. Genetic counselling in ALS: facts, uncertainties and clinical suggestions. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2014; 85: 478-85.
- 17 Roggenbuck J, Quick A, Kolb SJ. Genetic testing and genetic counseling for amyotrophic lateral sclerosis: an update for clinicians. *Genet Med* 2017; 19: 267-74.
- 18 Hogden A, Crook A. Patient-centered decision making in amyotrophic lateral sclerosis: where are we? *Neurodegener Dis Manag* 2017; 7: 377-86.
- 19 Quaid KA. Genetic Testing for Huntington Disease. I: Andrew SF, Karen EA, red. Huntington Disease. Elsevier Science Publishing Co Inc, 2017: 113-26. Volum 144 i serien: Handbook of Clinical Neurology.
- 20 Al-Chalabi A. Perspective: don't keep it in the family. *Nature* 2017; 550: S112.
- 21 Talbot K. Familial versus sporadic amyotrophic lateral sclerosis—a false dichotomy? *Brain* 2011; 134: 3429-31.
- 22 Scott A. Drug therapy: on the treatment trail for ALS. *Nature* 2017; 550: S120-1.
- 23 Wagner KN, Nagaraja H, Allain DC et al. Patients with amyotrophic lateral sclerosis have high interest in and limited access to genetic testing. *J Genet Couns* 2017; 26: 604-11.
- 24 Wagner KN, Nagaraja HN, Allain DC et al. Patients with sporadic and familial amyotrophic lateral sclerosis found value in genetic testing. *Mol Genet Genomic Med* 2018; 6: 224-9.
- 25 Chia R, Chiò A, Traynor BJ. Novel genes associated with amyotrophic lateral sclerosis: diagnostic and clinical implications. *Lancet Neurol* 2018; 17: 94-102.
- 26 Lange DJ, Shahbazi M, Silani V et al. Pyrimethamine significantly lowers cerebrospinal fluid Cu/Zn superoxide dismutase in amyotrophic lateral sclerosis patients with SOD1 mutations. *Ann Neurol* 2017; 81: 837-48.



Vil du publisere?

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

Alle vitenskapelige artikler fagfellevalueres og blir indeksert i PubMed.

Finn mer informasjon og forfatterveiledning på tidsskriftet.no

TERESA LØVOLD BERENTS

tlberents@gmail.com

Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet (RAAO)

Hudavdelingen

Oslo universitetssykehus

MARIT SAUNES

Hudavdelingen

St. Olavs hospital

Institutt for klinisk og molekylær medisin

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

THOMAS SCHOPF

Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet (RAAO)

Nasjonalt senter for e-helseforskning

Universitetssykehuset Nord-Norge

HILDE KRISTIN VINDENES

Yrkesmedisinsk avdeling

Hudavdelingen

Haukeland universitetssjukehus

Atopisk eksem

Atopisk eksem er en kronisk hudsykdom som kjennetegnes ved kløe, tørr hud og eksem. Sykdommen forårsakes av et samspill mellom gener og miljø. Optimal lokalbehandling er forbundet med redusert alvorlighetsgrad og forbedret livskvalitet.

Ved atopisk eksem foreligger defekt hudbarriere, endret immunrespons og hudmikrobiota (1, 2). Patogenesen er kompleks og innebærer samspill mellom gener og miljø (1). Sykdommen kan være forbundet med andre atopiske lidelser, som matallergi, astma og allergisk rhinitt (1, 2). Atopisk eksem kan ha stor innvirkning på pasientens livskvalitet (1). Tilstanden representerer høy sosioøkonomisk byrde, inkludert sykefravær, tidkrevende behandlingsplaner, utgifter til legemidler og hudpleieprodukter samt omfattende bruk av helsevesenet (1).

Epidemiologi

Atopisk eksem er vanlig og debuterer oftest i første leveår (1). Prevalensen er høy i Nord-Europa og relateres til høy sosioøkonomisk status (3). I Nordvest-Europa, Afrika og deler av Asia har livstidssprevalensen vært økende, i andre deler av verden har den flatet ut (4). I Norge er forekomsten rapportert å være fra 23,6 % hos småbarn til 10,4 % hos 18-åringer (5-7). Nyere studier tyder på at prevalensen er like høy hos voksne som hos barn (8).

Diagnose

Diagnosen kan stilles ved å bruke de validerede kriteriene til U.K. Working Party (ramme 1). Vanlige differensialdiagnoser er kontakt eksem, seboreisk eksem, psoriasis og skabb (1).

Alvorlighetsgraden vurderes ved bruk av validerede skåringsverktøy, som Eczema Area and Severity Index og SCORing Atopic Dermatitis (SCORAD) (10, 11). Patient-Oriented SCORAD (PO-SCORAD) er et egevalueringss-

verktøy for å følge behandlingsresponsen (12).

Kliniske funn

Atopisk eksem kjennetegnes ved kløe, tørr hud og eksem (1, 2). Eksemforandringene består av varierende grad av erytem, papler, vesikler, ekskoriasjoner, væsking, skorper og fortykket/lichenifisert hud. Det kliniske bildet ved akutt eksem domineres av hissige erytem, væsking og vesikler. Ved kronisk eksem ses lichenifisering og ekskoriasjoner.

Eksemet har et varierende forløp, mange opplever bedring i sommersesongen. Utslettets utbredelse avhenger av pasientens alder (fig 1).

De fleste barn har mild grad av sykdom og vil «vokse av seg» eksemet (1). Tidlig debut og uttalt sykdom øker risikoen for vedvarende eksemplager, sensibilisering og utvikling av andre atopiske sykdommer som matallergi, astma og allergisk rhinitt (1). Tidligere eller nåværende atopisk eksem er assosiert med økt risiko for håndeksem, inkludert yrkesrelatert håndeksem (13).



Figur 1 Atopisk eksem i forskjellige aldersgrupper. Hos spedbarn er utslettet vanligvis lokalisert til hodet og strekkesidene av armer og ben. Eksemet er gjerne akutt, med hissig erytem, vesikler og væsning. Hos småbarn er eksemet oftest lokalisert til bøyefurer, her illustrert med knehaser. Eksemet kan være både akutt og kronisk. Hos ungdommer og voksne er eksemet ofte uttalt til ansikt/hals, øyelokk og hender. Eksemet har ofte et kronisk preg med lichenifiserte og ekskorierte plakk. Alle foto: Foto- og videotjenesten, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

Sykdomsmekanisme

Atopisk eksem kjennetegnes ved endret hudbarriere og immunrespons (1). Det er et samspill mellom gener og miljø. Tvillingstudier har vist at over 80 % kan forklares av genetikk (2). Dersom en i familien har atopisk sykdom, øker risikoen for eksem (1). En sterk genetisk risikofaktor for å utvikle atopisk eksem er mutasjon i genet som koder for filaggrin, et viktig hudbarriereprotein (14). *Filaggrin*-mutasjon er imidlertid ikke nødvendig, og heller ikke tilstrekkelig, for å utvikle sykdommen.

Ved atopisk eksem er hudbarrieren defekt, det er økt vanntap gjennom huden. Lave nivåer av filaggrin medfører endret form og hydrering av cellene i det ytterste hudlaget (1, 14). I tillegg endres hudens pH.

Ramme 1

Oversikt over U.K. Working party diagnostiske kriterier (9). Diagnosen stilles ved at hovedsymptomet er til stede og tre underkriterier.

Hovedsymptom:

Kløende hudsykdom

Minst tre av følgende underkriterier:

Start før to års alder

Sykehistorie med utslett i bøyefure

Tørr hud

Atopi (hos barn under fire år: atopi i familien)

Klinisk status med synlig eksem i bøyefurer

Den endrede immunresponsen ved atopisk eksem er karakterisert ved en økt Th2-celle-respons og økt produksjon av IgE (1). Lave IgE-verdier utelukker ikke diagnosen.

Den defekte hudbarrieren og den immunologiske dysfunksjonen virker sammen slik at hudmikrobiomet ved atopisk eksem skiller seg fra det vi ser ved frisk hud. Kolonisering med *Staphylococcus aureus* er vanlig (1).

Utløsende faktorer

Pasienten må informeres om ulike forhold som kan påvirke eksemet (1, 2). Eksempelvis kan overdreven hygiene med hyppig vask og bruk av irriterende såper være utløsende faktorer (tab 1). Grundig anamnese er derfor viktig. Mistanke om kontaktallergi utredes ved bruk av lappetester.

De fleste barn med atopisk eksem har mild grad av sykdom uten matvareallergi. Barn med alvorlig atopisk eksem har økt fore-

komst av matvareallergier sammenlignet med dem som ikke har atopisk eksem (1). Mistenkt matvareallergi bør utredes av legespesialist med allergologisk kompetanse. Prikktest, spesifikk IgE (blodprøve) og provokasjonsforsøk er viktige i utredningen (2). En negativ prikktest eller spesifikk IgE vil som oftest utelukke allergi. Positive tester er ikke ensbetydende med allergi, og tolkningen krever erfaring.

Behandling

Det finnes ingen kurativ behandling for atopisk eksem. Behandlingsmålet er symptomreduksjon og langsiktig sykdomskontroll (1, 2, 15). Behandlingsprinsippene omfatter behandling av hudbarrieren og inflammasjonen, unngåelse av forverrende faktorer samt behandling av eventuell kronisk kloring og superinfeksjon. Behandlingen består av ulike tiltak og er svært tidkrevende.

Tabell 1 Eksempler på noen utløsende faktorer. Andre viktige faktorer er positivt og negativt stress (2)

Irritanter	Allergier ²
Histaminrike matvarer¹ F.eks. tomat, jordbær, sjokolade, brunost, krydder, sitrusfrukter	Kontaktallergier Parfyme, topikale steroider, konserveringsmidler, nikkel
Kjemiske/fysiske faktorer Fukt, svette, rengjøringsmidler Klær av ull, syntetiske stoffer Temperatur, luftfuktighet, vind	IgE-medierte allergier Spedbarn/barn: kumelk, egg, peanøtt, hvete, soya, nøtter Voksne: pollenrelaterte matvareallergier (kryssallergi)

¹ Reaksjoner på histaminrike matvarer avhenger av dose og om eksemet er i en aktiv fase

² Allergier må diagnostiseres hos lege før eliminering av matvarer

Tabell 2 Steroider og alder. Valget baserer seg hovedsakelig på eksemets alvorlighetsgrad og lokalisasjon (2)

Valg av topikale steroider under ulike forhold	Barn	Voksne
Ikke-sensitive hudområder	Gruppe I-III	Gruppe II-III
Ansikt	Gruppe I-II	Gruppe I-II
Behandling av store hudarealer med fare for systemisk absorpsjon	Gruppe I-II	Gruppe II-III
Hudområder som er tildekket av bandasjer, bleie	Gruppe I-II	Gruppe II-III

Hudbarrierebehandling

Tørr hud er et sentralt trekk ved atopisk eksem (1, 2, 15). Hudbarrierebehandling omfatter bruk av fuktighetskremer (1, 2). Fuktighetskrem gjenoppretter hudbarrieren, bedrer eksemet, medfører færre tilbakefall og reduserer behovet for steroider (2). Fuktighetskremer bør brukes minimum morgen og kveld, oftere ved behov. Pasienten bør prøve fuktighetskremer med ulikt fettinnhold for å teste hvilke som fungerer best. Våtbandasjer kan være et nyttig supplement. I 2016 ble en karbamidholdig fuktighetskrem tilgjengelig på blå resept for pasienter med diagnosen moderat til alvorlig atopisk eksem. Utgiftene til fuktighetskremer som ikke dekkes av blåreseptordningen kan søkes refundert etter folketryktdloven § 5-22. Dette krever legeerklæring fra spesialist.

Inflammasjonsbehandling

Inflammasjonen behandles topikalt ved bruk av steroider eller kalsinevrinhemmere (1, 2, 15). Topikale steroider deles inn i fire grupper (gruppe I-IV) basert på styrken. Valg av steroid avhenger av eksemets alvorlighetsgrad og lokalisasjon, og i mindre grad av pasientens alder (tab 2). Ved mildt til moderat eksem vil man komme i mål med milde og moderate topikale steroider (gruppe I og II). Ved alvorlig eksem vil noen ha behov for sterke steroider (gruppe III). Topikale steroider bør brukes proaktivt, startes tidlig og brukes intensivt (15), forslagsvis daglig i 1-2 uker. Applikasjon én gang daglig gir omtrent like god effekt som to ganger daglig og reduserer forekomsten av bivirkninger (1). Når eksemlesjonen er leget, huden er glatt og kløen redusert, kan man begynne nedtrap-

ping, forslagsvis til annenhver dag. Veiledende behandlinglengde er fire uker. Vedlikeholdsbehandling to dager i uken kan forhindre oppbluss hos pasienter med hyppige utbrudd (1). Mengden er definert med fingertuppenhet (fig 2).

Mulige bivirkninger er en viktig årsak til skepsis til bruk av topikale steroider og fører til lav behandlingsetterlevelse (1, 2). Ved langvarig bruk av sterk kortisonkrem kan det i sjeldne tilfeller oppstå bivirkninger som hudatrofi, strekkmerker eller sprengete kar. Ved riktig bruk av topikale steroider er ikke bivirkningene et problem (2).

Ved langvarig kronisk eksem, spesielt ved eksem på områder med tynn hud, for eksempel ansikt, øyelokk og underliv, er topikale kalsinevrinhemmere et godt behandlingsalternativ (1). Disse har effekt tilsvarende gruppe II-steroider (15). De er godkjente for barn over to år og brukes morgen og kveld i tre uker, deretter én gang daglig. Det er ingen absolutt grense for hvor lenge de kan brukes. Legen må søke om topikale kalsinevrinhemmere på blå resept.

Ved alvorlig behandlingsresistent eksem bør pasienten henvises til spesialist i hudsykdommer. Det kan være behov for behandling med lys og/eller immunmodulerende systemiske legemidler, som ciklosporin (1, 2).

Nyere behandling for atopisk eksem er sentrert rundt blokkering av proinflammatoriske cytokiner, spesielt relatert til Th2-aktivitet eller blokkering av JAK 1.

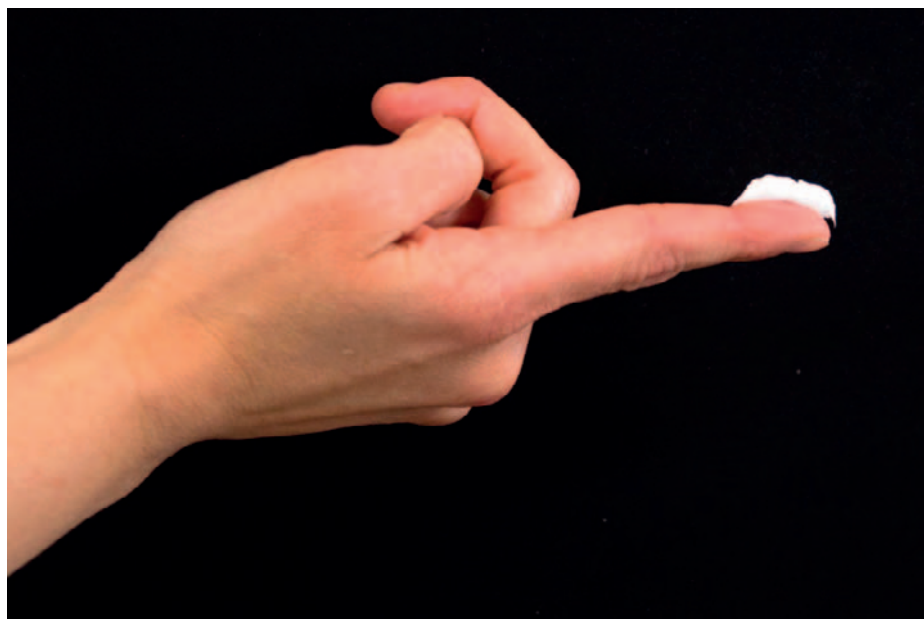
Behandling av komplikasjoner

Ved behandlingsresistent atopisk eksem med klinisk impetigo spiller topikale steroider en viktig rolle i å redusere mengden *S. aureus*. Basert på klinisk erfaring vil noen benytte topikal behandling med antiseptiske midler, for eksempel antiseptiske salver, topikale steroider med antiseptisk komponent eller behandlingsbad (1). Systemisk antibiotika er sjelden indisert.

Eczema herpeticum forårsakes av herpesvirus som spres i eksemet (1, 2). Det er en alvorlig og sjelden komplikasjon. Tidlig diagnose er viktig for oppstart med antiviral behandling, ofte på sykehus.

Forebygging, behandlingsplan og opplæring

Eksemutbrudd kan forebygges med fuktighetskremer, vedlikeholdsbehandling med



Figur 2 En fingertuppenhet er mengden krem som presses ut av en standard tube med 5 mm diameter åpning på fingertuppen til en voksen. Dette tilsvarer ca. 0,5 g og er nok til å behandle et areal som tilsvarer to voksne håndflater

antiinflammatoriske midler og redusert kontakt med forverrende faktorer (tab 1).

Behandling av eksemet krever kunnskap og ferdigheter fra pasient og omsorgspersoner. Pasienten må utstyres med en detaljert skriftlig behandlingsplan.

Opplæringsprogrammer for omsorgspersoner har vist seg å forbedre behandlingen, redusere eksemets alvorlighetsgrad og forbedre livskvaliteten (1, 2). Ved alle universitetssykehusene er det et tilbud om opplæring ved eksemskoler som pasienten kan henvises til. En viktig informasjonsside på internett er Eksemskolen (16).

Kontrollrutiner og henvisning

De fleste pasienter med atopisk eksem kan behandles i primærhelsetjenesten. Behandlingen inkluderer bruk av topikale steroider og kalsinevrinhemmere. Nyoppstått eller akutt forverring av eksemet krever tett oppfølging. Det kan være aktuelt med kontroll etter 1–2 uker for å vurdere behandlingsrespons og utarbeide ny behandlingsplan. Videre kontrollrutiner avhenger av behandlingsresponsen. Pasienter med alvorlig, ukontrollert atopisk eksem der det stadig kommer residiv uten pauser i kortisonsmøringen, må henvises videre til spesialist.

Pasientene og/eller deres foresatte har samtykket til at artikkelen og bildene blir publisert.

Vi takker Eva Stylianou og Ingvild Gaare Olstad, henholdsvis seksjonsoverlege og koordinator ved Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet, Oslo universitetssykehus, for kritisk gjennomlesing av manuskriptet.

Mottatt 18.1.2018, første revisjon innsendt 7.6.2018, godkjent 25.6.2018.

TERESA LØVOLD BERENTS

er ph.d., spesialist i hud- og veneriske sykdommer og overlege.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MARIT SAUNES

er ph.d., spesialist i hud- og veneriske sykdommer, overlege og førsteamanuensis.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

THOMAS SCHOPF

er ph.d., spesialist i hud- og veneriske sykdommer og overlege.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

HILDE KRISTIN VINDENES

er spesialist i hud- og veneriske sykdommer og overlege. Hun er ph.d.-kandidat ved Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Weidinger S, Novak N. Atopic dermatitis. *Lancet* 2016; 387: 1109–22.
- Wollenberg A, Oranje A, Deleuran M et al. ETFAD/EADV Eczema task force 2015 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adult and paediatric patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2016; 30: 729–47.
- Taylor-Robinson DC, Williams H, Pearce A et al. Do early-life exposures explain why more advantaged children get eczema? Findings from the U.K. Millennium Cohort Study. *Br J Dermatol* 2016; 174: 569–78.
- Deckers IA, McLean S, Linssen S et al. Investigating international time trends in the incidence and prevalence of atopic eczema 1990–2010: a systematic review of epidemiological studies. *PLoS One* 2012; 7: e39803.
- Berents TL, Lødrup Carlsen KC, Mowinckel P et al. Vitamin D levels and atopic eczema in infancy and early childhood in Norway: a cohort study. *Br J Dermatol* 2016; 175: 95–101.
- Smidesang I, Saunes M, Storror O et al. Atopic dermatitis among 2-year olds; high prevalence, but predominantly mild disease—the PACT study, Norway. *Pediatr Dermatol* 2008; 25: 13–8.
- Sørensen M, Wickman M, Sollid JU et al. Allergic disease and Staphylococcus aureus carriage in adolescents in the Arctic region of Norway. *Pediatr Allergy Immunol* 2016; 27: 728–35.
- Abuabara K, Yu AM, Okhovat JP et al. The prevalence of atopic dermatitis beyond childhood: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Allergy* 2018; 73: 696–704.
- Williams HC, Burney PG, Hay RJ et al. The U.K. Working Party's Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis. I. Derivation of a minimum set of discriminators for atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 1994; 131: 383–96.
- Hanifin JM, Thurston M, Omoto M et al. The eczema area and severity index (EASI): assessment of reliability in atopic dermatitis. *Exp Dermatol* 2001; 10: 11–8.
- Kunz B, Oranje AP, Labrèze L et al. Clinical validation and guidelines for the SCORAD index: consensus report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. *Dermatology* 1997; 195: 10–9.
- Stalder JF, Barbarot S, Wollenberg A et al. Patient-Oriented SCORAD (PO-SCORAD): a new self-assessment scale in atopic dermatitis validated in Europe. *Allergy* 2011; 66: 1114–21.
- Ruff SMD, Engebretsen KA, Zachariae C et al. The association between atopic dermatitis and hand eczema: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol* 2018; 178: 879–88.
- Irvine AD, McLean WH, Leung DY. Filaggrin mutations associated with skin and allergic diseases. *N Engl J Med* 2011; 365: 1315–27.
- Eichenfield LF, Tom WL, Berger TG et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol* 2014; 71: 116–32.
- Eczema School – Eksemskolen. <https://www.eksemskolen.no> (25.6.2018).

SOLVEIG GJEMS

Avdeling for barn og unges psykiske helse i sykehus
Barne- og ungdomsklinikken
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

HELENE HELGELAND

helene.helgeland@ous-hf.no
Avdeling for barn og unges psykiske helse i sykehus
Barne- og ungdomsklinikken

Nasjonal kompetansetjeneste for psykosomatiske
tilstander hos barn og unge
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

En ung gutt med uforklarlig hodepine og lammelser

En ung gutt i slutten av barneskolealderen ble innlagt ved barneavdelingen med hodepine, lammelser og redusert allmenntilstand. Grundig somatisk utredning var nødvendig og nyttig. Imidlertid ga den biomedisinske tilnærmingen mangelfull forståelse av symptomene og førte til at virksom behandling ikke kom i gang.

En tidligere frisk, fysisk aktiv og velfungerende gutt ble innlagt ved barneavdelingen med redusert allmenntilstand, hodepine og muskelsvakhet i armer og ben. To uker før innleggelsen fikk han raskt innsettende hodepine, lett feber, nedsatt matlyst og noen dager med forbigående magesmerter. I forkant hadde han hanglet og hatt tilbakevendende hodepine i 3–4 måneder. Fastlegen forordnet tidlig i forløpet Apocillin i ti dager på grunn av rubor i hals, men det var for øvrig ingen klare infeksjonstegn og vekten var stabil. Det sto ingenting om flåttbitt i anamnesen.

Komplett somatisk undersøkelse viste normale funn med unntak av nedsatt kraft og svake dype senerefleksjer i over- og underekstremiteter samt noe vekslende tonus ved testing av kraft. Øvrig nevrologisk undersøkelse ga normale funn. Supplerende undersøkelser inkludert blodprøver, blant annet hematologi-, lever-, nyre og infeksjonsparametere (inkludert borrelia IgG- og IgM-antistoffer) og hormoner var alle normale. Det var normale funn på røntgen thorax, ultralyd abdomen, MR caput og medulla, standard EEG og nevrografi. Spinalvæskeundersøkelse viste heller ikke unormale funn. Spinalpunksjonen var ukomplisert, men umiddelbart etter inngrepet ble pasientens krafttap i bena betydelig forverret. Han sluttet helt å gå og forflyttet seg heretter i rullestol. Han ble svimmel og uvel når han belastet bena. Fysioterapeuten observerte at gutten brukte bena dårlig ved gange i prekestol, men at han ellers hadde normalt bevegelsesmønster.

Barnelegene konkluderte med at symptomene ikke kunne forklares av kjent somatisk sykdom, og det ble mistenkt en funksjonell tilstand.

Funksjonelle tilstander betegner kroppslige symptomer der medisinsk utredning ikke avdekker noen kjent fysisk forklaring (1). Eksempler kan være langvarige smerter, lammelser, kramper eller utmattelse, eventuelt

kombinasjoner av dette. Ikke sjelden kan infeksjon, fysisk skade, annen kjent sameksisterende sykdom, medisinsk prosedyre eller kirurgi være en utløsende faktor (2). Dette står i kontrast til en vanlig oppfatning om at funksjonelle tilstander kun skyldes psykologiske faktorer.

