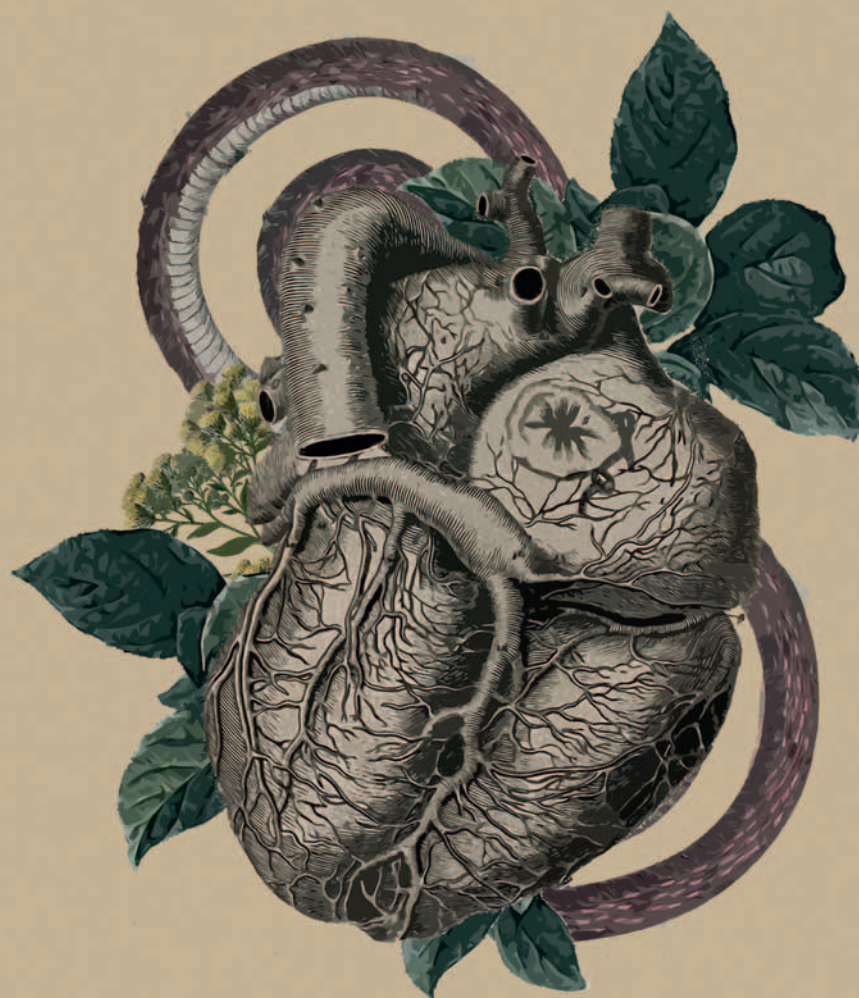




Tidsskriftet

DEN NORSKE LEGEFORENING



Diabetes og koronarsykdom

Er oppfølgingen etter
koronarsykdom god nok?

Samtykkekompetanse må
dokumenteres ved HLR minus

Pasienter med knesmerter blir utsatt
for unødig utredning og behandling

Vitenskap er debatt



ARE BREAN
SJEFREDAKTØR

De fleste leger har et forhold til PubMed – verdens største database over medisinskvitenskapelige artikler. Færre vet at man siden 2013 har kunnet kommentere artikler på PubMeds egen plattform, PubMed Commons. Ideen var enkel: Siden de fleste uansett trekkes mot PubMed når de leter etter fagartikler, virket det naturlig å kunne debattere de samme artiklene der. Men i disse dager legges PubMed Commons ned. Årsaken er lite bruk. Bare 6 000 av de 28 millioner indekserte artiklene er blitt kommentert.

Det at PubMed Commons aldri ble en viktig arena for vitenskapelig debatt, betyr ikke at debatten ikke eksisterer. Den finnes bare andre steder. Ofte er dette på tidsskriftenes egne hjemmesider, der artiklene faktisk er publisert. I vårt eget tidsskrift har vi de siste årene lagt ned mye arbeid i å forbedre og forenkle kommentarfunksjonen. Og funksjonen brukes. I 2017 publiserte vi 267 kommentarer til artikler i Tidsskriftet. I 2018 håper vi på enda flere. Engasjer deg, delta i debatten, og kommenter artikler. For vitenskap er debatt.

LES I DETTE NUMMERET

Diabetes og koronarsykdom

Diabetes diagnostiseres ofte etter koronarsykdom og gir høy risiko for nye kardiovaskulære hendelser. Dette bekreftes i en studie blant pasienter ved Sørlandet sykehus Arendal. Nesten halvparten av pasientene med diabetes og koronarsykdom nådde ikke behandlingsmålet for blodsukkernivå. Mange endrer ikke livsstil. Fastleger, kardiologer og diabeteseksperter må samarbeide mer og bedre om slike pasienter.

SIDE 419, 434, 446

HLR minus

Vedtak om å avstå fra gjenoppliving skal bygge på en grundig medisinsk vurdering av hva som er best for pasienten, og hva pasienten selv ønsker. Behandlingsansvarlig lege kan fatte vedtak om HLR minus hvis en døende pasient ikke ønsker gjenoppliving eller når gjenoppliving anses som medisinsk nytteløst. Hos 116 av 363 pasienter med vedtak om HLR minus ved et lokalsykehus var vedtaket basert på pasientens ønske, men en vurdering av pasientens samtykkekompetanse var aldri eksplisitt dokumentert i journalen.

SIDE 452

Knesmerter

Mange pasienter med kneplager blir utsatt for utredninger og behandlinger som ikke samsvarer med nyere forskning.

Smertene i knær uten forutgående traume er bare i moderat grad assosiert med bilde-diagnostiske funn. Degenerative meniskskader er vanligvis ikke assosiert med spesifikke symptomer eller funn. Tilrettelagt fysisk aktivitet og eventuell vektreduksjon står sentralt i behandlingen. Artroskopi er sjeldent indisert.

SIDE 457

FORSIDE



Illustrasjon © Lauren Davis

For en tid tilbake gjennomgikk en som står meg nær, sin andre hjertetransplantasjon, sier Lauren Davis. Hun har illustrert forsiden av denne utgaven av Tidsskriftet. Davis kommer fra USA og er utdannet ved Kunsthøgskolen i Oslo. – Ofte er vi ikke bevisst våre egne kropper, men i arbeidet med tegning ønsket jeg å hedre den jobben kroppen ubevisst gjør når den beveger seg gjennom verden. Hjertetransplantasjonen har gjort meg bevisst på livets skjørhet og kroppens begrensninger. Se mer av Davis’ kunst her: <http://www.lrndvs.com/>

Fra redaktøren

- 417 Utryddelse av polio – bare innspurten igjen
Øyvind Stople Sivertsen

Leder

- 418 Delirium – framleis underdiagnostisert
Leiv Otto Watne, Torgeir Bruun Wyller
- 419 Diabetes, koronarsykdom og samarbeid
Geir Øystein Andersen

DEBATT

Kommentarer

- 422 Fremtidens leger som teknologer og innovatører
Bjarte Reve, Egil Bodd
- Epigenetikk, etikk og militære utenlandsoppdrag
Baard Ingegerdsson Freberg
Tilsvaret: *Tor-Erik Widerøe*
- 423 Innsikt til utsikt!
Bodil Ovesen

Debatt

- 426 Reell beskyttelse for varslere – også i helsevesenet
Svein Axel Wannag
- 427 Når kan helsepersonell lese i pasientjournalen?
Haakon Lindekleiv
- 428 Personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse diskrimineres
Sigmund Karterud
- 430 Bedre informasjon til pasienter med epilepsi
Oliver Henning, Therese Lundeng Ravatn, Karl O. Nakken
- 432 Helse uten kunnskap?
Mette Kalager

Kronikk

- 434 Oppfølging etter hjerteinfarkt – er den god nok?
John Munkhaugen, Kari Peersen, Elise Sverre, Erik Gjertsen, Lars Gullestad, Toril Dammen, Einar Husebye, Jan Erik Otterstad
- 438 Informasjon og medvirkning gir bedre tjenester
Inger Pedersen, Brynhild Braut

VITENSKAP

Fra andre tidsskrifter

- 442 Bare halvparten av nye, godkjente kreftlegemidler har dokumentert effekt
- 443 Pacemaker ingen hindring for MR
- 444 Kan omega-3-fettsyrer fremme øyesykdom?
Medisiner like bra som stent ved stabil angina

Doktoravhandlinger

- 445 Biologiske markører ved brystkreft
Forbedret gjenoppliving av nyfødte i lavressursland

Originalartikler

- 446 Forekomst av diabetes før og etter første gangs koronarsykdom
Jarle Jortveit, Anete Kaldal, Serena Tonstad
- 452 Vedtak om å avstå fra gjenoppliving i sykehus
Ingvild Haraldstad Skårdal, Reidun Førde

Oversiktsartikkel

- 457 Atraumatiske kneplager
Robin Holtedahl

Noe å lære av

- 462 En kvinne i 60-årene med angst, nedsatt stemningsleie og endret atferd
Martin Bystad, Hilde Holme, Ole Kristian Grønli

Medisinen i bilder

- 466 Perikarditt hos et nyfødt barn
Succora Olivia Nordin, Hilde Mjell Donkor, Vegard Bruun Wyller, Teresa Farstad, Arne Borthne, Atle Moen, Anne Lee Solevåg

Medisin og tall

- 467 Cohens kappa – et mål på samsvar
Stian Lydersen

MAGASIN

Intervju

- 468 Hverdagsmedisin og hverdagsfotografi
Marit Tveito

Medisinsk etikk

- 473 Mens vi venter på en ny metode for aldersbestemmelse av unge asylsøkere
Svein Aarseth, Stine Kathrin Tønsaker

Internasjonal medisin

- 475 Mødreventehjem – effektivt redskap for global mødrehelse
Erik Bøhler

Legelivet

- 478 Sjakk, allmennpraksis og forbedring
Alexander Wahl

Språkspalten

- 479 Hvordan beskrive delirium?
Bjørn Erik Neerland, Maria Krogseth, Torgeir Bruun Wyller

Tidligere i Tidsskriftet

- 480 Sulfahannen

Anmeldelser

- 481 Bøker
- 484 App

Ph.d.-disputaser

- 485 Avlagte doktoravhandlinger

Minneord

- 487 Minneord

ANNONSER

- 488 Legejobber
- 494 Kurs og møter
- 495 Spesialister

AKTUELT I FORENINGEN

Fra presidenten

- 497 Fastlegen på overtid
Marit Hermansen

Aktuelt

- 498 Hedret for digitaliseringen av mammografi
- 500 – Kommunene må ha mer fokus på sin egen helsetjeneste
- 501 Har fortsatt mye å kjempe for
- 502 Legeforeningen styrker satsingen på legeledere
- 503 #LaBarnVæreBarn

legejobber.no

Norges mest komplette stillingsportal for leger

UTVALGTE STILLINGER

SØRLANDET SYKEHUS

Overlege, hjertesykdommer,
indremedisin

Frist 13. mars

SYKEHUSET INNLANDET

Overlege, barne- og
ungdomspsykiatri

Frist 18. mars

AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS

Overlege, barnesykdommer

Frist 12. mars

SYKEHUSET TELEMARK

Overlege, patologi

Frist 15. mars

HELSE NORD-TRØNDELAG

Lege i spesialisering,
ortopedisk kirurgi

Frist 15. mars

TØNSBERG KOMMUNE

Fastlegehjemmel,
allmenntmedisin

Frist 9. mars

SAMNANGER KOMMUNE

2 fastlegeheimlar,
allmenntmedisin

Frist 13. mars

HERØY KOMMUNE, NORDLAND

Kommuneoverlege,
allmenntmedisin

Frist 18. mars

HELSE MØRE OG ROMSDAL,

MOLDE SJUKEHUS

Overlege, psykiatri

Frist 11. mars

SKAUN KOMMUNE

Fastlege, allmenntmedisin

Frist 18. mars

Legejobber

TIDSSKRIFTETS STILLINGSPORTAL

Utryddelse av polio – bare innspurten igjen

Vi har nesten utryddet polio, men nå flater vaksinedekningen ut. Gir vi oss ved målstreken?

Langt ute på den kenyanske landsbygda, i Rift Valley, ligger Pokot. Jeg var nylig der. Omtrent en halv million mennesker lever i dette området, de fleste med sin egen, lille åkerlapp. Mange bor i jordhytter. Med unntak av det åpenbare – biler, reklame for 4G-dekning og mobiltelefoner – fremstår livet i Pokot sannsynligvis omtrent som det var for 40 år siden. Men det finnes et mindre synlig unntak. Nesten ingen barn dør.

Ved siden av rent vann er vaksiner, spesielt til barn, historiens mest effektive folkehelseiltak (1). Den mest brukte indikatoren på vaksinedekning er andelen barn som har fullført tre doser av DTP-vaksinen (difteri, tetanus og pertussis) før seks måneders alder, i tillegg til at meslingevaksine er gitt før fylte ett år (2).

De siste 40 årene er den globale vaksinedekningen blitt nær femdoblet (3). Nesten 86 % av verdens barn vaksineres, mot 20 % i 1980. Helseministere fra 194 land definerte i 2012, under World Health Assembly, et mål på minst 90 % dekning innen 2020, og vi er altså ganske nær. Barnedødeligheten er lavere enn noensinne. Av 1 000 levendefødte dør 41 barn før fylte fem år – for mindre enn 20 år siden var andelen mer enn det dobbelte (4).

Kopper ble erklært utryddet av Verdens helseorganisasjon (WHO) i 1980. Virusene finnes imidlertid fortsatt i to offisielle lagre i USA og Russland, og er under WHO-kontroll (5). Håpet er at vi skal få til det samme med polio – viruset som i 1952 førte til flere dødsfall enn noen annen infeksjonssykdom i verden. I 1988 var det 350 000 tilfeller i 125 land. I 2016 var det kun 37 registrerte tilfeller, hvor samtlige var i Nigeria, Pakistan og Afghanistan (6).

Vi er altså på god vei, men alle piler peker ikke i riktig retning: Mellom 2010 og 2016 flatet vaksinedekningen ut, og i 2016 var 19,5 millioner barn fremdeles ikke fullvaksinert. I landsbygdene og slumstrøkene, hvor hygiene og sanitære forhold er dårligst, er færrest vaksinert. De som trenger det mest, får minst. Hvorfor? Og hva kan vi gjøre med det?

Lokalt kan små hendelser utgjøre en stor forskjell: I fjor streiket Kenyas sykepleiere i fem måneder. De ønsket seg bedre arbeidsvilkår og høyere lønn. Det hadde de sikkert god grunn til. Men resultatet var at antallet uvaksinerte barn økte fra 157 000 til over 265 000 (7), og dekningen sank fra 85 % til 68 %. Nedgangen er viktig av flere

grunner. Kanskje viktigst er at man taper flokkimmuniteten når dekningen går under et kritisk nivå, gjerne mellom 80 og 90 % (8). De som taper på dette, er de som ikke kan vaksineres fordi de er for små eller for syke.

I Kenya blir vaksiner gitt gratis på offentlige sykehus eller klinikker. Men informasjonsflyten til befolkningen er ofte ufullstendig. Under sykepleierstreiken ble vaksiner distribuert til private klinikker, men mange fikk nok ikke med seg at de var tilgjengelige, og ikke minst gratis. Dette illustrerer en av utfordringene for å nå full vaksinedekning. Arbeidet er sårbart for hendelser som kan oppstå lokalt, og særlig for land uten velutbygd helsevesen eller med sårbar økonomi. 28 afrikanske land, inkludert Kenya, finansierer ikke vaksiner sine selv (9). De får bistand fra eksterne aktører, hvor Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) er den viktigste. Organisasjonen kjøper vaksiner på vegne av mottakerlandene og oppnår dermed lavere priser. Samtidig stiller de krav til landenes medvirkning gjennom deres helse-systemer og direkte medfinansiering.

Land som tidligere var definert som lavinntektsland, har imidlertid nå fått endret status til middelinntektsland (10). Det kan føre til at finansieringen fra eksterne aktører faller bort. Konsekvensen blir blant annet at innbyggerne ikke lenger kan få gratis vaksiner. Det går ut over fattige mennesker i land som ikke er fattige, men som har et fordelingsproblem.

Et annet problem er krig og politiske forhold. Polioviruset er nesten utryddet, men i de politisk ustabile og usikre grenseområdene mellom Afghanistan og Pakistan har majoriteten av tilfellene kommet de siste årene. Her kan man ofte ikke garantere for sikkerheten til helsepersonellet, og det offentlige helsevesenet er dårlig utbygd (11). Et program der barn blir tilbudt en pakke med poliovaksine, skolebøker og mat har vist å øke vaksinedekningen (12).

Vaksiner kan kanskje gå ut på dato, men vaksinasjon bør aldri gjøre det. Det påligger oss som helsepersonell å holde trykket oppe i kampen mot sykdommer som vi kan gjøre noe med. Det er en hån mot arbeidet som er lagt ned for å utrydde polio, og for å beskytte barn mot andre dødelige sykdommer, om dette nedprioriteres nå.



ØYVIND STOPLE SIVERTSEN

(f. 1984) er lege og medisinsk redaktør i Tidsskriftet.
Foto: Sturlason

LITTERATUR

- Andre FE, Booy R, Bock HL. Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. *Bulletin of the World Health Organization* 2008; 86: 81–160. <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/2/07-040089/en/> (26.2.2018).
- Annual Progress Report GAVI. 2016. <http://gaviprogressreport.org/2016/> (20.2.2018).
- WHO. WHO/UNICEF estimates of national immunization coverage, 2017. http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/routine/coverage/en/index4.html (26.2.2018).
- Hug L, Sharrow D, You D. Levels & trends in child mortality. Report 2017. Estimates developed by the UN inter-agency group for children mortality estimation. <http://www.childmortality.org/> (26.2.2018).
- Folkehelseinstituttet. Kopper og andre poxviridae-infeksjoner – veileder for helsepersonell. Smittevernveilederen. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2014. <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/kopper-og-andre-poxviridae-infeksjo/> (26.2.2018).
- WHO. Global vaccine action plan. Monitoring, evaluation and accountability. Secretariat Annual Report 2017. http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2017/october/3_GVAP_SecReport2017.pdf (26.2.2018).
- Oketch A. Nurses' strike derail immunisation and maternal care drive. *Daily Nation* 4.1.2018. <https://www.nation.co.ke/news/Nurses-strike-derail-immunisation-maternal-care-drive/1056-4250352-gjlxjuz/index.html> (20.2.2018).
- Fine P, Eames K, Heymann DL. «Herd immunity»: a rough guide. *Clin Infect Dis* 2011; 52: 911–6.
- Merab E. Concern as baby immunisation coverage in Africa stalls. *Daily Nation* 27.12.2017. <https://www.nation.co.ke/news/Africa-yet-to-achieve-vaccination-goal/1056-4243402-jb380wz/index.html> (20.2.2018).
- Onarheim KH, Gopinathan U. Global health financing: Priority to poor people or poor countries? *Tidsskr Nor Legeforen* 2017. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0715.
- Siem FF. Leaving them behind: healthcare services in situations of armed conflict. *Tidsskr Nor Legeforen* 2017. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0524.
- Sepúlveda J. Global health: Towards polio eradication. *Nature* 2017; 547: 411–2.

Delirium – framleis underdiagnostisert

Helsepersonell kan for lite om delirium, og majoriteten av tilfella vert aldri oppdaga. No blir det arrangert ein internasjonal dugnad for å redusere forvirringa.

14. mars 2018 har fleire internasjonale organisasjonar gått saman om å markere verdas deliriumdag, for å auke medvitnet om delirium i helsetenesta og mellom folk flest (1). Når ein følgjer opp pasientar etter ei sjukehusinnlegging, er det mange som treng å snakke om at dei var forvirra under opphaldet. Mange plagast av at dei oppførte seg «dårleg».

Delirium har tre kjenneteikn. Det representerer ei forstyrning i klarleik og merksemd som kjem brått og skuldast akutt somatisk sjukdom, skade, forgifting eller abstinens (2). Bruken av sentrale omgrep i deliriumdiagnostikken er drøfta i språkspalteartikkelen *Hvordan beskrive delirium* (3). Det er vår erfaring at omgrepet delirium vert nytta oftare no enn før. Men mange er ikkje medvetne om at alle dei diagnostiske kriteria må vere oppfylte. Etiketten delirium vert nytta om pasientar som er urolege, aggressive og vanskelege å handtere. Men dette er ikkje obligate kjenneteikn. Pasientar som har slike symptom, men utan at alle kriteria for delirium er til stades, har etter vår erfaring som oftast demensrelaterte åtferdsforstyringar. På andre sida finst det pasientar som oppfyller alle kriteria for delirium, men som ikkje blir identifiserte som deliriske av di dei ikkje er urolege.

Mange legar er vane med å vurdere om pasientane er vakne, klåre og orienterte (3). Gjer ein det systematisk, kjem ein godt i veg med deliriumdiagnostikken. Men i tillegg må ein vurdere pasientens merksemd. Det gjer ein enkelt ved undersøke om pasienten kan seie månadene i året eller dagane i veka baklengs (4).

Det at delirium alltid skuldast ein akutt somatisk tilstand, har to viktige konsekvensar. For det første skal mistanke om delirium utløyse ei systematisk leiting etter årsaka. Delirium kan vere det einaste eller i alle høve det mest dramatiske symptomet. Til dømes vil god diagnostikk av delirium gjere identifisering av sepsis med hjelp av qSOFA (Quick Sequential Organ Failure Assessment) meir presis (5). For det andre er det slik at dersom ein etter grundig utgreiing ikkje kan finne nokon utløysande årsak, ja så har ikkje pasienten delirium. Då lyt ein sjå etter andre årsaker til endra åtferd.

Delirium oppstår som eit samvirke mellom predisponerande og utløysande faktorar. Prevalensen er høgast i geriatrike avelingar (som har dei mest skrøpelege pasientane) og i intensivavdelingane (som har dei sjukaste pasientane). 15. mai 2010 rykte deliriumfors-

karar inn på Cork University Hospital i Irland, eit generelt akutt-sjukehus med om lag 400 senger. Gjennom ein skikkeleg dugnad klarte dei i løpet av den eine dagen å vurdere nær alle dei vaksne innlagde pasientane med omsyn på delirium, og dei fann ein prevalens på 20 % (6). 14. mars 2018 vil liknande kartleggingar bli gjennomførte i mange europeiske sjukehus, inkludert fleire norske.

Ikkje-farmakologiske tiltak er mest effektivt mot delirium (7). Aktiv realitetsorientering og roing av pasienten, systematisk bruk av pårørande, aktivisering på dagtid for å betre nattesøvnen, å kompensere for sansesvikt og korrigere fysiologiske avvik er gode tiltak utan biverknader som truleg vert for lite nytta. Derimot vert det ofte eit spørsmål om medisiner. Det finst ikkje legemiddel som er vist å ha positiv effekt på prognosen ved delirium, tvert om kan dei fleste middel vi nyttar for å få pasientane rolege både forlengje og forverre deliret. Dersom farmakologisk handsaming er naudsynt for å komme til med adekvate tiltak, er truleg nokre få dagar med små doser av eit antipsykotisk middel som haloperidol eller risperidon minst skadeleg, såfram patienten ikkje har parkinsonistiske symptom (8).

For første gong på lang tid er det no lansert eit nytt legemiddel mot delirium. Den adrenerge alfa-2-reseptoragonisten deksmedetomidin vert i aukande grad nytta mot delirium i intensivavdelingar (9). Dette er gledeleg, både av di det gjev ein ny og naudsynt farmakologisk moglegheit, førebels rett nok berre i intensivavdelingar, og av di det kan opne for ny patofysiologisk innsikt.

Medan ein før trudde at delirium var ein fullstendig reversibel tilstand, har ein no aukande kunnskap om at delirium kan gje varig forverra kognitiv funksjon og utløyse demens (10). Delirium er vanlig og alvorleg – og difor eit stort folkehelseproblem. Mot ein slik bakgrunn har forskinga på delirium vore særst sped i heile verda. No er likevel denne forskinga raskt aukande, og i fjor vart det publisert over 1 000 PubMed-indekserte artiklar. Dette er gledeleg og gjev om at ein så smått kan vinne ny patofysiologisk innsikt og teste ny behandling.

LEIV OTTO WATNE

l.o.watne@gmail.com

(f. 1977) er postdoktorstipendiat og spesialiserer seg i indremedisin og geriatri ved Oslo universitetssykehus. Han er leiar av Oslo Delirium Research Group. *Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgjev ingen interessekonflikar.*

TORGEIR BRUUN WYLLER

(f. 1960) er professor i geriatri ved Universitetet i Oslo og overlege ved Oslo universitetssykehus. Det var han som skipa Oslo Delirium Research Group. *Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgjev ingen interessekonflikar.*

LITTERATUR

- World Delirium Awareness Day Headquarters. www.idelirium.org (29.1.2018).
- Neerland BE, Watne LO, Wyller TB. Delirium hos eldre pasienter. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2013; 133: 1596–600.
- Neerland BE, Krogseth M, Wyller TB. Hvordan beskrive delirium? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2018; 138. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0118.
- Hall RJ, Meagher DJ, MacLulich AM. Delirium detection and monitoring outside the ICU. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2012; 26: 367–83.
- Myrstad M, Neerland BE, Hagberg G et al. Vurdering av mental status hos akutt syke gamle. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2017; 137: 859.
- Ryan DJ, O'Regan NA, Caoimh RÓ et al. Delirium in an adult acute hospital population: predictors, prevalence and detection. *BMJ Open* 2013; 3: e001772.
- Hshieh TT, Yue J, Oh E et al. Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2015; 175: 512–20.
- Meagher D, Agar MR, Teodorczuk A. Debate article: Antipsychotic medications are clinically useful for the treatment of delirium. *Int J Geriatr Psychiatry* 2017; E-publisert 30.7.2017 DOI: 10.1002/gps.4759.
- Reade MC, Eastwood GM, Bellomo R et al. Effect of dexmedetomidine added to standard care on ventilator-free time in patients with agitated delirium: a randomized clinical trial. *JAMA* 2016; 315: 1460–8.
- Davis DH, Muniz-Terrera G, Keage HA et al. Association of delirium with cognitive decline in late life: a neuropathologic study of 3 population-based cohort studies. *JAMA Psychiatry* 2017; 74: 244–51.

Diabetes, koronarsykdom og samarbeid

Engelsk oversettelse på tidsskriftet.no
Se originalartikkel side 446

Vi kan fortsatt gjøre en bedre innsats for å forebygge koronarsykdom hos pasienter med diabetes.

Sammenhengen mellom diabetes, nedsatt glukosetoleranse og kardiovaskulær sykdom er godt dokumentert, og felles europeiske retningslinjer for forebygging av diabetes hos pasienter med koronarsykdom er utarbeidet i samarbeid mellom kardiologer og diabetesspesialister (1).

Utvikling av type 2-diabetes skjer vanligvis over flere år og begynner med nedsatt glukosetoleranse, insulinresistens og hyperinsulinemi. Dette bidrar til utvikling av makrovaskulær karsykdom i form av aterosklerose og påvirket mikrosirkulasjon. Type 2-diabetes doubler risikoen for å utvikle koronarsykdom (2). Viktige faktorer er endotel dysfunksjon, inflammasjon i karveggen og vasokonstriksjon, i tillegg til påvirkning på blodplatene og koagulasjonsfaktorer, som alle bidrar til et protrombotisk miljø (3).

Tidlig i utviklingen av type 2-diabetes vil fastende blodglukose ofte være normal, og makrovaskulære komplikasjoner, for eksempel akutt hjerteinfarkt, vil kunne opptre før mikrovaskulære komplikasjoner. Dette er grunnen til at mange har vært interessert i å undersøke nytten av screening for ikke-erkjent diabetes hos koronarpatienter.

Tradisjonelt har kardiologer i for liten grad involvert seg i diabetes og overlatt dette til fastlegen. Jortveit og medarbeidere skal derfor ha ros for studien som publiseres i Tidsskriftet (4). Pasienter som ble innlagt i Sørlandet sykehus Arendal med første gangs koronarsykdom ble screenet for diabetes og fulgt opp i flere år etter hendelsen. Selv om lignende, større studier er gjennomført i andre land er studien viktig fordi vi mangler norske tall, og fordi mange av studiene som er publisert er av eldre dato og reflekterer en annen behandlingstradisjon.

Jortveit og medarbeidere fant at 14 % av koronarpatientene hadde kjent diabetes, mens screening med HbA diagnostiserte 4 % med ikke-erkjent diabetes ved sykdomsdebut. Andelen pasienter med kjent diabetes i dette materialet, hvor halvparten hadde hjerteinfarkt, er vel forenlig med en studie fra Oslo universitetssykehus, hvor 13 % av pasientene med hjerteinfarkt hadde kjent diabetes (5). I en annen studie fra samme sykehus ble pasienter med hjerteinfarkt uten kjent diabetes undersøkt med oral glukosebelastning tre måneder etter hjerteinfarkt (6). Da hadde 25 % av pasientene en form for nedsatt glukosetoleranse, mens 5 % fylte kriteriene for

diabetes, noe som stemmer godt overens med tallene fra Sørlandet sykehus Arendal.

Sett under ett tyder studiene fra Sørlandet og Østlandet på at forekomsten av ikke-erkjent diabetes er lavere blant norske pasienter med koronarsykdom enn det internasjonale funn har antydning (1). Man kan imidlertid ikke utelukke en viss seleksjon i studiepopulasjonene. Screening av en eldre populasjon med mer langtkommen koronarsykdom ville sannsynligvis resultere i høyere forekomst av både erkjent og ikke-erkjent diabetes. Studien fra Oslo universitetssykehus viste i tillegg dårlig reproducerbarhet av glukosebelastningstesten, som den gang i 2007 var den anbefalte screeningmetoden (6). I de nyeste europeiske retningslinjene anbefaler man nå i stedet HbA som førstevalg i screening av koronarpatienter (1), slik Jortveit og medarbeidere har gjort.

Økt oppmerksomhet om sammenhengen mellom diabetes og koronarsykdom er viktig av flere årsaker. Vi har i dag mulighet for effektiv primærforebygging med livsstilstiltak, antihypertensiv og kolesterolsenkende behandling, i tillegg til en rekke antidiabetika. Dette er godt redegjort for i nasjonale retningslinjer for behandling av diabetes (7).

Studien fra Sørlandet sykehus Arendal viste at kun halvparten av pasientene med kjent diabetes var behandlet med statiner samtidig som de hadde høy forekomst av overvekt, røyking og hypertensjon. Dette passer med egne erfaringer og viser at primærforebygging av kardiovaskulær sykdom hos norske pasienter med diabetes kan bli bedre.

I motsetning til behandling med statiner og antihypertensive legemidler har det vært vanskelig å vise at behandling med antidiabetika forebygger makrovaskulære hendelser (8). Økt forekomst av hjertesvikt ved bruk av enkelte typer antidiabetika har også vært påvist (8). I dag har vi imidlertid flere nye medikamenter som har vist positiv effekt på kardiovaskulær død (9, 10).

Mangfoldet av medikamenter med ulik kardiovaskulær sikkerhetsprofil gjør at kardiologer bør involvere seg mer i koronarpatientens diabetesbehandling, i tett samarbeid med fastleger og spesialister innen diabetesomsorgen.

GEIR ØYSTEIN ANDERSEN

g.o.andersen@medisin.uio.no

(f. 1962) er dr. med., fagansvarlig overlege og forskningsgruppel leder ved Hjertemedisinsk intensiv- og overvåkningsavdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Rydén L, Grant PJ, Anker SD et al. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: the Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Eur Heart J* 2013; 34: 3035–87.
- Sarwar N, Gao P, Seshasai SR et al. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. *Lancet* 2010; 375: 2215–22.
- Beckman JA, Creager MA, Libby P. Diabetes and atherosclerosis: epidemiology, pathophysiology, and management. *JAMA* 2002; 287: 2570–81.
- Jortveit J, Kaldal A, Tonstad S. Forekomst av diabetes før og etter første gangs koronarsykdom. *Tidsskr Nor Legeforen* 2018. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0539
- Ritschel VN, Seljeflot I, Arnesen H et al. Circulating levels of IL-6 receptor and gp130 and long-term clinical outcomes in ST-elevation myocardial infarction. *J Am Heart Assoc* 2016; 5: e003014.
- Knudsen EC, Seljeflot I, Abdelnoor M et al. Abnormal glucose regulation in patients with acute ST-elevation myocardial infarction—a cohort study on 224 patients. *Cardiovasc Diabetol* 2009; 8: 6.
- Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for diabetes. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes> (2.2.2018).
- Holman RR, Sourij H, Califf RM. Cardiovascular outcome trials of glucose-lowering drugs or strategies in type 2 diabetes. *Lancet* 2014; 383: 2008–17.
- Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K et al. Liraglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2016; 375: 311–22.
- Zinman B, Wanner C, Lachin JM et al. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2015; 373: 2117–28.

▼ Cosentyx «Novartis»

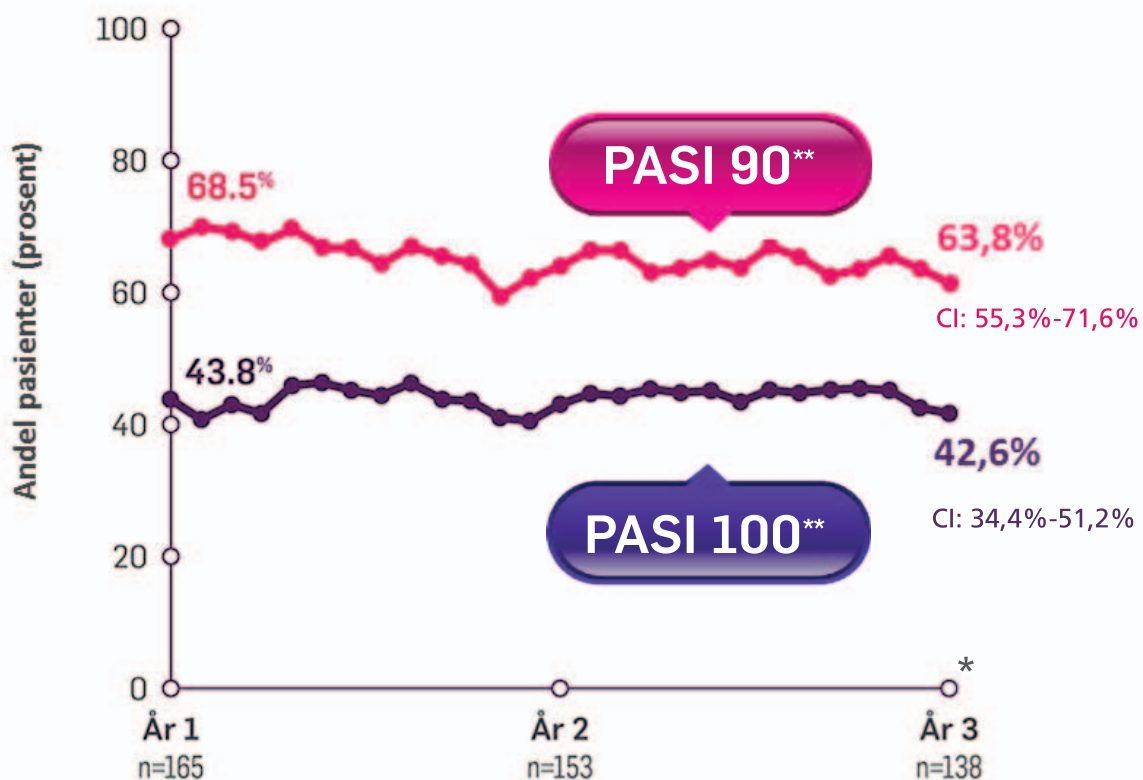
Immunosuppressiv, interleukinhemmer.

ATC-nr.: L04A C10

C 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 ≥ 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 innholdsstoffene. 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 placebogrupper). 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 immunosuppressiver, 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, eksternt 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 celletyper, 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 $\mu\text{g/ml}$ og 55,2 $\mu\text{g/ml}$. 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. 15378,10. Injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt sprøyte: 2 \times 1 ml (ferdigfylt sprøyte) kr. 15378,10. **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, neurologi, 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.

Fremtidens leger som teknologer og innovatører

Håvard Ulsaker beskriver et bilde av et medisinstudium som ikke gir fremtidige leger nødvendig teknologisk kompetanse, eller stimulerer til å drive med medisinsk innovasjon (1). Ulsaker har rett når han påpeker at fremtidens klinikere må delta i utformingen av nye digitale løsninger for å bedre pasientbehandlingen. Gode løsninger for et digitalisert og høyteknologisk helsevesen klarer vi sannsynligvis bare å utvikle når klinikerne er med i utformingen. Medisnutdanningen bør være forpliktet og må ruste fremtidens leger til å kunne være med å vurdere og utvikle nytten av ny teknologi.

Ulsaker mener også at grunnutdanningen må stimulere fremtidens leger til å drive med medisinsk innovasjon til det beste for pasientene. Hvilke muligheter har leger til å jobbe med entreprenørskap og innovativ forskning? Hvilke andre arbeidsgivere har leger enn helseforetakene?

Universitetet i Oslo, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og Karolinska Institutet har siden 2017 tilbudt klinikere og helseforskere kurs i innovasjon og entreprenørskap. Helseinnovatørskolen (<https://www.med.uio.no/forskning/helseinnovatorskolen/>). Helseinnovatørskolen gir helse- og livsvitenskapsforskere verktøy og innsikt i hvordan innovasjon kan komme pasienter, helsevesenet og samfunnet vårt til gode.

Skolen er et nordisk kurstilbud i innovasjon og entreprenørskap for fremtidens

leger og helseforskere og er utviklet i samarbeid med Nansen Neuroscience Network.

Deltagere på Helseinnovatørskolen må være helseforskere eller klinikere. Programmet er åpent for søkere fra hele Norden. Det første programmet som ble gjennomført våren 2017 hadde 42 deltagere, og 40 deltagere fullførte programmet. Evalueringen viser at 94 % mener kurset var relevant for deres karriere. Nytt kull starter nå februar 2018. Antallet søkere overskred langt de 50 studieplassene. Det sier noe om behovet.

«Opptil 80 % av de som tar doktorgrad, skal ikke fortsette i akademia»

Høsten 2017 ble det også tilbudt et nordisk mentorprogram for de mest motiverte deltagerne på skolen. Her ble de fulgt opp av legemiddelselskap i Sverige, Copenhagen Business School og ulike kompetansemiljø innen investering og innovasjon i Oslo. Formålet var å lære å omdanne en ide fra laboratoriet eller klinikken til en forretningsplan som grunnlag for å etablere et nytt selskap. Programmet er finansiert av deltagende universitet, Forskningsrådet og UiO Lifescience. Studentene lærer i grupper på fire til seks gjennom å arbeide med reelle problemstillinger fra bedrifter og jobber. Løsning må deretter presenteres for bedriftene. Nansen Neuroscience Network, Oslo Medtech og Oslo Cancer Cluster har hjulpet universitetene med å koble på aktuelle bedriftskasus fra næringsklyngene.

Opptil 80 % av de som tar doktorgrad, skal ikke fortsette i akademia (2). Det innebærer en plikt for utdanningsinstitusjonene å hjelpe studentene til å finne nye karriereveier. Vi trenger flere klinikere som Ulsaker, som både ønsker mer teknologisk kompetanse, og som vil arbeide for å omskape medisinsk forskning til bedre pasientbehandling.

BJARTE REVE

bjarte.reve@nansenneuro.net
er administrerende direktør (CEO) for Nansen Neuroscience Network.
Oppgitte interessekonflikter: Bjarte Reve er prosjektleder for Helseinnovatørskolen ved Universitetet i Oslo, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og Karolinska Institutet.

EGIL BODD

er Managing Partner ved Serendipity Partners.
Oppgitte interessekonflikter: Egil Bodd er styremedlem i Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

LITTERATUR

- 1 Ulsaker H. Medisinstudiet gir ikke fremtidige leger nødvendig teknologisk kompetanse. *Tidsskr Nor Legeforen* 2018; 138: 17.
- 2 Loge J. Mange arbeidsgivere mener doktorgrad er for mye utdanning. *forskning.no*. 22.12.2016. <https://forskning.no/2016/12/doktorgrad-hoyt-utdannet-arbeidslivet> (30.1.2017).

Epigenetikk, etikk og militære utenlandsoppdrag

Jeg leste med interesse Tor-Erik Widerøes innlegg om mettet fett og epigenetikk (1).

Som leger i Forsvaret selekterer vi ut soldater til oppdrag i utlandet med risiko for potensiell posttraumatiske komplikasjoner. Hvis det er slik at epigenetiske forandringer kan arves videre til barn og muligens også til flere generasjoner, blir jeg urolig. Gitt at en militær traumatisk eksponering gir epigenetiske forandringer, kan det tenkes at «uskyldige» ofre som barn av vedkommende soldat påføres epigenetiske forandringer

som igjen kommer til uttrykk i dårligere helse (2). Har jeg som militærlege rett til å påføre «uskyldige» etterkommere av en soldat en dårligere helse?

BAARD INGEGERDSSON FREBERG

baard.freberg@gmail.com
er avdelingslege i Hærens sanitet, spesialist i fysisk medisin og rehabilitering og ph.d.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Widerøe T-E. Kosthold, mettet fett og epigenetikk. Tidsskr Nor Legeforen 2018; 138: 222.
- 2 Brubaker CR, Milner J. The epigenetics of post-traumatic stress disorder in women and PTSD in women veterans: implications for health policy. DNP Forum 2015; 1, nr. 1, art 7.

T-E. WIDERØE SVARER

Takk for en kort, men utfordrende kommentar til min artikkel. Du stiller spørsmål som jeg ikke kan gi et helhetlig svar på, men jeg kan gi noen generelle betraktninger som kan være opplysende.

Epigenetikken forandrer ikke genene, men er kjemiske endringer som biologisk sett ikke er permanente og derfor kan defineres som reversible. Disse reaksjonene utløses av de omgivelser og opplevelser vi utsettes for. Det gjør at biblioteket av inaktive gener aktiveres og aktive gener inaktiveres. Genuttrykket endres. Nyere forskning viser imidlertid at uten målrettede tiltak kan genuttrykket overføres til neste generasjon og kan være permanente gjennom flere slektsledd (1, 2). Prenatal vil miljøet i mors liv endres ved stress, panikk, angst og mors livsstil. Denne «epigenetiske arven» kan være avgjørende for barnets psykiske helse (1) og intellekt (3) etter fødselen. Psykolog Roar Foss skrev i Tidsskriftet for Norsk Psykologforening «ingen gener for psykiske lidelser» (4). Kanskje er psykisk helse miljøavhengig og epigenetisk. Kvinner er mer påvirket av krigsstress sammenlignet med menn, slik som du viser til. Spesielt etter

fødselen kan også den biologiske far påvirke barnet epigenetisk.

Dere sitter inne med opplysninger om psykisk helse på personer som har vært ute i krigsområder. Som du har vist til, er det gjort epigenetisk forskning på veteraner fra Vietnamkrigen og på flere slektsledd etter Holocaust (2).

Epigenetikk er påvirkbar av psykoterapi, men også av et ivaretagende miljø for eksempel lystbetont fysisk aktivitet. Miljøet påvirker mennesker forskjellig, og en nøye vurdering av personlighet og psykisk helse før og etter eksponering er viktig og nødvendig. Her ligger mye av ansvaret.

Avslutningsvis vil jeg nevne asylsøkere. De kan være sterkt preget av krigsopplevelser, stressbelastning under flukt og under integrering i samfunnet. Muligens danner det grunnlag for eventuell kriminalitet, sykdom og tidlig død. Psykisk syke lever 20 år kortere (5). Det kan bli vårt ansvar gjennom flere generasjoner.

TOR-ERIK WIDERØE

tor-erik.wideroe@ntnu.no
er professor emeritus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Champagne FA, Curley JP. Epigenetic mechanisms mediating the long-term effects of maternal care on development. *Neurosci Biobehav Rev* 2009; 33: 593–600.
- 2 Yehuda R, Daskalakis NP, Bierer LM et al. Holocaust Exposure Induced Intergenerational Effects on FKBP5 Methylation. *Biol Psychiatry* 2016; 80: 372–80.
- 3 Deary IJ, Penke L, Johnson W. The neuroscience of human intelligence differences. *Nat Rev Neurosci* 2010; 11: 201–11.
- 4 Foss R. Ingen gener for psykiske lidelser. *Tidsskr Nor Psykol foren* 2009; 46: 596–600.
- 5 Lien L, Huus G, Morken G. Psykisk syke lever kortere. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 246–8.

I artikkelen «Lykkelig ensom» reflekterte F. E. Juul over erfaringene som turnuslege i Distrikts-Norge. Her blir han ønsket hjertelig velkommen tilbake.

Innsikt til utsikt!

Som bebuar i nevnte utkantstrøk, med jevnlig påfyll av turnuslegar, må eg få takke for godt skreive artikkel! Det skal nemnast at det er ikkje lett å vera korkje pasient eller turnuslege av og til, men jammen er oss alle heldige som har ei slik ordning. Dette er kanskje ein av dei beste rekruteringane vi har for å få nye sambygdingar. Om oss berre tek vare på dei medan dei er her. Manusforfatter viser ei god medmenneseleg forståing, og eg ynskjer han all mugleg lukke til som doktor! Velkomen attende!

BODIL OVESEN

bodil@spiterstulen.no
er turistvertinne.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Victoza® indikasjon1

Victoza® er indisert til behandling av voksne med tilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 som tillegg til diett og fysisk aktivitet

- som monoterapi når metformin er vurdert uegnet grunnet intoleranse eller kontraindikasjoner
- i tillegg til andre legemidler til behandling av diabetes

For resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll, kardiovaskulære hendelser og populasjoner som ble undersøkt, se SPC pkt. 4.4, 4.5 og 5.1

Refusjonsberettiget bruk2

Behandling av type 2 diabetes mellitus i kombinasjon med metformin og/eller sulfonylurea og/eller basalinulin hos pasienter som ikke har oppnådd tilstrekkelig glykemisk kontroll på høyeste tolererte dose av disse legemidlene.

Refusjonskode:

ICPC		Vilkår nr
T90	Diabetes type 2	232
ICD		Vilkår nr
E11	Diabetes mellitus type 2	232

Vilkår: 232

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

Victoza® utvalgt sikkerhetsinformasjon*

- Hyppigste bivirkninger er gastrointestinale, inkludert kvalme, oppkast og diaré. Disse forekommer oftest i begynnelsen av behandlingen og reduseres vanligvis i løpet av få dager eller uker med fortsatt behandling. Ta forholdsregler for å unngå væskemangel
- For å bedre gastrointestinale toleranse:
 - Startdosen er **0,6 mg** daglig
 - Etter minst 1 uke bør dosen økes til **1,2 mg** daglig
 - Basert på klinisk respons kan dosen økes etter minst en uke til **1,8 mg** daglig for å bedre den glykemiske kontrollen ytterligere.
- Kombinasjon med sulfonylurea eller insulin kan gi økt risiko for hypoglykemi, og dosereduksjon av sulfonylurea eller insulin bør vurderes
- Både forbedring av glykemisk kontroll og reduksjon i kardiovaskulær morbiditet og mortalitet er en integrert del av behandlingen av type 2-diabetes

	Victoza® kan benyttes uten dosejustering ved:	Victoza® anbefales ikke ved:
Nyrefunksjon	Mild, moderat og alvorlig nedsatt	Terminal nyresykdom
Leverfunksjon	Mild og moderat nedsatt	Alvorlig nedsatt leverfunksjon
Hjertesvikt	NYHA-klasse I-III	NYHA-klasse IV

Les fullstendig prepatomtale før forskrivning av Victoza®

Det er viktig at alle bivirkninger og uønskede medisinske hendelser som oppstår under behandling rapporteres til Statens legemiddelverk eller Novo Nordisk

Referanser:

1. Victoza® SPC avsnitt 4.1 (sist oppdatert 25.07.2017)
2. Victoza® SPC avsnitt 5.1 (sist oppdatert 25.07.2017)
3. Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K et al. Liraglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2016;375(4):311-322
4. Nasjonal faglig retningslinje for diabetes. Valg av blodglukserenkende legemiddel etter metformin ved diabetes type 2. Oslo: Helsedirektoratet, sist oppdatert 01.06.2017. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes> (18.01.2018)
5. Victoza® SPC avsnitt 4.2 (sist oppdatert 25.07.2017)
6. Victoza® SPC avsnitt 4.2, 4.4 og 4.8 (sist oppdatert 25.07.2017)
7. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/victoza-novo-nordisk-565190> (18.01.2018)

Victoza «Novo Nordisk»

C Antidiabetikum.

