



Tidsskriftet

DEN NORSKE LEGEFORENING

Klinisk etikk i praksis



Svakt kunnskapsgrunnlag for bruk av amfetamin ved AD/HD

Mangel på tid kan hindre leger i å delta aktivt i klinisk etikk-komiteer

Smertebehandling hos LAR-pasienter med kreft

Styrking



ARE BREAN
SJEFREDAKTØR

Høyre, Fremskrittspartiet og Venstres regjeringsplattform ble lagt frem 14. januar 2018. Her er det som ventet få overraskelser, men i alle fall positive og tiltrengte signaler til en hardt presset fastlegeordning: Regjeringen vil «forbedre og modernisere fastlegeordningen, for å bedre rekruttering med sikte på god legedekning i hele landet», heter det. Mye annet skal også styrkes: Den symbolske ordningen med fritt behandlingsvalg skal utvides. Helseforskningen skal styrkes. Det skal bli flere sykehjemsplasser og mange flere pakkeforløp. Satsingen på barn og unges psykiske helse skal trappes opp, og tilbudet innen habilitering og rehabilitering skal styrkes.

I det hele tatt skal det bli mye styrking i helsevesenet: Ordene «styrke» og «styrkes» forekommer hele 25 ganger på de snaut åtte sidene av dokumentet som omhandler helse og omsorg. Men den som håpet på flere folk og penger til all helsestyrkingen har nok forregnet seg. For allerede i innledningen om helse slås det fast at «tilbudene må forbedres gjennom nye og bedre måter å jobbe på» samt gjennom «økt digitalisering og effektivisering». Så da gjelder det nok en gang for helsearbeiderne å løpe enda forttere – for å styrke enda mer.

LES I DETTE NUMMERET

Klinisk etikk i klinisk praksis

Klinisk etikk-komiteer skal ivareta pasientperspektivet i vanskelige beslutninger i klinisk praksis. Komiteene drøfter et bredt spekter av etiske dilemmaer, men tidspress hindrer mange leger som er komitémedlemmer, i å delta aktivt. Dette viser en spørreskjemaundersøkelse med svar fra 34 av landets 38 klinisk etikk-komiteer. Tvangsbruk, taushetsplikt, kommunikasjon, samhandling, prioritering og ressursbruk var hyppige temaer for diskusjon.

SIDE 134

Smerter, kreft og IAR-behandling

Stadig flere pasienter i legemiddelassistert rehabilitering dør av somatiske sykdommer, bl.a. kreft. I palliativ fase er behandling av smerte hos slike pasienter ofte vanskelig. Målet er å oppnå god smertelindring og å unngå iatrogen rus. «Jo lenger ut i det palliative forløpet pasienten er, desto mer taler for at man heller skal være raus enn restriktiv», skriver en erfaren smertelege, som gir konkrete, praktiske råd til leger i klinisk praksis.

SIDE 144

Legemidler mot AD/HD – virker de?

Kunnskapsgrunnlaget for bruk av amfetamin og metylfenidat ved behandling av AD/HD hos barn og ungdom er svakt, særlig for langtidsbehandling. Selv om forskning og klinisk erfaring tilsier at slike legemidler virker godt i starten, er det ikke grunnlag for å tro at effekten vil vedvare. Fortsatt bruk av legemidler uten tilstrekkelig dokumentert effekt kan være uetisk, skriver to kronikkforfattere.

SIDE 126

FORSIDE



Illustrasjon © Tord Torpe

Sæl er den
som sjølv mun eige
livsens hugnad og heider.
For ofte hev menn
ille råder
aust or barmen hjå andre.

Klinisk etikk-komiteer jobber etter en annen etikk enn Håvamåls regler, men hvordan jobber de egentlig?

Fra redaktøren

105 Marginaliseringens biologi
Ketil Slagstad

Leder

106 Om LSD på lesesalen, bønder og proporsjoner
Jørgen G. Bramness

DEBATT

Kommentarer

107 Akutt hjerteinfarkt uten ST-elevasjon –
kan pasientene vente? *Christian Eek og medarbeidere*
Tilsvaret: *Kaare Harald Bønaa og medarbeidere*

108 Vi kan ikke forutse, men vi kan forebygge *Tormod Stangeland*
og medarbeidere
Tilsvaret: *Øivind Ekeberg og medarbeidere*

109 Staten bør trekke seg ut av kjøttreklame *Tetyana Kalchenko*

110 Dr. Fo R. Dom møter dr. Lur N. Dreier *Torben Wisborg*

Open access – elefanten (eller isbjørnen) i rommet
Børre Fevang
Tilsvaret: *Are Brean*

Misvisende om cannabis og trafikkfare *Dagfinn Hessen Paust*
Tilsvaret: *Jørg Mørland og medarbeidere*

113 Ukritisk medieopptreden av ME-forskere
Vegard Bruun Bratholm Wyller

Debatt

116 Legers tid til pasientarbeid og pasienters tid med legen
Dag Bratlid

119 Én felles reseptliste for pasienten
Lars A. Nesje

122 Retten til et helsefremmende kosthold for personer
med utviklingshemning
Sigrun Hope, Marianne Nordstrøm, Kjetil Retterstøl,
Per Ole Iversen, Svein Olav Kolset

124 Spesialistdiplom likevel
Petter Gjersvik, Katarina Zak Stangeland

125 Fagfeller for fremtiden
Erik Magnus Berntsen, Geir W. Jacobsen

Kronikk

126 AD/HD-medisinerings – svakt vitenskapelig grunnlag
Henrik Vogt, Charlotte Lunde

VITENSKAP

Fra andre tidsskrifter

130 Vektløshet gir forandringer i hjernen

131 Bruk av antidepressiver hos unge gir økt diabetesrisiko

- 132 Forebygger høy utdanning Alzheimers sykdom?
Livmorhalscreening i 60-årene?

Doktoravhandlinger

- 133 Langtidskonsekvenser av prematuritet
Effekt av tilbakemelding på koloskopi

Originalartikler

- 134 Hvordan arbeider klinisk etikk-komiteene?
Morten Magelssen, Reidar Pedersen, Reidun Førde
- 138 Å opprette et fødselsregister i et utviklingsland – erfaringer fra Georgia
Erik Eik Anda, Ingvild Hersoug Nedberg, Charlotta Rylander, Amiran Gamkrelidze, Alexander Turdziladze, Finn Egil Skjeldestad, Tamar Ugulava, Tormod Brenn

Klinisk oversikt

- 144 Smertebehandling hos kreftpasienter i legemiddel-assistert rehabilitering
Olav Magnus Fredheim

Noe å lære av

- 148 En mann i 50-årene med feber og anemi
Siri Nordtveit, Tøri Vigeland Lerum, Waleed Ghanima, Sigbjørn Berentsen

Medisinen i bilder

- 153 Slimhinnepermfigoid
Kristine Bø, Johan Edvard Steineger, Caroline Schmitt

Medisin og tall

- 154 Beslutninger under usikkerhet
André Teigland

MAGASIN

Intervju

- 156 Hode for målgivende tilpasninger
Rune Skogheim

Essay

- 161 Arkivet er overalt
Ketil Slagstad

Global helse

- 167 The paradox of access – abortion law, policy and misoprostol
Karen Marie Moland, Haldis Haukanes, Getnet Tadele, Astrid Blystad

Medisinsk etikk

- 171 Når legen er sakkyndig
Gunnar Skipenes

Personlige opplevelser

- 172 Når er det nok?
Jeanette Bjørke-Bertheussen

Helse og jus

- 173 Det går en grense
Hege Synne Rahm

Mitt fagfelt

- 174 Omgitt av små helter

Legelivet

- 176 Kroppen er rar
Kaveh Rashidi
- 177 Verdikonflikter, rollekonflikter og profesjonell atferd
Berit Bringedal

Språkspalten

- 178 Veileder, retningslinje, prosedyre
Magne Nylenna

Tidligere i Tidsskriftet

- 180 Det kom et skip til...

Anmeldelser

- 181 Bøker

Minneord

- 183 Minneord

ANNONSER

- 185 Legejobber
- 196 Kurs og møter
- 199 Spesialister

AKTUELT I FORENINGEN

Fra presidenten

- 201 #utentaushetsplikt
Marit Hermansen

Aktuelt

- 202 Skjerper personvernreglene
- 203 Staker ut kursen for kolleger
- 204 Lege og politiker – en god kombinasjon
Reetablerer trepartssamarbeidet om fastlegeordningen
- 205 Kvalitetspris gir ringvirkninger
- 206 Nordiske legeforskere samles på Gardermoen

legejobber.no

Norges mest komplette stillingsportal for leger

UTVALGTE STILLINGER

SYKEHUSET TELEMARK HF

Overlege/spesialist – Psykiatri

Frist 6. feb.

LOVISENBERG DIAKONALE SYKEHUS

Overlege – Gastroenterologi

Frist 31. jan.

TØNSBERG KOMMUNE

Fastlege

Frist 1. feb.

FINNMARKSSYKEHUSET

Overlege – Psykiatri

Frist 19. jan.

ST. OLAVS HOSPITAL HF

Seksjonssjef –
Barne- og ungdomspsykiatri

Frist 4. feb.

HAUKELAND UNIVERSITETSSJUKEHUS

Lege i spesialisering –
Nevrologi

Frist 31. jan.

BÆRUMSKLINIKKEN

Fastlegevikar

Frist 10. feb.

FASTLEGENE COLOSSEUM

Fastlegevikariat

Frist 1. feb.

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

Overlege – Barnesykdommer

Frist 26. feb.

BRYGGERIET LEGESENTER

Vikariat – Allmennpraksis

Frist 15. feb.

Legejobber

TIDSSKRIFTETS STILLINGSPORTAL

Marginaliseringens biologi

Engelsk oversettelse på tidsskriftet.no

Regjeringen må ta initiativ til en handlingsplan for å utrydde hepatitt C.

Hjemløse, personer med rus- og avhengighetslidelser, innsatte og sexarbeidere blir stigmatisert og marginalisert over hele verden. Flere overlappende risikofaktorer og negative livshendelser forsterker sosiale eksklusjonsmekanismer og gjør at gruppene også i høyinntektsland har ekstremt høy sykkelighet og dødelighet (1). Kvinner er spesielt utsatt. Sosial eksklusjon dreper.

Hepatitt er blant de største problemene (2). Injisierende rusbrukere har særlig høy risiko, og etter få år vil de aller fleste bli eksponert for smitte. Hjemløshet, fengsling og sexarbeid øker smitterisikoen. I Norge er hiv et lite problem blant injiserende rusbrukere, mens hepatitt C er vanlig. I en studie av 327 brukere av sprøyteutdelingsprogrammet i Oslo hadde halvparten kronisk hepatitt C. Tre av fire hadde delt sprøyter, like mange hadde vært fengslet, og halvparten av de som injiserte under soning, hadde delt sprøyter (3). I Norge har anslagsvis 20–30 000 personer vært smittet med hepatitt C-virus. 70–80 % utvikler kronisk hepatitt, som kan føre til cirrhose, leversvikt og hepatocellulært karsinom. Anslagsvis 9 000 ruserfarne personer lever med ubehandlet kronisk hepatitt C (4).

Globalt er fengsler arnested for hiv- og hepatittsmitte (5). Innsatte har dårligere helse, dårligere tilgang til forebyggende helsetiltak og høyere smitterisiko enn resten av befolkningen. I Norge får innsatte rene brukerutstyr med klor, men har ikke tilgang til rene sprøyter (som gir mye bedre smittebeskyttelse) (6). Løslatelse og integrering tilbake i samfunnet er særlig sårbare perioder hvor risikoen for smitte er økt. Risikoen for overdose og å bli tvunget til sexarbeid er også økt (5). Vi vet nærmest ingenting om helsetilstanden til sexarbeidere i Norge.

Hepatitt C smitter primært via blod (7). Seksuell smitte er mye sjeldnere, men i europeiske storbyer har det vært utbrudd blant menn som har sex med menn, særlig knyttet til sex under påvirkning av rusmidler («chemsex») (7, 8).

Hva må gjøres? Hepatitt C er et komplekst sosialmedisinsk problem som må møtes med integrerte sosiale og medisinske tiltak. En sosial boligpolitikk må kombineres med substitusjonsbehandling med opioider (LAR) til flere og smitteforebyggende tiltak, som utdeling av brukerutstyr. Mange mindre kommuner deler ikke ut sprøy-

ter. Antallet enkeltbrukere i disse kommunene utgjør en stor gruppe (9). Kun et fåtall kommuner distribuerer rene filtre og kokekar, selv om det å dele slikt brukerutstyr trolig øker smitterisikoen (10).

Forebygging og behandling må tenkes samlet: Nye direktevirkende antivirale legemidler mot hepatitt C ble tilgjengelige i 2014 (7). De har ubetydelige bivirkninger, og etter en 8–12 ukers tablettkur vil så å si alle bli varig virusfri. Prisen på legemidlene har vært urimelig høy, men fra 1. februar 2018 gjelder avtaler som gir rimeligere priser. Helseforetakene, som betaler for legemidlene, har derfor fjernet behandlingsrestriksjoner, og pasienter i alle aldre og med alle stadier av sykdommen kan nå få behandling. Behandling er ikke bare et gode for den enkelte, men også et middel til epidemibekjempelse: De nye legemidlene gir håp om å utrydde hepatitt C (11).

Det har vært for liten oppmerksomhet rundt negative helsemessige konsekvenser av kriminalisering av sexkjøp, som hiv- og hepatittsmitte (12). Smittearbeid i fengsler – sprøytetilgang, informasjonsarbeid, smitteoppsporing og hepatittbehandling – er trolig en neglisjert mulighet. Dårligere tilgang til smitteverntiltak enn resten av befolkningen må ikke brukes som tilleggsstraff (6). Nå som Stortinget har signalisert et skifte i ruspolitikken fra straff til behandling, må de som ønsker hjelp, og som står i fare for å utvikle avhengighet, få hjelp fra helsevesenet.

Hos hvilken annen gruppe ville vi tolerert en såpass høy forekomst av smitte? Rusbrukere er særlig utsatt for å falle mellom alle stoler i et stadig mer subspecialisert helsevesen. Men er også noe av grunnen at hepatitt C har vært en «stille epidemi» blant injiserende rusbrukere, og aldri er blitt noen stor smittetrussel mot den øvrige befolkningen?

Vi trenger akutt en koordinert innsats utarbeidet i samråd med brukerorganisasjonene. Man må analysere de kunnskapshullene vi har om smittesituasjonen i Norge for å styre forskningen. Man må se på strukturelle problemer i tilgangen til helsetjenester for marginaliserte grupper. Ikke minst må man se forebygging og behandling under ett. Regjeringen må snarest ta initiativ til en handlingsplan mot hepatitt C. Det er ingen grunn til ikke å handle.



KETIL SLAGSTAD

(f. 1983) er lege og medisinsk redaktør i Tidsskriftet.
Foto: Sturlason

LITTERATUR

- Aldridge RW, Story A, Hwang SW et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2017; S0140-6736(17)31869-X. .
- Degenhardt L, Peacock A, Colledge S et al. Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *Lancet Glob Health* 2017; 5: e1192–207.
- Dalgard O, Egeland A, Ervik R et al. Risikofaktorer for hepatitt C-smitte blant sprøytemisbrukere. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 101–4.
- Meijerink H, White RA, Løvlie A et al. Modelling the burden of hepatitis C infection among people who inject drugs in Norway, 1973–2030. *BMC Infect Dis* 2017; 17: 541.
- Kamarulzaman A, Reid SE, Schwitters A et al. Prevention of transmission of HIV, hepatitis B virus, hepatitis C virus, and tuberculosis in prisoners. *Lancet* 2016; 388: 1115–26.
- Norges offentlige utredninger. Om kjærlighet og kjøletårn – Strafferettslige spørsmål ved alvorlige smittsomme sykdommer. NOU 2012. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2012-17/id704855/> (15.1.2018).
- Webster DP, Klenerman P, Dusheiko GM. Hepatitis C. *Lancet* 2015; 385: 1124–35.
- Page EE, Nelson M. Hepatitis C and sex. *Clin Med (Lond)* 2016; 16: 189–92.
- Hustvedt IB, Nesvåg S. Utdeling av utstyr for skadereduksjon ved rusmidledelbruk. Kommuneundersøkelse 2016. KORFOR-rapport 2017/01. <https://helse-stavanger.no/seksjon/KORFOR/Documents/Rapporter/publrapport%20Utstyrsunders%C3%B8kelse%202016.pdf> (15.1.2017).
- Palmateer NE, Hutchinson SJ, Innes H et al. Review and meta-analysis of the association between self-reported sharing of needles/syringes and hepatitis C virus prevalence and incidence among people who inject drugs in Europe. *Int J Drug Policy* 2013; 24: 85–100.
- Fraser H, Martin NK, Brummer-Korvenkontio H et al. Model projections on the impact of HCV treatment in the prevention of HCV transmission among people who inject drugs in Europe. *J Hepatol* 2018; S0168-8278(17)32387-5.
- Iversen J, Page K, Madden A et al. HIV, HCV, and health-related harms among women who inject drugs: implications for prevention and treatment. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2015; 69 (suppl 2): S176–81.

Om LSD på lesesalen, bønder og proporsjoner

En dag i september 2017 var hovedoppslaget i studentavisen *Universitas* «LSD inntar lesesalen» (1). Noen studenter «sto frem» som hverdagsbrukere av lave doser av LSD. De mente at dette hevet deres nysgjerrighet og motivasjon. Samme dag fikk jeg telefoner fra både bekymrede foreldre og ulike medier.

Foreldrene ville beroliges, og mediene ville ha kommentarer. Foreldrene fikk det de håpet på. Jeg sa at dette måtte oppfattes som enkelthistorier basert på én journalists idé. Vi vet ikke noe om omfang. Det var all mulig grunn til en saklig neddemping.

Journalistene som ringte, fikk *ikke* det de ville ha. De fikk nemlig det samme, en fullstendig avdramatisering av situasjonen. Ingen sitater fra meg ble trykt. Nok en dag i opplysningens tjeneste endte med ingenting.

«Det handler om å ta faget tilbake»

Når journalister skal illustrere en nyhetssak med en historie fra det virkelige liv, sier de ofte at de må «skaffe en bonde». Fra et mediesynspunkt, og forhåpentligvis for leseren, seeren eller lytteren, blir saken mer interessant om den illustreres med et intervju med noen som har opplevd det som skal omtales.

Men hva når det starter i den andre enden? Journalisten treffer «en bonde» og blir overbevist om at det er verdt å lage en sak om det. Da kan det bære galt av sted, og ting kan komme ut av proporsjoner.

Vi som forsker innen rus og avhengighet opplever stadig dette. Det presenteres nyheter med krigsoverskrifter, hvor sannhetsgehalten er lav. Ofte er det biter av sannhet i saken, men informasjonen vektlegges feil eller gis gale proporsjoner. «Eksplisjon i bruken av sovemedisin blant unge» (2), «Studenter bruker gjerne prestasjonsdop hvis det blir lovlig» (3), «Cannabis virker mot Crohns sykdom» (4) er bare noen eksempler på at litt sannhet forstørres og at helheten blir feil.

Oppslagene inneholder noe «real news» tatt ut av sammenheng – ofte med utgangspunkt i en personlig opplevelse eller et møte med noen som sliter. Sjelden bygger de på god empiri. Altfor ofte er det drevet av et ønske om å selge aviser, få klikkagn eller fremme en ruspolitisk agenda.

Kaster jeg stein i glasshus? Bruker jeg én feilaktig nyhetssak til å si noe om alle i mediene? Nei, her finnes empiri (5). I en spanske studie fra 2005 brukte man for eksempel kvalitetsmålet «Index of Scientific Quality» på artikler om medisinsk cannabis, og man fant at

under halvparten av oppslagene oppfylte en tredel av kvalitetsmålene (6). I fire av fem artikler viste journalisten manglende forståelse for hva medisinsk cannabis er, nesten 70 % ble karakterisert som grunnløse sensasjonsoppslag, og mer enn hver tredje artikkel kunne gi grunnlag for feil bruk av cannabisrelaterte produkter.

Forskere har også noe skyld. Vi overselger ikke-reproduserbare resultater (7) og higer etter det sensasjonelle medieoppslaget. Men mye ligger på mediens side. Studier og forskningsresultater som publiseres i gode tidsskrifter, og med solid metode, får sjelden medieoppmerksomhet (8). Artikler som er av dårligere kvalitet, og med dårligere forskningsmetode, omtales oftere (9). Det kan skyldes at journalistene ikke har tid til å sette seg inn i sakene og lener seg for mye på tidsskriftenes pressemeldinger (10, 11). Men det kan også skyldes behovet for hardtslående nyheter.

Vi bør bekymre oss over feilinformasjon og misvisende medieoppslag. Klinikere opplever oftere at pasientene kommer med ferdige svar og bestillinger som de har lest på nett eller sett i mediene. Å bli konfrontert med en krevende blanding av sannheter og oppspinn kan virke skjerpene, men fører oftere til tidsspille og kan i verste fall være helsefarlig. Det er nok å nevne den seiglivede myten om at vaksiner er skadelige. Jeg bruker ganske mye tid på pasienter som har urealistiske forhåpninger til behandling, basert på hva de har lest i avisen eller på nettet.

Vi trenger mediens søkelys på vår virksomhet. Og vi trenger journalistenes bidrag til folkeopplysning. Men enkelthistorier må ikke oppheves til allmenne sannheter. Da øker sjansen for urealistiske håp, feil behandling og gale beslutninger. Når journalister ringer, må vi som fagfolk være vårt ansvar bevisst. Vi må stille opp og bidra med nyansert, faktabasert kunnskap. Det krever tid, kreditt og noe medieforståelse, men er en utfordring vi må ta. Det handler om mer enn egen lyst og bekvemmelighet. Det handler om å ta faget tilbake. Det handler om å tro på kunnskap. Det handler om å gjøre sin stemme hørt i en mer og mer støyende medievirkelighet.

Og bare for å ha sagt det: Jeg tror ikke at det er en epidemi av LSD-bruk på lesesalene på Blindern.

JØRGEN G. BRAMNESS

j.g.bramness@medisin.uio.no

(f. 1962) er seniorforsker, dr.med. ved Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (N-ROP), Sykehuset Innlandet, Hamar, og spesialist i psykiatri. Han har tidligere vært direktør for Senter for rus og avhengighetsforskning (SERAF) ved Universitetet i Oslo.

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

LITTERATUR

- 1 Tande MI, Fliflet F, Clemetsen MS. LSD inntar lesesalene: – Det er en «moodlifter» i studiehverdagen. *Universitas* 27.9.2017. <http://universitas.no/kultur/62876/lsd-inntar-lesesalene-det-er-en-moodlifter-i>; (21.12.2017).
- 2 Hagen A. Kobles direkte til ny fraværsgrense: Eksplosjon i bruken av sovemedisin blant unge. TV 2 23.8.2017. <http://www.tv2.no/a/9313907/2017> (21.12.2017).
- 3 Leira K. Studenter bruker gjerne prestasjonsdop hvis det blir lovlig. *BYAS* 12.2.2017. <http://www.byas.no/aktuelt/i/pyAbW/Studenter-bruker-gjerne-prestasjonsdop-hvis-det-blir-lovlig> (21.12.2017).
- 4 Soul TH. Incredible study proves cannabis is a viable Crohn's disease treatment. *The Hearty Soul*. <https://theheartysoul.com/cannabis-crohns-disease-treatment-remission/2017> (21.12.2017).
- 5 Bramness JG. Hva jeg snakker om når jeg snakker om forskning. Oslo: Universitetsforlaget, 2015.
- 6 Montané E, Duran M, Capellà D et al. Scientific drug information in newspapers: sensationalism and low quality. The example of therapeutic use of cannabinoids. *Eur J Clin Pharmacol* 2005; 61: 475–7.
- 7 Collins FS, Tabak LA. Policy: NIH plans to enhance reproducibility. *Nature* 2014; 505: 612–3.
- 8 Wang MT, Bolland MJ, Gamble G et al. Media Coverage, Journal press releases and editorials associated with randomized and observational studies in high-impact medical journals: a cohort study. *PLoS One* 2015; 10: e0145294.
- 9 Selvaraj S, Borkar DS, Prasad V. Media coverage of medical journals: do the best articles make the news? *PLoS One* 2014; 9: e85355.
- 10 Robinson A, Coutinho A, Bryden A et al. Analysis of health stories in daily newspapers in the UK. *Public Health* 2013; 127: 39–45.
- 11 Schwartz LM, Woloshin S, Andrews A et al. Influence of medical journal press releases on the quality of associated newspaper coverage: retrospective cohort study. *BMJ* 2012; 344: d8164.

Akutt hjerteinfarkt uten ST-elevasjon – kan pasientene vente?

Bønaa & Steigen gjennomgår i sin kronikk indikasjon og tidspunkt for koronar angiografi ved akutt hjerteinfarkt uten ST-elevasjon (NSTEMI) (1).

De konkluderer med at rutinemessig angiografi antakelig er indisert ved slike infarkt, men sier seg uenige i dagens europeiske retningslinjer som gir en 1A anbefaling for koronar angiografi innen 24 timer ved denne diagnosen.

Undertegnede utgjorde i 2015 ekspertgruppen som evaluerte retningslinjene for norske forhold. Vi anbefalte å etablere andel pasienter som angiograferes innen 24 timer som en kvalitetsindikator i tråd med European Society of Cardiology sin anbefaling. I følge Norsk register for invasiv kardiologi (NORIC) var det i 2016 fremdeles betydelige forskjeller mellom sykehusene, og kun ett av ni invasive sykehus nådde kvalitetsmålet.

Akutt hjerteinfarkt uten ST-elevasjon utgjør ca. 3/4 av alle hjerteinfarkt og er en alvorlig sykdom med høy mortalitet. Det er godt dokumentert at opp mot en fjerdedel av pasientene med slike infarkt har et totalokkludert koronarkar. Disse pasientene har dårligere prognose enn den generelle NSTEMI-populasjonen, og ville med stor sannsynlighet profitert på umiddelbar reperfusjon på lik linje med pasienter med akutt hjerteinfarkt med ST-elevasjon (STEMI). Trenden i internasjonale retningslinjer

har vært å anbefale stadig tidligere invasiv utredning for NSTEMI-pasienter. Sikkerheten ved tidlig invasiv utredning er også svært godt dokumentert.

Bønaa & Steigen argumenterer med at tidlig koronar angiografi er kostbart, men gjør i liten grad rede for mekanismene bak dette. Hvorfor det totalt sett skulle være billigere å overflytte og angiografere en pasient etter fire-fem dagers observasjon på lokalsykehus, sammenliknet med rutinemessig overflytting neste dag, er for oss vanskelig å forstå.

Ventetid til koronar angiografi utgjør et stort antall liggedøgn på norske lokalsykehus. En reduksjon i ventetid vil dermed kunne medføre betydelige besparelser, mens en økt ventetid øker presset på allerede overbelastede lokalsykehus. En reduksjon er praktisk gjennomførbar, eksempelvis har Haukeland universitetssykehus i et prosjekt halvert ventetiden til angiografi de siste årene uten vesentlig økt bruk av ressurser. For pasientene må det også være svært frustrerende å være hospitalisert i dagevis før man får endelig diagnose og korrekt behandling av en alvorlig tilstand.

Norge er et land med betydelige geografiske avstander, og vi innser at angiografi neste dag i mange tilfeller kan by på utfordringer. Vi er likevel redde for at ved å argumentere slik Bønaa & Steigen gjør, vil en allerede for lang ventetid øke ytterligere. Vi er også bekymret for at en slik «pragmatisk» tilnærming vil føre til at enda flere pasienter med akutt hjerteinfarkt uten ST-elevasjon og koronare okklusjoner ikke får tilbud om akutt revaskulariserende behandling.

Dersom man ikke når et mål kan man som kjent angripe dette på to måter, enten anstrenge seg for å hoppe høyere, eller legge listen lavere. Vi er ikke sikre på at det siste er mest fornuftig, hverken fra pasientens, lokalsykehusenes eller samfunnets ståsted.

CHRISTIAN EEK

sbeekc@ous-hf.no
er overlege ved Oslo universitetssykehus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

JARLE JORTVEIT

er seksjonsoverlege ved Sørlandet sykehus, Arendal.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

OLE JOHAN JAKOBSEN

er overlege ved Sørlandet sykehus, Arendal.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Bønaa KH, Steigen T. Koronar angiografi ved akutt hjerteinfarkt uten ST-elevasjon – hvem og når? Tidsskr Nor Legerforen 2017; 137: 1776–8.

K.H. BØNAA & T. STEIGEN SVARER

Hovedpoenget i vår kronikk er at det ikke er vitenskapelig dokumentasjon for å anbefale koronar angiografi innen 24 timer ved akutt hjerteinfarkt uten ST-elevasjon (NSTEMI). Dette berører ikke Eek og medarbeidere i sin kommentar. De skriver at vi er «uenig» i 24-timers regelen, men vi sier ikke det. Vi sier at den ikke er dokumentert. Kronikken handler om at den faglige listen må plasseres etter grundig vurdering av litteraturen. Det har verken European Society of Cardiology eller ekspertgruppen nedsatt av Norsk Cardilogisk Selskap greid. Vi er overrasket over at Eek og medarbeidere, som utgjorde ekspertgruppen, ikke er opptatt av å gå kritisk inn i litteraturen bak anbefalingene, noe vi gjorde. Ekspertgruppens evaluering gir inntrykk av at den tar lett på kravene til dokumentasjon (1), og kommentaren forsterker inntrykket.

Noen NSTEMI-pasienter har et totalokkludert koronarkar, men dette kan ikke brukes som argument for å angiografere hele NSTEMI-populasjonen innen 24 timer. Litteraturen understøtter ikke dette (2). En generell

regel om angiografi innen 24 timer, kan føre til manglende innsats for å identifisere NSTEMI-pasienter som skal håndteres som om de har hjerteinfarkt med ST-elevasjon (STEMI) og angiograferes umiddelbart. Identifisering av disse pasientene krever individuell risikostratifisering basert på klinikk, EKG, og ekkokardiografi. Risikostratifisering er mye viktigere enn å haste alle NSTEMI-pasienter av gårde til angiografi innen 24 timer.

Ekspertgruppen støtter seg på det de omtaler som «trender i internasjonale retningslinjer» i sin argumentasjon. Det er et svakt argument. Historien er full av eksempler på at «internasjonale trender» innen diagnostikk og behandling viste seg å være ineffektiv eller direkte skadelig når de ble testet i randomiserte studier. Og i dette tilfellet er «tidstrenden» ikke entydig. Så sent som i 2017 anbefalte European Acute Care Association koronar angiografi innen 72 timer – ikke 24 timer – ved akutt hjerteinfarkt uten ST-elevasjon (2).

Vi tror alle er enig i at vi må unngå unødig angiografi-ventetid og har aldri argumentert for 4–5 dagers observasjon. Poenget er at med manglende evidens for nytten av angiografi innen 24 timer ved hjerteinfarkt uten ST-elevasjon – unntatt for den gruppen som skal håndteres som STEMI – kan resultatet bli at pasienter som er uavklarte og av medisinske grunner bør vente eller ikke angiograferes i det hele tatt, feilaktig sendes til koronar angiografi.

I sin iver etter å være best i klassen, har Eek og medarbeidere kommet i skade for å anbefale en praksis som er faglig og ressursmessig uheldig.

KAARE HARALD BØNAA

kaare.harald.bonaa@ntnu.no
er overlege ved St. Olavs hospital og professor ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

TERJE STEIGEN

er overlege ved Universitetssykehuset Nord-Norge.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Anfinnsen OG, Nerdrum T, Bonarjee V. NCS – kvalitetsutvalget. 2015 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Hjerteforum* 2016; 29: 15–8.
- 2 Schiele F, Gale CP, Bonnefoy E et al. Quality indicators for acute myocardial infarction: A position paper of the Acute Cardiovascular Care Association. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care* 2017; 6: 34–59.

Vi kan ikke forutse, men vi kan forebygge

Ekeberg & Hem argumenterer annerledes enn vi gjør i vår kronikk «Ingen kan foreslå sjølv mord» (1, 2), men vi ser likt på begrensningene i skjembasert selvmordsrisikovurdering. Vi er enige om uheldige konsekvenser av at klinikere er redde for å gjøre feil, i et system der sikringstiltak dekker klinikerens rygg. Fremfor alt ser vi likt på verdien av å snakke med selvmordsnære personer om opplevelsene deres. Når vi kritiserer systematisk bruk av selvmordsrisikovurderinger slik den gjøres mange steder i dag, kan det misforstås som at vi er uinteressert i å avverge selvmord og har gitt opp å hjelpe mennesker i fare. Vår hensikt er nettopp å gi bedre forutsetninger for å snakke om fortvilelse og selvmordstrang, for å finne måter å romme smerten på.

«Vi prøver å forutsi kompliserte mentale prosesser med altfor enkle modeller»

Vi har derfor et annet syn på formålet med samtalen enn Ekeberg & Hem. Hvis en pasient uttaler «kona mi har gått fra meg, så det er ingen vits i å leve lenger», vektlegger de å undersøke selvmordstanker, -planer og tilgang til selvmordsmetoder. En slik tilnærming kan forskyve oppmerksomheten fra utforskning av pasientens opplevelse til en utredning, der pasienten er leverandør av opplysninger for eksperten som vurderer risiko og tiltak. Undersøkelsen kan forsterke opplevelsen av kontrolltap og at en ekspert skal ta over ansvaret for ens eget liv. Vi mener vi heller bør tone ned risikovurderingen og konsentrere oss om den første delen av setningen: Kona har gått fra ham, og det reagerer han følelsesmessig sterkt på. Her er det en mengde temaer som gir innpass til pasientens krise. Samtalen vil utvikle seg svært annerledes enn ved undersøkelse av

selvmordsplaner, og kan romme pasientens desperasjon. Hvis smerten blir håndterlig, minsker smerteuttrykk som selvmordstanker og klinikerens behov for å gripe inn med sikringstiltak. Det kan gi en opplevelse av at det nytter å åpne seg, at følelser kan håndteres.

Vi er heller ikke så skråsikre på at vi kan forutsi selvmord på kort sikt. Ekeberg & Hem viser til et eksempel som mangler et alternativ 3: Kvinnen sitter ved tjernet og venter på hjelp. Risikovurderingen er en øyeblikksvurdering. Situasjonen kan endre seg om noen minutter, timer, dager. Det kan skje ting som mobiliserer troen på livet, eller gjør alt enda svartere. Vi makter ikke å få oversikt over alt som foregår i en persons liv. Selvmordsrisikovurderinger identifiserer mange falske positive. Det fører til svært inngripende tiltak overfor mange i håp om å redde noen få. Det er ukjent om kontrolltiltak reduserer forekomsten av selvmord og desto mer alvorlig dersom tiltaket kan ha skadelige virkninger.

Debatten ender ved at vi har for svake prediksjonsmodeller. De blir grove overslag med usikker klinisk nytteverdi. Vi prøver å forutse kompliserte mentale prosesser med altfor enkle modeller. Klinikere må vurdere tiltak, helst sammen med pasienten, men vi kan ikke forutsi selvmord.

TORMOD STANGELAND

tmst@ahus.no
er psykologspesialist ved Akershus universitetssykehus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

JAN HAMMER

er prosjektkoordinatør ved Psykiatrisk avdeling Blakstad, Vestre Viken.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

TROND FJETLAND AARRE

er avdelingssjef ved Nordfjord psykiatrisenter.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

WENCHE RYBERG

er psykologspesialist ved Vestre Viken.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Ekeberg Ø, Hem E. Kan vi forutse selvmord? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2017; 137: 1680–1.
- 2 Aarre TF, Hammer J, Stangeland T. Ingen kan foreslå sjølv mord. *Aftenposten* 23.5.2017 https://www.aftenposten.no/mening/kronikk/i/nE29L/Ingen-kan-foresja-sjolv-mord-Aarre_-Hammer-og-Stangeland (12.12.2017).

Ø. EKEBERG & E. HEM SVARER

I kronikken i Tidsskriftet argumenterer vi for at det er mulig å forutsi selvmord på kort sikt. Ved å gi de beste forutsetninger for å snakke om fortvilelse og selvmordstanker, kan og bør man også gjøre en vurdering av selvmordsfare.

Stangeland og medarbeidere bruker som eksempel en pasient som uttaler at «kona mi har gått fra meg, så det er ingen vits i å leve lenger». Vi mener det ville være feil å avslutte samtalen uten å ha vurdert om pasienten er i akutt selvmordsfare. Man bør ikke starte med dette, men gi rom for å høre om pasientens tanker og smerte. I løpet av samtalen bør man spørre hva pasienten mente med at det ikke er noen vits i å leve lenger. Man kan eventuelt gå videre og spørre om pasienten tenker på døden. I så fall, ville pasienten ønske å dø? Og hvis ja, har vedkommende tanker om å ta livet sitt? Hvis pasienten bekrefter dette, bør man kartlegge mulige planer, tilgjengelige midler, og også beskyttende faktorer. Hvis man tidlig i denne prosessen blir trygg på at pasienten ikke er alvorlig selvmordstruet, kan man stoppe med det. Men hvis det kommer frem at pasienten for eksempel har en depressiv psykose med overhengende selvmordsfare, må man iverksette beskyttende tiltak, kanskje med tvang.

Vi kan ikke se at en slik tilnærming skulle forsterke en opplevelse av kontrolltap. Spørsmålet om helsepersonell skal ta over ansvaret for pasientens liv, avhenger av situasjonen. I noen tilfeller må vi intervernere overfor pasienter som befinner seg i en livstruende tilstand, enten det er alvorlig selvmordsfare eller hjertestans.

Noen ganger er risikoen så høy at det bare er tilfeldigheter eller intervensjon som hindrer at pasienten dør. Forfatterne har misforstått vårt eksempel når de skriver at vi mangler et alternativ 3, hvor kvinnen venter på hjelp. Kvinnen var i ferd med å ta livet sitt. Helsepersonellet som vurderte at tilstanden var dødelig, hadde rett, men utfallet ble annerledes som følge av intervensjonen.

Det er riktig at selvmordsrisikovurderinger identifiserer mange falskt positive. Ved dødelige tilstander må vi tolerere dette. Hvis man møter pasienten med ivaretagelse, forståelse og forklaring, mener vi at en potensiell skade er begrenset, og at dette er bedre enn å la pasienter ta livet sitt med begrunnelsen at vi ikke kan foreta noen kvalifisert vurdering av selvmordsfare.

Stangeland og medarbeidere skriver at det er ukjent om kontrolltiltak reduserer forekomsten av selvmord. Vi har flere ganger lagt inn og fulgt opp pasienter som har vært vurdert som akutt suicidale, og som senere har sagt at tiltakene reddet livet deres. Vi har også lagt inn pasienter med samme problemstilling, men som raskt ble skrevet ut, og som tok livet sitt etter kort tid. Både i psykisk helsevern og i somatisk medisin kan vi identifisere dødelige tilstander og forutsi pasienters død. Noen ganger tar vi feil, kanskje fordi vi har overvurdert faren eller som følge av intervensjon eller spontan bedring. Men derfra til å konkludere med at vi ikke kan si noe om det, er å gå til motsatt ytterlighet.

ØIVIND EKEBERG

uxoiek@ous-hf.no
er spesialrådgiver og professor emeritus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

ERLEND HEM

er fagsjef ved Oslo universitetssykehus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Staten bør trekke seg ut av kjøttreklame

Jeg er enig med forfatterne som etterlyser en helhetlig politikk som fremmer sunne kostholdsvaner (1).

Et sunnere kosthold kan forebygge sykdommer som tar liv, reduserer livskvalitet og påfører samfunnet store utgifter. Helheten i statens politikk mangler per i dag.

Norske kostråd anbefaler å begrense inntaket av fete meieriprodukter, rødt og bearbeidet kjøtt (2, 3). Det er godt dokumentert at disse matvarene øker risiko for sykdommer som tar flest liv i den vestlige verden: flere typer kreft, hjerte- og karsykdom, diabetes type 2 og overvekt (2-4). Omtrent halvparten av Norges befolkning spiser for mye kjøtt (4). 80 % spiser for mye mettet fett, som hovedsakelig kommer fra meieriprodukter og rødt kjøtt (2). Gevinsten av å følge Helse- og ernæringsdirektoratets kostråd om kjøtt er beregnet til omtrent 30 milliarder kroner i året (5).

Samtidig er staten tungt engasjert i reklame for kjøtt og meieriprodukter. Omsetningsloven pålegger alle bønder å betale omsetningsavgift for varene sine, noe som brukes på å finansiere opplysningskontorene for egg, kjøtt, melk og meieriprodukter (6). I 2016 brukte Opplysningskontoret for egg og kjøtt 75 millioner kroner, mens Opplysningskontoret for frukt og grønt bare brukte 19 millioner (6).

«Omtrent halvparten av Norges befolkning spiser for mye kjøtt»

Skolefaget «Mat og helse» er en viktig folkehelsearena. Dessverre er det det samme opplysningskontoret for egg og kjøtt som har lagt lærebøker i faget. Opplysninger om at kjøttprodukter og smør er matvarer som staten råder å spise mindre av, fordi disse blant annet kan føre til kreft, hjerneslag og overvekt, er fraværende i læreboken deres Matopedia. Hva om oljeindustrien hadde lagt lærebøker i natur- og miljøvern-fagene?

Staten bør arbeide for at Norge skal bli et foregangsland for forebygging av livsstilssykdommer. Potensialet her er heldigvis (eller dessverre?) enormt. Innsatsen bør være helhetlig, slik at staten står for et konsistent budskap overfor befolkningen. Ved å lovfeste generisk kjøttreklame gjennom omsetningsloven og opplysningskontorene, motarbeider staten sine egne kostråd og ødelegger for et effektivt forebyggende folkehelsearbeid.

Som lege som ser de helsemessige konsekvensene av det høye kjøttforbruket, mener jeg at staten bør trekke seg ut av all kjøttreklame. Regjeringen har allerede foreslått dette, og saken blir snart behandlet på Stortinget (6). Jeg krysser fingrene!

TETYANA KALCHENKO

tanja@hepla.no
er overlege Oslo universitetssykehus og leder for Helsepersonell for plantebasert kosthold.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

LITTERATUR

- Hillesund ER, Vik FN, Øverby NC. Kosthold og folkehelse i et generasjonsperspektiv. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 1375-6.
- Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer - Metodologi og vitenskapelig kunnskapsgrunnlag, Oslo: Helsedirektoratet,

2011. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/400/Kostrad-for-a-fremme-folkehelsen-og-forebygge-kroniske-sykdommer-metodologi-og-vitenskapelig-kunnskapsgrunnlag-IS-1881.pdf> (3.1.2018).
- 3 Nordic Nutrition Recommendations 2012: Integrating nutrition and physical activity. København: Nordisk ministerråd, 2014: 22. <https://www.norden.org/en/theme/former-themes/themes-2016/nordic-nutrition-recommendation/nordic-nutrition-recommendations-2012> (3.1.2018).
- 4 Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-handlingsplan-for-bedre-kosthold-20172021/id2541870/> (2.1.2018).
- 5 Samfunnsgevinster av å følge Helsedirektoratets kostråd. Tabell 3.1. Oslo: Helsedirektoratet, 2016: 27.
- 6 Meld. St. 11 (2016–2017). Endring og utvikling – En fremtidsrettet jordbruksproduksjon. S. 112, s 139. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20162017/id2523121/> (3.1.2018).

Dr. Fo R. Dom møter dr. Lur N. Dreier

Brean er i lederen «Dr. Dreiers metode» bekymret for det økende antall tvilsomme eller klart svindelbaserte invitasjoner til konferanser som ikke eksisterer (1). Problemet er helt reelt, og økende krav til vitenskapelig produksjon, meritering og telling av publikasjonspoeng gjør det meget betimelig å diskutere det.

Dessverre ser det ut til at dr. Lur N. Dreier møter dr. Fo R. Dom i døren. Brean mener at risikoen for å havne i fella – bevisst eller ubevisst – er størst for «de minst ressurssterke», nemlig «forskere fra utviklingsland, men også forskere fra vår del av verden, særlig fra mindre universiteter og høyskoler med små ressurser eller liten forskningsaktivitet». Utviklingsland er det som nå kalles lav- og mellominnkomstland.

Som forsker fra et lite sykehus og mindre universitet etterlyser jeg empirien bak frykten. De seneste norske skandaler har jo vært høyt meriterte, sentrale forskere i samarbeid med Jon Sudbø i 2006, og nyere hendelser er

rapportert fra BI 2012 (2), i Uppsala mai 2017 (3) og Karolinska Institutets Paolo Macchiarini. Fra Danmark kan nevnes en kohort av kardiologer på universitetsklinikkene, som utviklet et kollektivt, meget kreativt syn på bruk av forskningsmidler (4). Men at forskere ved de mindre institusjoner skulle være i spesiell fare er dårlig underbygget. Hvor er dokumentasjonen? Var det dr. Fo R. Dom som kom forbi?

TORBEN WISBORG

torben.wisborg@uit.no
er overlege og professor ved Universitetet i Tromsø.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Brean A. Dr. Dreiers metode. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 1663.
- 2 Heyerdahl S, Grønli H, Sættem JB. BI-reaktor ville frikjene forskningsjuks. NRK. https://www.nrk.no/norge/_reaktor-ville-frikjenne-plagiat-1.8084075 (4.12.2017).
- 3 Rygg I. NTNU-forsker avslørte forskningsfusk ved Uppsala. Uniforum. <http://www.uniforum.uio.no/nyheter/2017/05/ntnu-forsker-avslorte-forskingsfusk-ved-uppsala.html> (4.12.2017).
- 4 DR. Op mod 15 hjertelæger risikerer straf for forskningsfusk. <https://www.dr.dk/nyheder/indland/op-mod-15-hjertelaeger-frisikerer-straf-forskingsfusk> (4.12.2017).

Open access – elefanten (eller isbjørnen) i rommet

Sjefredaktør Are Brean peker fortjenestefullt på røverkonferanser som en trussel mot tillit og kvalitet i medisinsk vitenskap, og henviser videre til røvertidsskrifter der en mot en pen sum kan få publisert artikler som ikke holder vitenskapelig mål. Redaktøren virker imidlertid å vegre seg mot å navngi elefanten – eller isbjørnen – i rommet, nemlig introduksjonen av åpen publisering (open access) som i praksis innebærer at

forfatterne av en vitenskapelig artikkel selv betaler for å få den publisert. Åpen publiseringsbevegelsen har med selvbestaltet moralsk autoritet hoppet bukk over de forskningsetiske problemstillingene dette reiser. Konsekvensene er imidlertid åpenbare: mengden artikler kommer til å øke, kvaliteten vil synke, fagfellesystemet settes under et enormt press - og forlagene tjener akkurat like mye penger som før.

BØRRE FEVANG

borre.fevang@rr-research.no
er overlege ved Seksjon for klinisk immunologi og infeksjonsmedisin, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

SJEFREDAKTØREN SVARER

Takk til både Børre Fevang og Torben Wisborg for betimelige kommentarer til min lederartikkel. Slik Fevang er inne på kan problemet med røverkongresser også sees i sammenheng med de siste årenes fremvekst av nye publiseringsmodeller, og da særlig åpen publisering (open access). Denne publiseringsmodellen har, i likhet med den gamle, både gode og mindre gode sider. Det vil føre for langt å diskutere en slik omfattende sak her. Men vi mottar gjerne lengre, frittstående debattinnlegg om både fordeler og ulemper ved åpen publiseringsmodellen.

Wisborg etterlyser empirien når jeg mener at de «minst ressurssterke» er mest utsatt for denne type svindel, og han mistenker at Dr. Fo. R. Dom kan ha kommet forbi. Kanskje har han rett. Det kan hverken jeg eller noen andre vite, nettopp fordi svært lite er kjent om hvem som lar seg lure av denne type «konferanser». Her trengs det helt klart empiri. Men det ville undre meg stort om arrangørene er villige til å dele med seg av sin kunnskap om hvem som deltar på «konferansene». Det er nok godt bevarte forretningshemmeligheter. Og andre kilder til omfanget kan vi ikke ha, annet enn volumet av inntekter og mengden av «konferanser». Begge deler synes å være stort, slik det fremgår av artikkelen. Dermed er vi overlatt til spekulasjoner og personlige meninger om hvem deltagerne kan tenkes å være. Jeg tror fortsatt at de

som er mest utsatt for å gå på limpinnen er forskere som i mindre grad enn andre har nettverk, ressurser og et solid fagmiljø rundt seg. Det trenger langt fra å være ensbetydende med forskere ved mindre institusjoner. For det trengs bare én god veileder for å unngå å havne på feil konferanse. Og en god veileder kan man like godt få på mindre steder som på større. Men uten god veileder vil jeg tro at man er mer utsatt for å bli lurt i et lite fagmiljø enn i et større, der flere kan rettlede hverandre. Kanskje tar jeg feil.

Wisborg har også gode poenger når det gjelder Sudbø- og Macchiarini-saken: Store fagmiljøer er på ingen måte noen garanti for lureri og svindel. Av og til er det kanskje omvendt. Men hverken Sudbø eller Macchiarini ble lurt. Tvert imot lurte de begge en hel verden. Og ingen av dem ville ha kastet bort tiden sin på røverkongresser.

ARE BREAN

are.brean@tidsskriftet.no
er sjefredaktør i Tidsskriftet.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Misvisende om cannabis og trafikkfare

Mørland & Bramness anbefaler at regelmessige cannabisbrukere fratas føreretten grunnet vedvarende straffbar promille (1). Kronikken sammenblender juss og medisin, og gir et urimelig inntrykk av cannabisbrukere som trafikkfarlige.

Forfatterne påpeker at virkestoffet THC binder seg til fettvev for senere å sive ut i blodet. Dette gir forsinket eliminering, og kan ved hyppig bruk føre til en opphopning hvorved blodverdiene blir liggende over vegtrafikklovens straffbarhetsgrense. Ifølge Mørland & Bramness tilsier dette at bruk oftere enn med 1-2 ukers mellomrom, bør

medføre tilbakekall av føreretten etter vegtrafikkloven § 34.

Trafikkfarlig påvirkning inntreffer imidlertid ikke ved vegtrafikklovens straffbarhetsgrense. Ifølge en artikkel fra 2016, anslår en ekspertgruppeevaluering grensen for trafikkfarlige THC-verdier til 5-7 nanogram (ng) per milliliter fullblod, mens en mer konservativ studie anslår grensen til 3,8 ng (2). Vegtrafikklovens straffbarhetsgrense, tilsvarende 0,2 i alkoholpromille, er 1,3 ng, mens 3 ng gir straff tilsvarende 0,5.

«Ekstrembrukere utvikler toleranse, slik at deres grense for signifikant påvirkning vil ligge høyere»

Mørland & Bramness viser blant annet til en studie av ekstrembrukere med et snittforbruk på 10 jointer daglig (3). Selv blant disse falt blodverdiene raskt til trygge nivåer, og ingen var over 2,2 ng per milliliter fullblod etter to døgn. Av dem som avla blodprøve etter ett døgn, var ingen over 2,9 ng. Gjennomsnittet var henholdsvis 1,2 og 1,8 ng. I en studie av mer ekstreme ekstrembrukere lå ni av 21 over 5 ng/mL mer enn 24 timer etter avsluttet bruk (4). Det påpekes der imidlertid at enkelte kunne mistenkes for å ha røkt i smug.

Ekstrembrukere utvikler toleranse, slik at deres grense for signifikant påvirkning vil ligge høyere. Dersom slike brukere skulle være trafikkfarlige ut over den aktive rusen, er dette likevel av liten betydning når de tilbringer hele sin våkne tid i aktiv rus. Et slikt forbruk vil i seg selv tale for tilbakekall av føreretten uten medisinsk indikasjon. Hva gjelder dem som røyker et par ganger i uken, eller tar et par trekk om kveldene, kan det ikke ses dokumentert av Mørland & Bramness at disse har vedvarende trafikkfarlige blodverdier.

Lovgiver har for øvrig aldri ment å gjøre straffbarhetsgrensen til målestokk for trafikkfare, noe forarbeidene til vegtrafikkloven viser. Promillegrensen ble satt ned fra 0,5 til 0,2 av allmennpreventive grunner, og alkoholpromille under 0,5 var ikke forbundet

med økt ulykkesrisiko (5). Alkoholens halveringstid gjorde likevel grensen enkel å håndheve. For cannabis, som har en uforutsigbar halveringstid ved lavere blodverdier, blir en så lav grense problematisk. Det kan spørres om den faglige rådgivningsgruppen gjorde klokt i å sette straffbarhetsgrensen etter analogi fra alkohol (6).

Et annet spørsmål er om § 34 gir hjemmel til tilbakekall ved blodverdier som kun er straffbare og ikke trafikkfarlige. Høyesterett har tross alt sagt at tilbakekall må være påkrevd av hensyn til trafikksikkerheten (7). Riktig nok kan en fradømmes føreretten for kortere tidsrom ved gjentatt lavpromillekjøring, men dette forutsetter at man er straffet. Motivene for å forebygge lavpromillekjøring er dessuten ikke overførbare til cannabis; alkoholpromille tilsier et forutgående inntak nært i tid, og kan tyde på et uansvarlig bruksmønster. Alkoholpåvirkede sjåfører er dessuten langt mer ulykkesutsatt enn cannabispåvirkede sjåfører, hvilket bør tale for en strengere praksis overfor alkohol (8). Likevel fattes det i dag færre vedtak om tilbakekall etter § 34 på grunn av alkoholbruk enn på grunn av cannabisbruk.

Mørland & Bramness skal ha ros for å mane til en mildere førerkortpraksis overfor medisinske cannabisbrukere. De bør imidlertid problematisere at straffbarhetsgrensen for THC er satt altfor lavt med hensyn til hva som er nødvendig i et trafikksikkerhetsperspektiv og forsvarlig i et rettsikkerhetsperspektiv. Den kunne med hell heves til i hvert fall dagens 0,5-grense – i tråd med foreliggende forskning og erfaring fra land med høyere grenser.

DAGFINN HESSEN PAUST

dagfinn.hessen@gmail.com
er advokat og nestleder i Foreningen Tryggere Ruspolitikk.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Mørland J, Bramness JG. Effekter av cannabis varer lenger enn antatt. Tidsskr Nor Laegeforen 2017; 137: 1589-94.
- 2 Gjerde H, Mørland J. Risk for involvement in road traffic crash during acute cannabis intoxication. Addiction 2016; 111: 1492-5.
- 3 Hirvonen J, Goodwin RS, Li CT et al. Reversible and regionally selective downregulation of brain

- cannabinoid CB1 receptors in chronic daily cannabis smokers. *Mol Psychiatry* 2012; 17: 642–9.
- 4 Odell MS, Frei MY, Gerostamoulos D et al. Residual cannabis levels in blood, urine and oral fluid following heavy cannabis use. *Forensic Sci Int* 2015; 249: 173–80.
- 5 Innstilling i justiskomiteen om lov om endringer i lov 18. juni 1965 nr. 4 om vegtrafikk og i enkelte andre lover, s. 4 figur 2.1. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2014-2015/inns-201415-114/> (3.1.2018).
- 6 Rapport fra faglig rådgivningsgruppe desember 2010. Etablering av faste grenser for påvirkning av andre stoff enn alkohol, s. 17 punkt 4.4. https://www.regjeringen.no/contentassets/f32a82d2f71b496bb7ee8ebdbd3b01fc/rapport_fagligradgivningsgruppe_des2010.pdf (3.1.2018).
- 7 Dom i Høyesterett 2015. Rt. 2015 s. 493, avsnitt 29.
- 8 Martin J-L, Gadegbeku B, Wu D et al. Cannabis, alcohol and fatal road accidents. *PLoS One* 2017; 12: e0187320.

J. MØRLAND & J.G. BRAMNESS SVARER
Advokat Dagfinn Hessen Paust kommer med et nokså krast angrep på vår kronikk om hvor lenge effektene av cannabis varer.

Han åpner med en anklage om blanding av juss og medisin, men han gjør dette selv, og det er jo selve hensikten med innlegget vårt. Vi lar derfor dette ligge. Noe av det han skriver i sitt innlegg er, slik vi ser det, riktig og reflektert, mens andre ting mener vi ikke har dekning i faglitteraturen. Vi vil her trekke fram følgende:

For det første hevder Paust at trafikkløst påvirkning av THC ikke inntreffer ved vegtrafikklovens straffbarhetsgrense. Vår kommentar er at det i praksis er umulig å fastsette en konsentrasjonsgrense der alle med lavere konsentrasjoner er upåvirket og der alle med høyere er påvirket. For noen følsomme personer vil det foreligge prestasjonsforringelse ved THC-konsentrasjonsgrensen på 0,004 µmol/liter på samme måte som ved 0,2 promille alkohol, mens flere og flere blir affisert ved høyere konsentrasjoner av begge rusmidlene.

For det andre står hans utsagn om at ekstrembrukere utvikler toleranse for cannabis effekter i kontrast til nyere forskning som ikke finner denne typen toleranseutvikling (1).

Noe av det han skriver ellers er ikke en kommentar til hva vi har skrevet, men en diskusjon av andre ting han mener vi burde tatt opp. Dette vil vi ikke kommentere og kanskje kunne Pausts innlegg videre stå ukommentert, men vi har lyst til å påpeke at han tillegger oss noen meninger vi ikke har eller har gitt uttrykk for i kronikken:

Paust skriver at «ifølge Mørland & Bramness tilsier dette at bruk oftere enn med 1–2 ukers mellomrom, bør medføre tilbakekall av førerretten etter vegtrafikkloven § 34». Vi har eksplisitt lagt vekt på ikke å være normative i det vi har skrevet, men har skrevet at en slik bruk KAN medføre tilbakekall av førerretten. Forskjellen mellom «bør» og «kan» er stor.

Videre skriver Paust: «Hva gjelder dem som røyker [...] et par trekk om kvelden, kan det ikke ses dokumentert av Mørland & Bramness at disse har vedvarende trafikkløst blodverdier.» Vår kommentar er at vi ikke har skrevet dette i kronikken, at vi oppfatter dette som *reductio ad absurdum* og at vi selvsagt ikke mener dette.

Ut over dette takker vi for Pausts bidrag til debatt.

