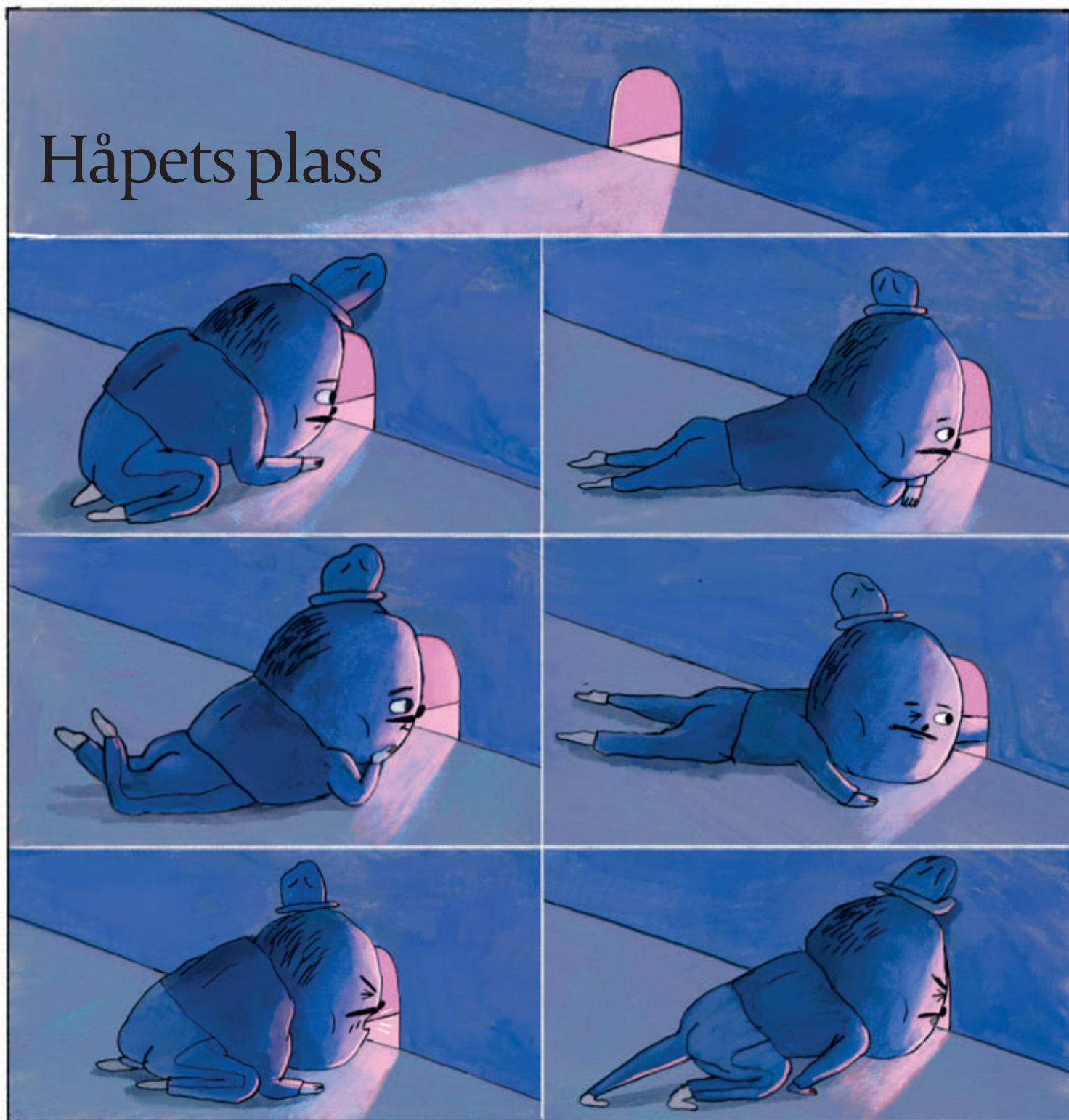




Tidsskriftet

DEN NORSKE LEGEFORENING

Håpets plass



Håp er noe annet og mer enn
ønsketenkning og optimisme

SIDE 393, 395, 450

Ulike syn på helsepolitikk
og medisinsk praksis

SIDE 398, 399, 402, 408

Fra blødningssjokk og brannskader
til karsinom og nuppete hud

SIDE 428, 434, 437, 442

Hør de nyeste episodene av Tidsskriftets podkast



STÅR DEN NORSKE ABORTLOVEN I VEIEN FOR WHOS RETNINGSLINJER?

Gjest: Mette Løkeland-Stai

TEMPORALLAPPSEPILEPSI

Gjester: Oliver Henning og Karl O. Nakken

KAN DET VÆRE SEPSIS?

Gjest: Knut Anders Mosevoll

I tillegg forteller Are Brean annenhver uke om siste nytt
fra internasjonale medisinske tidsskrifter.

Stetoskopet finner du der du lytter til podkast,
på tidsskriftet.no/podkast eller via QR-koden til venstre



Håpet



ARE BREAN
SJEFREDAKTØR

«Brukerfeil». Det var noe av reaksjonen til administrerende direktør i Helseplattformen når det i mars 2023 ble avdekket nok et alvorlig problem med det omstridte journalsystemet. Kort etter gikk hun fra stillingen. Man skylder ikke på brukerne når et produkt ikke leverer det det skal. Så langt har prosjektet vært en skuffelse for alle som håpet på et sømløst digitalt journalsystem. Men utbedringene fortsetter. Og det er fortsatt lov å håpe.