Mens utredningen pågikk følte familien seg godt ivaretatt på sykehuset. Men da de somatiske undersøkelsene ikke ga forklaring på symptomene, opplevde de derimot å bli overlatt til seg selv. Familien hadde en opplevelse av at de ikke fikk informasjon om hvorfor gutten sluttet å gå etter spinalpunksjonen og om lammelsene var varige. De opplevde at leger og annet helsepersonell bagatelliserte symptomene ved å gi uttrykk for at det egentlig ikke feilte pasienten noe og at det ikke var noen fysiske grunner til lammelsene. Samtidig ble andre alvorlige diagnoser fremsatt (for eksempel kronisk utmattelsessyndrom, CFS/ME), uten at pasienten og foreldrene opplevde at dette ble begrunnet eller forklart nærmere.

Gutten ble utskrevet med vedvarende kraftsvikt i bena, hodepine, slitenhet og i rullestol. Fysioterapeuten henviste ham til oppfølging hos kommunal fysioterapeut, og det ble avtalt poliklinisk kontroll hos barnelegen etter ca. to måneder. Kort tid etter utskrivning ble gutten likevel vurdert

flere ganger ved barnepoliklinikken på grunn av vedvarende symptomer og derfor stor bekymring hos foreldrene. Tidligere somatiske vurderinger ble opprettholdt. Han ble oppfordret til å gjenoppta normal aktivitet og skolegang. Samtidig ble han henvist til vurdering av mulig kronisk utmattelsessyndrom ved et annet sykehus og fikk time der ti uker frem i tid. Han ble også henvist til psykisk helsevern for barn og unge (BUP).

Når en pasients symptomer ikke lar seg forklare av påvisbar sykdom, er vår erfaring at mange barneleger konkluderer med at symptomene er psykisk betinget og derfor utenfor deres fag- og ansvarsområde. Vår erfaring er at pasientene ofte blir utskrevet fra sykehuset uten å få en fullgod forklaring på plagene og uten annet tilbud enn sporadisk poliklinisk oppfølging hos barnelege eller fastlege. Noen blir henvist til oppfølging i psykisk helsevern uten at familien forstår hvorfor. Mange pasienter og familier føler seg mistrodd og avvist (3, 4).

Antydningen om at pasienten kunne ha kronisk utmattelsessyndrom medførte økt bekymring i familien. Foreldrene fryktet at sønnen ville bli dårligere hvis han gikk på skolen eller anstrengte seg på andre måter. De var også bekymret for om det var spinalpunksjonen som hadde forårsaket lammelsen og om det var blitt en permanent skade. Spørsmålene forble ubesvarte, trolig på grunn av mangelfull kommunikasjon mellom foreldrene og legene. Foreldrene var åpne for henvisningen til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, men var i tvil om dette var et egnet tilbud til sønnen. De oppfattet symptomene hans som fysiske.

I ventetiden hadde familien noen timer hos fastlegen, som var tilgjengelig og støttende, men samtidig avventende til annenlinjetjenestens videre utredning. Gutten fikk oppfølging fra kommunefysioterapeut, men både fysioterapeuten og foreldrene var usikre på hvor mye han burde bevege seg og trene på å gå. De var redde for at tilstanden kunne forverre seg, og foreldrene rådførte seg med barnelegen på sykehuset. Der fikk de beskjed om at han kunne drive gåtrening og gå på skolen, eventuelt ha korte skoledager, uten at de fikk nærmere instruksjoner. Skolen og foreldrene laget en plan om at han skulle være på skolen én time tre dager i uken. Hodepinen økte imidlertid ved enhver anstrengelse, og tilstedeværelsen på skolen varierte betydelig. Gutten orket lite fysioterapi og sosialt samvær med venner og han tilbrakte mange timer foran skjerm (TV, dataspill). Hjemme forflyttet han seg ved å

krabbe og ute brukte han rullestol. Det var ingen bedring å spore, snarere ble han gradvis verre. Bekymringen i familien økte.

Det ble igangsatt oppfølging ved lokal barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, totalt seks samtaler. I hovedsak besto disse av anamnese, kartlegging av psykososial situasjon samt støttesamtaler. Det ble konkludert med at han ikke fylte kriterier for en barnepsykiatrisk diagnose. Siden han hadde fungert godt sosialt frem til det aktuelle og det ikke fremkom åpenbare familiære belastninger, vurderte psykiater at det mest sannsynlig forelå et somatisk grunnlag for tilstanden. Psykiateren tilbød videre støttesamtaler, men familien følte seg likevel maktesløs. De opplevde at fagfolk hadde forskjellig forståelse av barnets symptomer og ga motstridende og uklare råd.

Da gutten omsider ble vurdert poliklinisk av barnenevrolog på et annet sykehus, ble kronisk utmattelsessyndrom avkreftet. Symptomene ble fremdeles oppfattet å være funksjonelle. Han ble henvist til tverrfaglig utredning på samme sykehus og innlagt ti måneder etter symptomdebut.

Siden han var grundig utredet på lokalsykehuset, var det ikke indikasjon for ytterligere somatisk utredning utover ny nevrologisk undersøkelse og orienterende blodprøver. Alle viste normale funn. Det ble gjennomført barnepsykiatrisk, kognitiv og fysioterapeutisk utredning. Det tverrfaglige teamet konkluderte med at pasienten fylte kriteriene til diagnosen dissosiativ motorisk forstyrrelse og vedvarende somatoform smertetilstand.

Ved vedvarende somatoforme og dissosiative tilstander kommer barnets sårbarhet i kombinasjon med belastning til uttrykk som vedvarende kroppslige symptomer (1). Det kan dreie seg om fysisk belastning (sykdom, skader, infeksjoner), følelsesmessig belastning og belastende livshendelser. Tilstandene er uttrykk for at pasienten er overbelastet. Ofte er det snakk om summen av flere mindre belastninger (5). Ved dissosiativ motorisk forstyrrelse er det muskulatur og bevegelse som er påvirket. Tilstandene lar seg ikke forklare av påvisbar, kjent skade eller sykdom, og pasienten kan ikke kontrollere symptomene.

I samtale med familien kom det frem at både mor og barn var vare og engstelige for kroppslige symptomer. Familien opplevde guttens sykdomsbilde, omstendigheter rundt innleggelsen og selve spinalpunksjonen som dramatisk. I samme tidsrom måtte familien forholde seg til alvorlig sykdom hos en annen nær pårørende. Slik vi vurderer det, førte den totale situasjonen til en uheldig følelsesmessig overbelastning for gutten,

som igjen bidro til at lammelsene oppsto. Etter hvert var det andre faktorer som i samspill bidro til opprettholdelse og forverring. Vedvarende bekymring og usikkerhet hos både gutt og foreldre, foreldrenes symptomoppmerksomhet og beskyttende tilrettelegging, samt helsevesenets mangelfulle kunnskap og håndtering var alle opprettholdende faktorer.

Målet med tverrfaglig utredning er å arbeide frem en helhetlig, biopsykososial forståelse av symptomene sammen med pasient og foreldre. Gjennom å identifisere viktige opprettholdende faktorer kan man legge en behandlingsplan for videre oppfølging.

Den biopsykososiale modellen gir en hensiktsmessig ramme for forståelse og behandling av denne type tilstander (6). Ifølge modellen kan sykdom og symptomer forstås som resultat av et dynamisk samspill mellom biologiske, psykiske og sosiale faktorer som kan disponere for, utløse og opprettholde pasientens symptomer. At modellen er dynamisk, innebærer at andre faktorer og mekanismer kan opprettholde plagene enn det som initialt bidro til å utløse dem (6).

Pasientgruppen vi her snakker om, trenger helhetlig, multimodal og individuelt tilpasset behandling (5, 7). Behandlingen kan innebære at tiltak på barnets skole, i hjemmet og på fritiden kombineres med fysioterapi, tilbud om psykologisk/familierapeutisk behandling og/eller medikamentell behandling.

Det ble etablert en samarbeidsgruppe hvor foreldre, skole, barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, pedagogisk-psykologisk tjeneste og fysioterapitjeneste var representert. Fastlegen skulle helst ha deltatt på møtene for å ivareta det medisinske perspektivet, men hadde ikke anledning. Fastlegen var imidlertid godt orientert om pasienten og var tilgjengelig ved behov.

Gutten hadde gode læreforutsetninger, men trengte likevel et tilrettelagt skoletilbud. Det ble laget en plan for gradvis opptrapping av tiden han skulle tilbringe på skolen og tilpasning av det faglige innholdet. I stedet for å måtte ta igjen læring han hadde gått glipp av, fikk han hjelp til å bli «hektet på». For å senke krav og press med hensyn til skolefag, hadde han behov for fritak fra lekser og prøver i en periode.

Gutten fikk ukentlig oppfølging fra kommunal fysioterapeut. Over tid hadde han utviklet frykt og vegring for å bruke beina. Fysioterapeuten unngikk symptomrettet gåtrening for å redusere oppmerksomhet mot symptomet og forsterkning av plagene. I stedet ble det fokusert på lekbaserte aktiviteter med utgangspunkt i guttens interesser

og funksjonsnivå. Han ble gradvis trygg på at det var mulig å bruke kroppen uten å bli verre.

Pasienten hadde behov for oppfølging ved barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, men ikke i form av individualterapi. Etter den lange sykdomsperioden var det viktigere å legge til rette for gjenopptagelse av normale hverdagsaktiviteter og styrke hans identitet som frisk. Dette ble formidlet til foreldrene i egne veiledningssamtaler ved poliklinikken. De fikk også hjelp til å håndtere egen bekymring, nedtone symptomoppmerksomhet og gjenoppta et normalt familieliv.

Tre uker etter den tverrfaglige utredningen og rask oppstart av tverrfaglig oppfølging lokalt begynte gutten å gå igjen. I de påfølgende månedene gjenopptok han gradvis deltagelse i skole og aktiviteter. Bedringen fortsatte, og etter ytterligere ti måneder var han symptomfri og fullt tilbake på skole og i aktiviteter.

Diskusjon

Pasienthistorien viser hvordan barnets sårbarhetsfaktorer i kombinasjon med ulike belastninger utløste et sammensatt symptombilde. Vi vil i det følgende rette oppmerksomheten spesielt mot hvordan helsevesenets manglende kunnskap og håndtering bidro til forverring og et langtrukket forløp.

Det er en utbredt misforståelse, både blant fagfolk og i befolkningen, at fravær av påvisbar fysisk sykdom betyr at symptomene kun er «psykiske» og dermed ikke reelle kroppslige plager. Den biomedisinske sykdomstradisjonen som skiller skarpt mellom fysisk og psykisk sykdom, er uegnet i håndtering av pasienter med tilsynelatende uforklarlige

kroppslige symptomer. I dag vet vi at slike symptomer er resultat av et samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer (1, 4, 7).

Hvem som har ansvaret for oppfølgingen av unge pasienter med «uforklarlige» kroppslige symptomer, er i dag dårlig avklart. Mange blir kasteballer mellom ulike fagprofesjoner. At pasientene vurderes av spesialist etter spesialist uten at helheten ivaretas, bidrar til at man får en fragmentert og mangelfull forståelse av barnets tilstand. Faren øker for at man iverksetter unødig utredning og uvirksomme tiltak. Dette er uheldig når vi vet at tidlig diagnostikk og behandling bedrer prognosen og forebygger et langtrukket og invalidiserende forløp (7).

En god medisinsk vurdering handler ikke bare om å påvise eller avkreftede somatisk sykdom. Når somatisk sykdom utelukkes, må familien gis en meningsfull forklaring på barnets symptomer. Også i psykisk helsevern ser vi at pasientgruppen ofte møter mangelfull forståelse og oppfølging. Mange pasienter blir avvist dersom de ikke oppfyller kriteriene til en psykiatrisk diagnose. Fagfolk er ofte usikre på hvordan plagene skal forstås når barnet verken har åpenbare psykiske symptomer eller man finner et kjent somatisk grunnlag for plagene. Hvordan helsepersonell kommuniserer overfor pasient og pårørende har vist seg å være av avgjørende betydning for forløp av uavklarte, fysiske plager (8). Å avvise, bagatellisere eller signalisere at barnets symptomer ikke er reelle, oppleves dypt krenkende og kan bli en sterkt opprettholdende faktor.

Behandling av denne pasientgruppen krever tverrfaglig samarbeid mellom somatisk og psykisk helsevern, skole og andre invol-

verte instanser. Felles forståelse av tilstanden og enighet om oppfølging er avgjørende for å lykkes. Tverrfaglighet innebærer at involverte fagpersoner har gjensidig dialog og samarbeid, ikke at informasjon kun utveksles i skriftlige henvisninger. Vårt inntrykk er at dagens helsevesen ikke har erfaring med eller prioriterer tverrfaglig samarbeid rundt denne pasientgruppen. Noen mulige forklaringer kan være mangelfull kunnskap, manglende tilstedeværelse av psykiatrisk kompetanse i barneavdelingene, ansvarsfraskrivelse, tidspres og dårlig økonomisk inntjening.

Vi har også inntrykk av at spesialisthelsetjenesten i for stor grad fokuserer på utredning og diagnostikk av denne pasientgruppen, og i mindre grad på behandling. Dette overlates til fastlegen, som ofte ikke makter å ivareta pasientene alene. Også skolene blir gjerne stående alene uten støtte fra helsepersonell i oppfølgingen av barn og unge som ikke klarer å gå på skolen. Slik bidrar helsetjenesten til manglende tilfriskning.

Vår erfaring er at pasienter med funksjonelle tilstander bør håndteres både i primær- og sekundærhelsetjenesten. Tverrfaglighet og biopsykososial tilnærming fordrer ikke nødvendigvis innleggelse i sykehus. Lokalmiljøene byr på oversiktighet, korte kommunikasjonslinjer og gir bedre rammer for tverrfaglig arbeid. Dette fordrer imidlertid økt kunnskap og kompetanse om pasientgruppen på alle nivåer i helsetjenesten.

Pasienten og hans foresatte har samtykket til at artikkelen blir publisert.

Mottatt 23.1.2018, første revisjon innsendt 26.5.2018, godkjent 13.6.2018.

SOLVEIG GJEMS

er spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

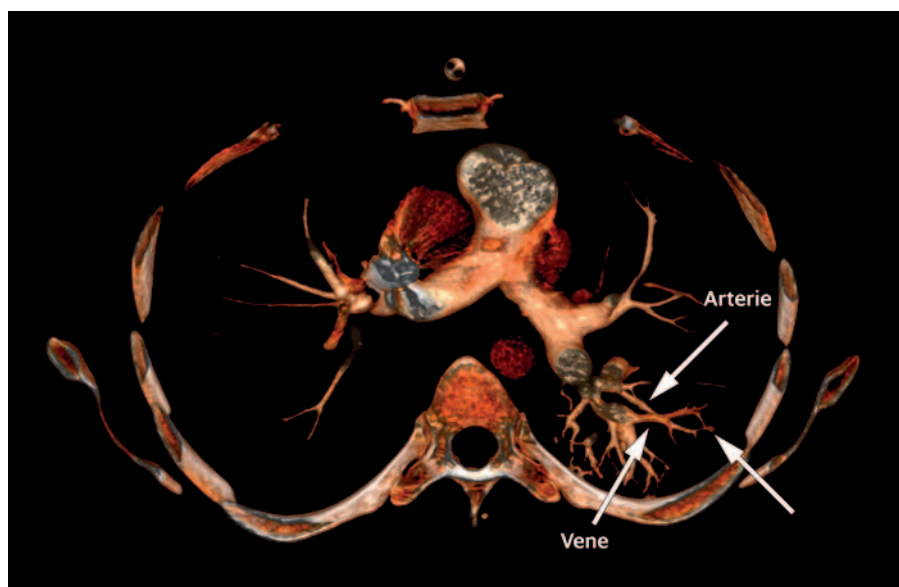
HELENE HELGELAND

er ph.d. og spesialist i barne- og ungdomspsykiatri. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Kozłowska K. Functional somatic symptoms in childhood and adolescence. *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26: 485–92.
- Pareés I, Kojovic M, Pires C et al. Physical precipitating factors in functional movement disorders. *J Neurol Sci* 2014; 338: 174–7.
- Gjems S. Det sitter mellom ørene – Medisinsk uforklarte symptomer hos barn og unge. *Tidsskr Nor Psykol foren* 2016; 53: 112–6.
- Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML et al. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull* 2007; 133: 581–624.
- Kozłowska K, English M, Savage B et al. Multimodal rehabilitation: A mind-body, family-based intervention for children and adolescent impaired by medically unexplained symptoms. Part 1: The program. *Am J Fam Ther* 2012; 40: 399–419.
- Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med* 2004; 2: 576–82.
- Rusten B, Midtstigen I, Fjermestad K et al. Barn og unge med konversjonslidelser – en litteraturgjennomgang. *Tidsskr Nor Psykol foren* 2017; 54: 722–31.
- Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995; 152: 1423–33.

Pulmonal arteriovenøs malformasjon



Det 3D-rekonstruerte CT-bildet viser her komplekse pulmonale arteriovenøse malformasjoner – en unormal kommunikasjon mellom pulmonalarterier og pulmonalener – hos en mann i 30-årene som ble innlagt grunnet akutt dyspné.

Tilstanden er assosiert med signifikant morbiditet og mortalitet i form av hjerneslag og cerebrale abscesser som kan forekomme hos opptil 70 % av dem som har komplekse malformasjoner (1).

Dette er en sjelden tilstand. Estimert prevalens er ca. 38 per 100 000 (2). Tilstanden er ofte assosiert med den dominant arvelige sykdommen Osler-Weber-Rendus syndrom, hvor mer enn 1 av 4 har pulmonale arteriovenøse malformasjoner (1). Vår pasient hadde ingen symptomer eller familieanamnese som tydet på dette syndromet.

Pasienten var tidligere operert for en intrakranial abscess, men ellers frisk. Symptomene ved innkomst var dyspné, svimmelhet, tåkesyn og hodepine. Oksygenmetning på romluft var ca. 80 %, for øvrig normale verdier, blodprøver og funn ved klinisk undersøkelse.

Grunnet mistanke om residiv av abscess ble det rekvirert CT caput, hvor det ble påvist postoperative forandringer. Det ble utført CT thorax med lungeemboliprotokoll til tross for negativ D-dimer. Denne påviste flere dilaterte

arterier og vener på subsegmentnivå og lengre perifert dorsalt i venstre overlapp og underlapp. Flere steder var det kommunikasjon mellom distale kargrener på arterie- og venesiden. Funnene var forenlig med pulmonale arteriovenøse malformasjoner.

Pasienten ble henvist til Rikshospitalet, hvor det ble gjennomført kilereseksjon. Et behandlingsalternativ er coiling. Valg av behandling styres av angioarkitektur og vurdering av strålebelastning.

Pulmonale arteriovenøse malformasjoner påvises oftest ved screening av asymptomatiske pasienter med familieanamnese for Oslers syndrom eller som et tilfeldig funn ved radiologiske undersøkelser (1). Tilstanden bør vurderes som differensialdiagnose ved epistaxis, uforklarlig dyspné og hypoksemi. I tillegg må pasienter med hjerneslag eller hjerneabscess som har fått påvist malformasjoner på CT eller lungenoduli på røntgen thorax, vurderes for tilstanden (1).

Store malformasjoner kan av og til påvises ved røntgen thorax. CT, MR og kontrast-ekko er likevel best egnet til deteksjon og oppfølging av malformasjonene (1).

Pasienten har samtykket til at artikkelen blir publisert.

Mottatt 29.6.2018, første revisjon innsendt 11.6.2018, godkjent 18.6.2018.

LINN ASSKILDT

linass-vvhj@vestreviken.no
er lege i spesialisering i radiologi og jobbet tidligere ved Bildediagnostisk avdeling, Drammen sykehus.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SILJE WETTING

er spesialist i radiologi og overlege ved Bildediagnostisk avdeling, Drammen sykehus.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANDERS FJELD

er spesialist i indremedisin og i lungemedisin og er overlege ved Medisinsk avdeling, Drammen sykehus.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Gossage JR, Mandel J, Finlay G. Pulmonary arteriovenous malformations. <https://www.uptodate.com/contents/pulmonary-arteriovenous-malformations-clinical-features-and-diagnostic-evaluation-in-adults> (18.6.2018).
- Nakayama M, Nawa T, Chonan T et al. Prevalence of pulmonary arteriovenous malformations as estimated by low-dose thoracic CT screening. *Intern Med* 2012; 51: 1677–81.

Validitet

Statistikere elsker variasjon. Analyser av variasjon gir oss p-verdier, standardavvik og konfidensintervaller. Men hvilken nytte har dette hvis målingen ikke er valid? Nytt verdien forutsetter validitet, og uten validitet vet vi ikke om målingen måler det vi ønsker å måle.

Hvis vi gjentar en måling ved like betingelser, er det betryggende å få like resultater. Målingen viser høy repeterbarhet eller reproduserbarhet, noe vi uttrykker som reliabilitet (1). God reliabilitet er likevel til liten hjelp hvis målingen er systematisk feil eller måler noe annet enn det vi ønsker. En vekt kan gi identiske resultater ved gjentatte målinger, men hvis den alltid viser for lav verdi, er det likevel en dårlig måling. Tilsvarende er et spørreskjema med reproduserbare resultater lite nyttig hvis spørsmålene ikke er relevante for det vi ønsker å måle (fig 1).

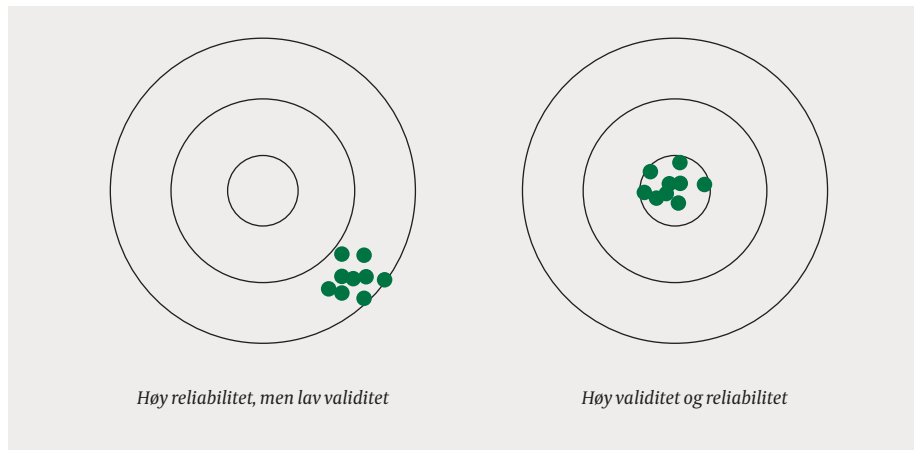
Validitet av måleinstrumenter

Vi har statistiske prosedyrer for å teste validiteten av tekniske måleinstrumenter. Målinger som høyde, vekt, glukose i blod og blodtrykk kan vi sammenligne og teste opp mot standarder, referanseverdier og referansemetoder. Et systematisk avvik fra standarden angir mangel på validitet. Avvik og variasjon for tekniske måleinstrumenter skal rutinemessig undersøkes med fastlagte prosedyrer og statistiske metoder.

Validitet av kliniske fenomener

Mange kliniske fenomener kan ikke måles med en enkel laboratorietest. Smerte, kvalme, depresjon eller utmattelse er eksempler på slike fenomener. Foruten klinisk skjønn, kunnskap og erfaring, kan vi bruke standardiserte metoder som strukturerte intervjuer og spørreskjemaer for å tallfeste slike fenomener.

En systematisk kartlegging av validiteten av et spørreskjema er viktig (2). Dette gjelder spesielt hvis vi oversetter et spørreskjema fra et annet språk, bruker et eksisterende spørreskjema på en annen pasientgruppe eller lager et helt nytt et. Hvert spørsmål skal måle et spesifikt fenomen. For spørreskjemaer kaller vi ofte slike fenomener for et konstrukt. Ideelt sett bør flere spørsmål uttrykke nyanser av et



Figur 1 Vurdering av validitet. Høy reliabilitet er ikke nok. Uten høy validitet vet vi ikke om målingen måler det vi ønsker å måle

spesifikt konstrukt. Er vi interessert i en graderingsskala for utmattelse, bør det være flere spørsmål relatert til ulike nyanser av utmattelse. Vi bruker resultatene fra disse spørsmålene til å estimere en graderingsskala for utmattelse.