ATC-nr.: A10B J02

T INJEKSJONS/ÆSKE, oppløsning i ferdigfylt penn: 1 ml inneh.: Liraglutid 6 mg, dinatriumfosfatdihydrat, propylenglykol, fenol, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Behandling av voksne med tilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 som tillegg til diett og fysisk aktivitet: -Som monoterapi når metformin er vurdert uegnet grunnet intoleranse eller kontraindikasjoner. -I tillegg til andre legemidler til behandling av diabetes. Se SPC for resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll, kardiovaskulære hendelser og populasjoner som ble undersøkt. **Dosering:** For å bedre gastrointestinale toleranse er startdosen 0,6 mg liraglutid daglig. Etter minst 1 uke bør dosen økes til 1,2 mg. Noen pasienter forventes å ha fordel av en økt dose fra 1,2 mg til 1,8 mg, og basert på klinisk respons kan dosen økes etter minst 1 uke til 1,8 mg for å bedre den glykemiske kontrollen ytterligere. Daglige doser over 1,8 mg anbefales ikke. Gjeldende dose av metformin og tiazolidindion kan beholdes uforandret. Når preparatet gis i tillegg til sulfonylurea-behandling eller insulin, bør det vurderes å redusere dosen med sulfonylurea eller insulin for å redusere risikoen for hypoglykemi. Egenmålinger av blodglukose er ikke nødvendig for å justere liraglutiddosen. Ved oppstart av behandling med preparatet i kombinasjon med et sulfonylureapreparat eller insulin kan det imidlertid være nødvendig med egenmålinger av blodglukose for å justere dosen av sulfonylureapreparatet eller dosen med insulin. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering ved lett eller moderat nedsatt leverfunksjon. Anbefales ikke ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering ved lett, moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Preparatet anbefales ikke ved terminal nyresykdom pga. manglende erfaring. **Barn og ungdom <18 år:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Eldre >65 år:** Ikke nødvendig med dosejustering pga. alder. **Tilberedning/Håndtering:** Bruksanvisningen i pakningsvedlegget må følges nøye. Oppløsning som ikke fremstår klar og fargeløs, eller nesten fargeløs, skal ikke brukes. Preparat som har vært frosset skal ikke brukes. Utformet til bruk sammen med NovoFine engangsnåler med lengde opptil 8 mm. **Blandbarhet:** Skal ikke blandes med andre legemidler. **Administrering:** Injiseres s.c. 1 gang daglig i abdomen, låret eller overarmen. Gis når som helst på dagen på omtrent samme klokkeslett hver dag, uavhengig av måltider. Skal ikke administreres i.v. eller i.m. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Skal ikke brukes ved diabetes mellitus type 1 eller til behandling av diabetisk ketoacidose. Preparatet er ikke et erstattingspreparat for insulin. Det er ingen erfaring med behandling av pasienter med kongestiv hjertesvikt, NYHA klasse IV, og liraglutid anbefales derfor ikke til bruk hos disse pasientene. Det er begrenset erfaring ved inflammatorisk tarmsykdom og diabetisk gastroparese og bruk av preparatet anbefales ikke til disse pasientene da dette er forbundet med forbigående gastrointestinale bivirkninger, inkl. kvalme, oppkast og diaré. Akutt pankreatitt er observert ved bruk av GLP-1-reseptoragonister. Pasientene bør informeres om de karakteristiske symptomene på akutt pankreatitt. Ved mistanke om pankreatitt bør preparatet seponeres; dersom akutt pankreatitt bekreftees, bør behandling med preparatet ikke gjenoppnås. Thyreoideabivirkninger, slik som struma, er rapportert, spesielt hos pasienter med allerede eksisterende thyreoideasykdom, og liraglutid bør derfor brukes med forsiktighet hos disse pasientene. Kombinasjon med et sulfonylureapreparat eller insulin kan gi økt risiko for hypoglykemi. Risikoen for hypoglykemi kan reduseres ved å minske dosen av sulfonylurea eller insulin. Tegn og symptomer på dehydrering, inkl. nedsatt nyrefunksjon og akutt nyresvikt er rapportert. Pasienten bør informeres om den potensielle risikoen for dehydrering i forbindelse med gastrointestinale bivirkninger og ta forholdsregler for å unngå væskemangel. Liraglutid har ingen eller ubetydelig påvirkning på evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner. Forholdsregler må tas for å unngå hypoglykemi under bilkjøring og ved bruk av maskiner, særlig i kombinasjon med et sulfonylureapreparat eller et basalinulin. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. In vitro har liraglutid vist svært lavt potensial for farmakokinetiske interaksjoner med andre virkestoffer relatert til CYP450 og plasmaproteinbinding. Den lille forsinkelsen som liraglutid medfører, kan påvirke absorpsjon av orale legemidler som tas samtidig. Interaksjonsstudier viste ingen klinisk relevant forsinkelse av absorpsjonen, og dosejustering er derfor ikke nødvendig. Noen få pasienter behandlet med liraglutid rapporterte minst én episode med kraftig diaré. Diaré kan påvirke absorpsjon av orale legemidler som tas samtidig. En klinisk relevant interaksjon med virkestoffer med dårlig løselighet eller med smal terapeutisk indeks, slik som warfarin, kan ikke utelukkes. Ved oppstart av liraglutidbehandling hos pasienter på warfarin eller andre kumarinderivater, anbefales hyppigere monitorering av INR. Ingen interaksjoner er observert mellom liraglutid og insulin detemir ved administrering av en enkelt dose insulin detemir 0,5 E/kg til pasienter med type 2-diabetes som var i steady state med liraglutid 1,8 mg. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Utilstrekkelige data. Dyrstudier har vist reproduksjonstoksiske effekter. Risikoen for mennesker er ukjent. Preparatet skal ikke brukes under graviditet, i stedet anbefales bruk av insulin. Hvis en pasient ønsker å bli gravid eller blir gravid, skal behandlingen seponeres. **Amming:** Overgang i morsmelk er ukjent. Dyrstudier har vist liten overgang til morsmelk for liraglutid og strukturelt sett lignende metabolitter. Prekliniske studier har vist en behandlingsrelatert reduksjon av neonatal vekt hos diende rotter. Pga. manglende erfaring, bør ikke preparatet brukes under amming. **Fertilitet:** Bortsett fra en svak reduksjon i antall levende implantat, indikerte dyrstudier ingen skadelige effekter mht. fertilitet. **Bivirkninger:** De hyppigst rapporterte bivirkningene var gastrointestinale bivirkninger, disse forekommer hyppigere i begynnelsen av behandlingen og reduseres vanligvis i løpet av få dager eller uker med fortsatt behandling. Hodepine og nasofaryngitt var også vanlig. Hypoglykemi: De fleste tilfeller av hypoglykemi var milde. Alvorlig hypoglykemi var mindre vanlig og primært observert med liraglutid kombinert med sulfonylureapreparat (0,02 tilfeller/pasientår). Kombinasjonsbehandling med basalinulin gir lav risiko for hypoglykemi (1 tilfelle/pasientår). **Svært vanlige ($\geq 1/10$):** Gastrointestinale: Kvalme, diaré. **Vanlige ($\geq 1/100$ til <1/10):** Gastrointestinale: Oppkast, dyspepsi, øvre magesmerter, obstipasjon, gastritt, flatulens, abdominal distensjon, gastroesophageal reflukssykdom, abdominalt ubehag, tannpine. Hjerne/kar: Økt hjertefrekvens. Hud: Hudutslett. Infeksjoner: Nasofaryngitt, bronkitt. Neurologiske: Hodepine, svimmelhet. Stoffskifte/ernæring: Hypoglykemi, anoreksi, redusert appetitt. Undersøkelser: Økt amylase, økt lipase. Øvrige: Tretthet, reaksjoner på injeksjonsstedet. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til <1/100):** Hud: Urticaria, kløe. Lever/galle: Gallesten, kolecyttitt. Nyre/urinveier: Nedsatt nyrefunksjon, akutt nyresvikt. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering. Øvrige: Malaise. **Sjeldne ($\geq 1/10000$ til <1/10000):** Gastrointestinale: Intestinal obstruksjon. Øvrige: Anafylaktiske reaksjoner. **Svært sjeldne (<1/10000):** Gastrointestinale: Pankreatitt (inkl. nekrotiserende pankreatitt). **Overdosering/ Giftighet:** Fra kliniske studier og ved bruk etter markedsføring er det rapportert overdoser med opptil 40 x anbefalt vedlikeholdsdose (72 mg). Generelt rapporterte pasientene sterk kvalme, oppkast og diaré. Ingen rapporterte alvorlig hypoglykemi. Alle pasientene ble restituert uten komplikasjoner. **Behandling:** Eignet støttebehandling iht. pasientens kliniske tegn og symptomer. Se Giftinformasjonens anbefalinger A10B J02 på www.felleskatalogen.no. **Egenskaper: Klassifisering:** Glukagonlignende peptid-1 (GLP-1)-analog fremstilt ved rekombinant DNA-teknologi, 97% homologt for inkretinhormonet humant GLP-1. **Virkningsmekanisme:** GLP-1-reseptoren er målet for naturlig GLP-1, som forsterker glukoseavhengig insulinutskillelse fra pankreatiske betaceller. Virkningen til liraglutid medieres via en spesifikk interaksjon med GLP-1-reseptorer. Ved høy blodglukose blir insulinutskillelse stimulert og glukagonutskillelse hemmet. Omvendt vil liraglutid under hypoglykemi redusere insulinutskillelse og ikke svekke glukagonutskillelse. Mekanismen med blodglukose senking involverer også en mindre forsinkelse i magetømming. Liraglutid reduserer kroppsvækt og mengde kroppsfett via mekanismer som involverer redusert sult og nedsatt energiantak. Liraglutidbehandling har vist forbedring av HbA_{1c}, fastende plasmaglukose og postprandial glukose. Liraglutid er vist å forebygge alvorlige kardiovaskulære hendelser hos pasienter med type 2-diabetes og høy kardiovaskulær risiko. Se SPC for ytterligere informasjon. **Absorpsjon:** Langsomt, Tmax oppnås etter 8-12 timer. Beregnet C_{max} var 9,4 nmol/liter for en s.c. enkelt dose med liraglutid 0,6 mg. Ved 1,8 mg liraglutid ble gjennomsnittlig steady state-konsentrasjon av liraglutid (AUC_τ/24 ca. 34 nmol/liter. Liraglutideksponeeringen økte proporsjonalt med dosen. Den intraindividuelle variasjonskoeffisienten for liraglutid AUC var 11% etter administrering av en enkelt dose. Absolutt biotilgjengelighet er ca. 55%. **Proteinbinding:** >98%. **Fordeling:** Vd er 11-17 liter. **Halveringstid:** Gjennomsnittlig clearance etter en s.c. enkelt dose er ca. 1,2 liter/time med en t1/2 for eliminasjon på ca. 13 timer. Liraglutideksponeering ble redusert ved lett til moderat nedsatt leverfunksjon. Liraglutideksponeering ble redusert med 33%, 14%, 27% og 26% ved hhv. lett (Cl_{CR} 50-80 ml/minutt), moderat (30-50 ml/minutt) og alvorlig (<30 ml/minutt) nedsatt nyrefunksjon og ved terminal nyresykdom som krever dialyse. **Metabolisme:** Liraglutid metaboliseres på lignende måte som store proteiner uten at noe spesifikt organ er identifisert som hovedeliminasjonsvei. **Utskillelse:** Intakt liraglutid ble ikke sett i urin eller feces etter en radiomerket liraglutiddose. Kun en mindre del av administrert radioaktivitet ble utskilt som liraglutidrelaterte metabolitter i urin eller feces (hhv. 6% og 5%). Radioaktiviteten i urin og feces ble hovedsakelig skilt ut i løpet av de første 6-8 dagene og korresponderte med 3 mindre metabolitter. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved 2-8°C (i kjøleskap). Holdes borte fra fryseseksjonen. Skal ikke fryses. La hetten sitte på pennen for å beskytte mot lys. Etter første gangs bruk: Oppbevares ved høyst 30°C eller ved 2-8°C (i kjøleskap) i maks. 1 måned. **Pakninger og priser:** 3 x 3 ml (ferdigfylt penn) kr 1595.

Refusjon:

A10B J02.2 Liraglutid

Refusjonsberettiget bruk: Behandling av type 2 diabetes mellitus i kombinasjon med metformin og/eller sulfonylurea og/eller basalinulin hos pasienter som ikke har oppnådd tilstrekkelig glykemisk kontroll på høyeste tolererte dose av disse legemidlene.

Refusjonskode:

ICPC		Vilkår nr	ICD		Vilkår nr
T90	Diabetes type 2	232	E11	Diabetes mellitus type 2	232

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

Sist endret: 21.08.2017

Basert på SPC godkjent av SLV: 25.07.2017

Pris og refusjon per januar 2018



Novo Nordisk Scandinavia AS
Nydalsveien 28
Postboks 4814 Nydalen
0484 Oslo

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

VICTOZA®
liraglutid

Victoza® (liraglutid)

Forebygger alvorlige kardiovaskulære hendelser*²

– til behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 som tillegg til diett og fysisk aktivitet¹

* Kardiovaskulær endepunktstudie: 9340 pasienter med type 2-diabetes og høy kardiovaskulær risiko, Victoza® (liraglutid) ble studert i tillegg til standardbehandling, inkludert endring av levevaner, blodtrykksenkning og statiner^{2,3}.

Primært endepunkt: kardiovaskulær død, ikke-fatal hjerteinfarkt eller ikke-fatal hjerneslag (HR 0,87 95% KI 0,78-0,97; p = 0,01)^{2,3}.



Gjennomsnittlig HbA_{1c}-reduksjon²**
1,0–1,8 %

Noen pasienter forventes å ha fordel av en økt dose fra 1,2 mg til 1,8 mg⁵



Gjennomsnittlig vekt tap²**
2,6–4,3 kg

Victoza® er ikke indisert for vektreduksjon



Kan gi tilleggsfordeler til blod-sukkerreduksjon med redusert risiko for tidlig død og hjerte- og karsykdom hos pasienter med hjerte- og karsykdom⁴

Nasjonal faglig retningslinje for diabetes⁴

Victoza® er ett av de anbefalte legemidlene etter metformin. – Særlig egnet ved overvekt/fedme

** Victoza® i kombinasjon med metformin. Intervallene viser gjennomsnittsverdier fra ulike studier.

† = Kardiovaskulær sykdom. Både forbedring av glykemisk kontroll og reduksjon i kardiovaskulær morbiditet og mortalitet er en integrert del av behandlingen av diabetes type 2²

Reell beskyttelse for varslere – også i helsevesenet

Skal varslere beskyttes, trenger vi et nytt lovverk og et dedikert varslersombud. Organisasjoner må reagere med sanksjoner mot dem som har gått over streken – uansett hva saken gjelder. Maktubalansen mellom varsleren og «makten» i organisasjonen må brytes.

Ragnhild Ørstavik viser i sin lederartikkel om #metoo de avgjørende trinnene i alle varslingsaker (1). For det første må man si ifra. For det andre må det være noen å si ifra til. Og for det tredje må varslingen få konsekvenser for den som har forbrutt seg.

I all varslingsproblematikk jeg har arbeidet med siden slutten av 1990-årene, har man stort sett gått inn for – mot råd fra kyndige (2) – at «varslingsproblemet» skulle løses nedenfra. Vi skulle stimuleres til å varsle, og det skulle bli trygt å gjøre det internt i organisasjonen i henhold til varslersbeskyttelsesparagrafene i arbeidsmiljøloven §§ 2 A-1 til 2 A-4. Alle organisasjoner skulle også ha rutiner for håndteringen av den interne varslingen, arbeidsmiljøloven § 2 A-3.

Med kunnskap om organisasjoner og organisasjoners liv kunne man på forhånd sagt at dette «egenkontrollsystemet» ikke ville fungere som adekvat beskyttelse for varsling (3). Og slik gikk årene med stadig nye avisoppslag og studier som viste at det tilsynelatende ble gradvis verre å varsle i både private og offentlige organisasjoner (4). Jusprofessor Henning Jakhellns ord fra mer enn 20 år tilbake om at «hvis du tenker på å varsle – så ikke gjør det», er fremdeles dessverre gyldige. Han er ikke alene om dette synspunktet (5).

Maktubalansen

Hva #metoo-varslingene bedre enn tidligere har trukket frem for oss, er den vanlige maktskjevheten i varslersaker. Det er enkeltindividet mot makten i organisasjonen, oftest representert ved ledelsen, og ledelsen «beskytter» oftest den eller de som det varsles om. Ørstaviks tredje punkt om at varslingen må få konsekvenser for den som har forbrutt seg, har sjelden kommet til anvendelse. Hvorfor skal man da ta omkostningene med å varsle?

«Makten i en organisasjon skal ikke lenger kunne føle seg usett og trygg»

For andre samfunnsforhold enn varsling har vi tilsynsorganer. Tilsvarende trenger vi et varslersombud eller -tilsyn med nødvendig spesialkompetanse, ressurser og ikke minst sanksjonsmidler, noe som er foreslått tidligere (3, 5).

Nye muligheter

Regjeringen har nå nedsatt et utvalg som skal se på varslingsforholdene i Norge på nytt. Utvalget burde komme frem til følgende: Vi trenger et selvstendig lovverk med beskyttelse for varsleren, uansett hva det varsles om (2). I dag gjelder lovbeskyttelsen bare om det varsles om korrupsjon eller økonomiske forhold, eller om brudd på noen vage bestemmelser om etiske forhold. Varslersbeskyttelse, uansett hva det varsles om, er viktig for helsepersonell som klart burde få beskyttelse når det meldes fra om farlige eller skadelige forhold i helsevesenet.

Dagens regler om intern varsling kan beholdes, men forutsetter at organisasjonen har en klar adressat for varslene, og at vedkommende har ansvaret for at organisasjonen reagerer adekvat på varselet. Samtidig med den interne varslingen skal det gå melding til en instans utenfor organisasjonen som skal sikre at varselet blir adekvat

fulgt opp uten reaksjoner mot varsleren og med iverksettelse av eventuelle konsekvenser. Makten i en organisasjon skal ikke lenger kunne føle seg usett og trygg. Om instansen utenfor organisasjonen ikke er fornøyd med organisasjonens behandling av varslingen eller varsleren, må varslertilsynet kobles inn.

Konsekvensene av varslingen bør være todelte. Lovbrudd må, som nå, anmeldes og håndteres av politi og rettsvesen. Men også de som har sviktet i sitt ansvar, og derved har mistet organisasjonens tillit, må det reageres mot. Minimum bør være synlig tap av posisjon og ikke bare omplasseringer på samme nivå, som Ørstavik mener vi ofte ser i dag.

Nye tider

Det er en slik ny ansvarliggjøring av handlinger vi ser under #metoo-kampanjen. Personer som har «gått over streken», trekker seg nå fra posisjoner eller tvinges av sin organisasjon til å gjøre dette. Det gjør egen posisjon mindre sikker enn i dag, men det er nettopp det vi trenger for at alle skal vite at de risikerer reaksjoner om de går over streken. De som ikke har oppført seg, har til nå stort sett «sluppet unna med det». Tiden er overmoden for at dette må ta slutt.

Motstanden mot en slik ansvarliggjøring med reaksjonsmuligheter vil komme under stikkordet «rettssikkerhet» for dem som har gått over streken. I svært mange varslersaker er vi imidlertid ikke i en rettssituasjon med klare lover og regler. Derfor er det avgjørende at vi bringer inn ansvar, med tap av tillit og reaksjoner også for uønskede handlinger uten klare lovbrudd. Dagens tilstand er kun til fordel for dem som går over streken, og det er varslerne det går ut over. Forholdet må bringes i balanse.

Mottatt 23.1.2018, godkjent 1.2.2018.

SVEIN AXEL WANNAG

a.wannag@gmail.no
er pensjonert, tidligere overlege i Arbeidstilsynet.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikter.

LITTERATUR

1 Ørstavik R. Årets navn. Tidsskr Nor Legeforen 2018; 138: 7.
2 Arbeids- og sosialdepartementet. Høringsuttalelsene til varslersbeskyttelsesparagrafene fra 2005. Arkivsak: 200501903-/EVI. [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-forslag-til-nye-regler-om-ansatt/id97611/\(1.2.2018\)](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-forslag-til-nye-regler-om-ansatt/id97611/(1.2.2018)).

3 Skjold N, Fougner J. Skal varslere vernes nytter ikke flere lovregler om pent vær. Aftenposten 5. mars 2017. [https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/qokew/Skal-varslere-vern-nytter-ikke-flere-lovregler-om-pent-var-Nicolai-Skjold-og-Jan-Fougner\(1.2.2018\)](https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/qokew/Skal-varslere-vern-nytter-ikke-flere-lovregler-om-pent-var-Nicolai-Skjold-og-Jan-Fougner(1.2.2018)).

4 Matthiesen SB. Mottak av varsling. MAGMA 2016; 4: 23-34.

5 Bolstad S. Krever at det opprettes et nasjonalt varslersombud. NTB 22.6.2017. [https://www.dn.no/nyheter/2017/06/22/0458/Arbeidsliv/krever-at-det-opprett-et-nasjonalt-varslersombud\(1.2.2018\)](https://www.dn.no/nyheter/2017/06/22/0458/Arbeidsliv/krever-at-det-opprett-et-nasjonalt-varslersombud(1.2.2018)).

Når kan helsepersonell lese i pasientjournalen?

Å lese om pasientens forløp er viktig i læringsøyemed. I dag åpner lovverket i liten grad opp for at helsepersonell, som har vært involvert i pasientbehandlingen, kan følge med i behandlingsforløpet og få vite endelig diagnose.

Alle innsyn i elektroniske pasientjournaler loggføres, og pasienter har rett til innsyn i denne loggen, jf. pasientjournalloven § 18, første ledd (1). I dag har mange pasienter elektronisk tilgang til egen journal og innsynslogg (2). Ved Universitetssykehuset Nord-Norge har vi erfart at flere pasienter enn tidligere ønsker opplysninger om hvorfor helsepersonell har lest i journalen.

Mange ansatte i helsevesenet ønsker å lese i journalen til pasienter de tidligere har hatt til behandling – for å vite behandlingsforløpet og den endelige diagnosen. Det gjelder blant annet leger som skriver innkomstjournaler i akuttmottaket.

Helsepersonell kan alltid gå inn i en journal dersom pasienten gir samtykke. Det finnes imidlertid mange situasjoner der helsepersonell ikke kan få et gyldig samtykke eller der det er etisk vanskelig å spørre om samtykke. Dette gjelder blant annet i akuttsituasjoner og der pasienter har redusert bevissthet.

Innsyn i pasientjournal for egen læring, uten at det er innhentet samtykke, er regulert av helsepersonelloven § 29 c (3). Denne lød før lovendring 1.1.2015 slik: «Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger etter særskilt anmodning gis til annet helsepersonell som tidligere har ytt helsehjelp til pasienten i et konkret behandlingsforløp, dersom utleveringen er begrunnet i lærings- og kvalitets-sikringshensyn. Utlevering etter første ledd

skal begrenses til de opplysninger som er nødvendige og relevante for formålet. I pasientens journal skal det dokumenteres hvem opplysninger har blitt utlevert til og hvilke opplysninger som har blitt utlevert, jf. § 40.»

Helsepersonelloven § 29 c ble endret 1.1.2015. Begrunnelsen for endringen var blant annet å gjøre det enklere for helsepersonell å få tilgang til pasientopplysninger i læringsøyemed: «Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger etter særskilt anmodning gis til annet helsepersonell som tidligere har ytt

«Kunnskap om behandlingsforløp og endelig diagnose er svært viktig for at helsepersonell skal lære og forbedre seg»

helsehjelp til pasienten i et konkret behandlingsforløp, for kvalitetssikring av helsehjelpen eller egen læring. Behandlingen av anmodningen kan automatiseres. Helsepersonell kan bare gis de opplysninger som er nødvendige og relevante for formålet. I pasientens journal skal det dokumenteres hvem opplysninger har blitt utlevert til og hvilke opplysninger som har blitt utlevert, jf. § 40.»

Tilpasset sykehushverdagen?

Universitetssykehuset Nord-Norge har vært i kontakt med Helsedirektoratet som i likhet med våre jurister tolker paragrafen slik at helsepersonell ikke selv kan gå inn i journalen, men først må forespørre databehandlingsansvarlig (som kan være nærmeste leder) om innsyn. Databehandlingsansvarlig må deretter vurdere og dokumentere tilgangsstrekk og hvilke opplysninger som er relevante og nødvendige, og som kan utleveres. Regelverket åpner for at utleveringen av opplysningene til helsepersonell kan foregå ved at personellet selv henter ut opplysningene.

Det er vanskelig å se for seg at nærmeste leder kan utlevere opplysninger slik det er beskrevet av lovgiver. Ansatte i helsetjenesten har mange pasienter, og hver leder har mange underordnede. Volumet av slike forespørsler vil bli for omfangsrikt til at det er praktisk mulig for nærmeste leder å vurdere tilgangsstrekket og hvilke opplysninger som er nødvendige og relevante å utlevere.

Lovgiver har i endringen av helsepersonelloven § 29 c åpnet opp for at behandlingen av slike forespørsler kan automatiseres. Dette er en god tanke, men de tekniske systemene for dette er ikke tilgjengelige. Regelendringen har derfor ikke hatt praktisk betydning.

For å lære

Er praksis ved norske sykehus i dag i tråd med regelverket? Mange helsearbeidere følger selv med i journalen på pasienter de har deltatt i behandlingen av, også uten at det er dokumentert samtykke for slike innsyn. Det er lite ønskelig å stramme inn denne praksisen. Kunnskap om behandlingsforløp og endelig diagnose er svært viktig for at helsepersonell skal lære og forbedre seg. Problemstillingen gjelder også andre yrkesgrupper enn leger, for eksempel ambulansarbeidere og sykepleiere.

Lovgiver bør revurdere føringene i helsepersonelloven § 29 c, slik at helsepersonell lettere kan lære av pasientforløp de har vært involvert i. I dag åpner lovverket i liten grad opp for at helsepersonell som har vært involvert i pasientbehandlingen, gis anledning til å slå opp i journal for å følge med i behandlingsforløp og diagnose. Dette begrenser muligheten for helsepersonell til å forbedre seg og er vanskelig å gjennomføre i sykehushverdagen. Disse bekymringene ble også uttrykt i lovforarbeidet (4).

Mottatt 30.1.2018 og godkjent 6.2.2018.

HAAKON LINDEKLEIV

haakon.lindekleiv@unn.no
(f. 1982) er medisinsk fagsjef ved Universitetssykehuset Nord-Norge.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 LOV-2014-06-20-42. Lov 20. juni 2014 om Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-42> (29.1.2018).
- 2 Helsedirektoratet. Rett til innsyn i pasientjour-

nalen din 2016. <https://helsenorge.no/rettigheter/pasientjournal> (29.1.2018).

- 3 LOV-1999-07-02-64. Lov 2. juli 1999 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (29.1.2018).

- 4 Prop. 72 L (2013-2014). Pasientjournalloven og helseregisterloven. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-72-L-20132014/id756657/> (29.1.2018).

Personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse diskrimineres

Det finnes veldokumenterte behandlingsmetoder for pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Pasienter som bor i distriktene, mottar ikke dette tilbudet. Helsedirektoratet må ta diskrimineringen av disse pasientene på alvor.

Emosjonelt ustabil («borderline») personlighetsforstyrrelse er en alvorlig psykisk lidelse med høy mortalitet, selvskading og selvdestruktiv atferd. Tilstanden er forbundet med en lang rekke negative livshendelser, som tidlig uførhet, familieproblemer, inngripen fra barnevern, vold, ulykker, rusmisbruk, høy frekvens av andre psykiske lidelser, sosial mistilpasning, lav livskvalitet og redusert livslengde (1).

Personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er ofte hjelpesøkende, og de kontakter gjerne fastleger, psykiatrisk legevakt og allmenn legevakt i forbindelse med kriser, gjerne av suicidal art. Av samme grunn er de ofte innlagt i psykiatriske akuttavdelinger eller avlastningsavdelinger ved distriktpsikiatriske sentre (DPS). Det er mer omstridt om de drar nytte av lengre tids psykiatrisk døgntilrettelagt behandling.

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse var tidligere ansett for å være svært vanskelig å behandle, men prognosen har bedret seg de senere årene, takket være utvikling av nye og mer effektive behandlingsmetoder (2). Det er ingen psykofarmaka som kan kurere tilstanden. Internasjonalt er det konsensus om at riktig behandling er psykoterapi. Behandlingen bør være langvarig, strukturert, sammenhengende, teoretisk velbegrunnet og gjerne basert på teamarbeid med tett samarbeidende terapeuter. Flere spesifikke behandlingsmetoder har vist god effekt: mentaliseringsbasert terapi (MBT), dialektisk atferdsterapi (DBT), skjema-terapi, overføringsbasert psykoterapi, kognitiv analytisk terapi m.fl.

Alle de ovennevnte behandlingsmetodene er utviklet utenfor Norge, men til forskjell fra medikamenter kan ikke disse behand-

lingsmetodene importeres i esker og deles ut til pasienter. En lang og møysommelig prosess må til før det kan godtgjøres at terapiformen for det første kan læres og praktiseres av norske terapeuter, for det andre at terapeutene kan omsette den til norsk kultur og norsk helsevesen, for det tredje at også norske pasienter opplever den som viktig og meningsfull, og endelig at den er dokumentert like virkningsfull i Norge som i utlandet.

«Til forskjell fra medikamenter kan ikke disse behandlingsmetodene importeres i esker og deles ut til pasienter»

Mentaliseringsbasert terapi

Av ovennevnte terapiformer er det bare mentaliseringsbasert terapi som oppfyller disse kravene i Norge i dag. Mentaliseringsbasert terapi kan læres i Norge av terapeuter/lærere som selv har samarbeidet tett med arkitektene bak terapien, og det finnes detaljerte manualer på norsk tilpasset norsk virkelighet. Det er etablert et kvalitetslaboratorium for mentaliseringsbasert terapi som kan overvåke kvaliteten av den terapien som praktiseres, og det er publisert flere undersøkelser som vitner om stor brukertilfredshet (3).

I en undersøkelse der 64 pasienter, med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse som fikk mentaliseringsbasert terapi, ble sammenlignet med 281 pasienter som fikk mer «gammeldags» psykodynamisk behandling (4), var effektstørrelsene på symptomer, interpersonlig og sosial fungering nær det dobbelte av det som ble funnet for psykodynamisk behandling.

Internasjonalt er det flere studier med dialektisk atferdsterapi enn mentaliseringsbasert terapi for pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, men i praksis egner terapiformene seg til litt forskjellige typer pasienter. Dialektisk atferdsterapi er i utgangspunktet en behandling for selvskading og kronisk suicidalitet, og behandlingen varer inntil ett år. I Norge gis det opplæring i dialektisk atferdsterapi,

men det er ikke undersøkt om dette er en effektiv behandlingsform i Norge for voksne med alvorlig personlighetspatologi. Det er derimot dokumentert at dialektisk atferdsterapi i Norge har en positiv effekt på selvskadende ungdom (5).

Av erfaring er pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse ofte så dårlig fungerende at avtalespesialister kvier seg for å ta dem i egen praksis. Ofte krever de flere terapeuter som samarbeider. Samtidig er det et langvarig poliklinisk arbeid som skal til, og dette tilsier at det er distriktpsikiatriske sentre som er det naturlige sted for slik behandling. Utredning og behandling er krevende, som eksemplifisert med mentaliseringsbasert terapi: Pasienten skal gjennom en profesjonell personlighetsutredning, der det også bør inngå intervju om mentaliseringsvikt; Det skal lages en mentaliseringsbasert kasusformulering og ofte en kriseplan, det skal tas standpunkt til farmakoterapien der man gjerne lager en plan for styrt nedtrapping av psykofarmaka, pasienten tilbys innledningsvis en 12 ukers psykoedukativ gruppeterapi som kommer i kombinasjon med ukentlig individualterapi (i ett år) og ukentlig gruppeterapi (i inntil tre år), det tilbys psykoedukasjon også til pårørende og samarbeidsmøter med andre aktører (som Nav), og endelig er det ukentlig videobasert veiledning.

Diskriminering i distriktene

Ovennevnte type behandling krever et team. I Norge er det nå ca. 29 team for mentaliseringsbasert terapi, og 21 av disse befinner seg ved distriktpsikiatriske sentre. Blant de rundt 77 sentrene i landet har altså rundt 56 sentre ikke noe slikt team. Av naturlige grunner er teamene særlig konsentrert rundt de store byene Oslo, Bergen, Stavanger og Trondheim. Her finner vi universitetsmiljøer og forholdsvis flere psykoterapeuter. Dels er det en sentrum-periferi-problematikk og dels en sør-nord-problematikk: Jo lenger fra de store byene, desto færre team for mentaliseringsbasert terapi, og jo lenger nord man kommer, desto færre team.

Denne geografiske skjevfordelingen i behandlingstilbud er selvsagt et problem for pasienter og deres pårørende. Det burde også være et problem for helsevesenet, dels for de lokale distriktpsikiatriske sentrene som ennå ikke har noe egnet behandlings-

tilbud til denne gruppen, og dels for Helse- direktoratet som har et styringsansvar for psykisk helsevern.

Pasientene har krav på behandling ifølge lov om pasient- og brukerrettigheter. Pasientene som det gjelder, har en alvorlig psykisk lidelse, det finnes effektiv behandling, og da er de distriktspsykiatriske sentrene pliktige til å levere slik behandling. I en avsagt dom (6) ble staten, gjennom Norsk pasientskade- erstatning, i 2017 dømt til å betale pasienten over fire millioner kroner som erstatning for mangelfull behandling av emosjonelt

ustabil personlighetsforstyrrelse ved et sykehus på Vestlandet («Clemence-saken»).

Rettsliggjøring av helsetilbudet

Ovennevnte dom er blitt forbausende lite diskutert i pressen. Trolig er det bare et tids- spørsmål før den blir bedre kjent i pasient- foreninger. Dermed er det nok duket for flere rettsaker om mangelfull behandling for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Mange distriktspsykiatriske sentre gjør derfor best i å skjerpe seg på dette området. Det er vel egentlig litt pinlig for Helsedirektora-

et, dersom det er rettsvesenet som i praksis sørger for en mer rettferdig fordeling av behandlingsmulighetene i Norge.

Mottatt 27.1.2018, første revisjon innsendt 30.1.2018, god- kjent 1.2.2018.

SIGMUND KARTERUD

wkarteru@online.no

(f. 1945) er professor i psykiatri, tidligere ved Univer- sitetet i Oslo.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er administrativ og faglig leder av Institutt for mentalisering.

LITTERATUR

- 1 Karterud S, Wilberg T, Urnes Ø. Personlighetspsykiatri. Oslo: Gyldendal akademisk, 2017.
- 2 Stoffers JM, Völlm BA, Rucker G et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database Syst Rev 2012; 8: CD005652.
- 3 Morken KTE, Binder PE, Arefjord N et al. Juggling thoughts and feelings: How do female patients with borderline symptomatology and substance use disorder experience change in mentalization-based treatment? Psychother Res 2017; 1-16.
- 4 Kvarstein EH, Pedersen G, Urnes Ø et al. Changing from a traditional psychodynamic treatment programme to mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder- does it make a difference? Psychol Psychother 2015; 88: 71-86.
- 5 Mehlum L, Tørmoen AJ, Ramberg M et al. Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2014; 53: 1082-91.
- 6 Gulating lagmannsrett. LG-2016-77091. www.lovdatab.no (1.2.2018).

ANNONSER

SYK – SKADET – UFØR

Vi har spesialisert oss innen trygderett og personskadeerstatning.

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

Advokatfirmaet
Andersen
M.N.A.

Skippergata 33
0154 OSLO

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

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

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

Bedre informasjon til pasienter med epilepsi

I Norge lever det snaut 40 000 mennesker med epilepsi. I en spørreundersøkelse blant pasienter og pårørende fant vi at det var et stort behov for grundigere informasjon og et ønske om hyppigere kontakt med spesialisthelsetjenesten.

En optimal behandling av pasienter med epilepsi fordrer tett og godt samarbeid mellom fastlege og spesialist og ikke minst at vi er lydhøre overfor hva pasientene og de pårørende selv opplever som vanskelig (1, 2). Vi har derfor gjennomført en undersøkelse. Et spørreskjema ble lagt ut på epilepsiforbundets nettside. Der ble det spurt om hva som oppleves som de største utfordringene i norsk epilepsiomsorg og om hva som burde forbedres.

«Der kunnskap mangler, får gjerne myter og fordommer gode kår»

I perioden 1.4.2017–5.9.2017 besøkte 48 249 personer nettsidene, og 2 090 valgte å delta i undersøkelsen ved å fylle ut hele eller deler av skjemaet. Ni av ti hadde epilepsi selv, resten var pårørende. Nesten halvparten savnet grundigere informasjon om sykdommen og rundt en tredel ønsket bedre oppfølging i spesialisthelsetjenesten, i form av lettere tilgjengelig, raskere utredning og hyppigere og lengre konsultasjoner. Hver sjettede respondent savnet hjelp til annet enn anfallsrelaterte problemer. Det

ble også pekt på for dårlig samarbeid mellom spesialistene og fastlegene og svak epilepsikompetanse blant helsepersonell generelt, det gjaldt så vel i sykehus og hos fastlegen som i kommunehelsetjenesten.

Resultatene av vår spørreundersøkelse stemmer godt med det man fant i to tilsvarende studier fra England: Pasientene mente at mer kunnskap både i pasientgruppen og i befolkningen generelt var en forutsetning for at de skulle kunne leve et liv uten stigmatisering og skam (3, 4). Det er vist at rundt hver femte person med epilepsi har psykososiale vansker, uavhengig av om de er anfallsfrie eller ikke (5).

Å bringe epilepsi frem i lyset

Da Verdens helseorganisasjon lanserte kampanjen Epilepsy out of the shadows i 1997, var det blant annet i erkjennelse av at det var mangelfulle kunnskaper om sykdommen – ikke bare hos folk flest, men faktisk også hos helsepersonell (6). Og der kunnskap mangler, får gjerne myter og fordommer gode kår.

Å tilpasse seg et liv med en kronisk og uforutsigbar sykdom, som epilepsi er, innebærer å takle frykten for anfall og å kunne møte fordomsfulle reaksjoner med saklig informasjon. Vår erfaring er dessverre at mange pasienter har mangelfulle kunnskaper om sin egen sykdom. Dette er synd, ettersom de burde være ambassadører for den.

Vi tror økt kunnskap hos pasientene faktisk kan påvirke anfallskontrollen og dermed også prognosen (7, 8). Dette fordi kunnskap gir trygghet, bedre selvfølelse og mindre stress. Vi vet at stress kan forsterke anfallstendensen. Pasienten selv har et ansvar for sin helse. Det innebærer å skaffe seg mest mulig informasjon om sykdommen, blant annet om anfallsfremkallende faktorer det er viktig å ta hensyn til. Dessverre ser vi at mange pålegger seg unødvendige restriksjo-

ner i levesett. Av frykt for å vekke oppsikt under et anfall velger mange å skjule sykdommen og leve et passivt og isolert liv.

«Kunnskap gir trygghet, bedre selvfølelse og mindre stress»

Våre forslag til forbedring av epilepsiomsorgen

For å imøtekomme det respondentene etterlyste, mener vi at det i årene fremover må utdannes flere epilepsiprofilerte nevrologer, nevrologer og epilepsisykepleiere. I tillegg må kunnskapsnivået om epilepsi heves blant helsepersonell generelt. Å gi pasienter og pårørende grundig informasjon krever god tid under konsultasjonen. Dette er det dessverre vanskelig å få til innenfor rammen av vårt nåværende økonomiorienterte helsevesen. Ikke alle spørsmål om sykdommen kommer frem i de få minuttene som er til rådighet under konsultasjonen, derfor er det behov for bedre tid.

I tillegg har vi lenge sett behovet for lett tilgjengelig informasjon. Norsk Epilepsiforbund har derfor i samarbeid med Spesialsykehuset for epilepsi nylig utarbeidet filmserien *Hva er epilepsi?*. Den inneholder 16 korte filmsnutter, hver på rundt ett minutt, som gir svar på de vanligste epilepsirelaterte spørsmålene. Serien er tilgjengelig på YouTube og andre sosiale medier (9). Dessuten er det utarbeidet en kunnskapsbasert retningslinje om epilepsi (10) og et elektronisk kurs om hvordan man kan leve med sykdommen.

UCB Pharma har gitt finansiell støtte til teknisk gjennomføring av undersøkelsen. Firmaet har ikke vært involvert i eller påvirket innholdet i undersøkelsen og har heller ikke hatt tilgang til besvarelsene.

Mottatt 21.12.2017, første revisjon innsendt 30.1.2018, godkjent 1.2.2018.

OLIVER HENNING

oliver.henning@ous-hf.no
(f. 1965) er spesialist i nevrologi og i psykiatri og overlege ved Spesialsykehuset for epilepsi, Oslo universitetssykehus. Han har lang erfaring innen epilepsi og er leder av Norsk Epilepsiselskap. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

THERESE LUNDENG RAVATN

(f. 1985) er interessepolitisk rådgiver i Norsk Epilepsiforbund. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KARL O. NAKKEN

(f. 1945) er dr.med., spesialist i nevrologi og overlege ved Spesialsykehuset for epilepsi, Oslo universitetssykehus. Han har spesialkompetanse på epilepsisykdommer og er æresmedlem i Norsk Epilepsiselskap. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Elwyn G, Edwards A, Britten N. What information do patients need about medicines? «Doing prescribing»: how doctors can be more effective. *BMJ* 2003; 327: 864–7.
- 2 Lewis R, Dixon J. Rethinking management of chronic diseases. *BMJ* 2004; 328: 220–2.
- 3 Hart YM, Shorvon SD. The nature of epilepsy in the general population. II. Medical care. *Epilepsy Res* 1995; 21: 51–8.
- 4 Prinjha S, Chapple A, Herxheimer A et al. Many people with epilepsy want to know more: a qualitative study. *Fam Pract* 2005; 22: 435–41.
- 5 Pfäffelin M, May T, Stefan H et al. Epilepsiebedingte Beeinträchtigungen im täglichen Leben und in der Erwerbstätigkeit - Querschnittstudie an Patienten niedergelassener Ärzte. *Neurol Rehab* 2000; 6: 140–8.
- 6 De Boer HM. «Out of the shadows»: a global campaign against epilepsy. *Epilepsia* 2002; 43 (suppl 6): 7–8.
- 7 Wiebe N, Fiest KM, Dykeman J et al. Patient satisfaction with care in epilepsy: how much do we know? *Epilepsia* 2014; 55: 448–55.
- 8 Shafer PO, Buchhalter J. Patient Education: Identifying Risks and Self-Management Approaches for Adherence and Sudden Unexpected Death in Epilepsy. *Neurol Clin* 2016; 34: 443–56, ix.
- 9 Hva er epilepsi? Norsk epilepsiforbund. <https://www.youtube.com/c/NorskEpilepsiforbund> (1.2.2018).
- 10 Kunnskapsbasert retningslinje om epilepsi. 2016. [https://www.epilepsibehandling.no/\(1.2.2018\)](https://www.epilepsibehandling.no/(1.2.2018)).



Skal du sende inn et manuskript til Tidsskriftet?

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

Skjemaet finner du på tidsskriftet.no under Forfatterveiledning.

 Tidsskriftet

Helse uten kunnskap?

Premisset om at forskningens mål er kunnskap, mens helsehjelp skal fremme helse, står i veien for en bedre helsetjeneste.

Helsedirektoratet har nylig anbefalt at tarmkreftscreening skal innføres i Norge. Den endelige avgjørelsen om innføring og organisering av programmet ventes av departementet, med påfølgende oppdrag til de regionale helseforetakene (RHF-ene), Kreftregisteret og Helsedirektoratet (1).

Camilla Stoltenberg og jeg har tatt til orde for at tarmkreftscreening bør organiseres som en kontinuerlig og systematisk randomisert utprøving (2), men i et nylig innlegg om tarmkreftscreening svarer Bjørn Hofmann at det bør være et tydelig skille mellom helsetjeneste og forskning (3). Han hevder at «forskningens mål er kunnskap, mens helsehjelp skal fremme helse». Men så enkelt er det ikke. Kan man koble helse fra kunnskap, fra forskning? Og når vet vi hva som er god helsehjelp? Kunnskap og helsehjelp er i sin natur en kontinuerlig prosess der forskning og behandling bør gå hånd i hånd. Uten det ene, ikke det andre.

Kunnskap kan tilegnes på mange måter. For hver behandling vi innfører i helsetjenesten, ønsker vi å ha kunnskap basert på de beste vitenskapelige metodene. Alle nye legemidler testes ut i randomiserte studier før de tas i bruk i klinisk praksis. På samme måte bør det gjøres når det gjelder folkehelse tiltak, for eksempel med kreftscreening.

Screening angår oss alle. I og med at screening er et tilbud til friske mennesker, hvor det er en fin balanse mellom fordeler og ulemper, er det kanskje enda viktigere ikke å ha et klart skille mellom forskning og helsetjeneste.

Utprøving, behandling, evaluering

Kunnskapsutviklingen bør være en kontinuerlig prosess av utprøving, behandling og evaluering, som gjentas, som et roterende hjul (fig 1).

Dette kan eksemplifiseres med historien om mammografiscreening i Norge. Effekter av mammografiscreening ble først studert i randomiserte studier i 1980-årene (4). Studiene viste at screeningen reduserte brystkreftdødeligheten med 15 % (4), og man trodde at med bedre undersøkelsesmetoder

ville effekten være enda større når man innførte screeningen i den norske befolkningen i 1996 (5). Da mammografiscreening-programmet startet opp, kjente man ikke til at mammografiscreening kunne føre til overdiagnostikk.

«Kunnskap og helsehjelp er i sin natur en kontinuerlig prosess der forskning og behandling bør gå hånd i hånd»

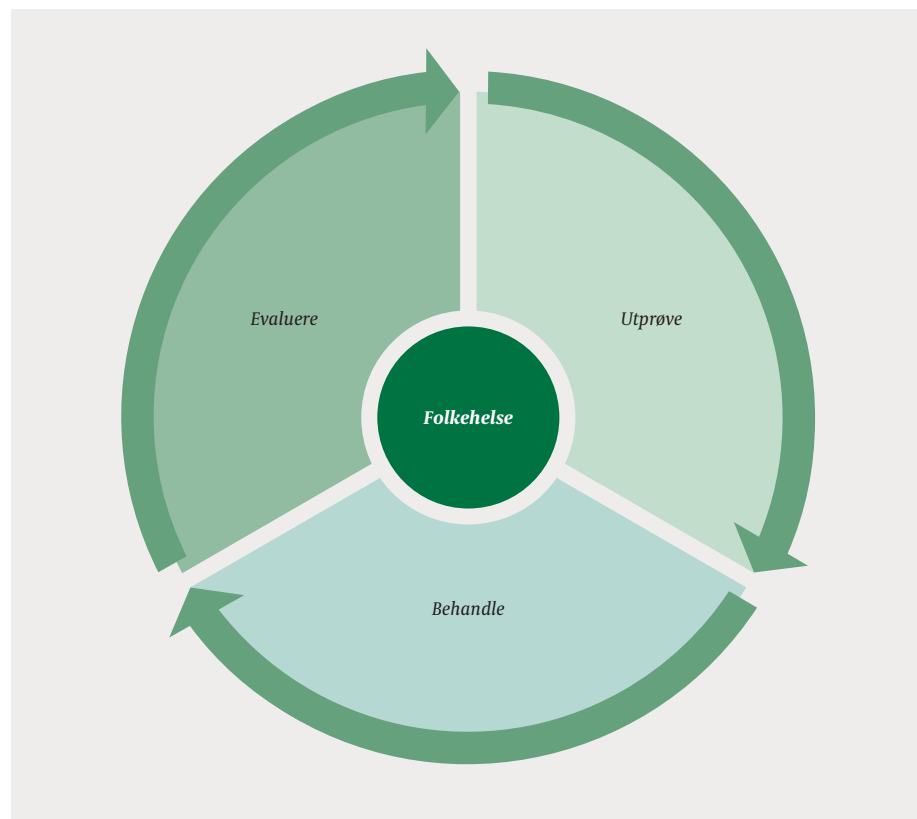
Når hele befolkningen (kvinner mellom 50 og 69 år) inviteres til mammografiscreening, består befolkningen av to grupper: de som møter, og de som ikke møter. Disse to gruppene er ikke like (6). De har ikke samme risiko for å få kreft, og de har ikke samme dødelighet. Derfor er ikke disse gruppene sammenlignbare, og det er vanskelig å få kunnskap om hvor forskjellige de er.

Vi har, i en stor studie på tarmkreftscreening (Norwegian colorectal cancer preven-

tion trial, NORCCAP), nylig undersøkt dette. De som ikke møtte til screening, hadde 2–3 ganger høyere dødelighet enn de som møtte (6). Dette er ikke en effekt av screeningen, men ene og alene ett uttrykk for seleksjonsskjevhet, at det er to svært ulike grupper mennesker med betydelig forskjell i dødelighet. Selv med kanskje verdens beste registre i Norge med data knyttet til risiko for å dø klarte vi ikke å justere bort disse forskjellene (6). Dette illustrerer hvor vanskelig det er å få valid kunnskap fra allerede pågående helsetiltak, om man ikke bruker vitenskapelige metoder ved innføringen.

Ifølge en evalueringsrapport i regi av Forskningsrådet overdiagnostiserer vi fem kvinner for hver kvinne som unngår å dø av brystkreft (5). Hva gjør vi nå? Vi kan ikke skaffe oss den kunnskapen vi trenger for å kunne gi den beste helsehjelpen innen de rammene vi har i dag. Skal vi da lukke øynene for at vi muligens redder kvinner fra å dø av brystkreft, men påfører andre lidelse og mulig tidlig død av andre årsaker enn brystkreft? Vi sitter igjen med et helse tilbud som ikke gir den beste folkehelsen.

En løsning kunne være at vi innfører en



Figur 1 Folkehelsen fremmes gjennom kunnskapshjulet med utprøving, behandling og evaluering

kontinuerlig og systematisk utprøving og randomiserer kvinner som ønsker det til ulike screeningtilbud (7). For å få svar på om screening har flere ulemper enn fordelene kunne vi randomisere kvinner til screening som i dag, mot ingen screening (8). Det nye tilbudet evalueres og sammenlignes med det eksisterende tilbudet. Kvinnene får da tilbud om den «behandlingen» (tilbudet) som er best. Etter noen år får vi bedre screeningstester, for eksempel sirkulerende tumorgener (9), som da må utprøves i kliniske studier. Vi kunne da fortsette randomiseringen. Altså, utprøve, behandle, evaluere, og slik holder vi kunnskapshjulet i gang – fordi det her er uhensiktsmessig med et strengt skille mellom helsehjelp og forskning.

Kontinuerlig systematisk utprøving

Utgangspunktet for forslaget om å implementere tarmkreftscreening som en kontinuerlig systematisk randomisert utprøving, er at det er besluttet at man skal bruke penger på tarmkreftscreening (2). Befolkningen skal *ikke* tvinges til å være med på

å finne den beste metoden. Hele poenget er at de får tilbud om den beste metoden, men de kan også få tilbud om metoder vi tror er enda bedre, men som vi enda ikke vet er bedre. Vi kan ikke sette annen kunnskap til side, det må være frivillig å delta, vi må finne gode måter å informere på, vi må ha en åpenhet og transparens når det gjelder hva vi gjør, hva vi vet, og hva vi kan forvente.

«For hver behandling vi innfører i helsetjenesten, ønsker vi å ha kunnskap basert på de beste vitenskapelige metodene»

Vi må stille spørsmål ved det vi tar for gitt, for å oppnå nye erkennelser, ny viten og for å finne nye løsninger. For at helsehjelpen skal være den beste, vil det være uklokt å fastholde dikotomiseringen av forskning på den ene siden og helsehjelp på den annen side. Hvis man ikke ser at dette er en konti-

nuerlig prosess, kan det også være vanskelig å finne løsninger. Forslaget om utprøving med randomisering innebærer ikke en helt ny og ukjent måte å tenke på eller organisere oss på, det åpner opp for å tilby folk den beste helsehjelpen (2). Forslaget innebærer også at vi kan få kunnskap om det som ikke virker, slik at vi kan slutte å tilby helsehjelp som har liten eller ingen effekt.

Det klare skillet mellom forskning og helsehjelp står i veien for å fremme folkehelsen. Det kan øke faren for å miste folkets tillit (3).

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

Mottatt 2.12.2017, første revisjon innsendt 25.1.2018, godkjent 6.2.2018.

METTE KALAGER

mkalager@hsph.harvard.edu

er medisinsk redaktør i Tidsskriftet. Hun er lege og ph.d., førsteamanuensis og leder av Klinisk effekt-forskningsgruppe ved Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus.

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

LITTERATUR

- Helsedirektoratet. Nasjonalt screeningprogram mot tarmkreft – status og anbefalinger. Oslo: Helsedirektoratet, 2017. <https://helsedirektoratet.no/Documents/Rapport%20om%20et%20Nasjonalt%20screeningprogram%20mot%20tarmkreft.pdf> (21.1.2018).
- Kalager M, Stoltenberg C. Screening for den enkelte og kunnskap for alle. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 858.
- Hofmann B. Det store tarmkreftlotteriet. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 1276.
- Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database Syst Rev 2013; 6: CD001877.
- The Research Council of Norway. Research-based evaluation of the Norwegian Breast Cancer Screening Program. Oslo: The Research Council of Norway, 2015. https://www.kreftregisteret.no/globalassets/mammografiprogrammet/dokumenter/combinesiste-5_forskningsradets-evalueringssrapport.pdf (13.5.2016).
- Holme Ø, Løberg M, Kalager M et al. Effect of flexible sigmoidoscopy screening on colorectal cancer incidence and mortality: a randomized clinical trial. JAMA 2014; 312: 606–15.
- Ursin G, Hofvind S, Tropé A. Dynamiske screeningprogrammer. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 14–5.
- Kalager M. Breast cancer screening. BMJ 2017; 359: j5625.
- Cohen JD, Li L, Wang Y et al. Detection and localization of surgically resectable cancers with a multi-analyte blood test. Science 2018; pii: eaar3247.

Oppfølging etter hjerteinfarkt – er den god nok?

Flertallet av norske koronarpasienter endrer ikke livsstil og når ikke behandlingsmålene for kolesterol og blodtrykk etter utskrivning fra sykehus.

Koronar hjertesykdom er den viktigste årsaken til død i verden, og over 13 000 pasienter diagnostiseres årlig med akutt hjerteinfarkt i Norge (1). Selv om dødeligheten av hjerteinfarkt er betydelig redusert de senere årene, viser tall fra Sverige at én av fem infarktpasienter får en ny kardiovaskulær hendelse i løpet av det første året (2). Nedgangen i residivinfarkter i perioden 1994–2009 i Norge er hovedsakelig observert hos pasienter over 65 år, mens antallet hos de yngste er uendret i perioden 2001–08 (3).

Selv om et stort antall faktorer bidrar til utvikling og progrediering av koronarsykdom, er det solid dokumentert at vi skal overvåke og behandle de tradisjonelle kardiovaskulære risikofaktorene som beviselig bedrer pasientenes prognose (4). Tabell 1 viser de sentrale behandlingsmålene beskrevet i de nyeste europeiske retningslinjene for forebygging av koronarsykdom (4).