JØRG MØRLAND

jorg.morland@fhi.no

er professor emeritus ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, dr.med. og fagdirektør/seniorforsker ved Område for helsedata og digitalisering, Folkehelseinstituttet.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

JØRGEN G. BRAMNESS

er seniorforsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (N-ROP), Sykehuset Innlandet, Hamar.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Ramaekers JG, van Wel JH, Spronk DB et al. Cannabis and tolerance: acute drug impairment as a function of cannabis use history. *Sci Rep* 2016; 6: 26843.

Debatten om kronisk utmattelsessyndrom fortsetter. Les alle innleggene på våre nettsider under Yngve Thomas Blikruds artikkel «Svak kobling mellom kronisk utmattelsessyndrom og pyruvat dehydrogenasemangel».

Ukritisk medieopptreden av ME-forskere

I originalartikkelen som rapporterte endret energiomsetning hos pasienter med kronisk utmattelsessyndrom (CFS/ME) gikk forfatterne langt i å antyde at funnene kunne forklare pasientens symptomer (1). Forfatterne spekulerte altså i årsaksmekanismer, til tross for åpenbare metodologiske begrensninger som studiens tverrsnittsdesign, manglende standardisering av prøvetakning og en ikke-sammenliknbar kontrollgruppe.

«Det er så man gnir seg i øynene – hva får en velrenommert akademiker til å formulere seg slik i offentligheten?»

I debatten her i Tidsskriftet tar forfatterne flere forbehold, samtidig som de beklager seg over at originalresultatene er upresist gjengitt i media. Dette står ikke til troende. Problemet er for en gangs skyld ikke tabloide journalister, men forskernes egen ukritiske medieopptreden. Studiens

andreforfatter, professor Olav Mella, uttalte for eksempel følgende til TV2: «[...] dette er en sykdom som ikke sitter mellom ørene til pasientene, men faktisk er i pasientens blod» (2). Det er så man gnir seg i øynene – hva får en velrenommert akademiker til å formulere seg slik i offentligheten? En blogger fulgte opp: «[Resultatene] er jo et tydelig bevis på at det faktisk er noe fysisk galt med kroppens evne til å produsere energi» (3).

Dette tabloide budskapet ble raskt spredd videre i sosiale medier, og kan ha påvirket både den allmenne opinionen, byråkratiske beslutninger (blant annet om forskningsfinansiering), og pasientenes selvforståelse. Sistnevnte kan føre til at pasienter unnlater

å motta virksam behandling. En fersk intervensjonsstudie viser effekt av metoden «Lightning process» (4), som er en variant av kognitiv atferdsterapi. Pasienter med kronisk utmattelsessyndrom bør selvsagt oppfordres til å forsøke slike metoder, men mange vil nok takke nei dersom de tror på (det feilaktige) budskapet om at sykdommen «sitter i blodet». Dermed går de glipp av en mulighet til å bedre sitt funksjonsnivå, og i beste fall bli helt friske.

VEGARD BRUUN BRATHOLM WYLLER

v.b.b.wyller@medisin.uio.no
er overlege og professor ved Universitetet i Oslo.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Fluge Ø, Mella O, Bruland O et al. Metabolic profiling indicates impaired pyruvate dehydrogenase function in myalgic encephalopathy/chronic fatigue syndrome. *JCI Insight* 2016; 1: e89376.
- 2 TV2-nyhetene 7.1.2017. <http://www.tv2.no/a/8848920/> (22.9.2017).
- 3 Westerby CE. SerendipityCat. Blogg. www.serendipitycat.no/2016/12/22/studie-haukeland-forklare-sykdomsmekanismer-me/ (22.9.2017).
- 4 Crawley EM, Gaunt DM, Garfield K et al. Clinical and cost-effectiveness of the Lightning Process in addition to specialist medical care for paediatric chronic fatigue syndrome: randomised controlled trial. *Arch Dis Child* 2017; archdischild-2017-313375 E-pub ahead of print DOI: 10.1136/archdischild-2017-313375.

Legejobber

TIDSSKRIFTETS STILLINGSPORTAL

Norges mest komplette oversikt
over ledige legejobber

legejobber.no

 Tidsskriftet

▼ Cosentyx «Novartis»

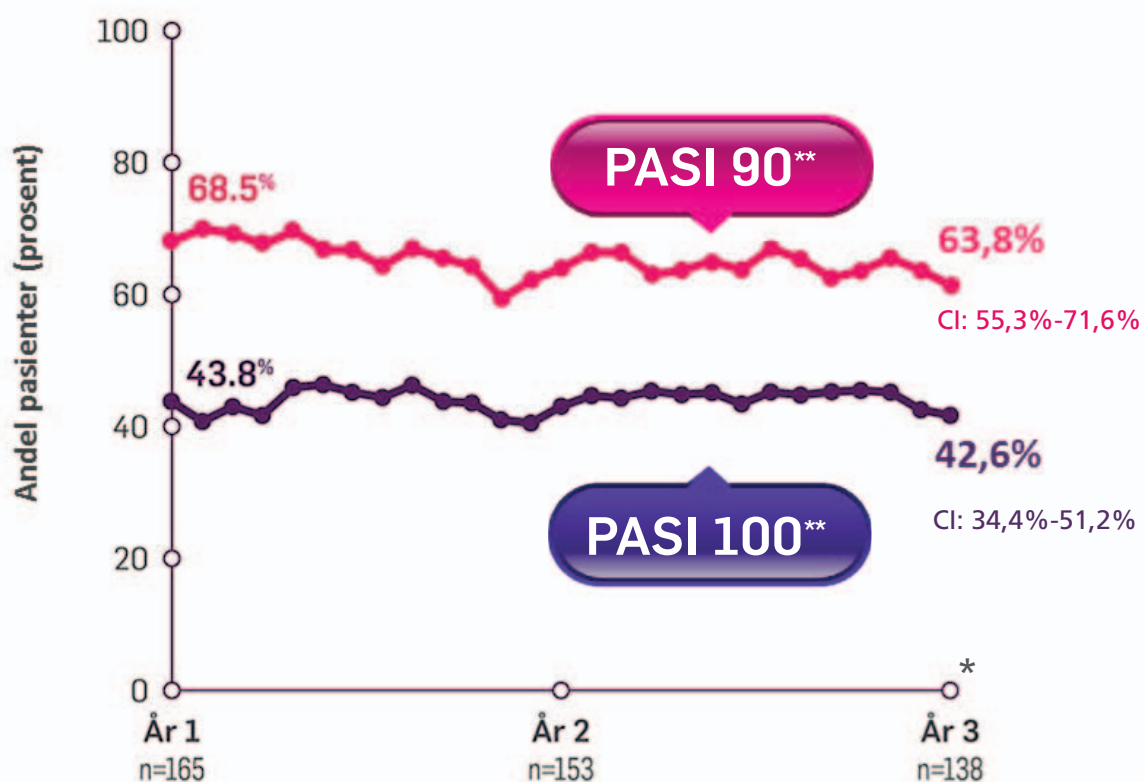
Immunsuppressiv, interleukinhemmer.

ATC-nr.: L04A C10

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt penn 150 mg: Hver ferdigfylte penn inneh.: Sekukinumab 150 mg, trehalosedihydrat, L-histidin, L-histidinhydrokloridmonohydrat, L-metionin, polysorbat 80, vann til injeksjonsvæsker. **INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt sprøyte 150 mg:** Hver ferdigfylte sprøyte inneh.: Sekukinumab 150 mg, trehalosedihydrat, L-histidin, L-histidinhydrokloridmonohydrat, L-metionin, polysorbat 80, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Behandling av moderat til alvorlig plakkpsoriasis hos voksne som er aktuelle for systemisk behandling. Cosentyx alene eller i kombinasjon med metotreksat er indisert til behandling av aktiv psoriasisartritt hos voksne, når respons på tidligere sykdomsmodifiserende antirevmatisk legemiddelbehandling ikke har vært tilstrekkelig. Behandling av aktiv ankyloserende spondylitt hos voksne som har hatt utilstrekkelig respons på konvensjonell behandling. **Dosering:** Beregnet til bruk under veiledning og tilsyn av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av tilstander som indisert. Klinisk respons oppnås vanligvis etter 16 uker med behandling. Seponering bør vurderes ved fraværende respons etter 16 uker. Delvis respons innledningsvis kan senere bedres dersom behandlingen fortsetter utover 16 uker. Plakkpsoriasis: Anbefalt dose: 300 mg s.c., hvor det innledningsvis gis 1 dose hver uke i 5 uker (uke 0, 1, 2, 3 og 4), deretter 1 dose hver måned som vedlikeholdsbehandling. Hver dose på 300 mg gis som 2 s.c. injeksjoner på 150 mg. Psoriasisartritt: Pasienter med samtidig moderat til alvorlig plakkpsoriasis eller som ikke responderer tilstrekkelig på TNF α : Anbefalt dose: 300 mg s.c., hvor det innledningsvis gis 1 dose hver uke i 5 uker (uke 0, 1, 2, 3 og 4), deretter 1 dose hver måned som vedlikeholdsbehandling. Hver dose på 300 mg gis som 2 s.c. injeksjoner på 150 mg. Andre pasienter: Anbefalt dose: 150 mg s.c., hvor det innledningsvis gis 1 dose hver uke i 5 uker (uke 0, 1, 2, 3 og 4), deretter 1 dose hver måned som vedlikeholdsbehandling. Ankyloserende spondylitt: Anbefalt dose: 150 mg s.c., hvor det innledningsvis gis 1 dose hver uke i 5 uker (uke 0, 1, 2, 3 og 4), deretter 1 dose hver måned som vedlikeholdsbehandling. Spesielle pasientgrupper: Nedsatt lever- og nyrefunksjon: Ikke undersøkt. Ingen doseringsanbefalinger kan gis. Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. Eldre \geq 65 år: Ingen dosejustering nødvendig. Tilberedning/Håndtering: Se pakningsvedlegg. Administrering: Skal gis som s.c. injeksjon. Hvis mulig, skal hudområder med psoriasis unngås som injeksjonssted. Etter avtale med egen lege kan pasienten injisere Cosentyx selv, så fremt opplæring i s.c. injeksjonsteknikk er gitt. Legen skal imidlertid sørge for hensiktsmessig oppfølging av pasienten. Pasienten skal instrueres i å injisere hele mengden iht. instruksjonene i pakningsvedlegget. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdstoffene. Klinisk viktig, aktiv infeksjon (f.eks. aktiv tuberkulose). **Forsiktighetsregler:** Sekukinumab kan øke risikoen for infeksjoner; de fleste av disse er milde eller moderate øvre luftveisinfeksjoner slik som nasofaryngitt, og krever ikke seponering. Ikke-alvorlige mukokutane candidainfeksjoner er rapportert. Forsiktighet bør utvises når bruk vurderes hos pasienter med kronisk infeksjon eller historie med gjentatte infeksjoner. Pasienten skal anmodes om å søke medisinske råd dersom tegn på infeksjon oppstår. Ved alvorlig infeksjon skal pasienten overvåkes nøye og sekukinumab ikke gis før infeksjonen opphører. Skal ikke gis ved aktiv tuberkulose. Behandling mot tuberkulose skal vurderes før oppstart ved latent tuberkulose. Forsiktighet bør utvises ved Crohns sykdom, da sykdomsforverring, i noen tilfeller alvorlig, er sett (også i placebogruppen). Pasienter med Crohns sykdom bør følges opp nøye. Sjeldne tilfeller av overfølsomhetsreaksjoner er observert. Dersom en anafylaktisk reaksjon eller andre alvorlige allergiske reaksjoner oppstår, skal administrering avbrytes umiddelbart og nødvendig behandling startes. Nålehetten til den ferdigfylte sprøyten og pennen inneholder et derivat av naturgummilateks. Naturgummilateks er ikke påvist i nålehetten, men bruk er ikke undersøkt hos lateks-følsomme personer, og risiko for overfølsomhetsreaksjoner kan derfor ikke fullstendig utelukkes. Levende vaksiner bør ikke gis samtidig. Pasienten kan få inaktiverte eller ikke-levende vaksiner. Data antyder at sekukinumab ikke undertrykker den humorale immunresponsen overfor meningokokk- eller influensavaksiner. Sikkerhet og effekt i kombinasjon med immunsuppressiver, inkl. biologiske, eller fototerapi er ikke undersøkt i psoriasis-studier. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. **Graviditet, amming og fertilitet:** Fertile kvinner skal bruke effektiv prevensjon under behandling og i minst 20 uker etter behandling. Graviditet: Tilstrekkelige data foreligger ikke. Dyrestudier indikerer ingen direkte eller indirekte skadelige effekter mht. graviditet, embryonisk/føtal utvikling, fødsel eller postnatal utvikling. Som et forsiktighetstiltak anbefales det å unngå bruk under graviditet. Amming: Ukjent om sekukinumab utskilles i morsmelk eller tas opp systemisk ved amming. Pga. potensialet for bivirkninger hos diende spedbarn, må det tas en beslutning om amming skal opphøre under og i opptil 20 uker etter behandling, eller behandling avsluttes, basert på nytte-/risikovurdering. Fertilitet: Ikke undersøkt. Dyrestudier viste ingen direkte eller indirekte skadelige effekter på fertilitet. **Bivirkninger:** Svært vanlige (\geq 1/10): Infeksiøse: Øvre luftveisinfeksjoner. Vanlige (\geq 1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Diaré. Infeksiøse: Munnherpes. Luftveier: Rennende nese. Mindre vanlige (\geq 1/1000 til <1/100): Blod/lymfe: Nøytropeni. Hud: Urticaria. Infeksiøse: Oral candidiasis, fotsopp, eksem otitt. Øye: Konjunktivitt. Sjeldne (\geq 1/10 000 til <1/1000): Immunsystemet: Anafylaktiske reaksjoner. Ukjent frekvens: Infeksiøse: Slimhinne- og hud-candidiasis (inkl. øsofageal candidiasis). **Overdosering/Forgiftning:** Ved overdose anbefales det at pasienten overvåkes for tegn eller symptomer på bivirkninger, og at nødvendig symptomatisk behandling startes umiddelbart. Se Giftinformasjonens anbefalinger for interleukinhemmere L04A C side c. **Egenskaper:** Klassifisering: Fullstendig humant monoklonalt antistoff (IgG1/ κ). Virkningsmekanisme: Binde selektivt til og nøytraliserer proinflammatorisk cytokin interleukin-17A (IL-17A) og hemmer interaksjonen med IL-17-reseptoren, som er uttrykt på forskjellige cellyper, inkl. keratinocytter. Som et resultat hemmes frigjøringen av proinflammatoriske cytokiner, kjemokiner og mediatorer for vevsskade, og det IL-17A-medierte bidraget til autoimmune og inflammatoriske sykdommer reduseres. Som et direkte resultat reduseres erytem, hudfortykkelse og flassing som forekommer i lesjoner med plakkpsoriasis. Absorpsjon: C_{max} ved steady state etter s.c. administrering av 150 mg eller 300 mg er hhv. 27,6 μ g/ml og 55,2 μ g/ml. Steady state nås etter 20 uker. Biotilgjengelighet: 73%. Fordeling: Vd etter en enkelt i.v. administrering: 7,10-8,60 liter. Halveringstid: Clearance etter en enkelt i.v. administrering: 0,13-0,36 liter/dag; t_{1/2}: 27 (18-47) dager ved i.v. administrering. Metabolisme: Via intracellulær katabolisme, etterfulgt av væskefase eller reseptormediert endocytose. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Kan oppbevares utenfor kjøleskap i en enkeltperiode på inntil 4 dager ved romtemperatur (høyst 30°C). Skal ikke fryses. Oppbevares i originalpakningen for å beskytte mot lys. **Pakninger og priser:** Injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt penn: 2 \times 1 ml (ferdigfylt penn) kr. 15310,30. Injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt sprøyte: 2 \times 1 ml (ferdigfylt sprøyte) kr. 15310,30. **H-resept: L04A C10_1 Sekukinumab. Refusjonsberettiget bruk:** Rekvirering skal gjøres i tråd med nasjonal faglig retningslinje for bruk av TNF-a hemmere og andre biologiske betennelsesdempende legemidler og føringer fra RHF/LIS spesialistgruppe. **Vilkår:** 216 Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller spesialist i revmatologi, nevrologi, indremedisin, barnesykdommer eller hud og veneriske sykdommer

Sist endret: 17.10.2017 (SPC godkjent 15.08.2017)

Cosentyx[®] (sekukinumab) opprettholder god effekt hos pasienter med moderat til alvorlig plakkpsoriasis i opptil 3 år.



* Cosentyx[®] 300mg. Graf utarbeidet av Novartis og tilpasset etter Bissonnette R et al. 2017. As observed analyse av Cosentyx 300mg fixed interval dosing arm i SCULPTURE.

** PASI (Psoriasis Area Severity Index)

Sikkerhetsinformasjon: Den hyppigste rapporterte bivirkningen for Cosentyx er øvre luftveisinfeksjoner.² Forsiktighet bør utvises ved bruk av Cosentyx hos pasienter med en kronisk infeksjon eller pasienter med Crohns sykdom.³ Cosentyx skal ikke gis til pasienter med aktiv tuberkulose.³

Referanse:

1. Bissonnette R, Luger T, Thaci D et al. Secukinumab Sustains Good Efficacy and Favourable Safety in Moderate to Severe Psoriasis up to 3 Years of Treatment: Results from A Double-Blind Extension Study, Br J Dermatol. 2017 Jun 5. doi: 10.1111/bjd.15706. [Epub ahead of print].
2. Cosentyx[®] SPC kap. 4.8, pr 15.08.2017.
3. Cosentyx[®] SPC kap.4.4, pr 15.08.2017.

Legers tid til pasientarbeid og pasienters tid med legen

Antallet leger i sykehus øker mye mer enn antallet pasienter. Selv om sykehusleger mener at de får stadig mindre tid til pasientrettet arbeid, får den enkelte pasient likevel mer tid med en lege. Legers arbeidstid må organiseres bedre i forhold til ressursutnyttelse og pasientbehandling.

I en nylig publisert studie av Rosta & Aasland, basert på spørreundersøkelser i perioden 1994–2014, mente sykehusleger at de fikk stadig mindre tid til pasientarbeid, selv om den totale arbeidstiden ikke var endret (1). I den samme perioden økte imidlertid antallet sykehusleger med over 100 %, mens antall pasienter økte med bare rundt 17 %. Med en så sterk økning i antallet leger i forhold til pasienter vil selv en betydelig nedgang i den enkelte leges tid til pasientarbeid likevel medføre at den enkelte pasient opplever å få mer tid med legen, men da samlet fra flere leger.

Nye analyser

Resultatene fra Rosta & Aaslands studie er derfor analysert opp mot utviklingen i antall leger i spesialisthelsetjenesten fra 2010–14 og i pasientvolum i den samme tidsperioden.

Legerressurser og pasientvolum i sykehus
Nasjonale tall for antall leger i de samme spesialitetene som inngikk i Rosta & Aaslands studie i 2010 og 2014 ble fremskaffet fra Statistisk sentralbyrå og Helsedirektoratet (2). Dette gjaldt både medisinske spesialiteter (barnesykdommer, fysikalsk medisin og rehabilitering, hud- og veneriske sykdommer, indremedisin, blodsykdommer, endokrinologi, fordøysessykdommer, geriatri, hjertesykdommer, infeksjonssykdommer, lungesykdommer, nyresykdommer, nevrologi, onkologi og revmatologi) og kirurgiske spesialiteter (anestesiologi, fødselshjelp og kvinnesykdommer, generell kirurgi, barnekirurgi, gastroenterologisk kirurgi, karkirurgi, thoraxkirurgi, urologi, bryst- og endokrin kirurgi, kjevekirurgi og

munnhulesykdommer, nevrokirurgi, ortopedisk kirurgi, plastikkirurgi, øre-nese-hals-sykdommer og øyesykdommer). Data for utviklingen i antall pasienter i medisinsk dagbehandling, dagkirurgi, liggedøgn (inneliggende pasienter) og polikliniske konsultasjoner, inkludert stråleterapi, kjemoterapi og dialyse, ble hentet fra Samdata-rapporten 2014 (3). Data om sykehuslegers arbeidstid og tid brukt til direkte pasientrettet arbeid ble hentet fra studien til Rosta & Aasland (1).

«Det er grunn til å tro at dagens organisering av legers arbeidstid er lite hensiktsmessig og at det er behov for betydelige endringer i organiseringen av legetjenesten i sykehusene»

Sykehuslegenes arbeidstid og tid til pasientarbeid

Total arbeidstid og total tid til pasientarbeid per uke på landsbasis ble beregnet ved å multiplisere de gjennomsnittlige arbeidstidstallene per uke med de landsomfattende tallene for antall leger i medisinske og kirur-

giske spesialiteter i sykehus (1, 2). Gjennomsnittlig total legearbeidstid og pasientrettet arbeidstid per pasient i medisinsk dagbehandling og i dagkirurgi ble så beregnet og omregnet til legers arbeidstimer per uke per pasient (1). Ettersom det ikke fantes spesialitetsspesifisert statistikk for inneliggende pasienter (liggedøgn) og pasienter til polikliniske konsultasjoner, måtte total arbeidstid og tid til pasientarbeid for alle «somatiske sykehusleger» beregnes ved at total arbeidstid og tid til pasientarbeid for medisinske og kirurgiske spesialiteter slås sammen etter en vekting basert på antall leger i de to gruppene. Denne beregnede tid til pasientarbeid ble så brukt til å beregne de relative endringene i pasientens tid med lege for henholdsvis inneliggende pasienter og pasienter i polikliniske konsultasjoner.

Nasjonale endringer i antall leger og pasientvolum

Som vist i tabell 1 økte antall leger i perioden 2010–14 med 17,9 % og 8,0 % i henholdsvis medisinske og kirurgiske spesialiteter, med en samlet økning på 13 %. Samtidig gikk antall pasienter i medisinsk dagbehandling ned med 11 %, mens antall dagkirurgiske pasienter økte med 0,7 %. Antall inneliggende pasienter (dvs. liggedøgn) gikk ned med 7,1 %, mens antallet polikliniske konsultasjoner økte med 11,9 %.

Tabell 1 Legeårsverk og pasientbehandling for 2010 og 2014 i klinisk somatisk spesialisthelsetjeneste (sykehus). Tall fra Statistisk sentralbyrå og Samdata (2, 3)

	2010	2014	Endring (%)
Leger			
Totalt antall sykehusleger	8 904	10 281	+15,5
Leger i medisinske spesialiteter	3 375	3 979	+17,9
Leger i kirurgiske spesialiteter	3 390	3 665	+8,1
Totalt	6 765	7 644	+13,0
Pasienter			
Totalt antall liggedøgn	3 852 117	3 577 784	-7,1
Liggedøgn per uke	74 079	68 804	-7,1
Totalt antall polikliniske konsultasjoner	4 964 374	5 553 384	+11,9
Polikliniske konsultasjoner per uke	95 469	106 796	+11,9
Kirurgisk dagbehandling	209 734	211 244	+0,7
Kirurgisk dagbehandling per uke	4 033	4 062	+0,7
Medisinsk dagbehandling (liggedøgn)	157 963	140 565	-11
Medisinsk dagbehandling per uke	3 038	2 703	-11

Total arbeidstid, tid til pasientarbeid og pasientens tid med legen

I medisinske spesialiteter økte legers totale arbeidstid med 17 % (tab 2). Selv om den enkelte lege rapporterte mindre tid til pasientarbeid, økte samlet tid til pasientarbeid med 6 % på grunn av økningen i antall leger. På grunn av færre pasienter medførte dette at hver pasient i dagbehandling fikk 20 % mer tid med en lege.

Tilsvarende økte arbeidstiden for leger i kirurgiske spesialiteter med totalt 10 %, mens tiden til pasientarbeid gikk ned med 4 %. Likevel ville hver enkelt dagkirurgisk pasient fått nærmest uendret tid med en lege. Samlet for alle leger i somatisk spesialisthelsetjeneste hadde hver inneliggende pasient fått 17 % mer tid med en lege fra 2010 til 2014, mens tid til pasientarbeid ved polikliniske konsultasjoner gikk ned med 5 % (tab 3). Dersom man forutsatte at det fra 2010 til 2014 innenfor en uendret total arbeidstid ikke hadde skjedd noen endringer i legers tid til pasientrettet arbeid, ville inneliggende pasienter fått 29 % mer tid og polikliniske pasienter 5 % mer tid med en lege.

Vurdering av legers arbeidstid

Det er fortjenstfullt av Rosta & Aasland at de har studert sykehuslegers bruk av sin arbeidstid, for det finnes få tilsvarende studier (4-7). Selv om deres resultater er interessante, er det usikkert om utvalget av leger er representativt. Ettersom fordelingen av pasientene i de ulike spesialitetene mht. poliklinikk, dagbehandling, elektive innleggelser og øyeblikkelig hjelp er ulike, vil et gjennomsnitt - vektet eller ikke vektet - neppe være representativt. Det er dessuten usikkerhet om spørreundersøkelser gir svar som samsvarer med realitetene.

Pasientrettet arbeidstid

I Rosta & Aaslands studie mente legene de hadde fått mindre tid til direkte pasientrettet arbeid. Når disse resultatene analyseres opp mot pasientvolum, har imidlertid pasientene fått mer tid med en lege. Dette skyldes at flere leger og færre pasienter på mange områder mer enn kompenseres for den enkelte leges følelse av mindre tid til direkte pasientrettet arbeid. Resultatene tyder på at det særlig er inneliggende pasienter og pasienter i dagbehandling som har fått mer tid med legen, mens det har vært liten endring, kanskje en reduksjon, i pasientens tid med legen ved polikli-

Tabell 2 Relative endringer fra 2010 til 2014 i total arbeidstid og timer til pasientarbeid per uke for leger i medisinske og kirurgiske spesialiteter og tilsvarende tid til pasientarbeid per pasient i medisinsk dagbehandling og dagkirurgi. Data om arbeidstid og antall pasienter er hentet fra Rosta & Aasland (1)

	2010	2014	Endring (%)
Medisinske spesialiteter			
Antall leger	3 375	3 979	+17,9
Antall arbeidstimer per uke per lege	46,7	46,4	-1
Samlet antall arbeidstimer per uke	157 613	184 626	+17
Tid til pasientarbeid per uke per lege	23,0	20,7	-10
Tid til pasientarbeid per uke totalt	77 625	82 365	+6
Pasienter til dagbehandling per uke	3 038	2 703	-11
Tid til pasientarbeid/dagbehandling	25	30	+20
Kirurgiske spesialiteter			
Antall leger	3 390	3 665	+8,1
Antall arbeidstimer per uke per lege	47,6	48,5	+2
Samlet antall arbeidstimer per uke	161 364	177 753	+10
Tid til pasientarbeid per uke per lege	29,4	26,1	-11
Tid til pasientarbeid per uke totalt	99 666	95 657	-4
Dagkirurgiske pasienter per uke	4 033	4 062	+0,7
Tid til pasientarbeid per dagkirurgiske pasient	25	24	-0

Tabell 3 Relative endringer fra 2010 til 2014 i total arbeidstid og tid til pasientarbeid for leger i klinisk somatisk spesialisthelsetjeneste og tid til pasientarbeid per inneliggende pasient og pasient til poliklinisk konsultasjon. Tall for legetimer er omregnet fra tabell 2 til et vektet gjennomsnitt for leger i somatisk spesialisthelsetjeneste. Tall for inneliggende pasienter (dvs. liggedøgn) og pasienter til polikliniske konsultasjoner er hentet fra tabell 1. Endringer i tid til pasientarbeid per pasient er beregnet med uendret legetid til pasientarbeid fra 2010 til 2014

	2010	2014	Endring (%)
Antall leger i somatiske spesialiteter	6 765	7 644	+13
Vektet totale arbeidstimer per uke per lege	47,1	47,4	+1
Samlet arbeidstimer per uke	326 572	387 742	+19
Vektet tid til pasientarbeid per uke per lege	26,1	23,3	-11
Samlet tid til pasientarbeid per uke	181 343	190 491	+5
Med uendret tid til pasientarbeid		213 446	+18
Pasientvolum			
Liggedøgn	74 079	68 804	-7,1
Polikliniske konsultasjoner	95 469	106 796	+11,9
Legetimer per liggedøgn og konsultasjon			
Tid til pasientarbeid per liggedøgn	2,4	2,8	+17
Med uendret tid til pasientarbeid		3,1	+29
Tid til pasientarbeid/konsultasjon	1,9	1,8	-5
Med uendret tid til pasientarbeid		2,0	+5

niske konsultasjoner. Siden andre studier viser at sykehusleger bruker fire ganger så lang tid på innlagte pasienter som på polikliniske pasienter, er det sannsynlig at pasientene totalt sett har fått mer tid med en lege (4, 5, 7). Dette underbygges også av det forhold at kontrollpasienter utgjør en stadig større andel av polikliniske pasienter (8). Dersom det i studieperioden ikke hadde vært noen reduksjon i tiden til pasientarbeid, ville inneliggende pasienter og polikliniske pasienter fått henholdsvis 29 % og 5 % mer tid med legen (tab 3).

Legenes følelse av mindre tid til pasientene kan skyldes at de har færre pasienter å forholde seg til, og ikke at de har mindre tid til hver pasient. Med færre pasienter vil samlet tidsbruk til direkte pasientarbeid kunne gå ned, selv om hver pasient faktisk får mer tid med lege, men da med flere leger. Dette kan være uheldig for kontinuiteten og kvaliteten i pasientbehandlingen.

Årsaker til endringer i legers tidsbruk

Som årsak til at leger opplever mindre tid til direkte pasientrettet arbeid angir Rosta & Aasland flere forhold: Leger har overtatt oppgaver som tidligere ble gjort av merkantilt personell, bl.a. som følge av elektroniske pasientjournaler og tålegjenkjenning, og krav om rapportering og dokumentasjon (1). I en undersøkelse om elektroniske journal-systemer rapporterte nesten syv av ti sykehusleger at denne utviklingen gikk på

bekostning av pasientbehandlingen (9). Andre undersøkelser har imidlertid vist at informasjonsteknologi har gjort dokumentasjons- og kvalitetsarbeidet lettere (10, 11). Selv om leger skulle bruke mer tid til dokumentasjon og kvalitetsarbeid, vil ikke dette være noe som fortrenger pasientrettet arbeid, men snarere være en konsekvens av at pasientrettet arbeid tar mindre tid.

Rosta & Aasland påpekte også at sykehuslegers tidsbruk påvirkes av oppgavefordelingen mellom ulike helsepersonellgrupper, bl.a. at legene nå gjør mer sekretærarbeid (12). På den annen side har sykepleiere fått en mer aktiv funksjon og har på mange områder overtatt arbeid som tidligere ble utført av leger. Dette har sannsynligvis ført til at legetid er frigjort til annet pasientrettet arbeid. Samtidig har likevel antall sykepleierstillinger i sykehusene økt mindre enn antall legestillinger, fra 2003–13 med hhv. 13,7 % og 40,7 % (13). Man skulle derfor heller tro at det var legene som gradvis tok over sykepleierens oppgaver og ikke omvendt.

Legers arbeidstid må reorganiseres

Det er grunn til å tro at opplevelsen av redusert tid til pasientrettet arbeid er relatert til den sterke økningen i antall leger i forhold til antall pasienter. Samtidig definerer legenes arbeidsavtaler legen som en dagarbeider som er unntatt arbeidsmiljøloven. Selv om sykehusene har en døgnkontinuerlig virksomhet, er 83 % av arbeidstiden lagt til

dagtid på ukedager, som bare utgjør 24 % av ukearbeidstiden (14). Denne skjeve og uhen-siktsmessige fordelingen av legers arbeidstid er uheldig for utnyttelsen av arbeidstiden og sykehusenes utstyr og har negative konsekvenser for antall behandlede pasienter og effektiv ressursbruk (12, 15, 16). Mange sykehusavdelinger er antagelig overbemannet på dagtid og underbemannet på kveldstid, om natten og i helger (14).

Det er grunn til å tro at dagens organisering av legers arbeidstid er lite hensiktsmessig og at det er behov for betydelige endringer i organiseringen av legetjenesten i sykehusene. Det er viktig å se nærmere på hva leger faktisk bruker arbeidstiden til og hva de bør bruke arbeidstiden til (17), fortrinnsvis med bruk av objektive, kvantitative metoder fremfor kvalitative.

Mottatt 15.2.2017, første revisjon innsendt 12.7.2017, godkjent 6.12.2017.

DAG BRATLID

dag.bratlid@medisin.uio.no

(f. 1944) er spesialist i barnesykdommer, tidligere professor fra Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og tidligere overlege i nyfødtdisin ved Barne- og ungdomsklinikken, St. Olavs hospital. Han har en mastergrad i helseadministrasjon og er tilknyttet Avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

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

LITTERATUR

- Rosta J, Aasland OG. Legers arbeidstid og tid til pasientarbeid i perioden 1994-2014. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1355–9.
- Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. tabell 09544 mm. www.ssb.no (6.12.2017).
- Samdata. Spesialisthelsetjenesten 2014. Oslo: HelseDirektoratet, 2015.
- Røhme K, Kjekshus LE. Når tiden telles-sykehuslegers tidsbruk og arbeidsoppgaver. Tidsskr Nor Legeforen 2001; 121: 1458–61.
- Bratlid D. Pasientbehandling og legeressurser i en sykehusavdeling. HERO skriftserie 2013 <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2013/hero2013-6.pdf> (6.12.2017).
- Foss H, Skaar V, Fosshaug B et al. Hvor mye tid får pasientene? Sykepleien 2006; 94: 94–6.
- Mache S, Vitzthum K, Kusma B et al. Pediatricians' working conditions in German hospitals: a real-time task analysis. Eur J Pediatr 2010; 169: 551–5.
- Samdata. Spesialisthelsetjenesten 2015. Oslo: HelseDirektoratet, 2016.
- Den norske legeforening. Undersøkelse om elektronisk pasientjournal i sykehus. Oslo: Den norske legeforening, 2014.
- Lium JT, Faxvaag A. Removal of paper-based health records from Norwegian hospitals: effects on clinical workflow. Stud Health Technol Inform 2006; 124: 1031–6.
- Øvretveit J, Scott T, Rundall TG et al. Improving quality through effective implementation of information technology in healthcare. Int J Qual Health Care 2007; 19: 259–66.
- Johannessen KA, Kittelsen SA, Hagen TP. Assessing physician productivity following Norwegian hospital reform: A panel and data envelopment analysis. Soc Sci Med 2017; 175: 117–26.
- Samdata. Spesialisthelsetjenesten 2013. Oslo: HelseDirektoratet, 2014.
- Bratlid D. Har legene en hensiktsmessig fordeling av arbeidstiden? Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 1590–1.
- Magnussen J. Utviklingen i effektivitet. I: Hansen FH, red. Sykehussektoren på 1990-tallet. Trondheim: SINTEF Unimed NIS SAMDATA, 2000: 113–21.
- Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus. Dokument 3:4 (2013-2014). <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/Sykehus.aspx> (6.12.2017).
- Frich JC. God bruk av legers arbeidstid? Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1321.

Én felles reseptliste for pasienten

Pasienter har ofte flere forskjellige legemiddellister over faste legemidler. Det kan føre til feil som kan gi negative helsemessige følger. Det er på tide at vi får én felles elektronisk legemiddelliste.

E-resept har gjort formidling av informasjon om medikamentbruk mellom primær- og sekundærhelsetjeneste og pasienten både enklere og sikrere. Oversikten over legemidler i bruk (reseptformidleren) sammenfatter hvilke medikamenter en pasient bruker. Fastlegene er pålagt å ajourholde denne og samstemme den med epikriser fra sykehus og spesialister (forskrift om fastlegeordning i kommunene § 25). Fastlegene skal gjennomføre legemiddelgjennomgang når de finner det nødvendig.

Dersom en pasient gjennomgår innleggelser i flere sykehusavdelinger eller mottar behandling fra ulike spesialister, kan den manuelle samstemmingsoppgaven være omfattende og tidkrevende. Det er utviklet dataverktøy for å lette oppgaven, men den er fortsatt avhengig av gjentatt og oppmerksom bearbeiding fra fastlegen og at epikrise foreligger i rett tid.

Privatpraktiserende spesialister, sykehus, hjemmesykepleie og sykehjem har ikke systematisk og sikker tilgang til den ajourførte oversikten over legemidler i bruk eller kjennskap til om pasientens resepter fortsatt er gyldige for ekspedering fra apotek.

Mange lister små...

Se for deg følgende: En pasient som konsulterer legevaktlege legges inn på sykehus og skrives ut til pleietjeneste. I løpet av sykehusinnleggelsen blir pasientens medikamentelle behandling endret. Epikrise sendes etter hvert til fastlege som deretter forutsettes å oppdatere oversikten over pasientens legemidler i bruk i den elektroniske pasientjournalens e-reseptmodul. Deretter må fastlegen ta utskrift av listen og gi til hjemmesykepleien.

«Problemet er at det kan foreligge flere forskjellige oversikter over pasientens faste medisiner»

Hjemmesykepleietjenesten eller sykehjem kan ha fått informasjon fra sykehus før fastlegen mottar epikrise. Kanskje er det skrevet ut resepter fra sykehuset. Ifølge medisinsk fagsjef ved Universitetssykehuset Nord-Norge antas 80 % av reseptene fra sykehuset å være skrevet som e-resept (Håkon Lindekleiv, personlig meddelelse).

Problemet er at det kan foreligge flere forskjellige oversikter over pasientens faste medisiner. Det brukes av flere årsaker mye arbeidstid til å forhindre feil i disse sårbare overgangene: For det første er det mulig for en behandlende lege på sykehus å forskrive resepter uten å redigere e-reseptoversikten over legemidler i bruk i reseptformidleren. For det andre har ikke sykehusleger og privatpraktiserende spesialister systematisk og sikker informasjon om pasientens faste

medikamenter. For det tredje har ikke sykepleiertjenesten tilgang til Reseptformidleren og oversikt over legemidler i bruk eller reseptenes gyldighet. For det fjerde forutsetter multidosepakking papirbasert informasjon.

Utnyttet potensial

E-resept og reseptformidleren har potensial for å bedre pasientsikkerheten uten ytterligere belastning på en allerede presset fastlegeordning. Det må da være en forpliktelse for alle – inklusive sykehusleger og privatpraktiserende spesialister, som tar en klinisk beslutning om endring av pasienters faste medisiner, å registrere dette i reseptformidleren. Dermed vil det bare eksistere én legemiddelliste, og behovet for og risikoen ved samstemming bortfaller.

Forslag til løsning: Det skal bare eksistere én legemiddelliste. Dette bør være e-resepts-oversikt over legemidler i bruk. Enhver forskrivning av medikamenter, inklusive multidose, skal skje via denne. Endring av pasientens faste medikamenter skal skje her. Dernest må oversikt over legemidler i bruk være tilgjengelig for de som gir nødvendig helsehjelp. Det betyr primært leger, men for pasienter som får bistand til legemiddel-håndtering innebærer det også tjenesteyter i hjemmesykepleie eller sykehjem.

Mottatt 10.12.2017, første revisjon innsendt 14.12.2017, godkjent 15.12.2017.

LARS A. NESJE

lnesje@online.no

(f. 1956) er fastlege, kommuneoverlege og helsesjef i Salangen kommune.

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

▼ Fiasp «Novo Nordisk»

C Insulinanalog, hurtigvirkende.

ATC-nr.: A10A B05

T INJEKSJONSØSKE, oppløsning i hetteglass 100 enheter/ml: 1 ml inneholdt: Insulin aspart 100 enheter (E) tilsv. 3,5 mg, fenol, metakresol, glyserol, sinkacetat, dinatriumfosfatdihydrat, argininhydroklorid, nikotinamid (vitamin B3), saltsyre/natriumhydroksid (for pH-justering), vann til injeksjonsvæsker.

T INJEKSJONSØSKE, oppløsning i sylinderrampulle 100 enheter/ml: 1 ml inneholdt: Insulin aspart 100 enheter (E) tilsv. 3,5 mg, fenol, metakresol, glyserol, sinkacetat, dinatriumfosfatdihydrat, argininhydroklorid, nikotinamid (vitamin B3), saltsyre/natriumhydroksid (for pH-justering), vann til injeksjonsvæsker.

T INJEKSJONSØSKE, oppløsning i ferdigfylt penn 100 enheter/ml: 1 ml inneholdt: Insulin aspart 100 enheter (E) tilsv. 3,5 mg, fenol, metakresol, glyserol, sinkacetat, dinatriumfosfatdihydrat, argininhydroklorid, nikotinamid (vitamin B3), saltsyre/natriumhydroksid (for pH-justering), vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Behandling av diabetes mellitus hos voksne. **Dosering:** Måltidsinsulin til s.c. administrering rett før måltid (0-2 minutter før), med mulighet for administrering opptil 20 minutter etter at måltidet startet. Ved s.c. injeksjon skal preparatet brukes i kombinasjon med middels langtidsvirkende eller langtidsvirkende insulinpreparat, gitt minst 1 gang daglig. I et basalbolus-behandlingsregime kan ca. 50% av behovet dekkes av Fiasp og resten med et middels langtidsvirkende eller langtidsvirkende insulinpreparat. Dosen er individuell, og fastsettes i overensstemmelse med pasientens behov. Totalt daglig insulinbehov kan variere, og er vanligvis 0,5-1,0 E/kg/dag. Kontroll av blodglukoseverdi og justering av insulinose anbefales for optimal glykemisk kontroll. Dosejustering kan være nødvendig ved økt fysisk aktivitet, endret kosthold eller ved sykdom. Virkningstid varierer etter dose, injeksjonssted, blodgjennomstrømning, temperatur og fysisk aktivitetsnivå. **Overgang fra andre insulinpreparater:** 1 enhet av Fiasp tilsv. 1 internasjonalt enhet humaninsulin eller 1 enhet av andre hurtigvirkende insulinanaloger. Streng glukosekontroll anbefales i overgangsperioden, og i de første påfølgende ukene ved skifte fra andre måltidsinsuliner. Overgang fra annet måltidsinsulin kan gjøres enhet for enhet. Skifte til Fiasp fra insulin av annen type, annet merke eller fra annen tilvirker, må foregå under medisinsk kontroll og kan kreve doseendring. Doser og tidspunkt for samtidig behandling med middels langtidsvirkende eller langtidsvirkende insulinpreparater, eller annen samtidig antidiabetesbehandling, må ev. justeres. **Initiering diabetes mellitus type 1: Anbefalt startdose hos insulin-naive pasienter:** Ca. 50% av total daglig insulinose. Dosen bør deles mellom måltidene, basert på størrelsen og sammensetningen av disse. Resterende total daglig insulinose bør administreres som middels langtidsvirkende eller langtidsvirkende insulin. Som en generell regel kan 0,2-0,4 enheter av insulin pr. kg kroppsvekt brukes til å beregne initial total daglig dose. **Initiering diabetes mellitus type 2: Anbefalt startdose:** 4 enheter ved ett eller flere måltider. Antall injeksjoner og påfølgende titrering vil avhenge av individuelt glykemisk mål samt størrelse og sammensetning av måltidene. Dosejustering kan vurderes daglig basert på egenmålt plasmaglukose på foregående dag(er), se tabell. Dosen for frokost, lunsj og middag bør justeres iht. til egenmålt plasmaglukose for hhv. lunsj, middag og ved sengetid foregående dag.

Egenmålt plasmaglukose mmol/liter	Dosejustering (enhet)
<4	-1
4-6	Ingen justering
>6	+1

Glemte dose: Ved glemt måltidsdose under basalbolus-behandling, anbefales måling av blodglukoseverdien for å fastslå ev. behov for en insulinose. Pasienten bør gjenoppta sitt vanlige doseringsregime ved neste måltid. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever-/nyrefunksjon: Insulinbehovet kan være redusert. Blodglukosekontrollen må intensiveres og dosen justeres individuelt. **Barn og ungdom <18 år:** Sikkerhet og effekt ikke fastslått. Ingen doseringsanbefaling kan gis. **Eldre >65 år:** Streng glukosekontroll anbefales. Insulindosen skal justeres individuelt. Erfaring med eldre >75 år er begrenset. **Tilberedning/Håndtering:** Oppløsning som ikke fremstår som klar og fargeløs skal ikke brukes. **Hetteglass:** Brukes sammen med insulinsprøyter med tilsvarende enhetskala. **Penfill sylinderrampulle:** Brukes sammen med insulininjeksjonssystemer fra Novo Nordisk og NovoFine-nåler. Skal ikke etterfylles. **FlexTouch ferdigfylt penn:** Brukes sammen med NovoFine-nåler. Pennen gir fra 1-80 enheter i trinn på 1 enhet. Skal ikke etterfylles. **I.v. bruk:** Insulin aspart bør brukes i konsentrasjoner fra 0,5-1,0 E/ml i infusjonssystemer med infusjonsposer av polypropylen. Stabil ved romtemperatur i 24 timer i infusjonsvæske 0,9% natriumklorid- eller 5% glukoseoppløsning. Skal ikke fortynnes eller blandes med andre legemidler enn angitte infusjonsvæsker. Kontroll av blodglukose er nødvendig under insulininfusjonen. Det er viktig å sikre at insulin injiseres inn i infusjonsposen, og ikke bare i injeksjonsporten. **Bruk i insulinfusjonspumpe (CSII):** Preparatet skal ikke fortynnes eller blandes med andre insulinpreparater. Katetre der den andre overflaten er av polyetylen eller polyolefin kan brukes. Infusjonssettet (kateter og nål) bør skiftes iht. instruksjonene gitt i bruksanvisningen til infusjonssettet. **Administrering:** Infusjons-/injeksjonsstedene bør varieres innen samme område for å redusere risikoen for lipodystrofi ved s.c. administrering. Insulinetiketten skal kontrolleres for hver injeksjon for å unngå utilsikket forveksling mellom insulinpreparater. Pasienten må visuelt kontrollere doseenheter for administrering. Blinde/svaksynte skal alltid ha hjelp/assistanse fra person med godt syn, og som har fått opplæring i administrering av insulin. **S.c. injeksjon:** S.c. administrering i abdominalvegg eller i overarmen anbefales. **Kontinuerlig s.c. insulininfusjon (CSII):** Kan brukes til CSII i pumper egnet for insulininfusjon. Fiasp vil dekke både behovet for bolusinsulin (ca. 50%) og basalinsulin. Administreres fortrinnsvis i abdomen og iht. instruksjoner fra pumpeprodusenten. Pasienten må få opplæring i bruk av pumpen og bruk av korrekt reservoar og kateter til pumpen. Pasienten må ha alternativt insulinbehandling tilgjengelig i tilfelle feil med pumpen. **I.v. bruk:** Kan om nødvendig administreres i.v. av helsepersonell, se Tilberedning/Håndtering. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdstoffene. **Forsiktighetsregler:** **Hypoglykemi:** Utelatelse av måltid, ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet, eller for høy insulinose kan gi hypoglykemi. Pasienter som oppnår betydelig bedring av blodglukosekontrollen, f.eks. ved intensivt insulinbehandling, kan oppleve en endring i sine vanlige varselssymptomer på hypoglykemi, og må informeres om dette. Vanlige varselssymptomer kan forsvinne hos pasienter som har hatt diabetes lenge. Tidspunktet for når hypoglykemi inntreffer avspeiler vanligvis tid-virkning-profilen til administrert insulinformulering. Hypoglykemi kan inntreffe tidligere etter injeksjon/infusjon av Fiasp, sammenlignet med andre måltidsinsuliner pga. tidligere innsettende effekt. Hensyn til tidspunktet for innsettende effekt skal tas ved forskrivning til pasienter hvor forsinket absorpsjon av mat kan forventes pga. annen sykdom eller medisinsk behandling. Hypoglykemi kan svekke konsentrasjons- og reaksjonsevnen, og pasienten bør rådes til å ta forholdsregler for å unngå hypoglykemi under bilkjøring. Dette er særlig viktig ved nedsatt eller manglende oppmerksomhet på varselssymptomer på hypoglykemi eller ved hyppige hypoglykemiske episoder. I slike tilfeller bør det vurderes om bilkjøring er tilrådelig. **Hyperglykemi:** Bruk av utstrekkelige doser eller behandlingsavbrudd, særlig hos pasienter med

behov for insulin, kan gi hyperglykemi og diabetisk ketoacidose. Funksjonsfeil på pumpe eller infusjonssett kan føre til hurtig inntreden av hyperglykemi og ketose. Rask identifisering og korrigerende av årsaken til hyperglykemi eller ketose er nødvendig. Midlertidig behandling med s.c. injeksjon kan være påkrevd. **Annens samtidig sykdom:** Annen samtidig sykdom, spesielt infeksjoner og febertilstander, øker vanligvis pasientens insulinbehov. Samtidig sykdom i nyre eller lever, eller sykdom som påvirker binyre, hypofyse eller thyreoidea, kan kreve dosejustering. **Tiazolidindioner:** Tilfeller av kongestiv hjertesvikt er rapportert ved samtidig bruk av tiazolidindioner og insulin, spesielt ved risikofaktorer for å utvikle kongestiv hjertesvikt. Dette må tas i betraktning ved kombinasjon, og pasienten skal observeres for tegn og symptomer på kongestiv hjertesvikt, vektøkning og ødem. Tiazolidindioner skal seponeres ved forverring av kardielle symptomer. **Initiering og intensivering av behandling:** Intensivering eller rask forbedring av glukosekontroll er forbundet med forbigående, reversibel oftalmologisk refraksjonsforstyrrelse, forverring av diabetisk retinopati, akutt smertefull perifer nevropati og perifert ødem. Langvarig glykemisk kontroll reduserer imidlertid risikoen for diabetisk retinopati og nevropati. **Insulinantistoffer:** Administrering av insulin kan føre til dannelse av insulinantistoffer. I sjeldne tilfeller kan forekomsten av insulinantistoffer kreve dosejustering for å korrigere tendens til hyper- eller hypoglykemi. **Biljøring og bruk av maskiner:** Se Hypoglykemi. **Legemidler:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. **Legemidler som kan redusere insulinbehovet:** Orale anti-diabetika, MAO-hemmere, betablokkere, ACE-hemmere, salisylater, anabole steroider, sulfonamider og GLP-1-reseptoragonister. Betablokkere kan maskere symptomer på hypoglykemi. **Legemidler som kan øke insulinbehovet:** Orale antikonseptiva, tiazider, glukokortikoider, thyreoideahormoner, sympatomimetika, veksthormon og danazol. **Oktrerotid/lanreotid:** Kan øke eller redusere insulinbehovet. **Alkohol:** Kan forsterke eller redusere hypoglykemisk effekt av insulin. **Tiazolidindioner:** Ved samtidig bruk, se Forsiktighetsregler. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Kan brukes under graviditet. Data fra 2 kliniske studier indikerer ingen skadelige effekter på svangerskapsforløpet eller på helsen til fostret/det nyfødte barnet. Det anbefales intensivert blodglukosekontroll og overvåking av gravide med diabetes mellitus (type 1, type 2 eller svangerskapsdiabetes), og ved planlagt graviditet. Insulinbehovet reduseres vanligvis i 1. trimester og øker i 2. og 3. trimester. Etter fødselen går insulinbehovet vanligvis raskt tilbake til samme nivå som før graviditeten. **Amming:** Kan brukes under amming. Insulinbehandling ved amming utgjør ingen risiko for barnet. Dosejustering kan være nødvendig. **Fertilitet:** Reproduksjonsstudier på dyr har ikke vist noen forskjell mellom insulin aspart og humant insulin. **Bivirkninger:** Data mht. frekvens, type og alvorlighetsgrad av bivirkninger observert hos eldre og ved nedsatt nyre- eller leverfunksjon, gir ingen indikasjon på forskjeller i forhold til den bredere erfaringen i den generelle populasjonen. Sikkerhetsprofilen hos eldre >75 år eller ved moderat til alvorlig nedsatt nyre- eller leverfunksjon er begrenset. **Svært vanlige (≥1/10):** Stoffskifte/ernæring: Hypoglykemi¹. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Hud: Allergiske hudmanifestasjoner (eksem, utslett, kløende utslett, urticaria og dermatitt). **Øvrige:** Reaksjoner på injeksjons-/infusjonsstedet² (inkl. utslett, rødhet, inflammasjon, blåmerker og kløe). **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Hud: Lipodystrofi³ (inkl. lipohypertrofi, lipoatrofi). Immunsystemet: Overfølsomhet.

¹ Hyppigst rapportert, og kan inntreffe tidligere etter en injeksjon/infusjon med Fiaspsammenlignet med andre måltidsinsuliner pga. tidligere innsettende effekt. Alvorlig hypoglykemi kan føre til bevisstløshet og/eller krampeanfallet, og kan gi forbigående eller permanent hjerneskade eller død.

² Vanligvis milde og forbigående.

³ Variasjon av injeksjonsstedet innenfor det bestemte injeksjonsområdet kan bidra til å redusere risikoen.

Overdosering/Forgiftning: **Symptomer:** Hypoglykemi kan utvikles i trinnsvis fase. Symptomer varierer fra matthet, sult, svette og krampes til bevisstløshet (insulinsjokk). **Behandling:** Ved mild hypoglykemi gis glukose eller sukkerholdige produkter oralt. Pasienten bør alltid ha med seg glukoseholdige produkter. Ved alvorlig hypoglykemi der pasienten ikke er i stand til å behandle seg selv, injiseres glukose i.v. eller glukagon (0,5-1 mg) i.m. eller s.c. Glukose skal gis i.v. hvis pasienten ikke reagerer på glukagon innen 10-15 minutter. Når pasienten igjen er ved bevissthet, anbefales oral karbohydrater for å forhindre tilbakefall. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Hurtigvirkende insulinanalog. **Virkningsmekanisme:** Regulering av glukosemetabolismen. Insulin utøver sin spesifikke virkning ved binding til insulinreseptorer. Reseptorbundet insulin senker blodglukose ved å lette cellulært opptak av glukose i skjelettmuskulatur og fettvev, og ved å hemme utskillelse av glukose fra leveren. Insulin hemmer lipolyse i fettcellene, hemmer proteolyse og fremmer proteinsyntese. **Absorpsjon:** Absorberes hurtig. Tillegg av nikotinamid (vitamin B3) gir raskere initial absorpsjon enn NovoRapid. Innsettende effekt kom 5 minutter tidligere og tid til maks. glukoseinfusjonsrate kom 11 minutter tidligere. Virkningstid 3-5 timer og maks. effekt nås mellom 1-3 timer etter injeksjon. **Proteinbinding:** Lav bindingsaffinitet (<10%), tilsv. vanlig humaninsulin. **Fordeling:** Vd ved i.v. administrering: 0,22 liter/kg, tilsv. ekstracellulært væskevolum i kroppen. **Halveringstid:** 57 og 10 minutter etter hhv. s.c. og i.v. injeksjon. **Metabolisme:** Som humant insulin. Alle metabolitter er inaktive. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. Holdes borte fra fryseelementet. Beskyttes mot lys. **Etter anbrudd eller medbrakt som reserve:** Oppbevares ved romtemperatur (hoyst 30°C) i maks. 4 uker. Ved slutten av denne perioden skal preparatet brukes eller kastes. Beskyttes mot lys. Ferdigfylt penn og hetteglass kan oppbevares i kjøleskap (2-8°C), men skal ikke fryses. Sylinderrampulle skal ikke oppbevares i kjøleskap. I insulinfusjonspumpe: Kan brukes i maks. 9 dager.

Pakninger og priser: **Injeksjonsvæske, oppløsning i hetteglass:** 10 ml¹ (hettegl.) kr 242,30. **Injeksjonsvæske, oppløsning i sylinderrampulle:** 5 x 3 ml¹ (Penfill sylinderramp.) kr 387,90. **Injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt penn:** 5 x 3 ml¹ (FlexTouch ferdigfylt penn) kr 411,30.

Refusjon:

¹. A10A B05_12. **Insulin aspart**

Refusjonsberettiget bruk: Behandling av diabetes mellitus.

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
T89	Diabetes type 1	E10	Diabetes mellitus type 1
T90	Diabetes type 2	E11	Diabetes mellitus type 2
W85	Svangerskapsdiabetes	E13	Andre spesifiserte typer diabetes mellitus
		E14	Uspesifisert diabetes mellitus
		O24.4	Diabetes mellitus som oppstår under svangerskap

Vilkår: Ingen spesifisert.

Sist endret: 30.08.2017 Basert på SPC godkjent av SLV: 09.01.2017 Priser per november 2017

Fiasp® er nå tilgjengelig i Norge med refusjon til behandling av voksne med type 1- eller type 2-diabetes.

Nyhet

Novo Nordisk lanserer ▼Fiasp® (insulin aspart) – nytt hurtigvirkende insulin



Fiasp® viser seg dobbelt så raskt i sirkulasjonen sammenlignet med NovoRapid®^{1*}

Hypoglykemi kan inntreffe tidligere etter en injeksjon/infusjon med Fiasp® sammenlignet med andre måltidsinsuliner på grunn av den tidligere innsettende effekten⁵

* Fiasp® viste seg i sirkulasjonen ca. 4 minutter etter administrasjon. Dette var dobbelt så raskt (svarende til 5 minutter tidligere) sammenlignet med NovoRapid®.

Fiasp® er en formulering med måltidsinsulinet insulin aspart hvor tillegg av nikotinamid (vitamin B3) resulterer i en raskere initial absorpsjon av insulin sammenlignet med NovoRapid®¹

Fiasp® gis ved subkutan administrering rett før måltidet starter (0 til 2 minutter før), med mulighet for administrering opptil 20 minutter etter at måltidet har startet²

Fiasp indikasjon³

Behandling av diabetes mellitus hos voksne



Fiasp® refusjonsberettiget bruk⁴

Behandling av diabetes mellitus

Refusjonskoder

ICPC		Vilkår nr
T89	Diabetes type 1	-
T90	Diabetes type 2	-
W85	Svangerskapsdiabetes	-

ICD		Vilkår nr
E10	Diabetes mellitus type 1	-
E11	Diabetes mellitus type 2	-
E13	Andre spesifiserte typer diabetes mellitus	-
E14	Uspesifisert diabetes mellitus	-
O24.4	Diabetes mellitus som oppstår under svangerskap	-

Vilkår: Ingen spesifisert

Retten til et helsefremmende kosthold for personer med utviklingshemning

Voksne med utviklingshemning har flere helseutfordringer knyttet til kostholdet. For mange er overvekt og følgesykdommer et stort helseproblem. Nylig ble det avdekket mange helse-relaterede avvik i den kommunale tjenesteytingen til gruppen. Problematikken er kompleks, og bedring av ernæringsarbeidet må på dagsordenen for at gruppen skal få oppfylt sin lovfestede rett til et helsefremmende kosthold.