Det at spørsmålene virker rimelige og fornuftige, er en god begynnelse, men sjelden et tilstrekkelig bevis for validitet. Tre sentrale vurderinger av validiteten av spørreskjemaer er innholds-, konstrukt- og kriterievaliditeten. Innholdsvaliditeten (content validity) uttrykker i hvilken grad utvalget av spørsmål dekker alle dimensjoner av det fenomenet vi ønsker å måle. Den kan til dels vurderes uten formelle statistiske analyser (face validity). Konstruktvaliditeten (construct validity) uttrykker om spørreskjemaet måler det det er ment å måle. En relevant undersøkelse av konstruktvaliditeten er sammenhengen med assosierte fenomener, for eksempel om depresjonsspørsmålene viser assosiasjon med tretthet og hodepine. Kriterievaliditeten (criterion validity) uttrykker hvor godt målingen korrelerer med eller predikerer en annen valid og observerbar variabel (ofte kalt en kriterievariabel), for eksempel hvorvidt resultater fra et spørreskjema om smerte er relatert til forventet smerte ved ulike kliniske tilstander (3).

Indre og ytre validitet

Indre validitet uttrykker at resultatene er korrekte og gyldige for det studerte utvalget. Randomiserte studier har ofte høy indre validitet på grunn av randomiseringen og definerte inklusjons- og eksklusjonskriterier. Derimot er det usikkert om resultatene er gyldige for andre pasientgrupper. Ytre validitet angir i hvilken grad resultatene er gyldige under andre betingelser og for andre utvalg

– altså generaliserbarheten. Valg av studie-design kan bli en avveining ut ifra ønsket om indre eller ytre validitet (4).

Høy reliabilitet er ikke nok

Høy reliabilitet er bra, men målinger med lav reliabilitet kan likevel gi verdifull informasjon. Vi trenger bare et større utvalg for å få statistisk sikre estimater. Lav validitet er mer kritisk. Hvis målingen er systematisk feil eller måler noe annet enn det vi tror den måler, gjør større utvalg situasjonen verre. Vi blir statistisk sikrere på et ikke gyldig resultat.

ARE HUGO PRIPP

apripp@ous-hf.no

er forsker og biostatistiker ved Oslo senter for biostatistikk og epidemiologi, Forskningsstøtteavdelingen, Oslo universitetssykehus og professor II ved Fakultet for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet.

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

LITTERATUR

- 1 Bartlett JW, Frost C. Reliability, repeatability and reproducibility: analysis of measurement errors in continuous variables. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008; 31: 466–75.
- 2 Bolarinwa OA. Principles and methods of validity and reliability testing of questionnaires used in social and health science researches. *Niger Postgrad Med J* 2015; 22: 195–201.
- 3 Fletcher RH, Fletcher SW. Performance of measurements. I: *Clinical Epidemiology: The Essentials*. 4. utg. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins, 2005: 19–20.
- 4 Godwin JW, Ruhlman L, Casson I et al. Pragmatic controlled clinical trials in primary care: the struggle between external and internal validity. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3: 28.

Legejobber

TIDSSKRIFTETS STILLINGSPORTAL

Norges mest komplette oversikt over ledige legejobber

Her finner du ledige stillinger i offentlig og privat sektor, i alle helseforetak og kommuner i Norge

Få varsling på e-post om nye, relevante jobber

legejobber.no

Speidende sjeflege

Grete Damberg har en unik utkikkspost over velferdsstaten som sjeflege i Nav. Arbeidsmedisineren leder etaten fremover i digitaliseringens tidsalder, men tror ikke legene vil bli overflødige.

Hun venter ikke i resepsjonen, men finner selv veien opp til møterommet innerst i Legehuset. Det er kanskje ikke annet å forvente når man intervjuer en gammel speider.

Kalenderen hennes har vært nokså tett i det siste. Nå er det fredag etter lunsj, og hun har tatt seg tid til både kaffe og en prat om livet på toppen i velferdssystemet.

– Hvorfor valgte du å bli lege?

– Jeg hadde vel lyst til å jobbe med mennesker. Og så visste jeg litt om hva yrket innebærer.

Etter gymnasiet studerte hun psykologi og jobbet som pleieassistent.

– På Sunnaas ble også assistentene inkludert, vi fikk være med på internopplæringen for leger. Det var motiverende.

– Du er fra Asker, men studerte i Tromsø?

– Jeg kom inn der først, og bestemte meg

raskt for å takke ja. Det har jeg aldri angret på, jeg ble bitt av Nord-Norge-basillen. Vi var 40 på kullet og vi ble godt kjent med hverandre og med lokalmiljøet. Jeg har vært speider i mange år, og ble med i den lokale speiderforeningen.

– Du er glad i naturen?

– Jeg er ikke noen topturfantast, men jeg liker godt å være ute. Som speider drev jeg lederopplæring i hele regionen, og det var artig å bli kjent med landsdelen.

– Har du alltid vært speider?

– Ja, jeg begynte som liten. Vi var en speiderfamilie på fem.

Speidingen førte også til at hun fant sin livsleidsager.

– Etter turnus dro jeg tilbake til nord, på grunn av en speiderleder som holdt til i Karlsøy. Jeg ble allmennlege der. Man måtte reise i båt for å komme ut dit, og det var et sted man måtte ta mange selvstendige

avgjørelser som lege. Det var heldigvis lett å få råd fra sykehuset i Tromsø, men det var skikkelig allmennmedisin – med snøscooter og legebåt. Da mannen skulle studere sørpå, trengte Damberg ny jobb.

– Det var ledig stilling som bedriftslege hos Televerket, og det så interessant ut. Det er jo ofte litt tilfeldig hva man blir her i livet. – Hva gjorde du som bedriftslege?

– Stillingsinnhold har endret seg mye siden jeg begynte. På den tiden var det flere indremedisinere ansatt, og de drev med både helsekontroller og forskning. Etter hvert endret vi bedriftshelsetjenesten til en mer målrettet virksomhet. Vi jobbet systematisk med de som hadde vært utsatt for blant annet asbest og bly, med AKAN og med arbeidsmiljøutfordringer. Vi var ansatt i bedriften og fungerte som rådgivere.

– Så ble Televerket til Telenor?

– Det er en stor overgang for en bedrift å gå



Alle foto: Niklas Lello



fra å være statseid til å bli en privat virksomhet. Topplederen tok med seg representanter for bedriftshelsetjenesten på informasjonsmøtene. Vi fokuserte på helse, arbeid, endring – og noen har sagt at det bidro positivt. Ledelsen hadde øye for helseaspektet. En så stor omorganisering er en belastning for de ansatte. Ikke alle syntes det var like enkelt.

– Arbeid er viktig for helsen?

– I en omorganiseringsspross blir ansatte utrygge, det er naturlig.

– Er nedbemanning krevende, når folk mister jobben?

– Det er vanskelig, selv om det ikke er bedriftshelsetjenesten som tar stilling til hvem som må gå. Det var heller ikke aktuelt for ledelsen å komme til meg og «be» om uføretrygd på noens vegne.

Digitalisering

En kollega har nevnt at digitalisering er et viktig stikkord hvis man skal snakke med Damberg om jobb.

– Samfunnet digitaliseres, og snart er det bare digital post som vil bli benyttet. Det gir store muligheter, men må vi ikke glemme de som ikke er med på digitaliseringsløpet.

– Hvem er det som ikke henger med?

– Det er faktisk noen som ikke ønsker å «være digitale». Da har du krav på å få informasjon på gammeldags måte. I Nav mottar vi mange legeerklæringer, og vi foretrekker å få alt digitalt. Det effektiviserer vårt arbeid, og vi tror vi kan effektivisere også for legene. Sykehusene er dessverre ikke på helsenettet ennå.

– Hvorfor begynte du i Nav?

– Jeg begynte i Rikstrykdeverket etter å ha vært assistentlege ved Rikshospitalet. Stil-

GRETE DAMBERG

Født 10. mars 1953

Cand.med. Universitetet i Tromsø 1982

Spesialist i arbeidsmedisin 1997

Spesialist i samfunnsmedisin 2013

Sjeflege i Nav siden 2006

lingsutlysningen så spennende ut, og jeg har vært der siden. Etterhvert ble vi en del av Nav. Jeg synes egentlig alltid jobbene mine har vært meningsfylte. Er du lege har du stort sett interessante utfordringer å gripe tak i.

– Hvor mye helse er det i arbeid – og motsatt?

– Det kan være begge deler. Forskning viser at arbeid normalt er helsefremmende. Faller du ut av arbeidslivet, blir økonomien dårligere og selvtilliten lavere. Men hvis arbeidet skal være helsebringende, fordrer det et fungerende arbeidsmiljø. Er det store konflikter i tilknytning til jobben, så kan det gå på helsen løs. Vi er opptatt av at man skal være i arbeid hvis man kan. Hvis helsen tillater det.

Sykefraværet

– Det ble nylig gjennomført et forsøk med annenhåndsvurdering ved sykefravær, men det hadde ingen effekt?

– Jeg vet ikke hvorfor, kanskje ble det en

utsluktet seleksjon av pasienter når det var frivillig å møte opp. Noen fastleger satte pris på en annens blick på pasientene.

– Det er kanskje vanskelig å mene så mye om sykefraværet i din posisjon, men er det generelt for høyt?

Hun smiler.

– I min posisjon sier jeg ingenting om det, humrer hun. – Nei, det er vanskelig å mene noe. Vi hadde en kraftig reduksjon i 2004, da ble det gjennomført noen endringer i reglene. Etter det har fraværet ligget nokså stabilt, og problemstillingen er høyt plassert på agendaen til politikerne. Jeg kunne nok ønsket meg at noen kunne vært litt mer på jobb.

«Jeg kunne nok ønsket meg at noen kunne vært litt mer på jobb»

– Er du bekymret for velferdsstaten i årene fremover hvis sykefraværet fortsetter på samme nivå?

– Det blir jo færre i arbeid i forhold til mottakere av ytelser. Hvert år koster sykefraværet 40 milliarder kroner, og i tillegg kommer arbeidsgivernes utgifter.

– Det er mye penger.

– Ja, Nav forvalter en tredjedel av statsbudsjettet. Det dreier seg om ytelser fra vugge til grav; foreldrepenger, sykepenger, alderspensjon og gravferdsstøtte. Politikerne sier klart at flere må jobbe, og at færre må få ytelser.

– Er det ikke egentlig veldig mange i Norge som jobber, ikke minst er kvinneandelen høy?

– Det er en teori at vi har høyt sykefravær fordi mange kvinner jobber, og statistikken indikerer en viss sammenheng.

– Er det mulig å få flere i arbeid?

– Jeg kan ikke alt om behandling om ryggvondt, men den største andelen som er sykmeldt er det på grunn av muskel- og skjelettlidelser, samt lettere psykiske lidelser. Om noen av disse pasientene kunne vært litt mer i jobb, det er spørsmål vi stadig stiller oss.

– Samtidig som flere skal i jobb, skal arbeidslivet effektiviseres og antall stillinger reduseres. Blir det nok jobber til folk i årene som kommer?

– Jeg håper det, men det blir kanskje andre typer jobber. Kompetanse er viktig, og manuelt arbeid blir det kanskje mindre av.

– Hva tror du er en trygg jobb for fremtiden?

– Jeg vet ikke.

– Hva med legene?

– Jeg tror man fortsatt skal møte mennesker ansikt til ansikt. Kunstig intelligens blir

sikkert et hjelpeverktøy som vi kan støtte oss til i diagnostikk og behandling. Det er ikke godt å vite hvordan utviklingen blir, vi får bare henge på og følge med.

– Er det vanskelig å være lege i Nav?

– Skal vi opprettholde velferdsstaten, må vi vektlegge samarbeid. Leger er viktige som premissleverandører for Nav. Vi legger legeerklæringene til grunn når vedtak skal fattes og når vi skal følge opp brukerne, som vi kaller dem. Legene i Nav er viktige i samarbeidet med helsevesenet og med å hjelpe saksbehandlerne i tolkning av medisinske vurderinger. Dette er en annen måte å bruke den medisinske kunnskapen på enn i klinikken – meningsfylt, og noen ganger vanskelig.

– Er det noe du ønsker deg fra legene?

– Som nevnt godt samarbeid, og at man tenker muligheter til tross for helsebegrensninger. Jeg synes vi allerede kommuniserer godt, og jeg håper at også legene er rimelig fornøyde med Nav.

– Jeg har fylt ut en søknad om foreldrepermisjon, men det var ikke helt enkelt?

– Vi forvalter et regelverk gitt av politikerne, og for at det skal bli mest mulig rettferdig, må det være unntak og skjønn. Da blir skjemaene noen ganger kronglete. – Noen mener at korttidsfravær kunne være en tillitsbasert sak mellom arbeidsgiver og arbeidstaker?

– Vi hadde et forsøk i Mandal kommune med «Egenmelding 365» – egenmeldingsmulighet 365 dager i året. Det gav ingen positiv effekt på fravær, så vidt jeg kan huske, og forsøket ble ikke videreført. Det er ikke sikkert jeg skal mene så mye om dette. Sykmelding er et verktøy, man kan som lege gi beskjed til Nav om at denne pasienten ikke kan jobbe akkurat nå.

«Hvert år koster sykefraværet 40 milliarder kroner»

– Det kan være litt motsatt også, at fastlegen blir sittende i klem mellom pasient og arbeidsgiver?

– Det kan være vanskelig, og man kan gi beskjed til Nav dersom situasjonen oppleves som utfordrende.

– Tror du for få leger kontakter dere?

– Nå er vi jo kjent for ikke å være så lette å kontakte, medgir hun. – Men vi har opprettet en digital dialogmelding. Det hjelper nok for fastleger. Vi har dialogmøter hvor vi treffer legene, men samarbeidet kan sikkert bli bedre fra vår side også.

– Hva er det du liker best ved å jobbe som lege i Nav?

– Det er å bidra inn mot ordningene

i velferdsstaten. Jeg liker å jobbe strategisk og hjelpe legene i deres arbeid. Vi vet at det ikke er så lett å sitte der ute og foreta vurderinger når det gjelder sykmelding. Jeg liker også godt å jobbe tverrfaglig. Jeg er involvert i et spennende felt mellom medisin og jus, samfunnsvitenskap og økonomi. Vi har 19 000 ansatte, hvorav 120 rådgivende leger. Når vi forvalter folketrygdloven i et perspektiv fra 0–100 år, er medisin en liten, men viktig bit. – Hvem utfører bedriftshelsetjeneste for Navs ansatte?

Hun vrir seg kanskje litt i stolen.

– Jeg vet neimen ikke. Vi kjøper det fra et firma. Det er sånn det gjøres i dag.

Tillitsbasert

– I Sverige er det karensdager, det har vi ikke her i landet foreløpig. Tror du det kommer?

– Av og til har ungdomspartier tatt opp temaet. Vi har en avtale om inkluderende arbeidsliv, den går ut dette året. Hva som da skjer, vet vi ikke. Vi vet bare at dette diskuteres. Skal vi lage noe nytt? Skal vi også ha karensdager? Det vil tiden vise.

– Er det sannsynlig at slike grep vil ha betydning?

– Hvis folk ikke får penger, da tror jeg kanskje noen karrer seg på jobb. Det er ikke gitt at det er bra for helsen og arbeidet, det er ikke så godt å si.

– Er det rimelig å få full lønn når man er syk?

– Jeg skal ikke mene noe om det, men vi har en gunstig ordning. Det jeg er opptatt av, er at den ikke skal misbrukes. Derfor har vi også en kontrollavdeling.

– Det er et system basert på tillit.

– Vi får inn tre og en halv million sykmeldinger i året. Vi må gå ut fra at pasienten er reell, og at legen har gjort en ordentlig vurdering. Det er dessverre likevel noe misbruk av ordningen.

– Hva dreier misbruk seg om?

– Noen leger skriver falske erklæringer. Det opprettes fiktive arbeidsavtaler, det er mye kreativitet. Men det er lite, sett i den store sammenhengen.

Ikke avtalefestet pensjon

– Har du begynt å tenke på pensjon selv?

– Nei, nei, nei. Jeg har ikke tenkt i de baner.

– Hva tror du om at flere går av tidligere enn før? Er det bærekraftig?

– Det sies jo at det ikke er det.

– Du har ikke vært fristet til å gå av med avtalefestet pensjon?

– Nei, det er artig å være på jobb. Når man føler man gjør noe som kan bety noe for andre, er det bra å fortsette.

– Kolleger forteller at du er flink til å ta vare på de andre på jobben. Hvordan skal man skape trivsel på arbeidsplassen?

– Den enkelte må bli sett. Man må få utvikle kompetanse slik at man kan gjøre jobben på en god måte – og i tillegg strekke seg litt. Folk er forskjellige, noen trenger mye støtte. Så er det viktig med godt humør og initiativ.

– Har du tenkt at det er noe arbeidsgivere burde gjøre mer eller mindre av?

– Jeg tror de må være i kontakt med sine ansatte. Snakke med dem. Være der når det er nødvendig. Er det et godt forhold mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, så strekker du deg langt for å komme på jobb. Da får man også til ordninger hvis det skjer noe i livet som gjør at man må være borte i kortere eller lengre tid.

– Hva skal man gjøre når jobben ikke er tilfredsstillende?

– Da bør man kanskje tenke etter om man har mulighet til å gjøre noe annet. Det er litt trist hvis man fortsetter i en jobb der alt er grått. Da går man vel av ved 62-årsalder.

«Er det et godt forhold mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, så strekker du deg langt for å komme på jobb»

– Det er vel ikke alle som kan velge og vrake i jobber?

– Nei, det er ikke bare lett her i verden. Kanskje kan man ha noe utenfor jobben som lyser litt opp. Heldigvis er det mange her i landet som trives med sitt arbeid.

– Nå trives du i jobben, men hva gjør du på fritiden?

– Jeg leser mye, hører litt musikk, går tur. Og så har vi et sted i Karlsøy. Der er vi mye om sommeren.

– Hva tror du om legers arbeidsvilkår i Norge i dag?

– Sett utenfra virker det nok mer travelt enn tidligere, og det er kanskje mindre rom til kompetanseheving.

– Har leger like lavt sykefravær som før?

– Det har ikke gått spesielt opp. Man står vel på.

– Mange sier at høyt arbeidspress vil føre til sykdom. Stemmer det?

– Det har jo litt med sårbarhet og mestring hos den enkelte å gjøre. Høyt arbeidspress er ikke nødvendigvis negativt, men det er klart at man kan bli syk av det. Arbeidstakere har heldigvis rettigheter som setter rammer.

Det er vel kanskje ikke helt sunt bare å leve for jobben?

MARIT TVEITO

Diakonhjemmet Sykehus
Alderspsykiatrisk avdeling

Langt frem til Én innbygger – én journal

Målet om Én innbygger – én journal ble satt av regjeringen i 2012. Seks år senere er det fremdeles langt frem.



På spørsmål om hvordan arbeidet med Én innbygger – én journal ligger an, svarer Hallvard Lærum, talsperson i Direktoratet for e-helse følgende: – En samlet vurdering av risiko, økonomiske rammer og ulik situasjon i helseregionene har ført til konklusjonen om at det ikke er grunnlag for å planlegge en felles journalløsning på tvers av helseregionene nå.

Merkelappen som ble satt på den første generasjonen IT-systemer i Helse-Norge var ofte «digitalisering av papir». I dette ligger at de ulike helse-IT-systemene

har levd i sine egne, isolerte verdener. Viktig og kritisk informasjon ligger spredd i ulike pasientjournalssystemer. En pasient kan ha journaler på flere sykehus. Allmennlegen har sin journal, sykehjemmet har sin og de privatpraktiserende spesialistene har sine.

I 2012 satte regjeringen som mål få å endret dette. Løsningen var visjonen *Én innbygger – én journal*. Seks år senere har lite skjedd. Når Tidsskriftet spør partene i saken, blir svarene vage og mangelfulle.

Vi spurte landets største sykehuseier, Helse Sør-Øst, om hvordan de ligger an og hvorfor dette ennå ikke er på plass.

– Vi arbeider målrettet mot dette nasjonale målet. Det er Direktoratet for e-helse som har fått i oppdrag å utarbeide et nasjonalt veikart for den samlede gjennomføringen av arbeidet, og det er nok de som best kan svare på dine spørsmål, sier konserndirektør Atle Brynestad i Helse Sør-Øst i en e-post.

Direktoratet svarer slik på spørsmål om hva som nå er hovedplanen:

– En samlet vurdering av risiko, økonomiske rammer og ulik situasjon i helseregionene har ført til konklusjonen om at det ikke er grunnlag for å planlegge en felles journalløsning på tvers av helseregionene nå, sier Hallvard Lærum, talsperson for *Én innbygger – én journal* i Direktoratet for e-helse.

Penger og utfordringer

Hvordan kan det ha seg at aktørene i helsevesenet så langt ikke er blitt enige om en samlet, nasjonal strategi, og hvorfor virker det som om Direktoratet for e-helse har gitt opp?

Å koble sammen IT-systemer som skal dele informasjon kan være komplisert. Et av hindrene har vært mangelen på standard-språk for helsedata. Noe så enkelt som

betegnelsen på kalsiumnivået i serum og dets mengdebenevnelse gjøres på ulike måter. Skal systemene kommunisere, må man lage mellomsystemer som oversetter ulike benevnelser, verdier og datatyper til felles standarder.

En annen utfordring i arbeidet med *En innbygger* – *en journal* handler om penger. Direktoratet for e-helse estimerer i sin utredning fra desember 2015 at ulike løsninger for å gjøre prosjektet til en realitet vil koste over 20 milliarder kroner.

Foreløpig har ikke Stortinget gitt øremerkede midler til helseregionene for at de skal nå målet om denne enhetlige journalen. Hver region disponerer i dag sitt IT-budsjett. Dermed må visjonen om én felles, nasjonal pasientjournal konkurrere med alle andre deler av driften.

Tall fra Direktoratet for e-helse for 2017 forteller at spesialisthelsetjenesten i Norge brukte 8,5 milliarder kroner på IT, mens kommunene brukte 2,4 milliarder. Til sammenligning ble det brukt 600 millioner kroner på nasjonale løsninger, som e-resept og kjernejournal.

Fremtidens journalsystemer har også andre implikasjoner. Nyere systemer påstås å kunne endre legenes arbeid. De nye systemene inneholder såkalt beslutningsstøtte, som er kunstig intelligens-teknikk som både gir kliniske råd og ferdige beslutninger i stedet for at den enkelte lege selv styrer alt.

«De nye systemene inneholder kunstig intelligens-teknikk som både gir kliniske råd og ferdige beslutninger»

Fire eller ett system

Opprinnelig ønsket Direktoratet for e-helse og Helse- og omsorgsdepartementet ett felles pasientjournalssystem for alle innbyggere i Norge. I stortingsmelding nr. 9 (2012–13) står det: «Regjeringen ønsker derfor å modernisere IKT-plattformen og arbeide for en felles løsning for hele helse- og omsorgssektoren. Det igangsettes et arbeid for å utrede alternative løsninger».

Senere i stortingsmeldingen understreket departementet at «felles målbilder og koordinerte handlingsplaner skal bidra til en mer sammenhengende IKT-utvikling slik at målene om elektronisk samhandling nås».

Men underveis er målet blitt endret. På

Lederkonferansen 2018 i februar i år kunne helseminister Bent Høie opplyse om at planen om et nasjonalt IT-system fra én felles leverandør på tvers av helseregionene ikke lenger er aktuelt.

Så da er vi nesten tilbake til start. Hver av helseregionene legger fortsatt sine prioriteringer, budsjetter og tidsrammer for modernisering av journalene. Det er ikke satt noen tidsfrister for når helseregionene må være ferdig med å få sine systemer til å snakke sammen. Og det er ikke lagt noen plan for hvordan hver helseregions ulike pasientjournalssystemer til slutt skal kobles sammen og ende opp med å skape *En innbygger* – *en journal*.

Ulike valg og tempo

Situasjonen i de fire helseregionene er høyst forskjellig. Det er Helse Midt-Norge, med base i Trondheim, som satser mest moderne. Dette skyldes at sykehusene i regionen fortsatt bruker et pasientjournalssystem fra 1990-årene og derfor har det mest prekære behovet for en ny løsning. Deres prosjekt Helseplattformen skal ende i anskaffelse av en helt ny, felles pasientjournal-løsning – med beslutningsstøtte.