Til tross for betydelig kunnskap og klare retningslinjer er sekundærprevensjonen i klinisk praksis suboptimal. Europeiske multisenterstudier gjennomført regelmessig siden 1990-årene viser at forekomsten av overvekt og diabetes har økt, mens daglig røyking og dårlig regulert blodtrykk er uendret. Bare lipidprofilen er forbedret, antagelig som et resultat av økt forskrivning av statiner (5). Norge deltok ikke i disse studiene, men vi har nå kartlagt forekomst av risikofaktorkontroll i The NORwegian-CORonary Prevention Study (NOR-COR) (6). 1 127 pasienter i alderen 31–80 år som hadde vært innlagt ved Drammen sykehus og Sykehuset i Vestfold med hjerteinfarkt og/eller koronar revaskularisering, ble omfattende kartlagt etter median 16 måneder. Tabell 2 viser forekomst av risikofaktorer i NOR-COR sammenlignet med Europa (5). Gjennomsnittlig hadde hver norske pasient tre av seks risikofaktorer ute av kontroll, og de med flere hendelser hadde dårligst kontroll. Det var overraskende at resultatene i Norge ikke var bedre enn i Europa for øvrig, siden vi har et velutviklet helse-system og en høyere sosioøkonomisk status i befolkningen enn snittet i Europa (7). Hvorvidt forskjellene er reelle eller betyr at vi har

en pasientpopulasjon som er mer representativ for klinisk praksis, er usikkert.

Betydningen av hjerterehabilitering

Hjerterehabilitering kan defineres som summen av alle kliniske tiltak som bidrar til at pasientene klarer å gjennomføre livsstilsendringer, bruker medisiner som forskrevet og reetablerer eller forbedrer sin fysiske, mentale og sosiale tilstand (4). Fastlegene, som gjennomfører over 90 % av de forebyggende konsultasjonene, har en sentral, men lite undersøkt rolle i hjerterehabi-

literingskjeden (8). Norstent-studien, med over 9 000 pasienter behandlet med perkutan koronar intervensjon (PCI), viste at kun 28 % deltar i et strukturert hjerterehabiliteringsprogram i Norge (9).

I NOR-COR hadde 75 % av pasientene ved Sykehuset i Vestfold deltatt i tverrfaglig hjerterehabilitering, mens kun 18 % av pasientene ved Drammen sykehus deltok i det mindre omfattende programmet der (10). Ved sykehuset i Vestfold hadde deltagerne tre ganger større sannsynlighet for å slutte å røyke, bedre lipidprofil og etterlevelse av medikamentforordninger sammenlignet med de som ikke deltok. Her ble samtlige koronarpasienter vurdert for henvisning til hjerterehabilitering før utreise, mens det ikke foreligger oversikt over andel henviste ved Drammen sykehus. Trolig er

Tabell 1 Anbefalte behandlingsmål for etablerte kardiovaskulære risikofaktorer og hjerterehabilitering i europeiske retningslinjer for koronarforebygging fra 2016 (4)

Behandlingsmål	Evidensgrad (nytte og effekt) ¹
Slutte å røyke	IA
Minst 150 min moderat fysisk aktivitet (30 min 5 x/uke) eller 75 min høy aktivitet per uke	IA
Kropps masseindeks (BMI) < 25 kg/m ² eller 10 % vekttap ved BMI > 30 kg/m ²	IA
LDL-kolesterol < 1,8 mmol/l	IA
Blodtrykk < 140/90 (80 hos diabetikere) mm Hg ²	IB (IA hos diabetikere)
HbA _{1c} < 7 % (8 %) hos diabetikere	³
Delta i tverrfaglig hjerterehabilitering	IA

¹ Evidensgrad I (A eller B) er den sterkeste grad av anbefaling som kan gis i en internasjonal retningslinje

² Et noe mindre stringent mål kan vurderes hos de eldste pasientene

³ HbA_{1c} < 7 % har klasse 1A-anbefaling hos diabetespasienter generelt, mens et noe mindre stringent mål kan vurderes hos pasienter med etablert kardiovaskulær sykdom

Tabell 2 Andel pasienter som ikke når behandlingsmålene for sentrale kardiovaskulære risikofaktorer i EUROASPIRE IV (5) og i NOR-COR (6)¹

Risikofaktor	EUROASPIRE IV (n = 7 998) (%)	NOR-COR (n = 1 127) (%)
Daglig røyking	16	21
Moderat fysisk aktivitet < 30 minutter 3x/uke	60	60
Kropps masseindeks > 25 (30) kg/m ²	82 (38)	81 (34)
LDL-kolesterol ≥ 1,8 mmol/l	81	57
Blodtrykk ≥ 140/90 (80 hos diabetikere) mm Hg	43	46
HbA _{1c} ≥ 7 % (8 %) hos diabetikere	48 (26)	59 (35)

¹ Risikofaktorer i EUROASPIRE IV ble målt 1,4 (0,9–1,9) år etter en koronar hendelse og 1,7 (0,2–3,0) år i NOR-COR

Tabell 3 Rapporterte styrker, svakheter, utfordringer og muligheter for forbedring i arbeidet med sekundærforebyggende behandling og oppfølging fra åtte fastlegekontorer i Buskerud og Vestfold (n = 35 leger). Romertallene i parentes er antall legekontorer som nevnte utsagnet

	Styrker	Svakheter
Interne	Kunnskap om pasient og sykehistorie over tid (VIII)	Manglende kunnskap om retningslinjer (VI)
	Jevnlige konsultasjoner slik at man kan justere og evaluere behandlingstiltak (V)	For mange retningslinjer (VI)
	Bakgrunnskunnskap om hvilke livsstilsendringer og tiltak som er mulige for den enkelte (IV)	Manglende strategier for behandling og opptitrering av medikamenter, spesielt statiner (III)
	Tilgjengelighet (III)	Utfordrende å nå behandlingsmål (III)
	Tid til å kunne forklare (II)	Manglende kunnskap til å kunne håndtere bivirkninger (II)
	Pasientene stoler på dem (II)	Pasientene vil snakke om andre temaer (II)
	Muligheter	Trusler
Eksterne	Mer spesifisert informasjon fra sykehus ved utskrivning (individualiserte behandlingsmål, algoritmer for medikament-opptrapping og annen forventet oppfølging) (VIII)	Pasienter som ikke er interessert i oppfølging er vanskelig å komme i kontakt med. Ingen system for å fange opp disse (V)
	Tettere samarbeid med spesialister/sykehus gjennom rådgivning på telefon eller møter (IV)	Pasienter kan mangle motivasjon for å endre livsstil (V)
	Kurs og utdanning inkludert hospitering på sykehusavdeling (IV)	For lite tid til å gi tilstrekkelig informasjon og støtte til livsstilsendringer (II)
	Bestille første time til fastlege før utreise fra sykehus (III)	Manglende tillit og autoritet (II)
	Deltagelse i hjerterehabilitering må gjøres «obligatorisk» (III)	

det betydelige forskjeller i henvisningsrate, innhold og varighet av hjerterehabilitering i resten av landet. Dette bør undersøkes.

Barrierer som påvirker sekundærprevensjon

Kunnskap om underliggende barrierer som påvirker livsstil og biologiske risikofaktorer er en forutsetning for å kunne forbedre sekundærprevensjon (11). Barrierene er mange og kan deles inn i *pasientrelaterte*, *behandlingsrelaterte*, *helsepersonell* og *systemrelaterte* (11).

I NOR-COR studerte vi betydningen av kliniske, psykososiale, pasientrelaterte og behandlingsrelaterte barrierer for røyking, LDL-kolesterol, blodtrykk, overvekt, fysisk aktivitet og diabetes (12). Av 390 pasienter som røykte ved indekshendelsen, fortsatte 56 % å røyke (13). Lav sosioøkonomisk status, lang røykehistorie og ikke-ST-elevasjonsinfarkt var assosiert med fortsatt røyking i justerte analyser. Røykerne var klar over sin risiko, de oppga høy motivasjon for å slutte, men bare 42 % rapporterte at de var blitt tilbudt nikotinerstattende behandling eller hjelp til røykeslutt fra helsepersonell. Kun 43 % nådde behandlingsmålet for LDL-kolesterol på 1,8 mmol/l (14). 10 % av de med høyt

LDL-kolesterol brukte ikke statiner i det hele tatt, mens kun halvparten sto på høydosebehandling med atorvastatin \geq 40 mg eller rosuvastatin \geq 20 mg. For lave statindoser, lav selvrapporert etterlevelse og statinrelaterte bivirkninger var assosiert med 1,6–3,3 ganger økt sannsynlighet for å ikke nå LDL-kolesterolmålet i justerte analyser, mens sosioøkonomiske og psykologiske faktorer ikke hadde betydning.

«Til tross for dokumentasjon og retningslinjer lykkes vi for dårlig med sekundærprevensjon i klinisk praksis»

Selv om bivirkninger og lav etterlevelse for statiner er en stor utfordring i klinisk praksis, viste en norsk studie at systematisk statinbehandling i regi av kardiolog medførte at 90 % av koronarpasientene nådde målet for LDL-kolesterol (15). Pasientseleksjon kan ha spilt en rolle for det gode resultatet, men funnene tyder likevel på at man kan lykkes med optimal dosering av statiner hos de aller fleste koronarpasienter. I CANTOS-

studien er det for første gang dokumentert at spesifikk antiinflammatorisk behandling gitt til postinfarktpasienter med høysensitiv CRP \geq 2 mg/l reduserer forekomsten av kardiovaskulære hendelser (16). Det var derfor et viktig funn at 46 % av pasientene med dårlig regulert LDL-kolesterol i vår studie hadde CRP \geq 2 mg/l. Siden statiner også reduserer CRP, understreker dette behovet for å optimalisere statinbehandling for vi vurderer å introdusere nye og ofte dyre medikamenter.

Nesten halvparten av pasientene i NOR-COR hadde dårlig kontroll av blodtrykket (17). Kombinasjonsbehandling med anti-hypertensiver fra flere klasser er mer effektivt og gir færre bivirkninger enn høyere doser med enkeltpreparater (4). Pasienter med dårlig blodtrykkskontroll brukte gjennomsnittlig 1,9 blodtrykksmedisiner ved utskrivning fra sykehus, mens andelen som brukte betablokkere eller angiotensin-hemmere var signifikant lavere på oppfølgingstidspunktet. Diabetes, økende alder og kroppsmasseindeks var assosiert med dårlig regulert blodtrykk, mens lav sosioøkonomisk status, psykologisk stress og selvrapporert etterlevelse ikke hadde betydning.

Informasjonsoverføring og oppfølgingsplaner

Klare behandlingsopplegg og oppfølgingsplaner ved utskrivning etter en koronar hendelse anbefales sterkt (4). Vi har gjennomgått et tilfeldig utvalg (n = 200) av epikriser og informasjonsskriv som ble gitt til våre NOR-COR-pasienter og deres fastleger ved utskrivning etter indekshendelsen. I tråd med europeiske funn fant vi at det står lite om risikofaktorer, behandlingsmål og videre oppfølging i epikriser og informasjonsskriv (5). Røykestatus var beskrevet hos ca. halvparten, mens under en tredel av røykerne hadde fått spesifiserte råd og/eller planer for røykeavvenning. Informasjon om eller planer for livsstilsendringer og behandlingsmål for LDL-kolesterol var også beskrevet hos mindre enn en firedel. Litt over halvparten ble anbefalt eller henvist til hjerterehabilitering eller anbefalt oppfølging hos fastlege, mens det enda sjeldnere ble gitt konkret informasjon om kontrolltidspunkt eller hva fastlege skulle følge opp.

Det er et klart behov for mer utfyllende informasjon om behandlingsmål og oppfølgingstiltak enn dagens praksis. Dette er spesielt viktig, siden europeiske studier har dokumentert at leger i primærhelsetjenesten har for lite kunnskap om sekundærforebyggende behandlingsmål (18). I en norsk

studie etterspør PCI-behandlede pasienter mer pasientinformasjon, konkrete oppfølgingsavtaler med fastlege, tilgang til hjerterehabilitering og sammenhengende oppfølgingsplaner på tvers av behandlingsnivåene (19).

Fastlegenes utfordringer og behov

Vi har gjennomført et semikvalitativt eksplorativt dybdeintervju med analyse av styrker, svakheter, muligheter og trusler (SWOT) for å identifisere fastlegenes utfordringer og behov. Åtte fastlegekontorer (n = 35 fastleger, 1-7 leger i hver gruppe) i nedre Buskerud og Vestfold diskuterte i april 2016 hvert av temaene i plenum, med en intervjuer og en referent. Fastlegene hadde ikke kjennskap til funnene fra NOR-COR-prosjektet før de avga svar.

Som vist i tabell 3 etterspør deltagerne mer informasjon fra sykehuset om forventet oppfølgingspraksis, individualiserte behandlingsmål og algoritmer for opptitring av medikamenter. Mange ønsker tettere samarbeid og mer veiledning fra sykehusavdelingene, inkludert muligheter for kurs/hospitering. De ønsker også at hjerterehabilitering blir obligatorisk og at videre oppfølging i primærhelsetjenesten avtales før utskrivning. Det er interessant at fastlegenes behov samsvarer såpass godt med barriere-

rene som ble avdekket ved kartlegging av pasientene og sykehusjournalene i NOR-COR.

Hvordan forbedre sekundærprevensjon?

Til tross for betydelig vitenskapelig dokumentasjon og et stort antall retningslinjer (4) lykkes vi for dårlig med sekundærprevensjon i klinisk praksis (6). Dette svekker prognosen til den enkelte pasient og har store helseøkonomiske og samfunnsmessige konsekvenser. Endring av livsstilsvaner og atferd er krevende (4). Samtidig foreligger det muligheter for å bedre risikoprofil hos mange koronarpasienter med relativt enkle tiltak. Medikamentell behandling av blodtrykk og LDL-kolesterol kan optimaliseres, nikotinerstatende behandling kan forskrives i større grad, og henvisning til systematisk hjerterehabilitering og mer utfyllende og spesifisert informasjon til pasienter og fastleger fra sykehuset kan gjennomføres. Det er nå behov for nasjonale data og mer forskning på innholdet i og kvaliteten av det sekundærforebyggende arbeidet som gjøres etter utskrivning fra sykehus, slik at vi kan gi kostnadseffektiv behandling og oppfølging til en stor og økende pasientgruppe.

Mottatt 29.11.2017, første revisjon innsendt 19.1.2018, godkjent 25.1.2018.

JOHN MUNKHAUGEN

johmun@vestreviken.no
(f. 1983) er konstituert overlege i kardiologi og postdoktorforsker ved Medisinsk avdeling, Drammen sykehus og Avdeling for medisinsk atferdsvitenskap, Universitetet i Oslo. Han er prosjektleder for NOR-COR-studien.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter. Han mottar forskningsmidler fra Nasjonalforeningen for folkehelsen.

KARI PEERSEN

(f. 1957) er ph.d.-stipendiat og spesialfysioterapeut ved Hjerteravdelingen, Sykehuset i Vestfold.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter. Hun mottar forskningsmidler fra Extrastiftelsen.

ELISE SVERRE

(f. 1979) har levert sin ph.d.-avhandling og er postdoktorforsker ved Medisinsk avdeling, Drammen sykehus og Avdeling for medisinsk atferdsvitenskap, Universitetet i Oslo, samt konstituert overlege i kardiologi ved Medisinsk avdeling, Drammen sykehus.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter. Hun mottar forskningsmidler fra Extrastiftelsen.

ERIK GJERTSEN

(f. 1957) er seksjonsoverlege i kardiologi ved Medisinsk avdeling, Drammen sykehus.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LARS GULLESTAD

(f. 1951) er kardiolog og professor ved Kardiologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TORIL DAMMEN

(f. 1961) er spesialist i psykiatri og professor i medisinsk atferdsvitenskap ved Avdeling for medisinsk atferdsvitenskap, Universitetet i Oslo.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

EINAR HUSEBYE

(f. 1951) er dr.med. og avdelingssjef ved Medisinsk avdeling, Drammen sykehus.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JAN ERIK OTTERSTAD

(f. 1944) er dr.med. og kardiolog ved Hjerteravdelingen ved Sykehuset i Vestfold. Han er seniorkonsulent og leder av Senter for hjerteforskning.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Jortveit J, Govatsmark RE, Digre TA et al. Hjerteinfarkt i Norge i 2013. *Tidsskr Nor Legeforen* 2014; 134: 1841–6.
- 2 Jernberg T, Hasvold P, Henriksson M et al. Cardiovascular risk in post-myocardial infarction patients: nationwide real world data demonstrate the importance of a long-term perspective. *Eur Heart J* 2015; 36: 1163–70.
- 3 Sulo G, Vollset SE, Nygård O et al. Trends in acute myocardial infarction event rates and risk of recurrences after an incident event in Norway 1994 to 2009 (from a Cardiovascular Disease in Norway Project). *Am J Cardiol* 2014; 113: 1777–81.
- 4 Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur J Prev Cardiol* 2016; 23: NP1–96.
- 5 Kotseva K, Wood D, De Bacquer D et al. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *Eur J Prev Cardiol* 2016; 23: 636–48.
- 6 Sverre E, Peersen K, Husebye E et al. Unfavourable risk factor control after coronary events in routine clinical practice. *BMC Cardiovasc Disord* 2017; 17: 40.
- 7 Health Statistics OECD. <http://www.oecd.org/health/Obesity-Update-2014.pdf> (16.11.2015).
- 8 Redfern J, Maiorana A, Neubeck L et al. Achieving coordinated secondary prevention of coronary heart disease for all in need (SPAN). *Int J Cardiol* 2011; 146: 1–3.
- 9 Olsen SJ, Schirmer H, Bønaa KH et al. Cardiac rehabilitation after percutaneous coronary intervention: Results from a nationwide survey. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2017; 1474515117737766.
- 10 Peersen K, Munkhaugen J, Gullestad L et al. The role of cardiac rehabilitation in secondary prevention after coronary events. *Eur J Prev Cardiol* 2017; 24: 1360–8.
- 11 Nieuwlaat R, Schwalm JD, Khatib R et al. Why are we failing to implement effective therapies in cardiovascular disease? *Eur Heart J* 2013; 34: 1262–9.
- 12 Munkhaugen J, Sverre E, Peersen K et al. The role of medical and psychosocial factors for unfavourable coronary risk factor control. *Scand Cardiovasc J* 2016; 50: 1–8.
- 13 Sverre E, Otterstad JE, Gjertsen E et al. Medical and sociodemographic factors predict persistent smoking after coronary events. *BMC Cardiovasc Disord* 2017; 17: 241.
- 14 Munkhaugen J, Sverre E, Otterstad JE et al. Medical and psychosocial factors and unfavourable low-density lipoprotein cholesterol control in coronary patients. *Eur J Prev Cardiol* 2017; 24: 981–9.
- 15 Heldal M, Pedersen TR. LDL goal achievement in chronic coronary heart disease patients: a comparison between usual care and a structured follow-up programme in 766 consecutive patients in cardiology practice. *Hjerteforum* 2017; 30: 52–60.
- 16 Ridker PM, Everett BM, Thuren T et al. Anti-inflammatory Therapy with Canakinumab for Atherosclerotic Disease. *N Engl J Med* 2017; 377: 1119–31.
- 17 Sverre E, Peersen K, Otterstad JE et al. Optimal blood pressure control after coronary events: the challenge remains. *J Am Soc Hypertens* 2017; 11: 823–30.
- 18 Heidrich J, Behrens T, Raspe F et al. Knowledge and perception of guidelines and secondary prevention of coronary heart disease among general practitioners and internists. Results from a physician survey in Germany. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2005; 12: 521–9.
- 19 Valaker I, Norekvål TM, Råholm MB et al. Continuity of care after percutaneous coronary intervention: The patient's perspective across secondary and primary care settings. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2017; 16: 444–52.



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

Informasjon og medvirkning gir bedre tjenester

Flere aktører har lagt press på myndighetene for å forbedre sikkerheten for pasienter. Det har ført til nye lovbestemmelser. Men det viktigste arbeidet foregår i virksomhetene selv, og begynner lenge før hendelsene inntreffer.

En viktig kilde til informasjon både for tilsynsmyndigheten og for helsevesenet er pasienten selv og de pårørende. Dersom Helsetilsynet eller sykehuset ikke har fått til en god dialog med dem, vil dette ofte også gjenspeile seg i den videre oppfølgingen etter en alvorlig hendelse.

I Helsetilsynet/Undersøkelsesenheten behandler vi varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten (1). Formålet med ordningen er at tilsynet raskere skal identifisere uforsvarlige forhold ved pasientbehandlingen. Vi ivaretar tilsynsrollen, men er også opptatt av at virksomheten selv arbeider målrettet med å finne ut hva som gikk galt og hvorfor (2).

Det handler om tillit

Svikt i informasjon og medvirkning kan også føre til at tilliten til helsetjenesten svekkes. Tillitsforholdet mellom pasient/pårørende og sykehus kan bli krevende å opprettholde etter hendelser som har ført til alvorlig skade eller død. Det kan være flere grunner til dette. Det oppleves som traumatisk å miste noen nærstående eller å få en alvorlig skade etter behandling. Svikt i informasjon og medvirkning kan få flere uheldige følger. I mange av våre tilsynssaker har vi sett at flere helseforetak har gjort en god innsats for å forbedre dette. De har gitt oss tilbakemeldinger via erfaringskonferanse og i annen dialog om at de opplever færre klager og bedre relasjon til pasienter og pårørende når det er økt fokus på dette området.

Vi vet at helsepersonell som er involvert i en alvorlig hendelse, blir svært preget av den. Da kan det være vanskelig å være den som har ansvar for å gi god informasjon og ivareta en pasient/pårørende. Vi ser ofte at det blir et brudd i relasjonen mellom sykehuset og pasienten/pårørende i denne fasen. Det er imidlertid viktig at sykehuset arbeider aktivt for å unngå et slikt brudd. Helseinspektoren har utarbeidet en veileder om dette (3). Lov og veileder gir anvisninger om hvordan sykehuset kan lage gode kjøre-regler i svært vanskelige situasjoner.

Informasjonen som gis bør være så korrekt og fullstendig som mulig, og bør gis

så tidlig som mulig. Dette gjelder uavhengig av om det er mistanke om svikt i helsehjelpen. Dersom pasienten blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, skal pasient og/eller pårørende informeres om hva som skjedde og hva årsaken(e) kan ha vært. Det skal gis informasjon om hvilke tiltak virksomheten vil iverksette for å unngå at lignende hendelser skal skje igjen.

«Tillitsforholdet mellom pasient/pårørende og sykehus kan bli krevende å opprettholde etter hendelser som har ført til alvorlig skade eller død»

I noen tilfeller kan det være usikkert hva som er årsaken til hendelsen. Virksomheten bør i slike situasjoner gi foreløpig informasjon om hva de vil foreta seg for å undersøke mulig årsak til hendelsen. Pasient/pårørende skal i så fall tilbys mer informasjon om mulige tiltak på et senere tidspunkt, når årsaken til hendelsen er nærmere klarlagt.

Det er fortrinnsvis helsepersonellet som har vært involvert i hendelsen som kan gi den beste informasjonen om hendelsen. Dersom dette vurderes som vanskelig, kan en fast kontaktperson være et godt tiltak for å opprette god dialog og kommunikasjon.

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår nå en lovfesting av pasientens rett til møte med virksomheten etter en alvorlig hendelse (4). Formålet er åpenhet og dialog.

Kunnskap om rettigheter

Pasienter og pårørende har rett til informasjon og medvirkning både underveis i behandlingsforløpet og etter en alvorlig hendelse (5). De har også innsyns- og uttale-rett i våre tilsynssaker.

Mangelfull informasjon kan føre til at pasienter/pårørende ikke har god nok kunnskap til å ivareta rettighetene sine.

I flere tilsynssaker har vi sett at mange mener at de ikke har hatt god nok kunnskap

om hva de har krav på, og etterlyser informasjon om dette. Helseforetakene har en lovfestet plikt til å informere om selve skaden, adgangen til å søke erstatning, adgangen til å klage til tilsynsmyndigheten og å få vite hvilke tiltak som sykehuset har iverksatt for å hindre at noe lignende skal skje på nytt.

I noen saker har vi sett at det ikke er gitt god nok informasjon om dette fordi helseforetaket ikke ser at noe kunne vært gjort annerledes, eller at helseforetaket avventer å utrede hva som har skjedd fordi det er usikker på hvordan det skal håndtere saken. Det kan også være at helseforetaket vil vente og se hva tilsynsmyndigheten konkluderer med før det selv starter opp sin egen interne analyse. Vi forventer imidlertid at arbeid med egen analyse og internt kvalitetsarbeid pågår parallelt med at tilsynsmyndigheten undersøker saken.

Pasientinformasjon

Innhenting av informasjon etter en alvorlig hendelse bør skje så snart som mulig. Dette gjelder både når helseforetaket selv skal analysere den, og også når Undersøkelsesenheten har fått varsel om hendelsen. Det er viktig å være bevisst på hvilke kilder det hentes informasjon fra. Svikt i denne fasen kan gjøre det vanskeligere å finne svar på hva som gikk galt.

Når helseforetaket etter en alvorlig hendelse skal forsøke å finne ut hva som gikk galt, mulige årsaker til dette og ikke minst iverksette tiltak for å unngå at det skjer på nytt, bør hendelsen belyses fra flere sider. Kilder til informasjon kan være pasientjournalen, personell som var involvert eller deres ledere. Pasienter og pårørende har også ofte gjort sine observasjoner og tanker underveis i et behandlingsforløp. De sitter med nyttig informasjon som belyser hendelsen fra en annen side. I tillegg vil god involvering kunne gi grunnlag for et godt tillitsforhold. Vi oppfordrer derfor helseforetakene om å legge til rette for at pårørende kan få gi sin fremstilling av det som har skjedd, og at de også signaliserer at de ser på dette som en viktig kilde til læring og innsikt i hendelsen.

Toveiskommunikasjon

Mulighet til reell medvirkning forutsetter at det ikke er maktubalanse mellom partene, men at samhandlingen er reell. Dersom det ikke legges til rette for en åpen dialog, blir det også vanskelig å få til samhandling om

et ønsket mål. Det er rapportert om stadig bedre erfaringer med norske sykehus i PasOpp-rapport fra 2016 (6). I rapporten gjengis brukererfaringer fra pasienter under døgnopphold ved norske sykehus. Her gjengis blant annet hvilken skår pasienter gir sykehusenes samhandling (med for eksempel kommune), hvordan de opplevde pleiepersonalet, legene, ivaretagelse av de pårørende og utskrivningsrutiner. Det er kun indikatorene for samhandling og hvordan sykehusene ivaretar de pårørende som ikke er signifikant forbedret siden 2011.

Man kan stille spørsmål om hvorfor det ikke ble funnet noen forbedringer her, siden det har vært mye oppmerksomhet rundt både samhandling og pasient- og pårørendevolvering. Vi har dessuten flere lovbestemmelser som skal sikre det. Noen innvender at samhandling er mer tidkrevende. Det kan også være kommunikasjons-hindringer som følge av svekkelser, språkvansker, alder eller rus. Selv om det tar mer tid å gi informasjon til noen pasientgrupper, er det likevel en plikt å gi tilpasset informasjon. Det er i slike tilfeller også viktig at de nærmeste pårørende gis informasjon, når taushetsplikt ikke hindrer dette. Ved språkvanskeligheter skal det benyttes tolk.

Som tilsynsmyndighet ser vi pasienter og pårørende som en viktig kilde til informasjon ved alvorlige hendelser i helseforetak. Deres opplevelse av forløpet, og ikke minst hvordan de opplever at de har blitt møtt av helsevesenet, gir informasjon som vi kan lære av. De vi snakker med, sier ofte «Vi vil gi

vår versjon av det som har hendt, for at andre kan lære noe av det». Dette er også nyttig informasjon for helseforetaket. I noen tilfeller uttaler helseforetaket at de har et inntrykk av at pasient/pårørende etter en alvorlig hendelse trenger ro. Det kan være vanskelig å forholde seg til noen som er i sjokk eller opplever sorg eller sinne. Ønske om å få ro etter hendelsen skal det selvfølgelig tas hensyn til, det er ikke slik at det skal innhentes informasjon for enhver pris. Likevel har vi inntrykk av at de aller fleste pasienter/pårørende både søker informasjon om det som har skjedd, og vil formidle sin opplevelse av hendelsen.

Pårørende – en ressurs og bidragsyter

Noen tilsynssaker handler om pasienter med sammensatte lidelser (rus, psykiatri, behov for rehabilitering). I slike tilfeller er pårørende en ressurs, men de kan også oppleve omsorgsoppgaver som tyngende.

Pårørende ønsker i de fleste tilfeller å bidra til å gi god og helhetlig informasjon om pasienten. Dette kan være i form av observasjoner av funksjonsnivå, medisinering/bivirkninger og annet. Mange svært syke pasienter ser pårørende som en ekstra sikkerhet og ønsker at de tas med i et slikt samarbeid. Dette forutsetter at det legges til rette for en god informasjonsflyt og at de pårørende inkluderes og får relevant informasjon om helsehjelpen. Det kan være mange årsaker til at dette likevel ikke gjøres. Noen ganger er det ikke praktisk eller rettslig mulig å få det til. Dessverre ser vi noen

ganger at mangelfull involvering skyldes en misforstått taushetsplikt, tidspress eller frykt for merarbeid. I noen tilsynssaker har vi derfor stilt spørsmål til virksomheten om hvordan de faktisk sikrer at det gis nødvendig informasjon om for eksempel medikamentbehandling og hvilke symptomer/bivirkninger pårørende bør være spesielt oppmerksomme på. Selv om det er de helsefaglige ansvarlige som har det medisinske ansvaret for behandlingen, kan pårørende også bidra til at uønskede forløp eller følger av dette unngås.

Helsedirektoratet har nylig utdypet gjeldende regelverk i sin oppdaterte veileder (7). Veilederen beskriver pårørendes rettigheter og helse- og omsorgstjenestens plikter og gir anbefalinger om god praksis. Alle pårørendegrupper omfattes, uavhengig av pasientens eller brukerens diagnose. Den inkluderer eldre, voksne, ungdom og barn som pårørende.

Forankring i ledelsen

Ledere i helsetjenesten har allerede en stor mengde lovpålagte oppgaver. Det krever både tid og god planlegging å etablere gode rutiner for informasjon og medvirkning. Imidlertid vil dette på lang sikt være en investering i både et godt tillitsforhold, samtidig som det kan gis bedre kvalitet på tjenestene som ytes.

Mottatt 13.9.2017, første revisjon innsendt 12.10.2017, godkjent 20.11.2017.

INGER PEDERSEN

inger.pedersen@helsetilsynet.no
(f. 1967) er jurist/advokat, ansatt som seniorrådgiver i Undersøkelsenheten, Statens helsetilsyn.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BRYNHILD BRAUT

(f. 1964) er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Hun er avdelingsdirektør i Undersøkelsenheten i Statens helsetilsyn.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- LOV-1999-07-02-61. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Kapittel 3. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3 (20.11.2017).
- FOR-2016-10-28-1250. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=forskrift%20om%20ledelse%20og%20kvalitetsforbedring) (12.10.2017).
- Pasienters, brukeres og nærmeste pårørendes rett til informasjon ved skade eller alvorlige komplikasjoner. Veileder IS-2213. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/978/Pasienters-brukeres-og-nermeste-parorendes-rett-til-informasjon-ved-skade-eller-alvorlige-komplikasjoner-IS-2213.pdf> (12.10.2017).
- Prop. 150 L (2016–2017). Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.v. (helsetilsynsloven). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-150-l-20162017/id2556944/> (12.10.2017).
- LOV-1999-07-02-63. Pasient- og brukerrettighetsloven. Kapittel 3. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3 (12.10.2017).
- Pasienterfaringer med norske sykehus i 2015. PasOpp-rapport 2016:147. <https://www.fhi.no/publ/2016/pasienterfaringer-med-norske-sykehus-i-2015.-resultater-etter-en-nasjonal-u/> (12.10.2017).
- Pårørendeveileder. Veileder IS-2587. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/parorendeveileder> (12.10.2017).

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.

NYTT OM LEGEMIDLER

Esmya utredes på grunn av risiko for leverskade

Esmya (ulipristal) brukes til behandling av moderate til alvorlige symptomer på uterusmyomer (muskelknuter i livmoren). På bakgrunn av fem rapporterte tilfeller av alvorlig leverskade hos pasienter, der ett var fatalt, har europeiske legemiddelmyndigheter satt i gang en grundig utredning (1). I noen av tilfellene tok pasientene også andre legemidler eller hadde tidligere leverproblemer. Gjennomgangen skal vurdere hvorvidt de rapporterte tilfellene av leverskade kan ha sammenheng med bruken av Esmya. Utredningen forventes å være avsluttet våren 2018.

Råd til leger:

- Ikke start behandling med Esmya hos nye pasienter. Pasienter som har avsluttet det tre måneder lange behandlingsløpet skal ikke fortsette med Esmya.
- Hos pasienter som allerede er under behandling, bør leverfunksjonen måles minst én gang per måned samt 2–4 uker etter avsluttet behandling.
- Ved tegn eller symptomer på leverskade (kvalme, oppkast, smerter i øvre del av magen, nedsatt matlyst, slapphet, gulsott osv.), bør pasienten undersøkes umiddelbart og det bør tas leverfunksjonsprøver. Pasienter som utvikler transaminasenivåer > 2 ganger den øvre grensen for normalen bør avslutte behandlingen og observeres nøye.
- Be pasienten ta kontakt ved tegn og symptomer på leverskade som beskrevet ovenfor.

Omlag 1500 norske kvinner fikk resept på Esmya i 2016. Legemiddelverket har fått tilbakemeldinger fra leger som påpeker at anbefalingen om leverfunksjonstester kan være vanskelig å utføre i praksis, fordi det mangler oversikt over hvilke pasienter som bruker Esmya i Norge. Det er likevel Legemiddelverkets klare råd at leverfunksjonstester bør gjennomføres.

I tillegg ber vi leger:

- som møter pasienter på fastlegekontor, legevakt og i akuttmottak med symptomer som kan gi mistanke om hepatitt (leverbetennelse) om å spørre kvinner om de bruker Esmya.
- ha lav terskel for å henvise eller ta leverfunksjonstest hos kvinner som bruker Esmya dersom de har symptomer som kan gi mistanke om leverbivirkninger, også om symptomene er svake eller vage.

Et «Kjære helsepersonell»-brev er sendt til spesialister i obstetrikk og gynekologi, spesialister i hepatologi og gastroenterologi, fastleger, akuttmottak- og legevakt, norsk gynekologisk forening og alle apotek.

Valproat skal ikke brukes av kvinner i fertil alder

Bruk av valproat under svangerskapet er forbundet med høy risiko for medfødte misdannelser og kognitive utviklingsforstyrrelser hos barnet (2,3). Tidligere risikominimeringstiltak for å begrense bruken hos fertile kvinner har vist seg å ikke være tilstrekkelig. Europeiske legemiddelmyndigheter skjerper derfor nå kravene for å forhindre skader hos barn som følge av bruk under svangerskapet (4).

Valproat er kontraindisert ved graviditet. Valproat skal ikke forskrives til fertile kvinner med mindre de følger et strengt graviditetsforebyggende program. Leger som forskriver valproat må sette seg godt inn i det graviditetsforebyggende programmet som er beskrevet i preparatomtalen (5).

I Norge brukes valproat til behandling av epilepsi og ved maniske episoder av bipolar lidelse når litium er kontraindisert, eller hvis pasienten ikke tåler litium. I følge Reseptregisteret var det i Norge omlag 2800 kvinner i fertil alder som brukte valproat i 2016.



Plaquenil i T. nr. 3/18 - rettelse

I utgave nr. 3 av «Nytt om legemidler» minnet vi om risikoen for retinopati/toksisk skade av retina ved langtidsbehandling med Plaquenil (hydrokysylorokinsulfat). Bakgrunnen for at vi løftet frem saken var en henvendelse og bivirkningsmelding fra en lege som har hatt pasienter til behandling med skader, som viser hvor viktig oppfølgingen er.

Rådene til leger var basert på legemidlets preparatomtale og ikke Øyelegeforeningens behandlingsretningslinjer (6,7). Vi beklager den forvirringen det har skapt. Dette gjelder særlig rådet om kontrollhyppighet:

Pasienten bør senere kontrolleres minst to ganger i året. Et opphold i behandlingen på to - tre måneder per år nedsetter komplikasjonsrisikoen.

Vi ønsker å presisere at dette rådet er fra preparatomtalen.

Referanser:

1. www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Referrals_document/Esmya_20/Under_evaluation/WC500243545.pdf (2018-02-14)
2. Tomson T, Battino D, Bonizzoni E, Craig J, Lindhout D, Perucca E, Sabers A, Thomas SV, Vajda F; EURAP Study Group. Dose-dependent teratogenicity of valproate in mono- and polytherapy: an observational study. *Neurology*. 2015 Sep 8;85(10):866-72.
3. Meador KJ, Baker GA, Browning N, et al. for the NEAD Study Group. Cognitive function at 3 years of age after fetal exposure to antiepileptic drugs. *N Engl J Med*. 2009; 360(16): 1597–16054.
4. www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2018/02/news_detail_002903.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1 (2018-02-15)
5. www.legemiddelsok.no/sider/default.aspx?searchquery=valproat&f=Han;Mtl;Vir;ATC;Var;Mar;Mid;Avr;gen;par;&pane=0
6. <http://legeforingen.no/Fagmed/Norsk-oftalmologisk-forening/> (2018-02-15)
7. www.legemiddelsok.no/_layouts/15/Preparatomtaler/SpC/0000-04266.pdf (2018-02-15).

Bare halvparten av nye, godkjente kreftlegemidler har dokumentert effekt



Produksjon av kreftmedisiner. Illustrasjonsfoto: DPA/RolfVennenbernd/NTB scanpix

Av 68 legemidler godkjent av de europeiske legemyndighetene hadde kun halvparten dokumentert effekt på pasienters overlevelse eller livskvalitet. Det viser en ny studie.

I en studie som nylig er publisert i tidsskriftet *BMJ*, undersøkte forskere om legemidler som var blitt godkjent av de europeiske legemiddelmyndighetene (EMA), hadde dokumentert effekt på pasienters overlevelse eller livskvalitet (1).

I perioden 2009–13 ble 48 kreftlegemidler med til sammen 68 ulike indikasjoner godkjent, hvorav 17 hadde indikasjon hematologisk kreftsykdom og 51 solide svulster. Hver tiende indikasjon ble godkjent kun på bakgrunn av én enarmet studie. På godkjenningstidspunktet var det dokumentasjon for økt overlevelse for kun en tredel av indikasjonene (studiene som viste økt overlevel-

se varierte fra én til 5,8 måneder, median 2,7 måneder). Av de resterende 44 indikasjonene var det dokumentasjon for økt overlevelse i kun tre og økt livskvalitet for fem, selv etter at legemidlene kom på markedet.

Samlet var det ved halvparten av de 68 godkjente indikasjonene økt pasientoverlevelse eller signifikant bedret livskvalitet etter median 5,4 års oppfølgingstid. Kun to av de 26 legemidlene som økte pasientoverlevelsen, økte også pasientenes livskvalitet.

– Denne studien viser at det er mangelfull dokumentasjon av effekt på pasientoverlevelse og livskvalitet for en stor andel av bruksområdene for 48 kreftlegemidler som er blitt godkjent av europeiske legemiddelmyndigheter, sier Jan Frich, professor ved Universitetet i Oslo. – Det er interessant at det fortsatt mangler dokumentasjon for den kliniske nytten av legemidlene for over halvparten av indikasjonene, flere år etter at et nytt produkt er godkjent og kommet på markedet.

– Ny behandling kan ikke bare være ny, mener Frich.

– Den må også ha reell betydning for pasienter, og den må være kostnadseffektiv. Derfor må det gjennomføres gode metodevurderinger ved innføring av ny teknologi i helsevesenet. Vi trenger klinisk effektforskning og fase IV-studier etter at ny medisinsk teknologi er innført.

KETIL SLAGSTAD TIDSSKRIFTET

LITTERATUR

- 1 Davis C, Naci H, Gurpinar E et al. Availability of evidence of benefits on overall survival and quality of life of cancer drugs approved by European Medicines Agency: retrospective cohort study of drug approvals 2009-13. *BMJ* 2017; 359: j4530.

Pacemaker ingen hindring for MR

MR-undersøkelser gir sjelden komplikasjoner hos pasienter med pacemaker eller defibrillatorer.

Elektromedisinske implantater påvirkes av magnetfelt. En del pasienter har i de senere årene fått implantert MR-tilpassede pacemaker eller defibrillatorer. Tradisjonell pacemaker eller defibrillator har inntil nylig vært en kontraindikasjon for MR-undersøkelse.

I en studie, som nylig er publisert i *New England Journal of Medicine*, ble om lag 1 500 pasienter med tradisjonelle, ikke-spesialtilpassede pacemaker eller defibrillatorer undersøkt med MR (1). Pasientenes pacemaker/defibrillator ble omprogrammert før, og reprogrammert etter, MR-undersøkelsene. Undersøkelsene ble ellers gjennomført med vanlige innstillinger.

Ingen av pasientene fikk varige kliniske komplikasjoner. Ni pasienter (0,6 %) måtte avbryte MR-undersøkelsen på grunn av problemer med pacemaker eller defibrillator, hvorav én måtte ha ny defibrillator i etterkant av undersøkelsen.

– Disse funnene er helt i tråd med tidligere studier og tyder på at de fleste pasientene med pacemaker eller defibrillator tåler MR-undersøkelse godt, sier Einar Hopp, seksjonsleder og overlege ved Klinikk for radiologi og nukleærmedisin, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

– Styrken ved denne studien, i motsetning til en nesten like stor studie publisert i 2017 (2), er at den også omfatter MR-undersøkelser av brystkassen, sier Hopp, som peker på at det fortsatt finnes pasientgrupper som ikke er studert, inkludert pasienter med løse eller epikardielle elektroder og pasienter med samtidig pacemaker og defibrillator.

Hopp er forbauset over at forfatterne valgte å gjennomføre alle undersøkelsene etter vanlig MR-protokoll, altså uten tilpas-



MR-undersøkelse. Illustrasjonsfoto: JohnnyGreigiStock

ning av energiabsorpsjon og samlet undersøkelsestid. Han understreker at MR-undersøkelser, uavhengig av MR-innstillinger, må gjennomføres av trent personell og under nøye overvåkning.

JON MAGNUS HAGA TIDSSKRIFTET

LITTERATUR

- 1 Nazarian S, Hansford R, Rahsepar AA et al. Safety of magnetic resonance imaging in patients with cardiac devices. *N Engl J Med* 2017; 377: 2555–64.
- 2 Russo RJ, Costa HS, Silva PD et al. Assessing the risks associated with MRI in patients with a pacemaker or defibrillator. *N Engl J Med* 2017; 376: 755–64.

Kan omega-3-fettsyrer fremme øyesykdom?

Et fettsyrederivat øker plasmalekkasjen fra retina hos mus med diabetisk retinopati, men lekkasjen dempes av en enzymhemmer.

Vi er vant til å tenke på omega-3-fettsyrer som viktige komponenter i kostholdet. Slike fettsyrer kan bl.a. redusere blodplateaggregasjon og dermed forekomsten av blodpropp, og gi opphav til derivater som demper kronisk inflammasjon. Nå viser en ny studie at derivatet 19,20-dihydroksydokosapentaensyre (DHDP-syre) kan være en mediator i utviklingen av diabetisk retinopati, som er en viktig årsak til blindhet hos voksne (1).

Konsentrasjonen av DHDP-syre, og enzymet som danner DHDP-syre, var høyt i øyene til pasienter med ikke-proliferativ, tidlig diabetisk retinopati. I mus med spontant utviklet diabetisk retinopati fant man at plasmalekkasjen ut i retina skyldtes oppløsning av «lipidflåter» som inneholdt N- og VE-kadheriner. Dette er adheransmolekyler som holder endotelceller sammen med andre endotelceller og pericytter. Når disse «flåtene» brytes opp av DHDP-syre og cellene faller fra hverandre, øker kapillærpermeabiliteten, slik at plasma lekker ut. En hemmer av enzymet som danner sluttstadiet av DHDP-syre, reduserte adheranseendringene og plasmalekkasjen.

– Selv med god og moderne diabetesbehandling og injeksjoner og laserbehandling i øyet, vil fortsatt en del diabetespasienter utvikle synstruende retinopati, sier Kåre I. Birkeland, som er professor ved Institutt for klinisk medisin ved Universitetet i Oslo og overlege ved Oslo universitetssykehus.

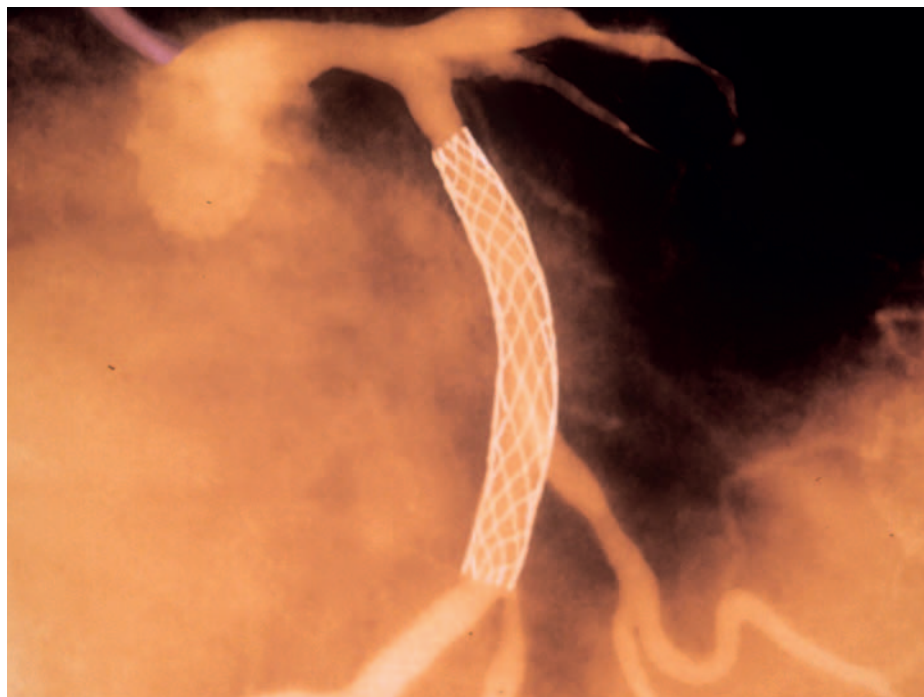
– Det har lenge vært vanskelig å få til gode dyreeksperimentelle modeller relevante for human diabetesretinopati, men forskningsgruppen bak denne studien ser ut til å ha lykket med det. Det er spesielt gledelig at de foreslåtte mekanismene gir håp om utvikling av terapeutiske alternativer som kanskje kan bli tilgjengelige om ikke altfor lenge, sier Birkeland.

HAAKON B. BENESTAD
UNIVERSITETET I OSLO

LITTERATUR

- 1 Hu J, Dziubla S, Lin J et al. Inhibition of soluble epoxide hydrolase prevents diabetic retinopathy. *Nature* 2017; 552: 248–52.

Medisiner like bra som stent ved stabil angina



Farget angiogram av et snitt gjennom et hjerte som viser en stent implantert i en kranspulsåre for å behandle stenose (innsnevring). Illustrasjonsfoto: Science Photo Library/NTB scanpix

Perkutan koronar intervensjonsbehandling gir ingen tilleggsgevinst ved optimalisert medikamentell behandling av stabil angina, ifølge en ny studie.

I en studie, som nylig ble publisert i *The Lancet*, ble rundt 200 pasienter med stabil angina pectoris og minst 70 % stenose i ett koronarkar fulgt opp av kardiolog med 1–3 konsultasjoner i løpet av seks uker, der den medikamentelle behandlingen ble optimalisert (1). Pasientene ble så randomisert til enten perkutan koronar intervensjonsbehandling (PCI) med innsettelse av stent eller til narrebehandling uten innsetting av stent.

Pasientenes fysiske yteevne ble målt med standardiserte tester før behandlingen og seks uker etter. De som hadde fått PCI-behandling, holdt ut 28,4 sekunder lenger enn før behandling, mens de som ikke fikk innsett stent, holdt ut i 11,8 sekunder lenger.

Forskjellen mellom gruppene var imidlertid ikke statistisk signifikant. Selv om behandlingen ikke hadde effekt på symptomene, reduserte intervensjonsbehandlingen iske-mi. Dette ble vist ved stressekkokardiografi og intrakoronar trykkmåling.

– Dette er en interessant studie, og resultatene kommer helt sikkert til å bli diskutert i mange fora i tiden som kommer, sier Svein Rotevatn, overlege ved Hjereteavdelingen, Haukeland universitetssykehus.

– Noen forhold ved studien begrenser betydningen av funnene. For det første var det få pasienter i studien, og oppfølgings-tiden var kort, bare seks uker. For det andre viste intrakoronare trykkmålinger før intervensjonen at det ikke var tegn til iskemi hos ca. 30 % av pasientene, og slike pasienter skal etter gjeldende retningslinjer og vanlig praksis ikke få slik behandling. For det tredje viste livskvalitetsundersøkelsene at pasientene før intervensjon hadde få angina-anfall, anslagsvis kun én gang i måneden, sier Rotevatn.

ØYVIND STOPLE SIVERTSEN TIDSSKRIFTET

LITTERATUR

- 1 Al-Lamee R, Thompson D, Dehbi HM et al. Percutaneous coronary intervention in stable angina (ORBITA): a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet* 2018; 391: 31–40.

Biologiske markører ved brystkreft



SURA AZIZ
sura.aziz@uib.no
Foto: Anne Sissel Herdlevær

DISPUTAS

Sura Aziz disputerte for ph.d.-graden ved Universitetet i Bergen 27.6.2017. Tittelen på avhandlingen er *Biological and clinico-pathologic markers in breast cancer. With focus on histologic features, markers of proliferation and angiogenesis.*

Histologiske og biologiske markører knyttet til celledeling og angiogenese, vurdert i primærsulster og lymfeknutemetastaser, kan predikere aggressiviteten ved brystkreft.

Adjuvant behandling ved brystkreft gis på bakgrunn av morfologiske og biologiske markører i primærsulstene. Prognostisk betydning av slike karakteristika i metastaser er langt mindre kjent, selv om dette sannsynligvis er minst like relevant. Av histologiske trekk som særlig har vært diskutert i forhold til adjuvant behandling, kan nevnes grad av perinodal vekst av lymfeknutemetastaser, dvs. vekst av svulstvev utenfor kapselen til lymfeknuten. Retningslinjer for hvordan dette skal måles, har manglet. Grad av celledeling i lymfeknutemetastaser har også vært lite beskrevet. Angiogenese, dvs. danning av blodkar i svulster, har betydning for vekst og spredning, men det er mindre kjent om dette kan utnyttes i praksis.

I mitt doktorgradsarbeid er proliferasjons-

markører (mitosetall og Ki-67), angiogenesemarkører og andre histologiske karakteristika i brystkreftmetastaser, som ekstranodal vekst, blitt kartlagt og analysert med henblikk på prognostisk betydning. En populasjonsbasert brystkreftserie, som omfatter totalt 816 kvinner mellom 49–70 år, diagnostisert med primær brystkreft i Hordaland og Vestfold som en del av mammografiprogrammet i tidsrommet 1996–2009, ble benyttet.

Funnene indikerer at høyt mitosetall i lymfeknutemetastaser er assosiert med høyere risiko for tilbakefall og kan identifisere en undergruppe av pasienter hvor mer aggressiv adjuvant behandling kan vurderes. Perpendikulær diameter av ekstranodal vekst (> 3 mm) av metastaser i lymfeknuter er assosiert med forhøyet risiko for å få residiv. Fra februar 2017 er denne markøren inkludert i nasjonale retningslinjer og skal rapporteres av patologer som grunnlag for behandlingsvalg.

Avhandlingen viste også at forhøyet angiogenese i primærsulster og lymfeknutemetastaser har prognostisk betydning ved brystkreft, men den praktiske betydningen av disse funnene er ikke klarlagt.

Forbedret gjenoppliving av nyfødte i lavressursland



MONICA THALLINGER
thallingermonica@hotmail.com
Foto: Kristin Ellefsen, Universitetet i Oslo

DISPUTAS

Monica Thallinger disputerte for ph.d.-graden ved Universitetet i Oslo 27.10.2017. Tittelen på avhandlingen er *Newborn resuscitation in low-resource settings. Improved methods of bag-mask ventilation at birth.*

Ventilasjonsdata og fysiologisk respons er viktige kunnskaper ved gjenoppliving av nyfødte.