Mennesker med utviklingshemning er en sårbar gruppe, med kognitive vansker og nedsatt mestringsevne. De har redusert forventet levetid, noe som bør ses i sammenheng med overhyppighet av overvekt og andre ernæringsrelaterede og metabolske sykdommer (1-3). Mange spiser frukt, grønnsaker og fisk vesentlig sjeldnere enn anbefalt, og de som bor i egen bolig kan ha et høyt forbruk av ferdigmat og leskedrikker (2).

«Et helsefremmende kosthold må defineres som et grunnleggende behov som må ivaretas»

I et landsomfattende tilsyn med boliger for personer med utviklingshemning ble det nylig funnet til dels alvorlig svikt i tjenestetilbudet i 45 av 57 kommuner. Tjenesteytingen var ofte lite systematisk, og mange av de ansatte var dårlig informert om dem de skulle bistå (4, 5).

Utviklingshemning er ofte forårsaket av genetiske forandringer som innebærer vesentlige forskjeller i forekomst av komorbidity (2, 3, 6). På grunn av det varierende sykdomsbildet kan derfor personene i gruppen ikke settes i samme kategori med sam-

me type tiltak. De som har sjeldne diagnoser, er imidlertid marginalisert i spesialisthelsetjenesten og i forskning (7). Mange tilstander krever ernæringsmessig spisskompetanse som ikke finnes i det kommunale tjenesteapparatet.

Alvoret i situasjonen forsterkes av at det ikke finnes noen god nasjonal oversikt over denne gruppen. Ifølge rapporten *På lik linje* er det registrert 24 000 personer, mens det reelle antallet er anslått å kunne være 125 000 (8). Det foreligger også meget begrenset med forskning på ernærings-tiltak hos disse.

Retningslinjer og lovverk

De fleste med utviklingshemning har nedsatt evne til å ta rasjonelle valg og overskue de langsiktige konsekvensene av en uheldig livsstil. Resultatet kan bli kraftig vektoppgang og betydelig økt helserisiko.

I kvalitetsforskriften til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester presiseres det at «...kommunen (skal) utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov (...) som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat» (5).

Personer med utviklingshemning har en global svekkelse av intellektuelle funksjoner, og evnenivået, målt med nevropsykologiske tester, tilsvarer hos voksne med moderat til mild utviklingshemning det som forventes av barn i alderen 6–12 år. De kognitive vanskene gjør det viktig med tilstrekkelig veiledning for å sikre et godt kosthold. Hvor lenge skal vi sitte og se på at sårbare grupper ødelegger sin egen helse i et offentlig helse- og omsorgssystem før vi griper inn?

Retten til et helsefremmende kosthold må defineres som et grunnleggende behov som må ivaretas for å sikre forsvarlige tjenester. Det er derfor viktig å etablere retningslinjer og krav til rutiner som støtter opp om forebyggende og helsefremmende ernæringsarbeid i kommunene (ramme 1). I det daglige dreier det seg om bistand til matinnkjøp, matlaging, hjelp til å spise passende porsjoner, begrensnings av inntaket av søtaker og kosemat – og så trengs det mer fysisk aktivitet. Forebyggende arbeid vil redusere behovet for mer inngripende regulering av kosthold/ernæring.

Økt forekomst av overvekt og usunt kost-

Ramme 1 Forslag til satsingsområder i ernæringsarbeidet for personer med utviklingshemning

Bedre nasjonal oversikt over helsetilstanden
Tydligere kommunal ansvarsfordeling og bedre organisering av ernæringsarbeidet
Økt ernæringskompetanse hos tjenesteytere og hos personer med utviklingshemning
Økt kunnskap om lovverk og forskrifter
Mer forskning på ernærings-tiltak

hold i gruppen kan tyde på at helse- og omsorgstjenesten ikke har de nødvendige kunnskaper og rutiner på dette området. Blant annet foreligger det ikke noe verktøy for ernæringscreening beregnet på gruppen. Dersom en person med utviklingshemning står i fare for å utvikle alvorlig helse-

«Personer med utviklingshemning er en sårbar gruppe med utfordringer knyttet til ansvar for eget kosthold»

skade som følge av feilernæring, kan overordnet kommunalt ansvarlig i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og Fylkesmannen fatte vedtak etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kapittel 9, om bruk av tvangstiltak som for eksempel å begrense innkjøpene av godteri, brus og ferdigmat og låsing av kjøleskapet.

Usunt kosthold over tid kan føre til vesentlig helseskade, men i fortolkningen av lovverket har man i liten grad tatt høyde for det. Man har lagt vekt på umiddelbar fare for skade og i liten grad vektlagt å forebygge skade på lang sikt, som for eksempel stor vektoppgang. Dette kan føre til at strukturert ernæringsarbeid blir satt inn unødige sent.

Organisering av ernæringsarbeidet

Samarbeid og utveksling av kunnskap mellom ressurspersoner innen ernæring, vernepleie, psykologi, fysioterapi og medisin er viktig for å få til gode, helhetlige løsninger. Hovedansvaret for systematisk helsefremmende ernæringsarbeid for personer

med utviklingshemning er i den nye nasjonale handlingsplanen for bedre kosthold (2017–21) tydelig plassert der det naturlig hører hjemme, nemlig i Helse- og omsorgsdepartementet.

I praksis bør innsatsen for bedre ernæring organiseres i samarbeid med habiliterings-tjenestene i helseforetakene (9). Der er det behov for flere kliniske ernæringsfysiologer

med spesialkompetanse innen utviklingshemning. For at ernæringsfysiologene skal kunne bistå de kommunale tjenesteyterne, kreves det kunnskap innen miljøbaserte atferdsterapeutiske teknikker (10). I tillegg trengs kompetanse relatert til sjeldne syndromer og diagnosespesifikk ernæringsrelatert behandling (6). Årlige helsekontroller hos fastlege vil også være et viktig tiltak.

Personer med utviklingshemning er en sårbar gruppe med utfordringer knyttet til ansvar for eget kosthold. Bedring av denne gruppens ernæring er en sak av nasjonal betydning, med grunnlag i lik rett til god helse og lik tilgang til kunnskapsbaserte helsetjenester for alle.

Mottatt 10.11.2017, første revisjon innsendt 6.12.2017, godkjent 11.12.2017.

SIGRUN HOPE

sigrun.hope@ous-hf.no

(f. 1965) er ph.d., spesialist i psykiatri og overlege ved Avdeling for nevrohabilitering, Oslo universitetssykehus.

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

MARIANNE NORDSTRØM

(f. 1976) er ph.d. og klinisk ernæringsfysiolog ved Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser og ved Enhet for medfødte og arvelige nevrologiske tilstander (EMAN), Nevrologisk avdeling, Oslo universitetssykehus.

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

KJETIL RETTERSTØL

(f. 1962) er professor ved Avdeling for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo, overlege ved Lipidklinikken, Oslo universitetssykehus, og leder av Senter for klinisk ernæring ved Universitetet i Oslo/Oslo universitetssykehus.

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

PER OLE IVERSEN

(f. 1964) er professor ved Avdeling for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo, og overlege ved Kreftklinikken, Oslo universitetssykehus.

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

SVEIN OLAV KOLSET

(f. 1951) er professor ved Avdeling for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo, og leder programrådet for masterstudiet i klinisk ernæring ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

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

LITTERATUR

- Sandberg M, Ahlström G, Kristensson J. Patterns of Somatic Diagnoses in Older People with Intellectual Disability: A Swedish Eleven Year Case-Control Study of Inpatient Data. *J Appl Res Intellect Disabil* 2017; 30: 157–71.
- Nordstrøm M, Paus B, Andersen LF et al. Dietary aspects related to health and obesity in Williams syndrome, Down syndrome, and Prader-Willi syndrome. *Food Nutr Res* 2015; 59: 25487.
- Nordstrøm M, Paus B, Retterstøl K et al. The prevalence of metabolic risk factors of atherosclerotic cardiovascular disease in Williams syndrome, Prader-Willi syndrome, and Down syndrome. *J Intellect Dev Disabil* 2016; 41: 187–96.
- Det gjelder livet. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemning. Oslo: Helsetilsynet, 2017: 4.
- Forskrift om kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792> (11.12.2017).
- Hope S, Johannessen CH, Aanonsen NO et al. The investigation of inborn errors of metabolism as an underlying cause of idiopathic intellectual disability in adults in Norway. *Eur J Neurol* 2016; 23: 36–44.
- Kolset SO. Medical disorders: Stop marginalizing rare syndromes. *Nature* 2016; 536: 396.
- Norges offentlige utredninger. På lik linje – Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemning. NOU 2016: 17. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-17/id2513222/> (11.12.2017).
- Aanonsen NO. Nevrohabilitering må bli et kompetanseområde. *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; 137: 999.
- Willems M, Hilgenkamp TIM, Havik E et al. Use of behaviour change techniques in lifestyle change interventions for people with intellectual disabilities: A systematic review. *Res Dev Disabil* 2017; 60: 256–68.

Spesialistdiplom likevel

Leger som blir godkjent som spesialist, får ikke lenger et diplom fra Helsedirektoratet. Hudlegeforeningen sørger for at de får overrakt et spesialistdiplom likevel.

Etter at Helsedirektoratet overtok godkjenningen av spesialister, får ikke lenger leger som blir godkjent som spesialist, et diplom som viser deres nye status (1). Årsaken til at diplomordningen falt bort er uklar. Kanskje ligger det økonomiske forhold bak – til tross for at søkeren må betale hele 4 500 kroner av egen lomme for at søknaden skal innvilges. Ledelsen i den aktuelle avdelingen i Helsedirektoratet har ikke kommentert saken etter at den ble tatt opp i Tidsskriftet i 2015 (2).

Vi har liten tradisjon for høytid, ritualer og diplomer i Norge (2). Likevel har mange unge spesialister og leger i spesialisering etterlyst et spesialistdiplom, i hvert fall er det tilfellet innen spesialiteten hud- og veneriske sykdommer. Å bli godkjent spesialist er resultatet av et langt og krevende utdanningsløp, så det føles godt å få et håndfast bevis på at målet er nådd. Å få et tørt, upersonlig og byråkratisk brev eller en e-post er ikke helt det samme.

Diplom fra fagmedisinsk forening

Norsk forening for dermatologi og venerologi, som er hudlegenes fagmedisinske forening i Legeforeningen, besluttet derfor å utstede sitt eget spesialistdiplom, der det fremgår at diplommottakeren er godkjent som spesialist av Helsedirektoratet i henhold til gjeldende lovverk og registrert som spesialist i foreningens medlemsregister.

De siste årene har styret utstedt slike diplomer til alle vi har fått melding om er blitt godkjent som spesialist. Diplomene er så blitt overrakt av leder eller en overordnet lege på den aktuelle utdanningsavdeling ved en passende anledning. Ordningen er blitt godt mottatt, både av lederne ved landets utdanningsavdelinger og – ikke minst – av de nye spesialistene.

«For unge leger er et spesialistdiplom en synlig anerkjennelse av deres innsats»

Utdanning av nye spesialister og annet helsepersonell er en lovpålagt oppgave for helseforetakene, og denne oppgaven må synliggjøres, særlig i tider hvor «produksjon» av pasientkonsultasjoner, prosedyrekoder og liggedøgn spiller en stadig større rolle, ofte på bekostning av utdanning, fagutvikling og kvalitetssikring. For unge leger er et spesialistdiplom en synlig anerkjennelse av deres innsats og en dokumentasjon av deres nye status.

I påvente av at Helsedirektoratet omgjør sin beslutning om ikke lenger å utstede spesialistdiplomer, oppfordrer vi andre fagmedisinske foreninger til å ta opp hudlegenes diplomordningen for leger ved godkjenning som spesialist.

En av forfatterne er redaktør i Tidsskriftet. Manuskriptet er derfor behandlet eksternt av setteredaktør Pål Gulbrandsen.

Mottatt 27.10.2017, godkjent 14.12.2017.

PETTER GJERSVIK

petter.gjersvik@medisin.uio.no

(f. 1952) er spesialist i hud- og veneriske sykdommer, førsteamanuensis ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, og leder i Norsk forening for dermatologi og venerologi.

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



Inger Mathilde Lofterød, stolt spesialist med diplom utstedt av Norsk forening for dermatologi og venerologi. Foto: Petter Gjersvik

KATARINA ZAK STANGELAND

(f. 1976) er spesialist i hud- og veneriske sykdommer, hudlege ved Aleris Medisinske Senter, Stavanger, og nestleder i Norsk forening for dermatologi og venerologi.

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

LITTERATUR

- 1 Helsedirektoratet. Avvikler diplomordning for spesialistgodkjenning. 10.11.2014. <https://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/avvikler-diplomordning-for-spesialistgodkjenning.aspx> (10.2.2015).
- 2 Gjersvik P. Diplom, brev og budskap. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 638.

Fagfeller for fremtiden

Skal Tidsskriftet sikre seg dagens unge leger som fremtidens fagfeller, er det en god idé å starte søket nå! Men hvor skal man rette blikket?

Den eksterne faglige vurderingen av manuskripter som sendes til Tidsskriftet er en dugnad til fellesskapets beste og en helt sentral del av vitenskapelig publisering. For et tidsskrift som vil publisere forskning av god kvalitet, er det avgjørende å ha tilgang til engasjerte og dyktige faglige medarbeidere. *Tidsskrift for Den norske Legeforening* er, som eneste medisinskvitenskapelige publikasjon på norsk, i en spesiell situasjon – i et lite land og i et lite språkområde kan det være få potensielle fagfeller innen hvert enkelt fagfelt. Da gjelder det å ha tydelige strategier for å sikre seg gode fagfellevurderinger.

Ifølge Legeforeningens medlemsregister er nær halvparten av medlemmene under 40 år, og to tredeler av disse er kvinner. Derfor mener vi det er i denne retningen Tidsskriftet bør rette blikket etter nye fagfeller. Vi presenterer her erfaringene fra et prosjekt der hensikten var å vurdere om unge kolleger med nylig avlagt doktorgrad, men relativt kort klinisk erfaring, egner seg som fagfellevurderere i Tidsskriftet.

Vi rekrutterte seks tidligere forskerlinjestudenter i medisin utgått fra Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, fire kvinner og to menn, alle under 35 år. Alle hadde avlagt ph.d.-graden kort tid etter studiet og hadde 0–3 års klinisk erfaring. Hver for seg ble de bedt om å vurdere to ulike manuskripter slik de ble sendt inn til Tidsskriftet første gang, én originalartikkel og ett bidrag til spalten Medisinen i bilder. Vi, forfatterne, hadde opprinnelig selv fagfellevurdert hvert av disse manuskriptene.

Deltagerne ble bedt om å skåre manuskriptene på samme måte som ved en helt vanlig fagfellevurdering. Det skjedde ved hjelp av et skåringsskjema for lesbarhet, nyhetsverdi og relevans for Tidsskriftets lesere (1). I tillegg gjorde de en vurdering

av kvaliteten av hvert avsnitt i manuskriptet samt utformet en fritekstkommentar. Til slutt ga de en anbefaling til redaktøren om manuskriptets videre skjebne – godkjent, mindre endringer, større endringer eller refusjon.

Deltagerne fikk en frist på to uker, og alle vurderingene kom inn i god tid før den løp ut. De ble på forhånd pålagt taushetsplikt om alt materialet de fikk tilgang til. Det gjaldt også kjennskapet til den endelige publiserte versjonen. Forfatterne samtykket i ettertid til at førsteversjonen av manuskriptet ble benyttet til formålet.

«Vår samlede vurdering av deltagerne var at samtlige ville være godt egnet som fagfeller på Tidsskriftets nivå»

Vurderingene

Fagfellevurderingene fra hver deltager ble lest og bedømt av begge forfatterne, hvorpå en av oss ga en individuell tilbakemelding til hver enkelt. Denne besto av en sammenligning av deltagerens skåringer mot vår egen, en detaljert og punktvis kommentar til innholdet i friteksten og en sammenligning med fagfellers anbefalinger til redaktøren. I tillegg la vi ved vår egen fritekst til den originale fagvurderingen, der vi fremhevet våre egne hovedpoeng til forfatterne.

Det forekom noe divergens både deltakerne imellom og mellom deres og vår fagfellevurdering, men hovedinntrykket var at det var mer sammenfall enn divergens. Ingen av de 12 besvarelsene konkluderte med direkte aksept eller refusjon, noe som var i tråd med de originale vurderingene.

Et gjennomgående trekk var at flere av deltagerne følte at deres kunnskap om de to aktuelle fagområdene var mangelfull, sannsynligvis på grunn av deres begrensede kliniske erfaring og mangel på spesialitet. Til gjengjeld viste de både innsikt og styrke i vurderingen av bakgrunnen for problemene, valg og bruk av metode, presentasjon av resultatene (tekst og figurer) og argumentene som kom frem i diskusjonen. Dybden i kandidatenes fritekstbedømmin-

ger varierte fra i overkant av det vi forventet til det mer luftige. Vår samlede vurdering av deltagerne var at alle ville egne seg godt som fagfeller på Tidsskriftets nivå.

Vi gjennomførte en evaluering av prosjektet, der deltagerne ga uttrykk for at de hadde satt pris på å bli spurt om delta, at de hadde lært noe nytt gjennom deltagelsen i prosjektet, og at de kunne tenke seg å bidra som fagfellevurderere i fremtiden.

Som idéskapere har vi ikke kjennskap til at lignende initiativer er gjennomført tidligere. Vi har først og fremst gjort dette for å skape interesse og engasjement for Tidsskriftet, men også for å undersøke om den aktuelle gruppen egner seg til å vurdere vitenskapelige artikler.

Våre erfaringer er at det disse unge kollegene mangler i form av spesialistutdanning og lang klinisk erfaring, kompenseres de i form av generisk kunnskap om hvordan akademisk medisin bør gjennomføres, fortolkes og formidles. Slike kolleger bør Tidsskriftet identifisere og sikre seg!

Vi vil rette en stor takk til de seks kollegene som deltok i prosjektet! I ettertid har fire av dem sagt at de kan påta seg fagfelleoppdrag for Tidsskriftet hvis de blir spurt.

En av forfatterne er redaktør i Tidsskriftet. Manuskriptet er derfor behandlet eksternt av setterredaktør Pål Gulbrandsen.

Mottatt 28.9.2017, første revisjon innsendt 11.12.2017, godkjent 14.12.2017.

ERIK MAGNUS BERNTSEN

(f. 1982) er ph.d., spesialist og førsteamanuensis II i radiologi og medlem av Tidsskriftets redaksjonskomité.

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

GEIR W. JACOBSEN

geir.jacobsen@ntnu.no

(f. 1945) er medisinsk redaktør i Tidsskriftet, professor emeritus ved Fakultet for medisin og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, og tidligere leder for forskerlinjen i medisin (2008–15).

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

LITTERATUR

- 1 Retningslinjer for fagvurderere. <http://tidsskriftet.no/annet/retningslinjer-fagvurderere> (14.12.2017).

AD/HD-medisinerings- svakt vitenskapelig grunnlag

Nye kunnskapsoppsummeringer viser over tid tynt kunnskapsgrunnlag for bruk av metylfenidat og amfetaminer i behandlingen av barn og unge med diagnosen AD/HD. Det bør få konsekvenser for helsetjenestens oppfølging og forståelse av disse pasientene.

De siste tre tiårene er det internasjonalt skjedd en omdiskutert, sterk økning av diagnostisering og medisinering av AD/HD (hyperkinetisk forstyrrelse, attention deficit/hyperactivity disorder) (1). Økningen tiltok i Norge i 1990-årene. Antallet barn og unge under 19 år som fikk AD/HD-medisiner her i landet økte videre fra 9 263 i 2004 til 18 681 i 2016 (2). Av disse brukte 16 662 amfetaminderivatet metylfenidat (Ritalin, Concerta m.fl.).

Denne økningen kan ikke forstås uten en underliggende sterk tro på farmakologisk intervensjon som effektivt tiltak. Nye publikasjoner tydeliggjør imidlertid at dokumentasjonen for behandlingseffekten er svak, spesielt når det gjelder langtidsbehandling (3-7).

Den langvarige MTA-studien

Den såkalte MTA-studien (Multimodal Treatment Study of ADHD) er sentral for å forstå dagens kunnskapsstatus (3). Denne studien ble satt i gang i 1994 fordi behandlingen med sentralstimulerende midler var betydelig, mens kvaliteten på behandlingsstudiene var lav og deres varighet kort.

I studiens første fase ble 579 barn (7-10 år) fulgt i 14 måneder etter randomisering til fire ulike behandlingsgrupper (3). Gruppe 1: En spesielt systematisk farmakologisk intervensjon med månedlig spesialistoppfølging. Gruppe 2: En intensiv atferdsrettet behandlingsspakke rettet mot hjem og skole. Gruppe 3: En kombinasjon av behandlingen i gruppe 1 og gruppe 2. Gruppe 4: «Treatment as usual» (vanlig behandling) i helsetjenesten, noe som ofte innebar mindre systematisk medisinering.

De seks endepunktene var voksenrapporterte AD/HD-symptomer, internaliserende og eksternaliserende symptomer og funksjonsmålene akademisk prestasjon, voksen-barn-interaksjon og sosiale ferdigheter overfor jevnaldrende.

De første resultatene fra MTA-studien viste i 1999 større reduksjon i AD/HD-symptomer i gruppe 1 og gruppe 3 (medisinering og kombinasjonsbehandling) enn i gruppe 2 og gruppe 4 (atferdsrettet behandling og «treatment as usual») (3). Tillegget av

atferdsrettet behandling i gruppe 3 ga ingen statistisk signifikant bedring av symptomene i forhold til gruppe 1. Dette resultatet førte til stor medieoppmerksomhet og ble sentralt i rettferdiggjøringen av en omfattende medisineringspraksis utover på 2000-tallet (3).

«Fortsatt bruk av medikamenter uten tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag kan være uetisk»

Etter den første, randomiserte delen fortsatte imidlertid MTA-studien som en observasjonsstudie der man fulgte 500 barn og en kontrollgruppe på 300 barn i ytterligere 14 år. Det sentrale funnet her er at den overlegne effekten som systematisk medisinering hadde hatt de første 14 månedene, forsvant i løpet av de to neste årene (3, 8). Påfølgende analyser viste at kombinasjonsbehandlingen i gruppe 3 var overlegen når det gjaldt et sammensatt endepunkt bestående av symptomer og funksjonsmål samt at kombinasjonsbehandling i gruppe 3 som innebar forbedringer i foreldrenes håndtering av barna, helt kunne normalisere atferdsmønstre (3).

Etter seks år hadde pasientene som fikk atferdsbehandling alene (gruppe 2) lavere hyppighet av angst og depresjon (4,3 %) enn medikamentgruppen (19,1 %), kombinasjonsgruppen (17,7 %) og «treatment as usual»-gruppen (16,4 %) (8). MTA-forskerne påpekte også i en oppsummering at det kun var kombinasjonsbehandlingen som hjalp familiene med lavest sosioøkonomisk status og som reduserte dosebehovet ved medisinering (3).

Våren 2017 publiserte MTA-forskerne sine siste resultater (4). Konklusjonen 16 år etter oppstarten er at lengre tids bruk av sentralstimulerende medisiner er assosiert med redusert lengdevekst (gjennomsnittlig 1-2 cm) som voksen, men ingen symptomreduksjon. Disse funnene har imidlertid

ikke fått samme gjennomslag som de første resultatene fra 1999.

En oppsiktsvekkende kunnskapsoppsummering

På tross av den utbredte medisineringspraksisen ble den første omfattende systematiske kunnskapsoppsummeringen om bruk av metylfenidat hos barn og unge publisert først i 2015 (5). En Cochrane-gruppe inkluderte 185 randomiserte, kontrollerte studier med over 12 000 barn og unge (alder 3-18 år). Konklusjonen var at metylfenidat over et kortere tidsrom kan gi en klinisk signifikant reduksjon i AD/HD-symptomer rapportert av lærere, lærerevaluerte atferdsproblemer og økt forelderapportert livskvalitet. Mens man ikke fant økt risiko for dødsfall eller livstruende bivirkninger, var det betydelig økt risiko for andre bivirkninger. Metylfenidat ga blant annet 60 % høyere relativ risiko for søvnproblemer og 266 % økt risiko for nedsatt appetitt.

Det som imidlertid gjorde Cochrane-studien mest kontroversiell, var at den konkluderte med at de foreliggende studiene alt i alt var av så lav kvalitet at man ikke kan si sikkert om metylfenidat har positiv effekt på barn med AD/HD-diagnose i det hele tatt. Gruppen begrunnet dette med at det i alle de 185 studiene var høy risiko for systematiske feilmålinger (bias) – blant annet fordi legemiddelindustrien hadde finansiert mange av dem og på grunn av svak placebokontroll, da metylfenidat gir kjente bivirkninger som kan avsløre hvem som får aktiv medisin. Spesielt var varigheten av metylfenidatbehandling i studiene så kort (1-425 dager, i gjennomsnitt 75 dager) at man ikke kunne bedømme effekten av langtidsmedisinering.

En ny kunnskapsoppsummering som er kommet etter Cochrane-rapporten, konkluderte også med fravær av kunnskap av høy kvalitet, spesielt med tanke på langtidsvirkninger (6). Samtidig konkluderer en annen oppsummering fra Cochrane med tilsvarende svak kunnskapsstatus for bruk av amfetaminer ved AD/HD (7). Det er i denne sammenheng verdt å merke seg at det på kort tid er skjedd en tilnærmet doubling i bruken av disse legemidlene (Attentin, Elvanse) hos barn og unge i Norge – fra 1 324 brukere i 2015 til 2 145 brukere i 2016 (2).

Heftig debatt etter Cochrane-oppsummering

Cochrane-publikasjonen om metylfenidat utløste heftige reaksjoner. Den viktigste kom



Illustrasjon: Ørjan Jensen/Superpop

fra The European ADHD Guidelines Group, som kritiserte Cochrane-forskerne for feil (9, 10). Blant annet mente de at MTA-studien ikke burde vært inkludert i kunnskapsoppsummeringen, da den ikke hadde en gruppe som fikk ren placebo eller ingen behandling (9). Eksklusjon av MTA-studien ville fått behandlingen til å fremstå som mer effektiv. Cochrane-forskerne fikk altså kritikk for å ha tatt med den største studien med lengst varighet.

Retningslinjegruppen mente også at det ikke var riktig å nedgradere kvaliteten på studier på bakgrunn av interessekonflikter i forhold til legemiddelindustrien. Det er i denne sammenhengen verdt å påpeke at en stor andel av retningslinjegruppens medlemmer oppgir sterke bånd til legemiddelindustrien, noen av dem opptil ti ulike forbindelser (9).

I sitt tilsvarende innrømmer Cochrane-grup-

pen noen mindre feil, men fastholdt sine konklusjoner (10). I et siste utspill hevdet retningslinjegruppen, uten å spesifisere hvorfor, at langtids randomiserte, kontrollerte studier er praktisk og etisk umulig. De viser i stedet til ikke-randomiserte epidemiologiske studier som kan tyde på positive langtidseffekter ved metylfenidatbruk på endepunkter som rusmisbruk, traumer og dødsfall (11). I slike studier kan man imidlertid ikke fullt ta høyde for konfunderende årsaksfaktorer.

Cochrane-gruppen etterlyser på sin side langvarige randomiserte, kontrollerte studier og hevder at fortsatt bruk av medikamenter uten tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag kan være uetisk (12).

En kunnskapskrise i AD/HD-feltet

Etter vår mening står vi overfor en kunnskapskrise på AD/HD-feltet. I klartekst: Man

har medisineret et stort antall barn – i Norge titusener – over lang tid på sviktende kunnskapsgrunnlag. Samtidig er bivirkningene betydelige (3, 5), og medisinene medfører et potensial for misbruk (13). Medisineringen må også ses i lys av mulige bivirkninger som ikke har vært tilstrekkelig utforsket, for eksempel negative psykososiale effekter (14).

Både forskning og klinisk erfaring tilsier at effekten av sentralstimulerende midler kan være signifikant i starten. Dette kan gi en skjevhet i synet på medisineringseffekten, da man regner med at den vil vare ved. Det er det ikke noe grunnlag for å tro. Dette er alvorlig – fordi negative langtidskonsekvenser, som kriminalitet, arbeidsløshet og sosial dysfunksjon, ofte nevnes som en viktig årsak til at AD/HD bør behandles. Langtidsmedisinering over år er vanlig (3, 15).

Også i Helsedirektoratets retningslinje om

AD/HD/hyperkinetisk forstyrrelse bemerker man at det er usikker nytte av langtidsbehandling (16). Ifølge retningslinjen bør effekter og bivirkninger derfor vurderes regelmessig, minst årlig (16). Det står imidlertid ingenting om hvem som har ansvaret når barna ikke lenger følges opp av spesialist. Dermed risikerer mange å bli stående på disse medikamentene i årevis uten at noen evaluerer effekter og bivirkninger – eller om de fortsatt bør ha diagnosen.

Konsekvenser for synet på tilstanden

Kunnskapsoppsummeringene fører ikke bare til diskusjon om medisiner, men også om hvordan man forstår lidelsen. Den økende diagnostiseringen og medisineringen i 1990-årene sammenfalt historisk med en biologisk-reduksjonistisk forståelse av AD/HD som en nevrobiologisk utviklingsforstyrrelse med sterke genetiske determinanter som krever farmakologisk intervensjon

(17). Stadig omtales tilstanden med referanse til svikt i dopaminmetabolismen (18).

Men etter flere tiårs forskning står man i dag uten noen spesifikke nevrobiologiske mekanismer som symptomene kan reduseres til (15). Sentrale fagfolk erkjenner i dag at man umulig kan forstå tilstanden som noe annet enn et multifaktoriel, kontekstavhengig problem (15). At fødselsmåned (modenhet) er en risikofaktor for å få diagnosen, understreker poenget (19).

MTA-gruppen skriver i en oppsummering: «Paradokset er at til tross for den beviste korttidnytte, finnes det foreløpig ingen klinisk signifikant og vedvarende virksom intervensjon (eller kombinasjon av intervensjoner) for denne tilstanden. Kanskje dette faktum ikke burde komme som en stor overraskelse, gitt de komplekse etiologiske årsakskjedene som er knyttet til tilstandens utvikling og opprettholdelse» (4, s. 14, vår oversettelse).

I klartekst – behandlingstudier styrker altså erkjennelsen at man egentlig ikke kunne forvente at en enkel farmakologisk intervensjon skulle ha noen betydelig effekt, gitt de sammensatte årsakene. På denne bakgrunnen argumenterer MTA-gruppen for en fundamental rekonseptualisering av hva slags behandlingstilnærming som trengs. Denne innebærer en mer vidtfavnende og sosialt orientert behandlingspraksis enn dagens (3).

Det er ingen tvil om at barn med AD/HD har reelle og alvorlige problemer. Vi kan likevel ikke se bort fra at vi har svakt forskningsmessig grunnlag for dagens omfattende medisineringspraksis. Den nåværende kunnskapsstatus bør utløse en fornyet offentlig og faglig diskusjon om medikamentell behandling av AD/HD hos barn og unge.

Mottatt 23.10.2017, første revisjon innsendt 7.11.2017, godkjent 13.11.2017.

HENRIK VOGT

vogt.henrik@gmail.com

(f. 1977) er lege i spesialisering i allmennmedisin, cand.mag. og ph.d. samt forsker ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo.

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

CHARLOTTE LUNDE

(f. 1971) er lege i spesialisering i barne- og ungdomspsykiatri ved Nic Waals Institutt, Lovisenberg Diakonale Sykehus, cand.mag. og journalist.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har et ulønnet verv som styreformann i Lundelab, et selskap som utforsker hvordan interaktive løsninger kan hjelpe barn med psykiske helseutfordringer. Selskapet har per nå ingen inntekter.

LITTERATUR

- 1 Thomas R, Mitchell GK, Batstra L. Attention-deficit/hyperactivity disorder: are we helping or arming? *BMJ* 2013; 347: f6172.
- 2 Reseptregisteret. Antall brukere av metylfenidat 0-19 år. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017.
- 3 Hinshaw SP, Arnold LE. Attention-deficit hyperactivity disorder, multimodal treatment, and longitudinal outcome: evidence, paradox, and challenge. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci* 2015; 6: 39–52.
- 4 Swanson JM, Arnold LE, Molina BSG et al. Young adult outcomes in the follow-up of the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder: symptom persistence, source discrepancy, and height suppression. *J Child Psychol Psychiatry* 2017; 58: 663–78.
- 5 Storebø OJ, Ramstad E, Krogh HB et al. Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 11: CD009885.
- 6 Catalá-López F, Hutton B, Núñez-Beltrán A et al. The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials. *PLoS One* 2017; 12: e0180355.
- 7 Punja S, Shamsier L, Hartling L et al. Amphetamines for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 2: CD009996.
- 8 Molina BS, Hinshaw SP, Swanson JM et al. The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48: 484–500.
- 9 Banaschewski T, Buitelaar J, Chui CS et al. Methylphenidate for ADHD in children and adolescents: throwing the baby out with the bathwater. *Evid Based Ment Health* 2016; 19: 97–9.
- 10 Storebø OJ, Zwi M, Krogh HB et al. Evidence on methylphenidate in children and adolescents with ADHD is in fact of 'very low quality'. *Evid Based Ment Health* 2016; 19: 100–2.
- 11 Gerlach M, Banaschewski T, Coghill D et al. What are the benefits of methylphenidate as a treatment for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder? *Atten Defic Hyperact Disord* 2017; 9: 1–3.
- 12 Storebø OJ, Simonsen E, Gluud C. Methylphenidate for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder-Reply. *JAMA* 2016; 316: 995.
- 13 Weyandt LL, Oster DR, Marraccini ME et al. Prescription stimulant medication misuse: Where are we and where do we go from here? *Exp Clin Psychopharmacol* 2016; 24: 400–14.
- 14 Olsvold A. En psykososial undersøkelse av barns, mødres og fedres forståelse og opplevelse av ADHD-diagnose og medisiner. Oslo: Universitetet i Oslo, 2012.
- 15 Faraone SV, Asherson P, Banaschewski T et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers* 2015; 1: 15020.
- 16 Midtlyng E, Zeiner P, Prietz R et al. ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse – Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging. Publisert 4.12.2014, sist endret 12.10.2016. Oslo: Helse direktoratet, 2014.
- 17 Faraone SV, Biederman J. Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 1998; 44: 951–8.
- 18 Hva er ADHD? Oslo: ADHD Norge, 2016. <http://adhdnorge.no/voksen/hva-er-adhd/> (23.10.2017).
- 19 Karlstad Ø, Furu K, Stoltenberg C et al. ADHD treatment and diagnosis in relation to children's birth month: Nationwide cohort study from Norway. *Scand J Public Health* 2017; 45: 343–9.

NYTT OM LEGEMIDLER

Endringer i blåreseptforskriften fra 1 januar 2018: Alle nye legemidler skal metodevurderes

Blåreseptforskriften er endret i tråd med prinsippene for prioritering for å sikre pasienter likeverdig og rettferdig tilgang til alle offentlig finansierte legemidler.

Hva er prinsippene for prioritering?

Prioritering blir gjort på bakgrunn av tre kriterier: nytte, ressursbruk og alvorlighet.

Prioriteringskriteriene vurderes samlet og veies mot hverandre. Jo mer alvorlig en tilstand er eller jo større nytte et tiltak har, jo høyere ressursbruk kan aksepteres. Lav alvorlighet og begrenset nytte av et tiltak kan bare forsvares hvis ressursbruken er lav. Kostnads-effektivitet er et mål på forholdet mellom nytte og ressursbruk.

Hva betyr dette i praksis?

Alle nye legemidler skal metodevurderes for å vurdere om prisen står i et rimelig forhold til nytte og alvorlighet.

Sykehusene (spesialisthelsetjenesten) får finansieringsansvar for flere legemidler slik at finansieringen følger behandlingsansvaret.

For at pasienter skal få rask tilgang til nye legemidler økes grensen for når forhåndsgodkjent refusjon kan innvilges av Legemiddelverket, det vil si uten at saken må behandles i Stortinget.

Hva skjer med legemidler på individuell refusjon?

Prinsippet om kostnadseffektivitet skal også gjelde legemidler med individuell refusjon. For nye legemidler må det være gjennomført en metodevurdering før det kan gis refusjon på blå resept. Krav til metodevurdering gjelder i de tilfellene et firma søker om markedsføringstillatelse for et nytt virkestoff eller en ny indikasjon i Norge etter 1. januar 2018, eller der søknad om markedsføringstillatelse er til behandling. Dersom det søkes individuell refusjon før en metodevurdering er gjennomført for nye legemidler, vil Helfo avslå søknaden.

Individuell refusjon kan innvilges innenfor godkjent indikasjon for legemidler som har fått avslag om refusjon på gruppenivå for visse pasienter. Dette vil gjelde dersom særskilte forhold gjør at nytten av behandlingen, ressursbruken eller tilstandens alvorlighet for denne pasienten skiller seg klart fra pasientgruppen forøvrig.

For legemidler uten markedsføringstillatelse i Norge blir det stort sett en videreføring av tidligere regelverk, men kravet til vitenskapelig dokumentasjon for innvilgelse av individuell refusjon er hevet.

Konsekvenser for pasienter i 2018

Pasienter som har fått vedtak om individuell refusjon før 1. januar får fortsatt refusjon inntil videre. Også for nye pasienter vil ordningen fortsette som før inntil det foreligger ny vurdering av enkelte legemidler. For nye legemidler kan det ta lengre tid å få individuell refusjon på blå resept, fordi disse legemidlene skal metodevurderes.

Hva skjer med bidragsordningen for legemidler?

Den generelle bidragsordningen for legemidler vil gradvis avvikles. Brukere som har fått utbetalt bidrag til legemidler i 2017 kan få bidrag i en overgangsperiode.

Bidragsordningen vil fortsatt omfatte en rekke forhold som ikke vil berøres av endringene, for eksempel salver, kremer og lignende til alvorlige kroniske hudlidelser, materiell og legemidler til enkelte former for sårbehandling, p-piller til jenter mellom 16 og 21 år, samt infertilitetsbehandling.



Unngå ibuprofen ved vannkopper

Bruk av ibuprofen ved vannkopper kan i sjeldne tilfeller føre til alvorlige, livstruende bakterielle infeksjoner i hud og bløtvev (1).

Ibuprofen er et NSAID som blant annet er godkjent til behandling av feber og moderate smerter hos voksne og barn. Det selges reseptfritt som tabletter utenom apotek og reseptfritt som tabletter og mikstur i apotek. I Norge selges ibuprofen mikstur under merkenavnene Ibux og Nurofen. I preparatomtalen og pakningsvedleggene advares det mot bruk ved vannkopper. Dessverre har denne informasjonen manglet for Ibux, men dette vil nå bli oppdatert.

Bruk av paracetamol gir ingen økt risiko for alvorlige hudreaksjoner ved vannkopper.

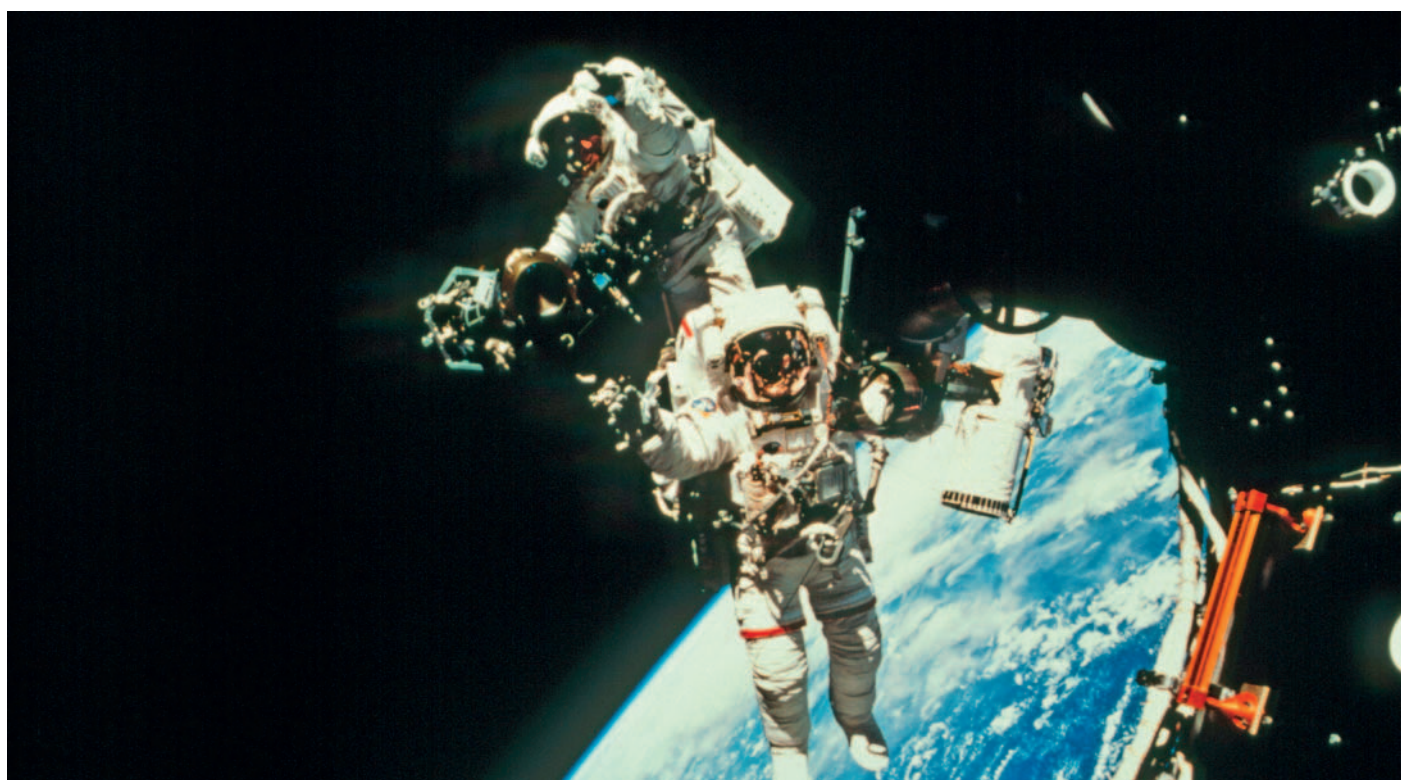
Paracetamol er førstevalget ved behov for smertestillende og febernedssettende medisin til barn.

Helsepersonell som gir råd til foreldre oppfordres til å formidle denne viktige informasjonen.

Referanse:

Nonsteroidal anti-inflammatory drug use and the risk of severe skin and soft tissue complications in patients with varicella or zoster disease: www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/18251759 (2018-01-09).

Vektløshet gir forandringer i hjernen



Illustrasjonsfoto: Science Photo Library/NTB Scanpix

Astronauter som oppholder seg lenge i verdensrommet, kommer hjem med en hjerne som ser litt annerledes ut.

I en studie som nylig er publisert i *New England Journal of Medicine*, ble hjernene til 34 astronauter undersøkt med MR-undersøkelse før og etter tokt i verdensrommet (1). Halvparten av astronautene hadde oppholdt seg på den internasjonale romstasjonen i om lag seks måneder, mens resten hadde vært på kortvarige tokt i verdensrommet på ca. 14 dager.

Det ble påvist strukturelle forandringer i hjernen ved MR-undersøkelse hos nesten

alle astronautene med langvarige opphold i rommet, bl.a. kranial forskyvning av hjernevevet og en avsmalning av sentralfuren. Forfatterne argumenterer for at obstruksjon av venesinus eller av araknoidale granulasjoner kan ha påvirket sirkulasjon av cerebrospinalvæske hos astronautene. Til sammenligning kom astronautene, som hadde vært på kortvarige opphold i rommet, tilbake til jorden stort sett uten påvisbare hjerneforandringer.

– Denne studien belyser mekanismer bak økt intrakranialt trykk hos astronauter etter lengre tids opphold i verdensrommet, sier Rolf Salvesen, avdelingsoverlege ved Nevrologisk avdeling, Nordlandssykehuset, og professor ved Universitetet i Tromsø –

Norges arktiske universitet.

– Funnene er konsistente, men det er en svakhet at undersøkelsene før tokt var utført over ett år før avreisen, og at antallet forsøkspersoner var relativt lavt, sier han.

– Hvis fremtidsvisjoner om turisme i verdensrommet slår til, vil medisinske komplikasjoner av vektløshet kunne få betydning for langt flere enn dagens astronauter, sier han.

JON MAGNUS HAGA TIDSSKRIFTET

LITTERATUR

- 1 Roberts DR, Albrecht MH, Collins HR et al. Effects of spaceflight on astronaut brain structure as indicated on MRI. *N Engl J Med* 2017; 377: 1746–53.

Bruk av antidepressiver hos unge gir økt diabetesrisiko



Illustrasjon: GeorgePeters/iStock

Bruk av antidepressive legemidler hos barn og unge øker risikoen for type 2-diabetes, ifølge ny studie.

Rundt én av 20 norske barn og unge er plaget med depresjon, og bruken av antidepressiver er stigende (1). Flere studier har vist økt risiko for type 2-diabetes hos voksne som bruker antidepressiver.

I en amerikansk studie publisert i tidsskriftet *JAMA Pediatrics* ble rundt 120 000 personer mellom 5 og 20 år inkludert (2). Barna kom i stor grad fra familier med lav sosioøkonomisk bakgrunn. Alle hadde brukt antidepressiver av ulike slag:

To av tre hadde brukt enten en selektiv serotoninreopptakshemmer (SSRI) eller en selektiv serotonin-noradrenalin-reopptakshemmer (SNRI).

I løpet av oppfølgingstiden på nesten to år var risikoen for type 2-diabetes høyere hos dem som brukte antidepressiver (absolutt risiko 1,16 per 10 000 personmåneder) enn hos dem som hadde brukt slike legemidler tidligere (absolutt risiko 0,56). Risikoen var størst for SSRI- og SNRI-legemidler, fulgt av trisykliske antidepressiver, og risikoen økte med varighet og kumulativ dose.

– Den økte risikoen for type 2-diabetes ved bruk av antidepressiver er en grunn til å begrense bruken av slike legemidler, sier

Berit Grøholt, som er professor emerita i barne- og ungdomspsykiatri ved Universitetet i Oslo.

– Denne studien er gjort på et selektert utvalg personer og har ingen kontrollgruppe, altså vet vi ikke noe om hvor stor risikoen er sammenlignet med dem som ikke bruker medisiner, påpeker hun.

– Indikasjonene for bruk av antidepressiver i USA er antagelig videre enn i Norge, siden bare én av tre hadde depresjonsdiagnose, sier Grøholt, som også påpeker at det i denne studien ikke skilles mellom SSRI- og SNRI-legemidler.

– Tidligere har myndighetenes råd til norske leger vært at bruk av antidepressiver til barn og unge bør begrenses på grunn av fare for økt selvmordsatferd og selvmordstanker. Likevel har bruken av slike legemidler økt jevnt de siste årene, selv om vi fortsatt er blant land med lavt forbruk, sier Grøholt.

Hun understreker at dersom man ønsker å starte behandling med et antidepressivum, bør man unngå høye doser og langvarig bruk, og ta hensyn til andre risikofaktorer for type 2-diabetes, slik som overvekt, dyslipidemi og familiehistorie.

KETIL SLAGSTAD TIDSSKRIFTET

LITTERATUR

- 1 Hartz I, Skurtveit S, Steffenak AKM et al. Psychotropic drug use among 0–17 year olds during 2004–2014: a nationwide prescription database study. *BMC Psychiatry* 2016; 16: 12.
- 2 Burcu M, Zito JM, Safer DJ et al. Association of antidepressant medications with incident type 2 diabetes among medicaid-insured youths. *JAMA Pediatr* 2017; 171: 1200–7.

Forebygger høy utdanning Alzheimers sykdom?

Analysen basert på mendelsk randomisering tyder på at det er en kausal sammenheng mellom utdanningsnivå og risiko for Alzheimers sykdom.

Mange observasjonelle studier har vist at lav utdanning er forbundet med økt risiko for å utvikle Alzheimers sykdom, men studienes design gjør det vanskelig å trekke slutninger om kausale sammenhenger.

I en ny studie som nylig er publisert i *BMJ* (1), brukte forskerne enkeltnukleotidpolymorfismer koblet med kjente risikofaktorer for Alzheimers sykdom som instrumentvariabler for de samme risikofaktorene. En slik analysemetode, som kalles mendelsk randomisering, reduserer påvirkningen av konfunderende faktorer. Genvarianter, som var assosiert med 24 modifiserbare risikofaktorer, ble først identifisert og så sammenlignet med kjente genvarianter koblet til Alzheimers sykdom.

Genetisk predikert høyere utdanningsnivå var assosiert med lavere risiko for Alzheimers sykdom (oddsratio 0,89, 95 % KI 0,84–0,93). Det var ingen sammenheng mellom genetisk predikert alkoholinntak, folat, vitamin B₁₂ - eller homocysteinnivå og Alzheimers sykdom, eller genetisk predikerte kardiovaskulære risikofaktorer eller CRP-verdier og sykdom.

– Denne studien støtter hypotesen om at høy utdanning reduserer risikoen for Alzheimers sykdom, sier Alexandra Havdahl, som er forsker ved Universitetet i Bristol og Folkehelseinstituttet. – Men selv om studien styrker kunnskapen om at utdanningslengde kan virke forebyggende for Alzheimers sykdom, er den ikke definitivt avklarende. Det kan ikke utelukkes at genvarianter som predisponerer for høy utdanning, er forbundet med Alzheimers sykdom gjennom andre mekanismer enn selve utdanningen.

– Blant annet er genvarianter som predisponerer for høy utdanning, også forbundet med mindre røyking og lavere kroppsmasseindeks. Vi kan ikke utelukke at én eller flere andre umålte faktorer kan forklare sammenhengen mellom disse genvariantene og Alzheimers sykdom, sier Havdahl.

KETIL SLAGSTAD TIDSSKRIFTET

LITTERATUR

- 1 Larsson SC, Traylor M, Malik R et al. Modifiable pathways in Alzheimer's disease: Mendelian randomisation analysis. *BMJ* 2017; 359: j5375.

Livmorhalscreening i 60-årene?



Illustrasjonsfoto: Science Photo Library/NTB scanpix

Effekten av screening for livmorhalskreft blant kvinner over 60 år avhenger av kvinnenes screeninghistorikk, viser nystudie fra Sverige.

I vurderingen av screening for livmorhalskreft hos eldre kvinner har man inntil nå ikke tatt hensyn til tidligere deltagelse og funn ved screening. En gruppe svenske forskere gikk derfor gjennom en landsdekkende kohortstudie for å kartlegge insidensen av livmorhalskreft hos svenske kvinner over 60 år, og for å koble dette mot kvinnenes screeninghistorikk og eventuelle funn mens kvinnene var i 50-årene (1).

Kvinner som ikke gjennomførte screening i 50-årene, hadde en kumulativ insidens for livmorhalskreft opptil 80 år på 5,0 tilfeller per 1 000 kvinner. Screening i 61–65-årsalderen reduserte risikoen med 3,3 tilfeller per 1 000 kvinner (hasardratio 0,42, 95 % KI 0,24–0,72). Blant kvinner med tidligere påvist lav- og høygradige forandringer ga slik screening en redusert risiko for livmorhalskreft med hasardratio på henholdsvis 0,43 (95 % KI 0,25–0,74) og 0,59 (95 % KI 0,36–0,96). Blant kvinner med adekvat eller inadekvat screening med bare normale resultater mellom 51–60 år, var den kumulative insidensen for livmorhalskreft i

61–80-årsalderen henholdsvis 1,6 og 2,5 per 1 000 kvinner, men screening ga ingen signifikant reduksjon i kreftrisikoen.

– I Norge er screeningalderen for livmorhalsprogrammet fra fylte 25 år til og med 69 år, og den øvre aldersgrensen er blant de høyeste i verden, sier Ane Cecilie Munk, overlege ved Kvinneklubben, Sørlandet sykehus, og medlem av en rådgivningsgruppe ved Krefregisteret.

– Vi har diskutert om øvre screeningalder bør senkes, men konklusjonen har vært at det er lite å vinne på det. Det er god dokumentasjon på at kvinner som ikke møter til screening, utgjør den høyeste andelen av dem som får livmorhalskreft, slik den svenske studien også viser. Over 60 % av dem som får livmorhalskreft i 70-årene har enten ikke tatt livmorhalsprøve de siste ti årene eller ikke i det hele tatt. Denne gruppen er det viktig å få med, sier Munk.

PETTER MORTEN PETERSEN TIDSSKRIFTET

LITTERATUR

- 1 Wang J, Andrae B, Sundström K et al. Effectiveness of cervical screening after age 60 years according to screening history: Nationwide cohort study in Sweden. *PLoS Med* 2017; 14: e1002414.

Langtidskonsekvenser av prematuritet



**INGRID MARIE
HUSBY HOLLUND**
ingridmhusby@gmail.com
Foto: Christina Jørgensen Solli

DISPUTAS

Ingrid Marie Husby Hollund disputerte for ph.d.-graden ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet 24.8. 2017. Tittelen på avhandlingen er *Long-term consequences of prematurity: Motor skills, mental health, health-related quality of life and white matter microstructure in young adults born preterm with very low birth weight*.

Unge voksne født med veldig lav fødselsvekt har dårligere motoriske ferdigheter, psykisk helse, livskvalitet og integritet i hjernens hvite substans.

Premature barn født med veldig lav fødselsvekt (≤ 1500 g) har økt risiko for hjerne-skade og utviklingsforstyrrelser, i tillegg til økt forekomst av motoriske, kognitive, psykiske og sosiale vansker. Få studier har fulgt barn født med veldig lav fødselsvekt inn i voksen alder.

I mitt doktorgradsarbeid sammenlignet jeg 23-åringer født med veldig lav fødselsvekt med en kontrollgruppe med normal fødselsvekt. Deltagerne ble undersøkt med motoriske tester, spørreskjema om psykisk helse og livskvalitet og diffusjons-MR. Jeg fant at deltagerne med veldig lav fødselsvekt

hadde dårligere fin- og grovmotoriske ferdigheter enn kontrollgruppen og at de rapporterte dårligere psykisk helse og lavere fysisk og psykisk livskvalitet. På MR-bilder hadde deltagerne med veldig lav fødselsvekt annerledes integritet i hjernens hvite substans som var relatert til motorikk.

Til sammenligning analyserte jeg data som var samlet inn ved 14 og 20 år. Jeg fant ingen bedring i motoriske ferdigheter fra 14 til 23 år, men en signifikant økning i psykiske plager og en signifikant reduksjon i livskvalitet fra 20 til 23 år hos deltagerne med veldig lav fødselsvekt, sammenlignet med kontrollgruppen.

Overgangen til voksenlivet synes å være spesielt utfordrende for dem som er født med veldig lav fødselsvekt. Mine funn har betydning for planlegging av helsehjelp og oppfølging av unge voksne som ble født med veldig lav fødselsvekt.

Effekt av tilbakemelding på koloskopi



VOLKER MORITZ
morv@sthf.no
Foto: Ida Chr. Kvisgaard

DISPUTAS

Volker Moritz disputerte for ph.d.-graden ved Universitetet i Oslo 6.10.2017. Tittelen på avhandlingen er *Improving colonoscopy services. Ten years of quality assurance in the Norwegian Gastronet quality improvement initiative*.

Endoskopører som får tilbakemelding om sin egen kvalitet, reduserer gradvis andelen av smertefulle koloskopier.

I fjor fikk 4 343 nordmenn påvist kreft i kolon eller rektum. Koloskopi er ansett som den beste diagnostiske metoden for å stille diagnosen, men flere studier har vist at kvaliteten på selve undersøkelsen kan variere betydelig.

I mitt doktorgradsarbeid brukte jeg data fra det nasjonale kvalitetsregisteret *Gastronet* som registrerer koloskopirapporter fra skopørene og tilbakemeldinger fra pasientene. Over 72 000 koloskopier utført over en tiårs periode ble inkludert. Vi fant at andelen koloskopier med sterke smerter for

pasienten ble redusert fra 15 % det første året til 9 % det siste året. Andelen koloskopier med funn av polypper, som er forstadier til kreft, og andelen komplett fullførte undersøkelser lå stabilt i perioden og på et akseptabelt nivå.

Gjennomsnittlig inspeksjonstid ved undersøkelsen gjenspeilet ikke om endoskopøren var flink til å oppdage polypper eller ikke. Selvestimering av egen kvalitet viste stor spredning.

Tilbakemelding om egen kvalitet kan motivere en skopør til å endre og forbedre sin koloskopiteknikk. Bedret teknikk med mindre ubehag for pasienten vil kunne fremme deltagelsen i screeningprogrammer for forebygging av kolorektal kreft.

MORTEN MAGELSSSEN
morten.magelssen@medisin.uio.no
Senter for medisinsk etikk
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo

REIDAR PEDERSEN
Senter for medisinsk etikk
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo

REIDUN FØRDE
Senter for medisinsk etikk
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo

Hvordan arbeider klinisk etikk-komiteene?

BAKGRUNN

Alle helseforetak har en klinisk etikk-komité (KEK). Hvilke prinsipielle temaer arbeider komiteene med og hvordan ivaretar de pasientens perspektiv?

MATERIALE OG METODE

Vi sendte en spørreundersøkelse til landets 38 klinisk etikk-komiteer våren 2016 og fikk svar fra 34 (svarprosent 89).

RESULTATER

I de 34 komiteene som deltok i undersøkelsen ble 322 saker drøftet i 2014–15. Halvparten oppga at de inviterte pasienter/pårørende til å delta i drøftingene. Mange komiteer hadde høy aktivitet, mens noen hadde få saker. De arrangerte også etikkseminarer for ansatte, og de

fleste svarte at de bidro i retningslinjearbeid. En tredel oppga at de ikke var tilstrekkelig forankret i helseforetakets ledelse og/eller opplevde at tilgangen på ressurser begrenset arbeidet. Omtrent halvparten anga behov for økt kompetanse, blant annet i klinisk etikk og jus. Blant temaene som gikk igjen i de prinsipielle sakene som ble drøftet, var tvangsbruk, taushetsplikt, kommunikasjon og samhandling samt prioritering og ressursbruk.