Anskaffelsen i Helse Midt-Norge er blitt prosjektet alle venter på. Ikke bare omfatter det et felles system for alle sykehusene i Midt-Norge, men også for primærhelsetjenesten, sykehjem og andre aktører også skal involveres. Dette vil sikre full informasjonsflyt mellom sykehus og fastleger – men altså bare innen Helse Midt-Norge. Etter planen skal det inngås kontrakt med systemleverandør *tidlig i 2019*, og de første sykehusene og kommunene vil innføre løsningen i 2021.

Det var lenge fire potensielle tilbydere av journalsystemer, men de detaljerte og krevende kravspesifikasjonene gjorde at det våren 2018 kun var de to ledende internasjonale aktørene i markedet, amerikanske Cerner og Epic Systems, igjen i konkurransen. Før sommeren trakk Cerner seg.

De andre tre helseregionene – Vest, Sør-Øst og Nord – har alle EPJ-systemer fra Bodø-selskapet DIPS. Regionene bruker imidlertid ikke samme DIPS-versjon og kan derfor ikke koble seg mot hverandre. Blant annet fordi disse DIPS-systemene er nyere enn systemet Helse Midt-Norge vil bytte ut, har de tre helseregionene sagt nei til å erstatte dem. I stedet satser de på å videreutvikle de systemene de allerede har. Første trinn er å koble sammen sykehusene.

Helse Sør-Øst har så langt ikke offentliggjort planer om å koble sykehusene til primærhelsetjenesten. Men konserndirektør Atle Brynstad forteller til Tidsskriftet at helsepersonell etter planen skal få innsyn i pasientjournaler ved andre sykehus i regionen i løpet av 2020.

«Anskaffelsen i Helse Midt-Norge er blitt prosjektet alle venter på»

Utsatte ambisjoner

Totalt sett tegner dette et bilde av en usikker fremtid for målet om *En innbygger* – *en journal*.

– Vi har fokus på å videreutvikle dagens meldingsutveksling, løsninger for dokumentutveksling, videreutvikling av kjernejournal og bedre løsninger for legemiddel-håndtering. Forutsatt finansiering av de større løftene kan primær- og spesialisthelsetjenesten ha vesentlige bedre løsninger og bedre samhandling fra 2022 og utover, sier Hallvard Lærum i Direktoratet for e-helse.

Ser man forbi 2022, står helsesektoren foran to muligheter. Blir Helse Midt-Norges innføring av Helseplattformen-prosjektet en suksess, kan andre helseregioner gjenbruke mye av deres arbeid og erfaringer. Prosjektet har derfor fått status som «regional utprøvingsarena for det nasjonale målbildet».

Det er lett å se fordelene med et felles system for alle Norges 5,3 millioner mennesker. Men det har også noen ulemper. Flere fagpersoner påpeker at et felles, norsk system vil gi leverandøren stor forhandlingsmakt. Om man legger alle eggene i samme kurv, vil svakheter ved systemet ramme hele den norske helsesektoren.

I tillegg kompliseres arbeidet av frykten for prosjekthavari. Store IT-prosjekter feiler ofte, og noen kolliderer helt. Stort sett er det organiseringen og styringen av prosjektene, ikke teknologien i seg selv, som feiler.

I Danmark har innføringen av «Sundhedsplatformen» i helseregionen Øst-Danmark blitt kraftig kritisert. Prosjektet ga 2,5 millioner innbyggere et nytt, felles pasientjournal-system fra leverandøren Epic – den samme som nå står alene igjen som tilbyder til Helse Midt-Norge.

Etter hvert som sykehusene i regionen ble flyttet over på det nye systemet, oppsto det store problemer, og legene hevdet at effekti-

viteten sank. I en periode mistet blant annet helseregionen oversikt over innkallingen av kreftpasienter. Den danske riksrevisjonen ble satt til å granske prosjektet. Etter oppstyret valgte helseregion Syd-Danmark å utelukke Epic fra sin anbudskonkurranse.

«Én innbygger – én journal handler kanskje like mye om politikk som om teknologi»

Her i Norge ble det i mai i 2017 avslørt at utenlandske IT-medarbeidere hadde hatt tilgang til helsedata for 2,8 millioner pasienter etter at Helse Sør-Øst gjennom Sykehuspartner hadde satt ut deler av drift og utvikling til Øst-Europa og Asia. I etterkant trakk teknologidirektør i Helse Sør-Øst seg, og deretter ble hele styret i Sykehuspartner byttet ut.

Stadig mer avanserte hackingangrep gir en tilleggsrisiko for alle IT-prosjekter. I januar i år lyktes det hackere å bryte seg inn i sentrale systemer i Helse Sør-Øst. Det er fortsatt ikke klart om det ble stjålet pasientdata.

Én innbygger – én journal handler kanskje like mye om politikk som om teknologi.

Skal det nasjonale Direktoratet for e-helse velge, styre og innføre et felles norsk system for pasientinformasjon i alle helseregioner og kommuner? Eller skal hver helseregion, og eventuelt hver kommune, få styre, og kanskje beholde mange av de systemene de bruker i dag?

Det siste alternativet innebærer at ingen sitter med ansvaret for at journalsystemene på alle nivåer både kan kommunisere med hverandre og faktisk blir koblet sammen for å skape det som vil fremstå som et felles IT-system.

Behovet



Lege i spesialisering Odd Bjørn Salte ved Kirurgisk avdeling mener et felles, nasjonalt pasientjournalssystem ville gått rett inn i hverdagen til norske leger og gjort den bedre.

Nytten av én journal er størst for de med sammensatte lidelser. Lege i spesialisering Odd Bjørn Salte tror beslutningstagerne ikke har forstått behovet.

– For de unge og friske går det jo stort sett greit. Det er når vi møter de med kronisk sykdom at vi oppfatter det som håpløst. De som har vært syke siden 1970-årene har fyldige journaler. Informasjonen ligger spredt, og vi finner ikke opplysningene vi trenger, sier Salte ved Kirurgisk avdeling ved Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Han mener et felles, nasjonalt pasientjournalssystem ville gått rett inn i hverdagen til norske leger og gjort den bedre.

– I en akuttsituasjon trenger vi å få full oversikt raskt. Vi bruker mye tid på å lete

etter opplysninger. Jeg klarer ikke å skjønne hvorfor det ser ut til å ta ti år å få dette på plass. Jeg tror nok ikke man forstår behovet. Det er få klinikere som jobber med IT-systemer. Det er få som vil det, fordi man da må gå ut av klinisk arbeid, sier Salte.

Han er skuffet over utviklingen de siste årene.

– Jeg merker ikke noe til at det finnes et e-helsedirektorat, og jeg vil si at jeg er over middels interessert i feltet. Jeg har en følelse av at innspillene vi kommer med ikke blir hørt og at det ikke blir gjort noe med det vi melder inn av behov.

– Hvorfor?

– Det virker å være en underliggende mistillit. Folkene fra IT-bransjen stoler ikke på legene og tror de kun er ute etter å verne om sine egne interesser. I tillegg virker det å være enormt mange som styrer med dette.

Beslutningsstøtte

Vurder: Åpne journal – NORDMANN, KARI (1 av 2)

Cerner **Sepsisalarm**

NAV: Nordmann, Kari FØDSELSDATO: 09/02/1945 PERSONNUMMER: 09024547217
 STED: N/A ALDER: 71 år

18/01/2017 12:00:00 Apikal hjertefrekvens = 122 slag/min (H) [større enn eller lik 95]
 18/01/2017 12:00:00 Temperatur oralt = 39,5 C (H) [større enn eller lik 38,5]
 18/01/2017 12:00:00 Respirasjonsfrekvens = 28/min (H) [større enn eller lik 22]
 18/01/2017 12:00:00 Middelarteretrykk, mansjett = 60 min Hg (L) [mindre enn eller lik 65]

Start sepsis-veileder for å bestille nå.

Åpne journalen for å vurdere pasientens tilstand videre.

Dokumenter PowerForm for sepsisbekreftelse

Sepsisalarm fra Cerners system. Gjenskapt etter lavoppløselig skjermbilde fra leverandøren.

De nye pasientjournalssystemene inneholder en stor nyhet: Beslutningsstøtte. Innført i stor skala vil dette være et ekte paradigmeskifte for mange av landets leger.

Grovt sagt er dagens pasientjournalssystemer passive, historiske arkiv for hva som har skjedd med pasienten. Beslutningsstøttesystemer jobber i stedet i sanntid og serverer både advarsler og råd.

Slik fungerer det: Etter hvert som helsepersonell legger inn informasjon om en pasient, vil beslutningsstøttesystemet analysere alt og servere alarmer, kontrollspørsmål, pålegg, råd og anbefalinger om diagnostisering, prøver, medikamenter, annen behandling og oppfølging.

Et konkret eksempel er beslutningsstøttesystemer for å forutse sepsis. Enklere beslutningsstøttesystemer i helsesektoren analyserer bare kliniske og demografiske data som feber, CRP og alder. Men i et eksperiment på

legevakten ved det israelske sykehuset BID-MC la man til at beslutningsstøttesystemet også skulle følge med på om det dukket opp utvalgte nøkkelord i notatene som sykepleierne og legene la inn. Dette ga signifikant økning i treffsikkerheten til systemets evne til å slå alarm om kommende sepsis, ble det hevdet i en artikkel i *PLoS One* i april 2017.

Målet med beslutningsstøtte er både høyere og jevnere kvalitet i behandlingen. Visjonen er at slike systemer i fremtiden vil endre mange legers hverdag. Fra å måtte vite, huske og styre alt selv kan legen nå i større grad vurdere forslagene som systemene serverer – og adlyde ordrene de gir med mindre de kan begrunne hvorfor disse ikke skal følges.

Systemene fungerer ved bruk av det mange kaller kunstig intelligens, mer presist teknikken som kalles maskinlæring. Maskinlæring er enkelt forklart spesiell programvare som analyserer store mengder pasientdata og regner ut sammenhenger mellom faktorer som statistiske sannsynligheter. I motsetning regner vanlige IT-systemer bare 1 eller 0, ja eller nei. Når man så begynner å

legge inn data om en ny pasient, for eksempel alder, kjønn, måleverdier og symptomer, vil systemet finne så like tilfeller som mulig i sin kunnskapsbank og komme med forslag basert på sannsynligheter.

Ofte fremstilles kunstig intelligens som en generell teknikk man kan skru på og som kan gi nesten feilfrie sorteringer, forutsigelser og andre typer svar. Dette etterfølges gjerne av påstander om at hele yrkesgrupper, for eksempel leger, snart vil forsvinne. Sannheten er at kunstig intelligens er et verktøy som må tilpasses, justeres og trenes av fagfolk for hver oppgave man skal gjøre. Og her ligger en annen utfordring: Hvem skal tilpasse systemene? Skal utenlandske leverandører levere ferdig tilpassede systemer eller må for eksempel hver helseregion skape rutiner, justere og lære opp sine systemer?

EINAR RYVARDEN
 einar.ryvarden@tidsskriftet.no

ØYVIND STOPLE SIVERTSEN

Informere eller ikke informere?

Det har oppstått et nytt informasjonsdilemma for leger ved offentlige sykehus: Bør de informere kreftpasienter om at det finnes et kostbart privat behandlingstilbud?

Prioritering i den offentlige helsetjenesten er en dyd av nødvendighet om man skal klare å innfri ambisjonen om å bidra til flest mulig leveår, rettferdig fordelt (1). Det kan innebære at effektiv behandling ikke blir tatt i bruk fordi effekten er liten og kostnaden stor. En uventet utfordring for norsk prioriteringsdebatt er at det private sykehuset Aleris har tilbudt kreftbehandling som Beslutningsforum har sagt nei til på offentlige sykehus. De offentlig ansatte kreftlegene har dermed fått en ny etisk utfordring: Bør de informere pasientene om en effektiv behandling som det offentlige selv har prioritert bort, men som Aleris tilbyr? Er det eventuelt etisk forsvarlig at legen ser an pasientene og informerer kun der hvor det er rimelig å forvente at pasienten har betalingssevne?

«Nordmenn reagerer sterkt på forskjellsbehandling i helsetjenesten»

Klinisk Etikkomité (KEK) ved St. Olavs hospital fikk i 2017 presentert problemstillingen, som ble drøftet etter en strukturert modell for etisk analyse (2). Under følger komitéens vurderinger.

Modell for systematisk drøfting av etiske dilemmaer
Hva er det etiske dilemmaet?
Hva er fakta i saken?
Hvem er de berørte partene og hva er deres interesser?
Hvilke verdier, prinsipper og lovregulering er involvert? Hva står på spill?
Hvilke handlingsalternativer finnes?
Oppsummering / konklusjon

Fakta i saken

I en reportasje om «det todelt helsevesenet» advarer flere kreftleger om utviklingen mot todeling, samtidig som forteller hvordan de velger om de skal informere pasienter om privat behandling (3). Overlege Stein Harald Sundstrøm sa til VG: «... jeg ser an pasientene. [...] Det er vanskelig hvis en pasient må selge hus, hytte og bil. Har de ikke åpenbart økonomi til noe slikt, informerer jeg ikke om slike muligheter» (3).

En avisleser reagerte på denne uttalelsen og sendte en bekymringsmelding til Fylkesmannen i Trøndelag. Bekymringen gikk ut på at pasienter ble forskjellsbehandlet med tanke på informasjon, og dermed at noen pasienter kunne få sine liv unødvendig forkortet. Fylkesmannens jurister vurderte saken, og hvorvidt pasient- og brukerrettighetsloven pålegger legene å informere. De kom frem til at man muligens sto overfor en uavklart rettstilstand. Saken ble oversendt til St. Olavs Hospital og Klinisk Etikkomité, og meldt inn til Rådet for legeetikk.

Berørte parter

Problemstillingen er tatt opp på prinsipielt nivå, og dermed ikke direkte forbundet med en konkret pasientsak. Generelt kan informasjon om livsforlengende behandlingstilbud, eller mangel på slik informasjon, berøre både kreftpasienters helse, livskvalitet og livssituasjon. Legene er også en part i saken – informasjonsspørsmålet henger tett sammen med hva som er forsvarlig utøvelse av yrket. I tillegg kan det hevdes at det mer diffuse «samfunnet» er en berørt part, siden dette er et prinsipielt spørsmål om forholdet mellom offentlig og privat-finansiert behandling.

Verdier som står på spill

Informasjonsplikten står sterkt i den norske helsetjenesten både juridisk og etisk. Den er en forutsetning for å kunne utøve pasientautonomi. Informasjon gir den enkelte pasienten myndighet og råderett i livet, og uten den er det ingen reell selv- eller medbestemmelse. Juridisk er informasjonsplikten nedfelt i pasient- og brukerrettighetslovens § 3.2: «pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen» (4).

Likeverdstanden er også en av pilarene

i det norske helsevesenet. Alle har rett til de samme helsetjenestene uavhengig av status, bosted og økonomi. Ikke bare likeverd, men likhet kan betraktes som en sentral verdi. Nordmenn reagerer sterkt på forskjellsbehandling i helsetjenesten.

«Å informere noen, men ikke alle pasienter, springer ut fra en høyverdig yrkesetisk intensjon om å bedrive god legekunst»

Tillit er en fundamental verdi i lege-pasient-forholdet. Den kan utfordres hvis potensielt verdifull informasjon blir holdt tilbake. Legen forventes å være pasientens advokat, men pasienten har også tillit til at legen ivaretar en ekspert- og omsorgsrolle. I dette kan det ligge en aksept for at legen tar beslutninger på pasientens vegne, og ikke lesset all informasjon og valg over på pasienten.

«Gjøre vel imot» og «ikke skade» er to sentrale prinsipper i legeetikken. I juridisk form kommer dette til uttrykk i helsepersonellovens krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Mangel på informasjon kan skade og forhindre velgjørenhet. «Ikke skade» kan imidlertid også peke i motsatt retning. Informasjon som pasienten ikke kan nyttiggjøre seg, kan tenkes å kunne volde skade. I medisinsk forskningsetikk er uttrykket «informasjonsskade» etablert, eksempelvis i forbindelse med utilsiktede funn i forskning der ingenting kan gjøres. I bioteknologiloven er prediktiv gentesting av barn faktisk forbudt dersom det ikke er utsikter til helsegevinst. God legekunst kan således hevdes å innbefatte en posjonering og begrensnings av informasjon når man ser at informasjonen kan være til skade for pasienten (5).

En universell helsetjeneste der alle får etter behov, er et grunnleggende ideal i Norge. For at systemet skal overleve, må pasienter og folk flest har tiltro til at den offentlige helsetjenesten stiller opp når de virkelig behøver hjelp. Samtidig er det avgjørende at prioriteringene har demokratisk støtte, dvs. at befolkningen forstår nødvendigheten av og støtter prioriterin-

ger som må foretas. Det forutsetter åpenhet.

Drøfting av alternativer

Når den offentlige helsetjenesten ikke kan tilby en livsforlengende behandling, samtidig som den tilbys på et privat sykehus, foreligger det tre handlingsalternativer for legen:

- 1) Informere pasienten om at det eksisterer et privat behandlingstilbud.
- 2) Ikke informere pasienten om at det eksisterer et privat behandlingstilbud.
- 3) Informere enkelte pasienter, men ikke andre, basert på en individuell vurdering av hvem som har nytte av informasjonen.

Komiteén ser at det kan finnes gode grunner for ikke å informere pasienter om et privat behandlingstilbud. Informasjonen kan sette pasienten i en vanskelig situasjon, familiens økonomi og stabilitet står på spill, og den behandlingmessige gevinsten er uansett ikke veldig stor. Å informere godt er tidkrevende. Lojalitet til det offentlige helsetilbudet synes å kunne tale for at informasjonsplikten primært omfatter det man anser som forsvarlig behandling i det offentlige helsevesenet.

Samtidig kan noen pasienter med god betalingsevne og et sterkt ønske om forlenget levetid i livets slutfase, åpenbart ha nytte av informasjonen. Om legen klarer å se an hvem disse pasientene er, synes man å bedrive en god persontilpasset informasjonsstrategi. Det var denne posisjonen Sundstrøm forsvarte. Svakheten ved den, slik komiteén ser det, er utfordringen med å kunne se an pasientene. Pasienters betalingsevne står ikke skrevet utenpå dem. Sjansen for å ta feil er stor, og pasienter vil uansett kunne føle at det er et overgrep mot deres autonomi at legen vurderer slike ting i det skjulte. I dag kan også pasienter uten betalingsevne nyttiggjøre seg informasjon om kostbar privat behandling (6). En rekke norske pasienter har startet kronerullinger på Facebook for behandling i inn- eller utland. Pasienten kan stå frem i media for å bruke sin sak politisk, og prøve å påvirke Beslutningsforum, politikere eller andre. Man har et handlingsrom selv om man ikke har betalingsevne.

Å informere noen, men ikke alle pasienter, springer ut fra en høyverdig yrkesetisk

intensjon om å bedrive god legekunst. Spørsmålet er likevel om dette prinsippet i akkurat denne saken står seg i møtet med sentrale verdier i det norske samfunnet – i særdeleshet likhetstanken. En ting er at det todelte helsevesenet med privat betaling for kostbar kreftbehandling, bryter med denne verdien. Verre er det kanskje for pasientene å føle at de behandles ulikt av den offentlige helsetjenesten, ved at pasienter med samme sykdom får ulik informasjon fra legen sin.

«Pasienter med like sykdommer bør likebehandles innenfor den offentlige helsetjenesten»

Dette likhetsargumentet har paralleller til konklusjonen fra Klinisk Etikkomité ved Haukeland sykehus, som i 2015 argumenterte for at offentlige sykehus ikke burde administrere kreftbehandling betalt av pasienten selv (7). Man kunne da forestille seg en situasjon hvor to pasienter med samme sykdom lå på samme kreftavdeling, men bare den ene fikk livsforlengende behandling. Pasienter med like sykdommer bør likebehandles innenfor den offentlige helsetjenesten. Saken gikk videre til Helse og omsorgsdepartementet, hvor man kom til samme konklusjon: «... behandling av pasienter med egenfinansierte legemidler som er besluttet ikke tatt i bruk eller er til vurdering i Beslutningsforum kan undergrave prinsippet om likeverdige helsetjenester» (8).

Komiteén ser at informasjon om kostbart privat behandling med begrenset effekt, kan ha en negativ innvirkning på enkelte pasienters liv. I stedet for å ta farvel med medisinen når det offentlige ikke har mer å tilby, kan man ende opp med en desperat endevending av familieøkonomien, en svært begrenset nytte og kanskje store bivirkninger. Med god dialog mellom pasient og behandlere bør det være mulig å forebygge slik skade. Pasienter må antas å være i stand til å kunne innta et kritisk syn på kostbar kreftbehandling med liten effekt, og hva som er riktig å gjøre med tanke på livskvalitet i livets slutfase.

Et annet poeng som taler for å informere,

er at dilemmaet som man her står i er et direkte resultat av en ønsket prioritering i norsk helsetjeneste. I prioriteringsdebatt de senere årene har man understreket behovet for en åpen og demokratisk prioritering. Norheim-utvalgets slagord var illustrerende nok: «Åpent og rettferdig» (1). I en universell helsetjeneste som tilhører oss alle er det ønskelig at så mange som mulig kan forstå nødvendigheten av prioriteringer, samt være med i diskusjonen om kriteriene. Da er det et viktig poeng, i åpenhetens og demokratiets navn, at pasienter som av prioriteringsmessige grunner ikke blir tilbudt en behandling, i alle fall får innsikt i prosesser som de selv er en del av.

Konklusjon

Dette er en sak av prinsipiell karakter og som det trolig vil bli flere av. Det er å forvente at den offentlige helsetjenesten stadig oftere må prioritere bort nye livsforlengende behandlinger, i alle fall i påvente av et lavere pristilbud. Problemstillingen blir spesiell i Norge, gitt den dominerende posisjonen den offentlige helsetjenesten har, og den manglende tradisjonen vi har for at private sykehus for eksempel tilbyr avansert kreftbehandling.

Den kliniske etikkomiteén ved St. Olav hospital landet på at man står på tryggest etisk (og juridisk) grunn ved å tilby alle pasienter informasjon. Pasienter som ikke ønsker å få utdypende informasjon, må selvsagt respekteres. Men alle bør i utgangspunktet selv kunne få ta stilling til om de vil vite hva som tilbys privat. Det betyr at der pasienten selv ikke tar opp dette temaet, bør legen gjøre det. Denne posisjonen ivaretar best de mange ulike etiske hensynene som står på spill i en norsk kontekst, selv om også den åpenbart har en etisk pris.

Noen kan innvende at en slik konklusjon åpner for en nær sagt grenseløs informasjonsplikt på offentlige sykehus. Men gjør den det? Behandlingene vi her snakker om har dokumentert effekt, de er godkjente i Norge og tilbys på sykehus her. Tenker man seg at alle disse kriteriene bør oppfylles før det foreligger en informasjonsplikt, virker dette håndterlig.

Mottatt 20.3.2018, første revisjon innsendt 16.5.2018, godkjent 27.6.2018.

BERGE SOLBERG

berge.solberg@ntnu.no
er ph.d. og professor i medisinsk etikk ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Solberg er også sekretær for Klinisk Etikkomité ved St. Olavs Hospital og nestleder for den Nasjonale Forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM).
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TORBJØRN DAHL

er ph.d., dr.med., karkirurg ved St. Olavs Hospital og førsteamanuensis ved Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Dahl er også leder for Klinisk Etikkomité ved St. Olavs hospital.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Norges offentlige utredninger. Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten. NOU 2014: 12. <https://www.regjeringen.no/contentassets/16a0834c9c3e43fab452ae1b6d8cd3f6/no/pdfs/nou201420140012000ddd.pdf> (27.6.2018).
- 2 Førde R, Pedersen R. Manual for kliniske etikk-komiteer i spesialisthelsetjenesten. Oslo: Universitetet i Oslo, 2012. <http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/praksis/systematisk-etikkarbeid/manual-kek-spesialisthelsetjenesten2015.pdf> (19.3.2018).
- 3 Huuse C. Kreftleger fortviler over todelt helsevesen i Norge: - Pasienter dør i ventetiden. Verdens Gang 20.6.2017. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/MVogr/kreftleger-fortviler-over-todelt-helsevesen-i-norge-pasienter-doer-i-ventetiden> (27.6.2018).
- 4 LOV-1999-07-02-63. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (27.6.2018).
- 5 Firth J. Should you tell patients about beneficial treatments that they cannot have? No. BMJ 2007; 334: 827.
- 6 Marcus R. Should you tell patients about beneficial treatments that they cannot have? Yes. BMJ 2007; 334: 826.
- 7 Magelssen M, Miljeteig I, Pedersen R et al. Roles and responsibilities of clinical ethics committees in priority setting. BMC Med Ethics 2017; 18: 68.
- 8 Spørsmål om plikt til å bistå pasienter med administrering av legemidler som pasientene på egen hånd har finansiert. Referanse 13/4846. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2015. <https://helsedirektoratet.no/Documents/Lovfortolkninger/Pasient-%20og%20brukerrettighetsloven/15-9984-1-%20Sp%C3%B8rsm%C3%A5l%20om%20plikt%20til%20%C3%A5%20bist%C3%A5%20pasienter%20med%20administrering%20av%20legemidler.PDF> (27.6.2018).