0,7 millioner nyfødte dør hvert år fordi de ikke trekker sin første pust. De aller fleste dør i fattige land hvor det er mangel på ressurser. Disse nyfødte kan reddes med enkle tiltak som rask stimulering og kortvarig, men effektiv bag-maske-ventilasjon. Effektiv bag-maske-ventilasjon er vanskelig, og god trening, sammen med enklere og bedre utstyr, må utvikles for å hjelpe helsepersonell med å redde disse barna.

I mitt doktorgradsarbeid sammenlignet vi bruk av standardutstyret man bruker i dag, med en ny, enklere og billigere bag-maske (Upright), ved gjenoppliving av nyfødte som ikke puster i Tanzania. Når tanzanianske og norske studenter prøvde utstyret på dukker,

ga Upright mer luft i lungene, mindre maskelekkasje og høyere luftveistrykk. De fleste studentene foretrakk Upright fremfor standardutstyret. Vi testet en prototype PEEP-ventil (positivt endeekspiratorisk trykk) fungerende uten tilkoblet luftstrøm. Studentene oppnådde akseptabelt PEEP-nivå med den nyutviklede PEEP-ventilen.

Ved klinisk bruk ga Upright mer puste-volum og høyere luftveistrykk. CO₂-nivået steg raskere i utpustet luft som tegn på bedre gjenoppliving enn med standardutstyret. Flere nyfødte som ble gjenopplivet med Upright, var friske etter 30 minutter, men forskjellen var liten og antallet nyfødte i studien for lite til å si noe sikkert.

Funnene dokumenterer sjeldne kliniske data ved gjenoppliving av nyfødte og er relevante både for lav- og høyressursland. Den nye Upright bag-masken kan trygt brukes ved gjenoppliving av nyfødte.

JARLE JORTVEIT

jarle.jortveit@sshf.no
Hjerteseksjonen
Medisinsk avdeling
Sørlandet sykehus Arendal

ANETE KALDAL

Hjerteseksjonen
Medisinsk avdeling
Sørlandet sykehus Arendal

SERENA TONSTAD

Seksjon for preventiv kardiologi
Avdeling for endokrinologi, sykkelig overvekt
og forebyggende medisin
Oslo universitetssykehus

Forekomst av diabetes før og etter første gangs koronarsykdom

BAKGRUNN

Diabetes er assosiert med koronarsykdom, og kardiovaskulær sykdom er viktigste dødsårsak hos mennesker med sykdommen. I denne studien har vi undersøkt forekomsten av kjent diabetes og ikke-erkjent diabetes hos pasienter ved første gangs hjerteinfarkt, perkutan koronar intervensjon eller koronar bypasskirurgi samt forekomsten av nye kardiovaskulære hendelser i inntil fem år etterpå.

MATERIALE OG METODE

Alle pasienter < 80 år uten tidligere kjent koronarsykdom innlagt ved Sørlandet sykehus Arendal i forbindelse med første gangs hjerteinfarkt, perkutan koronar intervensjon eller koronar bypasskirurgi i perioden 2007–16 ble fortløpende inkludert i studien og fulgt i inntil fem år (median oppfølgingstid tre år).

RESULTATER

Av totalt 1 259 inkluderte pasienter hadde 178 (14 %) kjent diabetes ved innleggelsestidspunktet og 49 (4 %) ikke-erkjent diabetes. I løpet av oppfølgingsperioden utviklet ytterligere 102 pasienter (8 %) diabetes. Omtrent halvparten av dem med diabetes hadde en HbA_{1c}-verdi $\leq 7\%$. Risikoen for utvikling av nye kardiovaskulære hendelser var høyere hos pasienter med diabetes enn hos pasienter uten diabetes (alders- og kjønnsjustert hasardratio 1,5; 95 % konfidensintervall: 1,1–2,1, $p = 0,005$).

FORTOLKNING

Studien viser at det er høy forekomst av diabetes hos pasienter med første gangs koronarsykdom og høy risiko for nye kardiovaskulære hendelser hos pasienter med diabetes. Regelmessig undersøkelse med tanke på utvikling av diabetes og god forebyggende behandling av pasienter med diabetes og koronarsykdom er viktig.

HOVEDBUDSKAP

Hver femte pasient med første gangs koronarsykdom hadde diabetes

Nesten halvparten av pasientene med diabetes og koronarsykdom nådde *ikke* behandlingsmålet for blodsukkernivå i løpet av oppfølgingsperioden

Pasienter med første gangs koronarsykdom og diabetes hadde høyere risiko for nye kardiovaskulære hendelser enn pasienter uten diabetes

Forekomsten av diabetes i Norge er estimert til 4,7 % (1). Man regner med at over 60 % av alle med type 2-diabetes utvikler kardiovaskulær sykdom, og slik sykdom er viktigste dødsårsak hos personer med diabetes (2–5). I 2013 ble kjent diabetesdiagnose registrert ved hele 19 % av alle hjerteinfarkter i Norge (6).

Type 2-diabetes kan være asymptomatisk hos voksne, og i om lag halvparten av tilfellene er sykdommen ikke diagnostisert (7). Personer med diabetes eller nedsatt glukose-

toleranse kan derfor gå ubehandlet i flere år, med betydelig risiko for å utvikle komplikasjoner.

Både ikke-erkjent diabetes og nedsatt glukosetoleranse er viktige risikofaktorer for utvikling av koronarsykdom (8, 9). Tidlig diagnose og god blodsukkerbehandling antas å kunne påvirke risikoen for å utvikle slik sykdom, selv om det ikke er entydig dokumentert at dette påvirker den kardiovaskulære prognosen (2).

I denne studien har vi undersøkt forekomsten av kjent diabetes og av ikke-erkjent diabetes, intensiteten i blodsukkernivåbehandlingen og utvikling av kardiovaskulære hendelser innen fem år hos pasienter < 80 år uten tidligere kjent koronarsykdom innlagt ved Sørlandet sykehus Arendal for akutt hjerteinfarkt (AMI), perkutan koronar intervensjon (PCI) eller etter koronar bypasskirurgi (CABG) i perioden 2007–16.

Materiale og metode

Pasienter < 80 år uten tidligere kjent koronarsykdom innlagt i Sørlandet sykehus Arendal i forbindelse med akutt hjerteinfarkt eller perkutan koronar intervensjon/ koronar bypasskirurgi og fulgt opp ved sykehusets preventive hjertepoliklinikk i perioden 2007–16 ble

fortløpende inkludert i studien. De ble fulgt i inntil fem år etter indekshendelsen (til død, til studieslutt 6.6.2017 eller til tidspunktet for manglende videre oppfølging).

Den preventive hjertepoliklinikken ved sykehuset var i denne perioden organisert som et sykepleierdrevet tiltak med individuelle pasientkonsultasjoner. Ved alle konsultasjoner ble blant annet høyde, vekt og blodtrykk målt, røyke- og kostholdsvaner ble kartlagt og ulike blodprøver kontrollert (bl.a. HbA_{1c}-verdi, fastende blodsukker, LDL-kolesterolnivå og kreatininnivå).

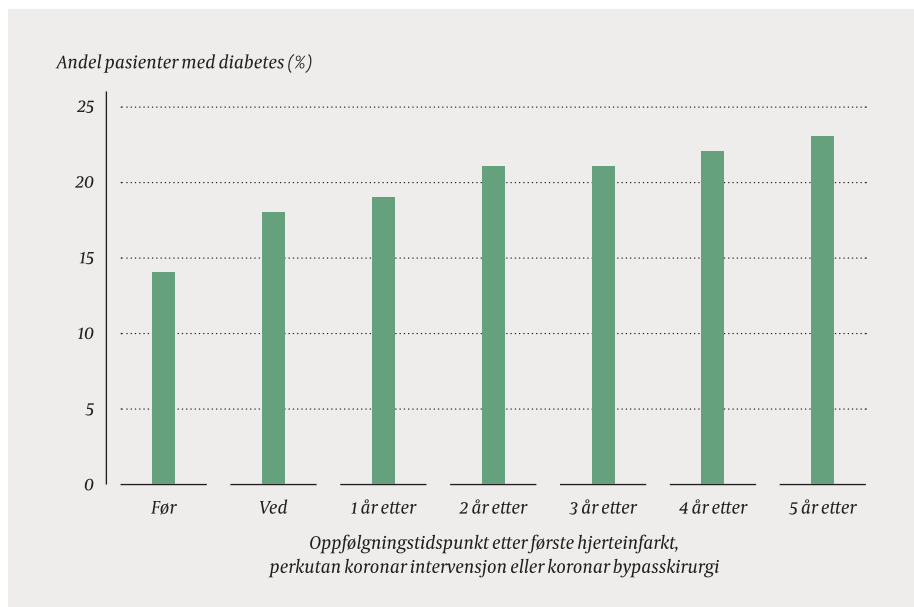
Behandlingen besto av livsstilsintervensjon (kostråd, røykesluttoppfølging og organisert treningstilbud) og medikamentell terapi av hypertensjon, hyperlipidemi og diabetes i henhold til gjeldende retningslinjer. Det var kardiolog tilgjengelig, og vedkommende ble konsultert ved behov. Alle pasientene fikk tilbud om oppfølging ved poliklinikken 2–3 uker etter akutt hjerteinfarkt, perkutan koronar intervensjon eller koronar bypasskirurgi, deretter hovedsakelig et tilbud om årlig oppfølging.

Sørlandet sykehus Arendal har regionfunksjon for invasiv kardiologi for Vest-Agder, Aust-Agder og Telemark. Pasienter fra Vest-Agder og Telemark fikk tilbud om oppfølging ved egne lokalsykehus og ble ikke inkludert i denne studien.

Tabell 1 Kliniske karakteristika hos pasienter uten diabetes, med kjent diabetes og med ikke-erkjent diabetes ved første hjerteinfarkt, perkutan koronar intervensjon eller koronar bypasskirurgi. Sørlandet sykehus Arendal 2007–16

	Pasienter uten diabetes		Pasienter med kjent diabetes		Pasienter med ikke-erkjent diabetes	
	n = 1 032		n = 178		n = 49	
Gjennomsnittsalder (år) (± SD)	62	10	63	9	61	10
Kvinner	248	24 %	49	28 %	10	20 %
Kardiovaskulær indekshendelse						
Hjerteinfarkt	588	57 %	64	36 %	21	43 %
Perkutan koronar intervensjon/koronar bypasskirurgi ¹	444	43 %	114	64 %	28	57 %
Median kroppsmasseindeks (kg/m ²) (nedre, øvre kvartil)	27	(25, 30)	29	(26, 33)	29	(26, 34)
Fastende plasma-glukose (mmol/l) (nedre, øvre kvartil)	5,8	(5,3, 6,4)	8,0	(6,5, 9,9)	6,7	(6,2, 8,0)
HbA _{1c} (%) (nedre, øvre kvartil)	5,7	(5,5, 5,9)	7,2	(6,5, 8,2)	6,8	(6,6, 7,0)
Statinbehandling	348	34 %	97	54 %	23	47 %
Dagligrøyking	298	29 %	40	22 %	19	39 %
Hypertensjonsbehandling	419	41 %	112	63 %	19	39 %

¹ Perkutan koronar intervensjon/koronar bypasskirurgi ble registrert i én kategori



Figur 1 Prosentandel pasienter ved Sørlandet sykehus Arendal i perioden 2007–16 med diagnostisert diabetes før, ved utskrivning og ved ulike oppfølgingstidspunkter etter første hjerteinfarkt, perkutan koronar intervensjon eller koronar bypasskirurgi. Prosentandelene er beregnet av den delen av studiepopulasjonen som nådde hvert oppfølgingstidspunkt

Alle pasientene ble registrert i et lokalt elektronisk studieregister. Registeret inneholdt blant annet opplysninger om kjønn, alder, tidligere sykdommer, koronar hendelse som medførte inklusjon, behandling, ulike biokjemiske verdier, blant annet HbA_{1c}-verdi, og eventuelle nye kardiovaskulære hendelser (død, akutt hjerteinfarkt, perkutan koronar intervensjon, koronar bypasskirurgi og cerebralt insult). Hjerteinfarkt ved indekshendelsen ble kategorisert som en egen kategori, men perkutan koronar intervensjon og innleggelse etter koronar bypasskirurgi ble registrert som én felles kategori. Alle registrerte data ble kvalitetssikret for logiske feil, blant annet ble unormalt lave eller unormalt høye verdier kontrollert mot pasientjournalen.

I henhold til Helsedirektoratets anbefaling fra 2016 i *Nasjonalt faglig retningslinje for diabetes* (10) har vi brukt en HbA_{1c}-verdi $\geq 6,5$ % som primært diagnostisk kriterium for diabetes i denne studien. Verdier over diagnostisk grense ble bekreftet i ny prøve før diagnosen diabetes ble stilt. Retningslinjen anbefaler en HbA_{1c}-verdi på omkring 7,0 % som behandlingsmål for de fleste med diabetes, men det er også rom for individuell tilpasning.

Kontinuerlige variabler er presentert som gjennomsnitt med standardavvik eller median (nedre, øvre kvartil). Samlet forekomst av nye kardiovaskulære hendelser er presentert med

Kaplan-Meier-kurver. Forskjeller mellom gruppene ble analysert med Cox' regresjonsanalyse og er presentert som alders- og kjønnsjustert hasardratio (HR) med 95 % konfidensintervall (KI). En p-verdi $< 0,05$ ble vurdert som statistisk signifikant. Data ble analysert i statistikkprogrammet Stata (versjon 14).

Studien ble godkjent av regional etisk komité, og alle pasientene ga skriftlig samtykke til deltagelse i studien.

Resultater

Forekomst av diabetes

I perioden 2007–16 fikk 2 050 pasienter < 80 år uten tidligere kjent koronarsykdom fra lokal sykehusområdet til Sørlandet sykehus Arendal tilbud om oppfølging og behandling ved preventiv hjertepoliklinikk etter innleggelse i forbindelse med første gangs akutt hjerteinfarkt, perkutan koronar intervensjon eller etter koronar bypasskirurgi.

Totalt 1 259 pasienter (61 %) benyttet seg av dette tilbudet. Av disse hadde 178 (14 %) kjent diabetes og 49 (4 %) ikke-erkjent diabetes ved innleggelsestidspunktet. Tabell 1 viser kliniske karakteristika ved innleggelsen hos pasientene. Andelen som utviklet diabetes ved ulike tidspunkter i oppfølgingstiden er presentert

i figur 1. I løpet av den samlede oppfølgingsperioden registrerte vi totalt 329 pasienter (26 %) med diabetes.

Intensitet i blodsukkerbehandlingen

HbA_{1c}-verdi ved indekshendelsen er presentert i tabell 1. Endring av HbA_{1c}-verdien i oppfølgingsperioden for dem som hadde kjent eller ikke tidligere erkjent diabetes ved indekshendelsen er fremstilt i figur 2.

Totalt 75 av pasientene med kjent diabetes (42 %) hadde en HbA_{1c}-verdi ≤ 7 % ved inklusjon. Ved siste oppfølging hadde 96 av dem med kjent diabetes (54 %) en tilsvarende verdi. Av de 49 pasientene med ikke-erkjent diabetes ved indekshendelsen hadde 34 (69 %) en HbA_{1c}-verdi ≤ 7 % ved siste oppfølgingsbesøk.

Nye kardiovaskulære hendelser

Pasientene ble fulgt i inntil fem år – median oppfølgingstid var 3,0 år (nedre kvartil 2,0 år, øvre kvartil 5,0 år). I alt 226 pasienter (18 %) trakk seg fra studien i løpet av oppfølgingstiden, hvorav de fleste (74 %) fordi de ikke ønsket videre oppfølging på sykehuset.

Totalt antall dødsfall, nytt hjerteinfarkt, ny PCI-prosedyre, koronar bypasskirurgi eller cerebralt insult er presentert i tabell 2. Pasienter med kjent diabetes ved første gangs koronarsykdom hadde signifikant flere nye kardiovaskulære hendelser enn pasienter uten diabetes (alders- og kjønnsjustert HR 1,5; 95 % KI: 1,1–2,1, $p = 0,005$) (fig 3). Vi fant ingen forskjell i nye kardiovaskulære hendelser mellom pasienter uten diabetes og pasienter med ikke-erkjent diabetes.

Diskusjon

Denne studien viser at det er en høy forekomst av diabetes (18 %) ved første gangs koronarsykdom (akutt hjerteinfarkt, perkutan koronar intervensjon, koronar bypasskirurgi), og at flere (8 %) utviklet diabetes i tiden etter en slik hendelse. Median HbA_{1c}-verdi hos dem med kjent diabetes var henholdsvis 7,2 % og 6,9 % ved første gangs koronarsykdom og etter fem år. Pasienter med kjent diabetes ved første gangs koronarsykdom hadde signifikant flere nye kardiovaskulære hendelser enn pasienter uten diabetes i løpet av oppfølgingsperioden.

Økt forekomst av diabetes hos pasienter med koronarsykdom er veldokumentert fra blant annet eldre studier som Framingham Heart Study (11) og Multiple Risk Factor Inter-

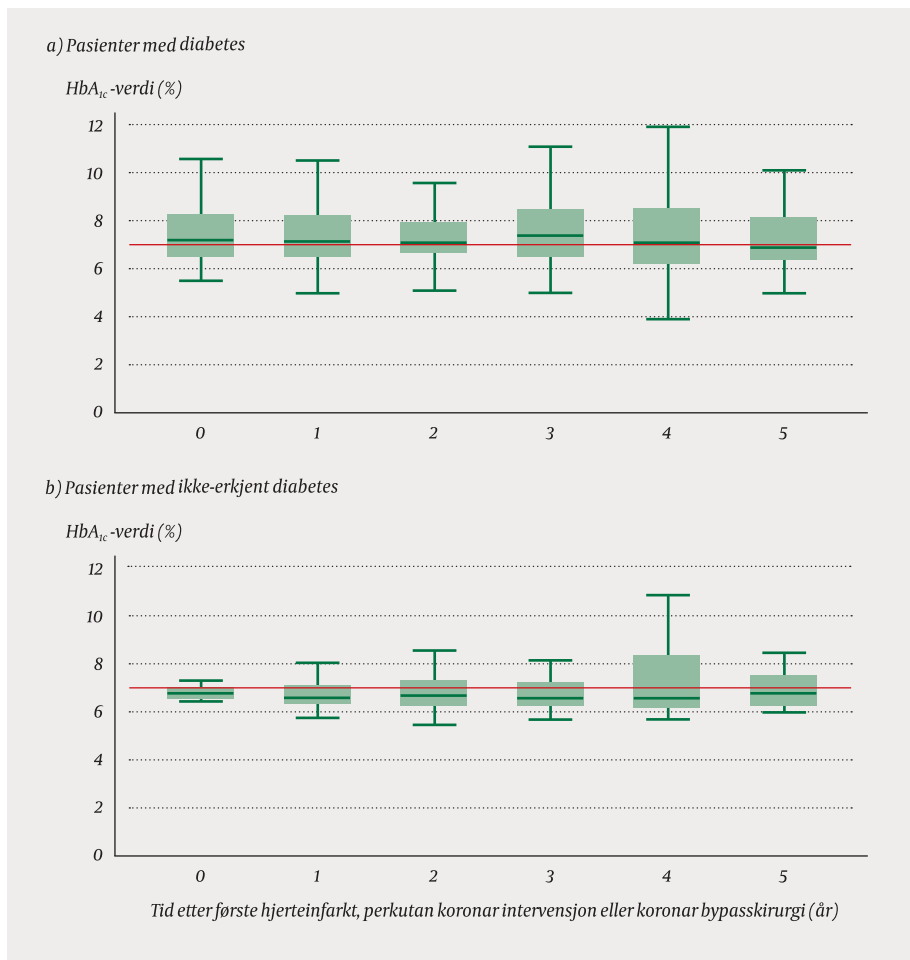
vention Trial (MRFIT) (12). Andelen pasienter med diabetes i denne studien (14–26 %) svarer også godt med andelen pasienter med diabetes registrert i Norsk hjerteinfarktregister (19 %) (6).

Flere som behandles for koronarsykdom har ikke-erkjent diabetes. Andelen var langt lavere i vår studie (4 %) enn i flere tidligere studier (13–15). Dette kan ha mange årsaker, blant annet at vi i denne studien kun undersøkte pasienter med første gangs koronarsykdom. Dessuten var det en del som ikke ønsket å delta.

Uansett understreker våre funn betydningen av at man rutinemessig undersøker alle pasienter med koronare hendelser for diabetes. HbA_{1c}-verdien skal registreres i Norsk hjerteinfarktregister, hvilket kan bidra til at flere med diabetes oppdages i forbindelse med akutt hjerteinfarkt. Oral glukosetoleransetest er i noen studier vist å ha prognostisk verdi og kan vurderes etter en akutt koronar hendelse, men anbefales ikke som fast rutine (13, 14, 16–18).

Mange utviklet diabetes i årene etter behandling av koronarsykdom. Regelmessig oppfølging med tanke på utvikling av denne sykdommen i tiden etter en koronar hendelse er derfor også viktig.

Sammenhengen mellom blodsukkerkontroll og utvikling av mikrovaskulære komplikasjoner er godt dokumentert (19–21), men betydningen av god blodsukkerkontroll på utvikling av makrovaskulær sykdom og kardiovaskulær langtidsprognose er ikke dokumentert i randomiserte studier. Epidemiologiske studier viser likevel en sterk korrelasjon mellom blodsukkernivå og kardiovaskulære hendelser (22).

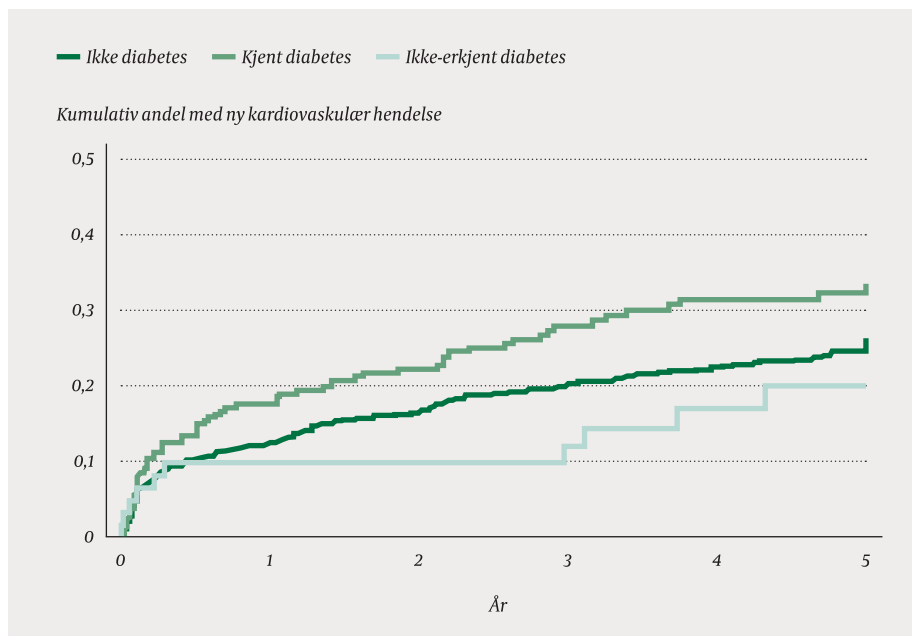


Figur 2 Utvikling av HbA_{1c}-verdi etter første hjerteinfarkt, perkutan koronar intervensjon eller koronar bypasskirurgi hos pasienter som ved indekshendelsen hadde a) kjent diabetes eller b) ikke-erkjent diabetes. Sørlandet sykehus Arendal 2007–16. Referanselinjen (rød) angir behandlingsmålet for HbA_{1c} (≤7,0 %)

Tabell 2 Nye kardiovaskulære hendelser hos pasienter uten diabetes, med kjent diabetes og med ikke-erkjent diabetes behandlet ved Sørlandet sykehus Arendal etter første hjerteinfarkt, perkutan koronar intervensjon eller koronar bypasskirurgi i perioden 2007–16. Median oppfølgingstid 3 år (nedre kvartil 2 år, øvre kvartil 5 år)

	Pasienter uten diabetes		Pasienter med kjent diabetes		Alders- og kjønnsjustert HR (95 % KI) ¹	Pasienter med ikke-erkjent diabetes		Alders- og kjønnsjustert HR (95 % KI) ¹
	n = 1 032		n = 178			n = 49		
Død	19	2 %	3	2 %	0,9 (0,3–2,9)	1	2 %	1,1 (0,1–8,0)
Hjerteinfarkt	30	3 %	7	4 %	1,4 (0,6–3,2)	2	4 %	1,2 (0,3–5,2)
Perkutan koronar intervensjon	163	16 %	37	21 %	1,4 (1,0–2,0)	6	12 %	0,7 (0,3–1,7)
Koronar bypasskirurgi	16	2 %	1	1 %	0,3 (0,0–2,2)	0	0 %	
Cerebralt insult	19	2 %	9	5 %	2,7 (1,2–6,0)	1	2 %	1,0 (0,1–7,4)

¹ Referanse: Pasienter uten diabetes



Figur 3 Ny kardiovaskulær hendelse (død, hjerteinfarkt, perkutan koronar intervensjon, koronar bypasskirurgi og cerebralt insult) hos pasienter uten diabetes, med diabetes og med ikke-erkjent diabetes etter første hjerteinfarkt, perkutan koronar intervensjon eller koronar bypasskirurgi. Sørlandet sykehus Arendal 2007–16

Dårlig oppnåelse av behandlingsmål ved diabetes er dokumentert fra mange europeiske land (23). I denne studien var pasientene relativt velbehandlet, med HbA_{1c} -verdier nær behandlingsmålet både ved indekshendelsen og gjennom hele studieperioden. Dersom en HbA_{1c} -verdi $\leq 7\%$ benyttes om behandlingsmål, var det likevel bare omtrent halvparten av pasientene som oppnådde dette.

Intensiv blodsukkerkontroll krever stor egeninnsats av pasientene. De må ha et bevisst forhold til aktivitet og kosthold, foreta hyppige blodsuktermålinger og være med på stadige justeringer av behandlingen. Intensiv blodsukkerkontroll er også forbundet med økt risiko for symptomgivende hypoglykemi og andre bivirkninger. Diabetesbehandling krever også innsats fra legen – behandlingen kan oppfattes som komplisert, med mange ulike tilgjengelige medikamenter og flere ulike regimer.

Vi mener at resultatene i denne studien støtter mer vektlegging av oppnåelse av behandlingsmål for blodsukkernivå hos pasienter med diabetes og koronarsykdom. Nylig publiserte behandlingsanbefalinger for diabetes fra Helsedirektoratet med klare råd om behandlingsvalg kan bidra til dette (10).

Hjertesykdom, spesielt koronarsykdom, er hovedårsak til sykelighet og død hos pasienter med diabetes (3–5). De har økt risiko for hjerteinfarkt og har ofte mer omfattende koronarsykdom, med flere involverte karsegmenter, enn de som ikke har diabetes (8, 24, 25). Vi fant i denne studien også flere kardiovaskulære hendelser hos pasienter med kjent diabetes enn hos dem uten. Forskjellen mellom gruppene besto hovedsakelig av flere PCI-prosedyrer og flere cerebrale insulter hos dem med diabetes.

Ved stabil koronarsykdom, flerkarssykdom og lav prosedyrerisiko anbefales koronar bypasskirurgi fremfor perkutan koronar intervensjon hos pasienter med diabetes (26), og valg av revaskulariserende behandling før inklusjon i denne studien kan ha hatt betydning for forekomsten av nye kardiovaskulære hendelser.

Vi fant ikke økt risiko hos dem med ikke-erkjent diabetes, men få pasienter, kortere tid med diabetes, lavere HbA_{1c} -nivå og kort oppfølgingstid kan være mulige forklaringer på dette. Den høye andelen pasienter med diabetes som fikk en ny kardiovaskulær hendelse innen fem år, understreker behovet for bedre oppfølging og behandling – også utover god

blodsukkerkontroll. Mange av disse hadde også andre risikofaktorer for koronarsykdom, som overvekt, røyking, ugunstig lipidprofil og hypertensjon. Etter vår oppfatning er derfor en multifaktoriell intervensjon med vekt på total risikoreduksjon svært viktig.

Røykeslutt er den mest effektive enkeltintervensjonen også hos pasienter med diabetes (27). Vektreduksjon, aggressiv lipidreduksjon og god blodtrykkskontroll er minst like viktig hos dem med diabetes som hos dem uten.

Denne studien omfattet et høyt antall pasienter og hadde lang oppfølgingstid, men det foreligger likevel flere svakheter. Studiens deskriptive design gjorde at vi ikke kunne demonstrere kausale sammenhenger mellom diabetes og nye kardiovaskulære hendelser eller mellom behandlingsintensitet ved diabetes og nye hendelser.

Studien omfattet kun pasienter ved ett sykehus, og behandlingstradisjon og -rutiner her kan ha hatt betydning for resultatene og forekomsten av nye kardiovaskulære hendelser. Den var også basert på frivillig deltagelse, og vi hadde ikke oversikt over de pasientene som av ulike grunner ikke ønsket å delta.

Siden oppfølgingen foregikk ved en sykehuspoliklinikk, forelå det sannsynligvis en geografisk og aldersmessig skjevfordeling. Vår erfaring er at pasienter som bor langt fra sykehuset heller ønsker oppfølging hos fastlegen, det gjelder også de eldste. Mange trakk seg også fra studien i løpet av studieperioden.

Behandling av øvrige kardiovaskulære risikofaktorer, som overvekt, hyperlipidemi, hypertensjon og røyking, ble ikke analysert, men flere av disse er assosiert med diabetes og bør neppe tolkes som uavhengige risikofaktorer. Vi hadde heller ikke detaljert oversikt over medikamentene som ble benyttet til blodsukkerregulering eller til annen forebyggende behandling.

Oppsummert viser denne studien fra et regionalt norsk sykehus fortsatt høy forekomst av diabetes hos pasienter med første gangs koronarsykdom, og fortsatt flere nye kardiovaskulære hendelser hos pasienter med diabetes enn hos pasienter uten diabetes. Etter vår oppfatning er derfor regelmessige undersøkelser med tanke på diabetes hos pasienter med koronarsykdom og fortsatt vekt på bedre behandling av pasienter med koronarsykdom og diabetes nødvendig.

Mottatt 18.6.2017, første revisjon innsendt 6.10.2017, godkjent 21.12.2017.

JARLE JORTVEIT

er ph.d., spesialist i indremedisin og i hjertesykdommer og seksjonsoverlege.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt honorar fra Astra Zeneca, Boehringer-Ingelheim og Pfizer.

ANETE KALDAL

er lege i spesialisering og ph.d.-kandidat.

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

SERENA TONSTAD

er overlege ved Avdeling for endokrinologi, sykkelig overvekt og forebyggende medisin, ved OUS.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt honorar fra Astra Zeneca, Boehringer-Ingelheim, Novo-Nordisk og MSD.

LITTERATUR

- Folkehelserapporten (nettutgaven). Helsetilstanden i Norge. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/> (18.12.2017).
- Rydén L, Grant PJ, Anker SD et al. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: the Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Eur Heart J* 2013; 34: 3035–87.
- Tancredi M, Rosengren A, Svensson AM et al. Excess Mortality among Persons with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2015; 373: 1720–32.
- Rao Kondapally Seshasai S, Kaptoge S, Thompson A et al. Diabetes mellitus, fasting glucose, and risk of cause-specific death. *N Engl J Med* 2011; 364: 829–41.
- Franco OH, Steyerberg EW, Hu FB et al. Associations of diabetes mellitus with total life expectancy and life expectancy with and without cardiovascular disease. *Arch Intern Med* 2007; 167: 1145–51.
- Jortveit J, Govatsmark RE, Digre TA et al. Hjerteinfarkt i Norge i 2013. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2014; 134: 1841–6.
- DECODE Study Group. Age- and sex-specific prevalences of diabetes and impaired glucose regulation in 13 European cohorts. *Diabetes Care* 2003; 26: 61–9.
- Haffner SM, Lehto S, Rönnemaa T et al. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. *N Engl J Med* 1998; 339: 229–34.
- Hu FB, Stampfer MJ, Haffner SM et al. Elevated risk of cardiovascular disease prior to clinical diagnosis of type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 1129–34.
- Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for diabetes. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes> (18.12.2017).
- Kannel WB, McGee DL. Diabetes and cardiovascular risk factors: the Framingham study. *Circulation* 1979; 59: 8–13.
- Stamler J, Vaccaro O, Neaton JD et al. Diabetes, other risk factors, and 12-yr cardiovascular mortality for men screened in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Diabetes Care* 1993; 16: 434–44.
- Norhammar A, Tenerz A, Nilsson G et al. Glucose metabolism in patients with acute myocardial infarction and no previous diagnosis of diabetes mellitus: a prospective study. *Lancet* 2002; 359: 2140–4.
- Andersen GO, Eritsland J, Aasheim A et al. Nedsatt glukosetoleranse hos pasienter med akutt hjerteinfarkt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 2264–7.
- Bartnik M, Rydén L, Ferrari R et al. The prevalence of abnormal glucose regulation in patients with coronary artery disease across Europe. The Euro Heart Survey on diabetes and the heart. *Eur Heart J* 2004; 25: 1880–90.
- Shahim B, De Bacquer D, De Backer G et al. The Prognostic Value of Fasting Plasma Glucose, Two-Hour Postload Glucose, and HbA1c in Patients With Coronary Artery Disease: A Report From EUROASPIRE IV: A Survey From the European Society of Cardiology. *Diabetes Care* 2017; 40: 1233–40.
- Gyberg V, De Bacquer D, Kotseva K et al. Screening for dysglycaemia in patients with coronary artery disease as reflected by fasting glucose, oral glucose tolerance test, and HbA1c: a report from EUROASPIRE IV—a survey from the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2015; 36: 1171–7.
- Knudsen EC, Seljeflot I, Abdelnoor M et al. Abnormal glucose regulation in patients with acute ST-elevation myocardial infarction - a cohort study on 224 patients. *Cardiovasc Diabetol* 2009; 8: 6.
- Nathan DM, Genuth S, Lachin J et al. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1993; 329: 977–86.
- UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998; 352: 837–53.
- UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *Lancet* 1998; 352: 854–65.
- Selvin E, Marinopoulos S, Berkenblit G et al. Meta-analysis: glycosylated hemoglobin and cardiovascular disease in diabetes mellitus. *Ann Intern Med* 2004; 141: 421–31.
- Kotseva K, Wood D, De Backer G et al. EUROASPIRE III. Management of cardiovascular risk factors in asymptomatic high-risk patients in general practice: cross-sectional survey in 12 European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010; 17: 530–40.
- Natali A, Vichi S, Landi P et al. Coronary atherosclerosis in Type II diabetes: angiographic findings and clinical outcome. *Diabetologia* 2000; 43: 632–41.
- Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364: 937–52.
- Windecker S, Kolh P, Alfonso F et al. 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) Developed with the special contribution of the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). *Eur Heart J* 2014; 35: 2541–619.
- Yudkin JS. How can we best prolong life? Benefits of coronary risk factor reduction in non-diabetic and diabetic subjects. *BMJ* 1993; 306: 1313–8.

INGVILD HARALDSTAD SKÅRDAL

ingvild.skardal@gmail.com
Sykehuset Innlandet Elverum

REIDUN FØRDE

Senter for medisinsk etikk
Universitetet i Oslo

Vedtak om å avstå fra gjenoppliving i sykehus

BAKGRUNN

Helsedirektoratet ga i 2009 ut veilederen *Beslutningsprosesser ved begrenning av livsforlengende behandling* (1). Man vet ikke om anbefalingene i veilederen følges i klinisk praksis. Formålet med studien var å undersøke beslutningsprosessen ved vedtak om å avstå fra gjenoppliving (HLR minus) og pasientgruppen der det er fattet et slikt vedtak.

MATERIALE OG METODE

Undersøkte pasienter var innlagt i medisinsk avdeling ved et lokalsykehus i 2012. Pasienter med et HLR minus-vedtak ble identifisert ved søk i «kritisk informasjon» i journalsystemet DIPS. Undersøkelsen ble gjort ved retrospektiv journalgjennomgang med oppfølgingstid på to år. Der samtykkekompetansen ikke var dokumentert i legejournalen, ble denne vurdert ut fra andre journalopplysninger.

RESULTATER

363 av 12 522 pasienter innlagt i 2012 var registrert med et vedtak om HLR minus. Gjennomsnittsalderen var 82,5 år. Sykehusmortaliteten var 37 %, og 30-dagersmortaliteten var 66 %. HLR minus-vedtaket var satt på bakgrunn av pasientens eget ønske hos 116 av 363 pasientene. 64 % av disse var kvinner. Samtykkekompetansen ble aldri eksplisitt dokumentert i legejournalen. 27 % av pasientene som ble vurdert som samtykkekompetente, ble ikke involvert i avgjørelsen.

FORTOLKNING

Pasienter med vedtak om HLR minus-vedtak kjennetegnes av høy alder, mortalitet og morbiditet. Tydeligere dokumentasjon av vurdert samtykkekompetanse samt bedre involvering av pasienten er nødvendig.

HOVEDBUDSKAP

Hos 363 av 12 522 pasienter innlagt i en medisinsk avdeling i 2012 var det fattet et vedtak om å avstå fra gjenoppliving (HLR minus)

Pasientgruppen var karakterisert ved høy alder, morbiditet og mortalitet

116 av 363 pasienter hadde vedtak om HLR minus på bakgrunn av eget ønske. I denne gruppen var det en signifikant høyere andel kvinner

Vurdering av pasientens samtykkekompetanse var aldri eksplisitt dokumentert i pasientjournalen

Moderne medisin og teknologi har åpnet for forlengelse av liv der dette tidligere var ansett umulig. I møte med pasienter i livets sluttfase står helsepersonell dermed overfor medisinsketiske utfordringer. I 2009 ga Helsedirektoratet ut veilederen *Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling*, senere omtalt som nasjonal veileder (1).

I den nasjonale veilederen stadfester man at «beslutninger om begrensning av livsforlengende behandling, inklusiv HLR minus, skal bygge på hva som ut fra en medisinsk og helsefaglig vurdering er forsvarlig og til pasientens beste, og hva pasienten selv ønsker». HLR er en forkortelse for hjerte-lunge-redning, og ved HLR minus er det vedtatt å avstå fra slik behandling. HLR minus skal besluttes av den behandlingsansvarlige legen.

Føringene i den nasjonale veilederen (1) har sitt grunnlag i lov som sier at HLR minus kan besluttes på to grunnlag: at en døende pasient etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9 (2) ikke ønsker gjenoppliving eller at gjenoppliving vurderes medisinsk nytteløst. Ellers vil hjerte-lunge-redning bli betraktet som nødvendig helsehjelp og gis uavhengig av om pasienten samtykker, jamfør helsepersonelloven § 7 (øyeblikkelig hjelp) (3).

Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasienten rett til å uttale seg om ønsker vedrørende behandlingsnivå. For medbestemmelse stilles det krav til pasientens samtykkekompetanse, og kravet avhenger av hva det samtykkes til.

Avgjørelser om manglende samtykkekompetanse skal være begrunnet skriftlig (2). Når pasienten vurderes «ikke samtykkekompetent», kan opplysninger fra pasientens pårørende om pasientens forhåndsønsker søkes.

Helsepersonell har klar informasjonsplikt overfor pasienten (4). Informasjonen skal tilpasses pasientens egne ønsker, behov og forutsetninger.

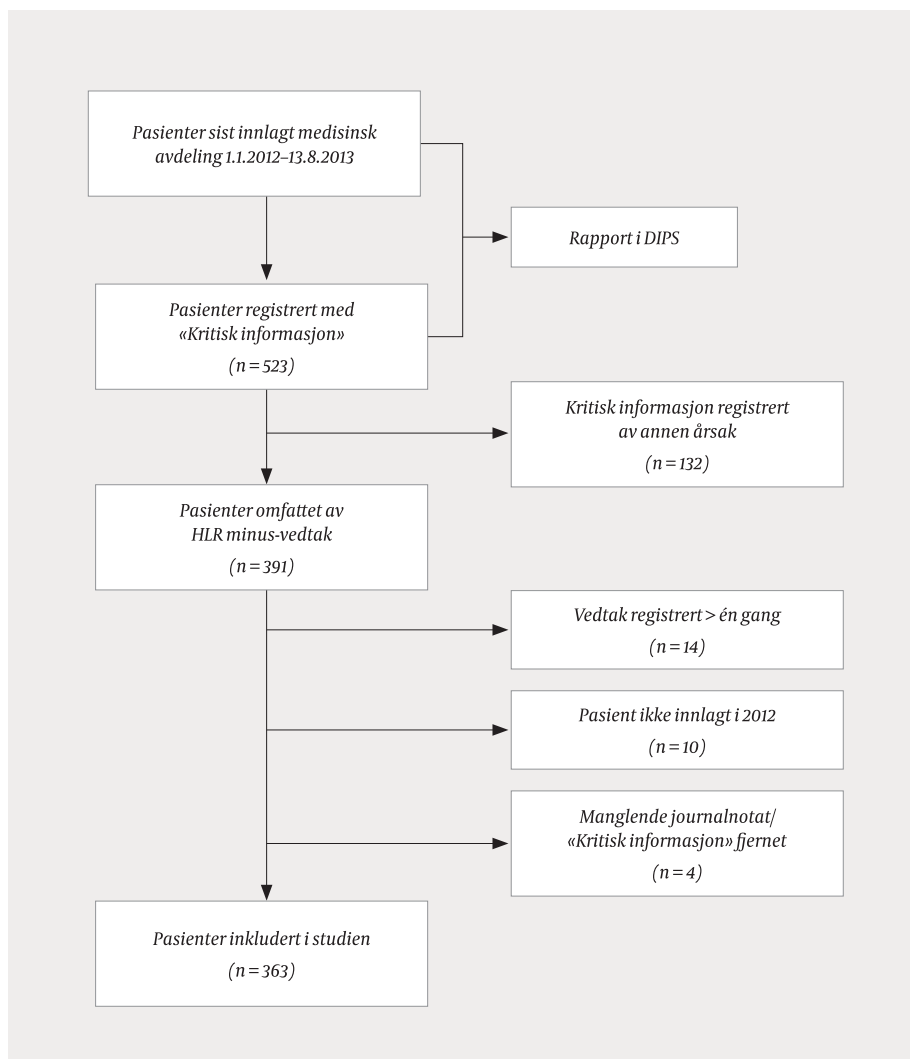
I den nasjonale veilederen gir man klare anbefalinger for journaldokumentasjon ved beslutninger om begrensning av livsforlengende behandling (1). Formålet med denne studien var å undersøke om disse anbefalingene følges ved vedtak om å avstå fra hjerte-lunge-redning, i tillegg til å identifisere faktorer som kjennetegner pasientgruppen hvor

det er fattet et slikt vedtak. Det ble undersøkt dokumentasjon av grunnlag for vedtaket, samtykkekompetansevurdering og involvering av pasienter og pårørende i beslutningsprosessen.

Materiale og metode

Studien ble gjennomført som et kvalitetssikringsprosjekt på en medisinsk avdeling ved et lokalsykehus med akuttfunksjon og nedslagsfelt på nærmere 200 000 pasienter. Avdelingen har anslagsvis 12 000 innleggelse i året.

Det ble gjennomført en retrospektiv journalgjennomgang av pasienter innlagt fra 1.1.2012 til 31.12.2012. For å identifisere pasien-



Figur 1 Inkluderte pasienter

Tabell 1 Sykehistorie hos pasienter med HLR minus-vedtak (n = 363)

Diagnoser under innleggelse	Antall (%)
Hjerte- og karlidelse	234 (64)
Infeksjon	198 (55)
Rytmeforstyrrelse	141 (39)
Lunge/Respirasjonssykdom	110 (30)
Annen sykdom	110 (30)
Malign sykdom	105 (29)
Nyresvikt	93 (26)
Kognitiv svikt/ Psykiatrisk lidelse	81 (22)
Nevrologisk lidelse	31 (9)
Hjerneslag	29 (8)

Tabell 2 Dokumenterte grunnlag for HLR minus-vedtak (n = 363). Flere grunnlag kan være oppgitt på én pasient

Grunnlag for HLR minus	Antall (%)
Eget ønske	116 (32)
Totalvurdering	67 (19)
Alder	66 (18)
Komorbiditet/ Multimorbiditet	62 (17)
Malign sykdom	54 (15)
Hjerte- og karlidelse	36 (10)
Lunge/Respirasjonslidelse	29 (8)
Kognitiv svikt/ Psykiatrisk sykdom	14 (4)
Ansett nytteløst	14 (4)
Nyresvikt	12 (3)
Infeksjon	8 (2)
Nevrologisk lidelse	4 (1)

ter oppført med vedtak om å avstå fra gjenoppliving ble det uthentet en rapport fra journalsystemet DIPPS, og gjennomført en undersøkelse basert på vedtak registrert i «kritisk informasjon». «Kritisk informasjon» er lett tilgjengelig informasjon om pasienten, og inkluderer blant annet informasjon om HLR minus, CAVE o.l.

I DIPPS registreres pasienter med dato «sist innlagt i avdeling». Undersøkelsen inkluderer pasienter sist innlagt i avdeling fra 1. januar 2012 til dato for uthenting av rapport, 13. au-

gust 2013. De inkluderte pasientenes journaler ble gjennomgått på nytt våren 2015 for å sikre en oppfølgingstid på minst to år.

523 pasienter var registrert med «kritisk informasjon» i kategoriene «HLR-status», «Ønsker ikke gjenoppliving», «Ønsker ikke respiratorbehandling» eller «Annet». Samtlige kategorier ble inkludert da vedtak om HLR minus ikke konsekvent ble registrert i én kategori. 132 pasienter ble ekskludert fra studien fordi kritisk informasjon ikke omhandlet vedtak om å avstå fra gjenoppliving. 28 pasienter ble ekskludert av andre grunner (fig 1).

I en forundersøkelse ble 25 pasientjournaler gjennomgått. Det fremgikk av forundersøkelsen at pasientens samtykkekompetanse aldri var eksplisitt dokumentert i journal. Dette ble diskutert med sykehusets forskningsgruppe, og angitt hovedårsak til dette var at samtykkekompetanse er «et vanskelig begrep» med «høye juridiske krav».

Anbefalingen fra forskningsgruppen var å studere beskrivelser av pasienten i journal for å vurdere pasientens samtykkekompetanse. Samtykkekompetansevurdering er gjennomført av førsteforfatter ut fra beskrivelser av pasientens mentale og somatiske tilstand i lege- og pleiejournal. I tvilstilfeller ble vurderingen diskutert med andreforfatter. Der hvor beskrivelsen av pasienten var mangelfull, ble samtykkekompetanse registrert som ukjent (n = 3).

I undersøkelsen ble demografiske data, diagnoser ved innleggelse, mortalitet, samtykkekompetansevurdering, dokumentert grunnlag for vedtak om å avstå fra gjenoppliving og involvering av pasienten og pårørende i beslutningsprosessen registrert på alle inkluderte pasienter.

Alle statistiske analyser er utført ved bruk av programvaren IBM SPSS Statistics, versjon 22. I undersøkelser av korrelasjon ble det gjort logistiske regresjonsanalyser for å undersøke signifikante sammenhenger. I bivariat logistisk regresjonsanalyse ble det stilt krav om $p < 0,1$ for inklusjon i multivariat logistisk regresjonsanalyse.

Tilråding fra personvernombudet for forskning og kvalitetssikring forelå før prosjektstart. Studien ble vurdert som ikke fremleggingspliktig for regional etisk komité på bakgrunn av status som kvalitetssikring.

Resultater

Av 12 522 innleggelser i medisinsk avdeling fra 1.1.2012 til 31.12.2012 var 363 pasienter registrert

med vedtak om å avstå fra gjenoppliving i «kritisk informasjon» (3 %). 5 350 av innleggelserne var innleggelse i dialyseavdeling og i medisinsk dagpost med utskrivning samme dag. Gjennomsnittlig alder var 83 år (34–100, median 85). 49 % (n = 178) av pasientene var menn. Gjennomsnittlig antall diagnoser registrert under innleggelsen var 3,2 (1–6), og bare 24 pasienter var registrert med kun én diagnose. Sykehistorie for de 363 inkluderte pasientene er oppsummert i tabell 1.

Sykehusmortalitet og 30-dagers mortalitet var henholdsvis 36,9 % og 66 %. 15,2 % var i live to år etter fattet vedtak. I en undergruppe av pasientene der malign lidelse var oppgitt som eneste grunnlag for vedtak om å avstå fra gjenoppliving (n = 35), var gjennomsnittlig alder 71 år (34–86, median 72).

Grunnlag for HLR minus-vedtak

Det oftest dokumenterte grunnlaget for HLR minus var at pasienten selv ikke ønsket gjenoppliving (n = 116), basert på opplysninger fra pasienten selv eller pårørende. Andre grunnlag for HLR minus var pasientens alder (n = 66), en totalvurdering av den medisinske situasjonen (n = 67), samt komorbiditet/multimorbiditet (n = 62). Malign sykdom (n = 54) og hjerte- og karlidelse (n = 36) var hyppigste medisinske grunnlag for vedtak. Hos noen pasienter var det flere dokumenterte grunnlag for HLR minus (tab 2). 208 pasienter hadde kun et dokumentert grunnlag (tab 3). Grunnlag var ikke dokumentert i 32 tilfeller.

I pasientgruppen der vedtak om å avstå fra gjenoppliving var fattet på bakgrunn av «eget ønske», var det en høyere andel kvinner, henholdsvis 63,8 % kvinner (n = 74) og 36,2 % menn (n = 42) (p = 0,001). I bivariat logistisk regresjonsanalyse ble alder, kjønn, antall komorbiditeter og samtlige diagnoser inkludert i analysen. Vi fant at alder og kvinnelig kjønn er forbundet med HLR minus på bakgrunn av «eget ønske» med oddsratio (OR) på henholdsvis 1,04 (p = 0,004) og 1,92 (p = 0,007).

Samtykkevurdering og involvering av pasienten

Samtykkekompetansen ble aldri eksplisitt dokumentert i pasientjournalen. 194/363 pasienter (53 %) ble vurdert samtykkekompetente ut fra journalopplysningene. I tre tilfeller ble samtykkekompetanse registrert som ukjent. Blant pasienter med vurdert samtykkekompetanse var 53 (27 %) ikke involvert i avgjørelsen om HLR minus. I 25 tilfeller (13 %)

ble pårørende involvert i stedet for pasienten, og hos 28 (14 %) ble verken pårørende eller pasienten involvert i beslutningsprosessen. I ni tilfeller var det ikke dokumentert i journal om pasienten eller pårørende var involvert.

Diskusjon

I denne studien undersøkte vi pasientgruppen hvor det er fattet vedtak om å avstå fra gjenoppliving. Vi fant at over 70 % av pasientene var over 80 år, og de fleste (93 %) hadde mer enn én diagnose. 36,9 % av pasientene døde under innleggelse, og 66 % i løpet av 30 dager. En gruppe på 15,2 % var i live to år etter vedtak. Hos 32 % av pasientene var vedtak om å avstå fra gjenoppliving besluttet på bakgrunn av pasientens eget ønske, og i denne gruppen var det signifikant flere kvinner.

Våre funn støtter en etablert oppfatning om pasientgruppen som eldre og multimorbid og samsvarer med tidligere undersøkelser. Til sammenligning viste en studie av pasienter ved en slagavdeling, hvor det var besluttet å avstå fra gjenoppliving (5), en sykehusmortalitet på 49 % (39/79).

I en gruppe yngre pasienter var malign lidelse eneste grunnlag for vedtak om å avstå fra gjenoppliving. I en metaanalyse av 42 studier hvor man omtalte overlevelse hos kreftpasienter etter gjennomgått gjenoppliving i sykehus (6), fant man at bare 6,2 % av pasientene (105/1707) overlevde til utskrivning. Det var stor spredning i overlevelseshraten blant subgrupper av pasientene, og man så en sterk korrelasjon mellom funksjonsstatus og overlevelse etter hjerte-lunge-redning.