Håp er også temaet for flere av artiklene i denne utgaven av Tidsskriftet, og for Marianne Gretteberg Engedals underfundige forsideillustrasjon. Hennes håpefulle mann med egghodet finner du igjen i illustrasjonen på side 451. Der har han fått selskap av enda en håpefull person. Sammen illustrerer de Aslak Bråtveits fine tekst om håpet. Også to av lederartiklene har håp som tema denne gangen. Påsken er tiden for håp og for ettertanke. Vi håper årets påskeutgave kan gi deg begge deler – så vel som nyttig faglig påfyll. Dersom ikke, skal vi love å ikke kalle det brukerfeil. God påske!

LES I DETTE NUMMERET

Håpets kraft ved sykdom

«Håpet gir kraft til initiativ og innsats», skriver Aslak Bråtveit, en erfaren allmennlege. Men hva kan gi håp? spør han. Håp er særlig viktig for pasienter med alvorlig sykdom. Legers profesjonalitet kan bli satt på prøve når pasient eller pårørende har urealistiske ønsker om flere undersøkelser og mer effektiv kreftbehandling, skriver onkologen Odd Terje Brustugun. Det må være rom for både håp og tro i medisinsk praksis, mener han. Håp er noe annet og mer enn ønsketenkning, optimisme og urealistiske forventninger, påpeker Ragnhild Ørstavik.

SIDE 393, 395, 450

Fra blødningssjokk til nuppete hud

Les den dramatiske historien om en gravid kvinne som ble akutt innlagt ved termin med magesmerter, generaliserte kramper og blødningssjokk.

Ved Brannskadeavdelingen ved Haukeland universitetssjukehus har antallet innlagte pasienter over 75 år økt kraftig de siste årene. Over to tredeler av dem ble utskrevet i live.

Eksematøst utslett rundt en brystvorte kan skyldes et underliggende karsinom. En enkel stansebiopsi vil avsløre diagnosen.

Keratos pilaris – nuppete hud – er i milde tilfeller en normalvariant, men kan likevel føre til legebesøk.

SIDE 428, 434, 437, 442

Helsepolitisk og medisinsk debatt

Med den siste pensjonsreformen vil mange eldre med dårlig helse fortsette i arbeidslivet for å unngå fattigdom, skriver Ebba Wergeland og Steinar Westin i sin kronikk. En rapport fra Ukom – Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten – bidrar til forvirring og fragmentering, mener Jeanette Bjørke.

Hvilken betydning har kjønnsbegrepet for medisinsk praksis? Når skal forskningsfunn om kjønnsrelaterte forskjeller i symptomer ved hjerneslag få følger for kliniske retningslinjer? Og hvordan skal en kvantitativ test for leverfibrose brukes?

SIDE 398, 399, 402, 408

FORSIDE



Illustrasjon: Marianne Gretteberg Engedal

Det er den draumen me ber på
at noko vedunderleg skal skje,
at det må skje –
at tidi skal opna seg
at hjarta skal opna seg
at dører skal opna seg
at berget skal opna seg
at kjeldor skal springa –
at draumen skal opna seg,
at me ei morgonstund skal glida inn
på ein våg me ikkje har visst um.

Dikteren Olav H. Hauge var syk store deler av sitt liv og i mange år innlagt på en psykiatrisk institusjon. Han er også en av våre mest folkekjære diktere og skrev så vakkert at det nesten er vondt å lese.

Alle trenger vi håp. Kanskje særlig når vi er syke eller når livet går mot slutten. Hva håper vi mennesker på? Et bedre liv. Et lengre liv. Fellesskap med andre. Smertefrihet. En god død. Drømmene forandrer seg, men håpet forblir.

Forsideillustrasjonen er laget av Marianne Gretteberg Engedal. Flere av hennes arbeider kan du se på marianneengedal.wix.com/skinkeape og på Instagram (@skinkeape).

Fra redaktøren

- 393 En tid for håp
Ragnhild Ørstavik

Leder

- 394 Leprabasillen i 150 år
Magnus Vollset, Preben Aavitsland
- 395 Håp når håpløsheten truer
Odd Terje Brustugun
- 396 Etter overdosen
Odd Martin Vallersnes

DEBATT

Kommentarer

- 398 Etablering av medisinske sannheter
Karl Bjørnar Alstadhaug, Anne Hege Aamodt
- Utvannet kjønnsbegrep?
Pernille Nylehn og medarbeidere
Tilsvaret: Ketil Slagstad og medarbeidere
- 399 FIB-4-testen som beslutningsverktøy
John Willy Haukeland og medarbeidere
Tilsvaret: Arne Åsberg, Lena Løfblad

Debatt

- 402 Undersøkkingskommisjonen bidreg til forvirring og fragmentering
Jeanette Bjørke
- 404 Vi må bry oss om delirium
Mathias Nikolai Petersen Hella, Hogne Sønnesyn, Anne Katrine Bergland, Dag Årslund, Ane Djuv, Audun Osland, Vik-Mo, Erling Holen, Paal Naalsund, Bjørn Erik Neerland, Leiv Otto Watne

Kronikk

- 408 Pensjonsreform på bekostning av eldres helse
Ebba Wergeland, Steinar Westin
- 413 Sosiale forskjeller i forprosjektet for tarmkreftscreening
Paula Berstad, Anna Lisa Schult, Geir Hoff, Giske Ursin, Kristin Ranheim Randel