FORTOLKNING

Klinisk etikk-komiteer er en viktig arena for å ta opp verdispørsmål i den kliniske hverdagen, herunder ressurs spørsmål. Noen av komiteene har potensial til å bli brukt mer, og flere bør tilstrebe å inkludere pasienter og pårørende i diskusjonene oftere.

HOVEDBUDSKAP

Klinisk etikk-komiteer kan ivareta pasientperspektivet i vanskelige beslutninger

Komiteene bistår i å drøfte et bredt spekter av etiske dilemmaer

Tidspress hindrer mange leger som er komitémedlemmer fra å delta aktivt

Klinisk praksis er verdiladet, og klinikere står ofte overfor etiske problemer. De siste 20 årene er helse-tjenesten blitt sterkt lovregulert. Blant annet har pasientens medbestemmelse blitt styrket, samtidig som behovet for ansvarlig ressursbruk er blitt tydeligere. Her ligger det en spenning som er én av mange kilder til etiske dilemmaer for helsepersonell.

Klinisk etikk-komiteer er opprettet i alle helseforetak og skal høyne kompetansen i klinisk etikk blant helsepersonell. Komiteene skal være tverrfaglig sammensatt av klinikere, brukerrepresentant, personer med etisk kompetanse og personer med helseettslig kompetanse (1). Komiteene skal på forespørsel gi råd om hvordan konkrete etiske problemer kan løses (2). De har ikke beslutningsansvar i kliniske beslutninger, ingen sanksjonsmuligheter og heller ikke noe ansvar for forsknings-etikk. I det nasjonale mandatet for komiteene nevnes også spesifikt at klinisk etikk-komiteer skal arbeide med «spørsmål knyttet til ressursbruk og prioriteringer i helseforetakene» (1). I stortingsmeldingen *Verdier i pasientens helsetjeneste* er det foreslått at komiteene kan være et hjelpemiddel for gode prioriteringsbeslutninger i klinisk praksis (3).

Klinisk etikk-komiteer skal være frittstående og uavhengige og skal sikre at pasientens stemme blir hørt. Både pasienter, pårørende og helsepersonell har anledning til å henvende seg med saker. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo ansvaret for nasjonal fagutvikling og koordinering av komiteene.

For å utvikle etikkarbeidet er det viktig at det evalueres. Tidligere spørreundersøkelser har vist at gode rammebetingelser og støtte fra sykehusledelsen har vært mangelfullt for flere av komiteene (4). Noen av dem har blitt lite brukt (4, 5), men klinikere som har brukt komiteene vurderer det ofte som nyttig (6).

Temaene som drøftes sier også noe om sentrale dilemmaer i helseforetakene og utfordringer helsearbeidere og ledere bør være forberedt på å møte. I saker som angår enkeltpasienter, er pasientautonomi, avslutning av livsforlengende behandling, bruk av tvang samt kommunikasjon og konfidensialitet hyppige temaer (4).

Denne artikkelen presenterer funnene fra en ny spørreundersøkelse som har kartlagt hvordan klinisk etikk-komiteer arbeider, med vekt på rolle, rammevilkår og utfordringer. Denne gang ønsket vi også å undersøke spesifikt hvilke temaer som kommer frem i generelle/prinsipielle saker som ikke omhandler enkeltpasienter, samt i saker om prioritering og ressursbruk. Tidligere evalueringer indikerer at drøftinger kan være nyttig også i slike spørsmål (7, 8). Dessuten spør vi om komiteene bidrar til økt pasientmedvirkning i beslutningsprosesser.

Materiale og metode

Vinteren 2016 sendte vi ut et papirbasert spørreskjema til alle landets 38 klinisk etikk-komiteer. Spørreskjemaet ble laget med tidligere undersøkelser som utgangspunkt (4, 5) og omhandlet informasjon for perioden 2014–15. I skjemaet etterspurte man opplysninger om komiteenes sammensetning, rammebetingelser, oppgaver, etiske temaer og rutiner for hvordan saker drøftes. Vi ba komiteene spesifikt om å beskrive sakene de har hatt om prioritering og ressursbruk og om prinsipielle/generelle saker som ikke var knyttet til enkeltpasienter. Vi purret tre ganger.

Resultater

Vi mottok utfylt besvarelse fra 34 klinisk etikk-komiteer, en svarprosent på 89.

Sammensetning

Klinisk etikk-komiteene hadde i snitt 11 medlemmer (6–16 medlemmer). 24 (70 %) hadde brukerrepresentant (for eksempel fra sykehusets brukerutvalg) eller annen legrepresentant. Om lag halvparten hadde med fagetikere og halvparten et medlem med juskompetanse (tab 1). 25 av 34 komiteer ble ledet av en lege, hvorav 20 primært jobbet klinisk og de øvrige hadde administrative eller akademiske stillinger. De fleste andre ble ledet av sykepleiere og sykehusprester.

Tabell 1 Antall klinisk etikk-komiteer med medlemmer i aktuelle kategori (n = 33)

Representert yrkesgruppe	Antall klinisk etikk-komiteer
Lege	33
Sykepleier	33
Sykehusprest	30
Bruker-/legrepresentant	24
Annet helsepersonell	22
Jurist	17
Fagetiker	15
Psykolog	8
Ledelse/administrasjon	7

Drøfting av klinisk-etiske problemer

For de fleste klinisk etikk-komiteene var drøfting av saker fra klinisk praksis den viktigste oppgaven, og de oppga å ha drøftet totalt 322 saker de to årene undersøkelsen omhandlet (variasjon 0–35). Av disse var 208 saker knyttet til individuelle pasienter. To tredeler av disse igjen, 141, var drøftinger i forkant av en beslutning.

Det er i all hovedsak helseforetakets klinikere som bringer saker til komiteen, men noen ganger kan det være komitémedlemmer eller ledere. De fleste komiteene anga at drøftinger ofte får praktiske konsekvenser for klinikernes videre håndtering av saken, for eksempel ved at komiteen gir et begrunnet råd om hvordan partene bør gå frem videre. Alle som besvarte spørsmålet, anga at de var åpne for å drøfte hastesaker på kort varsel.

114 saker (35 %) omhandlet generelle eller prinsipielle spørsmål. Mange ulike temaer har vært tatt opp her, men hovedtemaene var tvangsbruk, taushetsplikt, kommunikasjon og samarbeid mellom ulike enheter og nivåer (ramme 1).

Tre firedeler av komiteene hadde drøftet saker om prioritering og ressursbruk, eksempler er gjengitt i ramme 2.

Det var i gjennomsnitt flere saker i de åtte klinisk etikk-komiteene som hører til universitetssykehus – i snitt 11,8 saker, mot 8,6 saker i de 26 komiteene i øvrige helseforetak. De fire med kun to eller færre saker siste to år hørte til små sykehus. Samtidig hadde enkelte komiteer utenfor universitetssykehusene svært høy aktivitet.

Ramme 1 Eksempler på prinsipielle spørsmål drøftet i kliniske etikk-komiteer

Tvang og pasientautonomi Dilemmaer når pasienten ikke ønsker blodtransfusjon Prevensjon til pasienter med alvorlige psykiske lidelser
Taushetsplikt Ansattes omtale av pasienter på pauserom Tilgang til lister over pasienter man ikke direkte yter helsehjelp til Taushetsplikt i tverrfaglige møter
Kommunikasjon og samarbeid Behandling av spiseforstyrrelser i somatisk avdeling Ansvarsfordeling av palliative pasienter Dilemmaer etter samhandlingsreformen

De aller fleste komiteene drøftet dilemmaene ved hjelp av en strukturert drøftingsmal. Den vanligste var Senter for medisinsk etikks modell (SME-modellen) (2, 9), som inneholder følgende elementer: Hva er det etiske problemet, fakta i saken, berørte parter, verdier, normer og lover, handlingsalternativer og en konklusjon. I denne modellen legges det stor vekt på at pasientens verdier og interesser synliggjøres i drøftingen.

Halvparten av komiteene oppga at de ofte eller alltid tilbyr pasienter og/eller pårørende å delta i drøftingen av saker som disse er involvert i, mens de øvrige svarte at de sjelden eller aldri gjør dette. Det var vanligst å ha med pårørende. 18 komiteer hadde erfaring med dette de to siste år, mens 12 hadde hatt drøfting der pasienten selv hadde vært med.

Ramme 2 Eksempler på temaer knyttet til prioritering og ressursbruk

Hvor går grensen for å gi dyre medikamenter med begrenset effekt?
Hjemmerespirator og annen svært kostbar behandling
Egenbetaling for nye, dyre medikamenter
Behandlingsnivå i psykiske helsetjenester
Når overbelegg og underbemanning truer kvalitet
Kan det forsvares å bruke ekstra ressurser på pasienter som krever mer enn andre?
Har sykehuset ansvar for å tilby ressurskrevende behandling selv om pasienten samarbeider dårlig?

Kun helt unntaksvis hadde pasienter/pårørende selv brakt saker inn for komiteen. Pasient- og pårørendeperspektivene ble også ivaretatt ved at ansatte som kjente pasienten godt, var med i drøftingen.

De aller fleste komiteene (30 av 34) hadde arrangert klinisk etikk-seminarer for alle ansatte. Nesten alle komiteene hadde også besøkt kliniske avdelinger for å undervise om spesifikke klinisk-etiske temaer. 22 av 32 komiteer hadde bidratt til utvikling av retningslinjer eller til høringsuttalelser, for eksempel om prioriteringsutvalgets utredning (10).

Rammebetingelser

22 av 33 komiteer svarte at de var godt forankret og opplevde støtte fra helseforetakets ledelse. 13 av 34 mente at ressurstilgangen var begrensende for aktiviteten. Syv komiteer har frikjøpt leder, da typisk i 10 % stilling. 24 komiteer har eget budsjett, der mediansummen er ca. 30 000 kroner. 29 komiteer har fast sekretær som skriver referat og innkaller til møter og seminarer.

Omtrent halvparten av de som svarte, anga å ha tilstrekkelig kunnskap om/kompetanse i klinisk etikk (48 %), jus (52 %), praktisk etikk-refleksjon (45 %) og konflikthåndtering (42 %). De øvrige anga behov for økt kompetanse. Noen komiteer etterspurte også kompetanse i komitéledelse og referatkriving.

Betydning og hindringer

Mange komiteer anga at komitéarbeidet kunne ha stor betydning for klinikerne som hadde fått drøftet klinisk-etiske saker, for eksempel gjennom å få et «utenfrablikk» og støtte i vanskelige avgjørelser. Flere etterlyste imidlertid direkte og systematisk evaluering av hvilken betydning drøftingene får. Komiteene var noe mer nøkterne til hvilken betydning arbeidet kunne sies å ha for sykehuset som helhet. Noen trakk frem at særlig etikkseminarer setter viktige problemstillinger på dagsordenen og bidrar til bevisstgjøring. Mange komiteer fremhevet at de gjerne vil bli brukt mer.

Vi spurte også om hvilke hindringer komiteene opplever for arbeidet. Så mange som halvparten trakk frem at klinisk ansatte komitémedlemmer (spesielt leger) har vansker med å få tid til å delta på møtene. Åtte svarte at de får få klinisk-etiske saker. Videre pekte noen på manglende frikjøp av leder/og eller sekretær, og noen på at det er krevende for komiteen å gjøre seg kjent på alle kliniske avdelinger i helseforetaket.

Diskusjon

Spørreundersøkelsen viser at mange av landets klinisk etikk-komiteer har høy aktivitet og får mange klinisk-etiske problemer til drøfting. Sammen med det å arrangere seminarer med klinisk-etiske temaer, er drøfting av enkeltsaker den viktigste oppgaven. Aktivitetsnivået er langt høyere enn i 2004 (4), og like høyt som i 2010 (5). Samtidig er det også mange komiteer som ikke brukes så mye. Tidligere undersøkelser har vist at helsepersonell ofte ikke kjenner til komiteen og har høy terskel for å henvende seg dit (11), men at de som gjør det, ofte opplever drøftingene som nyttige (12). Noen komiteer går aktivt til verks for å gjøre seg kjent i klinikken, for eksempel ved å invitere seg selv ut til avdelingene for å drøfte problemstillinger som klinikerne står i (13). Kun unntaksvis kommer sakene fra pasienter og pårørende, noe som nok skyldes at komiteene er lite kjent blant disse (14).

Sammenlignet med tidligere har nå en langt større andel komiteer fått brukerrepresentanter eller andre legpersoner som faste medlemmer. Brukerrepresentanter kan bidra med viktige «blikk utenfra». Dette er også i tråd med idealer om økt brukermedvirkning og transparense i helsetjenesten.

Evalueringer har vist at det er mulig å inkludere pasienter og pårørende i drøftingene. Når dette gjøres på en god måte, er det nyttig og viktig for alle involverte (14). Tre argumenter for å inkludere pasienter/pårørende er for det første at de som berørte parter bør ha rett til å delta når drøftingen angår dem og helsetjenestene de skal få. For det andre kan de ha essensielle perspektiver, ikke minst om egne verdipreferanser, som det er viktig å få frem. For det tredje kan komitémøtet være en egnet arena for dialog når partene har ulike situasjonsoppfatninger eller er i konflikt. Komiteene bør derfor ikke drøfte vanskelige dilemmaer uten å få pasientens og pårørendes perspektiv belyst så godt som mulig, helst gjennom egen deltagelse, alternativt gjennom en representant (15). Undersøkelsen viser at pasienter og pårørende som er direkte berørt, inviteres til drøftingene hyppigere enn før. Vi anbefaler dette også for den halvdelen av komiteene som ikke har dette som standard i dag.

God grensesetting for medisinsk praksis er en del av etikkens oppgave. I noen av beslutningene bidrar komiteene til å slå ring om profesjonsetiske idealer, noe som kan være

krevende i en tid der pasientrettigheter står stadig sterkere. At pasienter og pårørende bidrar aktivt i diskusjonene, er ikke til hinder for dette.

Komiteenes eksempler på drøftede temaer viser et stort mangfold, hvorav mye er i skjæringspunktet mellom profesjonsetikk og organisatoriske forhold eller organisasjons-etikk. Med forbehold om at vi ikke har spurt brukerne av komiteene, men kun medlemmene av disse, kan undersøkelsen tolkes som at komiteene er et egnet forum også for slike temaer (6, 7). Dette selv om klinisk etikk-komiteer i noen slike spørsmål har blitt anklaget for å gå ut over sin rolle, for eksempel ved å gå inn i spørsmål om hvordan sykehuset prioriterer når budsjettene er trange. Prioriteringsutvalget og stortingsmeldingen om prioritering fremhevet komiteene som en

mulig arena for beslutningsstøtte for klinikere (3, 10). Studien indikerer at komiteene allerede spiller en slik rolle i prioriteringsarbeidet. De kan tilby upartiske drøftinger av krevende prioriteringssaker og vekte ulike interesser, samtidig som de kan bidra til økt ressursbevissthet blant helsepersonell.

Slike spørsmål er kompliserte og krever kunnskaper. Derfor er kompetansebygging blant komitémedlemmer viktig. Det er ikke overraskende at rundt halvparten av komiteene mener at de trenger økte kunnskaper i etikk og jus, noe som er en viktig utfordring både for Senter for medisinsk etikk og for de ansvarlige ved helseforetakene. En vedvarende utfordring er at komitémedlemmer som er klinikere ikke alltid får anledning til å delta på møtene (5). Det er et ledelsesansvar å legge til rette for dette og å signalisere at

dette arbeidet skal prioriteres. Det samme gjelder å sørge for tid, gjerne formelt frikjøp, for komitélederen.

Økt pasientmedvirkning og prioriteringer er krevende i praksis, og helsetjenesten trenger konkrete virkemidler og verktøy. «Alle» er nok enig om at etikk er viktig. I klinisk etikk-komiteene kan festtalene omsettes til praksis. Helsepersonell og berørte parter møtes og sammen får de hjelp til å drøfte vanskelige spørsmål der fag, etikk og jus ofte er tett sammenvevd.

Senter for medisinsk etikk har det nasjonale ansvaret for koordinering og fagutvikling for klinisk etikk-komiteene. Dette ansvaret inkluderer evaluering av komiteenes arbeid. Senteret mottar en årlig bevilgning fra Helse- og omsorgsdepartementet til dette arbeidet.

Mottatt 24.4.2017, første revisjon innsendt 14.9.2017, godkjent 5.12.2017.

MORTEN MAGELSSSEN

(f. 1978) er lege, ph.d. og forsker.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt foredragshonorar fra Sanofi-Aventis.

REIDAR PEDERSEN

(f. 1973) er lege, filosof, professor og leder ved Senter for medisinsk etikk.

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

REIDUN FØRDE

(f. 1950) er lege og professor ved Senter for medisinsk etikk.

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

LITTERATUR

- Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonalt mandat for kliniske etikk-komiteer i helseforetak. <http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikkk-helsetjenesten/om/nasjonalt-mandat-kliniske-etikk-komiteer-helseforetak.pdf> (1.12.2017).
- Førde R, Veirød U, Stenehjem A et al. Skal en pasient som ikke samarbeider miste retten til helsehjelp? *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; 137: 10.4045/tidsskr.17.0038DOI: 10.4045/tidsskr.17.0038.
- Meld. St. 34 (2015-2016). Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/> (1.12.2017).
- Pedersen R, Førde R. Hva gjør de kliniske etikk-komiteene? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005; 125: 3127–9.
- Førde R, Pedersen R. Clinical ethics committees in Norway: what do they do, and does it make a difference? *Camb Q Healthc Ethics* 2011; 20: 389–95.
- Kalager G, Førde R, Pedersen R. Er drøfting av pasientsaker i klinisk etikk-komiteer nyttig? *Tidsskr Nor Legeforen* 2011; 131: 118–21.
- Førde R, Hansen TW. Do organizational and clinical ethics in a hospital setting need different venues? *HEC Forum* 2014; 26: 147–58.
- Magelssen M, Miljeteig I, Pedersen R et al. Roles and responsibilities of clinical ethics committees in priority setting. *BMC Med Ethics* 2017; 18: 68.
- Førde R, Pedersen R. Manual for kliniske etikk-komiteer i spesialisthelsetjenesten. Oslo: Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo, 2012.
- Norges offentlige utredninger. Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten. NOU 2014: 12. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2014-12/id2076730/> (1.12.2017).
- Magelssen M, Pedersen R, Førde R. Novel Paths to Relevance: How Clinical Ethics Committees Promote Ethical Reflection. *HEC Forum* 2016; 28: 205–16.
- Førde R, Linja T. «It scares me to know that we might not have been there!»: a qualitative study into the experiences of parents of seriously ill children participating in ethical case discussions. *BMC Med Ethics* 2015; 16: 40.
- Pedersen R, Akre V, Førde R. Barriers and challenges in clinical ethics consultations: the experiences of nine clinical ethics committees. *Bioethics* 2009; 23: 460–9.
- Førde R, Pedersen R, Akre V. Clinicians' evaluation of clinical ethics consultations in Norway: a qualitative study. *Med Health Care Philos* 2008; 11: 17–25.
- Fournier V, Rari E, Førde R et al. Clinical ethics consultation in Europe: a comparative and ethical review of the role of patients. *Clin Ethics* 2009; 4: 131–8.

ERIK EIK ANDA*erik.anda@uit.no*

Institutt for samfunnsmedisin
Det helsevitenskapelige fakultet
Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet

INGVILD HERSOUG NEDBERG

Institutt for samfunnsmedisin
Det helsevitenskapelige fakultet
Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet

CHARLOTTA RYLANDER

Institutt for samfunnsmedisin
Det helsevitenskapelige fakultet
Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet

AMIRAN GAMKRELIDZE

National Centre for Disease Control & Public Health
Tbilisi, Georgia

ALEXANDER TURDZILADZE

National Centre for Disease Control & Public Health
Tbilisi, Georgia

FINN EGIL SKJELDESTAD

Institutt for samfunnsmedisin
Det helsevitenskapelige fakultet
Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet

TAMAR UGULAVA

United Nations Children's Fund (UNICEF)
Tbilisi, Georgia

TORMOD BRENN

Institutt for samfunnsmedisin
Det helsevitenskapelige fakultet
Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet

Å opprette et fødselsregister i et utviklingsland – erfaringer fra Georgia

BAKGRUNN

Georgia er det første utviklingslandet i verden som har opprettet et digitalt medisinsk fødselsregister på nasjonalt nivå. Georgias fødselsregister ble offisielt åpnet 1. januar 2016. Hensikten med denne artikkelen er å vurdere kvaliteten på utvalgte variabler og presentere foreløpige resultater for 2016.

MATERIALE OG METODE

Registeret er strukturert på samme måte som de nordiske fødselsregistrene. Det er 285 medisinske institusjoner involvert, og disse registrerer 267 variabler fra og med uke 12 i svangerskapet frem til utskrivning fra sykehus. I 2016 ble 52 399 kvinner og 53 236 nyfødte registrert i Georgias fødselsregister.

RESULTATER

I 2016 var registerets dekningsgrad 93,9 %. Det var en forskjell på 3 441 mellom antallet nyfødte som ble rapportert til registeret, og det antallet som fremkommer av offisiell statistikk. Gjennomsnittlig svangerskapsalder var 271,3 dager, og keisersnittsandelen var 43,5 %. Gjennomsnittlig fødselsvekt var 3 262 gram. Barn som ble forløst med keisersnitt, hadde lavere gestasjonsalder og lavere fødselsvekt enn barn som ble forløst vaginalt.

FORTOLKNING

Hvert år blir det registrert flere nyfødte georgiske statsborgere enn det faktiske antallet fødsler i Georgia, og dette fører til unøyaktig offisiell rapportering av perinatal dødelighet.

HOVEDBUDSKAP

Det er sannsynlig at de tallene som tidligere er blitt rapportert for perinatal dødelighet i Georgia, er underestimerte

Keisersnittsandelen i Georgia i 2016 var 43,5 %, som er betydelig høyere enn det som er anbefalt for å redusere dødeligheten og sykkeligheten

Både fødselsvekt og svangerskapsalder var lavere i gruppen som ble forløst med keisersnitt

Systematisk populasjonsbasert registrering av helserelevante hendelser er avgjørende for å kunne utvikle verktøy som kan sette oss i stand til å forbedre helsevesenet og de enkelte helsetjenestene, og for å gi grunnlag for forskning.

I et fødselsregister står det oppført data om gravide kvinner, for eksempel demografiske data, sykdomshistorie, svangerskapskontroller og behandling under svangerskapet. Det blir også registrert data angående fødselen og det nyfødte barnet i en periode på opptil syv dager etter fødselen (1). Flere nordiske land etablerte fødselsregistre i epidemiologisk øyemed for ca. 50 år siden, for å gjøre det mulig å oppdage potensielle problemer på et tidligere tidspunkt, som thalidomid-katastrofen (2).

Nasjonale fødselsregistre utgjør en viktig del av helsevesenet i mange industriland. Det å innføre et fødselsregister krever en viss infrastruktur og økonomiske ressurser, noe som gjør at de sjelden prioriteres i mindre utviklede land.

Georgia er definert som et høyere mellominntektsland, og ble rangert som nummer 70 på indeksen for menneskelig utvikling i 2016. Republikken ligger i Kaukasus-regionen og hadde en anslått befolkning på ca. 3 717 100 i 2016 (3). I henhold til en folketelling i 2014 er 86,4 % av befolkningen definert som etnisk georgisk (4). Forventet levealder ved fødsel er 75 år, og 56,3 % av befolkningen er bosatt i urbane områder (5). Georgias samlede fruktbarhetstall i 2015 var 2,3 (4). Dagens helsevesen ble innført i 2013 og tilbyr en universell svangerskapspakke. I tillegg gjør man bruk av privat helseforsikring og betaling av egenandel for eventuelle ekstra helsetjenester.

I Georgia er det gynekologer ved sykehus

eller poliklinikker som yter all svangerskapsomsorg. Grunnleggende svangerskapsomsorg dekkes av staten, slik at dekningsgraden er høy (88,3 %) (3) og følger anbefalingene til Verdens helseorganisasjon, med minst fire kontroller per graviditet. I de nye anbefalingene anbefaler man åtte kontroller, og det er nå i ferd med å innføres (6).

Hele 99,5 % av alle gravide kvinner fødte i nærvær av kvalifisert personell ved en av landets 102 fødeavdelinger (3). Offisielt rapportert perinatal dødelighet (13,8/1 000) og mødre-dødelighet (36/100 000) (3) er høyere enn forventet i et land som er rangert så høyt som Georgia på indeksen for menneskelig utvikling, og der de fleste kvinner har tilstrekkelig tilgang til helsetjenester under graviditet og fødsel. Dette var grunnen til at Georgias helsemyndigheter i 2014 startet et samarbeid med UNICEF, Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet og Georgias nasjonale senter for sykdomskontroll og folkehelse for å etablere et nasjonalt fødselsregister. Formålet var på sikt å kunne forbedre både mødre- og den perinatale helsen.

Georgias fødselsregister ble åpnet 1. januar 2016 og er det første nasjonale fødselsregisteret som noen gang er blitt opprettet i et utviklingsland. Oppstartsmidlene kom fra UNICEF, mens Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet og Georgias nasjonale senter for sykdomskontroll og folkehelse bidro med teknisk assistanse.

Målet med denne artikkelen er å vurdere kvaliteten på enkelte av registerets variabler og presentere foreløpige resultater fra det første årets drift (2016).

Materiale og metode**Georgias fødselsregister**

Georgias statsborgere får alle tildelt et entydig 11-sifret personnummer, og fødselsregisteret gjør bruk av dette nummeret for å samordne registeret med data fra Justisdepartementets organ for tjenesteutvikling, som er Georgias folkeregister.

Et lokalt georgisk teknologisk selskap (CiTi) utarbeidet hele registersystemet på 12 måneder, og de startet arbeidet i september 2014. Opplæring og utprøving fant sted høsten 2015 i hovedstaden Tbilisi og i flere andre byer. Alle klinikker som tilbyr svangerskapsomsorg, fødselshjelp eller barselomsorg, har tilgang til internett, og data registreres elektronisk. Disse dataene blir oppdatert, eller nye data

tilføyd, ved hver eneste konsultasjon i forbindelse med spontanaborter, svangerskapsavbrudd, svangerskapskontroller og fødsler.

Legene og jordmødrene ved de ulike helseinstitusjonene har ansvaret for å registrere informasjon for samtlige 267 variabler. Variablene inkluderer informasjon om mors sykdomshistorie og svangerskaps-historie, mor og fars levevaner, svangerskapet, fødselen og det nyfødte barnet. Enkelte variabler (n = 40) er påkrevde, f.eks. kvinnenes fødselsdato og estimerte blodtap, mens det er valgfritt å oppgi data for de øvrige variablene, for eksempel yrke eller grunnen til provosert abort. Helseinstitusjonene mottar tilbakebetaling fra myndighetene for hver enkelt kvinne som følger retningslinjene i det antenatale omsorgsprogrammet, men bare dersom fullgod informasjon blir oppført i registeret. Dette kravet ble gjort obligatorisk 1. mai 2016.

Registerkontoret, som er ansvarlig for kvalitetskontroll, har i dag fem heltidsansatte medarbeidere. Georgias fødselsregister genererer fødselsattester automatisk og kan lagre alle medisinske journaler på en integrert elektronisk plattform for e-helse.

Databehandling og etiske hensyn

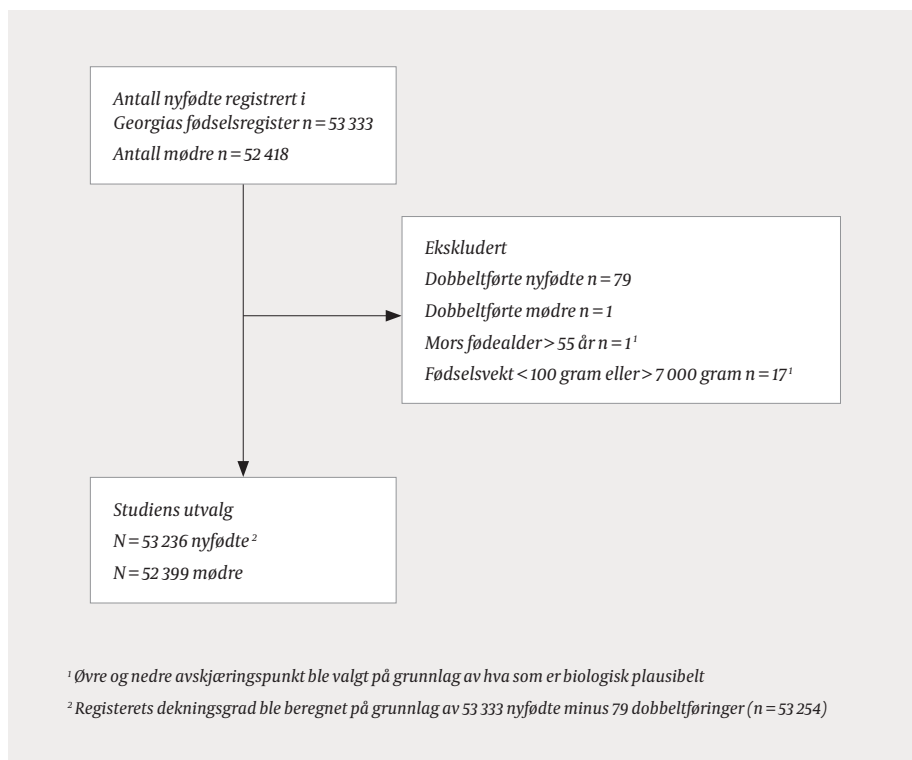
Georgias fødselsregister eies av staten Georgia. Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet har innhentet tillatelse til å bruke registerets data i vitenskapelig øyemed, men har ikke overtatt noe slags eierskap. Alle personlige identifikatorer (navn og personnummer) i det gjeldende datasettet er blitt fjernet, og de enkelte sifrene i personnummeret er blitt skiftet ut med tilfeldig genererte tall. Identifikasjonsnøkkelen er blitt fjernet. Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK Nord) har godkjent bruken av dataene (2017/404/REK Nord).

Studiens utvalg og variabler

Det endelige utvalget besto av 53 236 nyfødte barn og 52 399 kvinner. Figur 1 viser hvilke eksklusjonskriterier som ble brukt.

Informasjon om mors alder, antall fødsler, forholdet mellom enkeltfødsler og flerfødsler, forløsningsmetode, svangerskapsalder, barnets fødselsvekt og kjønn ble hentet ut fra fødselsregisteret. Paritet ble ikke inkludert på grunn av betydelig mangel på data.

Fødselsregisterets dekningsgrad ble anslått ved å sammenligne antallet nyfødte som sto oppført i fødselsregisteret, med antallet nyfødte som sto oppført i folkeregisteret. Manglende informasjon ble beregnet, og det ble forventet 100 % representativitet for alle varia-



Figur 1 Flytdiagram som viser eksklusjonskriteriene for den analytiske delen av studien

bler, for hver enkelt kvinne og hvert enkelt barn.

Svangerskapsalder blir primært rapportert på grunnlag av siste menstruasjon, hvis datoen er kjent, og sekundært på grunnlag av ultralyd. Den perinatale dødeligheten ble beregnet som antallet dødfødsler pluss antallet levendefødte barn som døde innen syv hele døgn/totalt antall nyfødte barn. Antallet perinatale dødsfall ble hentet fra Helsedepartementets data og den medisinske avdelingen ved det nasjonale senteret for sykdomskontroll og folkehelse. Dette var fordi dødsfall som inntraff etter utskrivning fra sykehus ikke ble registrert i Georgias fødselsregister på dette tidspunktet.

Statistisk analyse

Deskriptiv statistikk av kontinuerlige variabler presenteres som gjennomsnittstall med standardavvik. Kategoriske variabler presenteres ved hyppighet og prosentpoeng. Data for mor og barn presenteres i form av rapportert eller manglende svangerskapsalder og forløsningsmetode. Vi brukte statistikkprogrammet R (R Foundation for Statistical Computing, Wien, Østerrike), versjon 3.4.0, for å utarbeide de statistiske analysene.

Resultater

Totalt ble 56 695 fødsler innrapportert til Georgias folkeregister i 2016, mens det totale antallet som ble registrert i landets fødselsregister, var 53 254 (fig 1). Fødselsregisterets dekningsgrad var derfor 93,9 %.

Den prosentvise mangelen på informasjon for de ulike variablene som presenteres i tabell 1, var som følger: mors alder (0 %), barnets kjønn (0,4 %), svangerskapsalder som antall dager (28 %) og fødselsvekt (0,4 %). Det var en betydelig andel manglende verdier for svangerskapsuke (27 %), og vi viser derfor kjennetegn ved mødre og nyfødte (etter både rapportert og manglende svangerskapsalder) i tabell 1, for å være sikre på at de to gruppene er sammenlignbare. I de tilfellene der det manglet informasjon om svangerskapsalder, var det mer sannsynlig at barnet ble forløst vaginalt og hadde litt høyere fødselsvekt enn barn med kjent svangerskapsalder (tab 1). Siden det ikke forelå noen indikasjon på lavere vekt blant barn med manglende verdi for svangerskapsalder brukte vi de samme eksklusjonskriteriene for alle nyfødte barn (fig 1).

Mors gjennomsnittlige alder var 27,2 år (standardavvik 5,8). Totalt var det 51 568

enkeltfødsler og 1 668 flerfødsler. Keisersnittsandelen var 43,5 % av totalt antall fødsler. Av de 53 236 nyfødte barna var 51,4 % gutter og 49,6 % jenter. Det ble registrert 742 perinatale dødsfall i 2016, og den perinatale dødeligheten var derfor 14,8/1 000 nyfødte. Dødfødsler utgjorde 10,5/1 000 av total perinatal dødelighet. Gjennomsnittlig svangerskapsalder var 271,3 dager (standardavvik 14,2). Nyfødte gutter hadde høyere fødselsvekt enn jenter, henholdsvis 3 322 gram (standardavvik 617) og 3 202 gram (standardavvik 583).

Barn som ble forløst med keisersnitt, hadde lavere svangerskapsalder enn de som ble forløst vaginalt (tab 2): 269,1 dager (standardavvik 13,0) sammenlignet med 273,2 (14,9) dager, og lavere fødselsvekt 3 233 gram (standardavvik 625) sammenlignet med 3 284 gram (standardavvik 588).

Diskusjon

Resultatene våre viser at Georgias fødselsregister hadde en dekningsgrad på 93,9 % i sitt første driftsår, sammenlignet med de offisielle tallene som ble innrapportert til Georgias folkeregister.

De første resultatene fra fødselsregisteret viser at den perinatale dødeligheten i Georgia i 2016 var 14,8/1 000, som er noe høyere enn den offisielle dødeligheten på 13,8/1 000 (3). Det er sannsynlig at forklaringen på dette avviket ligger i at fødselsregisteret registrerer antallet barn som fødes i Georgia hvert år, med unntak av hjemmefødsler (-0,5 %), mens folkeregisteret registrerer antallet nyfødte barn med georgisk statsborgerskap. Dette er en situasjon som gjerne kan inntreffe i land som ikke har et velfungerende fødselsregister.

Spedbarn kan etter loven registreres som georgiske statsborgere selv om de ikke er født i Georgia, så lenge én av foreldrene er georgisk statsborger (7). Foreldre velger gjerne å gjøre dette fordi det kan være fordelaktig, for eksempel kan georgiere besøke Schengenområdet uten visum. Dette er en fordel som ingen av de tilstøtende landene har. Følgelig er det sannsynlig at den virkelige perinatale dødeligheten ligger mellom 13,8/1 000 og 14,8/1 000, men nærmest det høyeste tallet.

Keisersnittsandelen i Georgia er 43,5 %, noe som er to til tre ganger høyere enn i Norden, der keisersnittsandelen varierer mellom 15 og 21 % (8). Selv om Verdens helseorganisasjon ikke lenger anbefaler en bestemt keisersnittandel, vil ikke andeler over 10 % være forbundet med en reduksjon i mødredødeligheten og perinatal dødelighet (9). Den høye keisersnittsandelen er en utfordring for myndig-

hetene, fordi keisersnitt er dyrere enn vaginal fødsel, men den høye andelen representerer også en byrde for kvinnene, fordi et keisersnitt predisponerer for forløsning med keisersnitt også ved senere fødsler (8).

Gjennomsnittlig svangerskapsalder i Georgia er 271 dager, noe som er fire dager kortere enn for eksempel i Norge (10). Det er mye mer sannsynlig at barn blir forløst med keisersnitt i Georgia (der gjennomsnittlig svangerskapsalder i keisersnittgruppen bare var 269 dager) enn i Norge, der keisersnittsandelen på 16,1 % i 2016 (11). Hvis alle andre faktorer hadde vært like de to landene imellom, ville disse forskjellene kunnet tilsi at det foreligger en sammenheng mellom en høy keisersnittsandel og lavere svangerskapsalder. Dessverre har vi begrenset mulighet til å kunne hevde dette, både på grunn av studiens tverrsnittdesign og vår manglende tilgang på pålitelige data om klinisk indikasjon for å utføre keisersnitt i Georgia.

Resultatene våre understreker imidlertid at det er behov for å arbeide videre med å finne årsakene til, og konsekvensene av, den høye keisersnittsandelen i Georgia.

Dataene i Georgias fødselsregister er av akseptabel kvalitet og samsvarer med vel etablerte internasjonale funn: Andelen guttebarn er noe høyere enn andelen jentebarn (12), fødselsvekten blant guttebarn er høyere sammenlignet med jentebarn (13), og 7 % av de nyfødte barna hadde fødselsvekt < 2 500 gram (14). Registerets ansatte utfører løpende kvalitetskontroll av data som registreres. I tillegg inneholder systemet flere hundre innebygde kvalitetssikringsfunksjoner, for eksempel akseptabel variasjonsbredde for verdier.

Georgias fødselsregister har bare vært i drift i ett år, og svakheter ved systemet er forventet. Sykehus har meldt at noen ansatte mangler motivasjon til å rapportere informasjon til fødselsregisteret fordi dette blir betraktet som tilleggsarbeid som verken gagnar dem selv eller pasientene. Det er derfor et betydelig antall manglende verdier for noen av de valgfrie variablene, for eksempel paritet og antall fostre. Variablen for fødselsvekt var dessuten inkonsistent, idet et uforholdsmessig antall fødselsvekter var blitt avrundet til nærmeste hundre gram. Ideelt sett burde man bruke Wilcox og Russells metode (eller en tilpasset versjon) (15) for å dobbeltsjekke for sannsynlig fødselsvekt på rutinemessig basis. Georgias fødselsregister innførte flere omfattende oppgraderinger i løpet av mai og juni 2017 og vil også inkludere Wilcox og Russells metode

Tabell 1 Dataverdier for mødre og nyfødte med henholdsvis rapportert og manglende svangerskapsalder fra Georgias fødselsregister i 2016

Mødre	Rapportert svangerskapsalder	Manglende svangerskapsalder
Totalt antall fødekvinne, n	38 270	14 153
Flerfødsler, %		
Nei	98,5	98,1
Ja	1,5	1,9
Forløsningsmetode, %		
Vaginalt	55,7	60,1
Keisersnitt	44,3	39,9
Mors alder (år) ¹ , gjennomsnitt (standardavvik)	27,1 (5,8)	27,4 (5,8)
Mors alder ¹ (år), %		
< 13–19	0,2	8,0
20–24	28,3	26,5
25–29	31,2	31,1
30–34	20,5	21,6
35–39	9,6	10,2
40–44	2,3	2,3
> 45	0,2	0,2
Nyfødte		
Totalt antall nyfødte barn, n	38 839	14 397
Flerfødsler, %		
Nei	97,0	96,5
Ja	3,0	3,6
Forløsningsmetode, %		
Vaginalt	55,3	59,8
Keisersnitt	44,7	40,2
Kjønn, %		
Gutter	51,1	51,0
Jenter	48,8	48,9
Ubestemt	0,1	0,1
Fødselsvekt ² (gram), gjennomsnitt (standardavvik)		
Totalt	3 255 (610)	3 281 (592)
Gutter	3 319 (622)	3 329 (602)
Jenter	3 190 (587)	3 233 (574)
Fødselsvekt ² (gram), %		
< 1000	0,8	0,7
1 000–1 499	0,8	0,6
1 500–2 499	5,6	4,9
2 500–4 499	91,4	92,5
4 500–7 000	1,3	1,3

¹ Antall manglende observasjoner: 159 med rapportert svangerskapsalder og 37 med manglende svangerskapsalder

² Antall manglende observasjoner: 99 med rapportert svangerskapsalder og 127 med manglende svangerskapsalder

Tabell 2 Dataverdier for mødre og nyfødte etter forløsningsmetode, fra Georgias fødselsregister 2016

Mødre	Vaginal forløsning	Manglende data	Keisersnitt	Manglende data	Totalt	Manglende data
Totalt antall fødekvinne	29 820		22 579		52 399	
Flerfødsler, %						
Nei	99,1		97,5		98,4	
Ja	0,9		2,5		1,6	
Mors alder (år), gjennomsnitt (standardavvik)	26,4 (5,5)		28,3 (6,0)		27,2 (5,8)	
Mors alder (år), %						
< 19	9,6		5,9		8,0	
20–24	30,9		23,7		27,8	
25–29	31,9		30,2		31,2	
30–34	19,0		23,1		20,8	
35–39	7,3		13,1		9,8	
40–44	1,3		3,6		2,3	
> 45	0,0		0,3		0,2	
Nyfødte						
Antall nyfødte	30 084		23 152		53 236	
Flerfødsler, %						
Nei	98,2		95,1		96,9	
Ja	1,8		4,9		3,1	
Kjønn, %		126		70		196
Gutter	50,3		52,2		51,4	
Jenter	49,7		47,8		49,6	
Ubestemt	0,0		0,0		0,0	
Svangerskapsalder (dager), gjennomsnitt (standardavvik)	273,2 (14,9)	8 883	269,1 (13,0)	6 004	271,3 (14,2)	14 887
Svangerskapsalder (uker), %		8 603		5 794		14 397
22–31	1,9		1,6		1,7	
32–36	4,6		8,6		6,4	
37–41	93,2		89,5		91,5	
42–45	0,4		0,4		0,4	
Fødselsvekt (gram), gjennomsnitt (standardavvik)		135		91		116
Totalt	3 284 (588)		3 233 (625)		3 262 (605)	
Gutter	3 345 (600)		3 293 (635)		3 322 (617)	
Jenter	3 226 (565)		3 169 (605)		3 202 (583)	
Fødselsvekt (gram), %		135		91		116
100–999	1,0		0,5		0,8	
1 000–1 499	0,6		0,9		0,7	
1 500–2 499	4,0		7,3		5,4	
2 500–4 499	93,5		89,4		91,8	
4 500–7 000	0,9		1,9		1,3	

så snart det foreligger et tilstrekkelig tallgrunnlag.

I løpet av utviklingsperioden oppdaget vi hvor viktig det er å sikre nasjonalt eierskap av det endelige produktet. Georgias fødselsregister har dessuten vært avhengig av et nasjonalt og institusjonelt initiativ som sporet til entusiasme og engasjement blant lokale og nasjonale helsemyndigheter som gjør bruk av registeret til å utarbeide statistikker og innføre kvalitetsforbedringer. Alt dette er forutsetninger for at et system som Georgias fødselsregister skal kunne være bærekraftig, noe som finner solid støtte i serien «Civil registration and vital statistics» som ble publisert i *The Lancet* i 2015 (16).

Konklusjon

I sitt første driftsår oppnådde Georgias fødselsregister en dekningsgrad på 93,9 % av totalt antall nyfødte barn. Utvalgte kjernevariabler viser et rimelig sammenfall med eksisterende kunnskap, men det er likevel behov for forbedring med hensyn til enkelte viktige indikatorer, for eksempel paritet og svangerskapsalder. Det er behov for fokus på den perinatale dødeligheten, som er høyere enn tidligere rapportert, og på den høye keisersnittsandelen.

Finansiering: UNICEF-finansierte opprettelsen av fødselsregisterets datasystem, og helsemyndighetene i Georgia finansierer registerets løpende driftskostnader.

Vi takker viseminister Nino Berdzuli i Arbeids-, helse- og sosialdepartementet, rådgiver for viseministeren, Eka Pestvenidze i Arbeids-, helse- og sosialdepartementet, Maia Kereselidze, Levan Kandelaki og Natalia Qachlishvili ved Georgias fødselsregister, og alle de andre ansatte ved det nasjonale senteret for sykdomskontroll og folkehelse, og dessuten alle helseinstitusjonene for deres tålmodighet og positive holdning.

Denne artikkelen er en del av serien «Global Health in the Era of Agenda 2010», et samarbeid mellom Norad, Senter for global helse ved Universitetet i Oslo og Tidsskrift for Den norske legeforening. Ytringene som publiseres, representerer forfatterens synspunkter.

ERIK EIK ANDA

(f. 1973) er førsteamanuensis i epidemiologi og i global helse.

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

INGVILD HERSOUG NEDBERG

(f. 1980) er forskningsstipendiat innen reproduktiv helse og epidemiologi.

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

CHARLOTTA RYLANDER

(f. 1978) er førsteamanuensis i epidemiologi og i ernæring.

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

AMIRAN GAMKRELIDZE

(f. 1951) er generaldirektør for Georgias nasjonale senter for sykdomskontroll og folkehelse.

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

ALEXANDER TURDZILADZE

(f. 1973) er visedirektør for Georgias nasjonale senter for sykdomskontroll og folkehelse.

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

FINN EGIL SKJELDESTAD

(f. 1950) er professor i epidemiologi og i reproduktiv helse.

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

TAMAR UGULAVA

(f. 1966) er spesialist i mødre- og barnehelse.

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

TORMOD BRENN

(f. 1953) er førsteamanuensis i statistikk.

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

LITTERATUR

- Gissler M, Louhiala P, Hemminki E. Nordic medical birth registers in epidemiological research. *Eur J Epidemiol* 1997; 13: 169–75.
- Folkehelseinstituttet. Medisinsk fødselsregister - Historiske røtter. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/mfr/medisinsk-fodselsregister-historis/> (14.6.2017).
- Gamkrelidze A, Kereselidze M, Tsintsadze M et al. Health care - statistical yearbook 2015 - Georgia. Tbilisi: National centre for disease control and public health, 2016.
- National Statistics Office of Georgia. Statistical yearbook of Georgia. Tbilisi: National Statistics Office of Georgia, 2016.
- United Nations. Human Development Reports - Georgia: United Nations Development Programme 2016. <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/GEO> (7.6.2017).
- World Health Organization. New guidelines on antenatal care for a positive pregnancy experience. <http://www.who.int/reproductivehealth/news/antenatal-care/en/> (7.6.2017).
- State Commission on Migration Issues. Acquisition of georgian citizenship. http://migration.commission.ge/index.php?article_id=165&clang=1 (14.6.2017).
- Pykkönen A, Gissler M, Løkkegaard E et al. Cesarean section trends in the Nordic Countries - a comparative analysis with the Robson classification. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2017; 96: 607–16.
- World Health Organization. WHO Statement on caesarean section rates. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?ua=1 (7.6.2017).
- Folkehelseinstituttet. Medisinsk fødselsregister (MFR) og Abortregisteret. Standardstatistikk. F6: Svangerskapsvarighet: 2016. Folkehelseinstituttet 2017. <http://statistikk.fhi.no/mfr/> (30.10.2017).
- Folkehelseinstituttet. Medisinsk fødselsregister (MFR) og Abortregisteret. Standardstatistikk. F10c-2: Keisersnitt utført. Folkehelseinstituttet 2017. <http://statistikk.fhi.no/mfr/> (30.10.2017).
- Campbell RB, John Graunt, John Arbuthnot, and the human sex ratio. *Hum Biol* 2001; 73: 605–10.
- Kramer MS. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *Bull World Health Organ* 1987; 65: 663–737.
- United Nations Children's Fund. Low birthweight: Country, regional and global estimates. Report. New York, NY: Unicef, 2004.
- Skjærven R, Gjessing HK, Bakketeig LS. Birthweight by gestational age in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79: 440–9.
- AbouZahr C, de Savigny D, Mikkelsen L et al. Civil registration and vital statistics: progress in the data revolution for counting and accountability. *Lancet* 2015; 386: 1373–85.

OLAV MAGNUS FREDHEIM

olav.m.fredheim@ntnu.no

Palliativt senter

Akershus universitetssykehus

Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitetNasjonal kompetansetjeneste for sammensatte
symptomlidelser
St. Olavs hospital

Smertebehandling hos kreftpasienter i legemiddelassistert rehabilitering

Et stadig høyere antall pasienter i legemiddelassistert rehabilitering dør av somatiske sykdommer, inkludert kreftsykdom. I det palliative sykdomsforløpet er særlig smertebehandlingen utfordrende.

Målet er todelt: å oppnå god smertelindring og å unngå iatrogen rus. Jo kortere forventet levetid pasienten har, desto høyere bør god smertelindring prioriteres, selv om det kan innebære iatrogen rus.

Ved utgangen av 2015 var knapt 7 500 pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) (1). Av disse var 22 % fra 51 til 60 år og 3 % fra 61 år og oppover. Dødsstatistikken for pasienter i LAR-behandling for 2015 viste at 53 av 90 dødsfall var på grunn av somatisk sykdom, inkludert kreft. De resterende dødsfallene var overdoser, drap, selvmord og ulykker. Fordi alderen på LAR-pasienter er økende, vil antallet som dør av somatiske sykdommer, også øke. I den nasjonale retningslinjen for LAR-behandling gir man retningslinjer for be-

handlingen, men den inneholder ikke konkrete anbefalinger for behandling av kreftsmerte hos LAR-pasienter (2).

Kunnskapsgrunnlag

Det palliative sykdomsforløpet strekker seg fra påvisning av ikke-kurabel kreftsykdom til død og kan også innebære palliativ eller livsforlengende onkologisk eller kirurgisk behandling.

I en forsk systematisk oversiktsartikkel konkluderte forskere med at det var svært lite kunnskapsgrunnlag fra kliniske studier på hvordan smerte bør lindres hos LAR-pasienter i palliativ fase, men noe dokumentasjon som støtter bruk av metadon til både substitusjonsbehandling og smertelindring (3). Imidlertid presenterte ikke forskerne i artikkelen konkrete råd for bruk av smertestillende legemidler i de ulike fasene av det palliative sykdomsforløpet.

I denne artikkelen supplerer jeg den forskningsbaserte kunnskapen om behandling av smerte hos palliative LAR-pasienter med kunnskap fra akutt- og postoperativ smertebehandling hos pasientgruppen, kunnskap om egen-

skapene til de ulike opioidene som brukes i LAR-behandling, generell kunnskap om smertelindring til palliative pasienter og personlig erfaring. Utvalget av artikler om generell smertebehandling til palliative pasienter og om lindring av andre typer smerte hos LAR-pasienter er basert på kjennskap til litteraturen og ikke-systematiske litteratursøk.

Metadon og buprenorfin

Metadon og buprenorfin er de to legemidlene som i Norge brukes til substitusjonsbehandling i LAR-behandling, og buprenorfin er anbefalt som førstevalg (2). Metadon er et syntetisk opioid som hovedsakelig brukes i LAR-behandling, men i noen grad også i smertebehandling. Metadon har en uforutsigbar og variabel farmakokinetikk. Halveringstiden er vanligvis 6 til 65 timer og oral biotilgjengelighet ofte 70–80 %, men den kan være betydelig lavere hos enkelte pasienter (4). Disse forholdene gjør både dosering og konvertering mellom ulike administrasjonsformer av metadon og til/fra andre opioider komplisert.

Vanlig dosering i LAR-behandling er 80 til

Tabell 1 Anbefalinger for smertebehandlingen i ulike faser av det palliative sykdomsforløpet

Sykdomsfase	Smertebehandling
Kirurgisk behandling	Vurdere å konvertere substitusjonsbehandling fra buprenorfin til metadon dersom forventet behov for opioider mot smerte. Vanlig multimodal behandling med paracetamol, NSAID-preparater, glukokortikoider og lokalanestesi i operasjonssåret. Lavere terskel for epidural og perifere nerveblokader enn hos andre pasienter. Morfininjeksjon ved behov.
Progredierende kreftsykdom	Konvertere substitusjonsbehandling fra buprenorfin til metadon. Paracetamol. Øke døgndose med metadon. Vurdere indikasjon for koanalgetika mot nevropatisk smerte. Oralt morfin eller oksykodon mot gjennombruddssmerte, eventuelt nasalt fentanyl.
Sterke smerter og lite effekt av orale opioider	Lavere terskel for intratekalt smertekateter eller blokade av plexus coeliacus enn hos andre pasienter. Eventuelt overgang fra oralt metadon til morfin på subkutan eller intravenøs smertepumpe med basisinfusjon og mulighet for bolus.
Terminalfase	Subkutane enkeltinjeksjoner av morfin 10–20 mg (unntaksvis 40 mg) titreres til effekt. Eventuelt oppstart av smertepumpe med basisinfusjon og bolusdoser ved langvarig terminalfase.

120 mg metadon som mikstur en gang i døgnet (1). Ved bruk av metadon i smertebehandling er det vanligvis nødvendig å dele døgndosen på 2–4 doser (5). Data på konverteringsratioer mellom metadon og morfin finnes i hovedsak fra to typer studier: administrasjon av enkeltdoser ved akutt smerte og fra studier av konvertering fra andre opioider til metadon under langvarig opioidbehandling.

Mens intravenøst morfin og metadon angis å være omtrent like potent ved dosering av enkeltdoser, er bildet et annet ved langtids-dosering. På grunn av den lange halveringstiden til metadon vil man, når man er i farmakologisk likevekt etter gjentatt dosering, få høyere effekt av metadon enn samme døgndose morfin. I studier av konvertering fra langvarig behandling med morfin til metadon, synes konverteringsratioen å være avhengig av opioiddosen pasienten har brukt frem til konverteringen til metadon, og det angis faktorer fra 1:4 til 1:12 (6). Imidlertid foreligger det ikke data på konvertering fra langtids metadonbehandling til morfin. Metadon metaboliseres via CYP 3A4 og har en rekke interaksjoner, blant annet med mange anti-biotika og antipsykotika (7).

Buprenorfin brukes i LAR-behandling som sublingualtabletter i to ulike varianter, enten alene eller sammen med nalokson. Vanlig dosering er 8 til 24 mg én gang i døgnet (1). Buprenorfin har en høy reseptoraffinitet og dessuten partiell antagonistisk effekt på opioidreseptorene. Kort tid etter inntak av høye doser buprenorfin er det bundet buprenorfin til en høy andel av opioidreseptorer (8). Derfor er det vanskelig å vite hvilke doser pasienten behøver dersom man under substitusjonsbehandling med buprenorfin skal gi et annet opioid mot smerte. Basert på klinisk

erfaring vil man i enkelte tilfeller ikke få smertelindrende effekt av å gi andre opioider til pasienter som får substitusjonsbehandling med buprenorfin. Trolig skyldes dette at alle opioidreseptorene i praksis er okkupert av buprenorfin. Faren for å blokkere effekten av andre opioider er antakelig doseavhengig, og ifølge en nyere Cochrane-oppsummering er buprenorfin ikke blant førstevalgene for lindring av kreftsmerte (9). Derfor vil en føre var-tilnærming innebære ikke å bruke buprenorfin til smertelindring hos LAR-pasienter med kreft, og å konvertere substitusjonsbehandlingen fra buprenorfin til metadon tidlig i det palliative forløpet. I den videre drøftingen forutsettes konvertering fra buprenorfin når den palliative pasienten får eller forventes å få smerte. Slik konvertering må gjøres i samarbeid med LAR-tjenesten.

I spesielle tilfeller med kontraindikasjoner mot metadon eller buprenorfin, problemer med interaksjoner eller dersom man forventer en rask progrediering av sykdommen, kan det være aktuelt å konvertere både substitusjons- og smertebehandlingen til morfin, eventuelt oksykodon, allerede tidlig i det palliative forløpet.

Smertevurdering

Smerter hos den palliative pasienten må alltid vurderes helhetlig, der man vektlegger både den somatiske, sosiale, psykiske og åndelig/eksistensielle smerten. I samtale med pasienten om smertebehandlingen er det viktig å formidle at målet med smertebehandlingen ikke er smertefrihet, men å oppnå en god lindring.

Det er viktig å skille mellom nyoppståtte

smerter knyttet til kreftsykdommen, og smerter som er uavhengige av kreftsykdommen. Det kan da være til hjelp å markere smertene på et kroppskart og systematisk vurdere hver av smertene. Smerter som ikke skyldes kreftsykdommen, bør frem til de siste leveukene behandles etter vanlige prinsipper for langvarig, ikke-malign smerte, hovedsakelig med ikke-medikamentelle tiltak med søkelys på smertemestring.

Smertebehandling ved kirurgi

Som vist i tabell 1 er hjørnesteinen i postoperativ smertebehandling hos LAR-pasienter, som hos andre, multimodal smertebehandling med paracetamol, ikke-steroid anti-inflammatoriske legemidler (NSAID), glukokortikoider og lokalanestesi i operasjonssåret dersom det ikke er kontraindikasjoner (10).

Hvis pasienten bruker buprenorfin til substitusjonsbehandling, bør man vurdere å konvertere til metadon. Dersom ikke-opioide systemiske analgetika er utilstrekkelige, bør man postoperativt ha lav terskel for å bruke perifere nerveblokader eller epidural smertebehandling til LAR-pasienter. I tillegg til basis-smertelindringen bør LAR-pasienter – i likhet med andre pasienter som er inneliggende etter større kirurgiske inngrep – få injeksjoner av opioider ved behov de første døgnene.

Etter keisersnitt er det vist at LAR-pasienter behøver omtrent 70 % høyere dose morfin mot postoperativ smerte enn andre pasienter (11). Derfor må det forordnes høyere ved behov-doser enn hos andre pasienter. Uansett type smertebehandling er det viktig at pasienten får substitusjonsdose av opioid gjennom hele det perioperative forløpet. Ved

opioidkrevende smerter ved utskrivning kan døgndosen metadon økes med 20–30 %. I samarbeid med LAR-tjenesten må det lages en konkret plan for nedtrapping.

Smertebehandling under progredierende kreftsykdom

De fleste pasienter med progredierende kreftsykdom opplever smerter fra sykdommen (12). Som hos andre kreftpasienter, bør man hos LAR-pasienter utnytte ikke-opioide analgetika som paracetamol og NSAID-preparater ved milde til moderate smerter (tab 1). Dersom det er kliniske holdepunkter for en vesentlig nevropatisk komponent, bør man supplere med gabapentinoider og trisykliske antidepressiver (TCA).