Tilsvarende viste en oversiktsartikkel at utbredt, terapiresistent kreft med funksjonsnivå < WHO 2 eller pasientaktiveringsmål-skår (Patient Activation Measure, PAM) > 8 er vurdert ikke forenlig med overlevelse etter hjerte-lunge-redning (7). Dette er funn som vektlegger hvor viktig det er å diskutere hvorvidt hjerte-lunge-redning anses som hensiktsmessig og sannsynlig vellykket behandling i det enkelte tilfelle. Et tankevekkende funn fra vår undersøkelse var at over 15 % av pasientene var i live to år etter besluttet vedtak om å avstå fra gjenoppliving. Dette adresserer en viktig problemstilling – nemlig at et vedtak om HLR minus ikke er endelig, men må revideres jevnlig for å kunne anses gyldig.

Det hyppigste grunnlaget for vedtak om å avstå fra gjenoppliving var at pasienten selv ikke ønsket det, og majoriteten av disse var

kvinner. Det er tidligere ikke undersøkt kjønnsforskjeller ved begrensning av livsforlengende behandling besluttet på bakgrunn av pasientens ønske, og denne kjønnsforskjellen gjenstår ubegrunnet.

Begrunnelse for vedtak om å avstå fra gjenoppliving var i majoriteten av tilfellene dokumentert i legejournal i tillegg til registrering i «kritisk informasjon». Flere vedtak ble begrunnet med «en totalvurdering», og i 38 tilfeller var dette oppgitt som eneste grunnlag for vedtak. Her fremgår det ikke hva som danner faktisk grunnlag for denne totalvurderingen, og funnet kan indikere at begrunnelsen for vedtaket ikke var tilstrekkelig godt dokumentert i henhold til anbefalingene i den nasjonale veilederen (1).

Inntil sommeren 2014 var sykehusets lokale retningslinjer basert på rundskriv fra Statens helsetilsyn (8), som tillater bruk av «totalvurdering» som grunnlag for vedtak om å avstå fra gjenoppliving. Dette kan forklare hvorfor dette nokså hyppig ble oppgitt som eneste grunnlag for HLR minus. Rundskrivet ble erstattet av nasjonal veileder (1) i 2009.

Samtykkevurderinger ved beslutninger om HLR minus

Selv om samtykkekompetanse er et krav for pasientens medbestemmelsesrett, var samtykkekompetansen ikke klart dokumentert i legejournalen. Når det fattes vedtak om HLR minus på bakgrunn av eget ønske, er vurdering av samtykkekompetanse helt sentralt. Dokumentasjon av samtykkevurdering er derfor et viktig forbedringsområde i beslutningsprosessen omkring begrensning av livsforlengende behandling.

Involvering av pasienten i avgjørelser

Av 194 pasienter som ble vurdert samtykkekompetente, ble 53 ikke involvert i avgjørelsen om HLR minus. I en mindre gruppe (n = 25) ble pårørende involvert i stedet for pasienten. I en systematisk undersøkelse fant man at vegring mot å diskutere prognose og behandling i livets slutfase ble begrunnet med tidsmangel, frykt for å støte pasienten, usikkerhet i prognosevurderingen og ønsker fra pasientens pårørende (9).

I flere av studiene i oversikten konkluderer man med at diskusjon med pasienten om prognose og behandling i livets slutfase ikke øker angst, og at tilbakeholdelse av informasjon for pasienten kan ha negative konsekvenser.

Forhåndssamtaler (omtalt internasjonalt

Tabell 3 Dokumentert som eneste grunnlag for HLR minus-vedtak (n = 208)

Eneste grunnlag for HLR minus-vedtak	Antall (%)
Eget ønske	64 (31)
Totalvurdering	38 (18)
Malign sykdom	35 (17)
Komorbiditet/ Multimorbiditet	25 (12)
Lunge/Respirasjonslidelse	15 (7)
Alder	8 (4)
Ansett nytteløst	7 (3)
Hjerte- og karlidelse	6 (3)
Annet	10 (5)

som Advance Care Planning, ACP) er prosessen der man snakker med pasienter før aktuell sykdom for å kartlegge og diskutere pasientens egne preferanser, ønsker og verdier omkring behandlingsmål, spesielt behandling i livets slutfase (10). Målet med forhåndssamtaler er å sikre at pasientene får muligheten til å ytre eget ønske, før de blir ute av stand til å kommunisere eller mister sin samtykkekompetanse.

En systematisk oversikt viste at forhåndssamtaler bidrar til reduksjon i antall sykehusinnleggelser og intensivbehandling, og øker bruk av hospice og palliative behandlingsmetoder (11). I en undersøkelse gjort ved en geriatrisk avdeling i Norge konkluderer man med at de færreste opplever forhåndssamtaler som påtrengende eller belastende (12), og at flertallet (57/58) er positive til slike samtaler. Dette er viktige funn som illustrerer at dagens pasienter i høy grad vil involveres i egen helsehjelp, også ved beslutninger om begrensning av behandling. At tilnærmet en tredel av pasientene i vårt materiale selv ikke ønsket gjenoppliving, taler også for hyppigere involvering av pasienten i disse beslutningene.

Alvorlig syke og døende pasienter gjennomgår ulike faser og har ulike behov for informasjon og ulike ønsker for medvirkning (1). Om begrensning av livsforlengende behandling skal diskuteres med pasienten, må derfor vurderes av behandlingsansvarlig lege i det enkelte tilfelle. Det presiseres at grunnlag for HLR minus kan være at gjenoppliving vurderes medisinsk nytteløst, og i disse tilfellene er pasientens medbestemmelsesrett og involvering mindre aktuell.

Studiens bruksområde og begrensninger

I denne studien gjennomgikk vi journalen til 363 pasienter hvor det var fattet vedtak om å avstå fra gjenoppliving. Kun pasienter registrert med et vedtak i «kritisk informasjon» i journalsystemet ble inkludert i studien. Dette representerer en mulig feilkilde da enkelte vedtak kan ha blitt dokumentert i journal uten opprettelse av vedtak i «kritisk informasjon», men dette strider med sykehusets lokale retningslinjer.

Enkelte pasienter kan ha blitt involvert i avgjørelsen, men det er blitt bestemt at man vil forsøke gjenoppliving (HLR pluss). Disse er ikke inkludert i pasientmaterialet.

En annen feilkilde ved studien er at dataene er innsamlet retrospektivt. Det innebærer at det som ikke er dokumentert i journal, registreres som ikke gjennomført. Samtidig er man i nasjonal veileder (1) tydelig på at grunnlaget for beslutningene skal dokumenteres i journal.

Spesielt usikre er dataene som omhandler pasientens samtykkekompetanse, da denne ikke var klart dokumentert i legejournal, og derfor er vurdert indirekte basert på beskrivelser av pasienten. Sikkerheten i en slik vurdering vil avhenge sterkt av kvaliteten på journaldokumentasjonen. At tydelig samtykkekompetansevurdering er fraværende i journa-

ler der liv-død-beslutninger omtales, er likevel et viktig funn som adresserer et punkt for forbedring i prosessen ved beslutning om å avstå fra gjenoppliving.

Studien er gjennomført ved én medisinsk avdeling ved ett av landets sykehus, men sykehuset har i overkant av 12 000 innleggelser i året og behandler pasienter med de fleste indremedisinske problemstillinger. Vi har ingen holdepunkter for at dette sykehuset skiller seg fra andre av landets sykehus.

Artikkelen er basert på førsteforfatters prosjektoppgave i medisinstudiet ved Universitetet i Oslo.

Mottatt 6.2.2017, første revisjon innsendt 20.8.2017, godkjent 9.1.2018.

INGVILD HARALDSTAD SKÅRDAL

(f. 1990) er lege i spesialisering i pediatri.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

REIDUN FØRDE

(f. 1950) er lege og professor.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Helsedirektoratet. Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling. Oslo: Helsedirektoratet, 2013: 28. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/67/IS-2091-Beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling.pdf> (9.1.2018).
- LOV-1999-07-02-63. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), kapittel fire. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_4 (15.12.2016).
- LOV-1999-07-02-64. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), kapittel 2, paragraf 7. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#§7 (20.8.2017).
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), kapittel 3, paragraf 3-2. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3 (15.12.2016).
- Mjåset C, Gulbrandsen P, Rønning OM et al. Før og etter HLR minus-vedtak i en slagenhet. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2819–22.
- Reisfield GM, Wallace SK, Munsell MF et al. Survival in cancer patients undergoing in-hospital cardiopulmonary resuscitation: a meta-analysis. Resuscitation 2006; 71: 152–60.
- Kjørstad OJ, Haugen DF. Hjerte-lunge-redning til kreftpasienter i palliativ fase. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 417–21.
- Statens helsetilsyn. Forhåndsvurdering ved unnlatelse av å gi hjerte/lungeredning og journalføring av disse. IK-1/2002. Oslo: Statens helsetilsyn, 2002.
- Hancock K, Clayton JM, Parker SM et al. Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses: a systematic review. Palliat Med 2007; 21: 507–17.
- Detering K, Silveira MJ. Advance care planning and advance directives. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/advance-care-planning-and-advance-directives> (1.1.2017).
- Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. Palliat Med 2014; 28: 1000–25.
- Friis P, Førde R. Forhåndssamtaler med geriatrike pasienter. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 233–5.

ROBIN HOLTEDAHL

robi-hol@online.no
Husebybakken

Atraumatiske kneplager

BAKGRUNN

Knesmerter er blant de vanligste årsaker til konsultasjoner for muskel- og skjelettplager. Siktemålet med denne artikkelen er dels å gi en oversikt over de siste par tiårs forskning på atraumatiske og degenerativt betingede kneplager, dels å vurdere hvorvidt den sedvanlige praksis for utredning og behandling er i samsvar med denne forskningen.

KUNNSKAPSGRUNNLAG

Artikkelen er basert på et utvalg av engelskspråklige studier av atraumatiske og degenerative knelidelser funnet ved søk i Medline, manuelle søk i artiklenes litteraturlister og litteraturforslag fra Mendeley. Studier av gonartrose, degenerativ meniskskade og kneplagers psykososiale kontekst ble vektlagt.

RESULTATER

Det er ofte dårlig samsvar mellom bildediagnostiske funn og det kliniske bildet, og ekstraartikulært utgangspunkt kan lett overses. Symptomgivende gonartrose kan som regel diagnostiseres klinisk. Ved behov for bildediagnostikk er stående røntgenbilder førstevalget. MR-undersøkelse benyttes ofte ukritisk ved mistanke om artrose og meniskskade, men undersøkelsen gir sjelden klinisk nyttig informasjon. Aktivitetsbaserte behandlingsformer gir minst like gode resultater som artroskopisk kirurgi ved degenerative knelidelser og bør være førstevalget. Atraumatiske kneplager er ofte assosiert med psykososiale problemer, særlig der det er beskjedne kliniske og radiologiske funn.

FORTOLKNING

Mange pasienter med kneplager blir utsatt for utredninger og behandlinger som samsvarer dårlig med nyere forskningsresultater. Både pasient og samfunn vil være tjent med en mer kunnskapsbasert tilnærming.

HOVEDBUDSKAP

Atraumatiske knesmerter er kun i moderat grad assosiert med bildediagnostiske funn, og det gjøres for mange MR-undersøkelser

Degenerative meniskskader er vanligvis ikke assosiert med spesifikke symptomer eller funn

Knesmerter kan ha andre årsaker enn artrose eller meniskskade, inkludert bløtdelssmerter og smerter sekundært til underliggende psykososiale belastninger

Egenomsorg, aktivitetsbaserte intervensjoner og eventuell vekt-reduksjon er førstevalget. Artroskopi er sjelden indisert

Av alle muskel- og skjelettplager er kneplager blant de hyppigste. Flertallet av pasientene har en atraumatisk knelidelse (1). Smertereseptorer kan ikke påvises i leddbrusk, men er rikelig til stede i andre strukturer, inkludert leddbånd, synovium, subkondralt ben og omgivende bløtdeler. Erfaringsmessig vil det imidlertid ved atraumatiske knesmerter ofte være tvil om smertenens utgangspunkt, selv etter grundig utredning.

Plager som ofte ledsager knesmerter er stivhet, låsninger, kraftsvekkelse og ustabilitet. I en intervjuundersøkelse med personer over 20 år bosatt i Nord-Trøndelag oppga omtrent hver syvende kvinne og hver tiende mann å ha hatt knesmerter av minst tre måneders varighet i løpet av ett år (2). Det er visse holdpunkter for å anta at knesmerter rapporteres hyppigere enn tidligere, men dette er en tendens som gjelder muskel- og skjelettplager generelt (3, 4).

Radiologisk verifisert gonartrose tiltar i hyppighet med økende alder (5). Noen studier gir støtte for at også hyppigheten av knesmerter øker noe med alderen, men at kurven flater ut rundt 50 års alder (6–8). Selv om det er en vanlig antagelse at artrosesymptomer forverres over tid, fant man i en prospektiv studie med 1 753 pasienter med moderat gonartrose at disse hadde uendrede knesmerter over en seksårsperiode, til tross for radiologisk progrediering (9).

Som ved øvrige muskel- og skjelettplager

opp søker pasienter med kneplager som regel først allmennpraktikeren (6, 7). Et vanlig forløp er at fastlegen etter klinisk undersøkelse henviser pasienten til MR-undersøkelse av knærne og/eller til fysioterapeut. Ved MR-funn som indikerer en potensielt operabel tilstand, blir pasienten ofte henvist til ortoped og deretter i mange tilfeller artroskoperet.

Nyere forskning har reist tvil om berettigelsen av en snever biomekanisk forståelsesmodell ved vurdering av pasienter som har kneplager uten at det har vært noe åpenbart utløsende traume. Det hevdes at dagens praksis dels medfører overdiagnostikk som følge av feil- eller overfortolkning av normalvarianter, dels behandling som har tvilsom nytteverdi, er utgiftsdrivende og medfører risiko for iatrogen skade (10, 11). Figur 1 er en skjematisk fremstilling av utløsende og vedlikeholdende faktorer ved atraumatiske knesmerter med og uten degenerative forandringer.

Siktemålet med denne artikkelen er dels å gi en oversikt over nyere forskning om utredning og behandling av atraumatiske kneplager, dels å belyse i hvilken grad slike forskningsresultater har påvirket helsevesenets håndtering av denne store pasientgruppen.

Materiale og metode

Artikkelen er basert på utvalgte artikler fremkommet gjennom litteratursøk i Medline med søkeordene «knee AND (osteoarthritis* OR menisc*)» i tittel og sammendrag, i kombinasjon med «degenerative, psychol*, cognitive, radiogr*, MRI, arthrosc*, diagnos*». I tillegg ble artikler identifisert gjennom forslag fra referanseprogrammet Mendeley og ved manuelle søk i referanselister.

Søket ble avgrenset til engelskspråklige artikler om knelidelser uten relasjon til traume, septisk eller inflammatorisk artritt publisert i løpet av de siste 20 år. Det ble avsluttet i september 2017. 889 artikler ble identifisert, hvorav 141 oversiktsartikler. Artiklenes relevans ble skjønnsmessig vurdert ut fra tittel og sammendrag. Av de 889 artiklene ble 111 innhentet i fulltekst. 48 av disse ble inkludert, hvorav 18 oversiktsartikler.

Knesmerter og kognitive, psykiske og sosiale faktorer

Mens det etter hvert er blitt aksept for en biopsykososial forståelsesmodell ved kroniske muskel- og skjelettplager, blir kneplager som

regel betraktet som uttrykk for en rent biomekanisk dysfunksjon, gjerne som følge av langvarig eller uvant belastning (5).

Pasienter med knesyntomer er en heterogen gruppe, men i flere studier er det påvist betydelig psykisk komorbiditet ved kroniske kneplager. Noe paradoksalt er det at forekomsten av angst, depresjon, vanskelige sosiale kår, dårlig mestringsevne, somatisering og katastrofetenkning er høyest i gruppen med sparsomme kliniske og radiologiske funn (1, 12–15).

I en studie av funksjonstap hos pasienter med knesmerter og radiologisk verifisert artrose fant man ingen sammenheng med røntgenfunnene (osteofytter og redusert bruskhøyde), mens høy kroppsmasseindeks, opplevd hjelpeløshet, smerteintensitet og angst forklarte ca. 60 % av variansen (16).

I en studie ble en gruppe med betydelig gonartrose (Kellgren-Lawrence-grad 3–4), men lite smerter, sammenlignet med en gruppe med beskjeden gonartrose (KL-grad 1–2), men mye smerter. Den siste gruppen hadde økt følsomhet for sensoriske tester, tolket som uttrykk for sentral sensitisering (17).

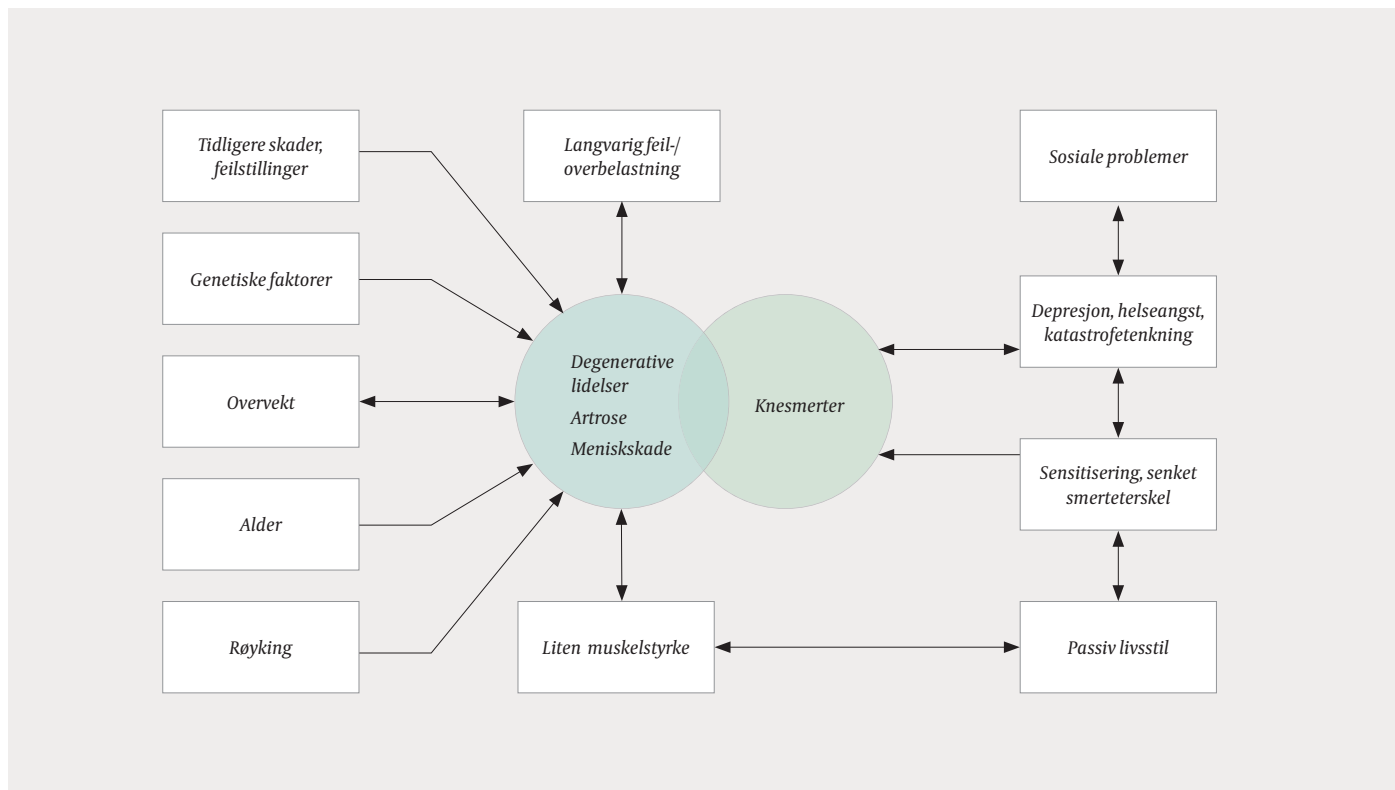
Etter kneprotesekirurgi er det et betydelig mindretall som oppgir vedvarende smerter ett år eller mer postoperativt. Denne gruppen kjennetegnes av høyere preoperativ forekomst av mentale problemer og katastrofetenkning (18, 19). Slike studier understreker at årsaksforholdene ved langvarige knesmerter kan være sammensatte og at behandlingen må ta hensyn til dette (fig 1).

Knesmerter og røntgenfunn

Ved typiske artrosesymptomer (belastningsmerter, kortvarig morgenstivhet), kliniske funn (bevegelsesinnskrenkning, krepitering, leddlinjeømheter) og risikofaktorer (overvekt, kvinnelig kjønn og alder > 40 år) kan artrosediagnosen oftest stilles uten supplerende bildediagnostikk (20).

Dersom slik utredning likevel gjøres, bør det tas stående røntgenbilder av begge knær i tre projeksjoner: sidebilder, frontbilder i semifleksjon og skylinebilder av patellofemoralledet (20). De klassiske funnene på røntgen av knær ved artrose er høyderedusert leddspalte, osteofytter, subkondral sklerose og subkondrale cyster (21).

Manglende samsvar mellom røntgenfunn og knesmerter har lenge vært beskrevet. I en systematisk oversiktsartikkel varierte forekomsten av røntgenologisk påvist gonartrose



Figur 1 Skjematisk fremstilling av utløsende og vedlikeholdende faktorer ved atraumatiske knesmerter med og uten degenerative forandringer. Faktorer assosiert med degenerative forandringer er gruppert til venstre, faktorer assosiert med kneplager uten slike forandringer er gruppert til høyre. Pilene markerer dominerende årsaksretninger. Mens degenerative knelidelser i hovedsak er assosiert med biologiske faktorer, er kognitive, psykiske og sosiale faktorer ofte mer relevante ved knesmerter uten påvisbar artropati

hos pasienter med knesmerter i forskjellige studier mellom 15 % og 76 %, mens andelen med knesmerter hos dem som fikk påvist artrose varierte mellom 15 % og 85 % (22).

Sammenhengen mellom røntgenfunn og knefunksjon er også dårlig dokumentert (16). Vektlegging av røntgenfunn på bekostning av klinisk undersøkelse kan medføre at man overser periartikulære lidelser som bursitt, tendinose, regionale myofascielle smertetilstander, overførte smerter fra proksimale strukturer og nevrogen hyperalgesi (23).

Magnettomografi ved knesmerter

I en studie med deltagere i aldersgruppen 50 år og oppover uten påvist artrose på røntgenbilder viste MR-undersøkelse minst ett patologisk funn hos opptil 97 % av dem med knesmerter og hos opptil 88 % av dem uten smerter (24). I en studie med tilfeldig utvalgte i samme aldersgruppe ble meniskskade påvist ved MR-undersøkelse hos 35 % og hos mer enn halvparten av dem over 70 år (25). I gruppen

med moderat til uttalt artrose på røntgenbilder (KI-grad 2–4) forelå det meniskskade hos 82 %. Imidlertid anga kun 39 % av dem med påvist meniskskade knesyntomer.

Den høye forekomsten og den sterke assosiasjonen mellom meniskskader og artrose medfører at MR-utredning sjelden får diagnostiske eller behandlingsmessige konsekvenser i aldersgruppen over 40 år, med mindre det er kliniske holdepunkter for mer alvorlig underliggende lidelse (26, 27).

Det ble i 2002 utført 95 MR-undersøkelser av kne per 10 000 innbyggere, noe som økte til 173 per 10 000 innbyggere i 2013 (28, 29). Økningen var kraftigst i aldersgruppen 50–59 år. Kneplager er nå den tredje hyppigste indikasjon for MR-undersøkelse i Norge etter hode og korsrygg. Fastlegene står for ca. 90 % av samtlige MR-henvisninger til private røntgeninstitutter (29).

I en gjennomgang i regi av Riksrevisjonen ble det vurdert at den omfattende bruken av MR-undersøkelser ved kneplager savner dokumentert nytteverdi, i tillegg er det uforklarlig store fylkesvise variasjoner (29). Også flertallet av norske radiologer anser at det

foreligger et overforbruk av MR-undersøkelser (29, 30). Det er rimelig å tro at dette i høy grad også gjelder MR-undersøkelse ved utredning av kneplager.

Dårlig begrunnede MR-undersøkelser virker fordyrende, kan medføre forventninger om henvisning til ortoped og bidra til sykeliggjøring (31). Adekvat klinisk undersøkelse, eventuelt supplert med stående røntgenbilder, vil som oftest være tilstrekkelig til å avklare årsaksforholdene for både pasient og lege.

Symptomer og funn ved meniskskade

Mekaniske symptomer som knepping, låsning og opphaking er tradisjonelt blitt ansett som klassiske symptomer på meniskskade med indikasjon for meniskkirurgi. Nyere studier reiser tvil om en slik tolkning. I en randomisert, placebokontrollert studie med pasienter med degenerativt betingede kneplager var forekomsten av mekaniske symptomer 49 % etter artroskopisk meniskreseksjon og 43 % i

placebogruppen (32). Det viste seg i en annen studie at preoperativt selvrappørterte smerter og nedsatt funksjon ikke hadde sammenheng med strukturelle patologiske forhold, inkludert degenerativ meniskskade, påvist ved etterfølgende artroskopi (33).

En positiv McMurrays test, en test der leggen roteres med samtidig ekstensjon av kneleddet, blir ofte ansett som ett av de mest pålitelige kliniske tegn på meniskskade. I kontrollerte studier er det imidlertid gjennomgående lav samstemthet mellom undersøkerne ved denne testen (34). Heller ikke nyere kliniske tester har vist seg å ha en spesifisitet som evner å skille meniskskader fra andre årsaker til kneplager på noen pålitelig måte (35, 36).

Knet er således tvilsomt om man gjennom påvisning av spesifikke symptomer eller kliniske funn kan skille ut meniskskader fra øvrige skader hos pasienter med degenerative knelidelser.

Artroskopi ved atraumatiske og degenerative knelidelser

Kneartroskopi er i løpet av de siste par tiår blitt den vanligste ortopediske prosedyren i land med tilgjengelige data, og denne økningen har vært særlig uttalt for middelaldrende og eldre pasienter, der degenerative knelidelser dominerer (37). Etter at to randomiserte studier viste at artroskopisk lavage og debridement av brusk og meniskvev ikke hadde noen påvisbar effekt ved gonartrose, har det i noen land vært rapportert nedgang i bruken av denne prosedyren.

Imidlertid er det i samme periode delvis

beskrevet økt bruk av artroskopisk meniskkirurgi (37). Siden 2002 er det gjort flere randomiserte, kontrollerte studier av dette inngrepet, både i Norge og i andre land. I flertallet av studiene har man ikke kunnet vise bedre effekt av artroskopi enn av trening i regi av fysioterapeut eller av narrekirurgi (38, 39).

Partiell meniskektomi medfører økt risiko for utvikling av radiologisk artrose både etter ett år (40) og også senere i forløpet (41), selv om de kliniske konsekvenser av dette er noe usikre. Risikoen for per- eller postoperative komplikasjoner ved kneartroskopi er lav, men ikke neglisjerbar (42). Det er på tide å skrinlegge myten om artroskopisk kirurgi som et relevant inngrep for det store flertall av pasienter med atraumatiske og degenerative knelidelser (11, 43, 44). Vi bør kunne forvente at kneartroskopier innen kort tid begrenses til indikasjoner med dokumentert nytte, i hovedsak traumatiske meniskskader hos personer under 35 år (10).

Konklusjon

De siste tiårs «standardmodell» for utredning og behandling av atraumatiske kneplager er i utakt med nyere kunnskap. Tiltak for å få ned bruken av MR-undersøkelser ved atraumatiske knelidelser og ytterligere reduksjon av bruken av artroskopi bør ha særlig høy helsepolitisk prioritet.

Selv om en konvensjonell patoanatomisk modell ikke nødvendigvis er irrelevant, er årsaksforholdene ved langvarige knesmerter ofte multifaktorielle. Særlig der symptomene og funksjonssvikten ikke står i noe rimelig forhold til kliniske og bildediagnostiske funn,

bør søkelyset rettes mot mulige psykososiale komponenter.

Som kliniker er det lett å legge en «maskinfeilmønstre» til grunn og glemme den videre kontekst som knesymptomene inngår i (45). Ved å se bort fra slike faktorer og fortsette med teknisk avansert biomekanisk basert diagnostikk og behandling kan vi som helsearbeidere risikere å påføre pasienten ytterligere belastning.

Pasientene kan ha urealistiske forestillinger om nytten av bildediagnostisk utredning og ortopediske prosedyrer (46). Å formidle at en grundig klinisk undersøkelse ofte er tilstrekkelig ved atraumatiske kneplager, er en viktig, men ofte vanskelig og tidkrevende pedagogisk oppgave. Pasienten bør også få informasjon om at «lavteknologiske» behandlingsprinsipper – endring av livsstil, aktiv mestring og individualisert treningsterapi – har dokumentert effekt på knesmerter og funksjon (47, 48). Slike tiltak bør danne bærebjelken i helsevesenets tilnærming til pasienter med atraumatiske knelidelser.

Jeg takker May Arna Risberg, Jens Ivar Brox og Knut Arne Høltedahl for nyttige kommentarer.

Mottatt 4.7.2017, første revisjon innsendt 21.9.2017, godkjent 5.1.2018.

ROBIN HOLTEDAHL

(f. 1948) er privatpraktiserende spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, medisinsk rådgiver for Oslo Pensjonsforsikring og nav og har deltidsstillinger ved Unicare Fram, Rykkinn, og Skogli rehabiliteringssenter, Lillehammer. Han deltar for tiden i en arbeidsgruppe under ledelse av Helse Sør-Øst om dagkirurgisk artroskopi.

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

LITTERATUR

- 1 Urwin M, Symmons D, Allison T et al. Estimating the burden of musculoskeletal disorders in the community: the comparative prevalence of symptoms at different anatomical sites, and the relation to social deprivation. *Ann Rheum Dis* 1998; 57: 649–55.
- 2 Svebak S, Hagen K, Zwart JA. One-Year Prevalence of Chronic Musculoskeletal Pain in a Large Adult Norwegian County Population: Relations with Age and Gender – The HUNT Study. *J Musculoskeletal Pain* 2006; 14: 21–8.
- 3 Nguyen U-SDT, Zhang Y, Zhu Y et al. Increasing prevalence of knee pain and symptomatic knee osteoarthritis: survey and cohort data. *Ann Intern Med* 2011; 155: 725–32.
- 4 Hagen K, Linde M, Heuch I et al. Increasing prevalence of chronic musculoskeletal complaints. A large 11-year follow-up in the general population (HUNT 2 and 3). *Pain Med* 2011; 12: 1657–66.
- 5 Arden N, Nevitt MC. Osteoarthritis: epidemiology. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2006; 20: 3–25.
- 6 Jinks C, Jordan K, Ong BN et al. A brief screening tool for knee pain in primary care (KNEST). 2. Results from a survey in the general population aged 50 and over. *Rheumatology (Oxford)* 2004; 43: 55–61.
- 7 Turkiewicz A, Gerhardsson de Verdier M, Engström G et al. Prevalence of knee pain and knee OA in southern Sweden and the proportion that seeks medical care. *Rheumatology (Oxford)* 2015; 54: 827–35.
- 8 Hagen K, Svebak S, Zwart J-A. Incidence of musculoskeletal complaints in a large adult Norwegian county population. The HUNT Study. *Spine* 2006; 31: 2146–50.
- 9 Collins JE, Katz JN, Dervan EE et al. Trajectories and risk profiles of pain in persons with radiographic, symptomatic knee osteoarthritis: data from the osteoarthritis initiative. *Osteoarthritis Cartilage* 2014; 22: 622–30.
- 10 Siemieniuk RAC, Harris IA, Agoritsas T et al. Arthroscopic surgery for degenerative knee arthritis and meniscal tears: a clinical practice guideline. *BMJ* 2017; 357: j1982.
- 11 Randsborg PH, Røtterud JH. Degenerative meniscruptures bør ikke opereres. *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; 137: 258.
- 12 Creamer P, Lethbridge-Cejku M, Costa P et al. The relationship of anxiety and depression with self-reported knee pain in the community: data from the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Arthritis Care Res* 1999; 12: 3–7.
- 13 Urquhart DM, Phyo Maung PP, Dubowitz J et al. Are cognitive and behavioural factors associated with knee pain? A systematic review. *Semin Arthritis Rheum* 2015; 44: 445–55.
- 14 Kim KW, Han JW, Cho HJ et al. Association between

- comorbid depression and osteoarthritis symptom severity in patients with knee osteoarthritis. *J Bone Joint Surg Am* 2011; 93: 556–63.
- 15 Williams DA, Farrell MJ, Cunningham J et al. Knee pain and radiographic osteoarthritis interact in the prediction of levels of self-reported disability. *Arthritis Rheum* 2004; 51: 558–61.
 - 16 Creamer P, Lethbridge-Cejku M, Hochberg MC. Factors associated with functional impairment in symptomatic knee osteoarthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2000; 39: 490–6.
 - 17 Finan PH, Buenaver LF, Bounds SC et al. Discordance between pain and radiographic severity in knee osteoarthritis: findings from quantitative sensory testing of central sensitization. *Arthritis Rheum* 2013; 65: 363–72.
 - 18 Sharma A, Kudesia P, Shi Q et al. Anxiety and depression in patients with osteoarthritis: impact and management challenges. *Open Access Rheumatol* 2016; 8: 103–13.
 - 19 Vissers MM, Bussmann JB, Verhaar JA et al. Psychological factors affecting the outcome of total hip and knee arthroplasty: a systematic review. *Semin Arthritis Rheum* 2012; 41: 576–88.
 - 20 Sakellariou G, Conaghan PG, Zhang W et al. Development of the EULAR recommendations for the use of imaging in the clinical management of osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2017; 76: 1484–94.
 - 21 Hayashi D, Roemer FW, Jarraya M et al. Imaging in Osteoarthritis. *Radiol Clin North Am* 2017; 55: 1085–102.
 - 22 Bedson J, Croft PR. The discordance between clinical and radiographic knee osteoarthritis: a systematic search and summary of the literature. *BMC Musculoskelet Disord* 2008; 9: 116.
 - 23 Henry R, Cahill CM, Wood G et al. Myofascial pain in patients waitlisted for total knee arthroplasty. *Pain Res Manag* 2012; 17: 321–7.
 - 24 Guermazi A, Niu J, Hayashi D et al. Prevalence of abnormalities in knees detected by MRI in adults without knee osteoarthritis: population based observational study (Framingham Osteoarthritis Study). *BMJ* 2012; 345: e5339.
 - 25 Englund M, Guermazi A, Gale D et al. Incidental meniscal findings on knee MRI in middle-aged and elderly persons. *N Engl J Med* 2008; 359: 1108–15.
 - 26 Bhattacharyya T, Gale D, Dewire P et al. The clinical importance of meniscal tears demonstrated by magnetic resonance imaging in osteoarthritis of the knee. *J Bone Joint Surg Am* 2003; 85-A: 4–9.
 - 27 Boks SS, Vroegindeweij D, Koes BW et al. Magnetic resonance imaging abnormalities in symptomatic and contralateral knees: prevalence and associations with traumatic history in general practice. *Am J Sports Med* 2006; 34: 1984–91.
 - 28 Espeland A, Natvig NL, Løge I et al. Magnetic resonance imaging of the knee in Norway 2002-2004 (national survey): rapid increase, older patients, large geographic differences. *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 115.
 - 29 Riksrevisjonens undersøkelse av bruken av poliklinisk bildediagnostikk. Oslo: Riksrevisjonen, 2016. <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/PolikliniskBildediagnostikk.aspx> (5.1.2018).
 - 30 Lysdahl KB, Hofmann BM. What causes increasing and unnecessary use of radiological investigations? A survey of radiologists' perceptions. *BMC Health Serv Res* 2009; 9: 155–64.
 - 31 Petron DJ, Greis PE, Aoki SK et al. Use of knee magnetic resonance imaging by primary care physicians in patients aged 40 years and older. *Sports Health* 2010; 2: 385–90.
 - 32 Sihvonen R, Englund M, Turkiewicz A et al. Mechanical symptoms and arthroscopic partial meniscectomy in patients with degenerative meniscus tear: A secondary analysis of a randomized trial. *Ann Intern Med* 2016; 164: 449–55.
 - 33 Tornbjerg SM, Nissen N, Englund M et al. Structural pathology is not related to patient-reported pain and function in patients undergoing meniscal surgery. *Br J Sports Med* 2017; 51: 525–30.
 - 34 Décarry S, Ouellet P, Vendittoli PA et al. Reliability of physical examination tests for the diagnosis of knee disorders: Evidence from a systematic review. *Man Ther* 2016; 26: 172–82.
 - 35 Solomon DH, Simel DL, Bates DW et al. The rational clinical examination. Does this patient have a torn meniscus or ligament of the knee? Value of the physical examination. *JAMA* 2001; 286: 1610–20.
 - 36 Hegedus EJ, Carolina N. Thessaly test is no more accurate than standard clinical tests for meniscal tears. *Evid Based Med* 2016; 21: 39.
 - 37 Thorlund JB, Hare KB, Lohmander LS. Large increase in arthroscopic meniscus surgery in the middle-aged and older population in Denmark from 2000 to 2011. *Acta Orthop* 2014; 85: 287–92.
 - 38 Thorlund JB, Juhl CB, Roos EM et al. Arthroscopic surgery for degenerative knee: systematic review and meta-analysis of benefits and harms. *Br J Sports Med* 2015; 49: 1229–35.
 - 39 Kise NJ, Risberg MA, Stensrud S et al. Exercise therapy versus arthroscopic partial meniscectomy for degenerative meniscal tear in middle aged patients: randomised controlled trial with two year follow-up. *BMJ* 2016; 354: i3740.
 - 40 Roemer FW, Kwok CK, Hannon MJ et al. Partial meniscectomy is associated with increased risk of incident radiographic osteoarthritis and worsening cartilage damage in the following year. *Eur Radiol* 2017; 27: 404–13.
 - 41 Petty CA, Lubowitz JH. Does arthroscopic partial meniscectomy result in knee osteoarthritis? A systematic review with a minimum of 8 years' follow-up. *Arthroscopy* 2011; 27: 419–24.
 - 42 Kinsella SD, Carey JL. Complications in brief: Arthroscopic partial meniscectomy. *Clin Orthop Relat Res* 2013; 471: 1427–32.
 - 43 Thorlund JB. Deconstructing a popular myth: why knee arthroscopy is no better than placebo surgery for degenerative meniscal tears. *Br J Sports Med* 2017; 51: 1630–1.
 - 44 Beaufils P, Becker R, Kopf S et al. Surgical management of degenerative meniscus lesions: the 2016 ESSKA meniscus consensus. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2017; 25: 335–46.
 - 45 Nijs J, Roussel N, Paul van Wilgen C et al. Thinking beyond muscles and joints: therapists' and patients' attitudes and beliefs regarding chronic musculoskeletal pain are key to applying effective treatment. *Man Ther* 2013; 18: 96–102.
 - 46 Fagerlin A, Sepucha KR, Couper MP et al. Patients' knowledge about 9 common health conditions: the DECISIONS survey. *Med Decis Making* 2010; 30 (suppl): 35S–52S.
 - 47 Skou ST, Roos EM. Good Life with osteoArthritis in Denmark (GLA:D™): evidence-based education and supervised neuromuscular exercise delivered by certified physiotherapists nationwide. *BMC Musculoskelet Disord* 2017; 18: 72.
 - 48 Fransen M, McConnell S, Harmer AR et al. Exercise for osteoarthritis of the knee: a Cochrane systematic review. *Br J Sports Med* 2015; 49: 1554–7.

MARTIN BYSTAD

martin.k.bystad@uit.no
Alderspsykiatrisk avdeling
Universitetssykehuset Nord-Norge

Institutt for psykologi
Universitetet i Tromsø

HILDE HOLME

Alderspsykiatrisk avdeling
Universitetssykehuset Nord-Norge

OLE KRISTIAN GRØNLI

Alderspsykiatrisk avdeling
Universitetssykehuset Nord-Norge

Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Tromsø

En kvinne i 60-årene med angst, nedsatt stemningsleie og endret atferd

En kvinne i 60-årene hadde symptomer forenlig med frontotemporal demens og kom på sykehjem. Ved fornyet vurdering ett år senere viste det seg at årsaken til hennes symptomer var en annen.

Kvinnen ble frivillig innlagt i akuttpsykiatrisk avdeling etter intoksikasjon med benzodiazepiner, noe som var gjort i suicidal hensikt. Hun hadde hatt vedvarende angst og depresjon de siste fem årene og var blitt fulgt opp av fastlegen. Hun forklarte suicidforsøket ut fra at hun i etterkant av time hos fastlegen følte at hun ikke ble forstått, og hun opplevde ikke noe håp om bedring av sine plager.

Ved innleggelsen uttrykte hun bekymring over sine psykiske symptomer, skam over suicidforsøket og vansker med å forstå at hun hadde gjort dette. Det fremkom ikke opplysninger om depressive episoder tidligere i livet, men det var bipolar lidelse i slekten. Før innleggelse hadde medikamentell behandling med antidepressiver i form av escitalopram og mianserin vært forsøkt uten

effekt. Pasienten hadde også over lengre tid brukt benzodiazepiner (oxazepam) på grunn av økende angst og søvnplager. Utover dette var pasienten frisk somatisk, og hun var fortsatt i arbeid.

Det ble vurdert at pasienten hadde en moderat depresjon, i tillegg til at hun hadde utviklet avhengighet av benzodiazepiner.

Det ble startet behandling med venlafaxin 75 mg mot depresjon, og oxazepam ble redusert til 10 mg x 2 og delvis erstattet av klorprotiksen 15–30 mg x 2, og zopiklon 7,5 mg x 1 mot søvnvansker. Hun ble fulgt opp av akutteam etter utskrivning. Lege ved akuttpost samarbeidet med fastlegen om den medikamentelle behandlingen, og hun ble henvist til voksenpsykiatrisk poliklinikk.

Noen uker senere ble hun innlagt for annen gang på grunn av depresjon, angst og søvnplager. Tilstanden fremsto som forverret. Hun var ikke tilbake i arbeid. Ytterligere noen uker etter utskrivning ble hun innlagt for tredje gang. Symptombildet bar preg av økt angst, skjelvinger, store bekymringer og skam over suicidforsøket og sine psykiske plager, unngåelsesatferd og mer isolasjon. Hun hadde økt inntaket av oxazepam

til 70–80 mg/døgn. Ved innleggelsen ble venlafaxin gradvis økt til 225 mg, og oxazepam ble igjen gradvis redusert. Mianserin ble seponert og erstattet med olanzapin 10 mg (kveld). Hun brukte i tillegg oxazepam 10 mg inntil x 2, klorprotiksen 15–30 mg inntil x 3 og zopiklon 7,5 mg som behovsmedikasjon ved utskrivning. Både andre og tredje innleggelse var frivillige.

Diagnosen depresjon ble opprettholdt. Det ble også satt en tentativ uspesifikk angstdiagnose. Etter utskrivning ønsket hun ikke oppfølging fra psykiatritjenesten, men hun ble fulgt opp av fastlegen og voksenpsykiatrisk poliklinikk. Det ble anbefalt gradvis seponering av oxazepam.

Ved fjerde innleggelse tre måneder senere hadde pasientens tilstand forverret seg. Det var problemer med hygiene, ernæring og sosial kontakt. Pasienten møtte ikke til polikliniske timer. Hun hadde autoseponert antidepressiver og olanzapin og brukt stadig mer oxazepam, med døgndoser på 60–80 mg tross bivirkninger som økt angst og skjelvinger. Symptombildet bar også preg av tiltaksløshet, likegyldighet, konsentrasjonsvansker og tremor og rykninger i kroppen. Derfor ble

det foretatt en langsom nedtrapping og seponering av oxazepam under en ti ukers innleggelse, og det ble startet opp behandling med propranolol 80 mg x 1 mot tremor, mirtazapin 30 mg i kombinasjon med flupentisol 1 mg x 3 mot angst og depresjon, i tillegg til zopiklon 7,5 mg.

Resultatet av nevrologisk undersøkelse var usikkert på grunn av pasientens tremor, og det ble utført CT caput som var uten anmerkninger. Under innleggelsen fremsto pasienten rigid og med mye unnvikelsesatferd. Hun hadde vansker med å ta del i egen behandling tross mye motivasjonsarbeid. Dette bedret seg noe under innleggelsen. Ved utskrivning til hjemmet fremsto hun bedre av angstplagene og med noe bedre innsikt i egen situasjon. Hun uttrykte selv usikkerhet til om hun ville klare seg hjemme og uten oxazepam. Det ble etablert oppfølging fra kommunal psykiatritjeneste tre ganger ukentlig.

Diagnosen moderat depresjon ble opprett holdt ved utskrivning, i tillegg til uspesifisert angstlidelse som tentativ diagnose. Det ble vurdert at pasienten hadde nedsatt sykdomsinnsikt.

Tre uker senere ble pasienten for femte gang innlagt, denne gang til tvungen psykiatrisk observasjon på grunn av mistanke om psykose. Det var tilkommet ytterligere vekttap, og hun var ukritisk, avvissende, bagatelliserende, irritabel og motorisk urolig. Under innleggelse fremkom ingen psykotiske symptomer. Somatisk undersøkelse var uten anmerkninger. Det ble stilt spørsmål om mulig demensutvikling. Kognitive screeningtester ble gjennomført. På Mini Mental Status-test (MMS) skåret hun 25/30 og på klokketest 5/5. På ordflyt (Animal Naming Test) klarte hun kun ni ord på ett minutt.

Det ble startet opp behandling med bupropion 300 mg mot depresjon og fortsatt behandling med propranolol 80 mg. Flupentisol og mirtazapin ble seponert. Hun viste noe mer initiativ under innleggelsen. Etter utskrivning til hjemmet hadde hun fortsatt kontakt med psykiatritjeneste og tett oppfølging fra fastlegen.

Demens ble vurdert som en mulig differensialdiagnose. Men pasientens alder, resultater på de kognitive screeningtestene, komparentopplysninger og det kliniske bildet ga ikke nok støtte til en demensdiagnose. Hun ble igjen skrevet ut med depresjonsdiagnose, med anbefaling om kognitiv retesting etter seks måneder.

Ett år etter den femte innleggelsen ble pasienten igjen innlagt til tvungen psykiatrisk observasjon med mistanke om depresjon og demensutvikling. Pasientens tilstand hadde gradvis forverret seg med betydelig vekttap og selvneglisjering, funksjonssvikt og sosial isolasjon. Psykiatritjenesten uttrykte stor bekymring for pasientens helsetilstand. Pasienten selv stilte seg uforstående til at omgivelsene var bekymret. Under innleggelsen fremsto hun initiativløs og avvissende. Hun var verbalt kortfattet, mimikkfattig og psykomotorisk treg. MMS-test og klokketest viste samme resultat som ett år før. Det ble ikke gjort medisinerendringer. Hun ble nå utskrevet med diagnosen mild depresjon.

Det ble på nytt stilt spørsmål om demensutvikling, men uten noen konklusjon. Heller ikke denne gangen var det kliniske bildet entydig. Det ble avtalt tettere oppfølging fra psykiatritjenesten og fastlegen..

Ni måneder etter den ovennevnte innleggelsen ble pasienten igjen henvist av fastlegen på grunn av uttalt initiativløshet, selvneglisjering og underernæring. Hun hadde igjen autoseponert medisiner. Psykiatritjenesten hadde store problemer med å få hjulpet pasienten. Både psykiatritjenesten og fastlegen mente at pasientens sykdomsbilde var lite forenlig med depresjon. Denne gangen ble hun innlagt til tvungen psykiatrisk observasjon ved alderspsykiatrisk seksjon.

Under innleggelsen var pasienten preget av uttalt initiativløshet, som ble tolket som apati, betydelig selvneglisjering og likegyldighet. Videre var det kliniske bildet fortsatt preget av avvissning, men det fremkom ingen klare tegn på tristhet eller psykotiske symptomer. Pasienten pratet svært lite, men kunne svare kort på spørsmål. Mange av svarene var preget av gjentakelser av typen «vet ikke», «det går bra» og «det feiler meg ingenting».

Pasienten ble tverrfaglig vurdert under innleggelsen ved alderspsykiatrisk seksjon. Hun hadde ikke respondert på medikamentell behandling av depresjon. Rutinemessig undersøkelse med blodprøver og nevrologisk status viste ingen tegn til sykdommer/skader i nervesystemet eller andre somatiske sykdommer, som kunne forklare pasientens alvorlige apati. Sykehistorien var lite forenlig med Alzheimers sykdom eller vaskulær demens.

Pårørende fortalte at pasienten hadde endret seg vesentlig de siste årene. Hun hadde gått fra å

være en yrkesaktiv og velorganisert person med kontakt med familien til å bli gradvis økende apatisk. Skjemaet Frontal behavior inventory ble fylt ut av pårørende. I dette skjemaet kartlegger man endringer i personlighet og atferd, og det brukes som et hjelpemiddel for å diagnostisere frontotemporal demens.

Pasienten fikk en skår på 34, som er høyere enn beslutningsgrensen (> 27) ved frontotemporal demens. Dette tydet på at det hadde vært en betydelig endring i pasientens personlighet og sosiale atferd, forenlig med frontotemporal demens. Det ble fylt ut pårørendeskjema (informant questionnaire of cognitive decline in the elderly) med spørsmål om endring i hukommelse/orientering. Her ble det rapportert en gjennomsnittlig skår på 3,0 (cut-off ved mistanke om Alzheimers demens er en gjennomsnittlig skår på > 3,5).

Kognitiv eller nevropsykologisk testing av pasienten ble ikke gjennomført, da pasienten ikke ønsket en slik utredning. CT caput var normal. Det ble gjort en SPECT-undersøkelse (single photon emission computerized tomography), som viste hypoperfusjon frontalt, temporalt og parietalt. Det ble antydnet at dette kunne være forenlig med (tidlig) demens.

Observasjon i miljøet og samtaler med pasienten ga fortsatt ingen holdepunkter for tristhet eller nedsatt stemningsleie. Apati dominerte det kliniske bildet. Både overleger, psykologspesialist og psykiatriske sykepleiere vurderte det som lite sannsynlig at pasienten hadde en depressiv episode.

Ved depresjon er grunnsymptomene tap av energi, tristhet og nedsatt stemningsleie, i tillegg til manglende evne til å føle glede. Pessimisme, angst, selvmordstanker, søvnevansker og initiativløshet er øvrige depressive symptomer. For å kunne klassifisere en tilstand som depresjon må to av grunnsymptomene, samt minst to av de øvrige depressive symptomene, være til stede i mer enn to uker. Pasientens symptomer passet ikke overens med ICD-10-kriteriene for depressiv episode (F32.0-F32.3) eller kriteriene for diagnosen «Andre spesifiserte depressive episoder» (F38.2).

Ved frontotemporal demens er det imidlertid vanlig med både apati, passivitet, initiativløshet, redusert taleflyt, selvneglisjering og emosjonell avflatning. Dette gjelder spesielt ved en pseudodepressiv variant av tilstanden (1). Disse symptomene var uttalte hos vår pasient.

Flere vurderinger ble gjort. Pasientens lang-

somme endring av atferd og personlighet og hennes langvarige apati, sammen med funnene ved SPECT-undersøkelsen og det øvrige kliniske bildet, trakk i retning av at pasienten hadde en hjerneorganisk sykdom. Pasientens tilstand var mest forenlig med en pseudo-depressiv variant av frontotemporal demens. Derfor ble diagnosen frontotemporal demens satt, som i ICD-10 er rubrisert under «Personlighetsforstyrrelser og atferdsforstyrrelser som skyldes sykdom, skade og dysfunksjon i hjernen» (F07.0). Bruk av legemidler mot demens er ikke aktuelt for pasienter med denne tilstanden.

Behandling med bupropion 300 mg ble videreført. Hun ble skrevet ut fra alderspsykiatrisk avdeling, og kommunal hjemmetjeneste tok over det videre ansvaret, bl.a. med å assistere pasienten ved alle måltider og ved stell.