VITENSKAP

Fra andre tidsskrifter

- 416 Mindre hiv, men mer kjønns sykdom
- 417 Aldringsprosesser påvirkes av immunregulering

Originalartikler

- 420 Ubenyttet behandlingstilbud ved rusakuttmottak – en kvalitativ studie
Eline Borger Rognli, Martine Kihle Dalsrud, Linda Elise Couëssurel Wüsthoff, Espen Ajo Arnevik
- 428 Pasienter over 75 år innlagt ved Brannskadeavdelinga, Haukeland universitetssjukehus 2000–19
Øyvind Bruserud, Kaja Arnes, Camilla Rygg Kjørsvik, Ragnvald Ljones Brekke, Stian Kreken Almeland, Anne Berit Guttormsen, Henning Onarheim

Klinisk oversikt

- 434 Keratosis pilaris
Jakob Lillemoen Drivenes, Ileana Codruta Vasilescu, Anette Bygum

Noe å lære av

- 437 En gravid kvinne i 30-årene med magesmerter, kramper og blødningssjokk
Ingunn Kristoffersen, Kari Holte, Lars Prag Antonsen, Ai Phi Thuy Ho, Line Norman Kvenshagen, Vilde Victoria Løgavlen, Prabhu Murugaiah, Eirik Tjønnfjord, Magdalena R. Værnesbranden

Kort kasuistikk

- 442 Pagets sykdom i brystvorten
Claus Lützow-Holm

Medisinen i bilder

- 444 Hjerne med kors
Linh Tran, Tuba Ahmad, Anniken Haslund, Phuoc Ngoc Thi Nguyen

MAGASIN

Intervju

- 446 Langs nye legeveier
Tori Flaatten Halvorsen

Essay

- 450 Håp
Aslak Bråtveit

Personlige opplevelser

- 453 Leger med grenser
Helena Filar
- 455 Klimakrisa er ei global helsekrise
Ragnhild Vereide

Legelivet

- 456 Om fjør og lederskap
Jan-Henrik Opsahl
- 457 Grønnhette og Gråbein – et helsepolitisk eventyr
Linn Vedeld

Ett døgn med

- 458 Tverrfaglig samarbeid styrker pasientbehandlingen
Marte Nordahl

Språkspalten

- 460 Medisinsk Mållag har runda 50 år
Haldor Slettebø

Tidligere i Tidsskriftet

- 461 Et drap på Grünerløkka i 1898
Julie Didriksen

Anmeldelser

- 463 Bøker

Ph.d.-disputaser

- 465 Avlagte doktoravhandlinger

Minneord

- 466 Minneord

ANNONSER

- 468 Legejobber
- 475 Spesialister
- Kurs og møter

AKTUELT I FORENINGEN

Fra presidenten

- 477 Vi har ikke råd til å feile
Anne-Karin Rime

Aktuelt

- 478 Fra hvit snø til hvit frakk
- 480 Legen i påskefjellet
- 482 Hadde ikke klart det uten Tromsø-modellen
- 483 Medisinens detektiver

legejobber.no

Norges mest komplette stillingsportal for leger

UTVALGTE STILLINGER

HEIM KOMMUNE

Fastlege
Frist 18. april

NORDRE FOLLO KOMMUNE

Fastlege
Frist 3. april

HELSE MØRE OG ROMSDAL HF

Overlege, psykiatri
Frist 11. april

HARALDSPASS DIAKONALE SYKEHUS

Overlege, radiologi
Frist 10. april

SYKEHUSET INNLANDET HF

Lege i spesialisering,
indremedisin
Frist 16. april

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

Overlege, barne- og
ungdomspsykiatri
Frist 14. april

NAMSOS KOMMUNE

Kommuneoverlege
Frist 3. april

HELSE BERGEN HF

Medisinsk redaktør
Frist 3. april

BERGEN KOMMUNE

Fastlegehjemmel
Frist 9. april

ANDØY KOMMUNE

Fastlegehjemmel
Frist 3. april

En tid for håp

Engelsk oversettelse på tidsskriftet.no

Å håpe er noe mer enn å tro. På at det kommer til å ordne seg, det hele.

Påsken er håpets høytid i den kristne tradisjonen. I dette nummeret av Tidsskriftet skriver Odd Terje Brustugun om hvordan håpet fortsatt har en plass i legers møte med alvorlig syke pasienter (1), mens Aslak Bråtveit deler sine tanker om hvor vi kan finne håpet både i og utenfor kirkerommet (2). Men hva er egentlig håp?

I psykologien skiller man mellom to dimensjoner av håp (3). Den første er delt i tre: Man har et ønske om å oppnå noe, en plan for hvordan man skal få det til, og deretter en evne til å gjennomføre planen, selv når det er usikkert om målet er mulig å nå (3). Denne dimensjonen av håp vektlegger altså både forestillingsevne, kognitive aspekter og evnen til å agere. Den andre dimensjonen av håp dreier seg om *følelsen*, det vil si evnen til å tro at et positivt utfall faktisk er mulig.

Håp kan minne om optimisme. Men håp er noe annet. Optimisten tror at det kommer til å gå bra, uansett, og trenger ikke nødvendigvis å gjøre noe for at endringer skal inntreffe. For å si det med økologen David Orr: «Å håpe er et verb med oppbrettede ermer. Håpefulle mennesker er aktivt engasjert i å trosse oddsene, eller endre dem. Optimismen lener seg tilbake, legger beina høyt og ser selvsikker ut, overbevist om at kortene er stokket til egen fordel» (egen oversettelse) (4).