Kodeinpreparater forskrives hyppig for smertelindring av LAR-pasienter (13), men de er for svake til å gi effektiv smertelindring og bør derfor ikke brukes. Ved kreftsmerte som ikke lindres tilstrekkelig med ikke-opioide analgetika, bør man derfor hos LAR-pasienter gå direkte til bruk av sterke opioider. Ved moderate til sterke smerter som ikke lindres av ikke-opioide, bør døgndosen av metadon økes, i første omgang med 20 til 30 %, og deretter titreres til bakgrunnssmerten er godt lindret. Dersom pasienten har hatt noe lindring av ikke-opioide analgetika, er det rimelig å anta at disse vil ha en opioidsparende effekt, og de bør da kontinueres ved oppstart av opioidbehandling mot kreftsmerten.

De fleste pasienter opplever også gjennombruddssmerter. En studie har vist at metadon på grunn av kort anslagstid kan brukes mot gjennombruddssmerter (14), men på grunn av den lange halveringstiden som fører til akkumulasjon, er ikke metadon egnet mot gjennombruddssmerter som oppstår flere ganger daglig. Hovedalternativene ved gjennombruddssmerter er hurtigvirkende morfin eller oksykodon som tablett/kapsler/mikstur, eller fentanyl neseppray. Basert på data fra postoperativ smertebehandling (11) bør oppstartsdosen være det dobbelte av hos andre kreftpasienter, og dosen må deretter titreres videre til effekt.

Erfaringsmessig kan det være vanskeligere å oppnå tilfredsstillende smertebehandling med opioider for LAR-pasienter enn for andre pasientgrupper. Det bør derfor være lav terskel for å benytte teknikker for invasiv smertebehandling, særlig i form av nevrolytisk blo-

kade av plexus coeliacus ved kreft i bukspyttkjertel eller lever, eller tunnelert langtids intratekalkateter med opioid og lokalanestesiemiddel (tab 1). Som hos andre pasientgrupper må det vurderes om palliativ stråling kan gi smertelindring.

Dersom pasientens smerter ikke kan lindres tilstrekkelig med perorale analgetika til tross for opptrapping av opioider, vil det være aktuelt å konvertere behandlingen til subkutan eller intravenøs smertepumpe, vanligvis med morfin. Smertepumpe kan brukes både hjemme og i sykehjem. I denne situasjonen er det erfaringsmessig hensiktsmessig at også substitusjonsdosen konverteres til morfin, slik at både substitusjonsbehandling og smertebehandling gis som kombinasjon av kontinuerlig infusjon og pasientstyrte bolusdoser fra smertepumpen. Ved forventet levetid utover noen måneder, bør man – for å unngå at iatrogen rus skaper problemer for pasienten – vurdere de invasive teknikkene før man starter med intravenøs eller subkutan smertepumpe.

Smertebehandling i terminalfase

De siste levedagene vil pasienter vanligvis ikke kunne ta til seg perorale medikamenter. Dersom pasienten har brukt metadon frem til terminalfasen, vil metadon på grunn av sin lange halveringstid bli eliminert sakte. Det finnes en rekke teoretiske alternativer for administrasjon av opioider i denne fasen, men alle har sine ulemper. Metadon mikstur kan gis rektalt i samme doser som oralt, men virker lokalirriterende, og gjentatt dosering er derfor vanskelig. Fentanyl kan gis transdermalt fra depotplaster, men transdermalt opp-tak er ofte redusert og uforutsigbart hos kakektiske kreftpasienter (15).

De fleste opioider, inkludert metadon, kan gis som intravenøse injeksjoner, men det er erfaringsmessig ofte vanskelig å etablere perifer venetilgang på pasienter som tidligere har injisert rusmidler. Metadon kan administreres subkutan som injeksjoner eller infusjon (tab 1), men vil ofte være lokalirriterende over tid. Morfin og oksykodon kan gis som subkutan injeksjoner, men det er vanskelig å beregne ekvipotent dose til metadondosen. Subkutan administrasjon av morfin vil erfaringsmessig være det enkleste alternativet dersom pasienten ikke har fått etablert en

permanent sentral venetilgang. Fordi det er uforutsigbart hvilken morfinsdose pasienten behøver, må man titrere til effekt. De første dosene bør være på 10 mg, og ny dose gis etter 15–20 minutter. Dersom gjentatte doser på 10 mg kun har hatt liten effekt, bør man øke ved behov-dosen til 20 mg og titrere videre. Enkelte pasienter vil trenge ved behov-doser på 40 mg. Etter at morfin er titrert til effekt, bør man fortløpende og minimum med to timers intervaller vurdere behovet for ytterligere doser. Dersom terminalfasen trekker i langdrag, kan man, når man har inntrykk av hvilken døgndose pasienten behøver (ofte etter et halvt til to døgn), konvertere behandlingen til en smertepumpe med kombinasjon av kontinuerlig infusjon og bolusdoser.

Fordi metadon elimineres over flere dager, vil det ofte være behov for å titrere opp morfinsdosene over flere dager. Dersom det er vanskelig å lindre pasienten til tross for titrering av morfin, bør man vurdere om pasienten også plages av andre symptomer. Man kan da forsøke å supplere med midazolam i doser på 1–2 mg injeksjon ved behov for å dempe angst og uro, eventuelt haloperidol i doser på 0,5–1 mg injeksjon mot delir. Dersom man, tross titrering av opioider og lindring av angst/uro/delir, ikke kommer i mål med smertelindringen, kan man vurdere å supplere med lavdose infusjon med ketamin (1–2 mg/kg/døgn av racemisk blanding) for smertelindring.

Jo lenger ut i det palliative forløpet pasienten er, desto mer taler for at man heller skal være raus enn restriktiv med opioider dersom man er i tvil. Man må i hele det palliative forløpet huske at LAR-pasientene ikke har noen analgetisk effekt av substitusjonsdosen og at de har utviklet toleranse. Derfor vil smertebehandling hos LAR-pasienter alltid kreve høyere opioiddoser enn hos andre pasientgrupper.

Mottatt 21.2.2017, første revisjon innsendt 25.6.2017, godkjent 13.11.2017.

OLAV MAGNUS FREDHEIM

(f. 1979) er spesialist i anesthesiologi, overlege ved Palliativt senter, Akershus universitetssykehus, og professor i anesthesiologi/smertemedisin ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og Nasjonal kompetansetjeneste for sammensatte symptomlidelser. Han er også professorkompetent i rus- og avhengighetsmedisin. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Waal H, Bussesund K, Clausen T et al. Statusrapport 2015. Mot grensene for vekst og nytte. SERAF rapport 1/2016. Oslo: SERAF, 2016.
- 2 Nasjonal retningslinje for legemiddlassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Oslo: Helse direktoratet, 2010.
- 3 Taveros MC, Chuang EJ. Pain management strategies for patients on methadone maintenance therapy: a systematic review of the literature. *BMJ Support Palliat Care* 2016; *bmjpcare-2016-001126*.
- 4 Eap CB, Buclin T, Baumann P. Interindividual variability of the clinical pharmacokinetics of methadone: implications for the treatment of opioid dependence. *Clin Pharmacokinet* 2002; *41*: 1153–93.
- 5 Fredheim OM, Moksnes K, Borchgrevink PC et al. Clinical pharmacology of methadone for pain. *Acta Anaesthesiol Scand* 2008; *52*: 879–89.
- 6 Moksnes K, Dale O, Rosland JH et al. How to switch from morphine or oxycodone to methadone in cancer patients? a randomised clinical phase II trial. *Eur J Cancer* 2011; *47*: 2463–70.
- 7 Ferrari A, Coccia CP, Bertolini A et al. Methadone-metabolism, pharmacokinetics and interactions. *Pharmacol Res* 2004; *50*: 551–9.
- 8 Greenwald MK, Comer SD, Fiellin DA. Buprenorphine maintenance and mu-opioid receptor availability in the treatment of opioid use disorder: implications for clinical use and policy. *Drug Alcohol Depend* 2014; *144*: 1–11.
- 9 Schmidt-Hansen M, Bromham N, Taubert M et al. Buprenorphine for treating cancer pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; *3* CD009596.
- 10 Fredheim OM, Nøstdahl T, Nordstrand B et al. Behandling av akutte smerter under legemiddlassistert rehabilitering. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2010; *130*: 738–40.
- 11 Meyer M, Wagner K, Benvenuto A et al. Intrapartum and postpartum analgesia for women maintained on methadone during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2007; *110*: 261–6.
- 12 van den Beuken-van Everdingen MH, Hochstenbach LM, Joosten EA et al. Update on prevalence of pain in patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Pain Symptom Manage* 2016; *51*: 1070–1090.e9.
- 13 Fredheim OM, Borchgrevink PC, Nordstrand B et al. Prescription of analgesics to patients in opioid maintenance therapy: a pharmacoepidemiological study. *Drug Alcohol Depend* 2011; *116*: 158–62.
- 14 Fisher K, Stiles C, Hagen NA. Characterization of the early pharmacodynamic profile of oral methadone for cancer-related breakthrough pain: a pilot study. *J Pain Symptom Manage* 2004; *28*: 619–25.
- 15 Heiskanen T, Mätzke S, Haakana S et al. Transdermal fentanyl in cachectic cancer patients. *Pain* 2009; *144*: 218–22.



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.

SIRI NORDTVEIT

siri.nordtveit@so-hf.no
Medisinsk klinikk
Sykehuset Østfold

TØRI VIGELAND LERUM

Medisinsk klinikk
Sykehuset Østfold

WALEED GHANIMA

Medisinsk klinikk
Sykehuset Østfold
Avdeling for kreftsykdommer
Sykehuset Østfold
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Oslo

SIGBJØRN BERENTSEN

Seksjon for forskning og innovasjon
Haugesund sjukehus

En mann i 50-årene med feber og anemi

Infeksjon med samtidig anemi er en vanlig problemstilling. Vi presenterer her en pasienthistorie der anemien viste seg å være en sjelden komplikasjon til en vanlig tilstand. Dette fikk vesentlig betydning for den videre behandlingen.

En mann i slutten av 50-årene med levaxinsubstituert hypotyreose ble innlagt i indremedisinsk avdeling etter en måneds sykehistorie med nedsett allmenntilstand, hoste og intermitterende feber. De siste dagene før innkomst var han blitt tiltagende slapp og hadde spist og drukket lite. Han bodde i en døgnbemannet omsorgsbolig. Innleggelsesdagen hadde personalet funnet ham liggende på baderomsgulvet. Han var da våken, men ute av stand til å reise seg på egen hånd. Da de forsøkte å hjelpe ham opp i stående stilling, besvimte han.

Ved innkomst var han blek og slapp, men våken. Han kunne ikke gjøre rede for sin sykehistorie, og de rundt pasienten opplevde ham som klart endret sammenlignet med hans vanlige tilstand. Ved klinisk undersøkelse var blodtrykket

100/70 mm Hg, pulsen regelmessig på 85 slag/min, temperaturen målt i øret var 37,9 °C, respirasjonsfrekvensen 24/min og perifer oksygenmetning 95 % med 2 l oksygen på brillekateter. Det var ingen patologiske funn ved klinisk organstatus.

Blodprøver viste C-reaktivt protein (CRP) 289 mg/l (< 6 mg/l), kreatinin 138 µmol/l (60–105 µmol/l), eGFR 45 ml/min/1,73 m² (> 60 ml/min/1,73 m²), totalbilirubin 57 µmol/l (5–25 µmol/l), haptoglobin 0,1 g/l (0,5–2,1 g/l), laktatdehydrogenase (LD) 632 U/l (> 205 U/l) og transaminaser i referanseområdet.

Hematologiske analyser ble ikke besvart grunnet agglutinasjon. Arteriell blodgass med 2 l oksygen på brillekateter viste lettgradig metabolsk alkalose med pH 7,49 (7,36–7,44), pCO₂ 5,24 kPa (4,7–6,0 kPa), pO₂ 9,85 kPa (11,3–14,0 kPa), HCO₃ 29,2 mmol/l (22,0–26,0 mmol/l), baseoverskudd 5,9 (–3,0–3,0). Hemoglobinnivå målt ved blodgassundersøkelsen var 6,5 g/100 ml (11,5–16,5 g/100 ml). En tilfeldig hemoglobinmåling tre måneder før innleggelsen hadde vist 14,5 g/100 ml. Røntgen thorax viste fortetning i tilslutning til hilus venstre side og høyre overlapp. Hemofec i avføring var negativ.

Sykehistorie, forhøyede infeksjonsprøver og funn på røntgen thorax ga mistanke om pneumoni, men hemoglobinverdien var lavere enn

ventet ved infeksjonsanemi. Pasienten var sirkulatorisk stabil, og man forventet svar på flere laboratorieprøver.

Laboratoriet rapporterte om sterk kuldeagglutineringsreaksjon i EDTA-blod. Det ble tatt nye blodprøver på varme glass. Hemoglobinnivået var da 7,4 g/100 ml, leukocytter 24,9 · 10⁹/l (3,5–11,0 · 10⁹/l) og trombocytter 548 · 10⁹/l (150–450 · 10⁹/l).

Grunnet kraftig celleaggregasjon var det ikke mulig å undersøke erytrocyttindekser, retikulocytter eller gjøre differensialtelling av leukocytter. Mikroskopi av blodutstryk viste aggregerte erytrocytter, polykromasi, anisocytose, en del mikrosfærocytter og leukocytose, men ikke umodne celler (fig 1). Urinstiks ga utslag på blod og protein.

Laboratoriefunnene – lavt hemoglobinnivå, betydelig forhøyet laktatdehydrogenase og totalbilirubin samt patologisk lavt haptoglobin – ga sterk mistanke om hemolytisk anemi. Anisocytose, polykromasi og mikrosfærocytter i blodutstryket støttet mistanken ytterligere. Erytrocyttaggregater ved mikroskopi og makroskopisk agglutineringsreaksjon i blodprøven indikerte autoimmun hemolytisk anemi av kuldeantistofftype. Antistoffene som forårsaker agglutineringsreaksjonen kalles også kuldeagglutiner.

Funn av «blod» (hemoglobin) på urinstiks betyr ikke nødvendigvis hematuri. Det kan skyldes hemoglobinuri, som kan ha foreligget hos denne pasienten på grunn av intravaskulær hemolyse. Differensialdiagnostikken kan avklares ved urinmikroskopi, noe som dessverre ikke ble gjort. Mulighet for lymfom ble vurdert, men sykehistorien kunne også være forenlig med infeksjon. CRP-nivå og røntgenfunn passet bedre med sistnevnte mulighet.

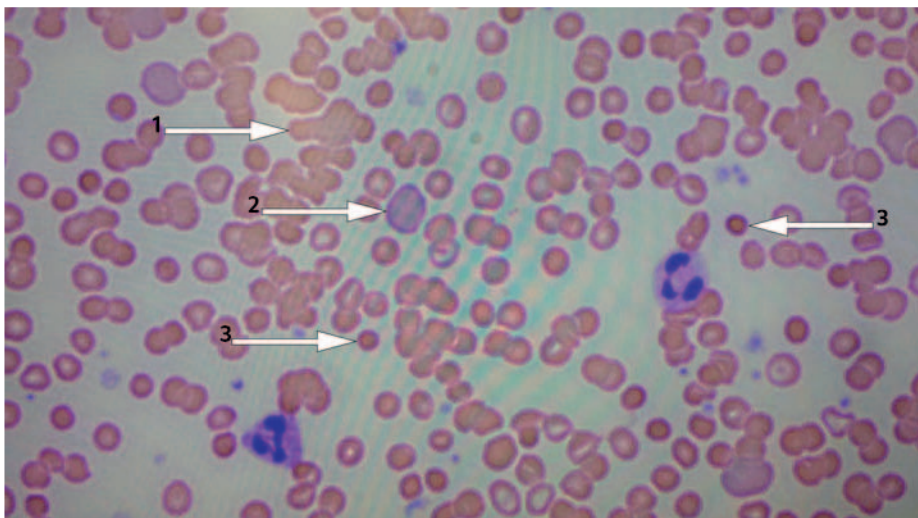
Blodkulturer, nasopharynx- og urinprøve ble tatt på mistanke om pneumoni. Pasienten oppfylte tre av tre q-SOFA-kriterier (quick-Sepsis Related Organ Failure Assessment) med respirasjonsfrekvens $> 22/\text{min}$, endret bevissthetsnivå og systolisk blodtrykk $\leq 100 \text{ mm Hg}$. Det ble startet med cefotaksim grunnet lettgradig nyresvikt, men etter én dose ble det byttet til erytromycin, da man ble oppmerksom på assosiasjonen mellom kuldeagglutininassosiert hemolytisk anemi og *Mycoplasma pneumoniae*-pneumoni.

Da pasienten klinisk var stabil, valgte man å vente med blodtransfusjon til dagtid. Hematolog vurderte pasienten dagen etter innkomst og støttet diagnosen sannsynlig infeksjonsutløst autoimmun hemolytisk anemi (AIHA) med kuldeagglutininer. Pasienten ble transfundert over to dager med fire enheter SAG-erytrocytter gitt på blodvarmer. Det resulterte i stigende hemoglobinivå – fra 6,9 g/100 ml til 10,0 g/100 ml.

Polymerasekjedereaksjonsundersøkelse (PCR) av nasopharynxsekret var positiv for *M. pneumoniae*-DNA. Serologiske analyser viste klart forhøyet antistofftiter mot *M. pneumoniae*, med IgG-antistoff på 595 enheter (positiv > 45 enheter) og IgM-antistoff på 4,56 signal/cut-off (S/CO)-ratio (positiv $> 2,0$ S/CO-ratio), forenlig med akutt infeksjon. Det ble påvist IgG-antistoff mot *Chlamydia pneumoniae*, cytomegalovirus og Epstein-Barr-virus, men ikke IgM-antistoff. Det var ikke vekst i blodkultur. PCR-undersøkelser for *C. pneumoniae*, influensavirus, parainfluenzavirus, adenovirus, RS-virus og humant metapneumovirus var negative.

Det ble utført direkte antiglobulintest (DAT, tidligere kalt direkte Coombs' test). Polyspesifikk («enkel») direkte antiglobulintest var positiv. Monospesifikk («utvidet») direkte antiglobulintest var positiv på C3d og IgG. For å utelukke malignitet, for eksempel lymfom, ble det tatt CT collum, thorax, abdomen og bekken, som kun viste fortettinger i begge lunger, forenlig med infeksjon (fig 2).

Positiv polyspesifikk direkte antiglobulintest bekreftet at hemolysen var autoimmunt betinget. Mønsteret ved monospesifikk direkte antiglobulintest med sterk positivitet på kom-



Figur 1 Utstryk av perifert blod som viser agglutinerings (merket 1), anisocytose (merket 2), polykromasi (merket 2) og innslag av mikrosfærocytter (merket 3)

plementprotein C3d styrket mistanken om at den autoimmune hemolytiske anemien var komplementmediert og mest sannsynlig aktivert av IgM-antistoff. Det typiske DAT-mønsteret ved kuldeantistofftypen er positivitet for bare C3d (1-3). Laboratoriet anførte imidlertid mulig falskt positiv reaksjon for IgG på grunn av sterk kuldeantistoffreaksjon.

I en studie med pasienter med kuldeagglutinin sykdom ble det funnet positivitet også for

IgG hos inntil 20 % (2). En nyttig bekreftende undersøkelse ville ha vært bestemmelse av kuldeagglutinin titer, men det ble ikke utført på dette tidspunktet. De infeksjonsmedisinske undersøkelsene sannsynliggjorde at den kuldeagglutininmedierte hemolytiske anemien var sekundær til en *M. pneumoniae*-pneumoni.

Pasienten fikk totalt 12 dager intravenøs behandling med erytromycin, initialt med fin CRP-



Figur 2 CT thorax, transversalplan, hvor man i høyre overlapp ser en konsolidert fortetting med mattglassforandringer i periferien

respons. CRP-nivået steg på nytt åttende dag etter innkomst.

Pasienten var vedvarende slapp og hadde spisevegring. Han fikk derfor 15 dager cefotaksim-behandling grunnet mistanke om nosokomial infeksjon, og man var engstelig for at en super-infeksjon kunne forverre en autoimmun hemolytisk anemi.

Retrospektivt kan man diskutere hvorvidt det var nødvendig med langvarig behandling med bredspektret antibiotikum på dette grunnlaget. Pasienten hadde ikke nye infeksjonssymptomer eller klinisk forverring.

Det ble ikke sikret nye dyrkningsprøver eller utført ny bildediagnostikk. Mistanken om nosokomial infeksjon ble således ikke bekreftet.

Grunnet slapphet og spisevegring som tilleggs-moment fikk pasienten ytterligere to enheter SAG-erytrocytter ni dager etter innkomst, på tross av hemoglobinstigning til 8,0 g/100 ml. Hemoglobin-verdien steg til 11,4 g/100 ml etter transfusjonen.

Fra tiende dag av sykehusoppholdet var haptoglobinnivået igjen målbart og totalbilirubin-nivået i normalområdet. Laktatdehydrogenase var vedvarende forhøyet, men fallende. Etter dette steg hemoglobinnivået spontant uten ytterligere transfusjoner. I løpet av den tre uker lange sykehussinnleggelsen fikk pasienten altså totalt seks enheter SAG-erytrocytter.

Fravær av klinisk transfusjonsreaksjon og god hemoglobinstigning viste at pasienten tolererte og nyttiggjorde seg av transfusjonene. Ved transfusjon til pasienter med autoimmun hemolytisk anemi må det utvises varsomhet. Det kreves klinisk erfaring med problemstillingen, godt samarbeid med blodbank og sykepleiere og at man følger spesifikke forholdsregler (4).

Ramme 1 Klassifisering av autoimmun hemolytisk anemi (1)

Varmeantistofftype
Primær
Sekundær
Kuldeantistofftype
Primær kronisk kuldeagglutinin sykdom
Sekundært kuldeagglutinin syndrom
– Assosiert med malign sykdom
– Akutt infeksjon
Paroksysmal kuldehemoglobinuri
Blandet type

Ved autoimmun hemolytisk anemi av kuldeantistofftype er disse forholdsreglene annerledes enn ved varmeantistofftypen. Ved kuldeantistofftypen er det ofte nødvendig å utføre pretransfusjonsscreening og forlikelighetstest ved 37 °C, slik som hos vår pasient. Det er også viktig å holde pasienten varm under transfusjonen, man må bruke blodvarmer og unngå infusjon i kald ekstremitet (1, 4).

Ved utskrivning 21 dager etter innkomst var hemoglobinnivået 13,2 g/100 ml. Nivået av haptoglobin, laktatdehydrogenase og totalbilirubin var normalisert. Kontrollserologisk undersøkelse en uke etter utskrivning viste uendrede titer mot *M. pneumoniae*.

Fire uker etter utskrivning ble det utført kuldeagglutinintitrering, som viste titer på 64 (referanseområde 0–32). Pasienten var da i god allmenntilstand, hemoglobinnivået var 13,2 g/100 ml og hemolyseprøvene var fortsatt normale, med laktatdehydrogenase 201 U/l, totalbilirubin 5 µmol/l og haptoglobin 1,6 g/l.

Diskusjon

Denne kasuistikken beskriver en sjelden komplikasjon til *M. pneumoniae*-infeksjon. Når man påviser anemi, skal man alltid lete etter årsaken. I dette tilfellet dreide det seg om autoimmun hemolytisk anemi, hvor autoantistoffer av kuldeantistofftypen binder seg til erytrocyttens overflate og forårsaker hemolyse. Autoimmun hemolytisk anemi kan klassifiseres som vist i ramme 1 (1).

Vår kasuistikk er et eksempel på kuldeantistofftypen, som utgjør ca. 25 % av alle typene av autoimmun hemolytisk anemi (1, 3). Kuldeagglutinin fører til agglutinerings av erytrocytter ved lav temperatur (temperaturoptimum 3–4 °C), men det kan også skje ved høyere temperaturer, avhengig av den termale amplituden. Denne defineres som den høyeste temperaturen der antigen-antistoffreaksjonen kan finne sted. Kuldeagglutinin er nesten alltid IgM-antistoffer, men en svært sjelden gang av IgG- eller IgA-klasse (2).

Kuldeagglutinin kan forekomme hos friske mennesker (1, 2). Slike kuldeagglutinin har lav termal amplitude og forårsaker ikke hemolyse (5, 6). Dersom den termale amplituden er høy nok, kan antigen-antistoffreaksjonen inntre ved fysiologisk kroppstemperatur eller normal avkjøling av blodet i

perifere kroppsdelar – kuldeagglutininene er da patogene (1, 4).

Kuldeagglutininene binder seg oftest til antigener innen I/i-blodgruppesystemet, som finnes på erytrocyttens overflate hos nesten alle mennesker. Bindingen skjer i perifer sirkulasjon, hvor temperaturen er tilstrekkelig lav til å initiere agglutinerings. Hemolysen er komplementmediert.

Antigen-antistoff-komplekset (IgM bundet til I eller i) binder komplementprotein-kompleks C1 på erytrocyttoverflaten. Via aktivering av den klassiske komplementreaksjonsveien dannes store mengder komplementprotein C3b på celloverflaten. Den påfølgende hemolysen skjer først og fremst via fagocytose av C3b-opsoniserte erytrocytter i det mononukleære fagocyttsystem (tidligere kalt retikulendoteliale system) i leveren (ekstravasal hemolyse). I mindre utstrekning kan erytrocytter også hemolyseres intravasalt via terminal komplementaktivering (1, 4).

Ved funn av hemolytisk anemi bør man kartlegge om denne er av autoimmun genese ved hjelp av direkte antiglobulintest. Ofte bruker man først et polyspesifikt reagens, deretter går man videre med monospesifikke reagenser for bestemmelse av immunoglobulin-klasse og/eller komplementprotein på erytrocyttens overflate.

Ved kuldeantistofftypen er monospesifikk direkte antiglobulintest positiv for C3d, som er et produkt av aktivering av den klassiske komplementreaksjonsveien (1, 4). Ved autoimmun hemolytisk anemi forårsaket av kuldeagglutinin er kuldeagglutinintiteret minst 64, men som oftest mye høyere (1–3). Anamnese, kliniske funn og enkle supplerende undersøkelser er som regel tilstrekkelig for å skille mellom primær kuldeagglutinin sykdom og sekundære kuldeagglutinin syndromer (1).

Det foreligger ingen norske eller internasjonale retningslinjer for utredning av autoimmun hemolytisk anemi, men en oversikts-artikkel som tidligere er publisert i Tidsskriftet, gir god veiledning (4). En diagnostisk algoritme for kuldeantistofftypen er vist i figur 3 (1).

Primært kronisk kuldeagglutinin sykdom skiller seg fra sekundære kuldeagglutinin syndromer ved at det er en klonal, lymfoproliferativ benmargssykdom, der kuldeagglutininene er monoklonale og har spesifisitet for I-antigenet (1). Denne sykdommen omtales ikke nærmere her.

Sekundært kuldeagglutinin syndrom forekommer sjeldnere enn den primære sykdom-

men og oppstår som følge av malignitet (særlig aggressive lymfomer) eller spesifikke infeksjoner, oftest *M. pneumoniae*- eller Epstein-Barr-virusinfeksjoner, i sjeldne tilfeller andre infeksjoner. Ved *M. pneumoniae*-infeksjon er kuldeagglutininene polyklonalt og har spesifisitet mot I-antigenet, mens man ved Epstein-Barr-virusinfeksjon finner polyklonalt kuldeagglutinin med spesifisitet mot i-antigenet (3, 4).

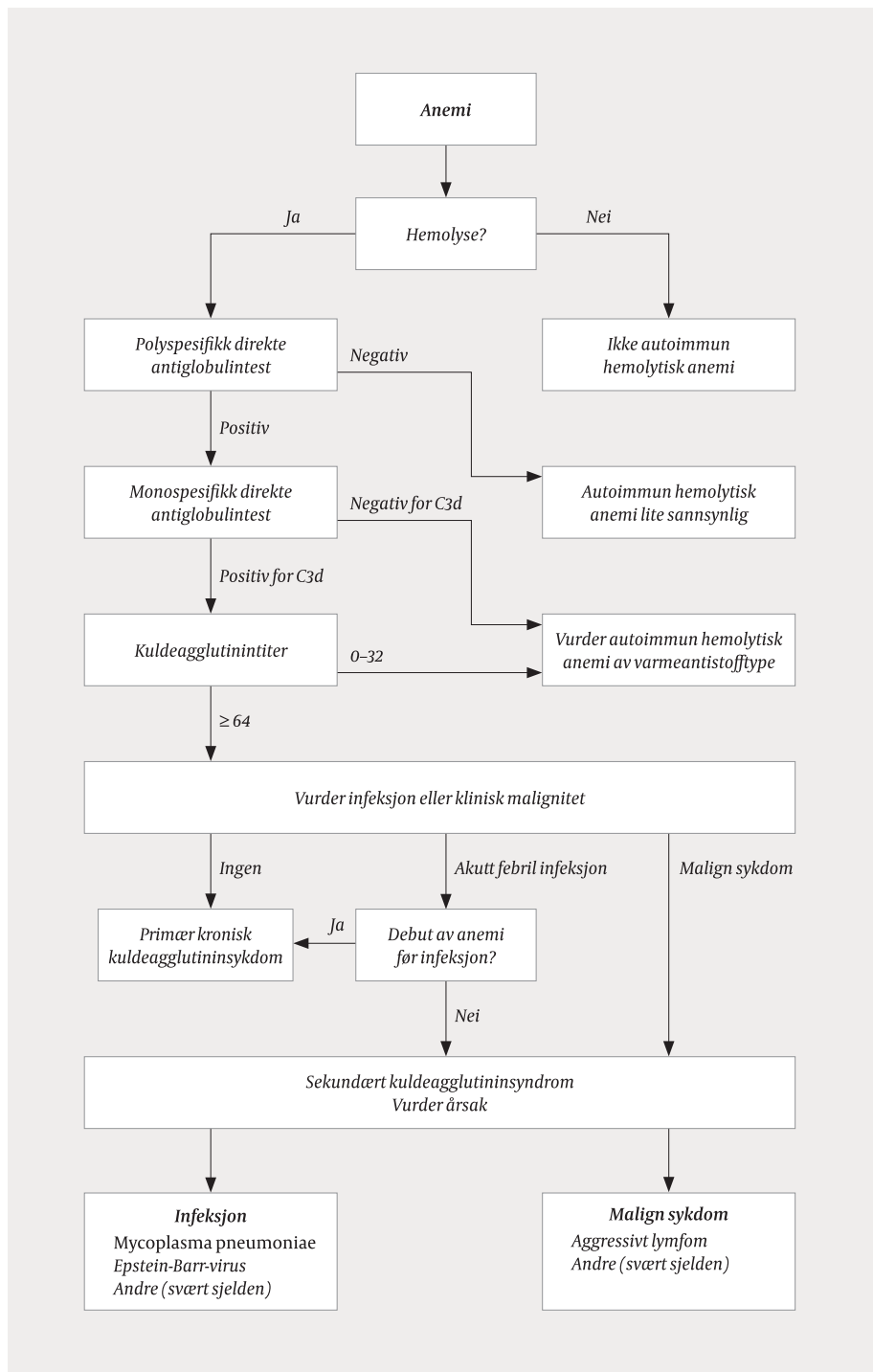
M. pneumoniae-infeksjoner er vanligst i vinterhalvåret, med epidemier hvert 4.-6. år i Norge (7). Inkubasjonstiden er 1-3 uker og forløpet ofte langtrukket, 3-4 uker. Asymptomatiske infeksjoner forekommer, men eldre og immunsupprimerte kan utvikle alvorlig sykdom. *M. pneumoniae* gir vanligvis et mildt sykdomsforløp, med influensalignende symptomer, feber, sår hals, heshet, hodepine og langvarig tørrhoste, og rundt 10 % av pasientene utvikler pneumoni (7).

I to norske studier fant man at henholdsvis 2 % og 4 % av samfunnservvede pneumonier som krevde sykehusinnleggelse skyldtes *M. pneumoniae* (8, 9). *M. pneumoniae*-infeksjon kan i sjeldne tilfeller i tillegg til autoimmun hemolytisk anemi gi nevrologiske komplikasjoner som encefalitt, myelitt, Guillain-Barrés/Miller-Fishers syndrom og kan ha kardiologiske manifestasjoner som perimyokarditt samt hudmanifestasjoner (10, 11).

Ved en sykehistorie på under fire uker kan diagnosen stilles ved PCR-undersøkelse av nasopharynxsekret eller halsprøve, mens antistoff kan påvises omtrent to uker etter symptomdebut. Det kan være nødvendig med serumpar tatt med to ukers mellomrom for å påvise serokonversjon eller signifikant stigning i antistoffnivå, men kontrollprøve gir ikke tilleggsinformasjon dersom den tas mer enn fire uker etter sykdomsdebut (7, 12).

Det ble hos vår pasient tatt kontrollserologisk undersøkelse med antistofftiter mot *M. pneumoniae* fire uker etter innleggelsen. Dette ga i så måte ikke tilleggsinformasjon. Infeksjoner med *M. pneumoniae* har ofte et mildt forløp og krever ikke antibiotikabehandling. Ved pneumoni eller andre behandlingstrequende manifestasjoner anbefales erytromycin eller doksosyklin i 7-10 dager (7, 13).

Kuldeagglutinin ved atypisk pneumoni ble først beskrevet av Peterson og medarbeidere i 1943 (14) og er trolig en del av den fysiologiske immunresponsen ved *M. pneumoniae*-infeksjon. Før spesifikk diagnostikk var tilgjengelig ble påvisning av kuldeagglutinin



Figur 3 Diagnostisk algoritme for utredning av autoimmun hemolytisk anemi av kuldeantistofftype (1)

brukt som en diagnostisk test, men spesifisiteten var lav.

Ved *M. pneumoniae*-pneumoni vil kuldeagglutininet vanligvis ikke gi signifikant hemolyse, men av og til kan man se alvorlig transfusjonskrevende hemolytisk anemi, som hos vår pasient (1). I en studie med 295 pasienter med autoimmun hemolytisk anemi ble *M. pneumoniae* eller atypisk pneumoni vurdert som årsak hos 8 % (5).

Behandling ved sekundært kuldeagglutininsyndrom forårsaket av *M. pneumoniae*-infeksjon er først og fremst adekvat håndtering av infeksjonen (1). Transfusjon kan gis dersom det er indisert, forutsatt at man følger nødvendige forsiktighetsregler for transfu-

sjon til pasienter med kuldeagglutininmediert hemolytisk anemi, som referert i pasientbeskrivelsen (1, 4).

Behandling med kortikosteroider er beskrevet i kasuistikker og oversiktsartikler, men det foreligger ingen prospektive studier (1, 15). Kasuistisk dokumentasjon er usikker, siden den hemolytiske anemien likevel helbredes spontant, ofte i løpet av 4–6 uker (1). Medikamentell hemming av den klassiske komplementaktiveringsveien er teoretisk sett lovende og har dokumentert effekt ved primær kronisk kuldeagglutinin sykdom, men er foreløpig ikke undersøkt ved sekundært kuldeagglutininsyndrom (16).

M. pneumoniae-infeksjoner gir vanligvis

milde sykdomsforløp, men der sykehusinnleggelse er nødvendig, kan pasienten ha et mer alvorlig sykdomsbilde, slik som vår pasient. Ved uforklart anemi hos slike pasienter bør man umiddelbart vurdere muligheten for kuldeagglutininmediert autoimmun hemolytisk anemi.

Pasientens verge har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Vi takker Jetmund Ringstad, avdelingsleder ved Infeksjonsmedisinsk avdeling ved Sykehuset Østfold, for hjelp med manuskriptet.

Mottatt 16.5.2017, første revisjon innsendt 10.10.2017, godkjent 17.11.2017.

SIRI NORDTVEIT

(f.1985) er lege i spesialisering i indremedisin. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TØRI VIGELAND LERUM

(f.1986) er lege i spesialisering i indremedisin. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

WALEED GHANIMA

(f.1964) er ph.d., spesialist i blodsykdommer, overlege, forskningssjef og førsteamanuensis. Han er leder av Norsk selskap for hematologi. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt honorarer fra Pfizer, Novartis, Bayer og BMS, ikke relatert til dette manuskriptet.

SIGBJØRN BERENTSEN

(f.1948) er dr.med., spesialist i indremedisin og overlege. Tidligere var han førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen, og han har omfattende forskningsproduksjon innen autoimmun hemolytisk anemi, med hovedvekt på kuldeagglutinin sykdom. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Berentsen S, Tjønnfjord GE. Diagnosis and treatment of cold agglutinin mediated autoimmune hemolytic anemia. *Blood Rev* 2012; 26: 107–15.
- Berentsen S, Ulvestad E, Langholm R et al. Primary chronic cold agglutinin disease: a population based clinical study of 86 patients. *Haematologica* 2006; 91: 460–6.
- Berentsen S, Randen U, Tjønnfjord GE. Cold agglutinin-mediated autoimmune hemolytic anemia. *Hematol Oncol Clin North Am* 2015; 29: 455–71.
- Berentsen S, Sundic T, Hervig T et al. Autoimmun hemolytisk anemi. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 2226–31.
- Dacie J. The auto-immune haemolytic anaemias: introduction. I: Dacie J, red. *The Haemolytic Anaemias*. London: Churchill Livingstone, 1992: 1–5.
- Rosse WF, Adams JP. The variability of hemolysis in the cold agglutinin syndrome. *Blood* 1980; 56: 409–16.
- Mycoplasma pneumoniae*-infeksjoner. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2016.
- Røysted W, Simonsen Ø, Jenkins A et al. Aetiology and risk factors of community-acquired pneumonia in hospitalized patients in Norway. *Clin Respir J* 2016; 10: 756–64.
- Holter JC, Müller F, Bjørang O et al. Etiology of community-acquired pneumonia and diagnostic yields of microbiological methods: a 3-year prospective study in Norway. *BMC Infect Dis* 2015; 15: 64.
- Linz DH, Tolle SW, Elliot DL. *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia. Experience at a referral center. *West J Med* 1984; 140: 895–900.
- Narita M. Classification of Extrapulmonary Manifestations Due to *Mycoplasma pneumoniae* Infection on the Basis of Possible Pathogenesis. *Front Microbiol* 2016; 7: 23.
- Jenum PA, Skarpaas T, Natås OB. Strategirapport nr. 17 2003: Nedre luftveisinfeksjoner. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2004. <https://www.fhi.no/publ/strategimoter/strategirapport-nr-17-2003-nedre-l/> (17.11.2017).
- Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus. Oslo: Helsedirektoratet, 2017. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/antibiotika-i-sykehus> (17.11.2017).
- Peterson OL, Ham TH, Finland M. Cold Agglutinins (Autohemagglutinins) in Primary Atypical Pneumonias. *Science* 1943; 97: 167.
- Tsuruta R, Kawamura Y, Inoue T et al. Corticosteroid therapy for hemolytic anemia and respiratory failure due to *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia. *Intern Med* 2002; 41: 229–32.
- Jäger U, Gilbert J, Panicker S et al. The anti C1s complement antibody TNT009 induces rapid complete remissions of anaemia in patients with primary cold agglutinin disease. 21st Congress of the European Hematology Association. København: 9.–12. juni 2016. <http://learningcenter.ehawe.org/eha/2016/21st/135348/bernd.jilma.the.anti.c1s.complement.antibody.tnt009.induces.rapid.complete.html?f=16m3l11621> (13.11.2017).

Slimhinnepemfigoid

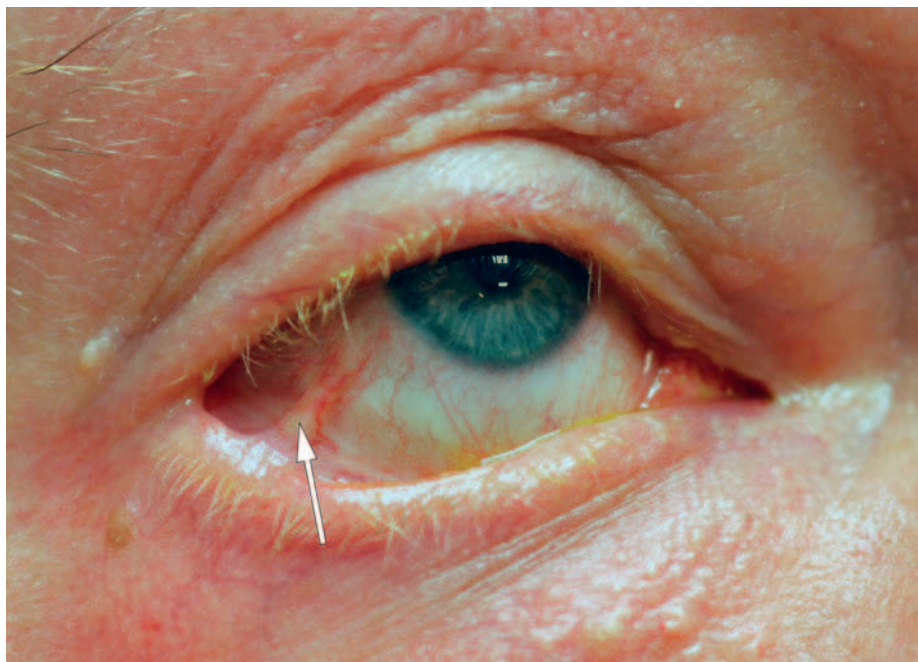


Foto: Geir Aksel Qvale

En mann i 60-årene var plaget av små blemmer i munnhule og svelg. Blemmene var fylt med serøs væske som brast og etterlot sår med rød halo som grodde i løpet av en uke. Han hadde også utsett på glans penis og nesetetthet.

Øre-nese-hals-lege forordnet nystatin mikstur og kort prednisolonkur, med liten effekt. Revmatolog fant ikke holdepunkt for bindevevssykdom. Ved dermatologisk vurdering forelå klinisk plasmacellebalanitt. Samtidig var han hos øyelege for tåreveisstenose, blefaritt og ptose. Man påviste konjunktivalstrenger mellom øyelokket og bulbus nedad og oppad høyre øye (bilde 1). Ved kontroll forelå små blemmer på lingvale del av epiglottis (bilde 2 og video på nett).

Biopsier fra preputiet og munnhulen sendt til HE-farging var uspesifikke. Direkte immunfluorescensundersøkelse fra preputiet var negativ. Konjunktivalbiopsi viste uspesifikk betennelse og fibrose, men direkte immunfluorescensundersøkelse viste lineært nedslag av IgA og IgG. Blodprøve viste positiv anti-hud desmosom ved indirekte immunfluorescens (IIF > 8, ref. < 8 negativ). ELISA-tester for antidesmoglein 1 og 3 var negative. Antistoffet mot hud reagerte med intercellulært antigen i epidermis. Pemfigus kunne ikke påvises, og betydningen var derfor usikker.

Kliniske funn ga diagnosen slimhinnepemfigoid (1). Sykdommen ble mistenkt fire år

etter debut av munnhulesår og biopsiverifisert etter fem år. Det ble startet behandling med lokale og systemiske steroider samt mykofenolattabletter. Pasientens tilstand har bedret seg etter dette, men han har senere også fått intravenøs immunoglobulinbehandling, og man vurderer rituksimabbehandling.

Slimhinnepemfigoid er en sjelden autoimmun blemmesykdom som skyldes autoantistoffer rettet mot antigener i basalmembranonen. Dette påvirker hemidesmosomenes funksjon og gir blemmedanning. Tilstanden er karakterisert av inflammasjon, fibrose og risiko for irreversibel arddanning i hud og slimhinner. Blindhet og trakealstenose er fryktede komplikasjoner. Klinisk bør diagnosen mistenkes ved symblefaronstrenger i conjunctiva av ukjent årsak. Pasientene utredes ofte tverrfaglig, og sykdommen krever oftest systemisk immundempende behandling.

Diagnosen stilles ved påvisning av immunnedslag ved direkte immunfluorescens i perilesjonell hud- eller slimhinnebiopsi. Serologi til bl.a. indirekte immunfluorescens er aktuelt (2). Vevsprøve til direkte immunfluorescensundersøkelse må sendes på saltvann, men ved transporttid > 48 timer er Michels medium anbefalt (2).

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Mottatt 26.6.2017, første revisjon innsendt 27.10.2017, godkjent 5.12.2017.

KRISTINE BØ

kristine.bo@ous-hf.no
Seksjon for hudsykdommer
Avdeling for revmatologi, hud- og infeksjonssykdommer
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
(f. 1965) er spesialist i hud- og veneriske sykdommer og overlege.
Forfatter har fylt ut ICME-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JOHAN EDVARD STEINEGER

Øre-, nese- og halsavdeling
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
(f. 1980) er spesialist i øre-, nese- og hals sykdommer.
Forfatter har fylt ut ICME-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

CAROLINE SCHMITT

Øyeavdelingen
Oslo Universitetssykehus, Ullevål
(f. 1971) er spesialist i øyesykdommer og overlege.
Forfatter har fylt ut ICME-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter

LITTERATUR

- Schmidt E, Zillikens D. Pemphigoid diseases. *Lancet* 2013; 381: 320–32.
- Jonkman MF. red. Autoimmune bullous diseases. Text and review. London: Springer International Publishing, 2016.

Video på tidsskriftet.no

Beslutninger under usikkerhet

Usikkerhet er et ubehagelig begrep for de fleste – vanskelig å leve med når det skal tas viktige beslutninger, og ikke akseptabelt når det gjelder liv og død, vil mange mene. Likevel må det tas alvorlige beslutninger under usikkerhet. Spørsmålet er hvordan vi takler det, og hvordan fremtiden utfordrer oss til å ta kvantifisert usikkerhet mer inn over oss.

Mye av statistikkfagets filosofiske styrke forsvinner i kryptiske greske bokstaver og kompliserte matematiske uttrykk. Hele fagets grunnidé består imidlertid av å forstå usikkerhet, sette det i system og utnytte det. Og til syvende og sist dreier det seg om å ta beslutninger under usikkerhet.

Hvis verden var deterministisk, og vi forsto alle dens prosesser, ville det ikke vært behov for modellering av usikkerhet. Slik er det imidlertid ikke. I en statistisk modell, for eksempel uttrykt ved en antagelse om at dataene i en hypotesetest er normalfordelte, beskriver usikkerheten både hva vi ikke forstår, og hva som faktisk er tilfeldigheter.

Når man skal vurdere effekten av en ny behandling, tar man som kjent i bruk statistikkfaget. I et kontrollert klinisk forsøk får én gruppe pasienter den eksperimentelle behandlingen, mens en annen gruppe får placebo eller standardbehandling. Er forsøket «vellykket», vil man typisk kunne beregne hvor liten sannsynligheten er for at den gjennomsnittlige positive effekten man har observert ved bruk av ny behandling, bare skyldes tilfeldighet. Er den under 5 %, er man gjerne fornøyd.

Enkeltindivid og usikkerhet

Hva hjelper dette deg når du står overfor et enkeltindivid, for eksempel en pasient med en alvorlig livstruende sykdom, der det finnes flere ulike behandlingsalternativer, og du ikke kan vite sikkert om den aktuelle pasienten vil respondere på behandlingen? Jo, du tar en beslutning. Du gir den behandlingen du har mest tro på vil være effektiv for din pasient,

basert på din egen og andres erfaring. Du kommer ikke unna at beslutningen tas under usikkerhet, men du slipper normalt å forholde deg til å kvantifisere denne. Dette er helsearbeiderens hverdag.

Erfaringer

I andre bransjer har man lenge brukt beregning av sannsynligheter og usikkerhet ned på individnivå, eller i hvert fall på små grupper av personer med like egenskaper.

Bankene beregner din individuelle sannsynlighet for å misligholde ditt lån, med en betydelig, men kvantifisert usikkerhet rundt. Basert på dette avgjøres din lånesøknad. Tilsvarende er det med bilforsikring. De forventede kostnadene for å forsikre din bil neste år avgjør prisen. At disse avgjørelsene tas under usikkerhet godtas av de fleste – da «feil» beslutning ikke er dramatisk for den enkelte. Og bankene reddes av de store tallers sterke lov, bare de i gjennomsnitt treffer bra.

Kan ikke vedtas fjernet

Verre blir det når konsekvensene for den enkelte er dramatiske ved feil avgjørelse. Man trenger ikke å gå lenger enn til den mye debatterte saken om (medisinsk) aldersvurdering av unge asylsøkere.

Norsk Regnesentral har på oppdrag fra Utlendingsdirektoratet studert en del av forskningen på området, og vi ser at mye av den faglige debatten har gått på hvordan usikkerheten rundt et estimat skal beskrives. Men uansett om denne beskrives perfekt, er det umulig å konstruere en test eller metode, det være seg enten medisinsk, psykososial eller en annen tilnærming, som ikke vil måtte operere med feilrater, i begge retninger.

Man kommer ikke unna det ubehagelige faktum at usikkerhet ikke kan fjernes, men har man en god beskrivelse, er det en politisk beslutning hvilke feilrater, med konsekvenser for enkeltindivider og samfunn, man vil akseptere.

Usikkerhet på individnivå

Tilsvarende blir det hvis den medisinske utviklingen går i retning av mer diagnostisering ved bruk av kunstig intelligens og maskinlæring. Dette er for øvrig omtrent ekvivalent med statistisk klassifikasjon og har lite å gjøre med skumle roboter.

Vi vil, basert på empiriske data, lage algoritmer som er så treffsikre som mulig, men det vil alltid være feilrater og usikkerhet. Likevel skal beslutningen tas. Det er verdt å merke seg at usikkerheten så avgjørt er til stede ved



Illustrasjonsfoto: Ikon Images/Philby Illustration/NTB scanpix

human intelligens (en lege) også, den er bare ikke kvantifisert like nøyaktig.

Ved mer individbasert behandling, for eksempel utviklet gjennom sammenligning av enorme mengder gendata, får man ytterligere utfordringer. Da kan man komme i situasjoner der en individuell kombinasjon av legemidler gir akkurat din pasient 60–75 % sjanse for å overleve, mens en dobbelt så dyr kombinasjon gir 70–80 % sjanse.

Man får fort en kvantifisert helseøkonomisk beslutning på individnivå, en beslutning under usikkerhet. Slike beslutninger kan være ubehagelig nok å vurdere på gjennomsnittsnivå for pasientgrupper, men er enda mer krevende på individnivå. Likevel tror jeg vi vil bevege oss i den retningen. Vi må lære oss å forholde oss til usikkerhet som kvantifiserte tall. I gjennomsnitt tror jeg det vil drive verden fremover.

ANDRÉ TEIGLAND

andre.teigland@nr.no

(f. 1966) er assisterende direktør ved Norsk Regnesentral. Der leder han et miljø på 35 forskere som utfører basis metodeforskning og anvendt oppdragsforskning innen statistisk modellering og maskinlæring for både kommersielle bedrifter og offentlige aktører.

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

Vil du publisere?

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

Finn mer informasjon og forfatterveiledning på tidsskriftet.no

Dette hjelper vi deg også med → Utforming av tabeller og figurer
→ Disposisjon og språk
→ Engelsk oversettelse

Alle vitenskapelige artikler fagfelleverderes og blir indeksert i PubMed.

Hode for målgivende tilpasninger

Hun er en kaptein på de plagedes lag og prøver å spille dem gode. Men hurtigheten sin, den får ikke Maja Wilhelmsen demonstrere i korridorene lenger.

For noen uker siden fikk jeg mail-svar fra henne: «Hei! Tirsdag 31.10. er det Halloween og klokka 17 kommer 24 kids med foreldre hjem til meg for å spise likfingerpølser. Hva med mandag??» Det er lenge siden jeg har satt tennene i en god likfingerpølse, men jeg svelger skuffelsen i stedet.

Tromsø teppebombes av nysnø, mandagen er her, klokken er der, og bilen er borte. Jeg oppdager en form for hevelse i terrenget, og etter flere dype søk lykkes jeg å finne den begravde japaneren. Den må ha hatt en luft-lomme der nede et sted, for lysene blinker på kommando, og ved første kompresjon hostes både sirkulasjon og forbrenning i gang.

Etter en kort ekspedisjon på det som inntil i går var kjent som den *blå* planeten, skimter jeg en liten skapning som synes å høre hjemme her. Godt kledd, godt skodd og med

lua godt ned i øynene: «Heija! E det du som skal intervjuer ho mamma?!»

Å løfte i lag

«Ho mamma» møter meg i døren. Rød overdel, blondt oppsatt hår, smarte briller og et skjerpet blikk. Hun er ikke særlig gammel og ikke særlig stor, likevel har hun en naturlig autoritet. Men hun er ikke stiv i stilen og vinker meg blidt innover i varmen.

– Kom inn! Vi setter oss i stua, der har vi allerede litt godteri og greier, det er jo Halloween i morra, vet du!

Når Maja Wilhelmsen ikke serverer smågodt til fremmede menn i hjemmet sitt, jobber hun som konstituert overlege ved Fysikalsk- og rehabiliteringsmedisinsk avdeling på Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø. Før hun begynte der kombinerte hun arbeid som allmennlege og doktorgradsstipendiat.

– Jeg synes det som er så interessant med rehabilitering er at man ser på menneskers funksjon i et større perspektiv. Den medisinske diagnosen har naturligvis sin plass i modellen, men det handler egentlig om hvordan pasientenes funksjon er, sett i lys av kroppslige funksjoner, hverdagslig aktivitet og sosial deltagelse, for eksempel

«Du kan jo ha en pasient med Bekhterevs sykdom som blir ufør, og en annen som blir toppler i NATO!»

i arbeid. For å gi god hjelp må man ta hensyn til komorbiditet, miljøfaktorer og ikke minst alle de ulike personlige faktorene folk har med seg. Du kan jo ha en pasient med



Foto: Marius Fiskum

Bekhterevs sykdom som blir ufør, og en annen som blir toppleder i NATO! Selve diagnosen er bare en liten del av historien, forklarer hun.

– Det høres temmelig omfattende ut?

– Jo, men det er da det er så utrolig tilfredsstillende å jobbe i tverrfaglige team. Man har så mye kompetanse lett tilgjengelig og kan konferere med andre, gjøre tilpasninger og gå mer i dybden på enkeltpasienter. Da jeg begynte, syntes jeg det var så herlig å slippe å sitte alene med alle avgjørelser hele tiden og heller samarbeide med flere om best mulig resultat. Som allmennlege er man så alene og må jobbe i et veldig høyt tempo. Men iblant savner jeg det også.

Konsultasjonenes pris

Ute på den store verandaen kjemper mennene i Majas liv mot snømassene. Det vil si: Far Thomas måker, mens Snorre (11) og Birk (8) ser ut til å være tildelt relativt frie roller. Et luktmolekyl fra godteskålen slipper gjennom vinduslisten og treffer åtteåringens bulbus olfactorius med et smell, han smetter innom og får med seg en bit.

– Så hva er det du savner med tiden som allmennlege?

– Det lange tidsforløpet er jo det fineste. For eksempel mannen som får hjerteinfarkt og etterpå blir så deprimert av frykten for å dø at han bare er et skall av seg selv, men som et år etterpå plutselig har klart å komme seg ovenpå igjen. Alle opp- og nedturene til alle disse menneskene, det er ganske unikt.

– Hva savner du minst?

– En ting jeg merket etter hvert var at når jeg var ferdig på jobb hadde jeg mistet helt lysten på å snakke med fremmede, enten det var tilfeldige på bussen eller når jeg var på fest. Jeg hadde hatt samtaler med så innmari mange mennesker i løpet av en arbeidsdag at jeg helst bare ville snakke vanlig med noen jeg kjente godt. At jeg er nysgjerrig på mennesker og glad i å bli kjent med nye folk, var jo litt av grunnen til at jeg ville bli lege, men det ble så mye av det på jobb at det nesten forsvant for meg privat. Det kom heldigvis tilbake, forsikrer hun fornøyd.

Det er nesten vanskelig å tro at kvinnen som er så gnistrende til stede for meg nå, kunne bli så inderlig lei av fremmede. Men det er klart det koster, og det koster mest for den som investerer mest. Avkastningen er først og fremst pasientens.

Maja Wilhelmsen hadde ikke blitt mer folkefiendtlig enn at hun etter fire år med deltidforskning tok med seg familien til Australia for å fullføre doktorgraden. Hun hadde lengtet tilbake.



Alle foto: Marius Fiskum

MAJA WILHELMSEN

Født i 1978, oppvokst i Tromsø

Grunnfag i kriminologi, Universitetet i Oslo, 1999–2000

Medisin profesjonsstudium, Universitetet i Tromsø, 2000–07

Turnustjeneste ved UNN Tromsø og på Andenes, 2007–09

Fastlegevikar (50 %) ved Kaigata legekontor, Tromsø, 2009–13

Stipendiat (50 %) ved Universitetet i Tromsø, Allmenntilleggsmedisinsk forskningsenhet, 2009–13

Gjestestipendiat ved Melbourne University, Australia, 2013–14

Lege i spesialisering ved Fysikalsk- og rehabiliteringsmedisinsk avdeling, UNN Tromsø, 2014–16

Ph.d., Universitetet i Tromsø, 2015

Arbeidsutvalg for regionalt nettverk CFS/ME, fra 2015

Konstituert overlege ved Fysikalsk- og rehabiliteringsmedisinsk avdeling, UNN Tromsø, 2016

Styremedlem Norsk fysikalskmedisinsk forening, fra 2016

Blomstring

– Jeg hadde en tante som flyttet til Melbourne da jeg var tre år. Da jeg var 14, bestemte jeg meg for å reise over og bo hos henne et halvt år, det var utrolig spennende. Jeg har nok alltid hatt en stor utfartstrang. Jeg elsker Nord-Norge og Tromsø – det er byen i mitt hjerte, men jeg må alltid ha en neste reise å planlegge. Nye steder, nye opplevelser, nye kulturer, det beriker livet for meg.

– Hvordan var det å være fjortis fra Tromsø i Melbourne da?

– De hadde skoleuniform, og noen elever røyket hasj nederst i skolegården, for å si det sånn, så ja – ganske annerledes. Og så var det en veldig frykttkultur i Australia som var helt ny for meg. Vi fikk aldri lov til å gå ut alene etter at det var blitt mørkt. Hjemme hadde vi jo mørketid, og det var helt utenkelig at man ikke skulle kunne være ute alene da!

– Forandret du deg i løpet av den tiden?