Informasjonsplikt til besvær

Likebehandling er et ufravikelig krav i Etiske regler for leger. Hvordan kan onkologer og andre leger håndtere informasjon om kommersielle behandlingstilbud dersom kravet til likebehandling skal respekteres?

Rådet for legeetikk behandlet nylig en sak der temaet var legers opplysningsplikt om medisinsk godkjent kreftbehandling som foreløpig ikke blir dekket av det offentlige. En lege hadde uttalt at det manglet retningslinjer, og at han så an pasientene – og deres økonomiske situasjon – før han eventuelt informerte om slike tilbud (1). Rådet ga ikke legen kritikk, men påpekte at den beskrevne strategien strider mot kravet til likebehandling i etiske regler for leger: Alle pasienter har krav på likeverdig behandling – og samme informasjon – uavhengig av privatøkonomi (2).

Imidlertid etterlater saken ubesvarte spørsmål som legeetikken ikke har klare svar på. Kravet om likebehandling er grunnleggende i norsk helsevesen. Grovt sett kan derfor legens handlingsalternativer settes opp som to ytterpunkter: Enten må alle pasienter få all tilgjengelig informasjon, også om behandlingstilbud som forutsetter egenbetaling, eller ingen pasienter kan få informasjon om behandling man selv kan kjøpe seg. I den påfølgende debatten har den aktuelle legen utfordret Rådet for legeetikk på spørsmålet om hva leger kan og bør gjøre dersom pasienten ikke spør om kommersielle tilbud som legen vet at kunne vært aktuelle (2).

Rådet for legeetikk ønsker i denne artikkelen å løfte diskusjonen til et prinsipielt plan ved å se på argumenter for og mot disse ytterpunktene, vurdert opp mot etiske grunnprinsipper og Etiske regler for leger (teksten henviser til aktuelle paragrafer i kapittel 1). Hvis alle skal ha samme informasjon – hvor langt strekker legens informa-

sjonsplikt seg? I tillegg til de etiske grunnprinsippene om rettferdighet, autonomi, ikke-skade og velgjørighet vil flere av paragrafene i kapittel 1 i Etiske regler for leger (3) kunne komme til anvendelse: § 1 om rettferdighet, § 2 om ivaretagelse av pasientens interesse og informert samtykke, § 3 om pasientens rett til informasjon, § 8 om hensynet til pasientens økonomi, § 9 om forsvarlig legevirkosomhet og vitenskapelig grunnlag for behandling, og § 12 om samfunnets ressurser, prioritering og fordeling etter allmenne etiske normer.

«Hvis alle skal ha samme informasjon – hvor langt strekker legens informasjonsplikt seg?»

Maksimal informasjon til alle

Ytterpunkt 1: Når pasienten er i en situasjon hvor det foreligger behandlingstilbud som det offentlige ikke tilbyr, informerer legen om relevante private behandlingstilbud.

Det finnes flere argumenter for at en slik tilnærming kan være riktig: Informasjon om slike helsetilbud vil da gis av en lege med kjennskap til pasientens diagnose og behandlingsforløp (§ 3). Legen kan hjelpe pasienten med å velge bort behandlingstilbud med usikker effekt. Informasjonen kan gis nøkternt og nøytralt, uten at det foreligger økonomisk insentiv hos behandlende lege (§§ 1, 2, 3). Også pasienter som ikke selv oppsøker informasjon, vil kunne få informasjon, slik at kunnskap ikke forbeholdes de mest ressurssterke (§§ 1, 3, 12).

Det kan være vanskelig for legen å danne seg et dekkende bilde av pasientens betalingssevne (§ 8). Pasienter med svak privatøkonomi kan ha et nettverk av betalingsvillige slektninger, venner eller lokalsamfunn, og kan – dersom de får informasjonen de trenger – gjøre valg rundt egen økonomi der de prioriterer å betale for tiltak som kan forlenge livet. Legens vurdering av pasientens betalingssevne kan ikke gis forrang foran likebehandlingsprinsippet.

Men det er også argumenter mot denne tilnærmingen: Man kan hevde at man handler i strid med kravet til omsorgsfull behandling og med de etiske grunnprinsippene om velgjørighet og ikke-skade når man informerer sårbare pasienter om behandlingstilbud de ikke har råd til å nyttegjøre seg. Selv om pasientene skulle velge å selge huset eller ta opp lån for å kunne betale, vil de og/eller deres pårørende kunne påføres betydelig økonomisk belastning (§ 8). Pasienter i slike situasjoner kan være desperate, og kan føle at de stilles overfor tilbud de ikke kan avslå. Det er ille å skulle dø av kreft, men det kan oppleves som verre dersom legen på eget initiativ har fortalt deg at du kunne ha forlenget livet, hadde du bare hatt bedre råd (§ 3).

Spørsmålet om informasjon til alle – om tilbud som ikke inngår i det Norge har valgt å tilby gjennom det offentlige helsevesenet – berører også det etiske grunnprinsippet om rettferdighet. Det er begrensede ressurser i helsevesenet, også innen kreftomsorgen. Vi må som helsevesen prioritere mellom ulike pasientgrupper, og onkologene må prioritere mellom sine pasienter, og hvilke helsetilbud de vil bruke tid på å informere om (§ 12). Dersom onkologene velger å bruke konsultasjonene til informasjon om private behandlingstilbud, kan det gå på bekostning av andre viktige samtaletemaer som bør tas opp med pasientene – f.eks. informasjon om behandlingstilbud som lindrende/palliativ behandling.

Unnlate å informere om kommersielle tilbud

Ytterpunkt 2: Legen informerer kun om behandlingstilbud som er godkjent og finansiert av det offentlige helsevesenet, og tar ikke på eget initiativ opp muligheten for behandling som forutsetter full egenbetaling.

Et argument for denne linjen er at legen bør gi pasienten informasjon som er til nytte for ham eller henne, og som pasienten har reell mulighet til å benytte seg av (§§ 1 og 2). Behandling som finansieres av det offentlige er tilgjengelig for alle som fyller medisinske kriterier. Behandling som krever egenbetaling kan kun komme til nytte dersom man bryter med prinsippet om like-

behandling. Hvis leger skal ta prinsippet om likebehandling på alvor, uavhengig av personlig økonomi, kan de ikke i praksis tilby eller reklamere for behandling som forutsetter betalingsevne.

Et annet argument er at teoretisk informasjon om private behandlingstilbud er bortkastet tid dersom pasienten ikke har råd til å benytte det, og tid er en knapp ressurs i onkologers hverdag. Samtaler omkring behandlingsbegrensning i sluttfasen av onkologiske pasientforløp vil i så måte være bedre anvendt tid. Noen kreftpasienter lider under overbehandling og for sen introduksjon av palliativ behandling. Fokus på god palliativ omsorg ved livets slutt, med informasjon om symptomlindring og pårørende-omsorg samt andre viktige palliative tiltak, bør vurderes prioritert foran formalistisk informasjon om private tilbud.

Ytterligere et moment kan være at vi i Norge har et system for å vurdere og prioritere hvilke behandlinger vi kan tilby, og offentlig ansatte leger har en lojalitetsplikt til å ikke aktivt fremme behandlinger som vi (foreløpig) ikke har funnet å kunne prioritere. Selv om den enkelte onkolog kan føle et sterkt ansvar for å hjelpe pasienten foran seg, har onkologen et like stort ansvar for alle pasientene på venteværelset og alle dem som venter på å få time (§§ 1, 12 og rettferdighets- og likebehandlingsprinsippet).

Men det er også argumenter som taler mot at informasjon begrenses til tilbudet i det offentlige helsevesen: I § 3 heter det at «pasienten har rett til informasjon om egen helsestilstand og behandling [...]». Pasienten skal informeres i den utstrekning pasienten ønsker det. Opplysninger som kan tenkes å være særlig belastende, skal gis med varsomhet.»

På dette grunnlag kan det hevdes at all informasjon om behandling skal formidles til pasienten, også informasjon om kommersiell behandling, selv om det kan komme til å utgjøre en belastning å kjenne til behandling som man ikke har råd til. Samtidig skal informasjon gis «i den utstrekning pasienten ønsker». Man kan derfor ikke stå fast på ytterpunkt 2 dersom pasienten på eget initiativ gir uttrykk for et ønske om informasjon om kommersielle tilbud.

Kan vi informere om kommersielle tilbud?

Dersom offentlig ansatte leger skal gi informasjon om kommersielle helsetilbud til kreftpasienter, gjenstår to hovedmuligheter: Hvis man inntar ytterpunkt 1, må informasjonen basere seg på at legen spør om pasienten ønsker å få vite om kommersielle tilbud. Inntar man ytterpunkt 2, må det være pasienten selv som innleder samtalen om kommersielle behandlingsmuligheter. Det vesentlige er å ivareta pasientens rett til informasjon – men også retten til ikke å vite.

«Likebehandlinger er et viktig prinsipp i legeetikken, og en allmenn etisk norm i det norske samfunnet»

Rådet for legeetikk mener at legen ikke kan ta det fulle og hele ansvaret for at pasienten skal få absolutt all tilgjengelig informasjon om alle tenkelige behandlingsmuligheter. Legens selvstendige ansvar er å gi pasienten et relevant utvalg av informasjon, tilpasset pasientens individuelle behov, men altså slik at ingen pasienter diskrimineres på grunn av økonomiske forhold. Pasientens rolle er å ta opp temaer pasienten selv er opptatt av. Slik får pasienten styre hvilken informasjon han eller hun vil motta, og legen får skreddersy informasjonen etter pasientens behov.

Når det gjelder behandlingsmuligheter som tilbys av det offentlige helsevesenet, plikter legen å gi lik informasjon til alle pasienter. Informasjon utover dette og især informasjon om behandling som krever egenbetaling, bør ikke legen informere om på eget initiativ. Det er avgjørende at pasienten får en mulighet til å styre hvilken informasjon hun eller han ønsker – hvis ikke blir ikke samvalg en reell mulighet.

Er behandlingen til nytte for pasienten?

Den aktuelle saken har dreid seg om behandling som har dokumentert effekt, men som enten er på vei gjennom byråkratiet for godkjenning i Norge, eller som

norske myndigheter har besluttet at vi ikke kan ta oss råd til på det offentliges regning. Men man kan spørre seg: Gjelder dette kun behandling som kan gis i Norge – hva med kommersielt tilgjengelig behandling som bare kan fås i utlandet? Dersom man føler en forpliktelse til å informere om behandling man kan «kjøpe seg» på et privat norsk sykehus, bør man ikke da også informere om behandling man kan få kjøpt på et sykehus i USA? Og hva med behandling som forutsetter sosiale og økonomiske muligheter til å reise utenlands for å delta i klinisk utprøving av nye, lovende medikamenter? Hva med komplementærmedisinske behandlingsmetoder, hvor langt strekker legens informasjonsplikt seg der?

Her kan det se ut til at § 3 og § 12 står i motsats til hverandre; på den ene side skal legen informere i den utstrekning pasienten ønsker det, og på den annen side skal legen ta tilbørlig hensyn til samfunnets ressurser (les: legens tidsbruk) og ikke søke å skaffe enkeltpasienter prioriteringsmessig eller annen fordel. Rådet for legeetikk erkjenner at dette er et vanskelig spørsmål som krever skjønnsutøvelse.

Komplementærmedisinske eller andre ikke-dokumenterte behandlingstilbud rammes av § 9: «Legen må ikke gjøre bruk av eller anbefale metoder som savner grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller tilstrekkelig medisinsk erfaring». Leger kan derfor ikke forventes å informere om slike tilbud. Men ny kunnskap tyder på at også «skolemedisinsk» behandling kan ha et tynt evidensgrunnlag. En fersk studie fra BMJ viste at bare halvparten av kreftlegemidler godkjent i årene 2009–2013 hadde dokumentert effekt på overlevelse og livskvalitet etter median 5,4 års oppfølgingstid (4). Grensen mellom komplementærmedisinsk behandling og «det nyeste nye» fra skolemedisinen er muligens ikke så skarp som vi skulle ønske, når det gjelder evidensgrunnlaget.

Dette har relevans for vår diskusjon fordi motivasjonen til onkologene, som vil informere om kommersielt tilgjengelige tilbud, er jo ønsket om pasientens beste – velgjørenhet. Men kan man legge et slikt argument til grunn dersom man mangler evidens for at behandlingen virkelig er til nytte for pasienten?

Likebehandling

Likebehandling er et viktig prinsipp i legeetikken, og en allmenn etisk norm i det norske samfunnet. Et slikt allment akseptert prinsipp og anvendelse av legers etiske regler kan gi ganske ulike utslag,

avhengig av hvordan det appliseres i en etisk problemstilling. Rådet for legeetikkk har ikke noe fasitsvar, men oppfordrer både onkologer og andre faggrupper til å reflektere over hvordan vi skal klare å ivareta prinsippet om likebehandling

i en tid der både forskjellene og mulighetene øker.

Forfatterne utgjør i perioden 2018–2022 Rådet for legeetikkk i Den norske legeförening.

Mottatt 28.5.2018, første revisjon innsendt 26.6.2018, godkjent 27.6.2018.

MORTEN ANDREAS HORN

morten.andreas.horn@ous-hf.no
er spesialist i nevrologi, ph.d. og overlege ved Oslo universitetssykehus.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TILDE BROCH ØSTBORG

er lege i spesialisering for kvinnesykdommer og fødselshjelp og konstituert overlege ved Kvinne-klinikken, Stavanger universitetssykehus.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SIRI HAGEN BRELIN

er spesialist i allmennmedisin, godkjent lege i Kompetanseområde palliativ medisin (Helse-direktoratet), ph.d. og overlege ved Senter for lindrende behandling, Kreftavdelingen Sykehuset Østfold.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

THORE ANDRÉ HENRICHSEN

er spesialist i barnesykdommer, overlege ved Barneavdelingen og leder av Klinisk etikk-komité ved Vestre Viken Helseforetak – Drammen sykehus.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SVEIN AARSETH

er spesialist i allmennmedisin og fastlege ved Frysja legekantor.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Huuse C. Kreftleger fortviler over todelt helsevesen i Norge: – Pasienter dør i ventetiden. Verdens Gang 20.6.2017. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/MVogr/kreftleger-fortviler-over-todelt-helsevesen-i-norge-pasienter-doe-i-ventetiden> (16.4.2018).
- Hanger MR. – Kan ikke unnlate å fortelle pasienter om dyr behandling. Dagens Medisin 27.2.2018. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/02/27/onkolog-radet-for-legeetikkk/> (16.4.2018).
- Den norske legeförening. Etiske regler for leger. <http://legeforeningen.no/Om-Legeföreningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikkk/etiske-regler-for-leger/> (16.4.2018).
- Davis C, Naci H, Gurpinar E et al. Availability of evidence of benefits on overall survival and quality of life of cancer drugs approved by European Medicines Agency: retrospective cohort study of drug approvals 2009-13. *BMJ* 2017; 359: j4530.

S.H. Sundstrøm svarer

Se også side 1274, 1277
Engelsk oversettelse på tidsskriftet.no

Nye kreftlegemidler som har dokumentert effekt og markeds-tilgang i Norge, men som venter på vurdering i Beslutningsforum, setter onkologer i utfordrende etiske situasjoner.

Kreftbehandling som har kommet i de siste årene, for eksempel presisjonsmedisin og immunterapi, kan omvandle uhelbredelig kreft til kronisk sykdom. Med slik behandling kan en del pasienter leve i flere år, samtidig som de får opprettholdt arbeidsevne og vedlikeholdt livskvalitet. Beslutningsforum skal sørge for likebehandling og rett prioritering, men systemet lider av at det tar lang tid før sakene er ferdigbehandlet. Og tid har alvorlig syke kreftpasienter minst av. Det bør derfor ikke overraske noen at disse pasientene ønsker best mulig behandling og er villig til å kjøpe det privat. Kostnadene kan fort dreie seg om opptil 1 million kroner.

«Jeg tror ikke det er ett riktig svar på dette dilemmaet»

Norsk onkologisk forening har etterspurt avklaring på om det er informasjonsplikt om kreftlegemidler som har markedstil-

gang i Norge og som er satt «på vent», men som kan gi en ikke ubetydelig gevinst for pasienten. Foreningen tok dette opp første gang med jurister i Legeforeningen i 2015, og senere i flere debatter med helsepolitikere og i media. Ingen – verken jurister, byråkrater eller helsepolitikere – har lagt føring for hva som anses riktig.

Min uttalelse om at jeg ser an pasienten og pasientens antatte økonomi for å bestemme hvilken informasjon jeg gir, ble innklaget til Rådet for Legeetikk i Legeforeningen og til Fylkeslegen i Sør-Trøndelag. Min første reaksjon var overraskelse, men senere har jeg ønsket klagen velkommen med tanke på behov for debatt og avklaring av praksis.

Både Rådet for legeetikk og Klinisk etikk-komité (KEK) ved St. Olavs Hospital konkluderer i sine artikler med at det ikke er legens oppgave å vurdere pasientens betalingssevne, og at det er legens plikt å informere om annen behandling som kan tenkes å ha effekt (1, 2). Og slik jeg leser de svarene jeg tidligere fikk fra Rådet for legeetikk og Klinisk etikkomite ved St. Olavs Hospital, bør informasjon gis uoppfordret, også selv om pasienten ikke aktivt spør. Jeg tar selvkritikk på spørsmålet om å vurdere eventuell betalingssevne. Like fullt er jeg fortsatt usikker på om det etisk sett er riktigere å uoppfordret informere alle om privat behandling som kan tenkes å ha effekt. Er det etisk sett riktigere å utsette en pasient for et «press» om å kjøpe privat behandling som kan sette familieøkonomien over styr, fremfor å la være? Jeg tar til orde for at «hver og en av oss

må gjøre opp med seg selv om hvordan informasjonsplikten skal etterleves. Det må gjøres nennsomt og med skjønn. Det viktigste må være informasjon som gjør at pasient og pårørende føler seg sett, hørt og ivaretatt» (3).

«Jeg tar selvkritikk på spørsmålet om å vurdere eventuell betalingssevne»

Jeg tror ikke det er ett riktig svar på dette dilemmaet, men etterlevelse i tråd med sitatet over vil etter mitt skjønn være etisk gangbart.

STEIN H. SUNDSTRØM

stein.sundstrom@stolav.no

er spesialist i onkologi, overlege ved St. Olavs hospital og arbeider for tiden i Helse Nord-Trøndelag ved Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos.

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

LITTERATUR

- 1 Horn MA, Østborg TB, Brelvi SH et al. Informasjonsplikt til besvær. Tidsskr Nor Legeforen 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0463.
- 2 Solberg B, Dahl T. Informere eller ikke informere? Tidsskr Nor Legeforen 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0265.
- 3 Sundstrøm S. Kjære kollega! Onkoytt 2018; nr. 1: 6. https://onkoytt.no/wp-content/uploads/dlm_uploads/2018/07/Onko-nytt-1-2018-inteactive.pdf (6.8.2018).

Dilator eller dilatator?

Lungepasienter kan behandles med bronkodilator, mens en kirurg bruker en dilatator. Hva er språklig mest korrekt: dilator eller dilatator?

Ifølge ordbøkene har dilatator tre medisinske betydninger: I anatomen betegner det en muskel som utvider en åpning, i kirurgien et instrument som brukes til å utvide kroppsåpning eller rørformet organ, og i farmakologien et legemiddel som utvider blodårer eller luftveier (1).

Opphavet til de to ordene er det samme, men det finnes ulike etymologiske stier: en «substantivsti» og en «verbsti». Den latinske partisippformen *dilatāre* ga opphav til det franske substantivet *dilatateur*, derav den regelmessige varianten dilatator på de fleste språk, også i norsk. Dilator har en litt annen sti. *Dilatāre* ga også det franske verbet *dilater* og dermed det engelske verbet *dilate*. Egentlig skulle *dilate* ha gitt substantivet *dilater* på engelsk om man fulgte vanlig orddanningsmønster, men man endte opp med en hybrid: *dilator*.

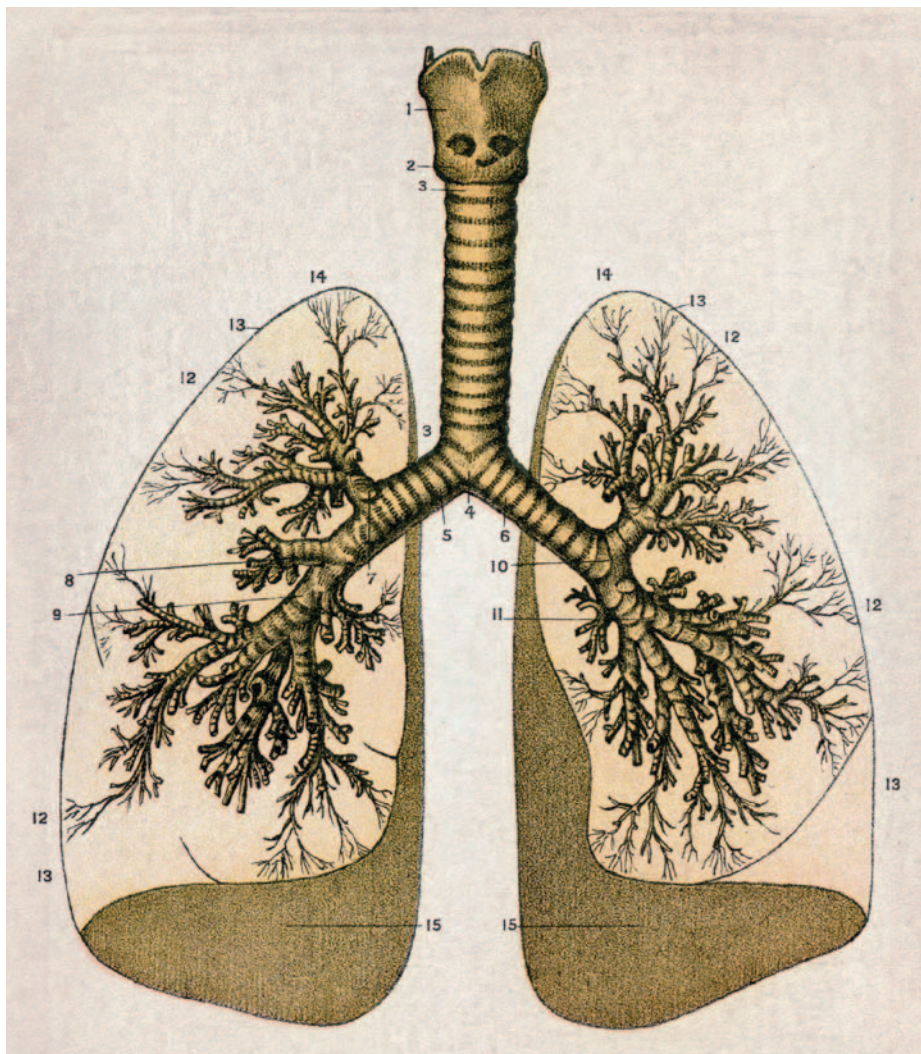
Gammelt og nytt

Dilatator er den opprinnelige formen i norsk. Det har vært i bruk siden 1800-tallet, mens dilator er langt nyere – det dukket først opp i 1980-årene (2). Dilator har åpenbare fordeler: det er kortere og låter mindre kakofonisk. Men dilatator er altså det mest regelmessige av de to variantene, fra et etymologisk synspunkt.

Søk i Tidsskriftets nettutgave gir seks treff på «bronkodilator» og ni på «bronkodilatator». Kanskje det blir ekstra fristende med kortform i sammensetninger? I Tidsskriftets ordliste står kun eneformen dilatator (3). Det kan begrunnes med at man bør foretrekke ord som språkhistorisk ligger nærmest det opprinnelige, men ofte vinner korte og enkle ordvarianter terreng over tid.

Problemstillingen er aktuell også i engelsk. I den toneangivende ordboken *Oxford English Dictionary* står det under oppslagsordet *dilatator* at det også kan skrives som *dilater*, «and less correctly dilator» (4). Selv om denne ordboken er mer deskriptiv enn normativ, gir den altså en formaning om ikke å benytte ordet *dilator*.