Ni måneder senere ble pasienten tildelt plass på sykehjem fordi hun hadde behov for et høyere omsorgsnivå. Etter å ha vært på sykehjem i ni måneder ble pasienten henvist til alderspsykiatrisk poliklinikk av sykehjemslegen. Sykehjemmet hadde etter hvert stilt spørsmål ved om diagnosen frontotemporal demens var riktig. Det fremkom at pasienten var blitt gradvis mindre apatisk etter innleggelse på sykehjem. Hun fant seg godt til rette og ivaretok etter hvert personlig hygiene og ble normalvektig. Personalet opplevde henne som rolig og hyggelig, men tok hensyn til at hun lett kunne føle seg overkjørt og «dirigert». Hun var med på turer, hadde egne nøkler og fri utgang. Bupropion (antidepressiver) som ble startet opp ved alderspsykiatrisk seksjon, var blitt seponert etter tre måneder på sykehjemmet.

Psykolog ved alderspsykiatrisk poliklinikk gjorde en nevropsykologisk utredning, der det ikke ble funnet noen avvik. Pasientens hukommelse, språk og visuospatiale funksjon (romfølelse), logiske/abstrakte resonnering og eksekutive funksjoner (dvs. evnen til å planlegge, regulere og iverksette sammensatte kognitive operasjoner) var helt intakte. Pasienten hadde begynt å ta vare på seg selv, fått bedre taleflyt og var ikke lenger preget av apati. Hun hadde ikke symptomer på angst eller depresjon.

Etter en grundig vurdering av pasienten ble det konkludert med at hun ikke viste noen atferd som var forenlig med frontotemporal demens. Som følge av hennes gradvise bedring ble hun skrevet ut fra sykehjemmet og flyttet tilbake til sitt eget hjem.

Hun antok selv at hennes plager var forårsaket av avhengighet av oxazepam, dog hadde pasienten vært trappet ut av oxazepam tidlig i sykdomsperioden. Pasienten var kritisk til behandlingen i psykisk helsevern. Utredningen hadde totalt tatt 3,5 år. Det var fortsatt stort sprik mellom egen sykdomsopplevelse og sykehistorie fra komparenter og journal. Hun hadde selv en følelse av å ha blitt nedvurdert. Pasienten var likevel enig i at hun hadde hatt det svært vanskelig og forsto at pårørende var blitt alvorlig bekymret for hennes tilstand.

Diagnosen frontotemporal demens ble slettet. Det ble konkludert med at pasienten hadde hatt en langvarig atypisk depresjon. Pasienten ønsket ikke tett oppfølging fra psykolog etter utskrivningen fra sykehjem, men heller at fastlegen skulle følge opp videre. Vi avtalte å holde behandlingskontakten åpen, slik at hun kunne ta kontakt ved behov. Ved siste kontakt med pasienten ca. ti måneder etter utskrivning fra sykehjemmet går det fortsatt fint med henne. Hun har ikke depressive plager og har ikke behov for hjemmetjeneste.

Diskusjon

I Helsedirektoratets veileder for utredning og behandling av depresjon er atypisk depresjon beskrevet slik: «Atypisk depresjon kjennetegnes ved nedstemthet, mens evnen til å reagere følelsesmessig på oppmuntring og stimulering (reaktivitet) er beholdt. Personen er typisk overfølsom for avvisning og kritikk, og kan preges av økt søvnlengde, vektøkning, sterkt nedsatt energi og døgnvariasjon der en kjenner seg dårligst om ettermiddag og kveld» (2).

Heller ikke denne beskrivelsen passet helt for vår pasient, ettersom tristhet/ nedstemthet var fraværende. Derimot var langvarig apati og en rapportert gradvis endring i atferd og personlighet sentralt. Apati er mindre vanlig ved depresjon, men derimot utbredt ved hjerneorganiske sykdommer (3). Pasientens gradvise endring, uttalte apati, reduserte taleflyt, tap av innsikt, men manglende tristhet, gjorde det rimelig å mistenke at vår pasient kunne ha en hjerneorganisk sykdom, herunder frontotemporal demens.

Det er likevel viktig å presisere at manglende opplevelse av tristhet/nedstemthet kan forekomme med depresjon hos eldre, selv om det er uvanlig (4). Det er begrenset litteratur

på dette, men generelt er atypisk depresjon vanligere hos eldre enn hos yngre personer (5). Sammenlignet med yngre har deprimerede eldre ofte mer initiativløshet og mindre tristhet/nedstemthet (5).

Vår pasient var underernært. Underernæring kan redusere kognitiv funksjon og medføre apati (6), men pasienten hadde ikke underernæring av en slik grad at den kunne forklare symptombildet.

I en tidligere kasuistikk i Tidsskriftet beskriver en 70-årig kvinne med frontotemporal demens (7). Forfatter anfører at det innen alderspsykiatrien kan være vanskelig å stille rett diagnose og viser til at enkelte pasienter feilaktig kan få en depresjonsdiagnose når det egentlig foreligger en frontotemporal demens. Det er generelt også vår erfaring, men i vår kasuistikk var det altså motsatt problematikk, det vil si at pasienten feilaktig ble oppfattet å ha demensdiagnose.

Frontotemporal demens er en sykdom som lett kan bli oversett, og som det kan være vanskelig å diagnostisere (8). Symptomene som observeres ved tilstanden, mistolkes ofte feilaktig som depresjon, utbrenthet, angst eller overgangsalder (9).

En norsk studie av Rosness og medarbeidere viste at to av tre med frontotemporal demens ble feildiagnostisert ved førstegangsmøte med lege (10). De viste også at det gjennomsnittlig tok 59,2 måneder fra de første symptomene ble rapportert til diagnosen ble stilt. Hos personer under 65 år er tilstanden imidlertid den nest vanligste formen for demens, etter Alzheimers demens (11). Frontotemporal demens rammer i hovedsak personer i alderen 45–65 år (1).

Tilstanden kan manifestere seg litt ulikt. Hos noen er det overaktivitet, bortfall av henninger og hyperoralitet (uhemmet spising og drikking) som dominerer bildet (1). For andre pasienter kan alvorlig apati, selvneglisjering og mer passiv atferd være mest fremtredende (1). Apati er et svært vanlig tegn på frontotemporal demens i en tidlig fase. Ved depresjon eller angst sees sjelden bekymringsløshet eller språkfyrstyrrelse (12). Hos vår pasient var det antatt at det var en mer pseudodepressiv variant av frontotemporal demens som var årsaken til pasientens symptomer. Det er antydning at en slik form av tilstanden skyldes degenerasjon av venstre frontallapp (13).

Bildedagnostikk ved SPECT-undersøkelse viste hypoperfusjon, som trakk i retning av

hjerneorganisk patologi hos vår pasient. Hypoperfusjon er typisk ved frontotemporal demens. Ved SPECT-undersøkelser er det funnet en sensitivitet på 90 % og spesifisitet på 74 % ved frontotemporal demens (14). Det er derfor rimelig at SPECT-undersøkelse anvendes som et ledd i en diagnostisk vurdering. Det er imidlertid viktig å understreke at SPECT-undersøkelse også kan vise hypoperfu-

sjon ved depresjon (15). Hypoperfusjon ved depresjon gir dårligere behandlingsrespons ved bruk av antidepressive legemidler (15).

Denne sykehistorien tydeliggjør utfordringene ved diagnostikk av frontotemporal demens. Den viser også betydningen av å vurdere atypisk depresjon som en viktig differensialdiagnose. Depresjon med uttalt apati og fravær av tristhet er altså mulig – selv om det

er sjeldent. Det er utvilsomt behov for flere diagnostiske hjelpemidler, for eksempel kartleggingsverktøy og kognitive tester, ved utredning av både atypisk depresjon og frontotemporal demens.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Mottatt 30.3.2017, første revisjon innsendt 10.9.2017, godkjent 5.12.2017.

MARTIN BYSTAD

(f. 1982) er psykologspesialist ved Alderspsykiatrisk avdeling, Universitetssykehuset i Nord-Norge og ph.d.-stipendiat ved Universitetet i Tromsø. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

HILDE HOLME

(f. 1967) er psykolog ved Alderspsykiatrisk avdeling, Universitetssykehuset i Nord-Norge. Hun er under spesialisering i klinisk voksen- og eldrepsykologi. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

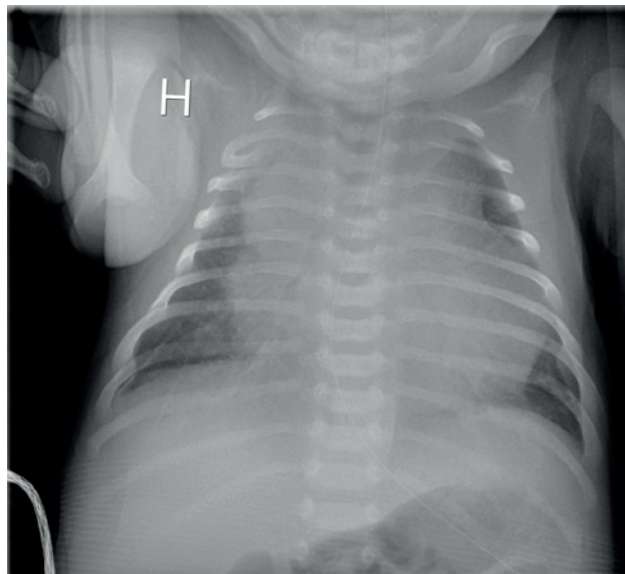
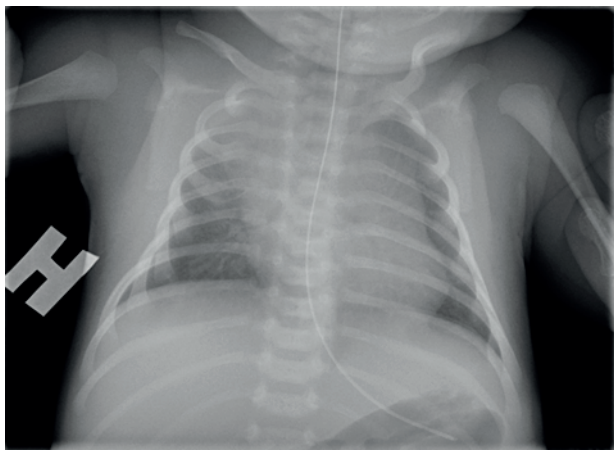
OLE KRISTIAN GRØNLI

(f. 1963) er spesialist i psykiatri og ph.d. Han er seksjonsoverlege ved Alderspsykiatrisk avdeling, Universitetssykehuset i Nord-Norge og førsteamanuensis ved Universitetet i Tromsø. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Skjerve A, Brenne L. Frontotemporal demens – kjennetegn, diagnostikk og behandlingstiltak. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2002; 39: 1–8.
- Helsedirektoratet. Voksne med depresjon. Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. IS-1561. 2009. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-retningslinje-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primar-og-spesialisthelsetjenesten> (5.12.2017).
- Levy ML, Cummings JL, Fairbanks LA et al. Apathy is not depression. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1998; 10: 314–9.
- Gallo JJ, Rabins PV, Anthony JC. Sadness in older persons: 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. Psychol Med 1999; 29: 341–50.
- Engedal K. Alderspsykiatri i praksis. Oslo: Aldring og Helse, 2008.
- Mowé M. Behandling av underernæring hos eldre pasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 181–2.
- Holm M. 70-årig kvinne med depressive symptomer og personlighetsendring. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 181–3.
- Hallam BJ, Silverberg ND, Lamarre AK et al. Clinical presentation of prodromal frontotemporal dementia. Am J Alzheimers Dis Other Demen 2007; 22: 456–67.
- Haugen PK. Demens før 65 år. Oslo: Aldring og Helse, 2012.
- Rosness TA, Haugen PK, Passant U et al. Frontotemporal dementia: a clinically complex diagnosis. Int J Geriatr Psychiatry 2008; 23: 837–42.
- Rosness TA, Haugen PK, Engedal K. Når demens rammer unge. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1194–7.
- Rosness TA, Engedal K, Chemali Z. Frontotemporal dementia: an updated clinician's guide. J Geriatr Psychiatry Neurol 2016; 29: 271–80.
- Mychack P, Kramer JH, Boone KB et al. The influence of right frontotemporal dysfunction on social behavior in frontotemporal dementia. Neurology 2001; 56 (suppl 4): S11–5.
- Mendez MF, Shapira JS, McMurtray A et al. Accuracy of the clinical evaluation for frontotemporal dementia. Arch Neurol 2007; 64: 830–5.
- Amen DG, Trujillo M, Newberg A et al. Brain SPECT imaging in complex psychiatric cases: an evidence-based, underutilized tool. Open Neuroimaging J 2011; 5: 40–8.

Perikarditt hos et nyfødt barn



Perikarditt med gule stafylokokker er beskrevet hos voksne (1) og barn (2). Kardiale manifestasjoner av bakteriemi med gule stafylokokker er imidlertid sjelden blant friske immunkompetente barn uten sentrale katetre (2).

En 14-dager gammel lett prematur gutt ble innlagt grunnet redusert matinntak og mindre spontanbevegelse av høyre arm. Klinisk undersøkelse ga upåfallende funn, bortsett fra asymmetrisk spontanbevegelse av armene. C-reaktivt protein (CRP) var 29 mg/l (< 5 mg/l), og det var normale b-leukocytter. Røntgen thorax var upåfallende (bilde til venstre). Dagen etter innleggelsen ga MR mistanke om bløtvevsinfeksjon langs høyre thoraxvegg, og man startet med ampicillin og gentamycin intravenøst. Barnet hadde ikke feber. Senere på dagen steg CRP til 60 mg/l, og ultralyd av brystveggen viste høyresidig subkutan inflammasjon. Det var ingen synlige inflammasjonstegn i overliggende hud, men gutten var uttalt irritabel og smertepåvirket. Klindamycin ble da lagt til opprinnelig antibiotikaregime for å dekke for nekrotiserende fasciitt.

Dag 3 brukte barnet armene sidelikt, og allmenntilstanden var god. CRP steg til 170 mg/l og det vokste gule stafylokokker i blodkultur. Dag 6 ble det observert lett påskynnet respirasjon med normal SpO₂. Røntgen thorax viste betydelig breddeforøket hjerteskygge (bilde til høyre). CRP var da 90 mg/l. Ekkokardiografi viste perikardvæske med preg av pretamponade. Han hadde imidlertid nor-

malt middelblodtrykk på 60 mm Hg og normal hjerterefrekvens på 150–160/min. Kapillærfylningstid ble ikke målt, men barnet var klinisk velsirkulert ved overflytning til regionsykehuset, hvor det ble utført ultralydveiledet tapping av perikardvæske. Det var oppvekst av gule stafylokokker i perikardvæsken.

Pasienten vår hadde fått seks dagers antibiotikabehandling ved forverring av tilstanden, og symptomene på kardial gjennombruddsinfeksjon var beskjedne.

Det var ingen holdepunkter for immunsvikt. I dag, ett år etter, er gutten helt frisk.

Pasientens foresatte har gitt samtykke til at artikkelen med røntgenbilder blir publisert.

Mottatt 23.6.2017, første revisjon innsendt 8.12.2017, godkjent 18.1.2018.

SUCCORA OLIVIA NORDIN

(f. 1981) er lege i spesialisering ved Barne- og ungdomsklinikken, Akershus universitetssykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

HILDE MJELL DONKOR

(f. 1981) er lege i spesialisering ved Barne- og ungdomsklinikken, Akershus universitetssykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

VEGARD BRUUN WYLLER

(f. 1972) er spesialist i barnesykdommer, overlege ved Barne- og ungdomsklinikken, Akershus universitetssykehus og professor ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TERESA FARSTAD

(f. 1953) er spesialist i barnesykdommer og overlege ved Barne- og ungdomsklinikken, Akershus universitetssykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ARNE BORTHNE

(f. 1950) er spesialist i radiologi, overlege ved Avdeling for bildediagnostikk, Akershus universitetssykehus og professor ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ATLE MOEN

(f. 1962) er spesialist i barnesykdommer og overlege ved Nyfødtintensiv avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNE LEE SOLEVÅG

a.l.solevag@medisin.uio.no (f. 1977) er spesialist i barnesykdommer og seksjonsoverlege ved Barne- og ungdomsklinikken, Akershus universitetssykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Browatzki M, Borst MM, Katus HA et al. Purulent pericarditis and pleural empyema due to Staphylococcus aureus septicemia. *Int J Cardiol* 2006; 107: 117–8.
- 2 Onyeama CO, Okomo U, Garba D et al. Staphylococcal purulent pericarditis in a malnourished Gambian child: a case report. *Int J Cardiol* 2007; 119: 392–4.

Cohens kappas – et mål på samsvar

To leger vil ikke alltid konkludere likt når de vurderer en pasient. Cohens kappas er et mye brukt statistisk mål på samsvar.

En tidligere artikkel i spalten *Medisin og tall* omhandlet samsvar mellom en diagnostisk test og den faktiske tilstanden til pasienten, målt ved en gullstandard som representerer «sannheten» (1). Her skal vi se på grad av samsvar mellom observatører når man ikke kjenner fasiten. Observatørene kan for eksempel være radiologer som vurderer røntgenbilder, eller fysioterapeuter som klassifiserer motorisk funksjon.

Vi skal ta utgangspunkt i et eksempel hvor fysioterapeuter har klassifisert motorisk funksjon i hendene hos barn med cerebral parese med en femtrinns skala, der nivå I beskriver beste og nivå V dårligste funksjon (2). 79 barn ble klassifisert av fire observatører, basert på videoopptak. Tabell 1 viser resultatene for observatør A og B.

Cohens kappas

Et intuitivt mål på samsvar mellom observatørene kunne være andelen klassifiseringer der observatørene er enige. Det tilsvarer de klassifiseringene som ligger på «diagonalen» i tabell 1. Her er observatørene enige for 22 + 16 + 5 + 8 + 4 = 45 barn, dvs. en andel på $p_o = 45 / 79 = 0,70$

Men noe av dette kan skyldes tilfeldigheter: La oss tenke oss at observatør A klassifiserte 25 av barna som klasse I, 26 av barna som klasse II osv., og tilsvarende for observatør B, uten å

observere videoene. Da ville forventet andel samsvar bli

$$p_e = (29 \cdot 25 + 20 \cdot 26 + 8 \cdot 13 + 17 \cdot 10 + 5 \cdot 5) / 79^2 = 0,25.$$

Cohens kappas er definert som relativt samsvar ut over tilfeldighet, nærmere bestemt

$$\kappa = \frac{p_o - p_e}{1 - p_e} = \frac{0,70 - 0,25}{1 - 0,25} = 0,60.$$

Cohens kappas vil bli 1 ved perfekt samsvar og 0 ved samsvar som er like dårlig som å kaste «mynt og kron». En verdi under 0 ville tyde på dårligere samsvar enn ved tilfeldighet, noe som sjelden er tilfelle. Det er uansett viktig å rapportere krysstabellen som ligger til grunn, og ikke bare verdien av kappas.

Vektet kappas ved ordinal klassifisering

Når Cohens kappas er definert som ovenfor, tas det ikke hensyn til hvor stort avvik det er mellom observatørene når de er uenige. I eksemplet er klassifiseringen ordinal: Jo lenger unna diagonalen i tabell 1 man er, desto større er avviket mellom observatørene. Ved ordinale klasser er det mer relevant å bruke Cohens kvadratisk vektete kappas. Beregning av vektet kappas er f.eks. beskrevet hos Fagerland og medarbeidere (3, s. 551–552). I eksemplet fås en vektet kappas på 0,89, som er vesentlig høyere enn uvektet kappas. Dette er naturlig, da observatørene i nesten alle tilfellene avviker fra hverandre med maksimum én klasse.

Vektet kappas er ikke relevant hvis klassifiseringen er i bare to klasser, eller hvis klassene ikke representerer en ordinal skala. Hvis man bare var interessert i kategori I til III, versus kategori IV til V i eksemplet, ville krysstabellen bli som i tabell 2. Her er totalt samsvar lik $p_o = (56 + 14) / 79 = 0,886$, og samsvar ved tilfel-

Tabell 2 Data fra tabell 1 slått sammen til to kategorier (2)

Observatør A	Observatør B		Totalt
	I-III	IV-V	
I-III	56	8	64
IV-V	1	14	15
Totalt	57	22	79

dighet er lik $p_e = (57 \cdot 64 + 22 \cdot 15) / 79^2 = 0,637$. Cohens kappas blir

$$\kappa = \frac{p_o - p_e}{1 - p_e} = \frac{0,886 - 0,637}{1 - 0,637} = 0,69.$$

Begrensninger ved kappas

Verdien av kappas er sterkt avhengig av antall kategorier. Videre er Cohens kappas, i likhet med en korrelasjonskoeffisient, avhengig av hvor homogen populasjonen er: Dersom nesten alle observasjonene er i samme klasse, vil kappas bli liten, selv ved «godt» samsvar (3, s. 555).

Andre mål på samsvar

Andre mål på samsvar, som Aickin's alpha og Gwet's AC, har ikke den sistnevnte svakheten, men er til gjengjeld vanskeligere å tolke (3, s. 552). Når vi har bare to kategorier, som frisk versus syk, kan det være mer relevant å beregne to mål på samsvar, nemlig positivt og negativt samsvar.

STIAN LYDERSEN

stian.lydersen@ntnu.no

(f. 1957) er dr.ing. og professor i medisinsk statistikk ved Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – psykisk helse og barnevern (RKBU Midt-Norge), Institutt for psykisk helse, Fakultet for medisin og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter

Tabell 1 Finmotorisk funksjon hos 79 barn med cerebral parese, klassifisert av to observatører, på en skala fra I (best) til V (dårligst). Data fra (2)

Observatør A	Observatør B					Totalt
	I	II	III	IV	V	
I	22	3	0	0	0	25
II	7	16	2	1	0	26
III	0	1	5	7	0	13
IV	0	0	1	8	1	10
V	0	0	0	1	4	5
Totalt	29	20	8	17	5	79

LITTERATUR

- Lydersen S. Hva er sannsynligheten for riktig resultat av en diagnostisk test? Tidsskr Nor Legeforen 2017;137:1437.
- Phys Occup Ther Pediatr 2017; 37: 239–51. Elvrum AKG, Beckung E, Sæther R et al. Bimanual capacity of children with cerebral palsy: Intra- and interrater reliability of a revised edition of the bimanual fine motor function classification. Phys Occup Ther Pediatr.
- Fagerland M, Lydersen S, Laake P. Statistical analysis of contingency tables. Boca Raton, FL: CRC Press, 2017.

Hverdagsmedisin og hverdagsfotografi

– *Medisin trenger ikke alltid å være så «brainy». Nevrolog Magne Bøe er opptatt av å hjelpe «hverdagspasienter» med store plager og lav status. Hans egen hverdag ble snudd på hodet da han og kona fikk et alvorlig sykt barn. Nå er bildene av datterens liv blitt til fotobok og utstilling.*

For tre år siden begynte Magne Bøe med et fotoprojekt som skulle handle om datteren Maria. Hun er yngst av tre barn og fyller 16 i år. Hun har Angelmans syndrom og et mentalt nivå som en ettåring.

Vi møtes i galleriet, hvor han gjør de siste justeringene før utstillingen åpner samme kveld. Store portretter og situasjonsbilder i svart-hvitt fyller veggene i Fotografiens hus i Oslo, og fotobøkene ligger klare på et bord.

– Det er litt som en disputas dette, humrer han og forteller at Dagsrevyen nettopp har gjort et intervju til kveldens nyhetssending. Dagbladet har laget et oppslag til helgens magasin. Han vil gjerne vise at et annerledes liv med sykdom også kan være et godt liv.

– Jeg har fotografert siden jeg var tenåring, men etter at barna ble større har jeg brukt

mer tid på det. Mørkerommet er et kreativt rom og et frirom, ja kall det gjerne grublerom, smiler han. Prosjektet har ikke bare resultert i bilder.

– Boken har gitt meg mulighet for refleksjon. Jeg har sortert tankene om hvordan det har vært å få et sykt barn. Vi går tur flere timer hver lørdag, og siden Maria er uten språk kan det bli litt stille. På et tidspunkt begynte jeg å ta med meg kamera.

Strandveien fjordhotell

– Hvorfor valgte du å bli lege?

– Jeg vokste opp like ved Blakstad sykehus i Asker. Som barn var jeg nysgjerrig på menneskene som var innlagt ved den psykiatriske avdelingen, og lurte mye på hvordan de hadde det. Da jeg var 19, begynte jeg som pleiemedhjelper der. Jeg ville finne ut av om

jeg ville ha et liv innenfor helsevesenet. Det var gleden over å jobbe med mennesker som var utslagsgivende for yrkesvalget, og jeg jobbet der mye av legestudiet.

– Hva slags avdeling jobbet du ved?

– Det var en gammeldags åpen avdeling, slike som ikke finnes i dag. Pasientene kom frivillig og fikk hjelp. Det var folk som strevde, og som kanskje manglet ankerfeste i livet sitt. Så hadde vi noe fint som vi kalte Strandveien fjordhotell. Til jul og påske inviterte vi tidligere pasienter som gjester. De var ikke innlagt i avdelingen for behandling, de var der for omsorg og selskap. Jeg tror det beskyttet mot innleggelse, og så var det en verdighet i det. Pasientene kom fordi de hadde lyst og fordi de hadde glede av det.

– Nå er det ikke rom for slike tilbud i spesialisthelsetjenesten lenger.



– Jeg tror det er synd, det var en rimelig form for ettervern. Uansett – jeg begynte å studere medisin og så nok for meg en tilværelse som lege på et lite sted hvor alle kjenner alle. Jeg begynte i allmennpraksis, men syntes det ble for mye søkelys på drift, effektivitet og økonomi. Konsultasjonene var korte, og jeg syntes ikke at jeg fikk gjort en grundig nok jobb. Litt tilfeldig begynte jeg ved nevrologen i Kristiansand i 1996 og har i hovedsak vært der siden. I nevrologi er samtalen viktig. Jeg er en «psykiatrisk motivert» nevrolog og har mange smertepasienter. De har ofte hatt psykososiale vanskeligheter og mange utfordringer i livet. Jeg synes kroniske smertepasienter er en neglisjert gruppe. De kommer til helsevesenet med vondt overalt og får en undersøkelse for det mest aktuelle symptomet. Deretter blir de gående fra spesialist til spesialist. Kanskje er det legenes egne ambisjoner som står i veien for den gode behandlingen? Behandling av kroniske smertepasienter krediteres ikke som hjernekirurgi eller hjertekirurgi. Det handler mye om hverdagsmennesker som strever. I allmennpraksis likte jeg ikke å jobbe med hodepinepasienter. Jeg skjønnte ikke helt hva jeg skulle gjøre og var alltid litt engstelig for å overse en hjernesvulst. Da jeg begynte i nevrologien, møtte jeg meg selv i døren, og fikk pasienter på poliklinikken som jeg hadde henvist selv. Jeg skjønnte at jeg måtte ta tak i utfordringen. Det viste seg å være en takknemlig pasientgruppe.

– Hvordan jobber du?

– Jeg spør veldig mye om plager, symptomer, levemåte og vaner, og så spør jeg nesten aldri pasienter om de har psykiske plager. Jeg spør hvordan de sover – og så nøster jeg videre derfra. Hva tenker du på når du ligger i sengen? Så har vi plutselig rullet opp en hel historie som inneholder noe nyttig, og som gjør at vi kan hjelpe. Jeg er også opptatt av å utfordre pasientene til å gå inn i en forpliktende rolle, pasientene må bidra til egen bedring.

«Man kan bli sugd inn i en avhengighetstilværelse hvor alt dreier seg om omsorg og ingen stimuli som voksen»

– Det høres ut som en terapitime?

– Jo, du kan så si. Det er ikke så «brainy» medisin, men det er engasjert medisin. Det som gir anerkjennelse i legemiljøet, er å tenke en innmari vanskelig tanke, ta en



Alle foto: Christian Tunge

MAGNE BØE

Født 13. august 1963

Cand.med. Universitetet i Oslo 1992

Spesialist i nevrologi 2002

Overlege ved Nevrologisk avdeling, Sørlandet sykehus, Kristiansand

Avdelingsleder 2006–11

Doktorgrad ph.d. Universitetet i Tromsø 2009

Enhetsleder leger Sørlandet sykehus fra 2016

prøve som ingen har hørt om – og få treff. Da stiger du i gradene. Det er fint det, men det er mye hverdagsmedisin som ikke får nok oppmerksomhet. Hvorfor er vi så interessert i det spesielle og sjeldne? Er det også litt for å fremme oss selv? Vi må håndtere de sjeldne tilstandene, det er viktig for disse pasientene, men vi har et stort gross som vi må hjelpe bedre.

Hodepine

Bøe er nevrolog med hodepine som spesialfelt.

– Jeg har tatt doktorgrad i kronisk hodepine og gått den akademiske veien, men det var av nysgjerrighet. Jeg forsket halve tiden i seks år, de siste årene som avdelingsleder samtidig. Så hadde vi et funksjonshemmet barn på samme tid.

– Det høres ut som mye på en gang?

– Da jeg begynte med doktorgraden, fikk jeg mulighet til å regulere hverdagen halve tiden. Forskningen ga meg den fleksibiliteten jeg trengte på hjemmebane. På jobben undersøkte jeg fortsatt hodepinepasienter, men på en litt mer strukturert måte. Så var det interessant å forsøke å finne ut av sammenhenger. Det står fortsatt mye i lærebøker som det ikke er evidens for om hodepinebehandling. Blant annet har det stått at pasienter med medikamentutløst hodepine kunne bruke kortison en periode under avvenningen. Dette ville jeg finne mer ut av. Vi inkluderte 100 pasienter og dobbeltblindet behandlingen. Det var en helt lokal studie.

– Du lagde en randomisert, kontrollert studie (RCT)?

– Ja, og fant ingen effekt av kortison. Studien gikk rett inn i *Neurology* på første forsøk. Det var artig. Tenk at de likte en studie fra et lite sykehus som vårt! Jeg hadde hatt god veiledning, en god design, og så var det en klinisk problemstilling som ikke var adressert. Nevrologien består av en femdel hodepinepasienter, men det er få nevrologer som interesserer seg for dette. Jeg tror jeg har bidratt til at flere som har hatt uføretrygd, har startet i arbeid igjen. De trengte hjelp med sine problemer, og da er kanskje det at noen bryr seg, avgjørende.

Å lede leger

Bøe har hatt flere lederfunksjoner, nå er han enhetsleder.

– Leger er selvstyrte, trives med det, men styrer seg gjerne i litt ulike retninger. Hvis man skal få en avdeling til å fungere, må man bli enig om hvordan man skal gjøre ting. Jeg tror ikke vi snakker nok om hvordan vi jobber sammen, om forventninger vi har til hverandre. Mye kan bidra til at et samhold på en avdeling forstyrres. Det kan være personlige ambisjoner hos noen som gjerne vil nå en posisjon, og så kan det bli et internt hierarki og et klatresystem som er lite hensiktsmessig. Jeg synes vi må komme oss videre og gjøre hverandre gode. Hvis vi lager gode systemer og er gode venner som hjelper hverandre – da gjør vi noe bra for pasientene. Det er godt å komme til et hus som er i orden, enten det er et vanlig hus eller et sykehus.

– Hvordan skal ledelsen bidra?

– Sykehusledere er hyggelige mennesker som vil det beste, men det er alltid noen som mener at vi er dårlig organisert. At hvis vi bare jobber smartere og bruker et eller annet nytt prinsipp, så henter vi frem en ubenyttet ressurs. Det tror jeg ikke noe på. Kravet til resultater øker hvert år, samtidig med reduksjoner i budsjettet. Det blir ikke troverdig. Jeg synes det er dumt å ha resultatmål som vi ikke tror på. Jeg kunne ønske meg at vi ikke telte antall konsultasjoner, men heller antall fornøyde pasienter. Skal sluttresultatet leses i et regneark, eller skal det leses i en pasientkontakt som ble bra – for å sette det litt på spissen. Jeg skjønner at man må lede og bruke relevante verktøy, men jeg savner pasientperspektivet. Jeg har ikke fått det til på min arbeidsplass når jeg har fungert som leder, men jeg har tanker om det, og jeg synes det er viktig. Hva slags moderne sykehus skal vi ha, og hva slags helsevesen vil folk ha – vi må spørre om det.

– Hva slags helsevesen tror du vi får?

– Jeg fyller 55 i år og må innse at jeg er en senior på arbeidsplassen. Jeg har hatt privilegiet med å være med på å si ja til nye behandlingsmuligheter. Yngre legers utfordring vil være å si nei, og det har de ikke fått trening i. Det kommer mange nye behandlingsformer i løpet av få år, og det utfordrer oss på etikk, økonomi og kapasitet. Er det riktig at vi i et av verdens rikeste land skal bevilge oss alt mulig og forlenge livene våre med ett til to år, mens store deler av verden kunne fått mye helsehjelp for prisen av det samme. Jeg er ikke sikker på om etikken på dette punktet står støtt. Når alle i hele verden kan se hvordan alle har det, blir vi utfordret. Vi ser nøden, og de som er nødstilte, ser oss. Det må vi klare å ta inn i vår bevissthet, slik at vi tenker annerledes om goder. Vi lever i en verden, ikke bare et land.

Bøe og kona, som jobber som barne- og ungdomspsykiater, hadde drømmer om en stor familie som blant annet skulle reise ut og jobbe med bistand. Planene måtte legges om da Maria ble født.

Et lite barn hele livet

– Etter noen måneder skjønte vi at hun var annerledes. Først trodde vi det var synet, så skjønte vi at det var mer alvorlig. Etter ett år fikk hun diagnosen. Først var det et sjokk å ha fått et barn som var så hjelpetrengende. Vi tenkte mye på at vårt liv ville forandres

«Hvis man ikke tar grep, risikerer man at hele familien blir syk»

helt, og at hun ikke ville få et liv som andre barn. Det var en sorg på vegne av henne, at hun ikke kunne delta i livet som andre. Hun er utelukket fra en rekke ting som vi ønsker for våre barn, og så var det også en sorg at vi måtte forlate våre egne drømmer og planer.

De første årene sov hun veldig dårlig. Det var krevende, men vi bestemte oss tidlig for å leve så normalt som mulig. Vi ville være en vanlig familie. Det var nok litt ambisiøst, men vi forsøkte. Vi ville arbeide i full stilling begge to. Ikke fordi vi ikke hadde omsorg for Maria, men vi var redde for at vi skulle ramle ned i et slags hull det ville være vanskelig å komme opp av. Vi tok henne tidlig til vanlig barnehage, etter hvert til en spesialbarnehage. Vi sa fra at vi måtte ha avlastning, allerede fra hun var fire år. Vi følte oss ikke som bra foreldre, men vi innså at det var nødvendig for å passe på de andre barna, og at dette var nødvendig for oss – så vi kunne holde ut med hverandre og dette livet. Jeg tror det var et smart grep. Vi valgte også å bygge om huset en god del da vi skjønte at vi kom til å være mye hjemme. Vi var heldige og hadde et hus som tillot dette, og råd til å gjøre det. At vi begge er leger hjalp oss nok til å være realistiske. Vi visste at det ikke er noe som kan gjøre hennes liv veldig annerledes. Det er ikke noe vi kan hente fra helsevesenet utover vanlig helsetilbud. Kunnskapen om dette gjorde at vi slapp å lete og streve etter mulig behandling. Jeg tror kanskje foreldre får dårlige råd når det gjelder å være hjemme med sine funksjonshemmede barn. De slutter i arbeidet og forlater normaliteten. Jeg tror det er uheldig, selv om de på denne måten tar godt vare på barna. Man kan bli sugd inn i en avhengighetstilværelse hvor alt dreier seg om omsorg og ingen stimuli som voksen. Alle må gjøre sine valg, men jeg tror helsevesenet godt kan råde folk til å bevare et normalt liv i størst mulig grad. Det beskytter og gjør godt for en selv, for familien og barnet man skal hjelpe. Det opplevde vi aldri at noen sa til oss. Jeg tror mange sliter seg ut ved å være hjemme, og til syvende og sist får man mindre å gi. Alle foreldre til funksjonshemmede barn må forberede seg på at andre skal ivareta det. Vi kan ikke pålegge søsken å gjøre dette når vi blir for gamle.





Vi håper at de vil ha et godt forhold og vil bry seg om henne, men vi kan ikke pålegge dem den byrden.

– De har ikke ønsket å være en del av foto-utstillingen?

– De ønsker ikke å være så profilerte. Det er greit. De er engasjerte, men de har jo også opplevd det som belastende å ha en syk søster.

– De ville ikke ha med lillesøster på skole-avslutninger?

– Nei, de ville ikke det. Det kunne være sårt for oss, og vi måtte ta noen valg. Skulle vi trumfe gjennom vårt ønske om at begge foreldrene skulle delta på skoleavslutninger, eller skulle vi respektere barnas ønske om å holde Maria borte? Vi grunnet over det og ble enige om å respektere barnas ønsker. De har en stor utfordring i livet som de ikke har valgt, og som de ikke kommer bort fra. De få gangene de ber om å bli skjermet, må vi ha respekt for det og heller leve med at vi ikke får være med.

– Det blir mye oppmerksomhet rundt den syke, går det ut over de friske?

– Familier som vår har en stor belastning, og hvis man ikke tar grep, risikerer man at hele familien blir syk. Vi er ikke supermen-nesker og har våre svakheter, men vi greier oss. Kanskje fordi vi raskt så og sa hva vi trengte, og at vi ville stå i jobb. Det er ikke alltid et ekteskap overlever at drømmene må endres betraktelig. Jeg tror at vi var heldige med å finne noen løsninger som fungerte godt.

I fotoprojektet han satte i gang, hadde han nytte av sin vitenskapelige erfaring.

– Jeg skrev en protokoll, lagde en tidsplan og ga prosjektet struktur på den måten. Jeg ville vise hennes liv. Jeg har bare brukt gammeldags film og fremkalling. Jeg synes det passer med langsom fotografering hvor man må «vente ut» motivet og ikke bruke opp rullen.

– Hva tenker du om at hun ikke kan samtykke til fotografering og publisering?

– Det har vi snakket mye om. Vi har vært opptatt av at bildene skal ha en verdighet og har valgt nøye ut hva vi vil vise og ikke vise.

– Hva skal du fotografere nå?

– Neste prosjekt handler om de nære ting – det å se hverdagen rundt oss med de visuelle pussighetene som finnes. Kanskje skal jeg også fotografere Maria når hun flytter over i egen bolig. Jeg har lyst til å gjøre mer av de tingene som gjør meg godt. Jeg synes foto gjør meg oppmerksom på alt rundt meg på en måte som beriker livet mitt. Og kanskje får noen andre glede av å få se det samme.

MARIT TVEITO

marit.tveito@me.com

Mens vi venter på en ny metode for aldersbestemmelse av unge asylsøkere

Legeforeningen og Rådet for legeetikk fraråder leger å delta i aldersvurdering av unge asylsøkere. Dagens metoder er for usikre, og det er vanskelig å ivareta prinsippene om frivillighet og informert samtykke. Alder er avgjørende for rettigheter og videre prosess, og metoder for aldersbestemmelse bør kun brukes om de er sikre. Slike metoder har vi ikke i dag.

Utlendingsdirektoratet (UDI) informerer på sine nettsider at dersom de er i tvil om alderen til en ung asylsøker, kan de be om samtykke til å gjennomføre en aldersundersøkelse. Denne «består av to deler, røntgenbilde av hånd og av tenner. En lege ser på disse bildene og vurderer hva som er din riktige alder. Dersom du ikke vil ta slik undersøkelse, kan det ha betydning for om du får positivt eller negativt svar på asylsøknaden» (1).

Aldersbestemmelse av unge asylsøkere reiser flere prinsipielt viktige spørsmål, både om rettssikkerhet, menneskerettigheter, etikk og samfunnsansvar. Hvilken feilmargen kan aksepteres for resultatene? Er det mulig å oppnå et informert, frivillig samtykke til en slik undersøkelse når ikke å samtykke «kan ha betydning for om du får positivt eller negativt svar på asylsøknaden»?

Legeforeningen vedtok i september 2010 å anbefale at «leger ikke bør delta i aldersvurdering av mindreårige, enslige asylsøkere basert på røntgen av håndrot (...) Sentralstyret erkjenner at myndighetene har et legitimt behov for å avklare hvilke asylsøkere som har de rettigheter som tilfaller barn og hvilke som er voksne og følgelig har andre og færre rettigheter. Leger har i forskjellige sammenhenger både rolle som behandler og sakkyndig og dermed underlagt ulike regler. Når sentralstyret likevel mener at leger ikke bør delta i alderstesting av enslige, mindreårige er det særlig med utgangspunkt i usikkerheten ved metodene

og i hvor stor grad samtykket er informert og frivillig» (2).

Advocacy and Ethics Group of the European Academy of Pediatrics frarådet i 2016 leger å delta i aldersbestemmelse av samme hensyn (3).

I desember 2016 behandlet Rådet for legeetikk en klage på legen som har tolket røntgenbildene av håndrot og foretatt aldersvurderinger på oppdrag fra Utlendingsdirektoratet i seks år.

Klager peker på at Utlendingsdirektoratet har brukt aldersbestemmelse i utstrakt grad til tross for faglig uenighet, og at det, fra bare å ha blitt benyttet i tvilstilfeller, nå utføres på nesten alle som mener seg under 18 år (4). Klager viser til at Legeforeningen har frarådet medlemmer å delta i røntgenundersøkelser med tanke på aldersbestemmelse av mindreårige flyktninger, og stiller spørsmål ved om virksomheten til innklaget lege strider mot Legeforeningens etiske regler.

Innklaget lege mener i sitt tilsvaret til klagen å ha foretatt aldersvurderingene basert på «de best foreliggende metoder». Han er enig i at «metodene ikke er så gode som ønsket, men dessverre ligger mye av dette i den velkjente variasjon i biologisk utvikling, og særlig i de aktuelle aldersgrupper for EMA» (enslige mindreårige asylsøkere).

Rådet for legeetikk har ikke mandat til å ta stilling til medisinskfaglige spørsmål, jf. Reglement for Rådet for legeetikk § 2 (5). Rådet baserte seg derfor på Legeforeningens medisinske vurdering og klare anbefaling i brev av 28. oktober 2010 (2), som er basert på interne uttalelser og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenestens rapport nr. 13-2006 (6). Synspunktene er også i tråd med internasjonale råd (7).

Med utgangspunkt i Etiske regler for leger, kap. I, §§ 1, 2 og 9 (8), samt kap. IV, § 3 (ramme 1) uttalte Rådet for legeetikk: «Rådet konkluderte med at innklaget lege utfører et meget spesielt sakkyndigoppdrag for UDI, at det er ikke medisinsk indikasjon for undersøkelsene, og at metoden som benyttes er omstridt. Aldersvurdering med røntgen av håndrot og tannundersøkelse forutsetter gyldig samtykke, altså at samtykket er gitt på informert grunnlag av en samtykkekompetent person. Det er grunn til å stille spørsmål ved om frivillig, informert samtykke er mulig å oppnå for disse undersøkelsene. Som Legeforeningen skriver kan det ifølge UDI få konsekvenser for søknaden å nekte å la seg aldersvurdere. Dette er først

Ramme 1 Aktuelle §§ i Etiske regler

Kap 1 § 11. ledd

En lege skal verne menneskets helse. Legen skal helbrede, lindre og trøste. Legen skal hjelpe syke til å gjenvinne sin helse og friske til å bevare den.

§ 2 første ledd

Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med omsorg og respekt. Samarbeidet med pasienten bør baseres på gjensidig tillit og skal, der det er mulig, bygge på informert samtykke.

§ 9 første og andre ledd

En lege skal ved undersøkelse og behandling kun ta i bruk metoder som forsvarlig legevirksomhet tilsier. Metoder som setter pasienten i unødige fare, må ikke benyttes. Dersom legen selv ikke behersker en metode, skal han/hun sørge for at pasienten kommer under annen kyndig behandling. Legen må ikke gjøre bruk av eller anbefale metoder som savner grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller tilstrekkelig medisinsk erfaring. En lege må ikke la seg presse til å bruke medisinske metoder legen finner faglig ukorrekte.

Kap. IV, § 3

En lege skal bygge sine erklæringer på nødvendig innhentet informasjon og på så omfattende undersøkelser som formålet tilsier.

og fremst et rettighetsproblem for den som blir undersøkt, men det kan også være problematisk for det helsepersonellet som gjennomfører undersøkelsene.

Rådet mener at det påhviler vurderende lege et særlig ansvar for å sikre at kravene etter Etiske regler for leger kap. I, §§ 1 og 2 er ivaretatt.

Rådet for legeetikk finner at innklaget lege ved å gjennomføre alderstesting av mindreårige, enslige asylsøkere basert på usikre metoder som han selv uttaler at 'ikke er så gode som ønsket', og uten mulighet for å sikre et gyldig samtykke, har opptrådt i strid med Etiske regler for leger kap. I, §§ 2 og 9. Videre mener Rådet at han har avgitt sakkyndige erklæringer som etter Rådets vurdering ikke bygger på 'så omfattende undersøkelser som formålet tilsier', jf. kap IV § 3. Saken er gjengitt i *Årsmelding 2016* fra Rådet for legeetikk (9).

Innklaget lege trakk seg «etter en samlet vurdering» i desember 2016 (10), og Folkehelseinstituttet fikk et nasjonalt fagansvar for å evaluere og forbedre metodene (fra 1.1.2017 overført til Avdeling for rettsmedi-

sinske fag ved Oslo universitetssykehus) (11). De uttalte at dagens alderstesting ikke er tilstrekkelig vitenskapelig basert, og at de derfor ikke kan ta faglig ansvar eller videreføre praksisen (12). Den rettsmedisinske faggruppen har i samarbeid med Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet gjennomført en systematisk kartlegging av det vitenskapelige grunnlaget for flere metoder som benyttes til medisinske aldersvurderinger (13, 14).

I påvente av ny metode vurderer Utlen-

dingsdirektoratet håndrøntgenbildene selv (15). I juni lanserte Avdeling for rettsmedisinske fag ved Oslo universitetssykehus verktøyet Bioalder (16, 17). Med denne metoden lager man et intervallestimat for alder med henholdsvis 75 % og 95 % sannsynlighet basert på ulike metoder for aldersfastsettelse (18, 19).

Vi forstår det slik at dette er metoder som tar utgangspunkt i bilder av tenner og av håndrot. Bildene tolkes av henholdsvis tannlege og radiolog, og resultatet kan

så settes inn i Bioalder-verktøyet av saksbehandlere i Utlendingsdirektoratet. Rapporten som genereres, blir brukt i videre saksbehandlingen.

Da kan man spørre: Er det tilstrekkelig søkelys på et reelt informert samtykke? Er usikkerheten i metoden blitt mindre, og hvordan forholder Utlendingsdirektoratet seg til usikkerheten?

Mottatt 5.11.2017, første revisjon innsendt 10.12.2017, godkjent 25.1.2018.

SVEIN AARSETH

svein.aarseth@vikenfiber.no

(f. 1950) er spesialist i allmenmedisin og i arbeidsmedisin. Han er fastlege og fra 2014 leder av Rådet for legeetikk.

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

STINE KATHRIN TØNSAKER

(f. 1981) er sekretær for Rådet for legeetikk og advokat/spesialrådgiver i Den norske legeforening.

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

LITTERATUR

- Utlendingsdirektoratet. Aldersundersøkelse av enslige mindreårige asylsøkere. <https://www.udi.no/ord-og-begreper/aldersundersokelse-av-enslige-mindrearige-asylsokere/> (13.9.2017).
- Den norske legeforening. Aldersvurdering av enslige, mindreårige asylsøkere. <http://legeforeningen.no/PageFiles/2987/Brev%20fra%20Sentralstyret.pdf> (14.9.2017).
- Sauer PJ, Nicholson A, Neubauer D. Age determination in asylum seekers: physicians should not be implicated. *Eur J Pediatr* 2016; 175: 299–303.
- Gjellan M, Larsen MH. Stadig flere asylsøkere tas i aldersjuks. <https://www.nrk.no/norge/avslorer-aldersjuks-med-rontgen-1.11138309> (11.12.2017).
- Den norske legeforening. Reglement for Rådet for legeetikk. <https://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitisk-utvalg/etikkk/reglement-for-radet-for-legeetikk/> (15.5.2017).
- Graff BA, ten Have M, Hofmann B et al. Aldersvurdering av mindreårige asylsøkere, Rapport nr. 13. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006. https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/rapport/publikasjoner/rapporter/20062/rapport_0613_aldersvurdering.pdf (25.1.2018).
- Separated children in Europe programme. Statement of good practice. København, 2009. <http://scep.sitespirit.nl/images/18/219.pdf> (25.1.2018).
- Den norske legeforening. Etsiske regler for leger. <https://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitisk-utvalg/etikkk/etsiske-regler-for-leger/> (14.9.2017).
- Den norske legeforening. Årsberetning for Rådet for legeetikk for perioden 1.1.2016–31.12.2016. <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Etikkk/Arsberetninger-Radet-for-legeetikk/> (25.1.2018).
- Jensen I. Lege gir seg etter kritikk av alderstesting. <https://www.tv2.no/a/8821167/> (14.9.2017).
- Folkehelseinstituttet. Medisinsk aldersvurdering som grunnlag for UDIs aldersfastsettelse. <https://www.fhi.no/nyheter/2016/medisinsk-aldersvurdering-som-grunnlag-for-udis-aldersfastsettelse/> (14.9.2017).
- Strand T, Granviken S. Omstridt alderstesting kan bli skrinlagt. <https://www.aftenposten.no/norge/ixR40Q/Omstridt-aldersvurdering-kan-bli-skrinlagt> (14.9.2017).
- Dahlberg PS, Mosdøl A, Ding KY et al. Samsvar mellom kronologisk alder og skjelettalder basert på Greulich og Pyle-atlasen for aldersestimering: en systematisk oversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017. <https://www.fhi.no/publ/2017/samsvar-mellom-kronologisk-alder-og-skjelettalder-basert-pa-greulich-pyle/> (25.1.2018)
- Rolseth V, Mosdøl A, Dahlberg PS et al. Demirjans utviklingsstadier på visdomstenner for estimering av kronologisk alder: en systematisk oversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017. <https://www.fhi.no/publ/2017/demirjans-utviklingsstadier-pa-visdomstenner-for-estimering-av-kronologisk-alder/> (25.1.2018).
- Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017. <https://www.fhi.no/publ/2017/demirjans-utviklingsstadier-pa-visdomstenner-for-estimering-av-kronologisk-alder/> (25.1.2018).
- Skjetne OL. UDI aner ikke når nye alderstester kommer på plass, i mellomtiden brukes denne kontroversielle metoden: <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/alderstest-av-asylsokere-udi-aner-ikke-naar-nye-alderstester-kommer-paa-plass-i-mellomtiden-brukes-denne-kontroversielle-metoden/a/23939383/> (25.1.2018).
- Bachs L, Bleka Ø, Dahlberg PS et al. Manual. Bioalder: Et verktøy for bruk av biologiske undersøkelser i aldersvurdering av enslige mindreårige asylsøkere. Oslo: Oslo universitetssykehus, 2017. https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/BioAlderManual_v1.0.pdf (25.1.2018).
- BioAlder – nytt verktøy for å anslå alder for yngre asylsøkere. <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss/nyheter/bioalder-nytt-verktoy-for-a-ansla-alder-for-yngre-asylsokere> Oslo: Oslo universitetssykehus, 2017. (14.9.2017).
- Demirjian A. Dentition. I: Falkner F, Tanner JM, red. Human growth: a comprehensive treatise. 2. utgave. New York, NY: Plenum Press, 1986: 269–98.
- Greulich WW, Pyle SI. Radiographic atlas of skeletal development of the hand and wrist. 2. utgave. Stanford, CA: Stanford University Press, 1959.

Mødreventehjem – effektivt redskap for global mødrehelse

I Nepal skjer fremdeles rundt halvparten av fødslene uten at trent fødselshjelper er til stede. Mødreventehjem, der mødre med risikosvangerskap kan bo den siste tiden før termin, kan gi flere av dem praktisk mulighet til å føde på sykehus. Tiltaket er særlig nyttig for unge førstegangsgravide.