– Jeg har fått høre at jeg var veldig forsiktig på barneskolen, men da jeg kom på ungdomsskolen, ble jeg etter hvert mer selvsikker. Jeg vet ikke helt hva det handlet om, men det var jo en stor opplevelse å ha vært et halvår «alene» ute i verden. I hvert fall ble jeg mer utadvendt og var plutselig veldig engasjert i veldig mye som elevrådsleder, revysjef og leder for Operasjon dagsverk, forteller Wilhelmsen.

Etter ungdomsskolen ville hun egentlig begynne på tegning-, form- og fargelinje, men da satte foreldrene foten ned.

– Hvis jeg hadde lyst til å drive med kunst senere, ville de støtte meg fullt ut, men de ønsket at jeg skulle ta allmennfag og ha alle muligheter. Pappa har bare ungdomsskolen, og mamma gikk frisørinjen, så det har ikke

vært noen tradisjon for høyere utdanning i min familie.

Til tross for egne protester hadde ungjenta en slags vag tiltro til foreldrenes argumenter. De var nok glade for at de hadde tatt kampen, da datteren rundt 20 år senere disputerte med den første doktorgraden som er fullført ved Allmenntmedisinsk forskningsenhet i Tromsø.

Søppelsortering i nettjungen

På medisinstudiet følte hun seg dratt mot kirurgiens verden. Hun lot seg imponere og forføre av det forunderlige maskineriet som utgjorde menneskekroppen. Forestillingen om de usynlige nervetrådene som plutselig lå som en tykk kabel mellom fingrene hennes, det var fascinerende. En stund.

– Da jeg begynte å jobbe, ble jeg av en eller annen grunn mer tiltrukket av det vanlige enn det farlige. Jeg har forsket på depresjon og jobber nå med muskel- og skjelettplager. Det er store pasientgrupper, og mange er unge. De dør ikke, men de får ofte en massiv funksjonssvikt. Det å hjelpe folk til å leve bedre med en sykdom, slik at de kanskje klarer å stå i jobb, komme seg ut blant folk og ha stolthet i livet sitt, det synes jeg er givende, sier Wilhelmsen.

– Doktorgraden din handler om internettbasert kognitiv terapi. Hva går det egentlig ut på?

– Nettbasert informasjon og behandling kan være til stor hjelp for pasientene, men

kan også være en stor byrde og kilde til bekymring. Det krever at vi som helsepersonell engasjerer oss i hvordan vi kan utnytte teknologien og bruke slike verktøy mer aktivt. Jeg forsket på depresjonsprogrammet MoodGym som støttebehandling til samtaleterapi. Vi sammenlignet intervensjonen med en kontrollgruppe som fikk «treatment as usual». Intervensjongruppen hadde bedre effekt både på psykisk symptomtrykk og tilfredshet med livet.

Det er en tett skog av deprimerte der ute, noen har det svart, resten har det mørkt. Dersom alle skal få psykologhjelp til å lysne tilværelsen, vil det kunne bli både dyrt og sykkeliggjørende.

– Det er viktig å ha en trappetrinnsmodell hvor du kan tilby noe til de som plages litt, og henviser de som plages mye. Jeg tror generelt at internettbaserte intervensjoner kan være et veldig konkret og godt supplement til oppfølgingen hos fastlegen. Men det er selvfølgelig viktig at opplegget er forsket på og validert. Jeg så nylig en gjennomgang av 120 apper for ryggplager som var vurdert for layout, innhold og evidens – samtlig var søppel.

Generelle råd hjelper ingenting

Selv er Wilhelmsen ivrig på ny teknologi. Hun bruker mobilen til det meste og kontrollerer lydanlegget i stua via Sonos og lyset via Philips Hue.

– Jeg synes det er veldig artig. Se nå, jeg

kan bare skru av alle lampene her ... sånn. Og så kan jeg sette dem på for eksempel «bright», eller den modulen vi har på nå som heter «relaxed».

Ifølge henne selv skal det også være en egen lysinnstilling som heter «disco» som hun begynner å knotte etter, men jeg forsikrer om at vi kan klare oss med «relaxed» i kveld. På verandaen har brøytepatruljen fyrt opp i bålgrøpa, til tross for at de for lengst har fått innendørs oppholdstillatelse.

«Internettprogrammer kan hjelpe folk med å skape en struktur i endringsarbeidet som skal skje»

– Men hvordan skal et dataprogram kunne erstatte leger i pasientbehandlingen?

– Jeg var i utgangspunktet skeptisk til internettbehandling, og jeg mener fortsatt at den medmenneskelige veilederrollen som fastlegene har, er uerstattelig. Men til syvende og sist er det jo pasienten selv som sitter igjen med ansvaret for egen helse. Da må vi kunne gi dem flere gode verktøy. – At pasienter ikke tar nok ansvar for helsefremmende livsstilsendringer, er vel en ganske grunnleggende frustrasjon for mange leger – hva er det som skal til?

– Man vet i hvert fall at hvis man gir generelle råd, hjelper det ingenting. Vi må hjelpe den enkelte pasient til å finne ut hva som er de minste forandringene de kan gjøre i sitt liv, og begynne der. Om det er for å begynne å bevege på en vond rygg eller endre atferdsmønster som gir depresjon, tror jeg internettprogrammer kan hjelpe folk med å skape en struktur i endringsarbeidet som skal skje, sier Wilhelmsen med en smittende optimisme.

Kjær i nord

Optimisten overfor meg vil hjelpe mennesker til å leve bedre med plager de kanskje ikke blir kvitt. Jeg må tenke på det hvite viruset som angrep Tromsø samme dag – elsket på fjellet, hatet i byen. Tromsøværingerne får ikke gjort så mye med det heller. Snøen forsvinner ikke, men man kan krumme nakken, måke bort litt og litt, banne hoderystende og halvsmilende med naboen, kjøpe Biltemas største isskrape og gjøre små tilpasninger slik at snøen etter hvert blir til å leve med.

– Familien din ser ikke ut til å la seg bremse nevneverdig av den kommende vinteren, hva synes du egentlig om den?

– Selv om det var deilig å være i varmen





i Australia, synes vi det var helt fantastisk å komme tilbake til Tromsø og snøen. Man kan jo bygge snømenn og snøborger, og nå som ungene er større kan vi gå på ski til fjelltoppene for å få luft i kinnene og utsikt over landskapet. Men jeg og Thomas er veldig klare på at vi ikke kunne bodd på landet, det skjer masse spennende i byen, og det vil vi benytte oss av.

– Dere er på filmfestival i januar da kanskje?

– Ja, jeg elsker TIFF, og vi er der hvert år. Vi bruker å ta en feriedag, få noen til å passe ungene og ha en skikkelig «kjærestedag». Vi ser da film, spiser lunsj, ser film, går ut og spiser med venner og ser kanskje enda en film til før vi fester litt videre utover natten, sier Wilhelmsen med et drømmende smil.

Korridorens kjappeste

Familielivet spinner mye rundt de to småguttene, som også krøkes tidlig til å bruke byen. Buktafestivalen på åpen lørdag, sushi-feiringer på Rå og minikonsserter på Backbeat. Birk har til og med vært nysgjerrig yngstemann på operaforestilling. På ferier er det barnas tur til å ta med mamma i berg-og-dal-bane. Det sies å være et av hennes favorittfremkomstmidler.

– Ungene gir hele livet et sunt perspektiv. Det er ikke så farlig med alt som ikke ble perfekt på jobb eller andre småting man kan irritere seg over, så lenge familien er frisk og har det godt.

«Først tenkte jeg: 'For ei drittkjerring som forteller meg at jeg ikke skal være effektiv!'»

– Hva slags ting kan du irritere deg over da?

– Tja ... det er ikke akkurat noen småting da, men jeg er medlem av Arbeiderpartiet. Noe som irriterte meg i valgkampen i høst, var at de ikke sa tydelig nei til oljeboring i Lofoten, Vesterålen og Senja. Det tror jeg var en tabbe, sier hun innbitt.

Men Wilhelmsen kan også irritere andre. Hun beskriver seg selv som handlekraftig, men det går ofte fort i svingene. En avdelingsleder på sykehuset synes det gikk såpass fort i korridorsvingene at hun nærmest grep tak i den flagrende frakken, tok henne til side og påpekte at tempoet hennes virket stressende på andre.

– Først tenkte jeg: «For ei drittkjerring som forteller meg at jeg ikke skal være effektiv!», men etter å ha tenkt meg om, skjønte jeg at hun hadde helt rett. Når man er for travel, får man ikke god kontakt med folk, og man gjør oftere feil. Så henne har jeg takket senere.

– Har du puttet dykkerlodd i arbeidsskoene nå da?

– Ja, nå går jeg faktisk saktere, ler den driftige tromsøpatrioten mens hun gjør seg klar til å dra på Hålogaland teater for å kapre billetter til vårprogrammet som slippes i kveld. Nok en gang klarer jeg å vekke japaneren til liv fra hypotermiens klør og transporterer billettjegeren trygt gjennom det forvandlede hvite landskapet ned til sentrum. Snart vinker vi til hverandre, og Maja Wilhelmsen forsvinner inn til varmen, lyset og latteren fra menneskene som nå er enda litt mer på lag enn ellers, nå som snøen laver ned utenfor. Men den lever de godt med.

RUNE SKOGHEIM

runeskogheim@hotmail.com

Arkivet er overalt

Arkivet har stått, står og vil stå sentralt i den medisinske kunnskapsproduksjonen. Vi må bare åpne øynene for det.



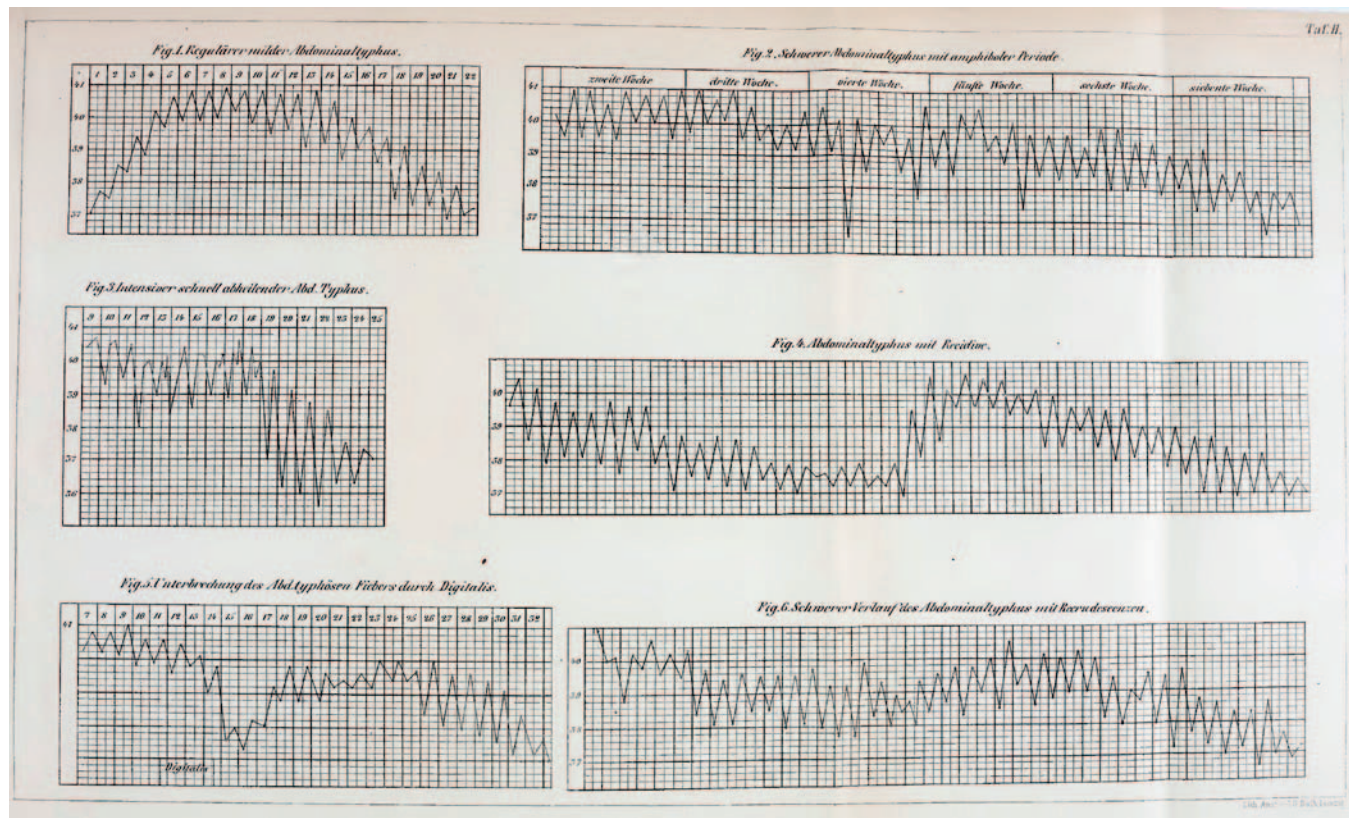
Avlesning av mikrofilm, fotografert i 1953 i Riksarkivet den gang det lå på Bankplassen 3, der Arkitekturmuseet nå holder til. Leseapparatet er i dag utstilt i Riksarkivets lesesal på Sognsvann i Oslo. Foto: Leif Ørnelund / Oslo Museum / Byhistorisk samling (CC BY-SA)

Hva er et arkiv? Tankene går fort til monumentale bibliotekbygg med bokhyller med skyvestige og rad på rad av støvete lærinnbundne verk der tiden har stått stille eller til bortgjemte kjellerarkiver med dreiehjul som sikrer nasjonalskatter mot brann (eller flom?) – og til arkivarer som nitid kodifiserer bruddstykker av informasjon i innfløkte tall- og bokstavsystemer til glede for fremtidige generasjoner forskere.

Er et bibliotek og et arkiv det samme? Overgangene er flytende, men et bibliotek har gjerne vært kjennetegnet av sin samling av mangfoldiggjort trykt og ikke-trykt materiell – primært bøker. Dette er i endring – for eksempel kan man ved nye Tøyen bibliotek i Oslo låne verktøy som stikksag, borhammer og vinkelsliper. Arkivet, på den annen side, betraktes ofte som en samling unikt og sjeldent materiell som ikke er mangfoldiggjort, for eksempel håndskrevne brev, arkitektskisser og kartsamlinger.

Hva skjer om vi utvider perspektivet på hva et arkiv er? Det er dette spørsmålet som er utgangspunktet for en ny antologi, *Science in the Archives. Pasts, Presents, Futures*. Den er redigert av Lorraine Daston, som er professor i vitenskapshistorie ved Max Planck-instituttet i Berlin. Hun har også skrevet bokens innledende og avsluttende kapitler.

I de 12 bidragene i boken tas det et oppgjør med myten om at arkivene tilhører historikerne eller at forskning i arkiver er historieforskning. Ifølge Daston har denne forestillingen ført til at andre fags arkivforskning enn den historiske har unnsloppet søkelyset. Arkivet og arkivarbeid som forskningsobjekt har ikke fått samme oppmerksomhet og status som for eksempel forskning på naturvitenskapelig forskningsmetode og -praksis, slik man har gjort laboratoriepraksis til et kjerneforskningsfelt i teknologi- og vitenskapsstudier (1). Utgivelsen er derfor også et forsøk på å åpne opp



Eksempelkurver fra C.A. Wunderlichs bok «Das Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten» (Leipzig: Verlag von Otto Wigand, 1870). Wunderlich (1815–77) var sjefflege og professor ved Hospital St. Jakob i Leipzig. Kurvene representerer idealiserte feber- og sykdomsforløp ved tyfoidfeber. Open Knowledge Commons and Harvard Medical School

nye forskningsfelter og måter å tilnærme seg og forstå forskningspraksiser på.

Fra leirtavler til #foodporn – et arkivarisk øyeblikk

Hva arkivene inneholdt – hva man har ansett som verdt å bevare – har variert med tid og sted. Det kan være alt fra mesopotamiske leirtavler, egyptiske papyrusruller, middelalderse pergamenter, fossiler av utdødde dyr, stabler av offentlige dokumenter og lærinnbundne førsteutgaver til mikrofilmer, harddisker og digitale databaser.

Ifølge Daston skjedde det et skifte på midten av 1800-tallet. Da gikk man fra kun å bevare høyt selektert materiale (f.eks. viktige filosofers meninger og astronomiske observasjoner i tråd med datidens beste matematiske modeller) til i økende grad å ta vare på «alt». Vitenskapen var foranderlig og standpunkter måtte kunne bli imøtegått og etterprøvd. Det krevde fleksible og

omfattende arkiver. Og med det ble også marerittet «for mye informasjon» født.

Daston hevder at vi står midt i det hun kaller «et arkivarisk øyeblikk». På den ene side er vi overveldet av all informasjonen vi har tilgjengelig, på den annen side frykter vi at alt kan forsvinne ved et tastetrykk («siden du leter etter eksisterer ikke lenger», datalagringsystemer som ikke kommuniserer, cyberangrep).

Hva vil arkivet vil være i fremtiden? Hvordan kan vi sikre kontinuitet mellom fortid, nåtid og fremtid når alt er i bevegelse? Med dette som utgangspunkt insisteres det at vi må utvide horisonten og se på arkivariske praksiser på tvers av tid og forskningsfelt – flytte oppmerksomheten fra forskningsobjektet til praksisene.

Daston trekker frem at praksiser har sin egen kronologi og rytme, de følger en langsommere, mer robust tid enn de enkelte empiriske funn – oppdagelser gjøres stadig vekke, praksiser endres langsommere. Statis-

tisk signifikanstesting er ett eksempel på en praksis som har formet og dominerer klinisk medisinsk forskning. Daston mener at vi kan tenke likt om arkivarisk praksis. Den følger sin egen ekstremt langsomme tid. Erkjenn vi det, gjør det oss i stand til å tenke om arkivet på tvers av fagtradisjoner og tidsepoker.

Science in the Archives. Pasts, Presents, Futures inneholder bidrag fra svært ulike fagfelter, alt fra bruk av fossiler som paleontologiens arkiv til arkiv over digitale representasjoner av oss selv. Om vi forstår oss selv som et knippe historiske minner – hvor kommer jeg fra, hva har jeg utrettet? – hvilke implikasjoner har da en økt tendens til digital logging og deling for selvforståelsen?

Tenk bare på hva vi daglig konfronteres med på diverse digitale medier – alt fra puls under siste treningsøkt, et skjermbilde av en morsom tekstmelding, et bilde fra siste restaurantbesøk (under emneknaggen



Genbanker fra hele verden oppbevarer sikkerhetskopier av frøsamlingene sine i hvelvet på Svalbard. Det ligger 130 meter over havet for å sikre mot havnivåstigning, består av tre atskilte fjellhaller 120 meter inne i fjellet, holder 18 minusgrader og er jordskjelvsikret. I 2015 inneholdt det 860 000 frø fra 64 ulike genbanker. Foto: Matthias Heyde, Landbruks- og matdepartementet / Flickr (CC BY-ND)

#foodporn på Instagram ligger det p.t. knapt 140 millioner bilder) til en videologg der man deler en personlig opplevelse. Husker digitale spor bedre og sannere enn vår egen hukommelse? Om vi tenker oss selv et arkiv, blir et digitalt arkiv da en sannere representasjon av oss selv?

Endeløse arkiver

To bidrag knytter direkte an til problemstillinger som er relevante for medisinen. Den ene artikkelen, skrevet av vitenskapshistorikeren Cathy Gere, tar for seg eksempler der forskere har undersøkt genomet til geografisk isolerte minoritetsgrupper for å finne ut av årsaker til sykdom og menneskets evolusjonære historie. For eksempel innhentet forskere ved Arizona State University i 1989 DNA fra havasupaifolket.

Hos havasupaie, som trolig har holdt til

i Grand Canyon i USA i over 800 år, er det en svært høy forekomst av diabetes. Forskerne ville undersøke sykdommens genetiske grunnlag, men ønsket også å undersøke for genetiske årsaker til schizofreni. Det ønsket ikke havasupaistammen selv. Gjennom uklare samtykkeerklæringer fikk forskerne likevel tilgang til det genetiske materialet. Da det senere ble klart ut fra 15 forskningsartikler at man hadde undersøkt andre forhold enn diabetes – for eksempel innavl og schizofreni – søkte havasupaie forskerne.

Betrakter vi det menneskelige genom som arkivmateriale og havasupaistammens samlede genom som et arkiv, belyser saken hvor mange etiske problemstillinger og utfordringer som kan oppstå når man etablerer nye endeløse arkiver der formålet ikke er avgrenset. Nytt materiale genererer

nye forskningsspørsmål som reiser nye etiske problemstillinger.

Saken illustrerer hvor problematisk det er å bruke data til andre formål enn det som opprinnelig var planlagt (og innhentet tillatelse til). Selv om det foreligger samtykkeerklæringer om at arkivert biologisk materiale kan eller ikke kan benyttes til fremtidig forskning, kommer man ikke utenom at arkivering av humant biologisk materiale åpner et fortolkningsrom. Som Gere skriver – lagring av biologisk materiale forplikter befolkningen på måter som er umulig å forutse når samtykket gis.

Biobank som arkiv

Saken illustrerer den pågående diskusjonen om lagring av blodprøver fra nyfødtscreening i biobank. Helse- og omsorgsdepartementet sendte i juni 2017 på høring et for-



En av de største antropologiske arkiver i Europa er De Schreinerske Samlinger, som har fått navn etter Kristian Emil Schreiner (1874–1957), professor i anatomi og bestyrer av Anatomisk institutt ved Universitetet i Kristiania/Oslo 1908–45. Under hans ledelse ble de fysiske antropologiske særtrekk i den norske befolkning kartlagt. Schreiner var særlig interessert i den samiske befolkning og samlet et betydelig materiale av samiske hodeskaller og knokler. I de senere år har det vært konflikter omkring dette materialet, knyttet til tilbakeføring og gjenbegravelse. Skjelettene av 94 skoltjesamer, som i 1915 ble gravd opp i bygda Neiden i Finnmark, ble i 2011 tilbakeført og gravlagt. Forvaltningen av den samiske delen av samlingen ligger nå under Sametinget. Foto: John Petter Reinertsen / Samfoto / NTB scanpix

slag til endring i behandlingsbiobankloven som åpner for at blodprøvene som tas i forbindelse med nyfødtscreeningen, kan lagres for bestandig.

Dette reiser en rekke prinsipielle spørsmål. Blant annet henviser høringsforslaget til helseforskningsloven, der det står at den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) kan bestemme at humant biologisk materiale som er samlet inn gjennom diagnostisering og behandling, kan brukes til forskningsformål uten innhenting av pasientens samtykke.

En forutsetning i loven er at slik forskning er av «vesentlig interesse for samfunnet og hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivarett». Og «pasienten skal på forhånd ha blitt informert om at humant biologisk

materiale i visse tilfeller kan benyttes til forskning og må ha fått adgang til å reservere seg mot forskning på humant biologisk materiale» (helseforskningsloven § 28). Problemet er at det er svært vanskelig for befolkningen på forhånd, på det tidspunkt man eventuelt har mulighet til å reservere seg, å forstå og identifisere hva slags type forskning dette kan være (2).

Et arkiv over nordmenns DNA – oppslutningen om screeningprogrammet er nær 100 % – vil være en verdifull kilde til fremtidig forskning på diagnostikk og behandling av en rekke sykdommer og åpenbart av vesentlig interesse for samfunnet.

Men hva når majoritetenes interesser kommer i konflikt med minoritetenes? Havasupaisaken illustrerer at andre hensyn

kan bli lidende når samfunnet ønsker informasjon som kan true utsatte minoriteter. Gere viser at kolonialt maktmisbruk fortsatt forekommer i en postkolonial verden, også innen forskningen.

Hun gir også flere eksempler på at evolusjonsgenetisk vitenskap, som etter den annen verdenskrig forsøkte å luften tidligere tiders eugeniske spøkelses, har gått i samme felle når forskere har forsøkt å identifisere «rene genomer» i en stadig mer globalisert og moderne verden: «the settlement against Arizona State University in the Havasupai case exposed the inadequacy of the discourse of science as a simple antidote to racial prejudice» (s. 218). Eksemplet viser at arkivering på ingen måte er en upolitisk, nøytral øvelse.

Medisin er kunsten å glemme

Det andre eksemplet er skrevet av medisinhistorikeren J. Andrew Mendelsohn. Medisinsk kunnskap har, med Mendelsohns ord, i like stor grad vært kunsten å glemme som kunsten å huske.

Feberkurven er ett eksempel: Over to millioner nedtegnelser av kroppstemperatur hos pasienter i Leipzig på midten av det 19. århundre er borte. Dokumentene ble ikke funnet bevaringsverdige, de ble kastet etter bruk. Tilbake står bare eksempelkurven. Det er ikke punktvis gjennomsnitt som ble bevart, snarere en idealisert fremstilling av feberkurvens fasonger ved ulike tilstander. Å huske alt ville bety kaos og handlingslammelse i møte med den enkelte pasient.

Og dette er et viktig poeng hos Mendelsohn: Medisin var teoretisk kunnskap utøvd i virkeligheten – en særegen form for praksis. Til forskjell fra arkivarisk praksis innenfor astronomien, der sirlige og nøyaktige beskrivelser og beregninger er blitt bevart, har medisinsk kunnskap vært avhengig av å idealisere kunnskap for å gjøre den anvendbar.

I rommet mellom det generaliserbare og det partikulære – anvendelsen av generalisert kunnskap i møtet med den enkelte pasient og syntetisering av generalisert kunnskap fra det enkelte pasientmøtet – oppstår en type informasjon som medisinen har vært spesielt nøye med å arkivere: kasusbeskrivelsen. Mendelsohns interesse ligger ikke i å undersøke hvordan kasusbeskrivelsene er blitt skrevet, men hvordan de er blitt brukt og arkivert – og hvordan denne praksisen har vært formende for medisinsk kunnskapsproduksjon.

For er det noe leger har gjort, så er det å skrive og beskrive – og lese det andre har skrevet og beskrevet. Medisinsk kunnskapsproduksjon har ikke bare vært drevet av observasjoner og eksperimenter, klinikk og laboratorium. Snarere har medisinsk kunnskapsutvikling i stor grad vært forskning i biblioteker – arkivforskning. Dette har vært empirisk forskning. Poenget er at moderne medisin ikke bare er kjennetegnet av kunnskap produsert i laboratoriet eller ved sykesengen i sykehuset. Like mye kan den moderne medisinen fødsel knyttes til trykkekunst og arkivering.

På 1600-tallet ordnet leger kasusbeskrivelser kronologisk i såkalte *centuriae* – kunn-



Voksavstøpninger har vært brukt som et sykdomsarkiv i undervisningsøyemed siden renessansen, og det finnes store historiske samlinger flere steder i Europa. Denne er fra Edinburgh. Foto: Centre for Research Collections University of Edinburgh/ Flickr (CC BY-SA)

skapsbanker for fremtidige leger over kasuistikker man ikke kunne forklare. Da man i annen halvdel av 1700-tallet begynte å gi ut medisinske tidsskrifter, var det beskrivelser av særegne sykehistorier som sto i sentrum. Mendelsohns poeng er at kunnskapen oppsto i arkivet fordi det vel så mye var et arkiv over hva vi *ikke* visste som over hva vi visste. Det var en forutsetning for at ny kunnskap kunne genereres.

Arkivering, systematisering og organisering av medisinsk kunnskap har foregått over flere hundre år. Derfor er det grunn til å stille spørsmål ved forestillingen om at evidensbasert og systematisk kunnskap er noe vi har funnet opp det siste halve århundret. Selvfølgelig har kraftige dataverktøy i moderne epidemiologi og raffinerte sammenligningspraksiser (i randomiserte, kontrollerte forsøk) endret medisinen.

Likevel, om vi følger Mendelsohn: Det er mer som forener enn som skiller moderne medisinsk kunnskapsproduksjon fra tidligere tiders. «Digital, electronic medicine so far looks much like the old paper library medicine» (s. 104).

Det åpne arkivet

Kasusbeskrivelsen har ikke samme funksjon i dag som den hadde før. Den har havnet nederst i pyramiden over hva som betraktes som god forskning. Likevel er det ingenting som tyder på at medisinen har mistet interessen for denne typen informasjon.

I Tidsskriftet fortsetter vi å publisere kasuistikker. Antallet engelskspråklige tidsskrifter dedikert til kasusbeskrivelser steg fra noen få rundt årtusenskiftet til over 150 i 2015 (3). Det er også et resultat av en publi-

seringsverden i rask endring. Mange av tidsskriftene har en tvilsom publiseringsspraksis. Likevel har kasusbeskrivelser fortsatt en funksjon ved å formidle uvanlige observasjoner, for eksempel legemiddelinteraksjoner (4).

Redaksjonen i dette tidsskriftet hadde nylig en diskusjon om vi kunne publisere en kasusbeskrivelse der forfatterne ikke hadde funnet ut av hva pasienten led av. Ville ikke en avgjørelse om ikke å publisere kasusbeskrivelsen bryte med hva Mendelsohn mener har vært så sentralt i arkivets funk-

sjon for medisinsk kunnskapsutvikling – nemlig å holde det åpent?

Arkivet står sentralt i kunnskapsproduksjon innen en rekke fag – også medisinen. Om vi skal skjønne hvordan, krever det at vi utvider vår forståelse av hva et arkiv er. Like viktig er det å sette søkelyset på de arkiviske forskningspraksisene. Arkivet er så mye mer enn noen støvete greier.

Mottatt 27.9.2017, godkjent 8.11.2017.

KETIL SLAGSTAD

(f. 1983) er lege og medisinsk redaktør i Tidsskriftet.



AKTUELL BOK

Lorraine Daston, red. *Science in the archives. Pasts, presents, futures.* Chicago, IL: University of Chicago Press, 2017

LITTERATUR

- 1 Bauer S, Heinemann T, Lemke T. red. *Science and Technology Studies. Klassische Positionen und aktuelle Perspektiven.* Berlin: Suhrkamp Verlag, 2017.
- 2 Høring – forslag om varig lagring av blodprøvene i nyfødtscreeningen. Høringssvar fra Senter for medisinsk etikk, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo 4.9.2017. <https://www.regjeringen.no/no/no/dokumenter/horing--forslag-om-varig-lagring-av-blodprovener-i-nyfodtscreeningen/id2555376/?uid=c39471a3-785f-44d8-8ac4-dda4eff640bf#> (4.10.2017).
- 3 Akers KG. New journals for publishing medical case reports. *J Med Libr Assoc* 2016; 104: 146–9.
- 4 Nylenna M, Breivik N, Heiberg A et al. «Et høist mærkeligt Sygdomstilfælde hos flere Sødskende» – en norsk førstegangsbeskrivelse fra 1830? *Tidsskr Nor Legeforen* 2016; 136: 437–40.

ANNONSER

**ADVOKATFIRMAET
KVANDE & CO**

Advokat og lege Georg Kvande
Advokat Anette Lilleengen Kvande

**HELSERETT
ERSTATNINGSRETT
ALMINNELIG PRAKSIS**

*Bistand til helsepersonell og
pasienter i sivile og
strafferettslige spørsmål*

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

www.advokatkvande.no

SYK – SKADET – UFØR

Vi har spesialisert oss innen trykderett og personskadeerstatning.

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

A

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

The paradox of access – abortion law, policy and misoprostol

The relationship between the law and access to safe abortion services is complex. Country case studies from sub-Saharan Africa show how the political, economic and social contexts in which the laws are embedded often generate unexpected outcomes.

Legal frameworks are recognised as vital for securing the right to health. The articulation between law, health policy and actual access to health services is not a straightforward matter. Unsafe abortion is perhaps one of the most neglected sexual and reproductive health problems in the world today. With almost 22 million cases annually, unsafe abortions contribute substantially to maternal mortality and morbidity rates globally (1). Abortion-related maternal deaths occur predominantly in low-income countries. In sub-Saharan Africa, deaths due to unsafe abortions have increased steadily since the 1990s

(2). Abortions currently account for approximately 14 % of the maternal mortality rate (1). Young women are disproportionately affected.

The high rate of unsafe abortions has been referred to as a 'silent pandemic' (3). Unsafe abortions are surrounded by stigma and neglect (4). In global health policy, abortion has been treated with caution, due to its controversial nature. The International Conference on Population and Development Programme of Action in 1995 adopted a human rights-based approach to reproductive health. However, it did not gain sufficient support from member states to

include safe abortion as a 'reproductive right'. Rather, it concluded with the weak statement that safe abortion services should be provided 'where legal' and that 'any measures of change related to abortion within the health system can only be determined at the national and local level according to the national legislative process' (5).

In an increasingly conservative policy environment, the Millennium Development Goals in 2001 (6) and more recently the Sustainable Development Goals in 2015 (7), similarly omitted safe abortion from the agenda of reducing maternal mortality. The highly politicised nature of the abortion issue was perhaps most compellingly illustrated by the reinstatement of the 'Mexico City Policy' or the 'global gag rule' by President Trump this year, blocking US funds to organisations involved in abortion service and care (8). It is within this moral-political climate that sub-Saharan countries cur-



A Family Health Options clinic. Photo: Reuters/Baz Ratner/NTB scanpix

rently struggle to reduce the high rates of abortion-related death and illness.

In this chronicle we share our experiences from Ethiopia, Zambia and Tanzania through the Research Council of Norway funded (Norway-Global Partner programme) project 'Safe abortion and fertility control in Ethiopia, Zambia and Tanzania' (SAFEZT).

Law and policy

It has previously been established that highly restrictive abortion laws are not associated with lower abortion rates (5). Conversely, a liberal abortion law is not a sufficient condition for access to safe abortion services (4). Law and policy on abortion vary greatly between Ethiopia, Zambia and Tanzania, making them interesting comparative cases.

In Zambia, abortion is judicially legal and the law classified as liberal; in Ethiopia, abortion is categorised as illegal, but the stated exceptions make the law appear as semi-liberal; in Tanzania, abortion is illegal and highly restrictive. Considering the status of the abortion law, one would expect that women in Zambia would have easiest access to safe abortion services, followed by women in Ethiopia and finally Tanzania, but a complex web of factors mitigate this association.

«In global health policy, abortion has been treated with caution, due to its controversial nature»

Of the three countries, Ethiopia has the most progressive policy on safe abortion services. While still classified as illegal in the country's revised criminal code (9), the law permits abortion not only to save the mother's life, but also in the case of rape, incest or minority (<18 years). The abortion-seeker is not required to provide evidence on the circumstances, other than giving a testimony. Technical and Procedural Guidelines for Safe Abortion Services in Ethiopia were issued in 2006 (10). Notably, health workers down to the primary care level have been trained in safe abortion procedures, safe abortion rooms are available in urban and semi-urban areas down to the health

centre level, and rates of unsafe abortions have decreased from 73 % in 2010 (11) to 47 % in 2014 (12).

In contrast, in Zambia abortion may legally be carried out on broad health and socioeconomic grounds – under the 1972 Termination of Pregnancy Act (13). However, the law does not translate into safe abortion practices. Access has been made very difficult, particularly for young, poor, rural girls. A written consent from three medical doctors, including a specialist only found in referral hospitals in urban centres is required. New guidelines for safe abortion services were developed in 2009. However, they have not been effectively disseminated and remain largely unfamiliar to doctors. Currently, the prevalence of unsafe abortion in Zambia is reported at 85 % (14). This indicates that an apparent liberal abortion law is far from a sufficient condition to secure access to legal abortion.

Lastly, in Tanzania, the penal code allows abortion only when the life of the mother is in danger (15). In contrast to the complicated consent procedures in Zambia, one health worker's consent is sufficient to obtain an abortion in Tanzania. This leaves room for considerable health worker discretion. No guidelines for safe abortion services exist, and no incidence data on unsafe abortion are available. However, in response to the highly restrictive law, particularly adolescent women have been shown to resort to illegal abortions provided under unsafe conditions (16).

The paradox of access

Although high rates of unsafe abortion are – broadly speaking – linked to restrictive abortion laws, the country cases demonstrate that there is an unclear and at times paradoxical association between the status of the law and actual access to safe abortion procedures. The complexity of the relationship between abortion laws, policy and access cannot, however, be fully grasped without recognising how abortion is fundamentally embedded in social, religious and health-system contexts.

Globally, three different discourses dominate the debate on abortion: a human rights discourse, a public health discourse and a religious/moral discourse. In Ethiopia, Zambia and Tanzania the discourse on safe abortion as a 'human right' is largely absent

while the discourses on safe abortion as a 'public health' issue and as a 'moral transgression' are competing for prominence. Below we take a look at how these normative discourses are played out and their importance for actual outcomes in the three country contexts.

«Unsafe abortion is one of the most easily preventable causes of maternal mortality, but moral and religious reasoning hinders political commitment to address the problem»

The official governmental discourse on abortion in Ethiopia is based in public health. Rooted in mortality and morbidity figures related to unsafe abortion, the public health discourse on safe abortion gains legitimacy through the aim of reducing abortion-related death rates, and protecting girls and women from the adverse health consequences of unsafe abortions (1). The changes in the earlier, more restrictive abortion law were fought through in an alliance between civil society actors and the Federal Ministry of Health, promoting safe abortion as a public health measure to reduce maternal mortality.

Different religious groups, particularly the Ethiopian Orthodox Christian Church to which the majority of the population belong, challenge the public health argument and retain the position that abortion is a religious offence and morally wrong. The increasing availability of safe abortion services thus to some extent remains silenced, the law is not widely known and high numbers of young women continue to resort to unsafe procedures (12).

The case of Zambia, possibly more than the other two countries, highlights the importance of the religious-moral dimensions of abortion. Zambia has declared itself a Christian nation, the Catholic Church is powerful and the independent churches – including the Pentecostal church – are increasingly visible in the discourse on abortion, promoting a pro-life agenda that constructs abortion as a sin and a religious

offence. A new bill of rights has recently proposed an amendment to the constitution with vast implications for abortion-seeking women stating that: 'The right to life begins at conception' (17).

The ontology of human life and personhood lies at the core of this, as well as of other major abortion controversies. Within the Christian discourse, politicisation and diverse interpretations of the point at which human life begins is particularly pertinent (18). In Zambia, this discourse has opened up for a renewed political dispute over abortion that may curb recent public health efforts to simplify access to safe abortion services in the country.

In Tanzania, where Islam and Christianity are practised by approximately equal proportions of the population, the discourse on abortion as a sin and as a moral transgression predominates at official level. Although the media regularly raises the problem of unsafe abortion-related complications and deaths among young girls, the public health argument is not officially endorsed. Despite the public condemnation there seems to be room for considerable pragmatism, particularly when it comes to the increasing availability and accessibility of misoprostol (19).

The game changer

WHO has recently promoted medical abortion globally, and more recently misoprostol as a 'harm reduction strategy' that can replace risky abortion procedures world-

wide (20). Studies from South America have documented that self-use of misoprostol obtained from pharmacies reduces abortion-related morbidity and mortality (21). Misoprostol is registered as a drug for post-partum haemorrhage in all three countries, but is not legally marketed for medical abortion purposes. Yet, in Tanzania, emerging evidence suggests that pharmacies and medicine shops across the city of Dar es Salaam offer misoprostol off-label over the counter for abortion purposes (19).

A study in Zambia similarly found that misoprostol was widely available in pharmacies and sometimes prescribed by medical doctors for abortion purposes (19). No study has yet documented access to Misoprostol off-label through pharmacies and medicine shops in Ethiopia.

The rapidly emerging picture globally is that access to misoprostol increases women's power to decide over the timing of their pregnancies. For the individual woman seeking to terminate a pregnancy, abortion may be experienced as morally problematic and contrary to one's faith, but still a better option than bearing the shame and burden of an untimely birth.

The marketing of misoprostol through pharmacies and medicine shops makes it possible to circumvent both the law and gatekeepers in the health system and to access the drug secretly. While this unregulated marketing and unauthorised self-administration of misoprostol involves

medical risks, it does also facilitate access to a self-induced abortion procedure that is safer, more private and less invasive than other methods (21).

The relevance of the law

With misoprostol, yet another factor is added to the complex and paradoxical articulation between law and access to safer abortion procedures that we have sought to illustrate through our country cases. It seems that the abortion law in many countries is lagging behind scientific developments (20) as well as the market. Highly restrictive abortion laws may become increasingly irrelevant in determining access to medical abortion procedures in the future.

According to the WHO, unsafe abortion is one of the most easily preventable causes of maternal mortality, but moral and religious reasoning hinders political commitment to address the problem. In order to pay justice to women's reproductive health and rights, access to medical abortion under legal, safe conditions should be prioritised on the global health agenda in the years ahead.

This article is part of the series 'Global Health in the Era of Agenda 2030', a collaboration between Norad, the Centre for Global Health at the University of Oslo and The Journal of the Norwegian Medical Association. Articles are published in English only. The views and opinions expressed in the articles are those of the authors only.

Received 20.9.2017, first revision submitted 23.10.2017, accepted 2.11.2017.

KAREN MARIE MOLAND

Karen.Moland@uib.no
(born 1955) holds a PhD in political science from the University of Bergen. She is a professor at the Centre for International Health, Department of Global Public Health and Primary Care, University of Bergen, Norway.
The author has completed the ICMJE form and reports no conflicts of interest.

HALDIS HAUKANES

(born 1962) holds a PhD in social anthropology from the University of Bergen, Norway. She is a professor in gender and development at the Department of Health Promotion and Development, University of Bergen, Norway.
The author has completed the ICMJE form and reports no conflicts of interest.

GETNET TADELE

(born 1968) holds a PhD in sociology from the University of Amsterdam and is a professor at the Department of Sociology, Addis Ababa University, Ethiopia.
The author has completed the ICMJE form and reports no conflicts of interest.

ASTRID BLYSTAD

(born 1961) holds a PhD in social anthropology from the University of Bergen. She is a professor at the Centre for International Health, Department of Global Public Health and Primary Care, University of Bergen, Norway.
The author has completed the ICMJE form and reports no conflicts of interest.

REFERENCES

- 1 World Health Organization. Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Sixth edition, 2011. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44529/1/9789241501118_eng.pdf (2.11.2017).
- 2 Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014; 384: 980-1004.
- 3 Brookman-Amissah E, Moyo JB. Abortion law reform in sub-Saharan Africa: no turning back. *Reprod Health Matters* 2004; 12: 227-34.
- 4 Grimes DA, Benson J, Singh S et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet* 2006; 368: 1908-19.
- 5 United Nations. Report of the International Conference on Population and Development, Cairo 1994. New York, NY, 1995. https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_eng_2.pdf (2.11.2017).
- 6 World Health Organization. Millennium Development Goals. http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/en/ (22.09.2017).
- 7 United Nations. Sustainable Development Goals 2015-2030. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/> (22.09.2017).
- 8 Redden M. Trump expands policy that bans US aid for overseas abortion providers. *The Guardian*, 15.5.2017. <https://www.theguardian.com/world/2017/may/15/trump-abortion-rule-mexico-city-policy> (2.11.2017).
- 9 The Criminal Code of the Federal Democratic Republic of Ethiopia. Proclamation No. 414/2004. <http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/et/et011en.pdf> (2.11.2017).
- 10 Family Health Department. Addis Ababa. Technical and Procedural Guidelines for Safe Abortion Services in Ethiopia, 2006. <https://srhr.org/abortion-policies/documents/countries/03-Ethiopia-Technical-and-procedural-guidelines-for-safe-abortion-services-2006.pdf> (2.11.2017).
- 11 Singh S, Fetters T, Gebreselassie H et al. The estimated incidence of induced abortion in Ethiopia, 2008. *Int Perspect Sex Reprod Health* 2010; 36: 16-25.
- 12 Moore AM, Gebrehiwot Y, Fetters T et al. The Estimated Incidence of Induced Abortion in Ethiopia, 2014: Changes in the Provision of Services Since 2008. *Int Perspect Sex Reprod Health* 2016; 42: 111-20.
- 13 Government of the Republic of Zambia, Ministry of Legal Affairs. The termination of pregnancy act 1972, ch 304. https://www.zambalii.org/zm/legislation/consolidated_act/304 (2.11.2017).
- 14 Guttmacher Institute. Unsafe abortion in Zambia. A review of evidence. 2009. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/ib-unsafe-abortion-zambia.pdf (2.11.2017).
- 15 Government of Tanzania. Tanzania Penal Code, Ch 16 of the Laws (Revised), Issued Under Cap. 1, s18. 1981. http://www.un.org/depts/los/LEGISLATIONANDTREATIES/PDFFILES/TZA_penal_code.pdf (2.11.2017).
- 16 Guttmacher Institute. Unsafe abortion in Tanzania. A review of evidence. 2013. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/ib_unsafe-abortion-tanzania.pdf (2.11.2017).
- 17 Electoral Commission of Zambia. Understand the 2016 Referendum, Lusaka, 2016
- 18 Kaufman SR, Morgan L. The anthropology of the beginnings and ends of life. *Annu Rev Anthropol* 2005; 34: 317-41.
- 19 Buguzi S. The unsafe practice of intended abortion fuelled by drug-stores. *The Citizen*, 27.2.2017. <http://www.thecitizen.co.tz/magazine/The-unsafe-practice-of-intended-abortion-fuelled-by-drug-stores/1840564-3829544-format-xhtml-nfwkat/index.html> (22.09.2017).
- 20 World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf (2.11.2017).
- 21 Rowlands S. Abortion pills: under whose control? *J Fam Plann Reprod Health Care* 2012; 38: 117-22.



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

Når legen er sakkyndig

Engelsk oversettelse på tidsskriftet.no

Mange kolleger havner i krevende og ubehagelige situasjoner i kjølvannet av konsultasjoner der legens rolle ikke har vært tilstrekkelig avklart.

Legen har ulike roller – han/hun kan være behandler, sakkyndig eller forvalter av velferdsgoder. Uklarhet og misforståelser om hvilken rolle man inntar ligger ofte til grunn for misnøye og sterke reaksjoner. Rådet for legeetikk mottar jevnlig klager med påstander om at legen har vært partisk, brutt taushetsplikten, vært inhabil, ikke hatt tilstrekkelig kompetanse eller ikke har foretatt tilstrekkelige undersøkelser. Vi har også hatt saker der legen som sakkyndig ikke har forholdt seg til oppdragsgivers regelverk.

Hvilken rolle legen har, er avgjørende for hans/hennes rettigheter og plikter, og mye misnøye kunne vært unngått om legens rolle og oppgave hadde vært avklart. På denne bakgrunn tok Rådet for legeetikk initiativ til å tydeliggjøre legens ansvar for å klargjøre sin rolle overfor pasienten. På landsstyremøtet i 2016 ble det vedtatt en endring i Etske regler for leger, kapittel I § 2 (1), som nå lyder: «Legen har ulike roller som behandler, sakkyndig og forvalter av velferdsgoder. Rollen har betydning for hvordan legen opptrer og for behandling av sensitiv informasjon. Det må skilles tydelig mellom rollene som behandler og sakkyndig. Legen har ansvar for å gi nødvendig og tilpasset informasjon om sin rolle og formålet med kontakten.»

Rollen som sakkyndig skiller seg i særlig grad fra rollen som behandler. Når vi skriver erklæringer og attester av ulike slag, sertifiserer til ulike arbeidsoppgaver og funksjoner, utfører oppdrag for arbeidsgivere, politiet, folketrygden, Norsk pasientskadeerstatning eller i rettsaker, er vi sakkyndige og arbeider ut fra et mandat og et konkret oppdrag. Det er viktig at både lege og pasient i slike konsultasjoner forstår at legens «lojalitet» ligger hos oppdragsgiveren, enten det er Nav, et forsikringselskap, en arbeidsgiver eller rettsvesenet, og at legen ikke er behandler for pasienten. Dette innebærer at legens

«Legens rettigheter og plikter avhenger av hvem som er oppdragsgiver og av selve oppdraget»

rettigheter og plikter (f.eks. taushetsplikt og habilitet) avhenger av hvem som er oppdragsgiver og av selve oppdraget. Legen må være seg bevisst sin rolle og gi nødvendig og tilpasset informasjon om oppdraget, rollen og formålet med kontakten til den som undersøkes eller vurderes.

Særlig utfordrende er dette når oppgavene og rollene ikke er helt tydelig atskilt. For eksempel kan legen ofte få en uheldig dobbeltrolle overfor personer som er internert. Dette er godt beskrevet i Sivilombudsmannens rapport (2) etter et uvarslet besøk til Politiets utlendingsinternat på Trandum i mars 2017. I rapporten fremkommer det blant annet at helsepersonell har gitt råd om at internerte burde isoleres på sikkerhetsavdelingen.

At helsepersonell er direkte involvert

i beslutninger om å plassere noen på sikkerhetsavdeling, fremstår som medisinsk-etisk problematisk. Plassering på sikkerhetsavdeling innebærer som regel isolasjon. Menne-skerettslige standarder har klart fastlagt at helsepersonell ikke skal ha noen rolle i beslutningsprosessen ved restriktive tiltak som isolasjon, de skal utelukkende uttale seg om tiltak for å sikre medisinsk behandling av pasienten. Det vises også til FN's prinsipper for medisinsk etikk fra 1982 (3) og til kapittel I § 1 og 2 i Etske regler for leger (1).

I Sivilombudsmannens rapport beskrives det også at de internerte ikke alltid var klar over at de hadde snakket med helsepersonell (2). Det er viktig at man tydelig identifiserer seg som helsepersonell og forklarer den rollen man har i den enkelte situasjon. Det ble også gjort funn som viste mangelfull respekt for og overholdelse av taushetsplikten. Taushetsplikten er avgjørende for å skape tillit mellom pasient og lege.

Uavhengig av klageårsak viser sakene som sendes til Rådet for legeetikk at kommunikasjon ikke bare er en utfordring, men at det er helt avgjørende for tilliten til helsepersonell. Informasjon om rollen som sakkyndig er helt essensiell for at pasienten skal forstå legens oppgave og hvilken informasjon som blir formidlet til oppdragsgiver i etterkant. En tydelig rolleavklaring i det enkelte tilfellet vil gi de beste rammer for en trygg dialog og redusert risiko for klager og misforståelser i ettertid.

Mottatt 30.10.2017, godkjent 7.11.2017.

GUNNAR SKIPENES

guskipen@online.no

(f. 1958) er bedriftsoverlege i Forsvaret og medlem av Rådet for legeetikk (2009–17).

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

LITTERATUR

- 1 Etske regler for leger. Kap. I. <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikketiske-regler-for-leger/> (7.11.2017).
- 2 Sivilombudsmannen. Besøksrapport. Politiets utlendingsinternat på Trandum, sikkerhetsavde-

lingen. 28.–29. mars 2017. <https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2017/09/Bes%C3%B8ksrapport-2017-Politiets-utlendingsinternat-p%C3%A5-Trandum.pdf> (7.11.2017).

- 3 Principles of Medical Ethics relevant to the Role

of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Adopted by General Assembly resolution 37/194 of 18 December 1982. New York: FN, 1982.

Når er det nok?

Politi og helsepersonell er i mange høve dei første som kjem i kontakt med personar som av ulike årsaker kan vere ustabile og i krise. Begge yrkesgruppene har eit særskilt vern mot trugsmål, men det ser likevel ut til å bli handtert ulikt. Kvifor er det slik?

Eg er spesialist i psykiatri. Samtidig som at jobben er kjekk, utfordrande og interessant opplever eg diverre at den til tider også er skremmande. Eg har vore redd på jobb, fleire gonger enn det eg synest er greit. Det har auka på etter at eg blei spesialist i psykiatri og fekk vedtakskompetanse til å fatte tvangsvedtak i samhøve med psykisk helsevernloven. Det er ein utsett posisjon å stå i bresjen for eit tverrfagleg team og fatte den endelege beslutninga om å bruke tvang. Vurderingane kan vere komplekse, og bruk av tvang er siste utveg. Pasientar kan reagere med sinne og vonbrot som går ut over meg. Naturleg nok kanskje, sidan vedtaka medfører ei direkte innskrenking eller inngripen i pasienten sitt liv mot viljen hans.

«Eg har vore redd på jobb, fleire gonger enn det eg synest er greit»

Fortvilning og redsle

Men kor mykje skal eg tole? Er det greit å få banneord slengt etter seg eller bli kalla for kvinnelege kjønnsorgan? Bli fortalt at det er ønskeleg eg brenn i helvete? Å bli slått? Kor går grensa?

Når pasientar kjem med trakasserande eller rasistiske utrop mot meg, kan det vere lett å tenke at «litt galskap må vi tole, han er

så sjuk». Og ja, mange er alvorleg sjuke, kanskje psykotiske, og kan agere ut frå ei anna verkelegheitsforståing. Eg forstår dette og eg ønsker å hjelpe pasienten til å bli frisk. Men det har også ein personleg kostnad for meg å stå i det massive trykket frå pasienten. Eg kjenner fortvilning over at pasienten har det så vondt, ei kjensle av å bli så utruleg misforstått, og eg kjenner meg krenka. Neste dag må eg gøyme desse kjenslene unna og igjen forsøke å oppnå kontakt og tillit hos pasienten. Redsle kan forstyrre mykje.

Urettmessig kritikk

Eg trur det hadde vore lettare å bere denne børa dersom eg kjente at den ikkje var mi åleine. Men eg føler at media bruker mykje spalteplass på ein-sidede, negative erfaringar og kritikk av psykisk helsevern. Det blir vanskeleg å «forsvare» faglegheita og meg sjølv når psykisk helsevern blir samanlikna med konsentrasjonsleirar (1). Det er belastande å bli skulda for å utøve faget mitt basert på vrangførestillingar (2). Frå sentralt politisk hald er mantraet «mindre bruk av tvang» i staden for å tenke kvalitetssikra og riktig bruk av tvang. Eg undrar meg over kva for alternativ ein ser føre seg i slike situasjonar? Ord og relasjonar strekk diverre ikkje til i alle akuttsituasjonar. Eg føler at eg risikerer helsa på jobb. Det er ikkje greit. Eg har ansvar for meg sjølv og ein familie eg skal ta meg av. Når eg opplever at ein utagerande pasient ønsker å skade meg, må eg få kunne seie høgt at jobben tidvis er belastande – utan at dette blir tatt til inntekt for at eg ikkje lyttar til pasienten, viser han respekt og gjer mitt ytterste for å gi fagleg forsvarleg og god behandling.

Ulik handtering

Kontrasten til korleis trugsmål blir handtert i politiet er stor. Der er det tilnærma nulltoleranse for forulemping av offentlege tenestemenn. Talet på meldingar for vald mot polititenestemenn har auka dei siste åra, og i 2015 var det 1 278 meldte forhold (3). Same tal for helsepersonell i 2016 var kun 209 (4). Eg trur den store skilnaden først og fremst er fordi det er ulik terskel for å mel-

«Ifølge straffelova er det straffbart å kalle ein politimann dust eller nerd»

de, heller enn at helsepersonell ikkje opplever trugsmål. Ifølge straffelova er det straffbart å kalle ein politimann dust eller nerd. Men idet personen går frå politiet si varetekt til å bli pasient, stig plutselig terskelen dramatisk for kva som blir forventat at ein skal godta. Trass likt lovmessig vern, handterer politiet og helsevesenet trugsmål og vald ulikt. Det var vel neppe lovgivaren sin intensjon?

Å la ei slik forskjellsbehandling få fortsetje kan tolkast som ein stilleiande aksept av at dette er noko ein må finne seg i. Men skal eg tole å bli spytt på? Å bli drapstrua?

Når er det nok?

JEANETTE BJØRKE-BERTHEUSSEN

bjje@sus.no

(f. 1980) er spesialist i psykiatri, Klinikk Psykisk Helsevern Voksne, Stavanger universitetssjukehus

LITTERATUR

- 1 Haugland KK. De moderne konsentrasjonsleirene i den norske psykiatrien. Stavanger Aftenblad 8.6.2017. <https://www.aftenbladet.no/meninger/debatt/i/az504/De-moderne-konsentrasjonsleirene-i-den-norske-psykiatrien> (6.10.2017).
- 2 Haugland KK, Røstbakken T. Vrangforestillinger-

gane på lukket avdeling. Stavanger Aftenblad 31.8.2017. <https://www.aftenbladet.no/meninger/debatt/i/82RvG/Vrangforestillinger-gane-pa-lukket-avdeling-> (6.10.2017).

- 3 Politidirektoratet. Politiets årsrapport 2015. HMS-avvik og uønskede hendelser. <https://www.regjeringen.no/contentassets/23751a30c2a24f23ac8f646973dc9bf4/pod-arsrapport-2015.pdf> (6.10.2017).

<https://www.nrk.no/norge/mer-vold-mot-helsepersonell-1.13478923> (6.10.2017).

- 4 Mer vold mot helsepersonell. NRK 18.4.2017. <https://www.nrk.no/norge/mer-vold-mot-helsepersonell-1.13478923> (6.10.2017).

Det går en grense

Se personlige opplevelser side 172

Stadig flere utsettes for vold og trusler når de er på arbeid. Det er flere regelsett som skal beskytte mot det, blant annet straffeloven og arbeidsmiljøloven.

Etter straffeloven har alle et vern mot vold og trusler. Noen yrkesgrupper er særlig utsatte og har derfor et særskilt vern. Politi og helsepersonell er blant dem. Å forsøke å påvirke yrkesutøvelsen til politi og helsepersonell gjennom vold eller trusler kan straffes med bøter eller fengsel. For helsepersonell følger dette av straffeloven § 265 om trusler og § 286 om vold. Offentlige tjenestemenn er vernet av straffeloven § 155. Denne bestemmelsen får betydning for helsepersonell i offentlige helseforetak som fatter avgjørelser om tvungen behandling.

Påvirkning av yrkesutøvelsen

Voldsbegrepet omfatter også for eksempel spytting. En trussel kan fremsettes både muntlig og skriftlig eller komme til uttrykk ved kroppsspråk. Trusler om vold og overgrep er naturligvis straffbart, men trusselen trenger ikke gjelde en straffbar handling. Trusselen trenger heller ikke være egnet til å fremkalle alvorlig frykt. Det sentrale er at noen ved vold eller trusler forsøker å påvirke yrkesutøvelsen. Etter straffeloven § 265 kan dessuten skjellsord eller annen grovt krenkende ordbruk eller atferd være straffbart. Flere av eksemplene som Bjørke-Bertheussen nevner, vil kunne rammes av denne bestemmelsen.