«Håp er også viktig for kollektiv handlekraft og aktivisme»

Håp er altså mer enn ønsketenkning og noe annet enn optimisme (5). Det er tanken om en meningsfylt (eller godt betalt eller prestisjetung) jobb som får studenter til å tilbringe timevis på lesesaler. Det er tanken om et mer levelig liv som senere får den utslitte og desillusjonerte legen til å søke seg vekk fra det offentlige helsevesenet. Håpet må være der for at studenten skal bestå eksamen, eller for at legen skal finne en jobb hen kan leve med. Men i det ligger både å forestille seg at målet er oppnåelig, og å evne å lese den boken, lære den teksten eller sende den søknaden.

Håp er positivt ladet, men krever tilstedeværelse av noe negativt, dvs. usikkerhet og noe som kan endres eller bli bedre. Uten et mørke trenger vi ikke lyset som håpet gir. Håpløshet, derimot, er forbundet med passiv tilbaketrekking og motløshet og har sammenheng med depresjon (3). Vi vet at håpefulle mennesker har det bedre enn andre. Likevel korrelerer positive *forventninger* kun i svak grad med det psykologer omtaler som subjektivt velvære. Det kognitive og emosjonelle håpet, dvs. troen på at man kan smi sin egen lykke, betyr mye mer (3).

Håpet er et viktig klinisk verktøy når det brukes riktig (1, 6, 7). Men hva betyr håpet for å bekjempe helsekriser som rammer oss alle (om enn ulikt), slik som klimaendringene? Mye, ifølge forfatterne av en lederartikkel i The BMJ (8). I tillegg til aktuelle og fremtidige effekter på fysisk helse er bekymringene for klodens fremtid og fortvilelse over manglende handlekraft hos myndighetene en viktig årsak til psykiske plager blant ungdom (8). Noen synes fremtiden er så blottet for håp at de velger bort utdanning eller det å få barn (9). Håp er også viktig for kollektiv handlekraft og aktivisme (8). En håpefull holdning til klimaendringene – at målene som er satt, kan nås, at det nytter å arbeide for endringer – er nødvendig både for individuelle og strukturelle endringer (8).

Hvordan håp kan anvendes i klimasaken er blitt et eget forskningsfelt. Håp som evnen til å se for seg et mål og arbeide for å nå det korrelerer positivt med både engasjement og grønne valg (10). Sammenhengen med håp som en følelse er mer komplisert. Avgrensingen mot overdreven optimisme og fornektelse er uklar (10). Det gjelder å finne den riktige balansen mellom realistisk informasjon og realistiske håp, slik leger er vant med i møte med pasienter (1).

Påsken er en tid for håp. I kirken, i skiløypene, ved hytteveggen eller på vakt i et helsevesen som ikke kan ta høytidsfri. Da er det mulig å brette opp ermene og møte våren, uansett hvordan kortene er stokket.



RAGNHILD ØRSTAVIK

ragnhild.orstavik@tidsskriftet.no
er assisterende sjefredaktør i Tidsskriftet. Hun er dr.med. og har en bistilling som seniorforsker ved Folkehelseinstituttet.
Foto: Einar Nilsen

LITTERATUR

- Brustugun OT. Håp når håpløsheten truer. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi:10.4045/tidsskr.23.0095.
- Bråtveit A. Håp. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: doi:10.4045/tidsskr.23.0088.
- Pleeging E, Burger M, van Exel J. The Relations between Hope and Subjective Well-Being: a Literature Overview and Empirical Analysis. Appl Res Qual Life 2021; 16: 1019–41.
- Orr DW. Optimism and hope in a hotter time. Conserv Biol 2007; 21: 1392–5.
- Shrikant M. The science of hope: More than wishful thinking.
- Bressan RA, Iacoponi E, Candido de Assis J et al. Hope is a therapeutic tool. BMJ 2017; 359: j5469.
- Wahl A. Lege og håpgenerator. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142: doi:10.4045/tidsskr.22.0051.
- Frumkin H, Cook S, Dobson J et al. Mobilising hope to overcome climate despair. BMJ 2022; 379: o2411.
- Frumkin H. Hope, Health, and the Climate Crisis. J Clim Change Health 2022; 5: 100115.
- Ojala M. Hope and climate-change engagement from a psychological perspective. Curr Opin Psychol 2023; 49: 101514.

Leprabasillen i 150 år

Halvannet århundre etter at leprabasillen ble oppdaget, rammer sykdommen fremdeles altfor mange. Jubileet kan gi ny og nødvendig oppmerksomhet rundt sykdommen.

Godt utpå kvelden 28. februar 1873 skrev Gerhard Armauer Hansen (1841–1912) i notisblokken at han i et snitt fra en lesjon hos en leprasient hadde sett 0,006–0,0015 mm store stavformede legemer under mikroskopet (1). Var dette smittestoffet han lette etter? Armauer Hansen var overbevist, men han var slett ikke sikker på at han kunne overbevise andre.

«Armauer Hansen var overbevist, men han var slett ikke sikker på at han kunne overbevise andre»

I 1873 var fortsatt spedalskhet, lepra, et utbredt folkehelseproblem i Norge, med over 1 700 registrerte syke. Det var konkurrerende teorier om sykdommens årsak, og både manglende sivilisasjon, diett og miasmer hadde sine forkjempere. Allerede før han satte seg ved mikroskopet i laboratoriet ved Lungegaardshospitalet i Bergen, var Armauer Hansen overbevist om at sykdommen var smittsom. Da registreringer av personer med sykdommen startet i 1856, var det drøyt 2 850 tilfeller. Nedgangen skyldtes at de syke ble sendt i institusjon, dermed ble færre utsatt for smitte, mente Armauer Hansen – og talte sjefen midt imot.