Er det medisinsk forsvarlig å føde hjemme? Dette har nylig vært et debattert tema i Tidsskriftet (1). Jeg ønsker her å komme med noen perspektiver fra landsbygda i Nepal. Sett herfra er problemstillingen ganske annerledes.

Dødeligheten for mødre og barn er på vei ned i de fleste lav- og mellominntektsland.

Også i Nepal har både mødredødelighet og nyfødt dødelighet blitt redusert. I 2015 var den henholdsvis 258 per 100 000 fødsler og 21,9 per 1 000 levendefødte (2). Dette er fremdeles høyt, så ytterligere innsats på disse områdene må prioriteres. Nesten halvparten av fødslene i landet skjer fremdeles uten noen trent fødselshjelper til stede (3), og to tredeler av mødredødsfall skjer utenfor

helseinstitusjoner (4). Derfor er det viktig å arbeide for at flere fødsler kan skje på helseinstitusjon under tilsyn av kvalifisert personell.

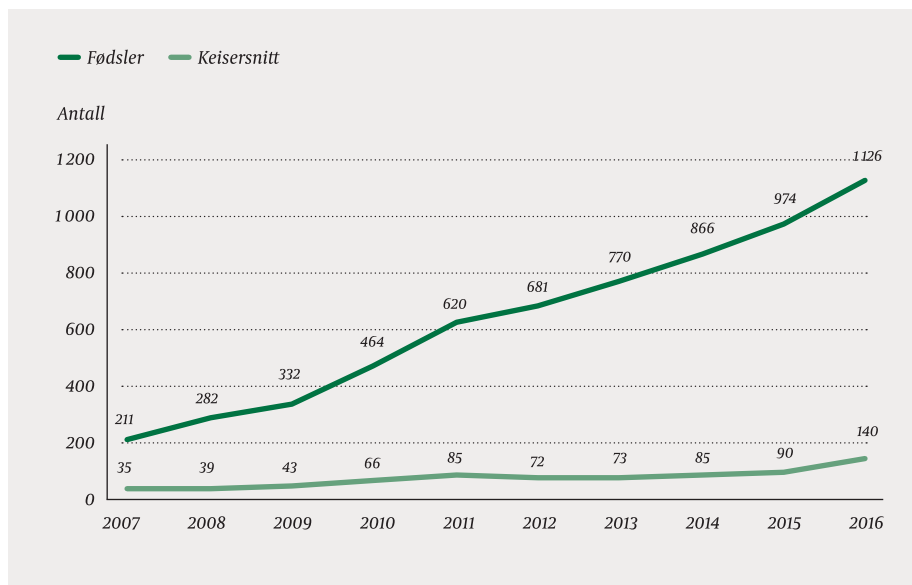
Nepal er blant verdens minst utviklede land. Totale helseutgifter per innbygger i 2014 var 137 dollar, mens tilsvarende for Norge var 6 347 dollar (5). Med så lite penger tilgjengelig er det ekstra viktig å finne kostnadseffektive helsetiltak.

Det lille Okhaldhunga sykehus i Øst-Nepal (6) ligger i landlige omgivelser med spredt bebyggelse (fig 1). Jeg har jobbet her de siste 14 årene. Sykehuset har nå godt over tusen fødsler årlig, men vi ser fremdeles katastrofale følger av at gravide ikke får kvalifisert hjelp i tide. Mye av problemet har vært at de har satset på å la fødselen skje hjemme. Svære postpartumbldninger forårsaker alene 25–30 % av mødredødsfallene her i Nepal (7), omtrent som i de fleste fattige land i Asia og Afrika (8). I en befolkning på vel 250 000 mennesker i Okhaldhunga distrikt utgjør dette alene flere dødsfall årlig. Obstruert fødsel på grunn av mekaniske misforhold eller udiagnostisert avvikende leie er også vanlig. For dem som ikke når sykehus i tide, kan det føre til livsvarige iskemiskader hos barnet eller fosterdød, eventuelt også uterinruptur og risiko for mors liv. Her er vi ved sakens kjerne: Hvordan kan vi, i en del av verden der mødredødeligheten er høy og transport er dyrt og langsomt, sikre at fødende kvinner når sykehus i tide?

I løpet av de siste ti årene har antall fødsler på sykehuset økt fra 211 til 1 126 (fig 2). Dette har flere grunner. For det første fikk distriktet permanent veiforbindelse til omverdenen for ca. åtte år siden, og veiene blir flere og bedre. For det andre måtte de fødende inntil for fem år siden selv betale for fødselsomsorgen på sykehuset. Det er også grunn til å tro at økningen delvis skyldes tilbudet om å bo på et mødreventehjem på sykehusets område de siste dagene eller ukene før termin. Vi har nylig gjennomgått



Figur 1 Okhaldhunga sykehus ligger i dalsiden med terrassejordbruk på alle kanter. Her er spredt bebyggelse, men sykehuset betjener en befolkning på mer enn 250 000 mennesker. Foto: Erik Bøhler



Figur 2 Antall fødsler på Okhaldhunga sykehus er mer enn femdoblet i løpet av de siste ti årene, mens antall keisersnitt er firedoblet

erfaringene fra dette hjemmet. Ettersom mødrehelsearbeid er høyt prioritert innen norsk helsebistand, kan erfaringene være relevante også andre steder.

Mødreventehjemmet i Okhaldhunga

Okhaldhunga sykehus betjener befolkningen i Okhaldhunga-distriktet, men fordi flere av nabolagene mangler fungerende sykehus (definert som et sted der det er kontinuerlig beredskap for keisersnitt), betjener det også store deler av befolkningen der. Sykehuset har offisielt bare 50 senger, men gjennomsnittlig antall innlagte pasienter siste år var 63,5, altså et pasientbelegg på 127 %.

Sykehuset eies og drives av den internasjonale misjonsorganisasjonen United Mission to Nepal. Normisjon, en norsk misjonsorganisasjon, har bidratt betydelig til en utvidelse og fornyelse av sykehuset de siste årene. Sykehuset har nepalsk ledelse, og 95 av de 97 ansatte er nepalere. Det arbeider for tiden åtte leger (fem i utdanningsstillinger og tre overleger) og 39 pleiere (sykepleiere, hjelpepleiere og pleiemedhjelpere) på sykehuset.

Sykehuset driver mødreventehjemmet. Kun én ansatt, en hjelpepleier, er tilknyttet dette. Beboerne får gratis enkle matvarer som ris, olje og grønnsaker, og lager maten selv. Hjelpepleieren gjør daglig en rutinesjekk på alle de gravide, og hver formiddag er det helseundervisning hvor både de gra-

vide og pårørende er til stede. Temaer er gjerne relatert til graviditet, fødsel og barsel-tid eller familieplanlegging. Det etableres nær kontakt med beboerne på mødreventehjemmet. Etter endt opphold der, når de nybakte mødre har kommet hjem med sin nyfødte og trenger råd, er det ofte mødreventehjemmet de henvender seg til, for der har de blitt kjent. Det korte oppholdet på fødeavdelingen blir ofte mer upersonlig. Siste år var det totalt 441 gravide innlagt på mødreventehjemmet. De utgjorde 3 953 pasientdøgn, pluss like mange for ledsagende pårørende.

Gravide med risikosvangerskap som bor langt fra sykehuset får tilbud om å bo på mødreventehjemmet i opptil to uker før termin. Mødreventehjemmet ligger på sykehusets grunn, men de som bor der defineres ikke som innlagt på sykehuset. Oppholdet er gratis. Risikosvangerskap defineres vidt, og omfatter f.eks. alle førstegangsgravide. Alle må ha med en ledsager som kan fungere som pårørende under fødselen. Siste år utgjorde gravide fra områder utenfor Okhaldhunga distrikt 27 % av kvinnene innlagt ved mødreventehjemmet (Nirmala Shrestha, leder for mødreventehjemmet, personlig meddelelse). Ingen av nabolagene har mødreventehjem.

Brukerne av mødreventehjemmet

Fra september 2016 til februar 2017 ble det gjort en spørreundersøkelse blant de

201 gravide som var innlagt på mødreventehjemmet i denne tiden. Av disse fødte 195 senere på sykehuset. Av de seks som ikke fødte på sykehuset, fødte to på andre sykehus og fire reiste hjem før fødselen.

Alle de 195 som fødte på sykehuset ble intervjuet to ganger, først ved innleggelse i mødreventehjemmet og så ved utskrivning fra sykehuset etter fødselen. Deltagelse i undersøkelsen var frivillig og skjedde etter at det var innhentet informert samtykke. Undersøkelsen ble gjort på oppdrag av sykehusstyret (Internal Management Committee), ut fra et ønske om å kvalitetssikre virksomheten ved mødreventehjemmet.

69 % var førstegangsfødende. Brukerne hadde en gjennomsnittsalder på 22,8 år. De to yngste var 16 år gamle. 32 % var under 20 år, mens bare 10 % var over 30 år.

Reisetiden til sykehuset var gjennomsnittlig 3,9 timer. 16 kvinner hadde brukt åtte timer eller mer på reisen. Reisen til sykehuset kostet gjennomsnittlig 1 496 rupees (= 120 NOK) og foregikk for det meste med buss, jeep eller motorsykkel. En knapp tredel av kvinnene gikk en betydelig del av veien på egne ben. Én kvinne hadde brukt 12 000 rupees for å komme til sykehuset – en 12 timers ferd med jeep.

Kvinnene som bor på mødreventehjemmet må ha med seg pårørende som hjelp og støtte, også i tilfelle det skulle oppstå komplikasjoner. Oftest var ektemannen med (to tredeler), 11 % hadde svigermor og resten en annen kvinnelig slektning. Bare én av de gravide hadde ingen pårørende hos seg under oppholdet.

Kvinnene ble overført fra mødreventehjemmet til sykehusets fødeavdeling når fødselen begynte. I noen få tilfeller, som ved akutte komplikasjoner under svangerskapet (f.eks. alvorlig preeklampsi), skjedde det tidligere. Oppholdet på mødreventehjemmet varte gjennomsnittlig i 8,6 dager (spredning 1–36 dager). Av de 195 fødselene var det 24 keisersnitt, omtrent lik prosentandel som for alle fødselene ved sykehuset dette året. Av de øvrige fødselene var 20 vakuumbøringer. Behandlingstrengende postpartumbøringer ble registrert ved ni av de vaginale fødselene, hvorav tre trengte blodtransfusjoner.

Kostnadseffektiv fødselshjelp

Svært mange av kvinnene som benyttet seg av mødreventehjemmet var unge, en tredel var tenåringer, og mer enn to tredeler var førstegangsfødende. Dette er en gruppe det

er særlig viktig å nå, fordi tenåringsmødre har lett for å falle utenfor den organiserte fødselsomsorgen. Så mange som 58 % av tenåringsmødre i Nepal føder uten at trent fødselshjelper er til stede. Det er høyere enn for andre aldersgrupper (2). Trolig kan mødreventehjem bidra til å redusere denne prosentandelen for de yngste og mest sårbare gravide.

Selv om reisen skjedde planlagt og derfor ofte med buss, hadde mange lang reisevei og betydelige reiseutgifter (gjennomsnittlige reisekostnader på 1 496 rupees er en stor utgift der en dagslønn ligger rundt 400 rupees). Alternativet er å starte reisen til sykehuset først når fødselen er i gang. Da er det travlere, og kvinnene må ofte leie en privat jeep eller ambulans. Det er mye dyrere og ofte svært vanskelig eller umulig å få tak i, for eksempel på natten.

I 2016 kom knapt 40 % av de fødende ved Okhaldhunga sykehus fra sykehusets mødreventehjem. De fleste av disse var unge førstegangsfødende. Mange hadde ytterligere risikofaktorer, men ikke alle. Sannsynligvis ville svært mange av dem ha født hjemme i landsbyen om det ikke hadde vært for tilbudet om mødreventehjem. De ville da ha gått glipp av livreddende obstetrisk hjelp, for eksempel operative forløsninger og behandling for postpartumblødninger, preeklampsi og infeksjoner. En nylig publisert studie fra sykehuset konkluderte med at raten for keisersnitt var lav og at det ikke var tegn til unødvendig bruk av keisersnitt (9). Så det er grunn til å tro at disse inngrepene var nødvendige.

Totale kostnader til drift av mødreventehjemmet gjennom året var på 103 000 kroner, altså 234 kroner per fødsel. Av kostna-

dene var 56 000 kroner til mat og 47 000 til hjelpepleierens lønn. I områder med spredt bosetning og dårlig infrastruktur er mødreventehjem en kostnadseffektiv metode for å bedre tilgjengeligheten til fødselshjelp på sykehus. Vår erfaring viser at effekten kan være særlig stor for unge førstegangsfødende.

Mottatt 22.8.2017, første revisjon innsendt 24.10.2017, godkjent 20.11.2017.

ERIK BØHLER

erikbohler@gmail.com

(f. 1954) er dr.med., spesialist i barnesykdommer og er på oppdrag for Normisjon medisinsk koordinator ved Okhaldhunga sykehus i Nepal.

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

LITTERATUR

- Johansen LT, Iversen JBH, Broen L. Planlagt hjemmefødsel og forsvarlig helsehjelp. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 914–6.
- World Health Organization. Global Health Observatory country views. <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-NPL> (1.8.2017).
- World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data. http://www.who.int/gho/maternal_health/countries/npl.pdf?ua=1 (2.8.2017).
- Shrestha S, Bell JS, Marais D. An analysis of factors linked to the decline in maternal mortality in Nepal. PLoS One 2014; 9: e93029.
- WHO. <http://www.who.int/countries/npl/en/> (1.8.2017).
- Bøhler E. Utkantmedisin i Nepal. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2506–8.
- Rajbhandari SP, Aryal K, Sheldon WR et al. Postpartum hemorrhage prevention in Nepal: a program assessment. BMC Pregnancy Childbirth 2017; 17: 169.
- Khan KS, Wojdyla D, Say L et al. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet 2006; 367: 1066–74.
- Samdal LJ, Steinsvik KR, Pun P et al. Indications for cesarean sections in rural Nepal. J Obstet Gynaecol India 2016; 66: 284–8.

Sjakk, allmennpraksis og forbedring

Det er moro med vår unike Magnus Carlsen, det er moro med sjakk og vår nye juniorverdensmester Aryan Tari. Magnus og Aryan har inspirert mange nordmenn til å finne frem brikkene igjen. Man setter av tid, man setter seg ned, man gjør et trekk. Og trekket åpner for mange refleksjoner.

Som i allmennpraksis lønner det seg å ha breddekompetanse, det vil si strategisk kunnskap om åpninger, mellomspill og sluttspill. I åpningsfasen må man straks ta hensyn til hva motspilleren gjør, man må vurdere hva den andre tenker på, man gjør seg hypoteser, man forfølger tankerekker og revurderer tankerekker, og så må man forlate hypotesen for en stund for å utforske en annen eventualitet.

«Så jeg må leve med mine feil og min begrensede kapasitet. Jeg vil aldri nå Magnus til anklene»

Kanskje zoomer man ut for å se på det totale bildet man har foran seg. Hva er viktigst her? I tiltaksfasen må man bestemme seg, gjøre et trekk. Selv om man er usikker, man må satse. Hvis ikke faller man bakover i grublerier og taper på tid.

Så skrider partiet fremover, og uansett hvor mye man har tenkt, kommer likevel overraskelsene som man ikke har tenkt på. Så da må man improvisere og reorientere seg. Ligner ikke det litt på allmennpraksis?

Det er alltid moro å lære noe nytt, det er moro å måle mentale muskler med et internasjonalt sjakksamfunn der ute på internett hvor over 18 millioner har meldt seg på chess.com. Det står en motstander klar til å møte deg når som helst med samme rating, + - 200.

Etter endt dyst kan man få en sjakkcomputer til å analysere trekkene dine. Hvert trekk blir vurdert som *bra*, *unøyaktig*, *feil* eller *supertabben* som heter *BUKK*.

«Klokt doserte tilbakemeldinger kan forbedre oss, selv om det svir litt»

Det finnes selvfølgelig mange farer med sjakkspill – kontinuerlige skuffelser over seg selv, økende spenningshodepine eller en utålmodig ektefelle som forteller at nå må det være nok. Men én ting har sjakkcomputeren lært meg, og det er ydmykhet. Som seierherre føler man seg ganske genial, men computeren viser nådeløst alle unøyaktigheter og feil jeg har utført. Så jeg må leve med mine feil og min begrensede kapasitet. Jeg vil aldri nå Magnus til anklene.

Konsultasjonen mellom lege og pasient kan være enkel, men noen ganger uhyre komplisert. Og selvfølgelig er ikke samtalen mellom lege og pasient et sjakkspill. Men også der trår jeg feil, jeg kan alltid bli bedre. Jeg er glad jeg ikke blir overvåket av en computer som påpeker alle mine svakheter som lege, men det kan være interessant med en tilbakemelding fra en god kollega som kommer på praksisbesøk.

I veiledningsgruppen under spesialisering i allmennmedisin kan vi prøve oss i rollespill og i videoopptak av konsultasjoner. Egenforbedring er en prosess som avhenger av passe kritisk selvevaluering og tilbakemeldinger fra kolleger og pasienter. Klokt doserte tilbakemeldinger kan forbedre oss, selv om det svir litt. Det må vi bare tåle.

Ha en god dag på jobben, og pass på – du står i sjakk forresten.



ALEXANDER WAHL

alexanderwahl32@gmail.com

(f. 1963) er veileder og spesialist i allmennmedisin og arbeider ved Kurbadet legesenter. Han er også redaktør for primærhelsetjenesten i Helsebiblioteket.

Foto: Privat

Hvordan beskrive delirium?

I beskrivelsen av symptomene ved delirium brukes flere engelske ord som ikke er lette å oversette til norsk. Hva skal vi kalle awareness, arousal, alertness, attention og consciousness?

De fleste deliriumforskere benytter kriteriene i diagnose-systemet Diagnostic and Statistic Manual (DSM-5) (1). Det er særlig ett av punktene som er vanskelig å oversette. Originalversjonen er slik: «A disturbance in attention (i.e., reduced ability to direct, focus, sustain, and shift attention) and awareness (reduced orientation to the environment)».

Forstyrrelse av *attention* og *awareness* er tillagt økende betydning med nyere versjoner av DSM, og ses nå som de mest sentrale symptomene ved delirium.

Tre nivåer

Disse begrepene innhold og innbyrdes sammenheng diskuteres til dels livlig innenfor mange grener av medisin og psykologi (2). Blant deliriumforskere synes det å være enighet om å betrakte funksjonene i en forenklet, hierarkisk modell med tre arbi-trære nivåer.

Laveste nivå er fenomener som på engelsk kalles *awareness*, *arousal* og *alertness*. Alt dette har å gjøre med våkenhet eller aktive-ring og bedømmes typisk ved å vurdere hvor sterkt stimulus som er nødvendig for å fremkalle en normal respons. Bevissthets-skalaen Glasgow Coma Scale (GCS) bygger på et slikt prinsipp. Instrumenter som benyttes ved evaluering av delirium, har en lignende oppbygning, men evalueringen gjøres noe bredere. Eksempler er Observational Scale of Level of Arousal (OSLA) (3, 4)

og Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) (5).

Våkenhet dekker ett aspekt ved begrepet *arousal*, ettersom dette ordet beskriver et kontinuum som kan omfatte døsighet og våken. Men *arousal* kan også være patolo-gisk økt. Da er pasienten agitert. Den fulle bredden i begrepet *arousal* dekkes derfor ikke av det norske ordet våkenhet alene. Man må benytte begge begrepene våkenhet og agitasjon.

Awareness og *alertness* oppfatter vi som synonymer. Disse begrepene er svært nært beslektet med *arousal*, men omfatter muli-gens et mer kvalitativt aspekt ved pasientenes opplevelse av seg selv og omverdenen. Vi foreslår at både *aware* og *alert* best over-settes med klar. Dette er et ord det er sterkt tradisjon for å benytte i medisinske journaler, ofte som ledd i frasen «våken, klar og orientert». Den tilsvarende frasen i engelsk-språklige pasientjournaler er «awake, alert and oriented», hvilket også passer med at *alert* oversettes med klar. Hvorvidt pasienten er klar, kan bedømmes ved å ta stilling til om hun eller han oppfører seg normalt i den aktuelle situasjonen, medvirker i sam-talen, oppfatter det som skjer i rommet og responderer adekvat.

Midterste nivå i begrephierarkiet kalles *attention* på engelsk. På norsk oversettes dette som regel med oppmerksomhet, og omhandler pasientens evne til å holde fast ved en oppgave. Dette kan testes med enkle «baklengstester», f.eks. pasientens evne til å si årets måneder eller ukens dager bak-lengs. Hvis laveste nivå (våkenhet, agitasjon, klarhet) er unormalt, er det svært sannsynlig at nivå 2 også er det, for man må være våken og klar for å kunne være oppmerksom.

Consciousness brukes i denne tradisjonen

Tabell 1 Fem nøkkelbegreper i beskrivelsen av delirium med forslag til norsk oversettelse

Engelsk begrep	Forslag til norsk oversettelse
Arousal	Døsighet – våkenhet – agitasjon
Alertness	Klarhet
Awareness	
Attention	Oppmerksomhet
Consciousness	Bevissthet

som en samlebetegnelse for nivå 1 og 2, og her tror vi bevissthet er godt innarbeidet som norsk oversettelse.

Toppnivået i modellen er lett å oversette. *Cognition* på engelsk heter kognisjon på norsk, og omfatter elementer som hukommelse, orientering, språk, visuospatiale og eksekutive evner. Hvis nivå 1 og/eller 2 er unormale, vil det også påvirke nivå 3 slik at prestasjonen på kognitive tester er dårlig. Demens rammer typisk primært nivå 3, og først i langt fremskredne tilfeller nivå 2 og 1. Med delirium er det omvendt, denne tilstanden rammer nivå 1 og 2, og som en konsekvens av det blir nivå 3 også påvirket.

Konklusjon

Blant leger er det tradisjon for å vurdere aspekter ved kognisjon hos pasientene, f.eks. hukommelse og orientering. Skal man stille diagnosen delirium, må man også bedømme grad av våkenhet, agitasjon, klarhet og oppmerksomhet. Da er det en fordel å ha orden i begrepene (tab 1).

BJØRN ERIK NEERLAND

bjorn.erik@neerland.net
(f. 1976) er overlege ved Geriatrik avdeling, Oslo universitetssykehus, og forsker på delirium.

MARIA KROGSETH

(f. 1983) er lege og postdoktorstipendiat ved Geriatrik avdeling, Oslo universitetssykehus.

TORGEIR BRUUN WYLLER

(f. 1960) er spesialist i indremedisin og i geriatri, professor i geriatri ved Universitetet i Oslo og overlege ved Oslo universitetssykehus.

LITTERATUR

- American Psychiatric Association. DSM-5 Classification. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013.
- Marchetti G. Against the view that consciousness and attention are fully dissociable. *Front Psychol* 2012; 3: 36.
- Tieges Z, McGrath A, Hall RJ et al. Abnormal level of arousal as a predictor of delirium and inattention: an exploratory study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013; 21: 1244–53.
- Observasjonsskala for bevissthetsnivå. <http://legeforenningen.no/Fagmed/Norsk-geriatrik-forening/Geriatrik-test-og-undervisningsmaterieell/tester-og-registreringsskemaer/Observasjonsskala-for-bevissthetsniva-OSLA> (20.1.2018).
- Ely EW, Truman B, Shintani A et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *JAMA* 2003; 289: 2983–91.

Sulfahannen

«Sykdomsbekjempelse» får i denne reklamen fra Tidsskriftet nr. 10/1939 et særdeles konkret uttrykk, sterkt preget av tidens formspråk. Midlet det reklameres for, Uliron, ble patentert i 1937, altså bare to år før denne siden ble trykt. Sulfonamidene var av de første «mirakelmedisinene» mot bakterieinfeksjoner. Historien bak frembringelsen viser litt av den kjemiske industriens janusansikt. IG Farbenindustrie ble grunnlagt i 1926 som en fusjon mellom blant annet Agfa, BASF, Bayer og Hoechst. I et forskningsprogram for å finne fargestoffer med antimikrobiell effekt var sulfonamidene et bifunn. Forskningsdirektøren G. Domagk fikk faktisk nobelprisen i fysiologi eller medisin i 1939 for sitt arbeid, men måtte si den fra seg etter ordre fra Hitler, som nok ikke var så begeistret for slike priser etter konsentrasjonsleirfangen Carl von Ossietzkys fredspris i 1935. Og selv om Uliron og andre sulfonamider reddet tusenvis av menneskeliv, spredte et annet av IG Farbens produkter, Zyklon B, død i konsentrasjonsleirene.

En ny vei i behandlingen av
gonorrhoe
ved peroral anvendelse av

Uliron
et virksomt **kjemoterapeutikum.**

Ved overholdelse av doseringsforskriftene, optimal terapeutisk effekt samtidig som det tåles utmerket. Uliron har også anerkjent virkning ved alle stafylokokkinfeksjoner

 Originalpakninger: Rør med 10 og 24 samt klinikkpakning, med 250 tabletter à 0,5 g

Representasjon for Norge:
NORRIGEFA A/S, Prinsensgate 2, OSLO

Norw. 28 (339)

Foreldreguide til trygge barn



TRYGGE BARN

Kent Hoffman, Glen Cooper, Bert Powell
306 s, ill. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2017.
Pris NOK 399
ISBN 978-82-05-50083-9

Denne innføringen i Trygghets sirkelen (Circle of Security, COS) er skrevet av modellens grunnleggere. Boken er primært rettet mot omsorgspersoner, men kan like gjerne leses av fagpersoner som jobber med barn og familier. Forfatterens mål er å «gi foreldre et veikart til trygg tilknytning», basert på kunnskap om at det er essensielt for barns utvikling på mange viktige livsområder.

Boken har to hoveddeler, hver med sine underkapitler, og strukturen gir en jevn progresjon i innsikt og selvrefleksjon. I del 1 presenterer forfatterne forståelsesrammen for Trygghets sirkelen, og temaet er hvordan man skal forstå tilknytning, og hvor viktig det er med trygghet. I del 2 har de rettet søkelyset mot hvordan man kan være større, sterkere, klokere – og god nok som omsorgsperson.

Språket preges til dels av å være oversatt fra engelsk. Budskapet presenteres likevel på en interessant og lettfattelig måte. Eksempler, anekdoter og sitater fra personer som har gjennomført opplæring verden over, bidrar til å tydeliggjøre essensen, og ulike utfordringer vi kan oppleve som omsorgspersoner, normaliseres.

Oppsummert beskriver man med denne modellen at barn har to grunnleggende behov som de stadig veksler mellom: behovet for beskyttelse og omsorg, kontra behovet for utforskning. Barnet trenger at omsorgspersonene ivaretar begge disse behovene for å danne en trygg tilknytning. Samtidig anerkjenner man i modellen at ingen omsorgspersoner klarer denne oppgaven til fulle.

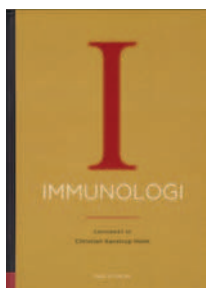
Boken stimulerer til selvrefleksjon og gir innsikt i hvordan vår implisitte hukommelse fra egne tilknytningserfaringer kan gi opphav til «haimusikk», som tidvis hindrer oss fra å ivareta barnas nevnte behov. Vi forstår hvordan samspillmønstre dermed kan gå i arv i generasjoner, og hvordan dette også påvirker oss i andre nære relasjoner. Forfatterne formidler at reparasjoner av «brudd på sirkelen» i seg selv er viktig for barnas utvikling og trygghet, og viser oss hvordan vi kan ivareta dette.

I tillegg til å være en forståelsesmodell basert på tilknytningsteori og forskning, er Trygghets sirkelen en intervensjonsmetode. Boken kan ikke erstatte veiledning, og det er heller ikke målet. Hvis vi tar inn over oss budskapet og forsøker å bruke denne forståelsen i samspillet med barn (og andre nære relasjoner), kan den likevel utgjøre en viktig forskjell i de fleste familier, så vel som i barnehager og skoler.

ASTRID R. SEIM

Spesialist i barne- og ungdomspsykiatri, BUP, St. Olavs hospital

Lettlest og klinisk om immunologi



IMMUNOLOGI

Christian Kanstrup Holm, red.
333 s, tab, ill. København: FADL's Forlag, 2017.
Pris DKK 499
ISBN 978-87-7749-952-4

Immunologi er en god lærebok som passer utmerket for medisinstudenter og leger som ønsker å få en oversikt over immunologien. Den skiller seg fra andre immunologibøker ved at den toner ned detaljer ved molekylære prosesser og fokuserer mer på å plassere faget i en klinisk kontekst.

Immunologi er et raskt ekspanderende fag som får større betydning i klinisk praksis, med målrettede behandlinger mot reseptorer, ekstracellulære og intracellulære signalmolekyler. Hvor går grensen for hva som er nødvendig og overkommelig kunnskap for medisinstudenter og allmennleger? Her vil studenter, allmennleger og profesorer, som underviser i faget, kunne ha forskjellige oppfatninger.

I boken er den basale immunologien presentert på et overkommelig nivå, der en del detaljer beskrives i figurene, som er store og utfyllende. Andre halvdel av boken er klinisk orientert og beskriver immunologisk respons på infeksjoner og kreft, mekanismer ved kronisk inflammatoriske tilstander samt primære og sekundære immundefekter. Målrettet behandling ved inflammatoriske og maligne sykdommer forklares, og det er et eget kapittel om vaksinasjon. Her er det også supplert med bildeeksempler som for eksempel demonstrerer hvordan hypersensitivitetsreaksjoner opptrer klinisk. Selv om denne boken gir en god oversikt,

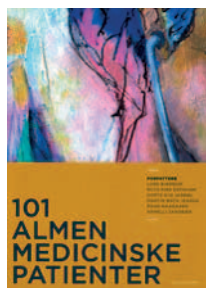
tror jeg målgruppen ønsker kjennskap til molekylære mekanismer utover det presenterte. Ofte er det lettere å forstå et vanskelig emne når man får forklart de viktigste virkemåtene grundig. Hvis man ønsker å forstå effekten, og ikke minst uønskede bivirkninger av monoklonale antistoffer rettet mot et cytokin sentralt i inflammasjonsprosessen, tror jeg det er viktig å forstå virkningen av cytokiner. Dette er det svakeste ved denne boken. Jeg tror medisinstudenter og leger bør ha et supplement fra andre kilder, dersom man ønsker å lære faget grundig.

Til tross for dette vil jeg anbefale boken. Det er den mest lettlest immunologiboken jeg har lest. Den tilfører også noe de fleste immunologibøkene ikke gjør, nemlig en praktisk tilnærming som viser fagets kliniske relevans. Man skjønner, etter å ha lest denne boken, at immunologi er viktig.

ANDERS KROGH AAREBROT

Klinisk institutt 2
Universitetet i Bergen

101 lærerike kasuistikker fra allmennpraksis



101 ALMENMEDI- CINSKE PATIENTER

Lars Bjerrum, Ruth Kirk Ertmann, Dorte Ejl Jarbøl et al.
291 s. København: Munksgaard, 2017. Pris DKK 275
ISBN 978-87-628-1657-2

Den første norske læreboken i klinisk allmennmedisin i 1997 var resultat av en omfattende, nasjonal dognad innen faget under lederskap av professor i allmennmedisin i Bergen, Steinar Hunskaar (1). Denne flere ganger reviderte bokutgivelsen har vært med på å gi allmennleger en tydeligere profesjonsidentitet og er også bearbeidet både for svenske og danske forhold. Dermed har vi Skandinavia nå et felles allmennmedisinsk rammeverk – med de positive ringvirkninger dette har for utdanning, fagidentitet og for helsetjeneste.

I medisinsk utdanning og læring har *kasuistikken* alltid hatt en sentral plass. Klinisk undervisning som utelukkende består av teori, kan ofte være dødfødt pedagogisk. Illustreres imidlertid teorien med en god pasienthistorie, fanges interessen. Kasuistikken kan både illustrere det viktige og det typiske, men også vise fallgruvne og det uventede.

101 almenmedicinske patienter er en samling karakteristiske og representative pasienthistorier fra allmennpraksis. Hver kasuistikk motsvarer et kapittel i Hunskaars lærebok og er derfor et viktig supplement til denne. Målgruppen er primært legestuderenter (forberedelse til eksamen) og leger i spesialisering (forberedelse til klinisk praksis). Men fordi kasuistikkene så godt illustrerer allmennmedisinens plass i helsetjenesten, vil også mange andre ha nytte av boken.

Presentasjonen av de 101 pasienthistoriene er lagt opp som en arbeidsbok. Hver pasienthistorie presenteres med konsultasjonsprosessen som refleksjonsramme: kontaktårsak, tidligere kjennskap om pasienten, anamnese, objektiv undersøkelse, diagnostiske overveielser, supplerende undersøkelser, konklusjon og tiltak. Den overordnede strukturen følger PSOAP (Problem, Subjektivt, Objektivt, Analyse, Plan). Kasuistikkene avsluttes med eksplisitte læringsmål.

Pasienthistoriene illustrerer en systematisk tilnærming til kommunikasjonen med pasienten samtidig som de viser i praksis hvordan konsultasjonen kan struktureres. Typiske behandlingsvalg for det aktuelle helseproblemet vises, og det blir tydeliggjort hvordan teoretisk kunnskap omsettes i praktisk handling. I sum gir dette et godt bilde av den genuine allmennmedisinske kliniske praksisen.

101 almenmedicinske patienter gir likevel fortsatt bare et utsnitt av mangfoldigheten av kliniske problemstillinger vi møter på fastlegekontorene – eller som er omtalt i læreboken. At boken er på dansk, betyr ikke så mye, men noen forskjeller i behandlingstradisjoner er det likevel. Kanskje kunne vi håpe på en norsk utgave, og gjerne utvidet til 222 i stedet for 101 pasienthistorier? Jeg anbefaler *101 almenmedicinske patienter* på det varmeste!

JØRUND STRAAND

Professor, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo

LITTERATUR

- 1 Hunskaar S. red. Allmennmedisin – klinisk arbeid. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS, 1997.

Artikkelsamling om ei vid helseforståing



HELSEFREMME SAMHANDLING

Gunnar Tellnes
Natur og kultur som folkehelse. 210 s, ill. Bergen: Fagbokforlaget, 2017.
Pris NOK 299
ISBN 978-82-450-1696-3

Gunnar Tellnes er professor i samfunnsmedisin i Oslo. Han har invitert 18 fagfolk til å skrive kortfatta om forskjellige tema som kvar for seg kan påverke helse. Sidan temaet er helsefremjande samhandling, går han ikkje inn i klassisk medisin, der biologiske

og psykiske tilstandar hjå den einskilde skal diagnostiserast og behandlast. Dyktiggjering og helseforbetring skjer best i grupper, i samhandling, påstår han.

Artiklane har røter i akademia, men ber også i seg praktisk erfaring. Tellnes har både redigert og gitt bidrag til boka, i innleiing og avslutting presenterer han NaKuHel-senteret i Asker, ein møtestad og eit aktivitets-senter for einskildpersonar og grupper.

Boka er ein introduksjon til ei utvida og mangefasettert forståing av helse og vegar til helseforbetring. Mangfaldet og dei mange påstandane inviterer lite til debatt. Målgrupper er studentar og aktørar innan folkehelse, samfunnsmedisin og førebyggjande helsearbeid. Tellnes listar også opp folkehelsekoordinatorar, legar, sjukepleiarar, psykologar og lærarar, tilsette i ideelle organisasjonar, Nav, sosialomsorg, offentlege etatar og næringsliv som målgrupper.

Kapitla omhandlar emne som natur, kultur, evolusjon, tilhøyring, samfunns-helse, leiing, helsestasjon, friluftsliv, turgåing,

musikk, dans, kunst, arkitektur, berekraft, mentale lidningar, demens, migrasjon, trygge lokalsamfunn og «grøn omsorg».

Tekstane er kortfatta og overkomelege. Dei vert fylgde av rikhaldige kjeldetilvisingar. Sju bilete av norsk natur i svart-kvitt understrekar natur og turaspektet. Ein geometrisk figur freistar illustrere samanhengar og mangfaldet som eit resymé av boka.

Forfatarane har ulik tilnærming, frå påstandar til akademi og forskning eller situasjonsbeskriving. Det vernar mot keisemd. Dei lange referanselistene kunne vore korta ned (15–40 for kvart kapittel).

Fleire sider av samfunns- og kulturliv er omtala som verdifulle for meistring og helse. Boka vert difor eit politisk innspel og skulle ha interesse for politikarar.

ASLAK BRÅTVEIT

Sjukeheimslege, spesialist i allmennmedisin
Finnøy sjukeheim

Helbredet, men ikke frisk



INGENMANNSLAND

Håvard Aagesen
For oss som ikke døde, som ikke lenger er syke, men heller ikke blir friske. 223 s.
 Oslo: Forlaget Press, 2017.
 Pris NOK 329
 ISBN 978-82-328-0125-1

Jeg tror neppe jeg er den eneste onkologen som skygger unna bøker om livet som kreftpasient. Ganske ofte er disse bøkene fulle av bebreidelser mot en evig skiftende rekke av ufølsomme, av og til også navngitte leger, og mot et umenneskelig system. Eventuelle andre poeng drukner lett i en følelse av urettferdige anklager som det er umulig å svare på, i alle fall for denne leseren.

Håvard Aagesens bok *Ingenmannsland* er et velskrevet unntak. Forfatteren tar opp en rekke problemstillinger, og erfaringen som kreftoverlever formidlet av en talefør person er en nyttig kommentar til et helsevesen med søkelys på behandling av sykdom.

Boken er delt inn i tre hoveddeler og er en personlig fortelling om perioden rett før diagnosen, gjennom behandlingen i 2009 og i årene etter. På en overbevisende måte skriver Aagesen om hvordan det er å gjennomføre behandling mot kreft i hode- og halsområdet, med kombinert kjemoterapi og strålebehandling over flere uker. Han forteller om sine mestringsstrategier underveis i behandlingen, og forhåpningene om et normalt liv etterpå. Forfatteren beskriver funksjonsnedsettelsen og den dramatiske effekten på livet kreftbehandlingen har ført til, og veien mot å akseptere livet som det er nå. Han kommenterer manglende forberedelse på livet etter behandling fra helsepersonell, men også sine egne døde ører for informasjon om mulige senskader.

Aagesen ønsker å se utover sine egne erfaringer og peker på paradokset i at hvert medisinske fremskritt øker antall mennesker med helseproblemer som følge av den vellykkede behandlingen. Han mener at vi mangler et språk om livet i ingenmannsland, som han kaller tilværelsen etter gjennomført behandling, der man ikke lenger er syk, men heller ikke frisk.

Aagesen formidler en frustrasjon over opplevelsen av at livet i dette ingenmannslandet er ukjent og uforståelig for resten av samfunnet. En konsekvens er at økonomiske støtteordninger fra Nav oppleves som fir-kantede og urimelige.

Er så dette en bok med stor overføringsverdi til andre? Forfatterens løsning på ned-satt arbeidskapasitet etter kreftbehandlingen var å slutte som arbeidstaker og bli freelancer isteden. Om dette er en mulighet for flertallet av kreftoverleverer er vel heller tvilsomt. Men følelsen av å miste kontrollen over eget liv kan nok de fleste som blir alvorlig syke, kjenne igjen. Og Aagesen setter ord på det på en slik måte at også vi, som (enda ikke) har opplevd alvorlig sykdom på kroppen, i alle fall et stykke på vei kan ane hvordan det føles.

Boken er absolutt nyttig lesning for onkologer. Beskrivelsen av å leve med langtids-skader som vi vet at kreftbehandling kan føre til, er en viktig påminnelse for oss. Samtidig tror jeg at Aagesen har vært ekstremt uheldig og fått flere og mer alvorlige skader enn det som er vanlig. Dermed er jeg usikker på om jeg vil anbefale boken til pasienter som skal i gang med strålebehandling. Refleksjonen rundt hvordan organiseringen av helsevesenet og støtteapparatet for øvrig ikke er tilpasset et økende antall nordmenn med plager og funksjonsnedsettelse etter gjennomført behandling, er verdifull lesning langt utover onkologenes rekke og burde være obligatorisk for helsebyråkrater og helsepolitikere.

LOTTE ROGG

Overlege, Avdeling for kreftbehandling
 Oslo universitetssykehus, Ullevål

VAP viser vei



VEILEDER I AKUTT- PSYKIATRI (VAP)

Sykehuset Østfold og Akershus universitetssykehus. Mobilapplikasjon. Oslo: Sykehuspartner, 2017. Gratis til alle plattformer

Veileder i akuttpsykiatri (VAP) er en mobilapplikasjon (app) utviklet av og for leger. Målgruppen er leger i spesialisering i vakt-situasjoner i akuttpsykiatrien. Dette er ofte leger med mindre erfaring, og lett tilgjengelig informasjon er derfor en god idé. VAP krever ingen innlogging og er gratis – dette er et pluss.

Når du åpner *Veileder i akuttpsykiatri*, får du tilgang til informasjon delt i seks hovedtemaer: *ICD-10-inndeling*, *Symptomdimensjo-*

ner, *Psykofarmaka*, *Juridiske forhold*, *Appendiks* og *Søkefunksjon*.

ICD-10-inndelingen bringer deg til ulike tilstandsbilder, men forholder seg ikke til kodeverket ICD-10 og er lite utfyllende. Kikker man på underkategoriene, er det uklart hva som er bakgrunnen for utvalget. Her kunne man kanskje vært litt mer fokusert i forhold til målgruppens behov (vakt).

Tilstandene inndeles etter definisjon, årsaker/risikofaktorer, symptomer/tegn, systematisk tilnærming, differensialdiagnoser og akutt behandling/tiltak. Beskrivelsene er kortfattede, men gir en ryddig beskrivelse av viktige momenter til vurdering. Jeg savner imidlertid klarere råd om praktiske tiltak og prosedyrer. Det hadde vært fint med klare retningslinjer for hvilke forhold som er akutte, og hvilke som kan vente.

Kategorien *Symptomdimensjoner* er uklar for meg. Hva menes med en symptomdimensjon? Det er ikke opplagt at kriser, selvska-ding, suicidalitet, søvnproblemer og uro/aggressivitet vil ligge bak dette. Når det er sagt, er disse punktene viktige for vaktleger, og de bør ha en sentral plass i applikasjonen.

Temaet *Psykofarmaka* er viktig, men utvalget som presenteres, er begrenset. Jeg kunne tenke meg en oversikt over de vanligste medikamentene og vanlige startdoser/akutt-doseringer, selv om dette finnes i Felleskata-log-appen. Det understrekes at man skal

dokumentere medisinetterlevelse. Hva med pasientens tidligere erfaringer med medisi-ner? Hva har hjulpet, og hva har ikke hjulpet?

Kategorien *Juridisk informasjon* er lett tilgjengelig som lenker. Som vaktlege ville jeg i tillegg ønsket meg en mer konkret oppsummering med praktiske råd og veiledning til journalføring. Et godt eksempel er det som nevnes under *Tilsyn ved bruk av mekaniske tvangsmidler*.

Appendiks-delen inneholder oppsett for primærjournal, innkomstnotat for andre opphold og senere somatisk og nevrologisk undersøkelse, ordforklaringer og nyttige adresser. Dette er praktisk og informativt. Det siste hovedtemaet, *Søkefunksjon*, er litt primitivt.

Dette en enkel app med grei navigasjon, den er lett å forstå, og informasjonen er kvalitetssikret gjennom sporbare kilder. Jeg har et sterkt ønske om at dette prosjektet videreutvikles. Her er det muligheter for å legge inn utvidet informasjon, bokmerke-funksjon, lenker, videoer osv. Noen må gi penger til videreutvikling og design!

Veileder i akuttpsykiatri representerer en helt riktig tankegang for klinikere – kvalitetssikret informasjon der du er. Det er tiltrengt.

KRISTIN LIE ROMM

Spesialist i psykiatri, Oslo universitetssykehus

UNIVERSITETET I OSLO

www.med.uio.no/disputaser/

**ANDREAS AUENSEN**

Prognostic factors and outcomes in patients with severe aortic stenosis referred for evaluation of possible surgical aortic valve replacement. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 1.2.2018.

Bedømmelseskommité: Christian Torp-Pedersen, Institutt for Medisin og Sundhetsteknologi, Aalborg Universitet, Danmark, Henrik Schirmer, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet, og Mari-Liis Kaljusto, Hjerte-, lunge- og karklinikken, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Lars Lysgaard Gullestad, Kjell Ingar Pettersen, Thor Ueland og Svend Aakhus.

EDUARD BACO

The role of MRI-3D-TRUS image fusion guided prostate biopsy in the diagnostic work-up in patients with clinical suspicion of prostate cancer. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 6.2.2018.

Bedømmelseskommité: Roland van Velthoven, Department of Urology, Institut Jules Bordet, Université Libre de Bruxelles, Belgia, Harriet Thoeny, Department of Radiology, Neuroradiology and Nuclear Medicine, University of Bern, Sveits, og Michael Bretthauer, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Heidi B. Eggesbø og Lars Magne Eri.

YANGCHEN DHONDUP

Toll-like receptor 9 signalling in heart failure. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 7.2.2018.

Bedømmelseskommité: Anders Sundan, Institutt for kreftforskning og molekylær medisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Eirik Qvigstad, Hjertemedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus, og Cathrine Carlson, Hjerte-, lunge- og karklinikken, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Leif Erik Vinge, Arne Yndestad og Lars Gullestad.

ERLEND STRØNEN

Exploring donor T-cell repertoires in cancer immunotherapy. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 2.2.2018.

Bedømmelseskommité: Ugur Sahin, University Medical Center (UMC) of the Johannes Gutenberg-University Mainz, Tyskland, Magnus Essand, Institutionen för immunologi, genetik och patologi, Uppsala Universitet, Sverige, og Vessela N. Kristensen, Avdeling for klinisk molekylærbiologi, Klinikk for indremedisin og laboratoriefag, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Johanna Olweus og Karl Johan Malmberg.

ESPEN ROSTRUP NAKSTAD

Pathophysiologic changes in the respiratory system induced by therapeutic interventions and fire smoke inhalation. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 7.2.2018.

Bedømmelseskommité: Jens Ulrik Stæhr Jensen, Department of Respiratory Medicine, Herlev & Gentofte Hospital, Hellerup, Danmark, Anne Berit Guttormsen, Klinisk institutt 1, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen og Mårten Sandberg, Prehospital klinikk, Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Helge Opdahl og Ole Henning Skjøsberg.

JOHN CLARKE-JENSEN

On the diagnosis and treatment of acetabular fractures. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 9.2.2018.

Bedømmelseskommité: Henry Claude Sagi, Department of Orthopaedic Surgery, University of Washington, Seattle, Washington, USA, Morten Schultz Larsen, Odense University Hospital, Danmark, og Inger Holm, Avdeling for helsefag, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Jan Erik Madsen, Olav Røise og Stein Arne Øvre Storeggen.

ANDERS STANDAL BUGGE

Survival after surgical resection for non-small cell lung cancer. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 2.2.2018.

Bedømmelseskommité: Bengt Bergman, Institut för Medisin, Sahlgrenska Akademien, Göteborgs Universitet, Sverige, Kristian Bartnes, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet, og Kristin Bjordal, Oslo sykehusservice, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Johnny Kongerud, May Brit Lund og Steinar Solberg.

UNIVERSITETET I BERGEN

www.uib.no/info/dr_grad/



GRO TJALVIN

Health in the aftermath of a malodorous chemical explosion. Subjective health complaints and post-traumatic stress symptoms among workers. Utgår fra Institutt for global helse og samfunnsmedisin. Disputas 2.2.2018.

Bedømmelseskomité: Jan Alexander, Folkehelseinstituttet, Anna-Sara Claeson, Universitetet i Umeå, Sverige, og Knut-Arne Wensaas, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Bente E. Moen, Magne Bråtveit, Bjørg Eli Hollund og Nils Magerøy.

EIVIND SIRNES

Cerebral magnetic resonance imaging in children with prenatal drug exposure. Structural and functional aspects of the opioid-exposed brain. Utgår fra Klinisk institutt 1. Disputas 2.2.2018.

Bedømmelseskomité: Jon Skranes, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Gabrielle Welle-Strand, Helsedirektoratet, og Jarle Rørvik, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Stein Magnus Aukland, Irene Bircow Elgen, Hilde Stokvold Gundersen og Silja Torvik Griffiths.



Det skapende universitet

<http://www.ntnu.no/kalender#tag=disputaserdmf>

ELISABETH BRENNE

Depression in palliative care cancer patients – classification and assessment. Utgår fra Institutt for klinisk og molekylær medisin. Disputas 8.2.2018.

Bedømmelseskomité: Mai-Britt Guldin, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, Danmark, Inger Schou Bredal, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, og Kari Hanne Gjeilo, Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Veiledere: Stein Kaasa, Elisabeth Wasteson og Jon Håvard Loge.

JOHANNE MARIE IVERSEN

Pain and perinatal factors. Association of preterm birth and low birth weight with long-term chronic pain and experimental pain sensitivity. Utgår fra Institutt for klinisk og molekylær medisin. Disputas 9.2.2018.

Bedømmelseskomité: Suellen Walker, UCL Institute of Child Health London, Storbritannia, Eero Kajantie, National Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland, og Turid Lingaas Holmen, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Veiledere: Marite Rygg, Pål Richard Romundstad og Trond Sand.

HELGE MICHALSEN



Norsk pediatri har mistet en dyktig og modig støttespiller. Vår kollega og venn Helge Michalsen gikk bort 26.11.2017, 76 år gammel, etter at han det siste året hadde vært alvorlig kreftsyk.

Helge var født og oppvokst i Kristiansand, fullførte medisinsk embetseksamen i Bergen 1966 og ble spesialist i pediatri i 1974. Den pædiatriske utdanningen fikk han i Porsgrunn og ved Ullevål sykehus i Oslo. Etter snaue to år som overlege ved den

nyopprettede Barneavdelingen i Bodø, var han som overlege i nesten 20 år en meget sentral person ved Barneavdelingen, Aker sykehus i Oslo. I 1994 flyttet han og familien tilbake til Sørlandet der han arbeidet ved Barneavdelingen i Arendal som avdelingsoverlege frem til 2007 og deretter som overlege ved poliklinikken frem til 2015. Helge var aldri ansatt i noen fast akademisk stilling, men hans samarbeidsevne og faglige styrke førte til tallrike publikasjoner innen hans hovedfelter: cystisk fibrose, gastroenterologi og sosialpediatri, vold og seksuelle overgrep.

Arbeidet med å forbedre totaltilbudet for barn, og etter hvert også for voksne med cystisk fibrose, var et godt eksempel på Helges oppfatning av hvordan arbeidet knyttet til barn og foreldre med kronisk sykdom burde utformes. Selv var han medlem av fagrådet for cystisk fibrose i 30 år, mange av dem som formann. Han var også hovedmannen bak stiftelsen Forskningsfondet for cystisk fibrose. Det er liten tvil om at han har en stor del av æren for at prognosen og livet til barn med denne tilstanden har bedret seg betydelig de siste 30 årene.

Et bevis på dette er at han var æresmedlem i Foreningen for cystisk fibrose.

Et uttrykk for hans arbeidskapasitet, faglige bredde og omsorg for svake grupper ledet til at han var den første formannen i Støttegruppen for seksuelt misbrukte barn i fem år. Parallelt med dette var han meget aktiv i Norsk barnelegeforening, Gjennom hele sin karriere, og som en naturlig del av dette engasjementet og den tilliten han skapte, var han leder i to perioder fra 1992–95.

Helge tok seg tid til annet enn fag også. Sang og musikk, aktiviteter knyttet til sjøen, fiske, kajakken og hytta i Høvåg var viktige ingredienser i livet hans. Godt humør, underfundige replikker, raushet, pågangsmot, redelighet, klokskap og et sterkt engasjement på andres vegne er det som for mange av oss sitter igjen. Vi takker ham og lar våre varmeste tanker gå til hans kone Bjørg Adine, barn og barnebarn.

HANS-JACOB BANGSTAD,
OLAV TROND STORRØSTEN, JON SKRANES

OLAV SLAATTELID

Vår kjære venn og kollega Olav Slaattelid døde 15. desember 2017, 88 år gammel.