En handling som rammes av en straffebestemmelse, er ikke alltid straffbar. For å kunne straffes må pasienten ha vært tilregnelig i gjerningsøyeblikket, og pasienten må ha utvist skyld. Med mindre pasienten

er psykotisk eller har en sterk bevissthetsforstyrrelse, vil både kravet om tilregnelighet og skyld normalt være oppfylt. Politiet vil uansett kunne gripe inn for å vareta enkeltpersoners sikkerhet dersom det er nødvendig, jf. politiloven § 7. En ansatt kan alltid be politiet om hjelp i akutsituasjoner.

Arbeidsgiver må legge til rette

Arbeidsmiljøloven stiller krav til det psykososiale arbeidsmiljøet. Arbeidsgiver skal sørge for at arbeidstakerne så langt det er mulig beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre, jf. arbeidsmiljøloven § 4-3 fjerde ledd.

«Arbeidsgiver skal kartlegge forhold ved arbeidssituasjonen som kan medføre at arbeidstaker blir utsatt for vold og trussel om vold»

«Vold og trusler» betyr ikke nødvendigvis det samme som i straffeloven, og beskyttelsen skal gjelde også uheldige belastninger utover dette. Arbeidstilsynet definerer vold og trusler som hendelser der en arbeidstaker blir fysisk eller verbalt angrepet og som innebærer en trussel mot deres sikkerhet, helse eller velvære. Trusler defineres som verbale angrep eller handlinger som tar sikte på å skade eller skremme en person. Vold defineres som enhver handling som har til hensikt å føre til fysisk eller psykisk skade.

Arbeidsgiver har derfor ansvar for å forebygge, håndtere og følge opp vold og trusler som en del av det kontinuerlige HMS-arbeidet. Arbeidsgiver skal kartlegge forhold ved arbeidssituasjonen som kan medføre at arbeidstaker blir utsatt for vold og trussel om vold, jf. forskrift om utførelse av arbeid kapittel 23A. Arbeidstakere skal få nødvendig

opplæring i forebygging og håndtering av vold- og trusselsituasjoner. Hvilke forebyggende tiltak utover det som arbeidsgiver eventuelt skal iverksette, må vurderes konkret i det enkelte tilfellet. Det kan for eksempel gjelde organisering av arbeidet eller utforming av det fysiske arbeidsmiljøet.

Alt må rapporteres

Dersom en arbeidstaker har blitt utsatt for vold eller trusler, skal arbeidsgiver sørge for at arbeidstakeren får nødvendig oppfølging i etterkant.

Vold og trusler skal registreres i avvikssystemene i virksomheten. Arbeidsgiver skal sørge for at alle personskader blir registrert. Registeret skal være tilgjengelig for verneombudet, arbeidsmiljøutvalget, bedriftshelsetjenesten og Arbeidstilsynet, jf. arbeidsmiljøloven § 5-1. Arbeidstaker har på sin side en plikt til å rapportere hendelser med vold og trusler til ledelsen.

Arbeidstilsynet opplyser at i bransjer der vold og trusler er en del av hverdagen, er arbeidstakerne ofte kjent med risikoen og har trening i å håndtere dem. Mange arbeidstakere lar derfor være å rapportere, kanskje fordi de tror at vold og trusler er noe de må tåle. Arbeidstakere som ikke har klart å forhindre en hendelse, kan også få skyldfølelse og unnlate å rapportere av den grunn. Dette er uheldig. Skal arbeidsgiver kunne bidra til forebygging og oppfølging slik loven forutsetter, bør episoder med vold og trusler rapporteres.

Dersom ansatte i offentlig sektor blir skadet som følge av vold eller trusler fra pasient, har Legeforeningen fremforhandlet bedre yrkesskadeforsikring enn etter loven. Dette gjelder også hvis skaden oppstår på fritiden.

HEGE SYNNE RAHM

hege.synne.rahm@legeforeningen.no
er advokat/rådgiver ved Avdeling for jus og arbeidsliv, Legeforeningen.

Omgitt av små helter

Anne Kathrine Sebjørnsen er overlege ved Nasjonal behandlingstjeneste for hørsel og psykisk helse ved Oslo universitetssykehus, Ullevål. Hun er spesialist i barne- og ungdomspsykiatri og har tidligere jobbet som fastlege.

– Ja, det finnes et nasjonalt behandlingstilbud innen psykisk helsevern for hørsels-hemmede! Vi tar imot døve, hørselshemmede, døvblinde og barn av døve foreldre fra hele landet, forteller Sebjørnsen.

Senteret bistår ved besøk på pasientens hjemsted, over telefon eller gjennom videokonferanse. Sebjørnsen forteller at dette er et høyspesialisert og komplekst fagfelt med

store utfordringer i forhold til kommunikasjon, men at senteret gir et tilbud med pasientens foretrukne kommunikasjonsform, enten det er norsk tegnspråk, taktilt tegnspråk, norsk talespråk, tegnstøttet tale, skriftlig kommunikasjon, tydelig tale, tegnspråktolk eller ved bruk av tekniske hjelpemidler.

Kan du fortelle om noe viktig som skjer i faget ditt for tiden?

Faget barne- og ungdomspsykiatri har aldri vært mer spennende enn nå. Vi forstår stadig mer om hva som former menneskehjernen, og fagfelt som genetikk, nevrologi, nevropsykiatri, nevroimmunologi og nevrofysiologi møter nå utviklingspsykologien. Det er spennende og morsomt å forholde seg til så mange fagfelt! Jeg jobber med en pasientgruppe som, i tillegg til hørselsproblematikk og psykiske vansker, kan ha flere somatiske tilstander. Min jobb er å tenke både helhet og detaljer rundt barnets vansker. Er det for dårlig tilrettelagt rundt hørselstapet, blir barnet mobbet, eller har barnet en udiagnostisert genetisk tilstand? Det er så mange faktorer som kan bidra til psykiske vansker, og det er viktig å identifisere dem for å gi riktig hjelp.

Det er litt av et privilegium å få jobbe med disse små heltene som møter hver dag med ekstra bagasje og et utrolig pågangsmot. De gir ikke opp! Det er lett å engasjere seg i barna og ungdommene «våre».

Kan du anbefale en ny og interessant artikkel?

Vi vet stadig mer om hvordan traumeerfaringer i barndom kan påvirke barns utvikling, ikke bare psykologisk sett, men også rent fysisk. En god oversiktsartikkel er *Biological embedding of childhood adversity*, som handler om hvordan traumeerfaringer i barndommen kan påvirke hjernens utvikling og forstyrre en rekke fysiologiske mekanismer (1).

Hva er ditt favoritt hjelpemiddel på jobb?

Mitt favoritt hjelpemiddel på jobb er YouTube. Jeg jobber blant annet med barn som har opplevd traumer og deres omsorgsgivere, og ser at det er viktig at det skapes en felles forståelse av vanskene. Det finnes gode videoer tilgjengelig fra blant annet Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging. Jeg vil anbefale *Toleransevinduet* av Dag Nordanger,



Foto: Christian Tunge



i tillegg til *Hvordan traumer former barnehjernen, Reguleringsstøtte, Samregulering og Traumefokusert omsorg*. Dette er videoer behandlere kan se sammen med, eller anbefale til, omsorgspersoner og andre instanser som møter barnet eller ungdommen i det daglige.

Når man forstår hva som ligger bak utfordrende atferd, bli det lettere å være en god hjelper!

Har du tips til personer vi kan intervju? Send en e-post til lisa.dahlbak.jacobsen@tidsskriftet.no

ANBEFALT LITTERATUR

- 1 Berens AE, Jensen SKG, Nelson CA. Biological embedding of childhood adversity: from physiological mechanisms to clinical implications. *BMC Med* 2017; 15: 135.



Kroppen er rar

Vi fastleger møter ofte pasienter med symptomer som verken vi eller noen andre klarer å forklare. Kanskje vi av og til blir nødt til å si: «Vet ikke, menneskekroppen er bare rar noen ganger.»

Fysiske smerter, svimmelhet og tretthet – det er bare noen få eksempler på symptomer pasienter opplever en gang iblant. For noen blir det så uttalt eller så langvarig at de oppsøker fastlegen. Ofte finner vi en årsak i løpet av et par konsultasjoner, andre ganger forsvinner symptomene av seg selv. Da pleier både pasient og lege å bli fornøyd. Andre ganger er det mer komplisert.

«Legeyrket hadde vært ganske kjedelig hvis vi alltid jobbet med enkle diagnoser»

De kompliserte symptombildene kan være frustrerende og tære på både lege og pasient. Men legeyrket hadde vært ganske kjedelig hvis vi alltid jobbet med enkle diagnoser. Å løse medisinske mysterier er en av gledene ved yrket. Men hva hvis de ikke lar seg løse?

Hva hvis månedene går og alt vi har er normale prøver? Når blod, urin og avføring er blitt sendt til laboratorier på kryss og tvers av landet og alle prøvesvar er normale. Når røntgen-, ultralyd-, CT- og MR-undersøkelser alle viser strukturer så flotte at de kunne blitt brukt som normalbilder i lærebøkene. Når man har bedt om hjelp hos titalls spesialister, som ikke har noe å bidra med. Ja, når selv spytt og svette er blitt samlet i håp om å treffe en usannsynlig diagnose – men ingenting slår ut. Hva gjør vi?

På et eller annet tidspunkt må vi konkludere med at vi ikke forstår hvor plagene til pasienten kommer fra. Det er en ubehagelig løsning, for det kan virke som om vi gir opp. Det kan fremstå som en «enkel utvei» eller få oss til å føle oss inkompetente som leger. Og – ikke minst – vi skuffer pasientene våre.

En diagnose fra psykiatrien som ofte blir brukt i slike situasjoner, er somatoforme lidelser. En av utfordringene med en slik diagnose er at pasienten føler at han/hun blir satt i en psykiatribås som de ikke nødvendigvis kjenner seg igjen i. «Hvordan kan det være psykisk når jeg føler at det er fysisk?» er en reaksjon mange pasienter vil få, og den er berettiget. Et navn som virker å være i stadig økt bruk blant fastlegekolleger i Norge er MUPS. Det står for «medisinsk uforklarlige plager og symptomer» og er kanskje en ærligere variant. I en norsk studie fra 2014 fant man at pasienten i hele 3 % av konsultasjonene til norske allmennpraktikere led av MUPS (1).

Uansett hva vi kaller det er det noen ganger viktig å innrømme at

vi ikke vet. Det er en krevende diagnose å sette, rent medisinsk, for vi kan aldri utelukke absolutt alle sykdommer som kan føre til pasientens symptomer. Og når vi først har bestemt oss for at vi ikke klarer å løse problemet, da gjenstår den virkelige utfordringen: Å hjelpe pasienten.

Hjelpen består i å forklare at dette på ingen måte betyr at pasienten aldri vil bli bedre. Det er å vise at vi tar pasienten på alvor. At vi ikke påstår at «det sitter mellom øra» eller at det bare er pasienten som har litt «vondt i vilja».

Kanskje er det ikke så nyttig å si at vi ikke vet, men det kan faktisk ha en positiv effekt for pasienten. Å lete uten å finne svar kan være et tilleggspørsmål som forverrer symptomene. Ved å være ærlig om at vi ikke vet, kan vi i alle fall fjerne den delen av å være syk. Og selv om vi ikke vet hva det er, har vi utelukket at det er noe livstruende. Pasienten må føle seg trygg på at vi har gjort alt som kan gjøres i vitenskapens navn for dem. Det siste er spesielt viktig, så de ikke blir fristet til å oppsøke potensielt livsfarlige alternative behandlingsmetoder.

Når vi slutter å utrede, kan vi konsentrere oss om å behandle symptomene. Målet er tross alt høyest mulig livskvalitet for pasientene våre. Det innebærer at vi noen ganger må finne hvordan man skal leve med plagene heller enn hvordan man skal kurere dem. I en Cochrane-analyse har man gjennomgått og analysert litteratur på effekt av forskjellige behandlingsmetoder ved MUPS (2). Den systematiske oversikten gir dessverre ikke noe sikkert svar på hva vi må gjøre.

Det dreier seg om en heterogen pasientgruppe med behov for individualisert oppfølging. Fysikalsk behandling, medisiner, sykmeldinger og andre tiltak må tilpasses den enkelte. Men første steget for å kunne hjelpe er å innse det selv og prøve å forklare pasienten på en skånsom måte at menneskekroppen noen ganger rett og slett er litt rar.



KAVEH RASHIDI

kavehrashidi@gmail.com

(f. 1988) er fastlege på Schouslegene, universitetslektor ved Universitetet i Oslo og forfatter.

LITTERATUR

- 1 Aamland A, Malterud K, Werner EL. Patients with persistent medically unexplained physical symptoms: a descriptive study from Norwegian general practice. *BMC Fam Pract* 2014; 15: 107.
- 2 Rosendal M, Blankenstein AH, Morriss R et al. Enhanced care by generalists for functional somatic symptoms and disorders in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 10: CD008142.

Verdikonflikter, rollekonflikter og profesjonell atferd

Etiske dilemmaer er uunngåelige i medisinsk praksis, og hverdagsdilemmaer kan være vel så viktige som de mer sjeldne.

Mange etiske dilemmaer er både dramatiske og mye diskutert, som eutanasi, reservasjon mot å utføre abortingrep og spørsmål om når det er riktig å avslutte en behandling. Mindre dramatiske dilemmaer kan imidlertid være vel så vanlige i den praktiske hverdagen, og likevel være gjenstand for mindre oppmerksomhet. Eksempler på slike «hverdagsdilemmaer» er spørsmål om det er riktig å forskrive medikamenter til familiemedlemmer eller kolleger, motta gaver fra pasienter eller henvisne til, eller tilby, behandling utelukkende fordi pasienten ønsker det.

Paradoksalt nok ser det ut til at mer sjeldne dilemmaer får større oppmerksomhet enn de mer vanlige, samtidig som hverdagsdilemmaene kan medføre større moralsk stress for den enkelte lege.

Etiske dilemmaer oppstår fordi en handling innebærer en verdikonflikt. Å balansere pasientautonomi mot profesjonelt skjønn er et typisk eksempel – ikke minst i moderne medisin hvor pasientens selvbestemmelse spiller en mer fremtredende rolle enn under tidlige tiders paternalistiske regimer. Eksemplet illustrerer også betydningen av kontekst og det situasjonsbetingede i hva man forstår som moralske verdier: Innebærer situasjonen en konflikt mellom verdier i det hele tatt? Hvilke verdier står på spill? Slik beskrevet ser vi også at dilemmaer ikke bare oppstår som resultat av konflikter mellom moralske verdier, men også som resultat av konflikter mellom ulike profesjonelle roller.

I dag skal legen være pasientens advokat, ha ansvar for god bruk av samfunnets ressurser og handle i tråd med profesjonelle standarder. Legg til at legen ikke bare er en profesjonell, men også et individ med personlige verdier og private forpliktelser som kan være utfordrende å balansere mot de profesjonelle pliktene.

For å få større innsikt i hvordan leger tenker om etiske dilemmaer gjennomførte vi i 2014 en undersøkelse blant et representativt utvalg av norske leger (1). Vi presenterte en liste på 41 potensielle dilemmaer, både liv-død-problemstillinger og mer hverdagslige. Listen ble konstruert på basis av diskusjoner i litteraturen og erfaringer fra klinisk praksis. Den kunne åpenbart vært lengre, men samtidig fanger den opp situasjoner som mange leger vil gjenkjenne. Vi spurte om legen anså hvert tilfelle som et dilemma i det hele tatt, og om hun/han ville ha utført handlingen.

Det mønsteret vi fant, var at legene i stor grad var enige om hva de ville gjort i ca. halvparten av situasjonene. En stor majoritet sa for eksempel at de aldri ville skjule eller bagatellisere en betydelig feil, eller bevisst bagatellisere en malign diagnose eller et risikabelt inngrep. Tilsvarende sa en stor majoritet at de ville tvangsføre en alvorlig underviktig pasient med anoreksi, forskrive ikke-vanedannende legemidler til seg selv eller familien og opptre som sakkyndig vitne i en rett. I alle tilfellene erkjente legene at situasjonene innebar etiske dilemmaer, men de ville likevel (ikke) ha utført oppgaven.

Vi var særlig interessert i de tilfellene der det var større variasjon i svarene. Vi antar at sprikende vurderinger av hva som er riktig å gjøre, kan medføre økt moralsk stress, fordi det i større grad blir opp til den enkelte å ta stilling. Mange av de dilemmaene der varia-



Illustrasjonsfoto: Pixtal/NTB scanpix

sjonen var stor, gjaldt situasjoner hvor kontekstuelle endringer, som endringer i lovverk, organisering eller pasientens rolle, involverer større press på legerollen. Et eksempel er forskrivning av antibiotika fordi pasienten ber om det. Både fra et samfunnsmessig og profesjonelt perspektiv bør legen bidra til redusert antibiotikabruk. Samtidig er pasientrettigheter stadig viktigere. Sterkere konflikter mellom ulike roller fører til økt press.

Et annet eksempel er å fortsette å gi pasienter belastende kurativ behandling når prognosen er meget dårlig. Den raske utviklingen av nye kreftmedisiner, og økte forventninger til at det skal finnes en kur, har ført til at pasienter og pårørende etterspør behandling på tross av dårlige prognoser. Både faglige og samfunnsmessige hensyn om rettferdig ressursfordeling kan komme i konflikt med dette. Ikke bare pasienter, men også leger, kan være pådrivere for nye, mangelfullt begrunnede behandlingsmetoder. Da kan det oppstå en konflikt mellom legen på den ene siden og pasienten og samfunnet på den andre.

Helsetjenesten gjennomgår omfattende endringer i de fleste vestlige land. Et resultat av dette er at også legerollen endres. I denne situasjonen er det grunn til å vie rolle- og verdikonflikter større oppmerksomhet. Det involverer å utvide perspektivet til å inkludere legenes ulike roller og å inkludere en større bredde av potensielle verdikonflikter i diskusjoner om etiske dilemmaer.

Teksten ble opprinnelig publisert som blogginnlegg på engelsk i Journal of Medical Ethics. Gjengitt med tillatelse.

BERIT BRINGEDAL

LEFO – Legeforskningsinstituttet

LITTERATUR

- 1 Bringedal B, Isaksson Rø K, Magelssen M et al. Between professional values, social regulations, and patient preferences: Physicians' perceptions of ethical dilemmas. *Journal of Medical Ethics*. E-publisert 18. november 2017. <http://jme.bmj.com/content/early/2017/11/18/medethics-2017-104408?paperoc=21.12.2017>.

Veileder, retningslinje, prosedyre

Faglige anbefalinger i helsetjenesten har som formål å kvalitetssikre og standardisere virksomheten. Også betegnelsene på slike anbefalinger bør kvalitetssikres og standardiseres bedre.

Helsetjenesten styres hovedsakelig gjennom rettslige virkemidler (lover, forskrifter, avtaler etc.), økonomiske virkemidler (bevilgninger, budsjetter, finansieringsordninger etc.) og organisatoriske virkemidler. I økende grad brukes også faglige styringsmidler i form av normerende anbefalinger som kan utarbeides av nasjonale helsemyndigheter, institusjoner, fagmiljøer, profesjonsgrupper eller andre. Målet er å redusere uønsket variasjon og å bedre kvaliteten i tjenestene.

Både formen og betegnelsen på slike dokumenter varierer, og autoriteten av anbefalingene vil avhenge av hvem som står bak, og hvordan dokumentene er formulert.

Betegnelsene på slike anbefalinger er neppe alltid like gjennomtenkte, og terminologien er dårlig standardisert. Ikke minst er helsemyndighetenes terminologi innen kreftomsorgen forvirrende. Her benyttes blant annet betegnelser som *handlingsplan*, *handlingsprogrammer*, *pakkeforløp* og *screeningprogram* (1).

Verken språkspalten eller forfatteren er gitt noen definisjonsmakt på dette området. Dette forsøket på en avklaring bygger på inntrykk og refleksjoner etter å ha lest mange dokumenter med ulike betegnelser, og innebærer et ønske om mer entydige betegnelser.

De mest overordnede dokumentene er de nasjonale *strategiene*, for eksempel *Nasjonal strategi for innvandrers helse* (2) og *strategien for ikke-smittsomme folkesykdommer* (3) som inneholder politiske mål. Tre betegnelser går igjen på de mer konkrete anbefalingene, nemlig *veileder*, *retningslinje* og *prosedyre* (tab 1) (4). Flere sykehus samler slike anbefalinger i en *metodebok*.

Veileder

Veileder er den minst presise betegnelsen. En veileder kan være et relativt overordnet dokument som gir føringer på et bredt

Tabell 1 Veiledere, retningslinjer og prosedyrer kan betraktes som deler av et hierarki, slik disse eksemplene viser. *Veiledere er mest omfattende og overordnet, og prosedyrer er mest avgrenset og detaljert* (4)

Veileder	Overordnet, oftest omfattende dokument som gir organisatoriske og/eller faglige føringer, gjerne på nasjonalt nivå, for et fagområde, for eksempel <i>Vaksinasjonsveilederen</i> fra Folkehelseinstituttet.
Retningslinje	Systematisk utarbeidet og normgivende anbefaling først og fremst for håndtering av en klinisk problemstilling eller situasjon, for eksempel <i>Nasjonal faglig retningslinje for diabetes</i> fra Helsedirektoratet.
Prosedyre	Detaljert beskrivelse av en fremgangsmåte for å utføre en bestemt og avgrenset aktivitet eller en prosess, for eksempel <i>Sårstell av venøse leggsår</i> fra Oslo universitetssykehus.

område, gjerne både organisatorisk og medisinsk. Anbefalinger om pasientrettigheter og tidsfrister for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten kalles for eksempel *prioriteringsveiledere* (5). «Overordnet» kan bety at anbefalingene er generelle, og at målgruppen er stor, som *Helsedirektoratets Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* (6). Det kan også bety at dokumentet er omfattende, nærmest en oppslagsbok, som *Smittevernveilederen* (7) fra Folkehelseinstituttet, eller en samling retningslinjer som *Norsk barnelegeforenings Generell veileder i pediatri* (8).

En veileder kan også være en utdypning av en forskrift, en beskrivelse av anbefalte organiseringsformer, eller en bruksanvisning til hjelp i en søknadsprosess, en utdanning eller lignende.

Retningslinje

En *retningslinje* (*guideline* på engelsk) har som regel et smalere og mer handlingsrettet innhold enn en veileder og er oftest knyttet til kliniske problemstillinger.

I Helsedirektoratets veileder (!) for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer definerer man slike dokumenter som «systematisk utarbeidede råd og anbefalinger knyttet til forebygging, diagnostikk, behandling og/eller oppfølging av pasient-, bruker- eller diagnosegrupper innenfor helse og omsorgstjenestene» (9). Retningslinjer utarbeides av fagmiljøer, profesjonsforeninger, helseinstitusjoner og myndigheter. Det er bare Helsedirektoratet som har mandat til å lage nasjonale faglige retningslinjer.

Anbefalingene som gis i slike nasjonale

retningslinjer er ikke rettslig bindende, «men beskriver nasjonale helsemyndigheters oppfatning av for eksempel hva som er god faglig praksis, hvordan relevant regelverk skal tolkes og hvilke prioriteringer mv. som er i samsvar med vedtatt politikk for helse- og omsorgstjenesten» (10).

Prosedyre

En *prosedyre* er en fremgangsmåte for å utføre en aktivitet eller en prosess (11). Mens retningslinjer angir *hva* som bør gjøres i gitte situasjoner, er prosedyrer konkrete beskrivelser av *hvordan* avgrensede oppgaver bør utføres. Prosedyrer kan i tillegg til å beskrive en anbefalt metode også inneholde detaljert informasjon om hvem som skal gjøre hva, hvor nødvendig utstyr finnes, aktuelle navn, telefonnummer etc.

Tradisjonelt er prosedyrer i helsetjenesten blitt utarbeidet lokalt, for eksempel i sykehusavdelinger, noe som har gitt et mangfold av anbefalinger av hvordan samme oppgave bør løses. Et nasjonalt nettverk for å samordne og kvalitetssikre utarbeiding av fagprosedyrer har redusert antall ansatte ved helseforetakene som er involvert i slikt arbeid, men fra 2009 til 2016 har antall fagprosedyrer i spesialisthelsetjenesten likevel økt fra ca. 46 000 til ca. 99 000 (12).

MAGNE NYLENNA

magne@nylenna.no

(f. 1952) er bl.a. redaktør av *Medisinsk ordbok* og medlem av Gruppe for norsk medisinsk fagspråk.

LITTERATUR

- 1 Helsedirektoratet. Krefte. <https://helsedirektoratet.no/kreft> (25.8.2017).
- 2 Likeverdige helse- og omsorgstjenester - god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2013. https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf (25.8.2017).
- 3 NCD-strategien. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2013. https://www.regjeringen.no/contentassets/e62aa5018afa4557ac5e9f5e7800891f/ncd_strategi_060913.pdf (25.8.2017).
- 4 Nylenna M. Medisinsk ordbok. 8. utg. Oslo: Kunnskapsforlaget, 2017.
- 5 Prioriteringsveiledere i spesialisthelsetjenesten. <https://helsedirektoratet.no/prioritering/prioriteringsveiledere-for-spesialisthelsetjenesten> (25.8.2017).
- 6 Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. IS-2651. Oslo: Helsedirektoratet, 2017. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>(25.8.2017).
- 7 Smittevernveilederen. <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/> (25.8.2017).
- 8 Norsk barnelegeforening. Veileder i pediatri. Tromsø: Den norske legeforening, 2012. <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/pediatri/forside>(25.8.2017).
- 9 Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer. IS-1870. Oslo: Helsedirektoratet, 2012. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-for-utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer> (25.8.2017).
- 10 Prop. 91 L (2010-2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven): 272. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-91-l-20102011/id638731/> (25.8.2017).
- 11 Norges standardiseringsforbund. Systemer for kvalitetsstyring: grunntrekk (ISO 9000:2000). Oslo: Norges standardiseringsforbund, 2000.
- 12 Strand G. Prosedyrearbeid - fortsatt meningsløst mangfold? Om arbeid med fagprosedyrer i helseforetak i Norge. Masteroppgave. Oslo: Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2016. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/54050/Master-Grete-Strand-nov-2016.pdf?sequence=1>(25.8.2017).



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

 Tidsskriftet

Det kom et skip til...

Nå i disse hoste-og-harke-tider kan man undre seg over at legevitenenskapen ikke er kommet lenger og har funnet en kur mot forkjølelse. I en originalartikkel i Tidsskriftet nr. 18/1933 blir det redegjort for et vaksineforsøk i Longyearbyen. Artikkelen innledes slik: «Man hører ofte snakk om den rene, 'bakteriefrie' luft i polaregnene, hvor forkjølelser aldri skal forekomme.» Men som i 1349 kom smitten utenfra – «en svær topp like etter at første båt er kommet». Og resultatet? «Vaksinen synes å ha vært helt virkningsløs» (Tidsskr Nor Lægeforen 1933; 53: 958–66).

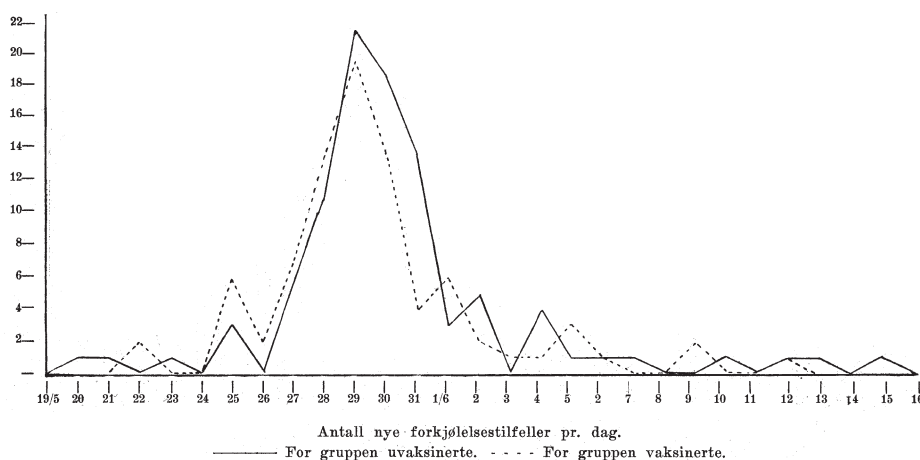
Forkjølelseepidemier på Svalbard. Et forsøk med profylaktisk vaksinasjon.

Av Johan Friis, Sarpsborg.

Kommer man til Svalbard i begynnelsen av sommersesongen, får man inntrykk av at alle gruvebyens innvånere er mere eller mindre forkjølet. Overalt treffer man hostende mennesker. Den første uken etter at jeg var tiltrådt som verkslæge, i juni 1930, hadde man 319 tapte skift på grunn av forkjølelser. Jeg fikk straks interesse for disse forkjølelser og begynte å føre statistikk over de nye tilfeller med derav følgende sykmeldinger. (...)

På kurvene gjenfinnes følgende felles trekk: Få forkjølelser om vinteren, mest på forvinteren, så avtagende mot tiden for første båt, da der er næsten fritt for forkjølelser. Så kommer en svær topp like etter at første båt er kommet. Ut over sommeren synker så kurven temmelig raskt, for så å vise en ny topp om høsten, omkring tiden for siste båt. Denne topp gjentar sig begge observasjonsårene og er noget påfallende. Det må sikkert settes i forbindelse med det ikke ubetydelige folkeskifte, som foregår med de siste båter. Jeg har fått inntrykk av at det for en stor del er de nyankomne, som blir forkjølet på denne tid. (...)

Etter å ha iaktatt epidemiene 1930 og 1931 henvendte jeg mig til Statens institutt for folkehelsen og fikk ved elskverdig imøtekommenhet fra direktør Aaser stillet til rådighet en større porsjon antikattarvaksine, for å foreta profylaktiske injeksjoner. Det blev mig oplyst at det var likegyldig når vaksinasjonen blev foretatt, og jeg valgte da å foreta injeksjonene i løpet av mai måned. Den av instituttet angivne teknikk: 1ste injeksjon ½ cm. Derefter med 5 dagers mellomrum 3 injeksjoner å 1 cm., blev fulgt så nøie som mulig. Injeksjonene blev foretatt subkutan på brystet like under clavícula. Nogen komplikasjoner ved injeksjonene så jeg ikke.



Angående utvelgingen av materialet er følgende å bemerke: Mannskapene på styrkelisten blev først inndelt i to like grupper etter loddrekning, og jeg hadde til hensikt å vaksinere den ene gruppe. Imidlertid var det så mange som motsatte sig injeksjonene, at jeg måtte opgi denne inndeling og istedenfor vaksinere alle dem som ønsket det. Herved er imidlertid de to gruppernes ensartethet blitt noget forstyrret, idet man må anta at gruppen vaksinerte har fått nogen overvekt på personer, som er særlig mottagelige for forkjølelser. Av den først uttatte gruppe er fortrinnsvis uteblitt de som har pleid å være minst plaget av forkjølelser, av den annen gruppe er der så kommet til de som erfaringsmessig har vært mest plaget av forkjølelser. (...)

Mitt egentlige materiale kommer da til å omfatte 186 vaksinerte og 247 uvaksinerte av overvinterne, og 51 nyankomne, også uvaksinerte.

Av de 186 vaksinerte er der observert 87 tilfeller av forkjølelser. (46,8 pct.). 61 har måttet sykmeldes. (32,8 pct.). På de 61 mann faller der i alt 180 tapte skift, svarende til 2,95 skift pr. mann.

Av de uvaksinerte er observert 96 tilfeller (38,9 pct.). 74 har måttet sykmeldes (30 pct.). På disse 74 faller 203 tapte skift (2,74 pr. mann).

For å undersøke om vaksinasjonen skulde ha nogen innflydelse på tiden for forkjølelsens utbrudd, søkte jeg ved alle nye tilfeller med en gang å få fastslått begynnelsesdagen. Som man ser av den vedføyde kurve, er der ingen merkbar forskjell mellom de to grupper. (...)

Det synes altså som om der ved møtet mellom overvinterne og de nyankomne opstår en epidemi, som rammer til begge sider, men som rammer de overvintrende hardest. (...)

Angående virkningen av vaksinen må det være berettiget å si at vaksinen synes å ha vært helt virkningsløs. Tallene for gruppen vaksinerte ligger i enhver henseende ugunstigst an. At sykigheten er større innen denne gruppe enn innen kontrollgruppen må sikkert tilskrives gruppen vaksinertes overvekt av særlig forkjølelses-mottagelige individer.

Man kan naturligvis tenke sig at vaksinen har tapt noget av sin virkning under lagringen. Imidlertid har den hverken vært utsatt for sterk varme eller for frost. At vaksinen helt skulde miste sin virkning fra høst til vår, har man neppe tenkt sig muligheten av, siden det intet blev oplyst herom ved utlevering av vaksinen.

Legen er mer enn medisinsk ekspert



LÆGENS ROLLER

Louise Binow Kjær, red.
199 s, tab, ill. København:
FADL's Forlag, 2017.
Pris DKK 300
ISBN 978-87-7749-902-9

Målgruppen er medisinstudenter og yngre leger i Danmark. Forfatterne diskuterer de rollene en lege har i tillegg til å være medisinsk ekspert, og boken er derfor tematisk forankret i den danske Sundhedsstyrelsens beskrivelse av «de 7 lægeroller» fra 2013 (1) og tradisjonen i land som Canada, USA og Storbritannia.

Boken er inspirert av redaktørens arbeid

som leder av *professionssporet* (langsgående tema) ved medisinstudiet i Århus. Boken er lettlest, og teksten brytes fint opp av fakta-, case- og stop og tenk-bokser. Kapitlene avsluttes med «Take-home-message» og en litteraturliste.

De 11 kapitlene er forfattet av 18 forfattere, og boken er delt i to deler: *Kjernekompetencer i lægelig professionalisme* og *En god start på lægelivet*. Den første delen har syv kapitler: *At blive professionel som læge*, *Introduktion til sundhedslovgivningen for lægestuderende*, *Klinisk etikk for lægestuderende*, *Patientcentrert kommunikation: Samtalens struktur og redskaper*, *Feedback og supervision*, *Lægen som leder* og *Lægen som forsker*. Den andre delen består av de fire kapitlene *Overgangen til lægelivet*, *Sundhedsvæsenets organisation, politisk styring og finansiering*, *Lægen i det tværfaglig samarbejde* og *Hva slags læge vil jeg være?* Ett par av kapitlene gjelder det danske samfunnet og er derfor mindre relevante for norske forhold.

Boken gir en kortfattet, helhetlig og god oversikt over det særlig viktige faktum at legen er så mye mer enn en medisinsk

ekspert. Legen har også roller som leder, akademiker, helseopplyser, kommunikator og samarbeidspartner. Til sammen definerer dette den profesjonelle lege.

Jeg anbefaler boken fordi vi i norsk medisinerutdanning forholder oss til rolleforståelse på en mer usynlig og distansert måte, gjennom blant annet beskrivelse av læringsutbytter og læringsmål både i grunnutdanningen og i den nye spesialistutdanningen, og fordi vi ikke har en slik bok.

Selv om boken passer best for den danske målgruppen den er tiltenkt, vil både norske medisinstudenter, leger i spesialisering og alle som har roller i medisinsk utdanning, ha nytte av den.

IVAR SKJÅK NORDRUM

Studieprogramleder for profesjonsstudiet i medisin og professor i rettsmedisin, Fakultet for medisin og helsevitenskap
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

LITTERATUR

- 1 Lægers syv roller. København: Sundhedsstyrelsen, 2013. <https://www.sst.dk/da/nyheder/2013/laegers-syv-roller> (16.10.2017).

Nytt og nyttig for veiledere



PROFESJONELL UTVIKLING OG FAGLIG VEILEDNING

Kari Killén
Et fellesfaglig perspektiv.
5. utg. 283 s. Oslo: Gyldendal
Akademisk, 2017.
Pris NOK 429
ISBN 978-82-05-50073-0

Denne boken er en «klassiker» blant norske bøker om helse- og sosialfaglig veiledning. Første utgave kom i 1979. Forfatterens begrunnelse for enda en ny revidert utgave, den femte i rekken, er en stadig økning av relevant forskningsbasert kunnskap om omsorgssvikt, traumer, stress og sykdomsskapende utviklingstrekk i vårt moderne

samfunn. Avstanden mellom praksis og den kunnskap som er tilgjengelig, er lang og økende. Alle utdanninger som har helsefremmende, relasjonsbasert arbeid som et primært siktemål, trenger stadig fornyelse og oppdatert kunnskap for å møte personer og familier som søker hjelp, på en faglig etisk forsvarlig måte. For å lykkes med dette er det en økende erkjennelse av behovet for veiledet praksis i utdanningen av alt helse- og sosialpersonell, inkludert leger og pedagoger.

Gjennom syv kapitler gjennomgår forfatteren veiledningens ulike former, målsettinger, funksjoner, hjelpemidler, prosesser og metoder. Hovedvekten er lagt på individuell veiledning. Gruppeveiledning er fyldig omtalt i et særskilt kapittel. Forfatteren gir mange konkrete eksempler på hvordan et tillitsfullt og ansvarlig forhold, der veileder og veiledet begge er aktive, kan utvikles positivt. Boken inneholder også mange lærerike eksempler på hvordan man kan motvirke motstand, motløshet og negativitet i veiledningsforhold.

I pågående revisjoner av norske medi-

sinske grunnutdanninger er veiledning i relasjons- og kommunikasjonskompetanse anerkjent som et viktig element. I Tromsø er denne veiledningen obligatorisk, gruppebasert og foregår gjennom hele studieforløpet. Kolleger som nå pålegges veiledningsoppgaver for medisinstudenter, vil ha stor nytte av denne boken.

Om man ikke kan prioritere å lese hele boken, vil jeg anbefale to sentrale kapitler: *Faser og utfordringer i profesjonell utvikling* og *Gruppeveiledning*. Disse har referanser til utfyllende lesing i øvrige kapitler. Mange praktiske eksempler på gjennomføring av veiledningssamtaler er godt beskrevet. Forfatterens refleksjoner, der hun forankrer eksemplariske praksissituasjoner til teoretisk kunnskap, bidrar vesentlig til bokens kvalitet og nytteverdi.

IVAR J. AARAAS

Professor, Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet

En god bok nummer to



LÆR DEG STATA

Kristen Ringdal,
Øyvind Wiborg
Innføring i statistisk data-analyse. 295 s, tab, ill. Bergen: Fagbokforlaget, 2017. Pris NOK 449
ISBN 978-82-450-2058-8

Programvaren Stata, nå i versjon 15, er et generelt verktøy og programvare for visualisering og statistisk analyse av data. Denne boken er en av få på norsk om Stata, skrevet av forfattere med utgangspunkt i sosiologi og samfunnsvitenskap. Helsepersonell er blant målgruppene, og forfatterne benytter bl.a. også et datasett om depresjon for å illustrere konstruksjon av skala. Boken

er innholdsrik, godt illustrert, har mye plass til å notere i og dekker mange felt innen både statistisk analyse og bruk av programvare.

Oppbyggingen er forholdsvis tradisjonell, der man laster inn forskjellige datasett og underveis blir introdusert for de muligheter, utfordringer og prosedyrer som Stata tilbyr for håndtering og analyse. Ispedd dette presenterer forfatterne noe statistisk teori og veiledning som underbygger valg av analysemetode og skisserer alternative tilnæringer. Innimellom er det en del øvelser som leseren kan gjøre. På det tilhørende nettstedet finnes det kommentarer til øvelsene, trykkfeilliste og de fleste data og DO-filer. Det mangler stikkordregister, en stor svakhet fordi det begrenser nytteverdien som oppslagsbok.

Selv om det er eksempler på bruk av nedtrekksmenyer (pek og klikk), fremhever forfatterne det som er Statas fortrinn fremfor alternativ programvare: en enkel, konsistent og transparent kommandosyntaks. Kommandoene gjør det mulig å tilpasse analysen fleksibelt, og ikke minst gjør det enkelt å dokumentere hva man har gjort

underveis. Stata har stort sett informativ og nøysom «output» og god og konsistent dokumentasjon. Videre gir forfatterne flere eksempler på hvordan man kan hente inn programsnutter for spesielle formål, som er utviklet i det internasjonale brukermiljøet.

Hvis vi ser bort fra den tradisjonelle og forutsigbare omtalen av t-tester, khikvadrat-tester osv., mener jeg at styrken særlig ligger i omtalen av verktøy relevant for samfunnsvitenskapene som skala og indekstruksjon, i tillegg til strukturligningsmodeller (kapittel 7).

Til tross for tittelen er dette neppe noen innføringsbok, snarere en god bok nummer to for dem som allerede både kan en del statistikk og Stata fra før. Behovet for rask veksling mellom teoretisk grunnlag og praktisk anvendelse gjør at det blir litt snaut og knapt i begge ender. Så hvis boken skal brukes på et innføringskurs, må det være med sterk lærerstøtte.

EIRIK SKOGVOLL

Professor, Fakultet for medisin og helsevitenskap
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Lettlest tungvekter om personlighet



PERSONLIGHET

Sigmund Karterud
239 s, tab, ill. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2017. Pris NOK 399.
ISBN 978-82-05-50099-0

I forordet definerer forfatteren sitt prosjekt på følgende måte: «Formålet med denne boken er å utlegge en moderne og overordnet personlighetsteori som kan reorganisere mye av den kunnskapen vi allerede har og formulere dette i et språk som er forståelig og anvendelig for den opplyste allmennhet.» Det er således ingen liten oppgave han tar på seg.

Forfatteren presenterer en aktuell og relevant personlighetsteori som bygger

på de tre hovedkomponentene temperament (primære emosjoner), tilknytning og mentalisering (selvbevissthet). Dette er en forståelse av personlighetsbegrepet som ligger i tiden, og som er godt forskningsmessig dokumentert.

Særlig interessant er det at det også anlegges et evolusjonært perspektiv, hvilket betyr at det presenteres hypoteser for hvorfor og hvordan de høyere psykiske funksjonene, som er grunnlaget for menneskelig personlighet, har utviklet seg.

De 14 kapitlene er fordelt på fem deler. Første del omhandler personlighetsbegrepet, og i annen del går forfatteren systematisk gjennom personlighetens tre grunnpilarer temperament, tilknytning og mentaliseringsevne. Her er kapitlet om temperament relativt langt og kanskje det vanskeligst tilgjengelige for bokens definerte målgruppe. Tredje del dreier seg om personlighetstrekk med særlig søkelys på femfaktor-modellen, mens fjerde del handler om ulike personlighetstyper. I den femte delen konsentrerer forfatteren seg om personlighet i et livsløpsperspektiv og spesielt spørsmålet om personligheten kan endres gjennom psykoterapi.

Boken er gjennomarbeidet og preges av et godt, lettlest språk. Fagterminologi og vanskelige ord forklares konsekvent, dog på en slik måte at det ikke forstyrrer flyten i teksten eller virker avskrekkende på den mer initierte leser. Teksten er krydret med mange kulturelle referanser og personlige bemerkninger, noe som er med på å levendegjøre både språk og innhold.

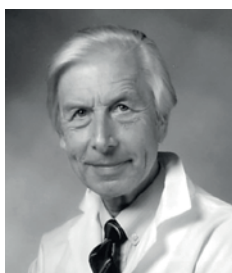
Man behøver ingen spesielle forkunnskaper innen fagfeltet for å ha utbytte av boken, som er pedagogisk oppbygd med korte og poengterte sammenfatninger i slutten av hvert kapittel. For den som ønsker å fordype seg ytterligere, finnes det gode referanselister etter hvert kapittel.

Jeg vil konkludere med at forfatteren med god margin har oppfylt sitt ambisiøse mål. Boken anbefales den opplyste allmennhet, men den vil også kunne leses med utbytte av alle profesjonsgrupper innen det psykiske helsevern.

HANS OLE KORSGAARD

Klinikkoverlege, Nic Waals Institutt
Lovisenberg Diakonale Sykehus

OTTAR HEGGØ



Tidligere avdelingsoverlege Ottar Heggø døde i sitt hjem i Bergen 12. april 2017, 94 år gammel. Han ble født i Stongfjorden i Askvoll kommune 18. januar 1923, tok eksamen artium i 1943 ved Firda Lands gymnas i Sandane og medisinsk embetseksamen ved Universitetet i Oslo i 1952.

Hans første legejobb var som assistent for distriktslegen i Lista åtte måneder i 1953, etterfulgt av to år som assistentlege ved Notodden sykehus, og kandidat tjeneste ved Fylkessykehuset i Haugesund. Der fikk han også et halvt års vikariat ved Sanitetsforeningens Revmatismesykehus, noe som til en viss grad ble bestemmende for hans videre yrkesvalg. Hans kirurgiske utdanning brakte ham videre til Fylkessykehuset i Odda som reservelege i to år, og til Haukeland sykehus som reservelege 1959–62. Han ble spesialist i generell kirurgi i 1962.

Ønsket om en karriere innen akademien

ble styrket i løpet av ett år som assistentlege ved Gades institutt avdeling for patologi. Og da det nyopprettede Anatomisk institutt ved Universitetet i Bergen søkte etter universitetslærere, fikk han stilling som prosektor i human anatomi. Han tilbragte de neste to årene med forskning, undervisning av medisinstudenter og oppbygging av et nytt institutt. Han utarbeidet en grundig disseksjonsveiledning til undervisningen og fikk publisert fem vitenskapelige artikler i høyt rangerte tidsskrifter, som *Lancet* og *Acta Pathologica*, om sine mikrodiseksjonsstudier av cystiske nyrer.

Savnet av klinisk kirurgi førte imidlertid til at han aldri fikk fullført sin doktoravhandling. Han begynte i 1965 på en ny spesialistutdanning, nå i plastikkirurgi. Først tilbrakte han 1 ½ år hos overlege Schjelderup ved Hospitalet Betanien i Bergen, deretter to år ved Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg og Akademiska sjukhuset i Uppsala, hvor han fikk et nært og godt samarbeid med Sveriges fremste plastikkirurg, professor Tord Skoog. I disse årene publiserte han flere kliniske arbeider fra det plastikkirurgiske feltet, som rekonstruksjon etter ansiktsskader ved trafikkulykker, etter facialisparese o.a.

Kirurgisk utdanning på den tiden betydde mange flyttinger og oppbrudd. Familien ønsket seg tilbake til Bergen, og en reservelestilling ved Kysthospitalet i Hagavik åpnet for det. Ombygging og utvidelse av Diakonissehjemmets klinikk Haraldsplass til offentlig sykehus i 1970 åpnet for fast stilling og spennende utfordringer med oppstart av en ny avdeling. Han virket som

klinikk sjef og avdelingsoverlege ved Haraldsplass i 21 år fra 1970 til 1991.

Heggøs største bidrag som kirurg var som pioner innen revmakirurgi i Hordaland. Med stipend fra Hordaland fylke reiste han til Nordens fremste senter for revmatiske sykdommer, Heinola i Finland, for ytterligere spesialistutdanning. Og da man i 1972 åpnet Revmatologisk avdeling ved Diakonissehjemmets sykehus Haraldsplass, var Heggø klar som revmakirurg, slik at Hordaland fylke kunne gi ett fullverdig tilbud til de mange pasientene med leddgikt.

I årene som sjef på Haraldsplass ledet Heggø flere ombyggningsprosjekter med bl.a. ny operasjonsavdeling og poliklinikk. Han utviklet revmakirurgien i Hordaland til et høyt nivå basert på godt klinisk skjønn og fremragende kirurgisk teknikk.

Heggø fikk 25 gode år som pensjonist med god helse og tid til å dyrke sine interesser som musikk, litteratur og kunst, i tillegg til tegning og amatør maling. Livet ble riktignok mer stusselig etter at hans sykepleierkone Borgny døde for en del år siden. De mange fjellturene sommer som vinter holdt ham i god form til det siste. Han satt på sin faste plass på torsdagskonsertene til Bergen filharmoniske orkester til et par uker før han døde.

Som tidligere kolleger ved Kirurgisk avdeling, Haraldsplass Diakonale Sykehus, er vi takknemlige for alt vi har lært av Heggø og lyser fred over hans minne.

LEIV M. HOVE, INGE GLAMBEK,
FRANK PETTER GULLAKSEN, KNUT ROKSTAD

HENRICH BILLE



Mitt faglige forbilde og min gode venn Henrich Bille døde plutselig under sykkelturn i Drammensmarka siste søndag i august, bare 66 år gammel. Henrich ble født 4. juni 1951 og døde 27. august 2017.

Etter ti år i allmennpraksis der jeg etter hvert forsto at det var mye jeg ikke forsto, bestemte jeg meg for å ta et sykehusår ved Modum Bads Nervesanatorium for

å oppnå spesialiteten. Der ville forsynet at jeg skulle komme under vingene til Henrich, i et team på fire som drev gruppebehandling av pasienter med spiseforstyrrelser og ulike personlighetsproblemer. Året ble til 18 måneder, og jeg nøler ikke med å karakterisere tiden som den mest lærerike i hele mitt legeliv. Det kan jeg ikke minst takke Henrich for.

Henrich var et oppkomme av kunnskap om menneskers atferd, spesielt om forsvarsmekanismer og følelser som skam og skyld. Han hadde en uovertruffen observasjonsevne som bunnet i stor nysgjerrighet og genuin interesse for alle han møtte, enten det gjaldt pasienter eller oss han arbeidet sammen med. Dermed var han også en glitrende teambygger. Med lun humor og alltid et smil på lur spredte han vennlighet og godhet rundt seg, og selv kjente jeg tillit til ham fra første møte. Dette kom godt med i en behandlingsmodell som tidvis kunne være svært krevende.

Selv om han utstrålte fred og fordragelighet, så våknet gutten i ham hver gang pra-

ten kom inn på fotball og for så vidt idrett generelt. I fotballkamper mot pasienter eller kolleger fra andre avdelinger ga han ikke ved dørene. Da var det seier som gjaldt! Men det var tap og vinn med samme sinn. Det kostet ikke Henrich mye å innrømme et nederlag, han gledet seg alltid over andres fremgang.

Henrich tok medisinerutdanningen i Århus. Etter å ha blitt ferdig spesialist i psykiatri jobbet han de siste mer enn 20 årene ved ulike psykiatriske behandlingssteder i Drammensregionen. Han var en familiens mann, stedbundet, jordnær og vennekjær. At jeg ble kjent med Henrich fikk avgjørende betydning for hele min faglige utvikling, og at han skulle bli borte så tidlig er fryktelig vondt. Tapet er selvsagt ubotelig for Sissel, barna Tomas, Cecilie og Pål og de to snart voksne barnebarna. Det er godt å vite at de er en varm og sterk familie med en stor vennekrets i disse tider.

PÅL GULBRANDSEN

Legejobber



Foto: Thinkstock

31

stillingsannonser i denne utgaven

Informasjon om priser og formater finner du på legejobber.no

Legejobber.no er Tidsskriftets stillingsportal for leger.

Som **JOBBSØKER** kan du på Legejobber.no enkelt søke etter ledige jobber etter spesialitet, geografisk område eller i fritekst.

Ønsker du å motta varsel om ledige stillinger innefor et bestemt område? På Legejobber.no kan du abonnere på ledige stillinger.

Som **ANNONSØR** kan du nå bestille annonsen døgnet rundt via legejobber.no. Du registrerer nettannonsen og papirannonsen samtidig.

PROFILANNONSER



BERGEN KOMMUNE

Bergen kommune søker motiverte medarbeidere som er kompetente, åpne, pålitelige og samfunnsengasjerte. Kvalitet i tjenestene skapes gjennom godt arbeidsmiljø og mangfold blant ansatte.

Ledige stillinger i Etat for helsetjenester i Bergen kommune:

- **Legevaktsjef**
- **2 assisterende kommuneoverleger**
- **Overlege fastlegeordningen**

Se full utlysningstekst og send søknad på www.bergen.kommune.no/ ledige stillinger.

Søknadsfrist legevaktsjef 4.2.2018, de øvrige 12.2.2018

KOMMUNALE LEGESTILLINGER



Oslo kommune
Bydel Søndre Nordstrand

Bydelslege/kommunal fastlege

Oslo Syd Lokalmedisinske Senter.
Søknadsfrist: 01.02.2018.
 For full utlysningstekst se: www.legejobber.no

www.oslo.kommune.no

ALLMENNTMEDISIN



Giske kommune

Ledig fastlegeheimel

Det er ledig fastlegeheimel med listestørleik 1200 ved Giske legekontor. For fullstendig utlysningstekst, sjå: www.giske.kommune.no eller www.legejobber.no

Søknadsfrist: 13.02.2018



Deleliste - Sandens medisinske senter

Fastlegehjemmel i Kristiansand

Vi har ledig fastlegehjemmel som deleliste med overdragelse snarest. Det er nå i overkant av 1300 innbyggere på listen pr. jan 2017. Maksimal listestørrelse er 1500, og endelig overdragelse skjer senest 1. desember 2021.

Sandens medisinske senter er et veldrevet legesenter med 3 leger i Kristiansand kommune, i sentrum av Kristiansand. Legekantoret har gode tidsmessige lokaler, er godt utstyrt og har god hjelpepersonellbemanning.

For å se hele utlysningsteksten og å søke, se

Søknadsfrist: 28.01.2018



HAMMERFEST KOMMUNE

Hammerfest kommune har 3 legesenter med 13 fastleger og 3 leger i spesialisering del 1 (LIS1). På alle våre legesenter er det ansatt helsesekretærer og sykepleiere. Våre legesenter holder til i moderne lokaler med gode fasiliteter, som laboratorier og skiftestuer. Legetjenesten benytter anerkjente dataverktøy i sitt daglige arbeid. Alle våre leger skal være med å bidra til utvikling av legesentrene. Avtalehjemmelen er tilknyttet næringsvirksomhet, noe som innebærer en rett for tidligere hjemmelshaver til å selge sin praksis. Fratredende lege skal etter søknadsfristens utløp orientere samtlige søkere om forhold ved praksisen som kan danne grunnlag for omsetning, herunder prisantydning.

Kunngjøring av avtalehjemmel Allmed legesenter

Gruppepraksis sammen med 3 andre leger og en til to LIS1.

Hjemmelshaver Peter Prydz, telefon 977 73 616, e-post peterpr@online.no

Listetak på hjemmelen er 840 pasienter, primo januar var denne på 532 pasienter etter et knapt år uten fast lege.

Søknaden sendes elektronisk via www.jobbnorge.no, der fullstendig utlysningstekst også finnes.

Kunngjøring av avtalehjemmel Allmed legesenter

Gruppepraksis sammen med 3 andre leger og en til to LIS1.

Hjemmelshaver Elisabeth Nøstvold, telefon 907 69 856, e-post elisabethnostvold@gmail.com

Listetak på hjemmelen er 800 pasienter, primo januar var denne på 795 pasienter.

Søknaden sendes elektronisk via www.jobbnorge.no, der fullstendig utlysningstekst også finnes.

Kunngjøring av avtalehjemmel Skarven legesenter

Gruppepraksis sammen med 4 andre leger og en LIS1.

Hjemmelshaver Dag Jenssen, telefon 413 21 762, e-post dag.jenssen@gmail.com.

Listetak på hjemmelen er 850 pasienter, primo januar var denne på 795 pasienter.

Søknaden sendes elektronisk via www.jobbnorge.no, der fullstendig utlysningstekst også finnes.

Kunngjøring av avtalehjemmel Bryggen legesenter

Gruppepraksis sammen med 3 andre leger og en LIS1.

Hjemmelshaver Karin Kolskog, telefon 995 01 543, e-post karin_kolskog@hotmail.com.

Listetak på hjemmelen er 800 pasienter, primo januar var denne på 800 pasienter.

Søknaden sendes elektronisk via www.jobbnorge.no, der fullstendig utlysningstekst også finnes.

Kunngjøring av avtalehjemmel Allmed legesenter

Gruppepraksis sammen med 3 andre leger og en til to LIS1.

Hjemmelshaver Paal A. Skjærpe, telefon 408 93 989, e-post paal.skjerpe@uit.no.

Listetak på hjemmelen er 900 pasienter, primo januar var denne på 888 pasienter.

Søknaden sendes elektronisk via www.jobbnorge.no, der fullstendig utlysningstekst også finnes.

Søknadsfrist: 11. februar 2018

Sammen for Hammerfest!



Jobbnorge.no



Vindafjord kommune

Vindafjord kommune har om lag 8.800 innbyggjarar. Kommunesenteret ligg om lag 5 mil frå Haugesund. Me har eit variert fritidstilbod og eit mangfaldig kulturliv. Tenestetilbodet er godt utbygd både for barn, unge og eldre. Kommunen ligg strategisk til mellom fjord og fjell med gode høve til eit allsidig friluftsliv.

Ledig stilling:

FASTLEGE Ølen legekantor

Ledig frå 01.05.2018

Sjå nærare utlysning
www.vindafjord.kommune.no

Rådhusplassen 1
5580 Ølen - Tlf. 53 65 65 65

Leggejobber.no



Metro Legesenter
Omsorg i alle livsfasar

Metro legesenter er et privat legesenter med spesialister i gynekologi, kardiologi, indremedisin, radiologi og tannlegerS.

ALLMENNLEGE PRIVAT PRAKSIS

Vi har god pasient pågang og søker etter en ALLMENNLEGE SPESIALIST eller LEGE MED ERFARING I ALLMENNPRAKSIS som ønsker å jobbe på provisjon i en godt etablert praksis på Metro senteret, Lørenskog kommune.

Det er mulighet for å jobbe både deltid og heltid. Vi er på utkikk etter en som kan stille opp ved pasientpågang mellom 08.00 og 16.00 i hverdagene. Om man ønsker å jobbe på kvelder, lørdager eller tilrettelegge arbeidstid etter sykehusturnus finnes det mulighet også for dette.

For mere opplysning se www.metrolegesenter.no
Spørsmål kan rettes til styrets leder Rakhee Sethi på tlf. **99472951**

Skriftlig søknad med CV kan sendes til post@metrolegesenter.no
Søknadsfrist: 31.03.2018

ANESTESIOLOGI



I hjartet av Sunnmørsalpane

**Felles kommuneoverlegestilling
(100%) ledig frå våren 2018.**
(ID 925)

Gjennom samarbeidsavtale er stillinga delt 50%:50% mellom Volda og Ørsta kommunar, med Volda kommune som arbeidsgjevar. Frå 2020 blir Volda slått saman med Hornindal kommune. Totalt blir det ca 21000 innbyggjarar og over 2000 studentar. Det er ei spanande, utfordrande og variert stilling. Arbeidet skal ta i vare samfunnsmedisinske oppgåver ut frå overordna lovverk, kommunal delegasjon og strategiske mål. Du vil få rikelege utviklingsmulegheiter og kan i stor grad forme din eigen arbeidskvardag. Vi søker etter deg som er engasjert og målmedviten og har interesse for samfunnsmedisin og folkehelse. Du må ha gode samhandlingsegenskapar og brei erfaring frå kommunalt legearbeid (allmenntmedisin og samfunnsmedisin) - helst spesialistkompetanse i samfunnsmedisin eller klar interesse av å skaffe deg dette.