Andre er ikke enige i dette. I boken *Medical meanings* skriver forfatteren at de mest



Illustrasjon: beinoitb/iStock

snobbete ordkjennerne vil insistere på at *dilation* og *dilator* er «wrongly formed from the Latin», og at man alltid bør bruke *dilatation* og *dilatator* – men føyer til at folk neppe vil bry seg (5).

Konklusjon

Konklusjonen blir at både dilatator og dilator er gangbare på norsk. Dilatator er den opprinnelige og regelmessige formen, mens dilator er innlånt senere og på fremmarsj.

ERLEND HEM

erlend.hem@medisin.uio.no
er professor dr.med., fagsjef og redaktør for Tidsskriftets språkspalte.

LITTERATUR

- 1 Dilator. I: Det norske akademis ordbok. <https://www.naob.no/ordbok/dilatator> (14.5.2018).
- 2 Dilator, dilator. Nb N-gram beta. Nasjonalbiblioteket. https://www.nb.no/sp_tjenester/beta/ngram_1/#ngram/query?terms=dilatator%2C+dilator&lang=all&case_sens=0&freq=rel&corpus=bok (14.5.2018).
- 3 Dilator. I: Tidsskriftets ordliste. <https://tidsskriftet.no/annet/ordliste> (14.5.2018).
- 4 Dilator. I: Oxford English Dictionary. <http://www.oed.com/view/Entry/52745> (14.5.2018).
- 5 Haubrich WS. Medical meanings: a glossary of word origins. 2. utg. Philadelphia, PA: American College of Physicians, 2003: 68.

Fastlegen min

Fastlegen min er fantastisk. Hun har et skjelett som heter Charlotte og en rød sykkel med blomsterkasse foran og bak. «Syklemelding», står det på skiltet.

Fastlegen min kjører bil med rosa gassballonger ut av vinduet, og hun står i en åker sammen med laboratedama, med armene løftet høyt over hodet. Aksene når dem til nesetippen, og det ser gud hjelpe meg ut som om de er nakne bak der. Det var før de reiste til Bahamas for å svømme med griser. Nå fables det om at det bør settes ut gris på Himsjø, et populært skogstjern og barndommens gamle badeplass. I den samme skogen har noen spikret opp et gateskilt ved en sti. Den stien heter «Bedringens vei» nå. Jeg er sikker på at det er hun som har gjort det.

Fastlegen min er Fugelli-elev og ber meg blåse i bagatellene. Det er mye god folkehelse i sånt. På kontoret hennes kan du gråte. Hun har Kleenex på bordet og døren lukket. Hvis du er altfor snørrete slipper hun deg ut bakveien, så behøver du ikke å gå gjennom venterommet hvor det sitter både gamle og nye naboer. Fastlegen ser på meg på en måte som får meg til å tro at alt jeg sier er viktig. Hun legger hendene i fanget og lener seg fremover. Det haster ikke. Jeg kaster ikke bort tiden hennes. Kanskje tar det ikke så fryktelig lang tid heller.

«Fastlegen ser på meg på en måte som får meg til å tro at alt jeg sier er viktig»

Jeg får ikke resept av fastlegen min, ikke sykmelding heller. Det vil jeg ikke ha. Folk skal bli sett og hørt. Vi blir tutet ørene fulle av det. Men hva betyr det egentlig, dette å bli møtt og lyttet til, forstått og trodd? Det betyr lettelse, det kjenner jeg når jeg går ut bakveien. Vi har ingen enkle løsninger, men det er ikke så viktig akkurat nå. Det er lettere, uansett.

I noen kulturer finnes det fremdeles rester av respekt for eldre mennesker. Hos oss har vi kanskje glemt at det finnes folk som har gjort det før, vært der før, som kan gi oss råd eller en hånd å holde i på veien. Sytti år med levd liv rommer nødvendigvis mer erfaring og kunnskap enn tjueto. Noen går så langt at de kaller det visdom. Derfor tenker jeg at fastlegene må være blant de aller klokeste menneskene vi har. De rommer ikke bare én, men 1324 livserfaringer, eller så mange det er plass til på listen. Og ikke bare det, men de kjenner oldemora og tanta og svigermora og dattera også. Bestefaren min var felemaker, landskapsmaler, møbelsnekker og grønn-

«Når alt annet flyter og stormer, da er fastlegen nettopp det; fast. Gud bevare oss hver og en hvis de ikke orker det mer»

sakshandler. Han hadde en skrue løs. Det vet nok fastlegen min. Hun er fantastisk, og det er hver enkelt fastlege som lener seg fremover og lytter, tar frem Kleenex-boksen, tegner et smilefjes på en plasterlapp, sier «jeg tror deg og jeg forstår deg, i meg har du en støttespiller.» Når alt annet flyter og stormer, da er fastlegen nettopp det; fast. Gud bevare oss hver og en hvis de ikke orker det mer.

For vi kommer bare til dem når vi skal klage, og de hører ingenting fra oss når vi har det bra, når det virker. Da forsvinner vi bare og kommer ikke tilbake. Det er et godt tegn, tenker fastlegene. Det kommer nye fortvilede mennesker i stedet. Vi andre holder på med vårt, og det er mye, det. Derfor har jeg lyst til å si: Det går bra nå, fastlegen min. Du skal ha takk. Det hadde vært artig med gris på Himsjø.



MARTE SYVERTSEN

marsyv@vestreviken.no

er lege i spesialisering og doktorgradsstipendiat ved Nevrologisk avdeling i Drammen.

Paa den tid da blaabærene holdt paa at modnes

Dette er historien om legen som ble tilkalt til en fjellgård omtrent 50 kilometer inn i dalstrøkene på Vestlandet. Gårdskona hadde fått en svært vond byll på magen, og selv om inngrepet burde vente til dagen etter, «var der ikke raad for annet» enn å tømme den der og da i det dunkle lyset fra et lite talglys. Dette er også historien om menneskene han møtte på vei ned igjen, som lurte på hvordan det gikk med henne, og om modne blåbær. Ikke minst er det også historien om turen til sykehuset som pasienten ikke tok, til tross for legens anbefalinger (Tidsskr Nor Lægeforen 1926; 46: 263).

Hvad et menneske kan taale.

Av R. M. Bergh, Jevnaker

Det er for over 23 aar siden, at jeg utpaa sommeren paa den tid «da blaabærene holdt paa at modnes», blev budsendt til en kone omtr. 50 kilometer borte i en fjeldgaard i mit distrikt paa Vestlandet. – Konen skulde ha «en byld paa maven». Til hendes hjem kom jeg sent om kvelden, det var mørkt i det lille stenmurte rum hvor hun laa. Litt opad for høire ingven buket der sig frem i en tokronestor utstrækning en rødlig fluktuerende tumor opstaaet paa kort tid. – Der var ingen broksymptomer; hun hadde hat smerter i ileocoealregionen i ½ aars tid. Konen hadde store smerter – der forlangtes energisk aapning av bylden – jeg hadde mest lyst til at utsætte med indgrepet til mere lys om morgenen, – der var forhaanden ikke andet end et litet talglys; petroleumskanden var ikke blit fylt endda paa den aarstid, og der var langt til handelsmanden. –

Der maatte imidlertid tages affære, der var ikke raad for andet. Jeg gjorde da en forsigtig incision; ut stod en stinkende pusstraale av aapningen. Pludselig stopper straalet og en hvitlig tjavse har sat sig i aapningen. Med en fin Listers drænrørstang nappet jeg i den, og ut kom et omtr. 3 cm. langt blindsækformet stykke tarm (appendix?) med gangrænøs rand. Da begyndte pus igjen at strømme ut i masser. Da pusset var rendt ut, rensedes med steril gaze og saarbunden tamponertes. – Dagens gjerning var endt.

Da jeg om morgenen tilsaa konen, befandt hun sig vel, og da tamponen var ombyttet, sa jeg hende at hun maatte til sykehus.

Den første mil nedover dalen hadde jeg den dag travelt med at svare folk paa spørsmål om konens befindende.

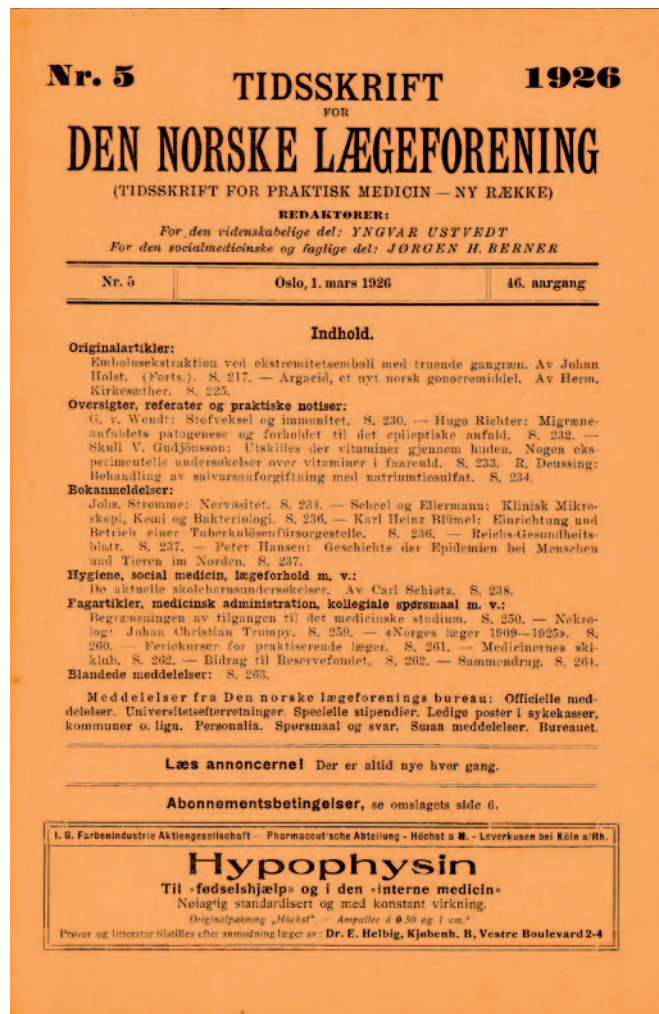
Omtr. 14 dager efter kommer konens mand til mig. Jeg trodde han vilde fortælle mig at konen nu var vel hjemme igjen fra sykehuset. Men nei – hun var ikke reist endda.

«Det doktoren hadde lagt ind var gaat ut de første dagene, og der kom ikke mere materie. Men,» sa han, «der maa være forbindelse med tarmen og de saar, som doktoren skar. Her en dag spiste hun blaabær, og de kom ut gjennom saaret.»

Manden, som hadde liten raad til sykehusbehandling og operation av konen, hadde ikke sagt ifra da jeg ordinerte dette – kreds-sykekassen var ikke kommet i sving før flere

aar efter. I en fart fik jeg da ordnet det saa at hun med fattigvæsenets hjelp kunde opereres i sykehus.

Hun taalte den 50 kilometer lange kjøretur i en skranglekjærre og dampskibsturen efterpaa til by, hvor der saa blev foretatt reseksjon av et stykke gangrænøs tarm. Konen hadde intet mén efterpaa av tarmhistorien, men bukket under nogen aar efter av akut lungetuberkulose.



Nyttig om omsorgssvikt og overgrep



**KVA SER VI –
KVA GJER VI**

Inge Nordhaug
Omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep. Skulen og barnehagen sine oppgaver. 144 s., ill. Bergen: Fagbokforlaget, 2018. Pris NOK 299
ISBN 978-82-450-2010-6

Sommeren 2017 leverte Barnevoldsutvalget en rapport hvor man konkluderte med at offentlige instanser i altfor liten grad var i stand til å avdekke alvorlig vold, overgrep og omsorgssvikt mot barn, og at dette kunne ha svært alvorlige konsekvenser for barnet. Et av forslagene til tiltak var at kunnskap om å gjenkjenne og handle rasjonelt ved slike forhold måtte inn i rammeplanene for de utdanningene som kvalifiserer for

å arbeide med barn og unge. Denne læreboken er et direkte svar på forslaget og retter seg mot studenter som tar grunn-skolelærer- og barnehagelærerutdanning.

Boken er bygd opp med seks kapitler og to barneeksempler (Aksel og Anne), som er gjennomgående i alle kapitlene og bidrar til å konkretisere innholdet. Forfatteren skal ha ros for bruk av QR-koder som gjør at leseren lett kan ta frem filmer fra YouTube, som på en utmerket måte illustrerer viktige poeng. I slutten av hvert kapittel er det en oppsummering av hovedpoeng, i tillegg til refleksjonsspørsmål.

I første kapittel definerer forfatteren hva vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt er. Her gis en god innføring i tilknytningsteori og hvordan foreldre kan ivareta barns behov. Kapittel to handler om konsekvensene av vold, overgrep og omsorgssvikt. I kapittel tre stiller forfatteren spørsmålet om hva vi kan gjøre. Handlingskompetanse er det sentrale målet. Leseren får en god innføring i hvordan man skiller alvorlige saker fra de mindre alvorlige. Melding til barnevernstjenesten er et sentralt tema her.

Kapittel fire er interessant og viktig, her drøfter forfatteren viktige forhold som

hindrer oss profesjonelle i å respondere på en god måte. Diagnoser kan kamuflere dysfunksjonelle oppvekstforhold, og det er mange grunner til at barn ikke kan, tør eller ønsker å fortelle om hjemmesituasjonen.

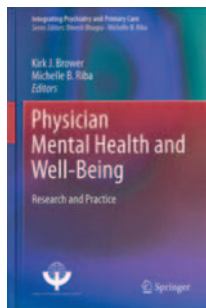
Kapittel fem handler om å snakke med barn og foreldre og inneholder mange konkrete og gode tips til hvordan dette praktisk kan gjøres. Siste kapittel er en gjennomgang av det sentrale lovverket, med vekt på det som regulerer taushetsplikt og meldepplikt.

Boken er skrevet på nynorsk og var god å lese, også for en som ikke bruker nynorsk til daglig. Den vil være egnet for leger som i sin praksis arbeider med barn. Undertegnede savnet en bredere innføring i det tverretatlige arbeidet rundt barna, og spesielt politiets og barnehusenes rolle burde ha blitt diskutert grundigere. Jeg vil likevel anbefale den til kolleger.

ARNE K. MYHRE

Overlege, Barne- og ungdomsklinikken
St. Olavs hospital

Uten mat og drikke duger helten ikke



**PHYSICIAN MENTAL
HEALTH AND WELL-
BEING**

Kirk J. Brower, Michelle
B. Ribared.
Research and practice. 326
s., tab. Cham: Springer, 2017.
Pris EUR 60
ISBN 978-3-319-55582-9

Denne amerikanske boken er skrevet for dem som har leger i behandling, og andre som får erfaring med leger med problemer. Det kan dreie seg om mentale helseproblemer, utbrenthet eller vansker med å regulere en stressende jobb og livssituasjon.

Boken har tre hoveddeler. Første del omhandler problemer blant leger slik de

presenterer seg, andre del dreier seg om underliggende kliniske problemer og den tredje delen om intervensjoner. Et kapittel om personlighet har norsk forfatter. Innvevd i noen av kapitlene finner vi kliniske vignetter som gir luft og liv til de grundige og oppdaterte forskningsreferansene som boken er spekket med. Vi blir her også informert om hvor det er behov for ytterligere forskning. Longitudinelle studier trengs for å klargjøre komplekse kausalitetsmodeller.

En grunnidé er at god pasientomsorg også betinger omsorg for legene. Vi vet at mange leger nødig søker hjelp. Forhåpentligvis kan denne utgivelsen bidra til lavere terskel for å søke hjelp og veiledning. Utover den enkelte leges situasjon vektlegger forfatterne betydningen av å arbeide med mer systematiske støtteordninger. De illustrerer også et nyere skifte i tenkningen – fra problemløsning til styrking av positive sider ved arbeidet. Intervensjoner på organisasjonsnivå blir viktige.

Jeg synes bidragsyterne tar opp viktige problemstillinger for den enkelte lege og helsevesenet som system. Mange leger

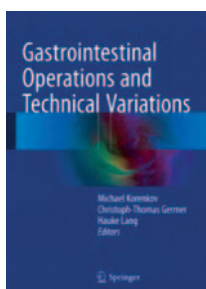
opplever det økende meningsløst å bruke mindre tid til direkte pasientarbeid og mer tid til administrativt arbeid man ikke er utdannet til. Det kan disponere for utbrenthet og andre mentale helseproblemer. Jeg synes denne boken burde vært obligatorisk kunnskap for helsebyråkrater og avdelingsledere rundt om i det ganske land.

I min tid som lege i utdanning i psykiatri ved Lovisenberg psykiatriske avdeling sa en veileder til meg at det er et paradoks at pasientarbeid tar lenger tid hvis du skynder deg. Først når du tar deg tid, skapes rom for å ta imot pasienten. På samme måte tror jeg vi kan si at det er først når søkelyset skifter retning fra effektivisering av legens arbeids-hverdag til ivaretagelse og omsorg for legene, at legen blir en god og effektiv kliniker. Dette er i tråd med budskapet i denne boken.

JAN OLE RØVIK

Ph.d., spesialist i psykiatri og avtalespesialist,
Institutt for psykoterapi,
Universitetet i Oslo

Gastrokirurgi med variasjoner over tema



GASTROINTESTINAL OPERATIONS AND TECHNICAL VARIATIONS

Michael Korenkov, Christoph-Thomas Germer, Hauke Lang, red. 444 s, tab, ill. Berlin: Springer, 2017. Pris EUR 130 ISBN 978-3-662-49876-7

Dette er en noe annerledes kirurgisk lærebok. Den tar utgangspunkt i at en kirurgisk prosedyre kan utføres under ulike vanskelighetsgrader. En kirurgisk klassifikasjon for vanskelighetsgrader på fire nivåer presenteres i innledningen, hvor nivå I er den vanlige, ukompliserte pasienten, og nivå IV er en pasient hvor de fleste kirurgiske trinn i en prosedyre vil være komplisert som følge av komorbiditet, følgetilstander og tidligere inngrep.

Vanligvis presenteres prosedyrer og inngrep gjennom et standardsett av stegvise tilnærminger mot ett ønskelig endepunkt. Dette får man også presentert i denne boken, men i tillegg har hvert inngrep flere kapitler hvor forfatteren (det vil si kirurgen) forklarer sine variasjoner av inngrepet, gitt vanskelige situasjoner som krever avvik eller modifisering av et standardinngrep. Man skal raskt erkjenne, som redaktørene sier i innledningen, at «the wonderful thing about standards is, that there are so many of them to choose from».

Temaet er gastrointestinal kirurgi, delt inn i 11 deler som delvis er sykdomsbasert (*Individual surgery for upside down stomach and antireflux surgery, Individual surgery for inflammatory bowel disease*) eller prosedyrebasert (*Individual surgery for right hemicolectomy*).

Innbindingen er fast, og papiret er solid og matt. Tabeller i grått er supplert med enkelte fargebilder i kapitlene. Enkelte figurer har tysk bildetekst og figurforklaring, noe som fint kunne vært rettet opp.

Det er ingenting om oesophagus, pancreas eller lever. Gallekirurgi er representert i to kapitler. I totalt 30 kapitler beskriver forfatterne ulike situasjoner og tilstander

i kolorektalområdet, og boken har således ikke en bred aktualitet i generell- og gastrokirurgi.

Forfatterne kommer fra flere kontinenter, bl.a. USA og Australia, og det er også et flott bidrag fra kolleger i Tromsø om laparoskopisk rektumkirurgi.

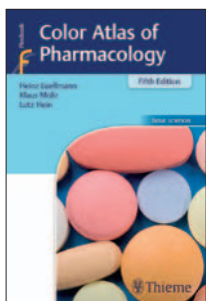
Teksten skjemmes dessverre i flere kapitler av dårlig språk, naturlig nok der forfatterne ikke har dette som morsmål. Spesielt oppleves en del av teksten å være nærmest direkte oversatt fra tysk til engelsk, noe som forlaget burde ha språkvasket før utgivelse. En del grammatiske og typografiske feil forekommer også. Boken utgjør imidlertid et interessant konsept. Alle pasienter får jo en ASA-risikokår ved operasjon, men vi gjør ikke formelt det tilsvarende for selve kirurgien. Kanskje burde vi bevisst gjøre nettopp det.

Boken er et godt supplement til vanlige kirurgiske atlas, hvor man beskriver standardprosedyrer. Nevnte skjønnhetsfeil trekker noe ned, men muligens vil dette kun utbedres og rettes opp i påfølgende utgaver.

KJETIL SØREIDE

Overlege, Gastrokirurgisk avdeling
Stavanger universitetssjukehus

Bidrag til den ultimate kollasjen



COLOR ATLAS OF PHARMACOLOGY

Heinz Luellmann, Klaus Mohr, Lutz Hein 5. utg. 444 s, tab, ill. Stuttgart: Thieme, 2017. Pris EUR 45 ISBN 978-3-13-241065-7

Dette er den femte engelske utgaven av Luellmann's Color Atlas of Pharmacology, et konsept som nylig feiret 25-årsjubileum. Prosjektets uttalte mål er at «pharmacological principles be understood, and not just memorized» og leseren skal «make sense of the facts». Den er skrevet for studenter innen medisin, odontologi, farmasi og

andre som måtte være interessert i legemidler og bruken av dem.

Boken er delt i tre deler, der den første tar for seg generelle farmakologiske prinsipper. Den andre, som omfatter rundt halvparten av boken, er inndelt etter hvor legemidler virker og noe etter hvilken virkningsmekanisme de har, og den siste delen omtaler utvalgte sykdomsgrupper.

Gjennom hele boken er den venstre siden fylt med tekst, mens den høyre er fylt med illustrasjoner. Og det er nettopp illustrasjonene som skaper begeistring hos meg. Mange av dem klarer å konkretisere dette fascinerende fagfeltet, som omhandler hvordan kroppen forholder seg til det kroppsfremmede. De gir et håndgripelig bilde av viktige molekyler som vi omgås og hvordan de påvirker oss: En kniv inn i et valmuehode, aerosoler som strømmer inn til glatt muskulatur i luftveiene, malerier produsert under LSD-påvirkning, elektronmikroskopiske bilder av hepatocytter som metaboliserer fenobarbital, en pil med kurare, strukturformler satt i sammenheng.

Alle illustrasjonene er ikke like gode og

fargene er til tider i overkant blasse. Boken er laget for å bære med seg, noe som gjør at enkelte av illustrasjonene oppleves å være forminsket for mye. Jeg savner en elektronisk løsning der man kan logge seg inn og få tilgang til bildene. Utvalget av sykdomsgrupper i tredje del kan også virke noe tilfeldig.

Men, når det er sagt, dette er bok som anbefales. Fra tyske kilder i avdelingen kan jeg bekrefte at den oppleves som nyttig også for erfarne overleger. Den inneholder ikke «Figuren med stor F», men flere gode kandidater til den ultimate kollasjen, spør du meg. Og det er ingen forsøk på noen plutselig penis (1).

TROND TRÆTTEBERG SERKLAND

Lege i spesialisering i klinisk farmakologi,
Haukeland universitetssjukehus

LITTERATUR

- Westin AA. Plutselig penis. Anmeldelse av boken: Raffa RB, Rawls SM, Beyzarov EP. Netter's illustrated pharmacology. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 2311.

Gløym meg ikkje!



FORGLEM MEG EI

Elin Marie Fredriksen
Historier om demens. 170 s, ill. Oslo: Aschehoug, 2018. Pris NOK 349 ISBN 978-82-03-29666-6

Det er kome ein del bøker der familiar står fram med forteljingar om eit familiemedlem som har fått demenssjukdom. Slike forteljingar synleggjer både gleder og sorger som den demenssjuke og pårørande kan ha.

Tittelen på omslaget og fargebileta kunne mint om endå ei pårørandebok.

Eg tok feil.

Boka er i staden ei innføringsbok i demens, med ei blanding av innførings- og oversikts-

tekstar. Fagfelt som epidemiologi, diagnostikk, forskning, institusjonsomsorg, forventingar til teknologi etc. har egne kapitler. Sjukdomen sine konsekvensar for privat- og familieliv, behovet for økonomiske og menneskelege ressursar og nødvendig omstilling i samfunnet vert framstilt med tyngd.

Tekstane er lødig skrivne, og forfattaren nyttar få framandord. Ho er tidvis beisk i kritikken av passiv institusjonsomsorg, men lét seg begeistra over tiltak som aktiviserer og inkluderer. Standardtilbod kan verta ein tragedie for mange. Det må tenkjast nytt.