I 1847 hadde nemlig sjefen hans, Daniel Cornelius Danielssen (1815–94), sammen med Carl Wilhelm Boeck (1808–75), slått fast at sykdommen skyldtes en «arvelig dyskrasi» (2). Sykdommen rammet familier. Troen på smitte var ikke bare feil, den hadde i middelalderen ført til umenneskelig behandling av de syke, advarte Danielssen og Boeck (2). At en ung jyppling talte ham midt imot, gjorde Danielsens først sint. Men dagen etter kom han tilbake til sin underordnede og sa at han fremdeles trodde Armauer Hansen tok feil, men lurte på hva han trengte for å overbevise sjefen.

Det tok tid før kollegaene ble overbevist (3). Da smitteteorien etter hvert slo igjennom, ble det også oppslutning om effektiv, men brutal forebygging. De syke var smittekilder. De måtte identifiseres og isoleres av hensyn til det friske flertallet, argumenterte Armauer Hansen. På hans initiativ vedtok Stortinget i 1877 og 1885 egne lepralover. Ved den første internasjonale leprakongressen i Berlin i 1897 tok Armauer Hansen initiativ til globale smittevernråd med budskapet: Gjør som i Norge! Resultatet ble lepralover verden over, i mange tilfeller svært mye strengere praktisert enn i Norge (4).

I dag vet vi at *Mycobacterium leprae* sannsynligvis smitter med dråper fra nese og munn fra syke og kanskje også fra noen asymptomatiske smittede (5). Hos en liten andel av de smittede vil baktერიens invasjon av makrofager i huden og Schwann-celler i perifere nerver etter noen års inkubasjon føre til hudområder uten pigment og følelse. Uten behandling kan sykdommen deformere hender, føtter og ansikt og gi alvorlige funksjonsnedsettelse. Pasienter med synlige lesjoner møter smittefrykt og risikerer også i dag utestengelse fra samfunnet.

Den første behandlingen kom i 1941, men resistensutvikling sveket snart nytten. Først på 1980-tallet ble et kombinasjonsregime tatt i bruk. Dette stoppet smittsomheten, helbredet pasientene i løpet av et halvt år og ble det viktigste verktøyet i en global kampanje som kraftig reduserte lepra som folkehelseproblem. Siden 2005 har dessverre nedgangen stoppet ved rundt 200 000 nye tilfeller hvert år, i hovedsak blant fattige i over hundre land, men flest i India, Indonesia og Brasil (5).

Diskriminering og utestengelse av leprasyke fra samfunnet hemmer arbeidet for å finne de syke og deres nærkontakter. WHO's nye strategi mot lepra – Hansens sykdom – legger derfor stor vekt på å bekjempe stigma og diskriminering og forbedre behandlingen og rehabiliteringen av pasientene (5). I 2017 utnevnte FN en egen spesialrapportør for leprastigma.

Armauer Hansens oppdagelse av leprabasillen i 1873 ble de neste tiårene fulgt av Robert Kochs (1843–1910) og andres oppdagelser av flere sykdomsskapende bakterier. Denne vitenskapelige revolusjonen endret medisins syn på sykdommers natur og årsaker og la grunnlag for bedre diagnostikk og smittevern og etter hvert spesiell behandling og vaksinasjon.

Universitetet i Bergen markerer jubileet for å minne om lepra som globalt folkehelseproblem, vise solidaritet med de syke og lære av historien. Jubileumsåret startet i Vatikanet med en konferanse om stigma og diskriminering (6). Det fortsetter med en markering i Bergen på jubileumsdagen og senere filmfestival, utstillinger, digital omvisning i Armauer Hansens kontor og laboratorium og en internasjonal konferanse i Grieghallen (7).

MAGNUS VOLLSET

er historiker og førsteamanuensis i medisinhistorie og vitenskapshistorie ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Pandemisenteret, Universitetet i Bergen. Han leder komiteen for jubileet for oppdagelsen av leprabasillen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

PREBEN AAVITSLAND

preben@epidemi.no
er lege, professor ved Pandemisenteret, Universitetet i Bergen og fagdirektør ved Folkehelseinstituttet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Hansen GA. Indberetning til Det norske medicinske selskab i Christiania om en med understøttelse af Selskabet foretagen reise for at anstille undersøgelser angående spedalskhedens årsager, tildels udførte sammen med forstander Hartwig. Christiania: Det Steenske bogtrykkeri, 1874.
- Danielssen DC, Boeck CW. Om Spedalskhed. Christiania: Chr. Gröndahl, 1847.
- Irgens LM. Oppdagelsen av leprabasillen. Tidsskr Nor Legeforen 2002; 122: 708–9.
- Vollset M. Globalizing leprosy. A Transnational History of Production and Circulation of Medical Knowledge, 1850s-1930s. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 2013. Lest 16.2.2023.
- WHO. Towards zero leprosy. New Delhi: WHO, 2021. Lest 16.2.2023.
- Global Appeal. 2023. Leave No One Behind. Lest 16.2.2023.
- The 2023 Hansen Anniversary. Lest 16.2.2023.

Håp når håpløsheten truer

Håp får en ekstra dybde i møte med alvorlig sykdom. Er det rom for håpsdimensjonen i rasjonell, kunnskapsbasert medisin?