Søknadsfrist 31.01.2018.

Sjå www.volda.kommune.no for fullstendig utlysning og

- Trygghet når du trenger det mest
Sørlandet sykehus er Agders største kompetansebedrift, med over 7000 ansatte fordelt på ulike lokasjoner. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenester innen fysisk og psykisk helse, og avhengighetsbehandling. I tillegg utdanner vi helsepersonell, forsker, og underviser pasienter og pårørende.

Kristiansand

Overlege - anestesiologi – Anestesiavdelingen

Vi har ledig 100 % fast stilling som overlege.

Anestesiavdelingen har 21 overlegestillinger og 5 hjemler for lege i spesialisering. Vi har en omfattende klinisk aktivitet innen anestesiologi, intensivmedisin og i noen grad akuttmedisin. Vi har også et spesielt fokus på fagutvikling, teamarbeid/simulering, arbeidsmiljø, undervisning og forskning.

Opplysninger: Med.fagl. ansvarlig overlege Arthur Halvorsen, tlf. 38 12 53 33.

Søknadsfrist: 13. februar 2018

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på www.sshf.no/jobb
Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonseselgere.



SØRLANDET SYKEHUS

frantz.no

ARBEIDSMEDISIN

Helgelandssykehuset HF er et helseforetak som består av sykehusenheter i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen med hovedkontor i Mo i Rana. Gjennom pasientfokus og samhandling skal helseforetaket sikre et trygt og framtidrettet tjenestetilbud basert på kvalitet, trygghet og respekt.

Overlege - Anestesiavd., Helgelandssykehuset, Sandnessjøen

Ledig fast stilling som overlege i anestesiologi.

Sandnessjøen ligger på Helgelandskysten i et naturskjønt område med stort potensiale for fritid og sportslige aktiviteter i tillegg til et rikt kulturliv. Det er direkterute med fly til Oslo og Trondheim.

Avdelingen har et samarbeide med luftambulansetjenesten ved basen i Brønnøysund, og kombinasjonsstilling der kan være en mulighet. Vi er dyktige til å tilpasse fleksible arbeidstidsløsninger som passer deg. Sykehuset har god rekruttering og du vil komme til et ungt og godt miljø med stort faglig engasjement.

Kontakt: Områdesjef Svein Arne Monsen, tlf. 901 55 930.

Søknadsfrist: 25. februar 2018

Fullstendige annonsetekst, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på helgelandssykehuset.no under «Jobb hos oss».

 **HELGELANDSSYKEHUSET**
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÆTIE



Rådgivende overlege

Det er ledig inntil 100 % fast stilling som rådgivende overlege.

Det er mulig å søke hele eller søke 50 %, dersom du ønsker å kombinere med annen stilling.

Rådgivende lege skal være en medisinsk ressurs for saksbehandlerne og bidra til å sikre rettssikkerhet og likhet i saksbehandlingen.

Kvalifikasjoner:

Medisinsk embetseksamen med gyldig norsk autorisasjon

Arbeidssted: **NAV Klageinstans/Oslo**

Søknadsfrist: **6. februar 2018** Ref.nr: **4200-2018-01**

Fullstendig utlysning: www.nav.no/navstillinger

NAV er Norges arbeids- og velferdsforvaltning med 19 000 medarbeidere. Vi leverer tjenester og stønader til 2,8 millioner mennesker.

BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI



BUP Bryne

Helse Stavanger HF, Stavanger universitetssjukehus, har ansvar for spesialisthelsetjenesten i Sør-Rogaland. Med 7500 ansatte er vi en av regionens største arbeidsgivere.

Er du overlege og ønsker deg nye utfordringer?

Ønsker du deg spennende og utfordrende arbeidsoppgaver? Vi er på jakt etter deg som er spesialist i barne- og ungdomspsykiatri eller spesialist i voksenpsykiatri med interesse for barn og unge.

BUP Bryne utreder og behandler barn og unge under 18 år som har psykiske vansker, og vi har tilbud til barn og ungdom fra kommunene Klepp, Time, Gjesdal og Hå.

Vi er lokalisert midt i Bryne sentrum med kort vei til tog- og busstasjonen.

Vi har 2 ledige stillinger:

1 fast stilling - 100 %

1 års vikariat - 100 %

Oppstart er etter avtale.

For å lese mer og søke på stillingene:

<https://helse-stavanger.no/om-oss/jobb-pa-sus>

FORDØYELSESSYKDOMMER

 **SYKEHUSET TELEMAR**

Gastroenterolog

Avdeling medisin, Øvre Telemark

Det lyses ut 100% stilling som gastroenterolog.

Avdeling Medisin Øvre Telemark er organisert i Medisinsk klinikk i Sykehuset Telemark HF. Avdelingen har 26 senger og tekniske senger i felles overvåkingsavdeling. Velutstyrt medisinsk poliklinikk, cytostatikapoliklinikk og dialyseenhet. Gastroenterolog som ønsker å arbeide deltid, eventuelt på ukesbasis er også velkommen til å søke.

Avdelingen er godkjent gruppe II utdanningsavdeling i fordøyelsessykdommer.

Nærmere informasjon ved:

- Overlege Gastroenterolog Stein Dahler, tlf. 911 38 176
- Avdelingsleder Anne Olaug Aase, tlf. 917 90 375

For å søke på stilling må du benytte vårt elektroniske søknadssystem – se fullstendig utlysningstekst på www.sthf.no

Søknadsfrist: 25. februar 2018

frantz.no

FØDSELHJELP OG KVINNESYKDOMMER

Helgelandsykehuset HF er et helseforetak som består av sykehusenheter i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen med hovedkontor i Mo i Rana. Gjennom pasientfokus og samhandling skal helseforetaket sikre et trygt og framtidsrettet tjenestetilbud basert på kvalitet, trygghet og respekt.

Overlege gynekologi - Helgelandsykehuset Sandnessjøen

Vi har ledig 100 % fast stilling ved gynekologisk-/fødeavdeling. Vi er dyktige til å tilpasse fleksible arbeidstidsløsninger tilpasset deg.

Gynekologisk - /fødeavdeling er godkjent som gruppe II utdanningsavdeling for lege i spesialisering og har i dag 2 LIS II ansatt. Det er i dag tilsatt 4 spesialister i gynekologi. Sykehuset har god rekruttering og du vil komme til et ungt og godt miljø med stort faglig engasjement.

Sandnessjøen ligger på Helgelandskysten i et naturskjønt område med stort potensiale for fritid og sportslige aktiviteter i tillegg til et rikt kulturliv. Det er direkterute med fly til Oslo og Trondheim.

Kontaktinfo: Liv Einmo, seksjonsoverlege gynekologi, tlf. 950 43 306 eller Svein Arne Monsen, områdesjef, tlf. 901 55 930.

Søknadsfrist: 25.02.2018

Fullstendig annonsetekst, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på helgelandsykehuset.no under «Jobb hos oss».

 **HELGELANDSSYKEHUSET**
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÆTIE



frantz.no

 **SYKEHUSET TELEMAR**

Overlege

Seksjon for fordøyelsessykdommer

For å søke på stillingen må du benytte vårt elektroniske søknadssystem – se fullstendig utlysningstekst på www.sthf.no

Søknadsfrist: 25. februar 2018

frantz.no

GASTROENTEROLOGISK KIRURGI

 **SYKEHUSET ØSTFOLD**



Vi søker:

Overlege - Gastromedisin

Gastromedisinsk avdeling har ledig 2 x 100 % faste stillinger.

Kontaktinfo: avdelingsjef Per Kristian Sandvei, tlf. 957 94 909

Søknadsfrist: 13. februar 2018

Fullstendig utlysningstekst og mer informasjon finner du på www.sykehuset-ostfold.no/jobb

Ref.nr. 3639598035

frantz.no



Legejobber

TIDSSKRIFTETS STILLINGSPORTAL

GENERELL KIRURGI

- Trygghet når du trenger det mest

Sørlandet sykehus er Agders største kompetansebedrift, med over 7000 ansatte fordelt på ulike lokasjoner. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenester innen fysisk og psykisk helse, og avhengighetsbehandling. I tillegg utdanner vi helsepersonell, forsker, og underviser pasienter og pårørende.

Flekkefjord

Fagansvarlig overlege - generell kirurgi – Avdeling for kirurgiske fag

100 % fast stilling med tiltredelse snarest.

Vi har behov for å styrke bemanningen og søker en spesialist i generell kirurgi eller gastrokirurgi. Vi er ute etter en person som kan tenke seg å være en pådriver for å videreutvikle de gode pasientforløp med pasienten i sentrum.

Opplysninger: Ingeborg R. Eikeland, avdelingssjef, tlf. 38 32 51 46.

Søknadsfrist: 11. februar 2018

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på www.sshf.no/jobb

Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonseselgere.

frantz.no



- Trygghet når du trenger det mest

Sørlandet sykehus er Agders største kompetansebedrift, med over 7000 ansatte fordelt på ulike lokasjoner. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenester innen fysisk og psykisk helse, og avhengighetsbehandling. I tillegg utdanner vi helsepersonell, forsker, og underviser pasienter og pårørende.

Kristiansand

Overlege - psykiatri – DPS Strømme, Døgnet

Vi har ledig 100 % st. fast som overlege ved døgnet DPS Strømme.

DPS Strømme døgnet er en åpen enhet, og har 25 sengeplasser hvorav 2 senger er for akuttinnleggelse fra ambulant akutteam og 3 senger er til bruk ved egenstyrte innleggelser. Det er totalt 44 stillinger knyttet til døgnetenheten.

Opplysninger: Avdelingssjef Arne Thomassen, tlf. 38 07 63 00 eller enhetsleder Henrik von Kirchbach, tlf. 38 07 63 40

Søknadsfrist: 18. februar 2018

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på www.sshf.no/jobb

Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonseselgere.

frantz.no



PSYKIATRI



Overlege, spesialist i psykiatri

DPS allmennpoliklinikk, Skien

For å søke på stillingen må du benytte vårt elektroniske søknadssystem – se fullstendig utlysningstekst på www.sthf.no

Søknadsfrist: 6. februar 2018

frantz.no

- Trygghet når du trenger det mest

Sørlandet sykehus er Agders største kompetansebedrift, med over 7000 ansatte fordelt på ulike lokasjoner. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenester innen fysisk og psykisk helse, og avhengighetsbehandling. I tillegg utdanner vi helsepersonell, forsker, og underviser pasienter og pårørende.

Kristiansand

Overlege - psykiatri – DPS Strømme

Vi har ledig 100 % fast stilling som overlege i psykiatri.

Stillingen er i hovedsak knyttet til Ambulant akutteam Kristiansand. Det kan også bli aktuelt å tjenestegjøre ved andre enheter i avdelingen. Tiltredelse etter avtale.

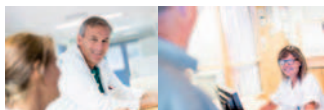
Opplysninger: Linda Esperaas, enhetsleder, tlf. 38 12 53 93 eller Rannveig Finsådal, konsulent, tlf. 38 12 53 93.

Søknadsfrist: 9. februar 2018

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på www.sshf.no/jobb

Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonseselgere.

frantz.no



Lege i spesialisering - Psykiatri

Div. Psykisk helsevern, Oppland - **Søknadsfrist: 6. februar 2018**

Informasjon om våre ledige stillinger, se www.sykehuset-innlandet.no/jobb



frantz.no



Overlege - Psykiatri DPS Follo Døgn

Vi ønsker oss en overlege med interesse og engasjement som kan være med å videreutvikle vårt behandlingstilbud.

Søknadsfrist: 28.02.2018

Legejobber

TIDSSKRIFTETS STILLINGSPORTAL

RADIOLOGI

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 bildediagnostikk

Seksjon for mammaradiologi

Overlege i radiologi

100 % fast stilling. Vi har en fast overlegestilling ledig som radiolog ved seksjon for mammaradiologi.

Arbeidsoppgaver vil bl.a. være: Arbeide som radiolog innen fagfeltet mammaradiologi. Dette inkluderer undersøkelse av kliniske pasienter, men også tyding av screeningundersøkelser. Det forventes at man har kunnskaper om og interesse for hele bredden av faget. Alle modaliteter brukes. Pasientkontakt vil inngå, også utstrakt samarbeid med klinikere og deltagelse i tverrfaglige møter.

Kontaktinfo: Morten Troøyen, avdelingssjef, 72 57 63 41, morten.trooyen@stolav.no

Søknadsfrist: 4. februar 2018

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.

Vi ønsker ikke kontakt med telefonselgere!



REVMATOLOGI

- Trygghet når du trenger det mest

Sørlandet sykehus er Agders største kompetansebedrift, med over 7000 ansatte fordelt på ulike lokasjoner. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenester innen fysisk og psykisk helse, og avhengighetsbehandling. I tillegg utdanner vi helsepersonell, forsker, og underviser pasienter og pårørende.

Kristiansand

Overlege - revmatologi – Medisinsk avdeling

Vi har ledig 100 % fast stilling som overlege, spesialist i revmatologi.

Avdelingen er godkjent som gruppe-1 avdeling for utdanning i revmatologi. Pt. 8-delt primærvakt og bakvaktordning. Vi ønsker å ha et aktivt forskningsmiljø og det er gode muligheter for å drive egen forskning.

Opplysninger: Inger Johanne W. Hansen, overlege, tlf. 38 07 31 47.

Søknadsfrist: 18. februar 2018

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på www.sshf.no/job

Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonseselgere.



ØRE-NESE-HALSSYKDOMMER



Helse Vest RHF (regionalt helseforetak) har det overordna ansvaret for spesialist-helsetenesta i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Vi eig fem helseforetak; Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Stavanger og Sjukehusapoteka Vest i tillegg til Helse Vest IKT AS. Førstaksgruppa har om lag 27 300

medarbeidarar. Spesialisthelsetenesta i regionen omfattar om lag femti sjukehus og institusjonar, og skal gi helsetenester til i 1,1 million innbyggjarar.

100 % avtaleheimel i ØNH-sjukdomar i Stavanger

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i ØNH-sjukdomar er ledig ved frå 01.08.2018, eller etter avtale.

Avtalespesialisten skal drive med generell utgreiing, diagnostikk og behandling av tilstander i ØNH området. Avtalspesialisten må drive med høreapparatformidling, og skal ha eigen audiograf tilsett.

Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

- erfaring og praksis, medrekna erfaring som spesialist
- eigenskapar for heimelen
- innretning av praksis
- samarbeid med andre

Praksis skal drivast i samsvar med den til kvar tid gjeldane rammeavtale mellom Helse Vest og Den norske legeforening.

Avtalspesialisten skal bidra til å oppfylle "sørge for"-ansvaret til Helse Vest. Det inneber mellom anna at avtalspesialisten foretar undersøkingar, diagnostikk og behandling i medhald av regionale og nasjonale mål og prioriteringar og lovgiving, jf. punkt 4.1 i rammeavtalen.

Avtalspesialisten skal ha eit nært fagleg samarbeid med Helse Stavanger HF om oppgåvefordeling og for å sikre gode pasientløp, og etter nærare avtale også ta imot pasientar som vert tilvist frå Helse Stavanger HF. Dette vil verte regulert nærare i den individuelle driftsavtalen.

Plassering i driftstilskotsklasse vil bli gjenstand for drøftingar mellom Helse Vest og aktuell søkjar basert på utgifter til lokalar, utstyr og naudsynt hjelpepersonell.

Driftstilskotet utgjer eit årleg beløp p.t. mellom kr. 879 084 (klasse 1) til kr. 1 309 320 (klasse 3).

Andre vilkår, rammer og føringar knytt til drift av praksis vil også bli gjenstand for drøftingar mellom Helse Vest og aktuell søkjar – før det vert gitt tilbod om avtaleheimelen.

Overtaking av noverande praksis fylgjer reglane i § 11 i "Rammeavtale mellom de regionale helseforetak og Den norske legeforening om avtalepraksis for legespesialister".

Spørsmål om praksisen kan rettast til Kyrre Bjørn Larsen tlf. 91 31 88 82

Spørsmål om heimelen kan rettast til Helse Vest ved Torleiv Bergland, tlf. 51 96 38 22.

Skriftleg søknad med relevante opplysningar, CV og sannkjende kopiar av attestar og godkjenningar skal sendast til Helse Vest RHF, Postboks 303 Forus, 4066 Stavanger.

Søknadsfrist: 13.2.2018



Overlege

Øre-nese-halssesksjonen

Vi har ledig følgende overlegestillinger:

- 100 % fast stilling
- 100 % vikariat fra medio januar 2018 og ut februar 2019

Da en av våre overleger velger å gå av med pensjon i løpet av våren 2018, vil vi få ledig en fast overlegestilling ved ØNH- seksjonen. Det vil i tillegg være ledig et vikariat for en overlege som er i utdanningspermisjon fra medio januar 2018 og ut februar 2019. For begge stillingene vil det bli tiltredelse etter avtale.

Vi ønsker oss en ny dyktig kollega. Kan det være deg?

Nærmere informasjon ved:

- Seksjonsleder Kjell Egil Bakken, tlf. 962 00 564

For å søke på stilling må du benytte vårt elektroniske søknadssystem – se fullstendig utlysningstekst på www.sthf.no

Søknadsfrist: 13. februar 2018

frantz.no

ØYESYKDOMMER



Betanien Hospital
3722 Skien

Overlege ved øyeavdelingen

Ved Betanien Hospital, Skien er det ledig fast stilling for spesialist innen øyesykdommer.

Sykehuset er en integrert del av spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst RHF. Sykehuset er en ideell stiftelse og har i tillegg til øyeavdeling en revmatologisk og en ortopedisk avdeling. Sykehuset har totalt 170 ansatte.

Øyeavdelingen har i dag 6 overleger og 4 LIS, og behandlet i 2016 ca. 13.000 polikliniske og ca. 150 innlagte pasienter. Øyeavdelingen flyttet inn i nye lokaler i januar 2012.

Avdelingen har et stort spekter av tilbud innen både de medisinske og kirurgiske delene av øyefaget. Sykehuset ønske å ansette en spesialist som kan bidra til å videreutvikle avdelingen, og det gis også anledning til å fordype seg i fagområder som er av særlig interesse. Avdelingen har et meget godt samarbeid med avtalspesialistene.

Nærmere opplysninger om stillingen ved avd. overlege Nina Holst, tlf. +47 35 90 07 28.

Søknadsfrist 13.02.18

Søknad sendes, vedlagt nødvendig dokumentasjon til:
Direktøren, Betanien Hospital,
Bj. Bjørnsonsgate 6, 3722 Skien, Norge
Epost: terje.danielsen@betanienhospital.no

Helse Sør-Øst RHF søker:

30 % avtalehjemmel / seniorpolitikk i øyesykdommer / medisinsk oftalmologi lokalisert til Oslo

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk søknadsskjema:
www.helse-sorost.no/ledigstilling

Søknadsfrist: 13. februar 2018



frantz.no

Legejobber

TIDSSKRIFTETS STILLINGSPORTAL

VIKARIAT I PRIVAT PRAKSIS

Vikariat for endoskopør i Oslo

Vikar for fordøyelsesspesialist i avtalepraksis i Oslo søkes 50% i forbindelse med sykdom **fra dagens dato og foreløpig frem til 01032018**. 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 pasienttilstrømming 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 (uten 'guidesystem') og vi har god skoppark 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

Allmennt medisinsk Forskningsutvalg (AFU) utlyser stipend for høsten 2018

Stipendmidler for inntil 6 måneder kan søkes av allmennleger som vil gjennomføre forskningsprosjekter med en klar tilknytning til primærhelsetjenesten eller utforme undervisningsbidrag i allmenn- eller samfunnsmedisin. Kvinner oppfordres spesielt til å søke.

Stipendet omfatter per stipendmåned: kr 42.000 i lønnsmidler, inntil kr 2.500 i driftsmidler og inntil kr 4.000 i reisemidler til veilederens institutt. Drifts- og reiseutgifter må legitimeres.

AFU foretar tildeling av stipendene etter innstilling fra de respektive institutter.

Stipendiater oppfordres til å framføre sine prosjekter på forskningsdagen på Primærmedisinsk uke, under Nidaroskongressen eller i andre faglige sammenhenger.

Et elektronisk søknadsskjema er tilgjengelig via <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-forening-for-allmenntmedisin/Om-oss/ARSMOTER-OG-ARBEIDSPROGRAM/Hovedutvalgene/Allmenntmedisinsk-forskningsutvalg/>

Elektronisk søknad i pdf-format på maksimalt 6 sider med søkerens CV (1 side), protokoll med referanser (4 sider) og veiledererklæring (1 side), sendes, innen 15. mars, 2018.

Eventuelle spørsmål kan rettes til:
 Allmenntmedisinsk forskningsutvalg v/Tove Rutle
 Tlf: 90 78 46 32.
 E-postadresse: rmrtove@gmail.com



**ODD FELLOW
 MEDISINSK-VITENSKAPELIG FORSKNINGSFOND
 og
 ASTA OG MIKAEL AKSDALS FOND FOR
 MEDISINSK-VITENSKAPELIG FORSKNING**

Odd Fellow Ordenen i Norge ønsker å støtte norsk medisinsk forskning med midler.

Forskningsmidler vil bare bli tildelt enkeltforskere, ikke grupper. Forskningsmidler **kan bare brukes til drift**, ikke til lønn.

Frist for søknad om støtte til vitenskapelig arbeid fra årets tildeling av forskningsmidler må være oss i hende innen **15. februar 2018**. Søknadsskjema fås ved henvendelse til sekretariatet på telefon 2283 9240 eller e-mail torill@oddfellow.no. Søknad m/vedlegg sendes til torill@oddfellow.no.

**ODD FELLOWS FORSKNINGSFOND FOR
 MULTIPLE SKLEROSE-SYKDOMMEN**

Forskningsmidler vil bare bli tildelt enkeltforskere, ikke grupper. Forskningsmidler kan bare brukes til drift, ikke til lønn.

Søknad om støtte til Odd Fellows forskningsfond for MS-sykdommen må være oss i hende innen **15. februar 2018**. Søknad m/vedlegg sendes torill@oddfellow.no.

FORSKJELLIGE STILLINGER



SJUKHUSET I ARVIKA SÖKER

VERKSAMHETSCHEF OCH AKUTJOURER

Som ett av Värmlands tre akutsjukhus tar Arvika nu ett stort steg in i framtiden. Sedan länge finns bland annat en väl utvecklad medicinklinik, en anestesiklinik och ett lokalt ortopediskt uppdrag. Här finns också en omfattande akut slutenvård. Nu utvecklas sjukhuset vidare med bland annat en nyöppnad dialysmottagning, ett tydligt elektivt länsuppdrag för kirurgi och en nyinrättad akutjournlinje. Dessutom satsar sjukhuset på ett ökat samarbete med öppenvården och kommunerna genom närsjukvårdsteam och hemsjukvårdsläkare.

För att lyckas behöver vi medarbetare som gillar utveckling och som vill vara med och skapa framtidens vård. Vi söker:

VERKSAMHETSCHEF. Det lokala uppdraget för akut slutenvård blir ditt ansvarsområde. Här ingår bland annat ansvaret för vårdavdelningar, medicinklinik, läkarenhet, akutmottagning och intensivvårdsavdelning.

AKUTJOURER. Erfarna specialister inom akutsjukvård, allmänmedicin, anestesi, internmedicin, kirurgi och ortopedi som vill jobba fem dygn per månad med full lön.

Vi söker också:

HEMSJUKVÅRDSLÄKARE

LÄKARE OCH SJUKSKÖTERS KOR TILL NÄRSJUKVÅRDSTEAM

KONTAKTA GÄRNA Petra Svedberg, chef område slutenvård telefon +46 54-61 55 66, petra.svedberg@liv.se.

Vi berättar mer om sjukhusets satsning och hur du söker tjänsterna på www.liv.se/arvika

LANDSTINGET I VÄRMLAND erbjuder hälso- och sjukvård och tandvård av högsta kvalitet. Tillsammans med våra patienter stärker vi folkhälsan och utvecklar vården. Vår vision är en livskvalitet i världsklass.





UTDANNELSE I PSYKOANALYSE VED NORSK PSYKOANALYTISK INSTITUTT

Norsk Psykoanalytisk Institutt mottar til enhver tid søknader til den psykoanalytiske utdannelsen.

Utdannelsen kan søkes av psykologer og leger med autorisasjon i Norge. Det forutsettes påbegynt spesialisering i psykologi, psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri.

Utdanningen er godkjent som obligatorisk program for spesialiteten psykoterapi for psykologer etter ny ordning. Godkjenning forutsetter fullført fellesprogram i Psykologforeningen før oppstart på seminar ved instituttet. Relevant klinisk praksis forutsettes.

Utdannelsen består av parallelle og samtidige læringserfaringer gjennom deltagelse i teoretiske samt kliniske seminarer over 4 år, personlig analyse, veiledning og skriftlig arbeid.

Interesserte kan henvende seg til Instituttets sekretariat for ytterligere informasjon. Se også instituttets hjemmeside, www.psykoanalyse.no, hvor det også opplyses om økonomisk støtte.

Søknad med yrkeserfaring (CV), levnetsbeskrivelse og kopi av autorisasjon sendes: Norsk Psykoanalytisk Institutt, Fr. Nansens vei, 17, 0369 OSLO
Tlf. 22 60 58 20 E-post: post@psykoanalyse.no

Legemiddelbehandling til pasientens beste

Mandag og tirsdag 12. og 13. februar 2018 arrangerer RELIS Sør-Øst og seksjon for klinisk farmakologi, OUS Ullevål, et 15 timers emnekurs om legemiddelbehandling i Oslo.

Kurset er godkjent som emnekurs allmenmedisin (15 timer) i emnet farmakoterapi. I tillegg er det godkjent som valgfritt kurs for klinisk farmakologi, psykiatri, nevrologi, rus- og avhengighetsmedisin (alle 15 timer), indremedisin (12 timer) og barne- og ungdomspsykiatri (9 timer).

Du finner oppdatert informasjon, program og lenke til påmelding på vår hjemmeside:

www.relis.no/kurs2018

Kontakt oss gjerne ved RELIS Sør-Øst dersom du har ytterligere spørsmål om kurset:

Telefon: 23 07 55 00 eller e-post: kurs.relis@ous-hf.no

DØDEHAV
STIFTELSEN

KRONISKE SMERTER OG UTMATTELSE

Fortolkning, diagnostikk og behandling

**Konferanse i regi av Dødehavstiftelsen
18.-19. juni 2018, Scandic St. Olavs Hotell, Oslo**

Målgruppe for årets konferanse er leger og andre medisinske behandlere.

Konferansen er søkt tellende som kurstimer for leger i forhold til allmenmedisin, psykiatri, revmatologi, anestesi og fysikalsk medisin.

Påmelding: www.dodehavstiftelsen.no

Dødehavstiftelsen - Ideell Medisinsk Organisasjon
Helsefremming - Rehabilitering - Utdanning - Forskning

Legejobber

TIDSSKRIFTETS STILLINGSPORTAL

Norges mest komplette
oversikt over ledige
legejobber

KURS I MEDISINSK PUBLISERING

Hvordan skrive en vitenskapelig artikkel

Få ditt abstrakt og dine figurer vurdert av ekspertene

Todagkurs 8. – 9. mars 2018
Oslo

For klinikere og kliniske forskere med noe erfaring i, eller interesse for, å skrive vitenskapelige artikler

- Lær hvordan du skriver en artikkel
- Få tips og triks fra erfarne redaktører
- Få intensiv skrivetrening i smågrupper med veiledning

Kurssted: Store auditorium, bygg 4 (Tårnbygget) Gaustad Sykehus, Sognsvannsveien 21, Oslo.

Godkjent som: Valgfritt kurs for alle spesialiteter og UiO forskerutdanning.

Kursavgift: 4800 kroner (inkluderer lunsj, kaffe/snacks og diplom for deltakelse).

Forarbeid: Forberedelsesmaterieell sendes ut fire uker før kursstart. Egne abstrakt, tabeller og figurer bes innsendt for vurdering senest ti dager før kursstart.

Kurset holdes på engelsk.

Påmelding innen 8. februar 2018 <https://skjema.uio.no/88964>



Darren Taichman

MD, Senior Executive Editor, Annals of Internal Medicine



Are Brean

MD, sjefredaktør, Tidsskrift for Den norske legeforening



Erlend Hem

MD, Oslo universitetssykehus, tidligere medisinsk redaktør i Tidsskrift for Den norske legeforening



Mette Kalager

MD, Universitetet i Oslo, Harvard School of Public Health, Oslo universitetssykehus



Michael Bretthauer

MD, Universitetet i Oslo, tidligere medisinsk redaktør, New England Journal of Medicine og Tidsskrift for Den norske legeforening

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 varslng på e-post om nye, relevante jobber

legejobber.no

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 anestesiologi.
Dr.med. Morten Vinje. Spesialist i anestesiologi.
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.



AKTUELT I FORENINGEN

FRA PRESIDENTEN

#utentaushetsplikt



MARIT HERMANSEN
PRESIDENT

#Metoo-kampanjen har denne høsten vist oss at troll sprekker i lyset. Jeg vil være med og slå på lyset i alle kriker og kroker hvor seksuell trakassering har fått lov til å eksistere.

Denne høsten har vist oss at makt kan flyttes. Maktpersoner har måttet ta sin hatt og gå. Modige kvinner har brutt tausheten og tatt ansvar for å se, påpeke og si ifra at vi ikke tillater seksuell trakassering. Det er ikke lenger mulig å holde på i det skjulte.

Derfor vil jeg berømme de modige og målrettede initiativtakerne til Facebook-aksjonen #utentaushetsplikt. 7. desember kunne vi lese i Aftenposten at 3600 kvinnelige leger hadde skrevet under på et opprop mot seksuell trakassering på jobb. Mange hadde delt sine historier. Og disse historiene viste at få hadde turt å varsle ledelsen. Altfor mange av de som faktisk sa ifra ble møtt med lite eller ingen handling. Jeg var derfor aldri i tvil om å skrive under på oppropet. Denne høsten har vist oss at troll sprekker i lyset. Jeg vil være med og slå på lyset i alle kriker og kroker hvor denne typen overgrep har fått lov til å eksistere.

#metoo-kampanjen startet i en annen bransje og i et annet land. Det er på ett vis skremmende å se at seksuell trakassering finnes i alle land og i alle bransjer. Samtidig må vi nok erkjenne at denne formen for maktovergrep har vært der hele tiden, men har vært skjult av taushet. Det har vært vanskelig å si fra. Derfor er kampanjen så viktig. Den har gjort det mulig å si åpent, klart og tydelig at vi ikke lenger finner oss i slik adferd.

Men vi skal ikke bare si ifra. Vi må sette søkelyset på forhold som øker risikoen for at noen utsettes for seksuell trakassering. Risikoen øker der hvor makt er skjevfordelt, i kulturer med seksualisert adferd eller sjargong og i utrygge ansettelsesforhold. Midlertidige ansettelser gjør det vanskelig å varsle om kritikkverdige forhold. Er du er avhengig av å få fornyet ditt vikariat, opplevs det vanskelig å påpeke uønsket adferd.

Hver og en av oss har et ansvar. Men dette er også et tydelig arbeidsgiveransvar. Temaet må diskuteres på ledermøter, i tillitsvalgt- og verneombudsapparatet og i arbeidsmiljøutvalget. Varslingsrutiner må gjennomgås slik at trygghet sikres for den som varsler. Trygge ansettelsesforhold må sikres for å forebygge at denne type maktmisbruk kan utøves.

Legeforeningen har også et ansvar. Vi vil gjennomføre en egen medlemsundersøkelse for å få vite mer om hvordan våre medlemmer opplever dette. Legeforeningen har et godt utbygd tillitsvalgtapparat, lett tilgjengelig juridisk bistand for våre medlemmer og egen kollegabasert støtteordning med lav terskel for kontakt. Likevel har vi kjennskap til få saker. For vår forening er det viktig å forstå hvordan vi bedre kan innrette oss for også å fange opp disse sakene. Vi må flytte makt for å forebygge at trakassering forekommer.

Skjerper personvernreglene

Den nye personvernloven som innføres i 2018 fører til strengere krav til håndtering av personopplysninger.

I 2018 trer EUs personvernforordning, også kjent som GDPR, i kraft. Forordningen er del av EØS-avtalen som Norge er forpliktet til å følge, og vil derfor få virkning også i Norge. De nye reglene vil få betydning for arbeidet i Legeforeningen.

– Innføringen av forordningen fører til strengere krav til behandlingen av personopplysninger, det vil si opplysninger og vurderinger som kan knyttes til en person, forklarer seksjonssjef i Jus- og arbeidslivsavdelingen i Legeforeningen, Aadel Heilemann.

– Hovedendringen er en styrking av det enkelte individs rettigheter. Det stilles blant annet større krav til samtykke, informasjon og databehandling.

Hun forklarer at det vil være viktig med en større grad av oppmerksomhet rundt denne tematikken også for Legeforeningens underforeninger.

– Ta for eksempel en liste over deltakere på et kurs som ble holdt i 2013. Dersom man skal fortsette å ha denne listen lagret må man ha en klar begrunnelse, et rettslig grunnlag, for hvorfor denne skal bevares. Under enhver omstendighet må man ha rutiner for sletting av denne type informasjon når lagring ikke lenger er nødvendig. Personopplysninger kan ikke lagres på ubestemt tid, sier Heilemann.

Større krav til retningslinjer og rutiner

Flere av dagens regler videreføres, men forordningen innebærer til dels en innskjerping av reguleringene og til dels innføres også nye krav. Fremover blir det blant annet viktig å være oppmerksom på følgende:

– **Krav om bruk av oppdatert teknologi i databehandlingen:** Det er databehandlingsansvarliges ansvar å sørge for at teknologien som brukes er «state of the art». Det som var bra i går er ikke nødvendigvis godt nok i dag.

– **Krav om sletterutiner:** Det må opprettes retningslinjer for hvor lenge personopplysninger skal lagres og «retten til å bli glemte» er styrket.

– **Strengere samtykkekrav:** Til nå har det på en del områder vært vanlig å innhente



STYRKING: Ny ordning fører til strengere krav til håndtering av personopplysninger. Illustrasjonsfoto: Colourbox

brede samtykkeerklæringer for bruk av personopplysninger. Det vil nå bli et krav om samtykkeerklæringer som tydeligere spesifiserer hvordan data skal brukes, av hvem og med hvilket formål.

– **Risikovurdering:** Databehandler må foreta en vurdering av faren for sikkerhetsbrudd og ha retningslinjer for tiltak ved eventuelle brudd. Det blir viktig at virksomheten kan dokumentere at man har dette på plass.

Vil følge opp

Legeforeningen arbeider med å tilrettelegge for det nye regelverket på tre nivåer: sentralt, i foreningsleddene og på vegne av næringsdrivende leger.

– Nå kartlegger vi behovet for retningslinjer og rutiner knyttet til Legeforeningen sentralt. Når det gjelder medlemsregisteret må vi nok ha nye rutiner for informasjon og sletting. Når det gjelder utlevering av opplysninger fra registeret til foreningsledd som er registrert i Brønnøysundregisteret må vi ha en databehandleravtale som regulerer dette, forteller Heilemann.

– Vi jobber også med å se på mulighetene for å yte bistand til foreningsleddene om de nye reglene, blant annet gjennom kurs og utvikling av en egen nettside med veiledning. Videre vil vi også jobbe med å informere og bistå næringsdrivende leger. Dette

skjer blant annet gjennom et samarbeid med Akademikerne om kontakt med Norsk helsenett og Norm for informasjonssikkerhet.

Høyere bøter

Den nye personvernforordningen vil få tydelige følger, tror Heilemann.

– Det er mange i hele Europa som nå jobber med implementeringen av denne forordningen. Jeg tror vi alle vil merke endringene fordi virksomhetene har streng informasjonsplikt, og vi må regne med å motta mye mer informasjon enn tidligere om ulike virksomhetes håndtering av våre personopplysninger. Vi vil nok også få mange flere og mer spesifikke samtykkeerklæringer i mailinnboksen, sier hun.

Det vil også bli en skjerpet straff for brudd på personvernreglene:

– Det er varslet et betydelig høyere bøtenivå. Datatilsynet har ennå ikke gått ut med hvor høye bøtene blir, men bøtenivået etter forordningen blir vesentlig høyere enn i dag. Tanken bak det høye bøtenivået er at man rett og slett vil gjøre det umulig for de useriøse aktørene å opprettholde sin virksomhet.

JULIE KALVELAND

julie.kalveland@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling

Staker ut kursen for kolleger

Det er viktig at leger også husker å ta vare på seg selv, mener Dragan Zerajic i Utvalg for legehelse.

Utvalg for legehelse er et rådgivende utvalg oppnevnt av sentralstyret i Legeforeningen. Utvalget leder og koordinerer støttekollegaordningen, og er ansvarlig for å arrangere årlige samlinger for støttekolleger. Dragan Zerajic er leder i Nord-Trøndelag legeforening, fastlege ved Dampsaga legesenter og nyoppnevnt medlem av Utvalg for legehelse.

– *Aller først: gratulerer med utnevnelsen!*

– Takk for det. Jeg må innrømme at jeg ble dypt rørt da Stein Nilsen, lederen for utvalget, ringte meg i høst og spurte om jeg ville stille, jeg synes det er et ekstremt ærefullt oppdrag.

– *Hvorfor er det viktig å ha et eget utvalg for legers helse?*

– De siste årene har vi vært vitne til et økende press i arbeidsmarkedet. Det gjelder alle yrkesgrupper, men man kan si det sånn: De som blir leger er ofte de som alltid var «snille barn». Vi leste litt mer og jobbet litt hardere – men ble også litt dårligere til å ta vare på oss selv. Det er som i ordtaket: «skomakerens barn er dårligst skodd».

– *Utvalget for legehelse driver blant annet en ordning med så kalte «støttekolleger». Den kjenner du godt ettersom du i tillegg til å sitte i utvalget er fylkesrådgiver for støttekollegene i Nord-Trøndelag. Hva går ordningen ut på?*

– Det er en ordning hvor leger får tilbud om en uforpliktende samtale med en annen lege. Dette er ikke en legetjeneste, det vil si at vi ikke fører journal, skriver ut sykmeldinger, resepter eller lignende. Støttekollegaen er en rådgiver, en nøytral instans. Vi fungerer som et kompass for å veilede medlemmene på best mulig måte. Terskelen for å søke hjelp er høyere for leger enn for andre yrkesgrupper og de kommer ofte på et senere tidspunkt når problemene har bygget seg opp. De kan for eksempel komme etter at de har blitt hengt ut i avisen eller fylkesmannen har sendt flere brev. Da er det viktig å se på hvordan de kan få hjelp. Noen ganger kan vi bistå med å sette dem i kontakt med Legeforeningen sentralt, for eksempel i saker hvor de trenger bistand fra jurist.



RÅDGIR: Gjennom Støttekollegaordningen tar Dragan Zerajic imot leger som har behov for en uforpliktende samtale om problemer de sliter med. Her er han på kontoret sitt på Dampsaga legesenter. Foto: Privat

– *Har det en egenverdi at man møter en annen lege?*

– Ja, jeg tror det. Sånn tror jeg det er for alle yrkesgrupper: journalister forstår journalister bedre enn politikere, og politikere forstår hverandre. Det er det samme hos legene. Vi baserer vår kontakt på kollegialitet og lojalitet.

– *Hvem er det som tar kontakt?*

– Det mange unge mellom 25 og 40 år. Det svinger litt om det er sykehusleger eller allmennleger som kommer i takt med prosesser som i helsetjenesten. Sykehusleger har ofte problemer med ansettelse. Innen allmennmedisin er det nå mye fokus på utfordringer med fastlegeordningen. Inntrykket mitt er at tidligere var det flere kontakter om vanskelige situasjoner med arbeidsgiver eller i forbindelse med medisinske feil. Nå er problemet oftere utbrenthet.

– *Hva gjør støttekollegene?*

– Vi prøver å få litt oversikt og finne ut hva som er problemet. Kanskje stiller vi noen kritiske spørsmål som hvorfor det har blitt som det har blitt, litt som man ville gjort til en god venn. Vi kan ha inntil tre samtaler med hver person.

– *Hva gjør dere dersom det trengs videre medisinsk oppfølging?*

– Er det opplagt at vedkommende er fysisk eller psykisk syk, spør om vi om vi kan ta kontakt med fastlegen eller sykehus på vegne av vedkommende. I de mindre distriktene hvor fagmiljøet er lite kan det være mulig å få til dette på en diskret måte. I Nord-Trøndelag har vi for eksempel sørget for å få hjelp i Sør-Trøndelag, for å unngå at leger skal bli innlagt på sykehuset de selv jobber ved.

– *Har du inntrykk av at det løser det seg for legene som har vært hos dere?*

– Ja, de fleste kommer på rett kjøll etter å ha vært hos oss. De kommer seg videre og får juridisk hjelp, eller annet de trenger. Jeg tror at det å innrømme at man har et problem er den største kneika. Vi vil gjerne tone ned problemene, men det er godt å diskutere ting og flere kloke hoder kommer ofte fram til en bedre løsning.

– *Hvis du kunne snakke rett til en lege som har det tungt, men ikke har oppsøkt noen form for hjelp, hva ville du sagt?*

– Du er ikke alene. Selv når det blåser kraftig kuling og det føles som om du er helt alene på vidda. Vi har en forening og gode kolleger som står klare til å støtte deg.

JULIE KALVELAND

julie.kalveland@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling

derfor er jeg lege...

Lege og politikere – en god kombinasjon



Da jeg var barn og jeg klaget over noe, sa foreldrene mine at enten må du akseptere det og slutte å sutre, eller du må gjøre noe med det. Den holdningen preger meg sterkt fremdeles. Den har nok vært en del av drivkraften for å bli tillitsvalgt både i Yngre legers forening og senere i Overlegeforeningen.

Årsaken til at jeg engasjerte meg i politikk, var at skolen guttene mine gikk på ble akutt stengt på grunn av mugg. Jeg meldte meg inn i partiet for å få kontakt med den daværende skolebyråden. Etter hvert ble jeg mer politisk aktiv. Skolebyråd ble jeg i 2015, men da byrådet senere falt, ble jeg på heltid i ledelsen av helse- og sosialkomiteen i Bergen kommune og 50 prosent lege igjen. Om det at jeg er lege betyr noe for politikken, så er svaret klart ja. Jeg har en erfaring som politikk trenger. Jeg tar med meg erfaringer fra pasientmøter. Jeg vet en god del om hvordan folk har det, og den kunnskapen bruker jeg.

Med to legefeforeldre, hadde hverken broren min eller jeg planer om å bli leger, men vi ble det begge to. Vi opplevde at de var mye på vakt. Vi fikk telefoner hjem hele døgnet, men vi lærte samtidig noe om hvordan de forholdt seg til menneskeskjebner. Opp gjennom årene har det vært godt å kunne ringe dem, spørre om råd og debriefe etter hendelser.

Å gjøre noe på jobb som skaper fellesskap, mener jeg er positivt. Selv har jeg fått bli med i et kor som synger på julelunsjer og jubileer. Det er moro og gir avveksling i en travel hverdag!

JANA MIDELFART HOFF

Overlege nevrologi, Haukeland sykehus og politiker i Bergen Kommune
Se videointervju her: legeforeningen.no/derfor

Reetablerer trepartssamarbeidet om fastlegeordningen

For å styrke samarbeidet om fastlegeordningen har Helse- og omsorgsdepartementet, KS og Legeforeningen bestemt å reetablere trepartssamarbeidet.

– Fastlegeordningen har vært en stor suksess som har bidratt til at innbyggerne har fått et godt og trygt helsetilbud der de bor. Men vi må sørge for at ordningen er tilpasset endringene i samfunnet og utvikler seg etter befolkningens behov, sier helse- og omsorgsminister Bent Høie.

Må bli en reell arena

President i Legeforeningen Marit Hermansen er glad for at samarbeidet skal gjenopptas.

– Dette er et positivt initiativ. Vi har gjen tatt mange ganger bedt om at det blåses liv i trepartssamarbeidet, sier hun.

– Skal vi løse problemene i fastlegeordningen, er det avgjørende med et forpliktende og løpende samarbeid mellom partene. For oss er det viktig at dette blir en reell arena hvor vi finner konkrete tiltak og målrettede virkemidler som videreutvikler fastlegeordningen. En rekrutteringssatsning og gjennomgang av fastlegenes oppgaver må stå

øverst på agendaen, understreker Marit Hermansen.

KS er glad for at statsråden har vært lydhør for forslaget om å reetablere trepartssamarbeidet.

– Det er viktig at de sentrale partene setter seg sammen og vurderer både finansiering, oppgaver og organisering av fastlegeordningen. Kommunene melder at det er utfordrende å ivareta sørge-for-ansvaret overfor innbyggerne, blant annet fordi det er vanskelig å rekruttere og beholde fastleger. KS er opptatt av å bidra til en ordning med god kvalitet og riktig arbeidsbelastning, sier styreleder i KS, Gunn Marit Helgesen.

Målet med trepartssamarbeidet er at KS, Legeforeningen og staten skal få en tettere dialog om fastlegeordningen, og regelmessig kunne drøfte ulike problemstillinger. Det inkluderer blant annet rekruttering, utdanning og finansiering.

Da fastlegereformen ble innført besluttet Stortinget at det skulle etableres et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, KS og Legeforeningen. I tiden etter innføringen ble imidlertid møtene mindre og mindre hyppige, og siste møte ble avholdt i 2007.

MATTIS DAHL ÅMOTSBAKKEN

mattis.dahl.amotsbakken@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling



GLADE SAMARBEIDSPARTNERE: Bent Høie flankert av Marit Hermansen (t.v) og Gunn Marit Helgesen. Foto: Per Aubrey Bugge Tenden/HOD

Kvalitetspris gir ringvirkninger

I mai 2016 mottok en gruppe fra det lokale akuttmedisinske miljøet i Alta Legeforeningens kvalitetspris for primærhelsetjenesten. Prisen fikk de for å ha etablert regelmessig tverrfaglig simuleringstrening på behandling av akutte helsetilstander i primærhelsetjenesten.

Nå har gruppen brukt prispengene på totalt 50 000 kroner til arrangere et seminar i Alta for akuttmedisinske miljøer i andre deler av landet.

– I stedet for å bruke prispengene til selv å dra på kurs, ønsket vi å bruke pengene til å samle de som har erfaringer på dette til et seminar, sier lege og doktorgradsstipendiat ved Allmenntilleggsforskning ved UiT Norges Arktiske Universitet, Magnus Hjortdahl.

Hjortdahl mottok prisen sammen med ambulansesjef Geir Jøran Sara og sykepleierne Hege Holmgren og Hilde Hætta Eng på vegne av gruppen.

12. oktober 2017 møttes 60 personer fra blant annet Vestlandet og Nord-Norge til kurs i Alta.

– Samtidig markerte vi at det lokale akuttmedisinske miljøet i Alta (ambulansetjenesten og legevakten) i ti år har hatt regelmessig trening i akuttmedisinsk samhandling og samarbeid (BEST-trening), forteller Hjortdahl.

Simuleringen setter fokus på ledelse, dialog og samspill ved håndtering av kritiske helsetilstander med utgangspunkt i BEST-modellen for sykehus. Gruppen har tilpasset denne for primærhelsetjenesten, såkalt Kommune-BEST.

– Vi var så heldige at vi fikk innspill fra Helen Brandstorp, leder for Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) i Tromsø og Torben Wisborg som leder Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi (NKT-Traume), sier Hjortdahl, og utdyper:

– Vi mener vi brukte prispengene godt. Vi hadde en interessant dag med en rekke korte innlegg, og vi lyktes med å invitere andre som også driver denne type trening. Vi ønsket å dele våre erfaringer med andre lokale akuttmedisinske miljøer og å motivere for at denne treningsmetoden blir mer utbredt i Norge.

Flere studier har vist at teamtrening gir tryggere pasientbehandling.

– Hvis tiltaket gjennomføres over hele



BEST: Magnus Hjortdahl er godt fornøyd med at prispengene gikk til å dele erfaringer om teamtrening. Foto: Lise B. Johannessen

landet kan det bidra til tryggere prehospital behandling i hele primærhelsetjenesten, mener Hjortdahl.

Det er en gruppe instruktører med bakgrunn fra legevakt og ambulansetjenesten som er ansvarlig for den akuttmedisinske treningen i Alta som er et samarbeid mellom Alta kommune og Finnmarkssykehuset.

Trygge rammer

I Alta ønsker de at BEST-treningen skal være tverrfaglig, realistisk, lokal og faglig oppdatert.

– Vi skal lære ved hjelp av simulering og refleksjon i trygge rammer, sier Hjortdahl.

Akuttmedisin er et tverrfaglig arbeid, derfor ønsker de også å trene tverrfaglig. De har derfor deltakere på treningene fra alle de ulike faggruppene som inngår i det lokale akuttmedisinske teamet. I Alta er dette ambulansesjef, sykepleiere og fastleger.

Hjortdahl forteller at de vanligvis har med to sykepleiere fra legevakten, to ambulansesjef og to fastleger på hver trening. I tillegg er det ofte med lærlinger og studenter, og eventuelt andre samarbeidspartnere. For å sikre at veiledningen er tverrfaglig har de instruktører med bakgrunn fra de samme faggruppene.

20 år med BEST

BEST-modellen ble utviklet i Norge i 1997 for å sikre en bedre behandling av hardt skadde

pasienter på sykehus og kunne i fjor feire tjueto år. BEST står i dag for Bedre og Systematisk Teamtrening. Hensikten med BEST er at hele teamet som deltar i behandling av pasienten også skal delta i treningen.

Målsettingen med BEST-treningen er å bli bedre i kommunikasjon samhandling og ledelse.

– Vi bruker simulering med etterfølgende debriefing for å oppnå dette, forteller Hjortdahl.

– Vi velger scenarier som vi tror vil utfordre gruppen, og hvor de vil ha bruk for kommunikasjon, samhandling og ledelse. Det kan være prehospital trombolysing av hjerteinfarkt, CPAP-behandling av hjertesvikt eller en hardt skadd pasient som har falt ned fra et tak.

Alle instruktørene jobber også klinisk. De tar derfor med selvopplevde erfaringer inn i scenariene.

– Vi prøver å få øvd på momenter som har vist seg å være viktige for oss i Alta, som nedkjøling, vurdering av behandlingssted eller valg av transportmåte. Vi ser an deltakerne før og under scenariene og tilpasser utfordringen etter gruppene.

– Målet er at alle skal få faglige utfordringer samtidig som de opplever mestring, understreker Hjortdahl.

LISE B. JOHANNESSEN

lise.berit.johannessen@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling

Nordiske legeforskere samles på Gardermoen

For femte år på rad møtes forskere fra ulike forskningsfelt til en tverrfaglig forskerkonferanse der de diskuterer sammenhengene mellom profesjonstilfredshet, organisering av helsetjenesten og kvalitet i behandlingen.

– Tanken bak konferansene er å lage en arena der man kan samle ulike fagdisipliner som forsker i dette feltet, gi en anledning til presentasjon av pågående prosjekter og tid til felles refleksjon, sier instituttsjef Karin Isaksson Rø ved LEFO.

Det er LEFO – Legeforskningsinstituttet som inviterer til konferansen som finner sted 22.–23. januar. Årets hovedtema er «Leading healthcare».

Med utgangspunkt i dette har arrangørene invitert professor og lege Mats Brommels ved Karolinska Institutet i Stockholm, Jan Ketil Arnulf, professor og psykolog ved BI og sykehusdirektør Per Bleikelia ved Martina Hansens Hospital til å dele sin kunnskap og erfaring om ledelse. For første gang er det også lagt opp til en paneldebatt med de tre hovedforeleserne. Redaktør i Dagens Medisin, Markus Moe, vil lede debatten.

Både unge og eldre forskere er deretter invitert til å presentere sine pågående prosjekter – 11 ulike abstracts er godkjent for muntlig fremføring. Det er også satt av god tid til diskusjon i grupper og i plenum.

– Vi trenger møteplasser der leger og helsepersonell kan diskutere med samfunnsvitere og andre profesjonsforskere for å få økt forståelse for utfordringene og mulighetene i helsevesenet. Vi gleder oss spesielt over at nye nordiske fagmiljøer har valgt å delta, og at både prosjekter innen primærhelsetjenesten og sykehussektoren er representert, sier Karin Isaksson Rø.

LEFOs egne forskere vil også presentere sine prosjekter.

– Det er viktig for oss som et lite institutt å presentere vår forskning, få tilbakemelding fra fagfeller og reflektere over veien videre for prosjektene våre, understreker Isaksson Rø.



FORSKERSAMLING: Nordiske legeforskere trenger møteplasser, mener instituttsjef ved LEFO – Legeforskningsinstituttet, Karin Isaksson Rø. Foto: Lise B. Johannessen

Det første samarbeidet med forskere i de nordiske landene ble etablert allerede da Legeforskningsinstituttet ble stiftet for 25 år siden. I mange år lå imidlertid dette samarbeidet nede, inntil det igjen ble «blåst liv i» ideen i 2013.

Profesjonalisert

Selve modellen har utviklet seg over tid, fra den første samlingen i 2013 der LEFOs stab stod for hele gjennomføringen, til det i dag er etablert en egen programkomité med representanter fra de tre skandinaviske landene som planlegger og tilrettelegger for konferansen. Sammen har de utarbeidet et spennende og innholdsrikt program.

Karin Isaksson Rø forteller at de til årets konferanse for første gang har fått støtte fra Forskningsrådet til reise og opphold for yngre forskere som vil presentere sine abstracts.

– Støtten er begrunnet i et bra program og at man skal rekruttere yngre forskere, forteller hun.

Les mer om årets IPOQ-konferanse og de foregående forskersamlingene i det nordiske nettverket på LEFOs hjemmeside: www.legeforsk.org

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



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 LEGEFORENING

Faglige medarbeidere

Tidsskriftets faglige medarbeidere representerer ulike medisinske spesialiteter og fagområder. De benyttes ved behov for medisinske råd, kommentarer og vurderinger, blant annet ved fagfellevurdering av vitenskapelige manuskripter. Mer informasjon om deres bakgrunn finnes på www.tidsskriftet.no

Alfsen, Cecilie
 Andreassen, Ole A.
 Aurlien, Dag
 Austad, Joar
 Bachmann, Ingeborg Margrethe
 Backe, Bjørn
 Bakken, Inger Johanne
 Bartnes, Kristian
 Berentsen, Sigbjørn A.
 Berg, Tore Julsrud
 Bergan, Stein
 Berild, Dag
 Berntsen, Gro Karine Rosvold
 Birkeland, Kåre Inge
 Bjørner, Trine
 Bramness, Jørgen Gustav
 Brantsæter, Arne Broch
 Bratlid, Dag
 Brattebø, Guttorm
 Braut, Geir Sverre
 Bretthauer, Michael
 Brodal, Per Alf
 Brustugun, Odd Terje
 Braarud, Anne Cathrine
 Bøhmer, Ellen
 Chaudhry, Farrukh Abbas
 Christiansen, Rolf Espen Falk
 Claudi, Tor
 Dale, Ola
 Dietrichs, Espen
 Døllner, Henrik
 Ebbing, Cathrine
 Ellingsen, Christian Lycke
 Engelsen, Bernt
 Eri, Lars-Magne
 Eskild, Anne
 Flottorp, Signe Agnes
 Flægstad, Trond
 Fretheim, Atle
 Frich, Jan
 Fønnebo, Magne Vinjar
 Førde, Reidun

Gilbert, Mads
 Gilhus, Nils Erik
 Gisvold, Sven Erik
 Gradmann, Christoph
 Grimsrud, Tom Kristian
 Grydeland, Thomas B.
 Grønseth, Rune
 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
 Hjertåker, Anette
 Hjelmesæth, Jøran Sture
 Hofmann, Bjørn
 Hokland, Bjørn M.
 Holme, Øyvind
 Holmen, Jostein
 Holmøy, Trygve
 Houge, Gunnar
 Hunskaar, Steinar
 Husebekk, Anne
 Høymork, Siv Cathrine
 Haarr, Dagfinn
 Haave, Per
 Haaverstad, Rune
 Ihle-Hansen, Hege
 Iversen, Ole-Erik
 Jakobsen, Jarl Åsbjørn
 Jenum, Anne Karen
 Johansen, Rune
 Johansen, Truls E. Bjerklund
 Juel, Niels Gunnar

Jørgensen, Anders Palmstrøm
 Kerty, Emilia
 Kirkengen, Anna Luise
 Kiserud, Torvid Waldemar
 Kran, Anne-Marte Bakken
 Kristiansen, Ivar Sønbo
 Krohg-Sørensen, Kirsten
 Krohn, Jørgen Gitlesen
 Kvestad, Ellen
 Kvistad, Kjell Arne
 Kørner, Hartwig
 Lang, Astri M.
 Larsen, Alf Inge
 Larsen, Øivind
 Lassen, Kristoffer
 Lie, Anne Kveim
 Lillebø, Kristine
 Lærum, Ole Didrik
 Løberg, Magnus
 Madsen, Steinar
 Mahesparan, Rupavathana
 Meisingset, Tore Wergeland
 Meland, Eivind
 Midelfart, Anna
 Moen, Mette Haase
 Mørch, Kristine
 Nakstad, Per Hjalmar
 Nakken, Karl Otto
 Nessa, John N.
 Nestaas, Eirik
 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 Hysten
 Reed, Wenche
 Reiso, Harald
 Retterstøl, Kjetil
 Risnes, Kari Ravndal
 Risøe, Cecilie
 Rogde, Sidsel

Rogne, Tormod
 Rosvold, Elin Olaug
 Ræder, Johan C.
 Rørtveit, Guri
 Sager, Georg Bersvein (jr.)
 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
 Søreide, Jon Arne
 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