Churchill skal ha sagt at krigføring er for alvorleg til å overlata til generalane. Forfattaren tykkjast seia det same om demenslidningane: Samfunnsutfordringa dei representerer overgår det som helsestell eller institusjonar kan rå med. Det er sjølve storsamfunnet som må ta regien og tilpassa seg. Talet på både dei unge og dei svært gamle demente stig. Demensprevalens aukar med alderen. Tidlegdiagnostisering av 40–60-åringar vil auka. Er det rett å stilla ein diagnose når effektiv handsaming vantar? Til no har forskning på medisinar gitt skuffande resultat og lite framgang.

Boka inneheld personlege historier der demenssjuke eller pårørande illustrerer korleis livet endra seg etter at diagnosen vart stilt. Intervjua gjer tekstane personlege og nære. Den einskilde har sin bakgrunn, personlegdom, preferansar og behov. Dei fleste historiene gjeld heimeverande eldre. Fargebilete høver til historiene, gir liv og nærleik til teksten og luft og fylde mellom tekstsavsnitta. Gjennom andletsuttrykk, klesdrakt og positur trer personlegdomane fram.

Boka fungerer både for lek og lærd. Den som arbeider med demenssjuke får ny påminning om å tilpassa eiga åttferd og egne tiltak. Ho både illustrerer og provoserer. Tekstane er ikkje djupe eller inngående nok til å kallast lærebok. Likevel set ho problemstillingane i perspektiv og lyftar blikket utover. Boka kan gi samfunnsplanleggarar, politikarar og administratorar bakgrunnskunnskap til å fatta avgjerder.

Skulle heile landet vore ein stor demenslandsby?

ASLAK BRÅTVEIT

Sjukeheimslege, Finnøy kommune

Ny og nyttig ordbok



MEDISINSK-BIOLOGISK ORDBOK

Steinar Risnes
Latin-gresk-norsk. 861 s. Oslo: Cappelen Damm, 2018. Pris NOK 795 ISBN 978-82-02-40340-9

Det har i mange år vært tre større norske medisinske ordbøker på markedet. I 1988 lanserte Samlaget en nynorsk ordbok som er kommet i en rekke utgaver. Senere har Kunnskapsforlaget og Gyldendal utgitt tilsvarende på bokmål. Nå foreligger en fjerde.

Den nye har tittelen *Medisinsk-biologisk ordbok*, og ifølge Cappelen Damm forlag er

den beregnet på «alle med behov for mer kunnskap om nomenklaturen innen medisin og biologi». Boken skal være den mest omfattende i sitt slag i Skandinavia. Den «vil være nyttig for studenter og yrkesutøvere innen medisin, odontologi, veterinærmedisin, farmasi, mikrobiologi, fysioterapi, psykologi, botanikk, zoologi, kjemi/biokjemi, samt andre helsefag og biologiske fag», står det på vaskeseddelen. Målgruppen er altså bred. De fleste oppslagsordene er medisinsk relevante, men det dukker også opp slike som er beregnet for andre, så som hystrix (hulepiggsvin), panicum (hirse) eller vaccinium (blåbær).

Forfatteren skriver i forordet at det finnes et rikt utvalg av ordbøker innen de aktuelle fagfeltene, men få som tar utgangspunkt i de rent latinske termene. Av bokens 860 sider er nemlig hoveddelen (85 %) en latinsk-norsk ordbok med over 20 000 oppslagsord. Den gresk-norske ordlisten er til sammenligning på bare 50 sider. Hele ordboken hviler altså på dette: Oppslagsordene er skrevet på latin. Selv om forfatteren argumenterer for den latinske nomenklaturens levedyktighet,

må jeg innrømme at ideen følte fremmed. Ettersom jeg har arbeidet mer med ordboken er skepsisen blitt mindre. Man venner seg fort til det. Dessuten inneholder stort sett hver artikkel en fornskret versjon av det latinske oppslagsordet. Imidlertid vil man lete forgjeves etter sykdomsnavn som ikke finnes på latin, slike som aids, kols eller kronisk utmattelsessyndrom.

Boken er flott utstyrt med stive permer og god papirkvalitet. Teksten er ryddig ordnet i to spalter per side, og oppslagsordene er skrevet med blå skrift, som gjør det lett å orientere seg.

Forfatteren Steinar Risnes er pensjonert professor ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo. Han skriver at boken er blitt til over et langt tidsrom. Det kan man forstå. Det må ligge et stort og tidkrevende arbeid bak. Det er grunn til å gratulere forfatter, fagmiljø og forlag med dette fine tilskuddet til den norske ordbokfloraen.

ERLEND HEM

Tidsskriftet

Legejobber



Foto: Thinkstockxxxx

12

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.

KOMMUNALE LEGESTILLINGER



Alvdal kommune

Kommunelege 2

Jobb som lege i Alvdal kommune

Ledig fast 100 % stilling som kommunelege 2. Stillingen vil ha fastlegevirksomhet i 80 % og kommunale legeoppgaver i 20 % av stillingen, tilsynslege sykehjem. Stillingen inngår i den interkommunale legevaktsordningen med 15 delt vakt.

Krav til kompetanse

- Norsk autorisasjon som lege og gjennomført turnustjenest
- Spesialist i allmenntillegisin eller påbegynt spesialisering
- Gode norskkunnskaper både muntlig og skriftlig
- Faglig engasjement og dyktighet vektlegges
- Personlig egnethet, stabilitet og god arbeidsmoral vil bli tillagt stor vekt

Personlige egenskaper:

- Søker må ha gode samarbeidsevner, være strukturert og ansvarsbevisst
- Fleksibel og positiv
- Evne til å arbeide effektivt, selvstendig og ha god formidlingsevne

Vi tilbyr:

- Et veldrevet, velutstyrt kontorfellesskap i lyse og trivelige lokaler med godt arbeidsmiljø og mye humor
- Dyktig og stabil medarbeiderstab
- Gode fastlønnsbetingelser
- Gode pensjonsordninger
- 1 uke ekstra ferie per år
- Kommunal vakt bil under legevakt

Søknadsfrist: 10.09.2018

Legejobber

TIDSSKRIFTETS STILLINGSPORTAL

Norges mest komplette oversikt over ledige legejobber

Her finner du ledige stillinger i offentlig og privat sektor, i alle helseforetak og kommuner i Norge

Få varsling på e-post om nye, relevante jobber

legejobber.no

 Tidsskriftet



Dønna kommune

Dønna kommune er en frodig øykommune på Helgeland. Her bor og trives 1.400 innbyggere. Vi har gode forhold for jakt, fiske og friluftsliv. Regionssenteret Sandnessjøen er en liten fergetur unna.

Kommunelege 1 (fastlønnnet, 100%)

Vi søker en engasjert og dyktig lege med gode kommunikasjons- og samarbeidsevner.

Kommunelege 1 er leder for tjenesten som omfatter kommunens legetjeneste med legevakt, helsestasjon, rus- og psykisk helse, samt legetjeneste for sykehjemmet.

Det er ca 1300 listepasienter ved kontoret. Kontoret benytter CGM som journalsystem.

Fullstendig utlysning ligger på kommunens nettside. Kommunen er behjelpelig med bolig.

Arbeidsoppgaver:

- Ledelse av enheten og arbeid som fastlege
- Deltakelse i legevakt (Inormalt 6-delt vakt)
- Medisinsk faglig rådgiver for kommunen

Krav til kompetanse:

- Norsk autorisasjon som lege. Søkere må ha fullført turnustjeneste eller fått godkjent tilsvarende tjeneste som gir mulighet for å praktisere som fastlege.
- Ønskelig med erfaring fra tilsvarende arbeid

ALLMENNEMEDISIN



SØKER SPESIALISTER MED OG UTEN AVTALE

Nytt, stort og tverrfaglig legesenter midt i hjertet av Bjørvika i Oslo. Meget moderne lokaler med svært sentral beliggenhet og utmerket eksponering. Vi søker nå flere spesialister med og uten offentlig avtale samt fastleger med hjemmel. Mulighet for heltids- og deltidstillinger samt fleksible løsninger.

Se fullstendig utlysningstekst på Legejobber.no. Ta gjerne direkte kontakt for mer informasjon.

Søknadsfrist: snarest
Kontakt:

Frederic Rivelsrud
+47 95158482

rivelsrud@klinikkbarcode.no

www.klinikkbarcode.no



Herøy kommune – ett hav av muligheter

Kommunelege 2 med fast lønn

Herøy kommune ligger på Helgelandskysten, midt i Norge. Kommunalt tilsatt i 100 % stilling.

Legevakt er for tiden 6-delt hjemmevakt og er i samarbeid med nabokommunen Dønna.

Hegelandssykehuset har legevaktsformidlingen for kommunene.

Fullstendig utlysning: www.heroy-no.kommune.no og www.heroyfjordingen.no. For

opplysninger om stillingen, ta kontakt med kommuneoverlege Audun Dyrhaug Hov tlf; 750 68 050 eller kommunalleder Siv Nilsen. tlf; 482 01 382

Søknadsfrist 07.09.2018



Giske kommune

Fastlegeheimel

med listestorleik 1000 og 10,67 % kommunalt arbeid som tilsynslege knytt til sjukeheimplassar. For fullstendig utlysningstekst, sjå; www.legejobber.no

Søknadsfrist: 25.09.2018

OFFENTLIGE LEGESTILLINGER



Mandal kommune

Fastlegevikariat Halse legesenter

Ledig 2.1.-10.11.19. Legesenteret har 6 fastleger og stabile og dyktige medarbeidere. Senteret er velorganisert og har en godt utstyrt lab og ultralyd. Det er for tiden ca 1250 pasienter knyttet til aktuell hjemmel. Deltakelse i interkommunal legevakt forutsettes. Det kreves norsk legeautorisasjon og fullført norsk turnustjeneste (eller tilsvarende), rett til trygderefusjon, gode samarbeidsevner, interesse for allmenntmedisin og god norsk framstillingsevne skriftlig og muntlig. Ved tilsetning kreves ny politiattest. For øvrig skjer tildelingen i henhold til gjeldene lover, forskrifter og avtale-verk. Fullstendig utlysningstekst, kontaktinformasjon og søknadsskjema på www.mandal.kommune.no, st.-ID

Søknadsfrist: 25.09.2018

ARBEIDSMEDISIN

Helse & sikkerhet SA
Mo i Rana

Bedriftslege/Arbeidsmedisiner

Ledig 100% stilling som Bedriftslege/Arbeidsmedisiner Offentlig godkjent bedriftshelsetjeneste med sterk tilknytning til industrimiljøet i Mo i Rana. 2 faste bedriftslegestillinger som jobber tverrfaglig med 7 andre faggrupper. Varierte arbeidsoppgaver som helsekontroller, helseovervåkning, arbeidsmedisinsk poliklinikk og utredninger, skadebehandling, medisinsk behandling, kurs og opplæring. Kvalifikasjonskrav: Autorisasjon som lege i Norge, interessert i arbeidsmedisin/ spesialist i arbeidsmedisin. Søknad med CV sendes tove.michalsen@hesi.no

Søknadsfrist: 14.09.2018

Lunden legesenter
Ledig fastlegehjemmel

ID: 18986
Se fullstendig utlysningstekst på www.flekkefjord.kommune.no

Søknadsfrist: 30.09.2018

PSYKIATRI

MODUMBAD 
- en kilde til liv

Lege i spesialisering
Psykiatrisk poliklinikk

Poliklinikken har ledig ettårig vikariat i 100 % stilling for lege i spesialisering.

Tiltredelse: 01.12.18

Søknadsfrist: 18.09.18

Kontaktpersoner:

Avd.leder Eli Tove Myrdal,
tlf. 32 74 98 70/934 26 746.
Fagdirektør Ingunn Amble,
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

Legejobber

TIDSSKRIFTETS STILLINGSPORTAL

FORSKJELLIGE STILLINGER



Fylkesmannen i Oslo og Akershus

Fylkesmannen er statens representant i fylkene. Vi bidrar til at Stortingets og regjeringens mål og retningslinjer blir fulgt opp i regionen og vi ivaretar innbyggernes rettssikkerhet.

Ledig fast stilling som assisterende fylkeslege

Ved Helseavdelingen er det ledig fast stilling (100%) som assisterende fylkeslege

Vi søker fortrinnsvis etter lege som er spesialist i barnesykdommer eller gynekologi og fødselshjelp, men søkere med spesialitet innen generell kirurgi, ortopedi og anesthesiologi oppfordres også til å søke. Vi legger vekt på bred klinisk erfaring.

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til: fung. seksjons-sjef Kirsti Haakens tlf.: 22 00 37 12 / 472 97 633. fmoakha@fylkesmannen.no, eller fylkeslege Jan Petter Odden tlf.: 930 37 023 fmoajod@fylkesmannen.no.

For fullstendig kunngjøring og elektronisk søknadskjema, se vår nettside: https://www.fylkesmannen.no/Oslo-og-Akershus/Ledige_stillinger

Søknadsfrist 23. september 2018

Legeløbbene



VIKARIAT I PRIVAT PRAKSIS

Vikar for fordøyelsesspesialist.

Vikar for fordøyelsesspesialist i avtalepraksis i Oslo søkes 100% i forbindelse med sykdom fra dagens dato og foreløpig frem til 31082018. Søker må være godkjent spesialist i fordøyelsessykdommer. Praksisen

har 100% driftsavtale med Helse Sør-Øst, avtaleklasse 3.

Praksisen holder til i Trondheimsveien 184 i nye og lyse lokaler.

Praksisen er en nyopprettet solopraksis som ble etablert 01012017.

I løpet av 2017 har vi hatt en betydelig pasienttilstrømning og utført blant annet over 900 endoskopier.

Praksisen benytter System X journalsystem og har etablert elektronisk tilkobling via NHN med de fleste henvisende leger og med byens hovedsykehus. Alle innbetalinger skjer via bankkort terminal.

Praksisen benytter kun Olympus exera endoskopi utstyr (uten 'scopeguide') og vi har god instrumentpark med til enhver tid 3 gode gastroskop og 3 coloskop (inkl. ett barneskop). I tillegg

har vi 3 stk. reserveskop av begge type. Vi benytter 2 EDT vaskemaskiner med dobbel skopvask.

Skriftlig søknad med CV og referanser vil bli vurdert fortløpende og kan sendes til desmjole@online.no

Kontakt: dr. med. Desmond O'Leary, Tlf: 47304402, desmjole@online.no

Kontakt: dr. med. Desmond O'Leary, Tlf: 47304402, desmjole@online.no

LEDIGE STIPENDIER – LEGATER – FOND

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

Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin

FOU-seksjonen søker etter

Forskningsleder / seksjonsleder

Fast 100% stilling.

Nærmere opplysninger: Konstituert seksjonsleder Kristin Tømmervik, tlf. +47 924 48 705 eller e-post kristin.tommervik@stolav.no

Søknadsfrist: 30. september 2018

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobsøk, deretter ledige stillinger, der vil du også finne fullstendige utlysningstekster.

Vi ønsker ikke kontakt med telefonselgere!



frantz.no



**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 legeföreningen@legeföreningen.no.

Søknader som kommer etter søknadsfristen vil ikke bli vurdert.

DIVERSE ANNONSER



**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.

Legejobber

TIDSSKRIFTETS STILLINGSPORTAL

Norges mest komplette
oversikt over ledige
legejobber

Har du lyst til å jobbe som sensor ved profesjonsstudiet i medisin?

Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, søker etter sensorer til følgende eksamener:

- MED2200 (modul 2) muntlig - Anatomi
- MED2200 (modul 2) strukturert muntlig - Propedeutikk, anesthesiologi, atferdsfag og etikk
- MED3300 (modul 3) muntlig klinisk - Indremedisinske fag, kirurgiske fag eller fysikalsk medisin og rehabilitering
- MED3300 (modul 3) muntlig klinisk - Hud- og veneriske sykdommer eller patologi
- MED6800 (modul 8) muntlig klinisk - Indremedisin, Allmenmedisin, Kirurgi

Stillingene gjelder for 1 år, med mulighet for 3 års forlengelse. Sensor må være lege med norsk autorisasjon. Sensor skal være en ekstern person og kan ikke ha ansettelsesforhold ved fakultetet utover sensorstillingen(e). For muntlige eksamener er det ønskelig at sensor ikke er spesialist i fagfeltet det eksamineres i. Karakterskalaene som benyttes er: Bestått – Ikke bestått og bokstavkarakterer A-F.

Arbeid som sensor for medisinstudenter teller med 1 poeng/45 min (inntil 60 poeng) for spesialistutdanning i Allmenmedisin.

Vi gjør oppmerksom på at det ikke er anledning til å la selvstendig næringsdrivende fakturere UiO for arbeid som er en del av UiOs normale virksomhet, herunder sensur, undervisning og veiledning. Alt må utbetales som lønn. UiO refunderer ikke reiseutgifter eller parkeringsutgifter i forbindelse med sensoroppdrag.

Søknad med CV sendes til postmottak@medisin.uio.no eller Det medisinske fakultet, Studieseksjonen, Postboks 1078 Blindern, 0316 Oslo **innen 23.09.18** (referanse: 2018/9546).

Spesifiser hvilke eksamener du er interessert i.

For fullstendig utlysningstekst, se ledige stillinger på: <https://www.uio.no/om/jobb/>



Tidsskriftet på Twitter

FØLG OSS PÅ @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

Utdanning i DBT



Kull 11
starter i Oslo
**14. januar
2019**

Dialektisk atferdsterapi (DBT):

- er en evidensbasert terapiform
- er utviklet for pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsproblematikk

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) tilbyr et komplett utdanningsforløp på norsk

Søknadsfrist:
1. november 2018

Les mer på www.dbt.no



UiO : **Universitetet i Oslo**



DBT DIALEKTISK
ATFERDSTERAPI

NSSF

Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging

HVOR ER MEDISINEN PÅ VEI?

**Filosofisk Poliklinikks jubileumseminar,
universitetsaulaen i Bergen, lørdag 15.
september 2018**

Medisinere, filosofer, studenter og kunstnere innleder til ærlig, leken og utforskende dialog om:

- Hva slags selvforståelse har moderne mennesker fått fra medisinen – og hva så?
- Teknologioptimisme skaper fremskritt – men hva skjer med tenkningen om alt som ikke kan fikses?
- Kropp og sinn er ett! Erfaring, følelser, biologi og helse
- God profesjonsutdanning, hva er det? Praktisk klokskap, pedagogikk og profesjonalitet

Arrangementet er støttet av Fritt Ord.
Pris kr 200/350 med lunsj!

Program og påmelding: www.filpol.no

Hyponosekurs Trondheim, 22.-23. Nov 2018.

Spennende praktisk kurs med innføring i metoden.klinisk hypnose og bruksområder som:

Stress – Smerter – Psykosomatikk – Angst – Depresjon

Kurset er godkjent for spesialitetene

Kursansvarlig Dr. Gunnar Rosén, tlf.: 900 39 441.
Gunnar@hyponoseforeningen.no.

Info og påmelding: www.hyponoseforeningen.no

Påmeldingsfrist: 26 Okt.

Legejobber

TIDSSKRIFTETS STILLINGSPORTAL

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.



Strakstiltak for en fastlegeordning i krise



MARIT HERMANSEN
PRESIDENT

Rakner fastlegeordningen, vil det få store konsekvenser for hele helsetjenesten.

Fastlegeordningen er i krise. Over hele landet melder kommuner om sprengt kapasitet og store problemer med å rekruttere fastleger. Arbeidsbelastningen har ført til en økende rekrutteringskrise. Fastlegeordningen er grunnmuren i helsetjenesten og står for nesten 90 prosent av alle konsultasjoner. Rakner fastlegeordningen, vil det få store konsekvenser for hele helsetjenesten.

På Legeforeningens landsstyremøte i mai graderte helseministeren farevarselet til 6 på en kriseskala fra 1–10. På Arendalsuka i august innrømmet han at han har gjort for lite, for sent. Det er nye takter fra departementets øverste leder. Men skal Staten klare å snu den negative utviklingen, må det vises langt mer handlekraft enn vi har sett til nå.

Vårens Normaltariff-forhandlinger var en gylden anledning for staten til å skape ny optimisme blant fastlegene. Sånn ble det ikke. Staten ville ikke imøtekomme Legeforeningens krav. Vi ble møtt med nok en forskyvning av problemet. For første gang på 17 år ble det ingen sentral avtale mellom staten, Legeforeningen og KS.

Regjeringen har fremhevet trepartssamarbeidet og evalueringen av fastlegeordningen som viktige tiltak. Legeforeningen har lenge etterlyst dette samarbeidet for å diskutere utvikling av fastlegeordningen, og mer kunnskap er alltid nyttig. Men mye vet vi allerede. Vi trenger ikke evaluere det åpenbare. Ferske tall fra Helsedirektoratet viser at antall konsultasjoner hos fastlegene økte med 11 prosent fra 2010–2016 (1). Tidsbruksundersøkelsen viser ekstraarbeid for fastlegene tilsvarende nesten 700 årsverk. En fastlege jobber nå 55,6 timer i gjennomsnitt

i uken. At fastleger jobber én hel arbeidsdag mer i uka, viser tydelig at det ikke er samsvarende mellom kapasitet og oppgaver.

Vi kan ikke skyve alle tiltak langt inn i framtida; etter at alle utredninger og evalueringer er ferdigstilt. Historiene fra fastleger og kommuner over hele landet, viser at det haster. Skal vi garantere for en stabil fastlegetjeneste til hele befolkningen, må vi rekruttere nye fastleger og beholde de som står i tjenesten i dag. Da må fastlegene få en arbeidshverdag som er til å leve med. Legeforeningens landsstyre samlet seg i år om en resolusjon for en tjeneste i krise. Vi er krystallklare på hvilke strakstiltak som må på plass:

Unge fastleger må sikres grunntilskudd ved etablering av ny praksis. Medisinstudentene må ha minst ti ukers praksis i primærhelsetjenesten. Den ukontrollerte oppgaveoverføringen fra ulike aktører må stanses. Listelengden må ned, og finansieringen og den sosiale sikkerheten må styrkes. Myndighetene legges til rette for en årlig rekruttering av minst 500 fastleger i spesialisering.

I oktober legges statsbudsjettet for 2019 frem. Her må regjeringen og Stortinget ta ansvaret for en ordning alle er enige om er i krise. Fastlegene forventer ikke at alt løses over natten. Men det er behov for optimisme og håp. Det krever handlekraft.

LITTERATUR

- 1 <https://helsedirektoratet.no/nyheter/stadig-flere-gar-til-legen-og-vi-gar-oftere-enn-for>

En av seks medlemmer har opplevd seksuell trakassering

I kjølvannet av #metoo-kampanjen har det vært stor oppmerksomhet omkring seksuell trakassering som et arbeidsmiljøproblem i ulike yrkesgrupper. Legeforeningen ønsket derfor å kartlegge erfaringer hos sine medlemmer.

Undersøkelsen dekker yrkesaktive og studentmedlemmer og ser på seksuell trakassering på tre arenaer: i jobbsammenheng, i studiesammenheng og på arrangementer i regi av Legeforeningen.

Med utgangspunkt i likestillings- og diskrimineringsloven, ble følgende definisjon av seksuell trakassering brukt i undersøkelsen: *Enhver form for uønsket seksuell oppmerksomhet som har som formål eller virkning å være krenkende, skremmende, fiendtlig, nedverdiggende, ydmykende eller plagsom.* Det ble stilt spørsmål om både fysisk, verbal og ikke-verbal seksuell trakassering.

Her presenteres hovedresultatene fra undersøkelsen. Prosenttallene viser andel som svarte bekreftende på ulike spørsmål.

Omfang

Totalt 16 prosent av yrkesaktive medlemmer svarte at de har blitt utsatt for seksuell trakassering på arbeidsplassen eller jobbrelaterte arrangementer i løpet av karrieren. Andelen er høyere blant kvinnelige (22 prosent) enn blant mannlige (8 prosent) leger. Av de som har opplevd seksuell trakassering (16 prosent), oppga fire av ti at dette har skjedd i løpet av de tre siste årene. En like stor andel svarte at det skjedde for sju år eller lenger siden. Det er stor sammenheng mellom alder og utsatthet; yngre leger er langt mer eksponert for seksuell trakassering i jobbsammenheng enn sine eldre legekolleger.