«Det er den draumen me ber på», skrev Olav H. Hauge. Det er mange som har skrevet godt og innsiktsfullt om håp, ikke minst som poesi. Innen medisin, og kanskje spesielt innen kreftmedisin, har begrepet håp et mangefasettert innhold. Håp om å bli kurert. Håp om å få leve lenge. Håp om å få leve en stund til. Håp om å unngå smerte. Håp om en dødsprosess uten lidelse. Håp om at det går bra med de som blir igjen.

Håp er framtidssorientering. Men håp kan også ha en fortidsorientering. Håpet kan inneholde lengselen etter å få oppleve noe bedre, men også savnet av det man hadde. Håpets følgesvenn er frykten. I våre dager har vi også sterke eksterne faktorer som modulerer håpet – klima- og naturmangfoldstruslene, krig og økonomiske bekymringer.

Håp styrkes av trygghet og brytes ned av usikkerhet. Ved å formidle kunnskap og erfaring som trygg lege, kan man redusere frykt og bygge håp. Allerede Søren Kierkegaard uttalte at legens beste gave er å bringe håp.

Kreftpasienter kan oppleve håpløshet og meningsløshet, og assosiere innkallingen til kreftavdelingen med Dantes *Inferno*: «La alt håp fare, dere som her går inn.» Også kreftlegen kan ha en erfaringsbasert følelse av håpløshet. Legen kan altså være den som tar vekk håpet. Pasientens håp endrer seg ofte underveis i sykdomsforløpet. Innledningsvis et håp om at det ikke er sant, og så en følelse av håpløshet, der man mister fotfeste og taper kontroll og autonomi og opplevelsen av egen «nytteverdi». Men så kan denne håpløsheten gradvis erstattes av en erkjennelse av ulike former for håp.

Psykiateren og eksistensialisten Irvin Yalom beskriver fire eksistensielle tema som er relevante for pasienter med alvorlig sykdom: isolasjon, død, meningsløshet og frihet til å velge (1). Yalom er opp tatt av relasjoner. Som lege må man forholde seg til disse truende temaene, og sammen med pasienten utforske dem. Gjennom en slik felles erkjennelse av livets utfordringer kan også pasienten hjelpes til å orke mer og til å se gode, meningsfulle kilder til håp. Man må gi hverandre mot til å forholde seg til tingenes tilstand, noe som vil resultere i utvikling og mestring, selv i en situasjon hvor man ser døden i hvitøyet.

Da den jødiske legen Viktor Frankl satt fanget under 2. verdenskrig, formulerte han sin tese om vilje til mening (2). Der, i konsentrasjonsleirens ekstreme omgivelser, erkjente han at primærkraften i et menneskes liv er å finne en mening med tilværelsen – en mening utenfor en selv. Han fokuserte blant annet på humor, som gir glede og leder til håp. Som leger kan vi hjelpe pasienten til å finne en mening ved å formidle en optimistisk livsholdning.

I kreftmedisin er vi opptatt av overlevelseskurver i Kaplan-Meier-

plott. Før gikk de fleste kurvene ganske bratt ned mot null. Men de siste årene, spesielt etter innføringen av immunterapi, har kurveforløpene endret seg – nå ser vi hyppigere en høyreforskjøvet «hale» på kurven med en andel pasienter som lever i lang tid. Og pasienter har fått et berettiget håp om å bli del av denne halen.

Legen kan ha en motvilje til å diskutere prognose, iallfall i konkrete termer. Men det at pasienten kan befinne seg på halen av kurven, er et viktig element i samtalen (3). Ved en realistisk tilnærming til mulige positive utfall, vil man styrke håpet og redusere følelsen av meningsløshet og håpløshet. En slik forsterkning kan ha effekt på behandlingen, gjennom mindre bivirkninger, bedre motivasjon til gjennomføring og mindre fokus på uvirksomme og «håpløse» strategier (4). Tillit, verdighet og respekt er sentrale verdier som er viktige for å skape et håpsfokus i samtale om sykdom.

Deltagelse i kliniske studier kan gi håp. I dette ligger både det altruistiske håpet om å være til nytte for noen andre, og det individuelle håpet om selv å få gevinst. Men for noen kan det være en stor nedtur å havne i «kontrollgruppen». Kanskje skal man i større grad sikre at studier er placebokontrollert. Placebo gir håp! Noen tenker at håpet ligger utenlands, og satser på venners bidrag gjennom innsamlinger som Spleis og lignende. Andre vil søke håp i utbredt gentesting eller dyre behandlingsmetoder med usikker evidens. Det er en utfordring for legen å ikke snu hver eneste stein, uten at dette tar håpet vekk fra pasienten. Og iblant er de pårørendes håp om effektiv behandling større enn pasientens eget, og disharmonien som oppstår, kan være krevende.

«Iblant er de pårørendes håp om effektiv behandling større enn pasientens eget, og disharmonien som oppstår, kan være krevende»

Kan man i vår tid håpe på mirakler? Mirakler er hendelser som ikke kan forklares basert på vanlig erfaring eller kjente naturlover, og ordet kommer av *mirari*, som betyr å undre seg. Å møte lungekreftpasienter med hjernemetastaser over ti år etter diagnosen gir så visst grunn til undring, og må kunne kalles et mirakel.

Tro, håp og kjærlighet. Vi vet hvilken som er størst. For mange er troen en viktig meningsskaper. Håpet er også en sentral del av livets grunnmur og får en ekstra dimensjon i møte med alvorlig sykdom. Som leger med basis i kunnskapsbasert medisin er det fortsatt viktig å bygge håp sammen med pasienten.