Olav tok medisinsk embetseksamen i Bergen i 1956. Etter spesialisering i kirurgi arbeidet han ved Rikshospitalet, hvor hans doktorgrad var viktig for utviklingen av nyretransplantasjoner. Fra 1979 var han kirurg og fra 1990 sjeflege ved Menighets-søsterhjemmet sykehus. Han utvidet avdelingen med elektive enheter for øre-nese-halssykdommer, ortopedi og gynekologi, enheter som fikk stor betydning for å redusere lange ventelister.

I 1992 ble sykehusene Menighets-søsterhjemmet og Lovisenberg slått sammen til Lovisenberg Diakonale Sykehus. Slaattelid fortsatte som sjeflege. Fusjonen var krevende, men sykehuset kom styrket ut av den, ikke minst takket være ham.

Olav var en stor ressurs for hele sykehuset. Han var opptatt av og prioriterte de svakeste pasientene. Han var stillfarende med et behagelig vesen og lun humor. Hans synspunkter fikk stor gjennomslagskraft på grunn av hans autoritet og indre styrke. Han gikk mye omkring i sykehuset og lyttet til medarbeiderne, slik utøvde han ledelse. Klartenkt, og med en sterk moralsk forankring, satte han standarden for et godt arbeidsmiljø med god kvalitet og høy aktivitet. At legen som skulle operere, også vur-

derte pasienten poliklinisk før og etter inngrepet, innførte han alt i 1990-årene. Det var et tydelig savn da han i 1999 ble pensjonist.

Lovisenberg Diakonale Sykehus har i dag omfattende planlagt kirurgi, etter modellen som Slaattelid sto fadder for. Sykehuset har stor tillit og er en viktig aktør i Helse Sør-Øst.

Vi som fikk gleden av å arbeide sammen med ham, vil alltid ha ham med i våre tanker. Det er med sorg vi har mottatt budskapet om hans bortgang. Våre tanker går til hans nærmeste.

ERLING GJENGEDAL, OLAV HAUGETO,
GISLE UPPHEIM, GUNNAR PRESTEGÅRD,
BJØRN MAGNE EGGEN

Legejobber



Foto: Thinkstock

19

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.

ALLMENNEMEDISIN

**Skaun kommune****100 % Legehjemmel**

Skaun Legekantor DA er en 5-legepraksis lokalisert i Børsa sentrum. Vi har ledig fastlegehjemmel med en pasientliste på 1490 og en fellesliste på 6540.

Søknadsfrist: 15.03.2018

**Lofthus legekantor****Ledig fastlegestilling**

Sjå www.ullensvang.herad.no for nærare opplysning eller kontakt tenesteleiar Jørgen Lerik Ninn 91338570, jorgen.ninn@ullensvang.herad.no

Søknadsfrist: 15.03.2018

**Sola kommune****Cura legesenter**

Ledig fastlegehjemmel i Sola kommune.
Se sola.kommune.no eller legejobber.no.

Søknadsfrist: 27.03.2018

**Ringerike kommune****Ledige fastlegehjemler**

Ved Flattum legesenter
Ved Tyristrand legekantor
Ved Vesterngaten medisinske senter (VMS)

Søknadsfrist: 04.04.2018

**Kristiansand kommune****Lege i legevakt og ØHD**

Kristiansand legevakt søker lege til et spennende prosjekt i fastlønnede stillinger. Det organiseres som et 3-årig prosjekt. Prosjektet går frem til september 2019. Dersom prosjektet er vellykket, gis det mulighet for fast ansettelse.

Kristiansand kommune etablerer en ordning for å ivareta nødvendige legevaktoppdrag, samt følge opp øyeblikkelig hjelp-behov på kommunens sykehjem og kommunens ØHD-avdeling.

Det er stilling i 100% som er ledig. Oppstart fra mai - juni, Årsplan er innført i tjenesten. Turnusen utarbeides i samarbeid med ansatte og tillitsvalgt. Stillingen inngår i en turnus med totalt 8 leger. Eller tilpasses etter avtale.

Søknadsfrist: 11.03.2018

**Ledig fastlegehjemmel ved Audnedal Helsesenter fra 01.08.2018**

Ved Audnedal helsesenter på Kongsmo er det ledig fast avtalehjemmel med minimum åpningstid to dager pr uke. Det overtas liste på ca. 675 pasienter med maksimal listelengde 1060. Praksisen drives som selvstendig næringsvirksomhet sammen med annen lege, men hvor kommunen i henhold nåværende avtaler stiller gratis lokaler inkl. strøm og vaktmestertjenester til disposisjon. Fratredende lege vil i forbindelse med overtakelse av praksisen kreve kompensasjon for opparbeidet praksis og evt. inventar og utstyr som overtas av tiltredende lege.

Den som tilsettes må delta i interkommunal legevaktordning sammen med Åseral kommune. Vedkommende må derfor ha førerkort klasse B og kunne disponere bil.

Søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på www.audnedal.kommune.no. Spørsmål rettes til servicekontoret på tlf. 38 28 20 00.

Søknadsfrist 25.mars 2018.

HUD- OG VENERISKE SYKDOMMER



**ÅLESUND
KOMMUNE**

Ålesund kommune har ansvar for å sørge for at det er nok fastlegar i Ålesund kommune for å tilby bebuarane eit godt nok legetilbod. Denne stillinga blir formidla ledig på vegne av privatdreve legekantor

Ledig fastlegeheimel/deleliste ved Moa Legesenter AS - Legetjenester og akutt helseberedskap

Lege ved Moa Legesenter ynskjer ordning med 50 % deleliste Moa legesenter er eit veldreve legesenter med 3 fastlegar. Rutinert hjelpepersonell består av helsesekretærer i 2,8 årsverk. Aktuell listestorleik er 1450.

Kontaktpersoner:

Torfinn Vingen, virksomhetsleder, tlf: 970 14 452

For fullstendig utlysning se: www.alesund.kommune.no
Søknad sendes elektronisk, se annonse på www.alesund.kommune.no under "Ledige stillingar".

Ref. nr.: 3720962279

Søknadsfrist: 02.04.2018



**Haugesund S.
Revmatisme sykehus**

LIS dermatologi fast stilling

100 % stilling id.nr 12562 ledig fra 1.8.2018

Hudavdelingen har regionansvar for diagnostikk og behandling av dermatologiske og venerologiske pasienter i Helse Fonna området . Poliklinikken består av 17 ansatte, derav 6 leger. Stillingen krever en viss grad av selvstendighet, god samarbeidsevne. Personlig egnethet blir vektlagt. Det er ønskelig at den som blir ansatt har kirurgisk erfaring. Nærmere opplysninger fås på vår hjemmeside www.hsr@as og av vår avdelings-overlege dr.med. Holger Benthien, holger.benthien@hsr.as, telefon 52 80 50 00.

Søknad med kopi av attester og vitnemål sendes E-post: post@hsr.as

Søknadsfrist: 20.03.2018



Øvre Eiker kommune

Ledig deleliste i fastlegehjemmel Stasjonsgata Legekantor, Hokksund

Ledig stilling i deleliste ved Stasjonsgata Legekantor med oppstart så snart som mulig.

Fullstendig utlysning på kommunens hjemmeside: www.ovre-eiker.kommune.no

Søknadsfrist 20.03.18



**Haugesund S.
Revmatisme sykehus**

LIS dermatologi id.nr. 4328

Vikariat 6-12 måneder 100 % stilling

Hudavdelingen har regionansvar for diagnostikk og behandling av dermatologiske og venerologiske pasienter i Helse Fonna området og er eneste klinikk med denne kompetansen i regionen, med ca 180.000 innbyggere. Hudavdelingen er en poliklinikk og består av 17 ansatte, derav 6 leger (4 overleger og 2 assistentleger).

Nærmere opplysninger om stillingene fås på vår hjemmeside www.hsr@as og av vår avdelings-overlege dr.med. Holger Benthien, holger.benthien@hsr.as, telefon 52 80 50 00.

Søknad med kopi av attester og vitnemål sendes

Søknadsfrist: 20.03.2018

ANESTESIOLOGI



**Martina Hansen Hospital
Anestesiavdelingen**

MHH søker OVERLEGE – lege i spesialisering til anestesiavdelingen.

Se: www.legejobber.no for fullstendig utlysningstekst

Søknadsfrist: 08.03.2018

MEDISINSK MIKROBIOLOGI



Oslo universitetssykehus

Overlege
Klinikk for laboratoriemedisin, Avdeling for mikrobiologi

For fullstendig annonse se: www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 20 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

Legejobber

TIDSSKRIFTETS STILLINGSPORTAL

PSYKIATRI

Ved NTNU – Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, skapes kunnskap for en bedre verden og løsninger som kan forandre hverdagen.



ER DU EN AV OSS?

NTNU SØKER ENGASJERTE MEDARBEIDERE

Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse

**Stipendiatstillinger i prosjektet
«Sleep better to feel better»**

Tre 3-årige stillinger ved Senter for søvn- og døgnrytmeforskning.

Arbeidssted: Trondheim
Søknadsfrist: 20.03.2018



Kunnskap for en bedre verden

TRONDHEIM – GJØVIK – ÅLESUND

jobbnorge.no

Se ntnu.no/ledige-stillinger

NEUROLOGI



Sykehuset Innlandet HF



Sykehuset Innlandets oppgaver er pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Vi har virksomhet på mer enn 40 steder i Hedmark og Oppland innen somatikk, psykisk helsevern, rusomsorg og prehospitaltjenester. Som ett av landets største helseforetak med 10 000 ansatte og et stort antall faggrupper, er vi Innlandets største kompetansmiljø.

Divisjon Gjøvik-Lillehammer er to allsidige akutt sykehus med ca 2260 ansatte. Gjøvik sykehus består av avdelinger innenfor akuttmedisin, gyn/føde/barsel, indremedisin, onkologi m/stråleenheter, ØNH m/søvnseksjon og hørselssentral, kirurgi, og billediagnostikk. Lillehammer sykehus har syv avdelinger: Indremedisin, kirurgi, akuttmedisin, nevrologi, barne- og ungdomsavdeling, kvinneklinikk og billediagnostikk. I tillegg tilbyr vi helsetjenester ved lokalmedisinske senter.

Vi trenger din kompetanse

Overleger - Avd. for nevrologi og klinisk nevrofysiologi

- 2 x 100 % fast overlegestillinger med arbeidssted på hhv Elverum og Lillehammer.
- 100 % Lis vikariat 1 år ved nevrologisk poliklinikk på Elverum, med 3 mnd oppstart på Lillehammer. Stillingen er egnet for fastlege med behov for sykehustjeneste.

Ref.nr.: 3698004012
Kontaktperson: Avdelingsjef Grethe Kleivland, tlf. 971 57 819

Søknadsfrist: Snarest

Informasjon om våre ledige stillinger, se www.sykehuset-innlandet.no/jobb

HELSE SØR-ØST

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. Les mer om oss på www.sshf.no

Grimstad

**Psykiater - DPS Aust-Agder,
Psykiatrisk poliklinikk**

Vi har nå ledig 2 x 100 % st. fast for overlege i psykiatri

Nåværende tjenestested er Psykiatrisk poliklinikk team vest som har base i Grimstad, med utekontor i Byglandsfjord. Poliklinikken betjener kommunene Grimstad, Lillesand, Birkenes, Iveland og Setesdal.

Poliklinikken har 16 stillingshjemler hvorav sju for psykolog/psykologspesialist, tre overleger, fire spesialsykepleier og to merkantile medarbeidere.

Opplysninger: Enhetsleder/overlege Anne Dalen, tlf. 37 01 44 44, avdelingsjef Joyce Pigao, tlf. 463 71 282 eller teamleder Karina Vatne Danielsen, tlf. 951 93 100.

Søknadsfrist: 5. april 2018

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på www.sshf.no under Jobb hos oss.

Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonseselsgere.



frantz.no



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. Foretaksgruppa 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 psykiatri

i Haugesundsområdet

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i psykiatri i Haugesundsområdet er ledig omgåande.

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.

Avtalespesialisten skal bidra til at Helse Vest kan oppfylle "sørge for"-ansvaret. Det inneber mellom anna at avtalespesialisten utfører undersøkingar, diagnostikk og behandling i medhald av regionale og nasjonale mål og prioriteringar og lovgiving, jf. punkt 4.1 i rammeavtalen.

Avtalespesialisten skal ha ein forpliktande samarbeidsavtale med Helse Fonna ved Karmøy DPS. Avtalespesialisten skal samarbeide med Helse Fonna ved Karmøy DPS om oppgåvedeling og for å sikre gode pasientløp. Avtalespesialisten skal også ta imot pasientar som er vurdert i Helse Fonna ved Karmøy DPS. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle avtalen mellom Helse Vest og avtalespesialisten.

Andre vilkår, rammer og føringar knytt til drift av praksis vil bli gjenstand for drøftingar mellom Helse Vest og aktuell søkjar før det vert gitt tilbod om avtaleheimelen.

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: 27.03.2018

Molde sjukehus - Klinikk for psykisk helse og rus

Overlege - psykiatri

NR-id.nr. 2017/7186. Vi har ledig vikariat i 100 % stilling for overlege i psykiatri frå 01.03.2018 til 28.02.2019. **Søknadsfrist: 11. mars 2018**

Søknad blir sendt elektronisk via www.helse-mr.no - der du òg finn fullstendig utlysningstekst.

Vi ønskjer ikkje kontakt med annonseselarar.



HELSE MØRE OG ROMSDAL

ØRE-NESE-HALSSYKDOMMER

Helse Sør-Øst RHF søker:

100 % avtalehjemmel i ØNH-sykdommer lokalisert til Oslo

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk søknadsskjema: www.helse-sorost.no/ledigstilling

Søknadsfrist: 27. mars 2018



VIKARIAT I PRIVAT PRAKSIS

Vikar for øyelegespesialist i Oslo

Vikar for øyelegespesialist i avtalepraksis i Oslo søkes deltid, **fra dagens dato** og foreløpig frem til 31.3.2018. Søker må være godkjent spesialist i øyesykdommer. Praksisen har 100 % driftsavtale med Helse Sør-Øst, avtaleklasse 3.

Praksisen holder til i Nordstrandveien 46 i nye og lyse lokaler. Det er en veletablert solopraksis med god pasienttilgang og inntjeningsmulighetene likeså. Ved praksisen er det ansatt en stabil og velutdannet assistent som er behjelpelig med det meste.

Praksisen benytter System X journalsystem, autoperimetri av merke Octopus, OCT fra Canon og funduskamera fra Canon. Praksisen har to likeverdige undersøkelsesrom og et operasjonsrom hvor det er mulig å utføre enkle inngrep som øyelokksoperasjoner.

Skriftlig søknad med CV og referanser vil bli vurdert fortløpende og kan sendes til mabareid@gmail.com

Ved spørsmål kan du kontakte Annette Mathilde Bareid på telefon:

90 76 42 34 eller e-post: mabareid@gmail.com

Kontakt: Annette Mathilde Bareid, Tlf: 90764234, mabareid@gmail.com

Legejobber

TIDSSKRIFTETS STILLINGSPORTAL



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

INSTITUTT FOR PSYKOTERAPI

For psykologar og legar blir det hausten 2018 sett i gang vidareutdanning i psykoanalytisk psykoterapi:

2-årig INNFØRINGSSEMINAR i:

Oslo – seminarleiar blir Lillian Stokkeland
Tromsø – seminarleiar blir Mette Marita Johansen
Skien – seminarleiar ikkje avklart

2-årig VIDAREGÅANDE SEMINAR i:

Oslo – seminarleiar blir Jon Morgan Stokkeland

Innføringsseminaret gjev ei generell innføring i psykodynamisk teori, intervjueteknikk, psykodynamisk evaluering og terapi. Som ledd i utdanninga blir det kravd at kandidatane i heile seminarperioden arbeider med psykoterapi med enkeltpasientar (vaksne) under kvalifisert vegleiing (definert og godkjent av IFP). Det er ønskeleg med minimum to års klinisk praksis frå psykisk helsevern før opptak.

- Innføringsseminaret omfattar 200 undervisningstimar over 4 semester, organisert som dagseminar med 8 undervisningstimar kvar gong, og to spesialsseminar / fordjuping seminar kvar på 8 undervisningstimar. Desse blir arrangert fredag kveld og laurdag føremiddag.
- Dagseminar føregår på faste vekedagar, 11 pr. år, og spesialsseminar blir arrangert 2 gonger i løpet av seminartida.

Vidaregåande seminar bygge på innføringsseminaret og gjev ei teoretisk fordjuping med større vekt på det kliniske arbeidet. Ved sidan av dei ovanfor nemnde rammene for innføringsseminar skal kandidaten gå i ikkje-trygdefinansiert lærebehandling godkjent av instituttet. Det er ønskeleg at lærebehandlinga er starta før igangsetting av vidaregåande seminar. For opptak på vidaregåande seminar er det nødvendig med anbefaling i vegleingsattest frå innføringsseminaret.

- Vidaregåande seminar omfattar 200 undervisningstimar over 4 semester, organisert som dagseminar med 8 undervisningstimar kvar gang og to spesialsseminar / fordjuping seminar kvar på 10 undervisningstimar som blir arrangert fredag kveld og laurdag føremiddag.
- Dagseminar føregår vanlegvis på faste vekedagar, 11 pr. år, og spesialsseminar blir arrangert 2 gonger i løpet av seminartida.

Det blir kravd gode kunnskapar i norsk munnleg og skriftleg. Faglitteraturen er i hovudsak på engelsk. Vi oppfordrar søkarar til å sette seg godt inn i utdanninga sine rammer. Fullstendig informasjon om utdanninga sitt innhald finns på Instituttet si heimeside www.instpsyk.no. Der finn ein også søknadsskjema.

Ny undervisningsplan: For seminar med oppstart frå og med 2017 gjeld ny undervisningsplan.

Les planen her: <http://www.instpsyk.no/utdanning/undervisningsplan-for-kandidatutdanningen-gjeldende-fom-seminarer-som-starter-i-2017/>

Seminaravgift er kr 11 000,- pr. semester for begge seminar.

Søknadsfrist: 4. april 2018. Søknad skal sendast via heimesida www.instpsyk.no

For nærmare informasjon: telefon 22 58 17 70 eller e-post sekr@instpsyk.no eller und-leder@instpsyk.no

Dødehavstiftelsen

Kroniske smerter og utmattelse - fortolkning, diagnostikk og behandling

Oslo 18-19.juni 2018

Konferanse i regi av Dødehavstiftelsen

Målgruppe: Leger og andre medisinske behandlere

Konferansen er søkt tellende som kurstimer for leger i forhold til allmenntidsskriftet, psykiatri, revmatologi, anestesi og fysikalsk medisin.

Påmelding www.dodehavstiftelsen.no

Dødehavstiftelsen - Ideell Medisinsk Organisasjon

Helsefremming - Rehabilitering - Utdanning – Forskning

Hypnosekurs

Oslo, 2.-4. Mai 2018.

1. Innføringskurs hypnose 2 Mai / Dr Med Stephan Rossner
2. Videregående kurs 3-4 Mai / Dr.Patrick McCarthy, New Zealand

Kursansvarlig Dr. Gunnar Rosén, tlf.: 900 39 441.

Info og kontakt: Gunnar@hypnoseforeningen.no.

www.hypnoseforeningen.no

Norsk Forening for Klinisk Evidensbasert Hypnose

Legejobber

TIDSSKRIFTETS STILLINGSportal

ANESTESIOLOGI/SMERTEBEHANDLING

MAGNAT MEDISINSKE SENTER
Tverrfaglig avtalehjemlet smerteklinikk

www.magnatcenter.no - Adr. Drammensveien 130, inngang B8
Tlf. 22 60 62 00 - E-post. medisinske@magnat.nhn.no

Ansvarlig spesialist Lars Rustad


Smerteklinikken

Dag A. Kaare. Spesialist i anesthesiologi.
Dr.med. Morten Vinje. Spesialist i anesthesiologi.
Kirkeveien 64 A, 0364 Oslo. Telefon 23 20 28 00. Telefaks 23 20 27 99.



SMI
SMERTEMEDISINSK INSTITUTT

SMERTE-MEDISINSK INSTITUTT
Multidisiplinær avtalehjemlet smerteklinikk
Adr. Sørkedalsveien 10 D, 0369 Oslo
Tlf. 23 33 42 50
Mail adr. resepsjon@smi.nhn.no

INDREMEDISIN

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

PSYKIATRI

Senter for Psykofarmakologi
www.psykofarmakologi.no

- PSYKOFARMAKOLOGISK POLIKLINIKK
- LEGEMIDDELANALYSER OG RUSMIDDELANALYSER
- FARMAKOGENETISKE ANALYSER

Postboks 23 Vinderen, 0319 Oslo • Telefon: 22 02 99 40
Ansvarlig lege: Prof. dr.med. Helge Refsum




FORSKJELLIGE SPESIALITETER



RÅDGIVNING OG BEHANDLING AV RUSPROBLEMER

Et problematisk forhold til alkohol og medikamenter blir kartlagt og utredet som helseproblem. Behandlingsstedet er en livssynsnøytral, ideell stiftelse og har avtale med Helse Sør-Øst. Pasientene betaler egenandel som i spesialisthelsetjenesten ved poliklinisk behandling, ingen betaling ved innleggelser. Klinikken holder til i Apalløkkveien 8, 0956 Oslo. Telefon: 22 90 26 60. Hjemmeside: incognito.no
E-post: kontakt@incognito.no

Vil du
annonsere for din
spesialisttjeneste?

Kontakt oss på annonser@tidsskriftet.no,
så hjelper vi til med utforming.



AKTUELT I FORENINGEN

FRA PRESIDENTEN

Fastlegen på overtid



MARIT HERMANSEN
PRESIDENT

Pasientene skal møte en fastlege-tjeneste som er forutsigbar og av god kvalitet. Fastlegeordningen trenger betydelige og konkrete tiltak allerede i vår for å snu trenden.

Helsedirektoratet har målt hva fastlegene bruker tid på og hvor mye fastlegene faktisk jobber. Undersøkelsen viser at fastlegene jobber svært lange dager. Vi har fått klare tall som bekrefter det Legeforeningen påpekte for mange år siden og som VG og kollegene våre tegnet i sommer. Fastlegene sitter på kontoret langt utover kvelden og inn i helgen. Slik kan det ikke fortsette. Dette er en tjeneste som lenge har vært overbelastet. Rapporter fra kolleger og kommuner viser at dette ikke er en arbeidshverdag som frister hverken nye kolleger eller garvede veteraner.

Tidsbruksundersøkelsen viser at fastlegene har tatt ansvar for pasientene på sine lister. En rekke store reformer har økt arbeidsmengden for fastlegene. Noe av suksessen i ordningen er det personlige ansvaret for pasientene på listen. Når Magnhild kommer med tung pust, starter fastlegen utredningen, samstemmer medisinlisten, ringer hjemmesykepleien, henviser til røntgen, snakker med den bekymrede sønnen. Dette er god medisin på laveste effektive omsorgsnivå. Men det har blitt mange flere oppgaver å løse, og fastlegen har tatt ettermiddag, kveld og helg til hjelp for å løse alle oppgavene.

Dette holder ikke i lengden. Kolleger forteller fortvilet om egen situasjon. Kommunene roper varsku fordi de ikke får søkere på ledige hjemler. Erfarne kolleger sier opp og ser seg om etter en ny tilværelse – med sorg i hjertet. Det er et flott yrke og en spennende hverdag – men for lange dager.

Fastlegeordningen må bevares. Da trengs et løft. Unge leger trenger en sikker inntekt med like gode sosiale rettigheter som andre i det norske arbeidslivet. De trenger også veiledning og faglig støtte i starten av karrieren. Et løft for fastlegeordningen må innrettes slik at vi får flere fastleger over hele landet. Legeforeningen mener det er riktig å knytte basistilskuddet til antall pasienter på listen. Normtallet for et årsverk som fastlege har vært definert til 1 500 pasienter helt fra 2001. Arbeidstidsundersøkelsen viser oss at ett årsverk ikke lenger er 1500 pasienter – fastleger har full uke med nærmere 1 000 pasienter. Legeforeningen forventer nå en reduksjon av normtallet til et forsvarlig nivå. Allmennlegeforeningen legger fram en modell for fremtidig finansiering av fastlegene som vil gi en styrking av de små listene. Det må lønne seg å bruke tilstrekkelig tid på krevende pasienter. Vi skal fortsatt gjøre store deler av utredning, diagnostisering og oppfølging i allmennpraksis. Derfor skal vi fortsatt ha gode takster for viktig arbeid.

Pasientene skal møte en fastlegjetjeneste som er forutsigbar og av god kvalitet. Vi må arbeide for god standard på kontor, utstyr, personell og kompetanse ved et norsk fastlegekontor, gjerne i form av en bransjenorm.

I Sverige er krisen et faktum. I Nordbotten står halvparten av allmennlegestillingene uten leger. Svenske politikere reiser til Norge for å se på fastlegeordningen. Vi har noe å ta vare på – men da haster det. Fastlegeordningen trenger betydelige og konkrete tiltak allerede i vår for å snu trenden.

Radiolog Per Skaane er tildelt Kongens fortjenstmedalje for sin pionerinnsetning innen radiologisk brystdiagnostikk.

Hedret for digitaliseringen av mammografi

Da han dro på festmiddagen under det nordiske mammografisymposiet 17. oktober 2017, ante Per Skaane ingen ugler i mosen. Samme dag hadde Mammografiprogrammet presentert en rapport om resultatene av tjueto års arbeid med mammografiscreening i Norge. Den erfarne radiologen og professor emeritus var klar til å spise god mat og feire sammen med 400 andre feststemte radiologer og andre screening-interesserte i festsalen på Radisson Blu Scandinavia Hotel i Oslo.

Det vil si, han stusset litt da han på forhånd sjekket listen over deltakere og fant kona Nina Voss Skaane sitt navn. Hun er riktignok også lege, men ikke radiolog og



GJEVPRIS: Dette er en pris til hele teamet jeg har jobbet med, sier Per Skaane. Foto: Elisabeth Jakobsen, Kreftregisteret

sjelden med på tilstelninger av denne typen. Skaane regnet med at arrangøren hadde antatt at kona skulle være med og slo seg til ro med det. Det han ikke hadde regnet med var at både skulle kona dukke opp, og at han skulle være kveldens hovedperson.

Da underholdningen skulle ha startet, gikk i stedet tre sentrale personer innen norsk mammografiscreening opp på scenen og begynte å lese karakteristikk for en person som skulle få en gjev pris – Kongens fortjenstmedalje.

– Jeg forsto etter en liten stund at det måtte være meg. Så kom Valgerd Svarstad Haugland, fylkeskvinnen, for å dele ut prisen. Det var veldig flott, sier Skaane litt rørt.

– Men jeg vil understreke at dette er en pris til hele teamet jeg har jobbet sammen med, sier han.

Bestemte seg i midnattssol

Per Skaane har en lang karriere bak seg som brystradiolog og forsker ved Brysttdiagnostisk senter ved Oslo universitetssykehus. Han har vært en av pionerene innen ultralyd og andre bildediagnostiske metoder i brystdiagnostikken, både nasjonalt og internasjonalt. For å forstå hvordan det hele startet må vi spole førti år tilbake i tid. Året er 1977 og midnattssolen skinner over Harstad. Per Skaane og kona har begge jobb ved sykehuset. Hans mål er å bli gynekolog, men drømmen har begynt å slå sprekker:

– Jeg opparbeidet meg litt erfaring innen

kirurgi og patologi, noe jeg tenkte ville være nyttig. Men så forsto jeg etter hvert at gynekologien rett og slett ikke var mitt fag. Jeg ville aldri bli en god operatør.

I den lyse sommernatten bestemmer derfor paret seg for å rykke opp røttene og finne på noe nytt. Men hvis de uansett må reise tusen kilometer for å komme til Sør-Norge, hvorfor ikke reise enda lengre? For eksempel tilbake til Tübingen i Tyskland hvor de ble kjent under medisinstudiet?

«Jeg satt som 'liten assistentlege' nord for polarsirkelen og forsøkte per brev å få en utdanningsstilling i Tyskland»

– Bare å komme

– Jeg sendte rett og slett et brev til direktøren ved radiologisk klinikk ved universitetet og spurte om jeg kunne få jobb. Jeg hadde vel egentlig ikke forventet å få noe svar der jeg satt som «liten assistentlege» nord for polarsirkelen og per brev forsøkte å få en utdanningsstilling ved en av de ledende radiologiske avdelingene i Tyskland.

Men svar fikk han.

– Etter én uke kom det et rekommandert brev der det sto at det bare var å komme, forteller Skaane med et smil.

– Så bør det jo nevnes at det nok var en fordel at jeg hadde tatt hele studiet og arbei-



TYDELIG RØRT: En beveget Per Skaane mottar Kongens fortjenstmedalje fra fylkesmannen i Oslo og Akershus, Valgerd Svarstad Haugland. Foto: Elisabeth Jakobsen, Kreftregisteret

det et par år ved patologisk avdeling ved universitetet tidligere.

Skepsis i fagmiljøet

Radiologien, med større vekt på teori og fysikk, passet Skaane bedre. Erfaringen fra kirurgi og patologi kom også godt med. Da han kom tilbake til Norge og Ullevål sykehus på starten av 80-tallet hadde teknologien inntatt medisinen for fullt i Norge. Alt ble digitalisert – med unntak av mammografien. Spørsmålet ble derfor reist: var det ikke på tide å bytte ut de analoge mammografibildene som ble hengt på lyskasser med digitale bilder på skjerm?

Men skepsisen var stor. Skaane minnes at det var mange eksperter som tvilte på verdien av digitalisering av mammografien, til tross for de store fordelene digitaliseringen hadde gitt innen andre områder av radiologien.

– Det ble fryktet at det ville være slitsomt å granske det store volumet av mammografibilder på skjerm og at den digitale oppløsningen ikke ville være god nok til å fremstille de viktige subtile forandringene på mammografi godt nok, forteller han.

I regi av Kreftregisteret ble det likevel nedsatt en rådgivende arbeidsgruppe for å vurdere muligheten for innføring av digital teknikk i det norske mammografi-programmet, hvor Per Skaane deltok. Arbeidsgruppen la frem sin rapport i 1998. Svaret var tydelig: «Ja, digitalisering er mulig».

Startet den første pionerstudien

Da Ullevål universitetssykehus sommeren 1999 anskaffet digitalt mammografiutstyr som et av de første sykehusene i Europa, lå veien åpen for banebrytende klinisk forskning. I den første måneden i det nye årtuset startet det aller første digitale mammografi-prosjektet i Europa opp ved Ullevål med Per Skaane som leder. Den såkalte Oslo I-studien ble utført samtidig med den første amerikanske studien innen feltet. Både Oslo I og den påfølgende Oslo II-studien viste lovende resultater og er i dag sett på som pionerstudier innen feltet.

– Skepsisen rundt digital mammografi var forbi etter publiseringen av en stor amerikansk studie, DMIST, i 2005. I dag er denne teknikken gullstandarden internasjonalt, sier Skaane.

Forsker videre

Per Skaane hviler ikke på laurbærene selv om han nå er pensjonert. De siste årene har han forsket på en ny digital mammografiteknikk: Tomosyntese.

– Denne nye teknologien gir en tredimensjonal fremstilling av brystet og gjør det mulig å oppdage brystkreft på et tidligere stadium, forklarer han.

Foreløpige resultater fra «Oslo Tomosynthesis Screening Trial» har blitt publisert i internasjonale tidsskrifter, og i skrivende stund er det kort tid til at ytterligere resultater skal publiseres i et amerikansk tidsskrift.

Men interessen for digitalisering kan synes forbeholdt til yrkeslivet. På hjemmebane er prisvinneren mindre opptatt av å holde seg oppdatert:

– Det er ingen vits i å sende SMS-er til meg. Mobiltelefonen ligger avskrudd i lommen min. Den har jeg bare på når jeg er i utlandet og på hytta, sier han smilende.

JULIE KALVELAND

julie.kalveland@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling

– Kommunene må ha mer fokus på sin egen helsetjeneste

Petter Brelin i Norsk forening for allmennmedisin (NFA) deltar i nytt utvalg som skal se på prioriteringer i kommunehelsetjenesten.

Våren 2017 ble det for første gang oppnevnt et utvalg for å vurdere prioritering i kommunehelsetjenesten. Norge har en lang tradisjon for å arbeide grundig med prioriteringsspørsmål i helsetjenesten, men hovedsakelig har det vært kriterier for prioritering i spesialisthelsetjenesten som har blitt drøftet.

Blankholm-utvalget, ledet av Aud Blankholm, har som oppgave å bidra til mer kunnskap og åpenhet om prioriteringer i kommunene, foreslå nasjonale kriterier for prioritering, og se på hvordan bedre prioritering i kommunene kan skape et godt helsetilbud for pasientene.

– Prioritering i kommunehelsetjenesten er komplekst, men jeg mener at kommunene i mange tilfeller kunne prioritert bedre enn det de gjør i dag, sier Petter Brelin.

Han er leder i Norsk forening for allmennmedisin (NFA) og med i det nye utvalget.

– Jeg håper at vi med Blankholm-utvalget kan tørre å tenke de tankene enkeltkommunene ikke tør å utforske alene, og på den måten bidra til mer bevissthet rundt prioriteringer. Vi ønsker også å utvikle verktøy som kan bidra til god prioritering og et likere behandlingstilbud i kommunene, sier Brelin.

Helhetlig vurdering av pasientens behov

Petter Brelin peker på at kommunehelsetjenesten skiller deg fra spesialisthelsetjenesten på viktige punkter:

– I kommunehelsetjenesten kan man ikke vurdere pasientenes behov kun ut fra en diagnose, slik man kan på sykehuset. Pasientens boforhold, nettverk, funksjonsnivå, økonomi og andre sosiale forhold vil også påvirke pasientens behov for hjelp fra kommunehelsetjenesten, forklarer han.

– Personer med utfordringer knyttet til rus eller psykiske lidelser vil for eksempel ikke ha like god nytte av medisinsk behandling hvis de ikke har et sted å bo. Derfor er det viktig at kommunene har et helhetlig tilbud, som til sammen kan utgjøre de tiltakene hver enkelt pasient har behov for.



ØKT BEVISSTHET: Petter Brelin mener kommunene i mange tilfeller kunne prioritert bedre enn det de gjør i dag. Her fra Legeforeningens lederseminar der prioriteringer i helsetjenesten var ett av temaene. Foto: Arne Vatnøy

Brelin trekker også frem at fastlegene gjør vurderinger av om en henvisning vil kunne gi pasienten en trygde- eller forsikringsytelse, og om forutsetningene er til stede for at pasienten kan nyttiggjøre seg av de medisinske tiltakene som er tilgjengelige.

«Vi ønsker å utvikle verktøy som kan bidra til god prioritering og et likere behandlingstilbud i kommunene»

– Dette er en av årsakene til at det er så viktig med en robust fastlegeordning. En fastlege som kjenner pasienten godt vil ha bedre forutsetninger for å gjøre de riktige prioriteringene og ta gode behandlingsvalg, sier Brelin.

Ønske om bedre kommunal ledelse

Gode prioriteringer i kommunene handler også om kommunenes helhetlige oversikt over egen helsetjeneste. Brelin håper å kunne øke interessen for primærhelsetjenesten i flere kommuner.

– Kommunene må ha mer fokus på sin egen helsetjeneste. Uten god ledelse og

bevissthet rundt prioriteringer vil det fort bli slik at de som roper høyest får mest, og ikke de som kanskje trenger det mest. Det er ikke god prioritering av ressursene, sier Brelin.

Kan bedre henvisningspraksis

God styring og økt bevissthet rundt prioritering i kommunene kan også gi positive effekter for spesialisthelsetjenesten. I midten av januar kom Riksrevisjonen med en ny rapport som trakk frem utfordringer med fastlegers henvisningspraksis. Brelin mener at en større debatt om prioritering i kommunene vil kunne bedre samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

– Klare kriterier for prioriteringer og en visshet om at de har et godt regelverk i ryggen, gjør det lettere for klinikerne å stå i de vanskelige prioriteringsbeslutningene, samtidig som det vil gi bedre forutsigbarhet for pasienter og pårørende, avslutter han.

INGVILD BJØRGO BERG

ingvild.bjorgo.berg@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling

Har fortsatt mye å kjempe for

– Markeringer som 8. mars og 1. mai minner meg på at rettighetene vi tar for gitt aldri kom gratis, men måtte tilkjempes, sier Kristin Kornelia Utne.

Utne er foretakstillitsvalgt ved sykehuset Østfold og en tydelig stemme når det gjelder både likestilling og rettigheter i arbeidslivet.

Mange husker 8. mars 2014 – dagen da den internasjonale kvinnehelsetjenesten mobiliserte folk langt utenfor den tradisjonelle kvinnebevegelsen. «70-tallstilstander på Youngstorget i Oslo», skrev NRK Østlandssendingen på sine nettsider. Om et par dager skal dagen igjen markeres. Hva betyr dagen for deg?

8. mars er en markering, både av kamper som er kjempet av våre formødre og kamper vi enda må ta. Noen av disse jobber vi til daglig med i Yngre legers forening (Ylf), som å verne gravide leger mot diskriminering, og som leger for å sikre allment tilgjengelige helsetjenester til alle, et premiss for likestilling. Vi er ikke automatisk sikret for fremtiden.

I slutten av januar kom meldingen om at Legeforeningen og Spekter kom til enighet om hvordan legers arbeidstid skal være. Du var selv aktiv under konflikten og blant de som streiket. Som foretakstillitsvalgt ved sykehuset Østfold, hvordan ser du for deg situasjonen i sykehusene fremover?

Jeg håper at vi nå har landet en avtale som gir en etterlengtet trygghet for leger i sykehus. Arbeidshverdagen på sykehus er intens og faglig krevende. Dersom vi skal kunne fokusere på å levere gode helsetjenester til befolkningen er vi helt avhengige av forutsigbare rammer rundt arbeidstiden og et godt arbeidsmiljø. Jeg tror denne konflikten har vist hvilke problemer som oppstår når kreative løsninger ensidig implementeres uten samarbeid mellom partene.

1. juli 2017 skjedde store endringer i turnusordningen for leger. Ordningen er nå avviklet og det er innført obligatorisk LIS1 for alle legespesialitetene. Hva tenker du om at svært mange nyutdannede ikke kommer inn i ordningen?

Jeg mener vi har et ansvar for å utdanne nok helsepersonell selv, noe som betyr at vi må ha like mange plasser i LIS1 som vi trenger



STÅR PÅ: Vi må fortsatt holde fanen høyt, mener Kristin Kornelia Utne. Foto: Lise B. Johannessen

spesialister i fremtiden, både i allmenn- og sykehusmedisin. Per i dag har vi ikke det. Antallet LIS1-stillinger styres av myndighetene, har ikke vært endret på mange år, og synes å holdes nede som et ledd i kostnadskontroll for RHF-ene. Samtidig importerer vi over 20 prosent av våre ferdigutdannede spesialister fra andre land. Det er umoralsk av et land som Norge å belage seg på at andre land skal ta kostnadene for spesialisering. Antallet LIS1-stillinger bør ikke nødvendigvis tilsvare antallet som til enhver tid studerer medisin, men bør være betydelig høyere enn i dag.

Du er selv utdannet i Warszawa, har vært leder i NmF og satt i noen år i hovedstyret for NmF-Utland. Nesten halvparten av norske medisinstudenter studerer nå utenfor Norges grenser. Har du noen synspunkter på dette?

Norge bør utdanne til å dekke eget legebehov, det vil si ikke være avhengig av at studenter reiser ut for å få nok leger. Det betyr ikke at jeg mener alle skal studere i Norge. Vi bør ikke være avhengige av andre lands utdanningskapasitet, men det er positivt at noen studenter tar utdanningen sin i utlandet.

Hva tenker du om at mange av dere som utdannes utenfor Norge får lite innblikk i primærhelsetjenesten?

Inntrykket mitt er at jeg, og mange av mine kolleger som har studert i inn- og utland, hovedsakelig ble introdusert til hele omfanget i kommunehelsetjenesten gjennom

jobber i pleie under studietiden og kommunehelsetjenesten.

Selv hadde jeg god undervisning i allmennmedisin, vi hadde mellom åtte og ti uker.

Snakker vi om primærhelsetjenesten som helhet, sykehjemsmedisin og andre kommunale omsorgsoppgaver, har jeg ikke oversikt over hvor mye dette undervises på diverse studiesteder i Norge. Trygdemedisin undervises jevnt over i alle land, men her vil utdanningen i utlandet naturlig nok avvike fra den i Norge.

Det nærmer seg sju år siden du avsluttet medisinstudiene, har du noen planer om hva du skal bli når du «blir stor»?

Jeg er i spesialisering i hematologi, så det blir nok hematolog, et veldig teoretisk fag, som passer godt for en som mangler øyehånd koordinasjon.

Tilbake til der vi startet. Skal du gå i årets 8.marstog?

Ja, klart jeg skal. Helt fra jeg var et lite barn har jeg gått med mamma i 8. marstog – og jeg skal naturligvis delta i den viktige markeringen i år også.

LISE B. JOHANNESSEN

lise.berit.johannessen@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling

Legeforeningen styrker satsingen på legeledere

Sentralstyret har vedtatt et pilotprosjekt som skal samle Legeforeningens ledersatsinger. Gjennom Helselederprogrammet vil foreningen oppmuntre til å rekruttere, stimulere og støtte leger til å bli stadig bedre ledere.

Helselederprogrammet er en paraplybetegnelse over ulike ledersatsinger som Legeforeningen anbefaler for sine medlemmer. I første omgang vil det være et pilotprosjekt som strekker seg over tre år.

– Vårt mål er at helsetjenesten skal ledes så godt som mulig, og at flere leger skal bli ledere, sier president i Legeforeningen Marit Hermansen.

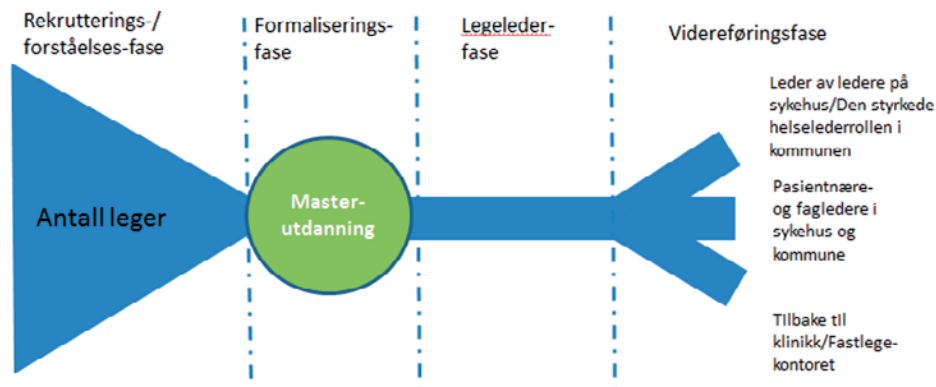
Satsingene i Helselederprogrammet består i dag av et knippe kurs, stipender, nettverk og masterutdanninger. Dette innholdet vil endre seg ettersom programmet utvikles over tid. Målgruppen er leger som er ledere i helsetjenesten, eller som ønsker å bli ledere.

Legeforeningens helselederprogram legger til rette for at:

- flere leger blir ledere.
- flere leger får formell lederkompetanse.
- lederne i helsetjenesten utvikler seg som ledere.
- leger er kompetente i lederrollen, og får lederkompetanse før, eller kort tid etter, at de inntar en lederrolle.
- knippet med ledersatsinger som inngår i Helselederprogrammet er fleksibelt.
- de ulike ledersatsingene står i et konstruktivt forhold til hverandre.
- lederrekrutteringssatsinger gir studiepoeng.
- ledertalenter blir løftet frem.

– Foreningens egne ledersatsinger vil inngå, men sentralstyret kan også innlemme andre tilbud og satsinger som anbefalinger til sine medlemmer i Helselederprogrammet, forteller Marit Hermansen.

Skal treffe alle leger med lederambisjoner
Helselederprogrammet tar sikte på å gi tilbud til alle leger med lederambisjoner –



EKSEMPEL PÅ LEDERFORLØP: Helselederprogrammet retter seg mot leger i alle faser av sin lege- og ledergjerning. Det legger til rette for fleksibilitet i rekkefølge av faser, mellom ledelse og klinikk og forløpet mot å bli leder og spesialist. Illustrasjon: Sverre Vigeland Lerum

fra nyutdannede, helt uten ledererfaring, til leger som allerede står i lederstillinger. Gjennom å dele lederforløpet inn i faser, tar Helselederprogrammet sikte på å samle ulike ledertilbud som kan anbefales Legeforeningens medlemmer, spisset inn mot de ulike fasene av en legekarriere.

Marit Hermansen forteller at programmet legger til rette for fleksibilitet i fasenes rekkefølge, mellom ledelse og klinikk og i forholdet mellom lederforløp og spesialisering.

Helselederprogrammet er delt inn i følgende faser: rekrutterings-/forståelsesfasen, formaliseringsfasen, legelederfasen og videreføringsfasen.

Rekrutterings-/forståelsesfasen er fasen før en lege har ledererfaring, og starter allerede under medisinstudiet. I denne fasen er det viktig at kurs og andre satsinger er meritterende, og bygger opp til neste fase.

Formaliseringsfasen vil en leges ledelseskompetanse formaliseres i form av en masterutdanning. Her har Legeforeningen allerede en betydelig satsing med en rekke stipendordninger til medlemmer med ledelsesutdanningsambisjoner.

Legelederfasen er aktuelle ledersatsinger styrking av nettverk for legeledere.

Videreføringsfasen er tredelt. Her skiller leger seg fra mange andre høytutdannede grupper. «Tilbake til klinikk/Fastlegekontoret» er der legeledere har et ønske om å gå fra lederrollen tilbake som fagperson. «Pasientnære- og fagledere i sykehus og kommune» er ledere som kombinerer klinisk arbeid

med ledelse på pasientnært nivå, mens «Leder av ledere på sykehus/Den styrkede helselederrollen i kommunen» er leger som tar skrittet fra å lede ansatte til å lede andre ledere og organisasjoner.

– Helselederprogrammet tar sikte på å støtte opp alle de ulike retningene et legelederforløp kan ta, sier presidenten.

I pilotperioden vil programmet ledes av en styringsgruppe bestående av representanter fra Allmennlegeforeningen, Overlegeforeningen og Yngre legers forening. Disse vil anbefale nye satsinger som sentralstyret kan innlemme i Helselederprogrammet. Etter endt pilotperiode vil programmet evalueres, og andre driftsinnretninger vil bli vurdert.

Sju lederpriser

Legeforeningen har siden 2011 delt ut en lederpris for å hedre dyktige ledere. Prisen som består av et trykk og et diplom overrekkes på landsstyremøtet. Prisen har i alle år vært utdelt til en representant for spesialisthelsetjenesten, men ble i 2017 for første gang tildelt en representant for allmennlegene.

ASLAK CELIUS

aslak.celius@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling

#LaBarnVæreBarn

Medisinstudentenes humanitæraksjon (MedHum) handler i 2018 om syriske barn og unge på flukt, og deres rett til psykososial støtte og grunnleggende helsetjenester.

– Barn på flukt fortjener å bli sett. De fortjener vår tid og vår oppmerksomhet – og de fortjener en barndom. Dette er ikke barnas krig, likevel er det de som betaler den høyeste prisen, sier MedHums leder Emma Lengle.

Hun forteller at de i forbindelse med årets kampanje vil ta i bruk et helt nytt «stunt» – Genseraksjonen. Det er aldri før blitt gjennomført i MedHums historie.

– Ideen er at det skal settes i gang et genserstunt på sosiale medier, tilsvarende Sanitetsforeningens «kun ja betyr ja» og NRKs «Jævla homo», forteller PR-ansvarlig for MedHum Nesjla Syrous.

#LaBarnVæreBarn er kampanjens unike hashtag.

– Det er innovativt. Formålet er å spre aksjonens budskap og samtidig øke populariteten og skape blest rundt de aksjons-spesifikke genserne, sier hun.

Ønsker å nå et større publikum

Selve kampanjen som starter i uke 16, er ment som et forsøk på å nå et større publikum enn kun medisinstudenter og ansatte ved de medisinske fakultetene.

– Vi har allerede nå gleden å annonsere at vi har aksjonens høyeste beskytter, Sigrid Bonde Tusvik, med på laget, og også selveste helse- og omsorgsminister Bent Høie, forteller Emma Lengle.

Nå gjenstår det bare å glede seg til at mange flere kaster seg på!

– Kampanje-ukene blir forhåpentligvis en utrolig morsom og intens periode med hyppig publisering på sosiale medier, med bilder og videoer av kjendiser, politikere og leger iført en MedHum genser, som sier noen viktige ord om årets prosjekt.

Tanken er at aksjonen skal vare i cirka én uke, avhengig av hvor mange kjente personligheter de får med på laget.

– På denne måten kan budskapet vårt spres til helt nye horisonter, sier Emma Lengle, og legger til at det er ingen grunn til at spredningen av budskapet skal begrenses til medisinstudenter!

Mange får i dag sin daglige dose nyheter fra Internett, og sosiale medier spiller her en svært viktig rolle; både for å spre et budskap, men også for å engasjere og motivere andre til å bidra, og til å gjøre en forskjell.

– Det er nettopp dette vi ønsker å oppnå med denne kampanjen. Ved bruk av kjente personligheter og deres makt og innflytelse på sosiale medier, kan vi nå et mye større publikum enn tidligere, og på denne måten bidra med større pengesummer til prosjektet, sier Lengle.

MedHum er Norges største humanitære studentorganisasjon. Hvert partallsår arrangerer de en aksjon for å samle inn penger til humanitære prosjekter med fokus på lav- og mellominntektsland, og forebyggende helsearbeid. Aksjonen gjennomføres ved alle de fire medisinstudiestedene i Norge.

Les mer om aksjonen på: www.medhum.no

LISE B. JOHANNESSEN

lise.berit.johannessen@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling



GENSERAKSJON: MedHum håper mange støtter opp om aksjonen og kjøper aksjionsgenseren. Foto: MedHum

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, avdelings-
direktør Bjarne Riis Strøm
Økonomi- og administrasjons-
avdelingen, avdelingsdirektør
Erling Bakken

POSTADRESSE

Den norske legeförening,
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

Faglige medarbeidere

Tidsskriftets faglige medarbeidere representerer ulike medisinske spesialiteter og fagområder. De benyttes ved behov for medisinske råd, kommentarer og vurderinger, blant annet ved fagfellevurdering av vitenskapelige manuskripter. Mer informasjon om deres bakgrunn finnes på www.tidsskriftet.no

Alfsen, Cecilie
 Andreassen, Ole A.
 Aurlien, Dag
 Austad, Joar
 Bachmann, Ingeborg Margrethe
 Backe, Bjørn
 Bakken, Inger Johanne
 Bartnes, Kristian
 Berentsen, Sigbjørn A.
 Berg, Tore Julsrud
 Bergan, Stein
 Berild, Dag
 Berntsen, Gro Karine Rosvold
 Birkeland, Kåre Inge
 Bjørner, Trine
 Bramness, Jørgen Gustav
 Brantsæter, Arne Broch
 Bratlid, Dag
 Brattebø, Guttorm
 Braut, Geir Sverre
 Bretthauer, Michael
 Brodal, Per Alf
 Brustugun, Odd Terje
 Braarud, Anne Cathrine
 Bøhmer, Ellen
 Chaudhry, Farrukh Abbas
 Christiansen, Rolf Espen Falk
 Claudi, Tor
 Dale, Ola
 Dietrichs, Espen
 Døllner, Henrik
 Ebbing, Cathrine
 Ellingsen, Christian Lycke
 Engebretsen, Lars
 Engelsen, Bernt
 Eri, Lars-Magne
 Eskild, Anne
 Flottorp, Signe Agnes
 Flægstad, Trond
 Fredheim, Olav Magnus
 Fretheim, Atle
 Frich, Jan

Fønnebø, Magne Vinjar
 Førde, Reidun
 Gilbert, Mads
 Gilhus, Nils Erik
 Givold, Sven Erik
 Gradmann, Christoph
 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
 Hjartåker, 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 Hylene
 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