Medlemmene rapporterer om ulike former for seksuell trakassering: Verbal trakassering er mest vanlig, 83 prosent har opplevd dette. 58 prosent har opplevd fysisk trakassering, mens 53 prosent svarer at den seksuelle trakasseringen var av ikke-verbal karakter. Ofte er det en sammenheng mellom de ulike formene. Halvparten oppgir at



GJELDER BEGGE KJØNN: Yngre kvinnelige leger og studenter er mest utsatt for seksuell trakassering, men også mannlige leger og studenter opplever det. Illustrasjonsfoto: Colourbox

de har vært eksponert for alle tre trakasseringsformene, noe som gjør omfanget enda mer alvorlig. Leger som jobber i spesialisthelsetjenesten er mest utsatt for seksuell trakassering, mens de som arbeider i primærhelsetjenesten er mindre eksponert (73 prosent versus 21 prosent). Det er bare 209 personer som opplyser at de jobber innen akademien, og kun tre prosent av disse har opplevd seksuell trakassering i jobbsammenheng.

Nesten fire av ti trakasseres av sjefen

På spørsmål om hvem som utsatte dem for seksuell trakassering i jobbsammenheng, svarte 58 prosent at det var en legekollega, 37 prosent at det var en leder/sjef, 28 prosent at det var en pasient, mens 26 prosent svarte «annet helsepersonell». Blant dem som var blitt seksuelt trakassert av en legekollega, oppga hele 71 prosent at vedkommende var en overordnet.

Mange har opplevd seksuell trakassering flere ganger i løpet av karrieren. 17 prosent svarte at det har skjedd én gang, 38 prosent at det har skjedd to til tre ganger, mens 46 prosent svarte at det har skjedd fire ganger eller mer. To av tre har vært utsatt for

seksuell trakassering fra minst to personer. I de aller fleste tilfellene var det en person av motsatt kjønn som trakasserte seksuelt (95 prosent). Nesten tre av ti svarte at den eller de som trakasserte dem var påvirket av alkohol.

Majoriteten unnlater å melde fra!

Blant yrkesaktive medlemmer som har opplevd seksuell trakassering, er det kun 14 prosent som har meldt fra til noen om det som skjedde. Disse har meldt fra til nærmeste leder (53 prosent), en kollega (38 prosent), øverste ledelse på arbeidsplassen (16 prosent) og/eller tillitsvalgt i Legeforeningen (14 prosent). Kun fire av ti saker ble fulgt opp i etterkant. Av disse var to av tre fornøyd med måten saken ble håndtert på. Hovedbegrunnelsene for ikke å ha meldt fra var at de ikke anså hendelsen som alvorlig nok (46 prosent), ikke ønsket å gå videre med hendelsen (27 prosent), håndterte det selv og sa fra til den det gjaldt (27 prosent), ikke hadde tro på at de kunne få nyttig hjelp (25 prosent), samt frykt for konsekvensene det ville få for dem selv (24 prosent). Hvem som står bak trakasseringen kan ha betydning for om man melder fra eller ikke. Leger

som har blitt trakassert av en annen legekollega (som oftest en overordnet legekollega), er de som i minst grad har meldt fra om det som skjedde.

Studentmedlemmene

Blant studentmedlemmene er det totalt 12 prosent som oppga at de har blitt utsatt for seksuell trakassering i studiesammenheng. Kvinnelige studenter rapporterer i større grad at de har blitt utsatt for dette (15 prosent) enn mannlige studenter (5 prosent). Studenter tilknyttet et studie- eller utlandet rapporterer i større grad om seksuell trakassering (17 prosent) enn studenter i Norge (10 prosent). Også studentene har opplevd ulike former for seksuell trakassering: verbal er mest vanlig, 89 prosent har opplevd dette. 34 prosent har opplevd fysisk trakassering, mens 44 prosent svarer at trakasseringen var av ikke-verbal karakter.

Det er oppsiktsvekkende at det i tre av fire tilfeller var underviser/praksisveileder som trakasserte seksuelt. Ellers svarer 35 prosent at en medstudent sto bak, og like mange svarer at de ble trakassert av en pasient. Av de som har blitt utsatt for seksuell trakassering i studiesammenheng, oppga drøyt åtte av ti at dette har skjedd flere ganger, og sju av ti at flere personer har stått bak trakasseringen. I drøye ni av ti tilfeller var den som trakasserte av motsatt kjønn. En av ti oppga at vedkommende var påvirket av alkohol. Av medisinstudentene som har opplevd seksuell trakassering, oppga 13 prosent at de har meldt fra. Seks av ti oppga at grunnen for ikke å ha meldt fra var at de ikke anså hendelsen for å være alvorlig nok. Nærmere fire av ti oppga at de ikke trodde de kunne få nyttig hjelp, eller at det ikke finnes rutiner for å varsle om slike saker på studiestedet.

Undersøkelsen om seksuell trakassering blant Legeforeningens medlemmer ble gjennomført av Fafo i perioden 24. april – 16. mai 2018. Den ble sendt til alle yrkesaktive medlemmer og studentmedlemmer. Totalt 8 657 besvarte undersøkelsen, noe som gir en svarprosent på 36.



Figur 1 Konsekvenser av den seksuelle trakasseringen (N=1380)

Arrangementer i regi av Legeforeningen

I undersøkelsen svarte kun 1,4 prosent (117 personer) at de har blitt utsatt for seksuell trakassering på arrangementer i regi av Legeforeningen. Undersøkelsen har imidlertid ikke informasjon om hvor mange som faktisk har deltatt på slike arrangementer. Av de som har blitt utsatt for seksuell trakassering på slike arrangementer, mente 69 prosent at den som trakasserte var påvirket av alkohol. Ni prosent opplyser at de meldte fra om det som skjedde.

Konsekvenser

Medlemmer som har opplevd seksuell trakassering i jobb- eller studiesammenheng ble presentert for en liste med mulige konsekvenser dette har hatt for dem. Det var mulig å oppgi flere konsekvenser. (Se figur 1).

Nærmere seks av ti oppgir at det ikke har hatt noen spesielle konsekvenser, men for de øvrige har trakasseringen fått konsekvenser. Skyld- og skamfølelse samt nedstemthet er det som flest oppgir.

Yngre kvinner mest utsatt

Hva angår seksuell trakassering i jobb- og studiesammenheng, tegner undersøkelsen

et bilde av at yngre kvinnelige leger og studenter er mest utsatt, men at også mannlige leger og studenter opplever det. Undersøkelsen bekrefter at seksuell trakassering ofte skjer i asymmetriske maktforhold; i flertallet av tilfellene var den som trakasserte en overordnet legekollega og/eller leder/sjef, eller en underviser/praksisveileder. Nærmere fire av ti svarte at den som trakasserte var en leder/sjef. Det må anses å være svært høyt, og uttrykker et betydelig problem hva angår eksponering for seksuell trakassering blant Legeforeningens medlemmer. Det er kun et fåtall som har meldt fra om det som skjedde. Færrest meldte fra i de tilfellene det var en legekollega som trakasserte, ofte er denne legekollegaen en overordnet. Hovedbegrunnelsen for ikke å si fra er at de selv ikke anså hendelsen som alvorlig nok. Flere opplever skyld- og skamfølelse samt nedstemthet som følge av den seksuelle trakasseringen de har blitt utsatt for.

MONA BRÅTEN
Mona.Braten@fafo.no
Forsker i Fafo

Populære medlemsmøter

Sosiale og faglige treffpunkter er viktige i en lokalforening. Hordaland legeförening har funnet en form som engasjerer medlemmene.

Legene foretrakk årsmøte med foredrag av Hans-Wilhelm Steinfeld fremfor andre aktiviteter en solfylt dag i juni. Over 100 medlemmer og deres familier hadde funnet veien til Legenes hus i Kalfaret i Bergen, der både små og store hygget seg med grillmat i en uformell ramme, før årsmøte og foredrag. Steinfeld fortalte om sin tid som utenrikskorrespondent og om utviklingen i Russland.

– Dette arrangementet er blitt en tradisjon. Det er uformelt og du treffer kolleger, forteller leder Gunnar Ramstad.

Ramstad påpeker at det er viktig at medlemmene finner samlingspunkter hvor de kan ha med familien og ha en hyggelig stund sammen.

– Samtidig ønsker vi at de skal få påfyll gjennom interessante foredrag, sier han og legger til at han synes det er hyggelig som leder å oppleve at medlemsmøtene fanger medlemmenes interesse.

Tidligere dette året hadde de blant annet et godt besøkt møte med tema Sykdom og kunst der Ole Didrik Lærum og Jon Geir Høyersten var foredragsholdere.

– Det er morsomt når vi opplever at vi treffer med temaene, sier han.

Legenes hus – et samlingssted

Ramstad understreker at de ønsker å bruke Legenes hus i Bergen så mye som mulig.

– Vi ønsker at det skal være et naturlig samlingspunkt for medlemmene, og vi ser også at flere nå legger merkedager som bryllup og 50-års markeringer til huset. Det er hyggelig.

Et annet årvisst arrangement med stor oppslutning, er den årlige juletefesten i januar. Hit kommer medlemmer både med barn og barnebarn.

– Jeg tror ikke man skal undervurdere betydningen av slik uformell og hyggelig kontakt mellom kollegene, sier han.

God informasjon

– Styret behandler en rekke saker som legges frem på årsmøtet, men skal jeg trekke frem noen spesielle, vil jeg nevne ansettelsen av administrasjonskonsulent Therese Sæby



ENGASJEMENT OG BEGEISTRING: Tidligere utenrikskorrespondent i NRK Hans-Wilhelm Steinfeld (t.h) og leder Gunnar Ramstad skapte entusiasme på årsmøtet i Hordaland legeförening. Foto: T. S. Strand

Strand, sier Ramstad. – Vi erfarer at hun har bidratt mye for aktiviteten. Hun forbereder saker, følger opp vedtak og er sekretær for flere utvalg. Dette gir resultater.

Ramstad forteller at foreningen prioriterer å bruke ressurser på å sørge for at medlemmene er godt orientert om hva styret og yrkesforeningene i Hordaland er opptatt av. Medlemsbladet Paraplyen har funnet en form som de opplever dekker behovet på en god måte. Dagsaktuell informasjon bruker styret hjemmesiden til.

– Vi mottar gode tilbakemeldinger og er svært godt fornøyd med redaktøren, sier foreningslederen.

Utfordringer i allmennpraksis

Rekrutteringssituasjonen til allmennpraksis er krevende også i Hordaland. Ramstad mener det er viktig å se resultatene av ALIS-Vest prosjektet, hvor yngre allmennleger blant annet har kortere lister og får veiledning til spesialiteten etter et strukturert løp. Hordaland legeförening er representert i prosjektet som er ett av flere tiltak som vurderes nasjonalt for å sikre tilgang av nye leger i allmennpraksis.

– Vi må se på ulike modeller for å finne en variasjon av driftsformer som tiltrekker yngre leger til allmennmedisin, sier han.

Ramstad forteller at de nettopp for å få yngre leger til å se det positive med allmennpraksis, har arrangert kurset *Drift av allmennpraksis*. Kurset vil også bli arrangert i november 2018 og i februar 2019.

– Vi erfarer at mange trenger å vite mer om hvordan man faktisk kan drifte en allmennpraksis på en effektiv måte. I stedet for at folk skal sitte på sin egen tue å gjøre erfaringer, har vi samlet de beste til å formidle hvordan de løser problemer, sier han.

Regionutvalg Vest

Ramstad påpeker også at det er svært bra at Regionutvalg Vest nå fungerer. Utvalget har møtt ledelsen for Helse Vest i Stavanger og ledelsen for Helse Førde i Førde. Det har også vært på besøk hos den danske legeföreningen for å høre om deres erfaringer, samtidig som de har fått demonstrert et nytt datasystem som sykehusene på Sjælland har tatt i bruk.

– Dette tegner bra for at de kan fylle sin rolle på en god måte, sier Gunnar Ramstad.

ELLEN JUUL ANDERSEN

ellen.juul.andersen@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling

Vil ha mer samarbeid i og mellom laboratoriefagene

– Er det en ting jeg vil fremheve i vår forening, er det evnen og viljen til samarbeid på tvers av foretak og laboratorier, sier Andreas Austgulen Westin, leder av Norsk forening for klinisk farmakologi (NFKF).

De kliniske farmakologene står til knes i oppgaver de ønsker å ivareta i og utenfor laboratoriene, men er bare 80 yrkesaktive medlemmer.

– Det legger noen begrensninger, men jeg er imponert over hva dedikerte farmakologer faktisk klarer å få til, sier Westin.

– For å kunne tilby tjenester med høy kvalitet innenfor både legemiddelanalyser, rusmiddeltesting, legemiddelrådgivning, legemiddelkomitéarbeid, forskning og kvalitetsforbedring, undervisning og sakkyndig virksomhet – for å nevne noe – med så knappe ressurser, er vi helt avhengig av at fagmiljøene samarbeider godt. Derfor, og kanskje enda mer fordi det er gøy, så samarbeider vi, understreker Westin.

Besøkt 2 030 fastleger

En av suksesshistoriene innen nasjonalt samarbeid er informasjonsmetoden KUPP (kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter). De går ut på at en klinisk farmakolog eller farmasøyt formidler informasjon til fastleger i en-til-en-samtaler på legens kontor.



Andreas Westin leder Norsk forening for klinisk farmakologi. Foto: Privat



STORFAMILIEN: Stemningen er god og latteren sitter løst når farmakologene treffes på NKFS årsmøter. I 2018 fyller foreningen 30 år og engasjementet og stå-på-viljen har aldri vært større. Foto: Andreas Westin (med selvutløser)

Besøkene har predefinerte fokusområder som «Riktigere bruk av NSAIDs» eller «Riktigere bruk av antibiotika». Til nå har 2 030 fastleger i Norge mottatt slikt besøk. Besøkene er vist å endre legenes forskrivningspraksis, og KUPP har nå fått egen post på 3 millioner kroner på statsbudsjettet for 2018.

– Dette er vi stolte av. Det er klinisk farmakologi med stor K, sier Westin med et smil.

Farmakologiportalen

– Et annet samarbeidsprosjekt vi er stolte av er Farmakologiportalen, sier han.

Portalen er en felles nettside der alle laboratorier som tilbyr legemiddel- og rusmiddelanalyser i Norge presenterer sitt repertoar. Den har vist seg å være et glimrende utgangspunkt for samarbeid, ikke minst med tanke på nasjonal standardisering av analysenavn, benevninger, kodebruk og referanseområder. Flere konsensusrapporter er publisert i Tidsskriftet.

Fremtidsvisjonen

– Det vi virkelig trenger nå er mer samarbeid på tvers av laboratoriefagene. Vi er seks laboratoriefag i Norge, men vi er organisert i hver våre siloer i hver våre foretak. Denne silo-organiseringen forringer mulighetene for samarbeid og forvirrer rekvirentene våre, sier han.

Mange kliniske problemstillinger – slik som svangerskapskontroller og blodgiver-testing – krever multidisiplinære laboratorietjenester, og mange laboratorietjenester – slik som farmakogenetikk og infeksjonsimmunologi – kan til og med høre hjemme

i både to og tre forskjellige siloer. For rekvirentene er det derfor ikke alltid åpenbart hvor prøver skal sendes.

– Tiden er inne for å prøve å slå hull på siloveggene mellom laboratoriefagene og foretakene, slik at vi kan tilby laboratorietjenester som for rekvirenten fremstår som én helhetlig tjeneste, understreker Westin.

Han mener nøkkelen ligger i å etablere en nasjonal laboratoriemedisinsk samhandlingsplattform.

– En felles nasjonal laboratorieportal på tvers av fag og foretak er det som skal til for å sparke samarbeidet i gang, sier han. Der som alle laboratorier presenterer sine tjenester i en felles løsning blir det lettere for laboratoriene å se og adressere standardiseringsbehovene, og tjenestene blir mer oversiktlige for rekvirentene. Dette er både Farmakologiportalen og Genetikportalen gode eksempler på.

Westin påpeker at en felles laboratorieportal vil kreve ressurser. Men et prosjekt som har til hensikt å tilby en mer helhetlig helse-tjeneste, og som kommer fra fagmiljøet selv, vil bli brukt. Genetikportalen og Farmakologiportalen kostet rundt en million kroner hver i utviklingsmidler.

– En felles laboratorieportal vil koste mer. Men ser man hen til andre områder hvor helseforetakene eller Helsedirektoratet har ønsket å bestille teknologiske tjenester, er dette bare for småpenger å regne, sier han.

ELLEN JUUL ANDERSEN

ellen.juul.andersen@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling

Stor aktivitet i Noklus i jubileumsåret 2017

Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser (Noklus) rundet 25 år i 2017, men tok ikke noe hvile-skjær av den grunn.

– Det var stor aktivitet gjennom hele jubileumsåret, med økning i antall deltakere, stor kursaktivitet, kontrollutsendelser med egenprodusert materiale og sterkt fokus på tiltak som kan redusere unødige bruk av antibiotika, forteller Sverre Sandberg, leder av Noklus.

Ved utgangen av 2017 hadde Noklus ca. 3 100 deltakere, derav 1 693 legekontor og 1 258 betalende deltakere (880 sykehjem, 280 hjemmetjenesteenheter, 86 sykehus, oljeindustri etc.). Noklus er i ferd med å innlemme hjemmetjenesteenheter i hele landet som deltakere.

Besøk og kurs

Laboratoriekonsulentene gjennomførte besøk hos 1 718 deltakere og arrangerte 458 kurs med 6400 kursdeltakere. Noklus arrangerte 46 flere kurs i 2017 enn året før, og antall kursdeltakere økte med 1 000. Laboratoriekonsulentene hadde et særlig fokus på korrekt bruk og tolkning av urinprøver ved diagnostikk av urinveisinfeksjon

Populære e-læringskurs

Noklus e-læringskurs er svært populære blant deltakerne.

– Vi har utviklet ni e-læringskurs så langt, blant annet i praktisk blodprøvetaking og innen temaet urin, sier Sandberg.

Han legger til at e-læringskursene fungerer godt for arbeidsgiver, da medarbeiderne kan ta kursene når det passer best for driften. Noklus satser videre på utvikling av nye kurs, og er i gang med å utvikle e-læringskurs for sykehjemsleger og allmennleger.

Kontrollutsendelser

Noklus tilbyr ekstern kvalitetssikring av de fleste analyser som benyttes ved medisinske laboratorier. I 2017 gjennomførte Noklus 44 utsendelser av kontrollmateriale, der 29 av utsendelsene hadde egenprodusert materiale.

Hjemmetjenesteprojektet

Noklus mottok 7,8 millioner over statsbudsjettet som del av Omsorgsplan 2015/2020, til å videreføre det faglige utviklingsarbeidet på sykehjemmene (e-læringskurs, kasuistikker til leger, preanalyse) og for å kvalitets-



MANGE DELTAKERE: Noklus har både legekontor, sykehjem, sykehus, oljeindustri og hjemmetjenesteenheter som deltakere. Foto: Legeforeningen/Thomas Barstad Eckhoff

sikre laboratorievirksomhet i hjemmetjenesten. I 2017 fortsatte prosjektet med å kvalitetssikre alle enhetene i Nordland, Østfold og Sogn og Fjordane, og startet med å kvalitetssikre hjemmetjenesten i Rogaland og Vest-Agder. I løpet av 2018 vil hjemmetjenesten i fire nye fylker få tilbud om to års statsfinansiert deltakelse. Disse er Troms, Trøndelag (sør), Møre og Romsdal og Telemark.

Helsedirektoratet med positiv omtale

«Kvalitetssikring av laboratorietjenesten bidrar til at den helhetlige pasientoppfølgingen styrkes, blant annet gjennom økt pasientsikkerhet og riktigere legemiddelbruk.» skriver Helsedirektoratet i årsrapport 2016 for Omsorgsplan 2020.

Samarbeid for å redusere bruk av antibiotika

Sverre Sandberg forteller at Noklus i økende grad deltar på smittevernkonferanser arrangert av fylkesmennene ved fylkeslegene. Her er temaet blant annet tiltak for å redusere bruken av antibiotika. Via hyppig kontakt med deltakerne kan Noklus både bidra med å implementere faglige retningslinjer for bruk av antibiotika, og følge opp at retningslinjene brukes.

Norsk diabetesregister for voksne

Diabetes er en av de hyppigste folkesykdommene og det nasjonale medisinske kvalitetsregisteret skal bidra til kvalitetssikring og kvalitetsforbedring av diabetesbehandlingen i Norge. I 2017 har 264 legekontor og 44 diabetespoliklinikker sendt data til registeret.

– Registeret gir et viktig grunnlag for forskning om diabetes og diabetesrelaterte sykdommer, sier Sandberg som kan fortelle at Diabetesregisteret for voksne også er i gang med Rosa 4-studien, der kvaliteten på diabetesbehandlingen i Norge undersøkes.

Han legger til at Noklus ønsker å bidra til økt kunnskap om korrekt diagnostikk, behandling og oppfølging av diabetes. Diabetes er derfor valgt som «Årets tema» for 2018 og 2019, forteller hun.

Sandberg kan også informere om at Noklus sitt arbeid harmoniserer med fokuset på «Choosing wisely» eller «Gjør-kloke-valg»-kampanjen som tidligere er omtalt i Tidsskriftet.

LISE B. JOHANNESSEN

lise.berit.johannessen@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling

Legeforeningen på Arendalsuka

Fastlegeordningen, e-helse og todelt helsevesen var blant temaene Legeforeningen diskuterte.

For femte år på rad deltok Legeforeningen under Arendalsuka for å sette viktige helsepolitiske spørsmål på dagsordenen. Norges største samling for politisk aktivitet samlet partier, interesseorganisasjoner, næringsliv og akademia i dagene 13. til 18. august.

President Marit Hermansen diskuterte todelt helsevesen og hvor norsk helsetjeneste er på vei med blant andre helseminister Bent Høie og helsepolitisk talsperson i Arbeiderpartiet, Ingvild Kjerkol under Krefteforeningens podkast om de viktigste helsepolitiske utfordringene framover.

– Å investere i den offentlige helsetjenesten, er den beste måten å hindre forskjellsbehandling og fremveksten av en todelt helsevesen, sa hun.

«Hvilke steg må man ta for å sikre at digitaliseringen faktisk fører til et enklere, tryggere og mer effektivt helsevesen?» var blant spørsmålene da visepresident i Legeforeningen Christer Mjåset diskuterte framtiden for utviklingen innen e-helse.

Torsdag var den store helsedagen og Legeforeningen var tungt til stede. Debatten om fastlegekrisen har rast i hele sommer – og den fortsatte på Arendalsuka, blant annet da Dagens Medisin arrangerte debatten «Fastlegekrisen – hva nå?». Tom Ole Øren, leder i Allmennlegeforeningen, og Petter Brelin, leder i Norsk forening for allmennmedisin, diskuterte utfordringene med

blant andre Senterpartiets Kjersti Toppe og Venstres Carl-Erik Grimstad.

– Det er i hvert fall en krise for helsevesenet hvis fastlegeordningen går utforbakke, slik det ser ut nå, sa Kjersti Toppe.

Petter Brelin påpekte at den norske fastlegeordningen har gitt norske pasienter kanskje den beste legetjenesten i hele Europa.

– Norske leger har en helt unik langvarig relasjon til sine pasienter. Det er en relasjon som nå er truet. Dette må vi arbeide hardt for å ta vare på, sa han.

– Tidligere slet vi med rekruttering i distriktene og kommunene brukte masse penger på vikarer, sa leder i Allmennlegeforeningen Tom Ole Øren. Det som er helt nytt nå er at erfarne fastleger også slutter.

Torsdag kveld arrangerte Legeforeningen Helsevaken 2018. Her var Kjersti Toppe og Høyres Sveinung Stensland invitert til helsepolitisk duell.

Krisen i fastlegeordningen er den viktigste saken i helsepolitikken for tiden, sa begge de to politikerne på Helsevaken.

Duellen og fremtiden for norsk helsepolitikk ble deretter analysert av et eget kommentatorpanel bestående av Eva Grinde, Dagens Næringsliv, Anne Hafstad, Dagens Medisin og president Marit Hermansen.

Marit Hermansen viste til bruddet i Normaltarifforhandlingene.

– Staten leverte ikke på våre helt nødvendige krav – nå må regjeringen levere i statsbudsjettet for 2019, sa hun.

LISE B. JOHANNESSEN

lise.berit.johannessen@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling

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



VIKTIGE DEBATTER PÅ ARENDALSUKA: Fra v. Tom Ole Øren, Marit Hermansen og Petter Brelin. Foto: Anne Lene Molland

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
 Fønnebo, Magne Vinjar
 Førde, Reidun
 Gilbert, Mads
 Gilhus, Nils Erik
 Givold, Sven Erik
 Gradmann, Christoph
 Grimsrud, 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
 Høyemork, Siv Cathrine
 Haarr, Dagfinn
 Haave, Per
 Haaverstad, Rune
 Ihle-Hansen, Hege
 Iversen, Ole-Erik
 Jacobsen, Geir Wenberg
 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 Hylan
 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