ODD TERJE BRUSTUGUN

otr@vestreviken.no

er dr.med, spesialist i onkologi, overlege ved Onkologisk seksjon ved Vestre Viken, Drammen sykehus, og professor ved Institutt for klinisk medisin ved Universitetet i Oslo.

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

LITTERATUR

- 1 Yalom ID. Existential psychotherapy. New York, NY: Basic, 1980.
- 2 Frankl VE. Man's search for meaning: an introduction to logotherapy. New York, NY: Simon & Schuster, 1962.
- 3 Kirkebøen G. «The median isn't the message»: How to communicate the uncer-

ainties of survival prognoses to cancer patients in a realistic and hopeful way. Eur J Cancer Care (Engl) 2019; 28: e13056.

- 4 Lohne V. 'Hope as a lighthouse' A meta-synthesis on hope and hoping in different nursing contexts. Scand J Caring Sci 2022; 36: 36–48.

Etter overdosen

Se også originalartikkel side 420

Opioidoverdose er «avhengighetsmedisinens ustabile angina». Derfor bør pasientene observeres.

Opioidoverdose gir bevissthetstap og i verste fall livstruende respirasjonsdepresjon. Heldigvis finnes en effektiv motgift – nalokson – som ofte gir av utrykkende ambulanse. Men hvor går veien videre når pasienten har overlevd opioidoverdosen? I Oslo blir drøyt halvparten igjen på stedet, én av ti blir tatt med til sykehus, og resten blir kjørt til legevakt (1). At så mange blir igjen på stedet, er bekymringsfullt siden nalokson har relativt kort virketid (2). Om det er heroin som er tatt, overlever pasienten (3), men mange får en ny respirasjonsdepresjon etter en times tid. Om ingen da kan gi litt mer nalokson, vil pasienten ha en periode med hypoksi som sannsynligvis skader både hjernen og andre organer. Derfor bør pasientene observeres minst to timer etter at nalokson er gitt (2, 4).

«Det er farligere å bli igjen på stedet nå enn det var for noen år siden»

Dette var bakgrunnen for samarbeidet ambulansetjenesten og rusakuttmottaket ved Oslo universitetssykehus innledet i 2018. Ambulansepersonellet kunne nå bringe pasienter direkte til rusakuttmottaket etter at overdosen var ferdig behandlet, istedenfor å måtte ta veien via legevakt. Imidlertid ble overraskende få pasienter tatt med, og Rognli og medarbeidere presenterer nå i Tidsskriftet en studie som utforsker hvorfor tilbudet ikke ble benyttet (5).

En grunn var at ambulansepersonellet opplevde kommunikasjonsproblemer med rusakuttmottaket som vanskelig og så tidkrevende at de heller valgte andre løsninger. Dette er en erfaring som også er gjenkjennelig fra legevakten i Oslo. Opioidoverdose har på grunn av sin høye risiko for ny og dødelig overdose (6, 7) blitt kalt «avhengighetsmedisinens ustabile angina». Derfor er opioidoverdose en situasjon der øyeblikkelig-hjelp-vurdering i rusakuttmottak skal tilbys pasienten når den akutte faren er over, i henhold til nasjonalt pasientforløp (tidligere kjent som pakkeforløp) for oppfølging etter rusmiddeloverdose fra 2022 (4). Slik har det også tidligere vært definert i samarbeidet mellom rusakuttmottaket og legevakten i Oslo. Ambu-

lanse og legevakt er knappe ressurser og har potensielt alvorlig sykeventende. Det er dermed rasjonelt at anamnese og undersøkelse stopper når ambulansepersonellet eller legevaktlegen har tatt rede på nok til å beslutte hva som bør gjøres. Å måtte svare på en rekke spørsmål som ikke har relevans for tiltaket, oppleves som tidsspille. Det betviles ikke at den etterspurte informasjonen er nyttig for rusakuttmottakets kommende vurdering, men den kan innhentes når pasienten er der. Den prehospital oppgaven er å få pasienten dit.

En annen grunn til at tilbudet ikke ble benyttet, var uklarhet i hva det vil si å være tilstrekkelig somatisk avklart. Burde pasienten heller vært innlagt i en somatisk sykehusavdeling? Fra legevaktens synspunkt er det opplagt at både legevakt og ambulansepersonell kan vurdere dette – begge instanser gjør slike vurderinger hele tiden. Det er like opplagt at begge instanser stundom vil legge inn pasienter som viser seg å trenge innleggelse et annet sted. Rusakuttmottaket burde i så fall være i stand til å sende dem videre.

En tredje grunn var at tilbudet ikke traff det pasientene var opptatt av etter å ha overlevd en overdose. Brukerinformantene framhever behovet for omsorg; mat, en seng, en dusj. Deretter kan man tenke på neste trinn. Dette burde være styrende for utformingen av tilbudet uavhengig av om pasienten bringes til rusakuttmottak eller legevakt. Inspirasjon kan hentes fra Bergens rusakuttmottak, Akuttposten, dit ambulansetjenesten bringer pasienter direkte ved opioidoverdose (8). Pasienten behandles medisinsk og observeres på enerom inntil faren er over, får deretter sove, og våkner så opp til et måltid på rusakuttmottaket, fortsatt i samme seng.

En stadig større andel av opioidoverdosene i Norge skyldes opioider med lengre virketid enn heroin og derfor større fare for dødelig tilbakefall av respirasjonsdepresjon (9, 10). Det er dermed farligere å bli igjen på stedet nå enn det var for noen år siden. I tillegg til å utforme et tilbud som oppleves meningsfylt for pasientene, er det enda en ting å lære av Bergen: Ved å gi mindre doser nalokson blir flere pasienter med til rusakuttmottaket (8). Vi trenger ikke vekke pasienten, vi trenger å få pasienten til å puste.

ODD MARTIN VALLERSNES

o.m.vallersnes@medisin.uio.no

er spesialist i allmennmedisin, førsteamanuensis ved Avdeling for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo og legeskiftleder ved Legevakten i Oslo. Han deltok i arbeidsgruppen som utformet nasjonalt pasientforløp for oppfølging etter rusmiddeloverdose.

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

LITTERATUR

- Madah-Amiri D, Skulberg AK, Braarud AC et al. Ambulance-attended opioid overdoses: An examination into overdose locations and the role of a safe injection facility. *Subst Abuse* 2019; 40: 383–8.
- Clarke SF, Dargan PI, Jones AL. Naloxone in opioid poisoning: walking the tightrope. *Emerg Med J* 2005; 22: 612–6.
- Willman MW, Liss DB, Schwarz ES et al. Do heroin overdose patients require observation after receiving naloxone? *Clin Toxicol (Phila)* 2017; 55: 81–7.
- Helsedirektoratet. Akuttbehandling og oppfølging etter rusmiddeloverdose. Lest 16.2.2023.
- Rognli EB, Dalsrud MK, Wüsthoff LEC et al. Ubenyttet behandlingstilbud ved rusakuttmottak – en kvalitativ studie. *Tidsskr Nor Legeforen* 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.22.0471.
- Lund C, Bjørnaas MA, Sandvik L et al. Five-year mortality after acute poisoning treated in ambulances, an emergency outpatient clinic and hospitals in Oslo. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2013; 21: 65.
- Armoon B, Mohammadi R, Moghaddam LF et al. Type of drug use and risky determinants associated with fatal overdose among people who use drugs: a meta-analysis. *J Subst Use* 2021; 0: 1–11.
- Handlingsplan for forebygging av overdoser og overdosedødsfall. Bergen: Bergen kommune, 2016.
- Iqbal ZZ, Nguyen TMT, Brekke M et al. Unspecified opioids among opioid overdoses in Oslo, Norway. *BMC Res Notes* 2022; 15: 134.
- Edvardsen HME, Clausen T. Opioid related deaths in Norway in 2000–2019. *Drug Alcohol Depend* 2022; 232: 109281.

DOKUMENTERT EFFEKT OG SIKKERHET OPP TIL 4 ÅR¹



DUPIXENT® (dupilumab) er indisert til behandling av moderat til alvorlig atopisk dermatitt hos voksne og ungdom ≥ 12 år som er aktuelle for systemisk behandling. Behandling av alvorlig atopisk dermatitt hos barn ≥ 6 –11 år, som er aktuelle for systemisk behandling.²

RASK OG LANGVARIG EFFEKT OPP TIL 4 ÅR¹⁻³

- » Vedvarende forbedring av kløe, EASI, og DLQI opp til 4 år, med rask innsettende effekt etter første dose¹⁻³

SIKKERHETSPROFIL

- » Sikkerhetsprofil undersøkt opp til 4 år hos voksne med atopisk eksem^{1,2}
- » Dupixent er godkjent til pasienter med alvorlig atopisk dermatitt fra 6 år²

ENKEL OPPSTART²

- » Krever ingen lab monitorering²
- » Valg mellom ferdigfylt sprøyte eller autoinjektor^{*2}

* Dupixent (dupilumab) 200 mg og 300 mg, oppløsning i en ferdigfylt sprøyte og ferdigfylt penn. Den ferdigfylte pennen med dupilumab er ikke beregnet til bruk hos barn under 12 år.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon: De vanligste bivirkningene er reaksjoner på injeksjonsstedet, konjunktivitt, blefaritt og hodepine. Pasienter som bruker Dupixent mot alvorlig atopisk dermatitt og som har komorbid astma skal ikke justere eller avbryte astmabehandling uten samråd med lege. Forsiktighet bør utvises hos pasienter med astma, ved helmintinfeksjon, systemisk overfølsomhet og/eller vedvarende konjunktivitt og keratitt. Pasienter bør rådes til å rapportere nyoppståtte eller forverrede øyesymptomer til helsepersonell.²

EASI: exema area and severity index, DLQI: Dermatology Life Quality Index

Referanser: 1. Beck LA, et al. Dupilumab Provides Acceptable Safety and Sustained Efficacy for up to 4 Years in an Open-Label Study of Adults with Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis. Am J Clin Dermatol. 2022; 23: 393-408. 2. Dupixent preparatomtale kap 4.1-4.8 02.09.2022. 3. Dupixent preparatomtale kap. 5.1 02.09.22.

Dosering: Atopisk dermatitt: Voksne: 600 mg (2 injeksjoner à 300 mg) ved oppstart, etterfulgt av 300 mg hver 2. uke. Ungdom ≥ 12 –17 år: over 60 kg: som voksen, under 60 kg: 400 mg (2 injeksjoner à 200 mg) ved oppstart, etterfulgt av 200 mg hver 2. uke. Barn ≥ 6 –11 år: 15–60 kg: 300 mg på dag 1 og 300 mg på dag 15 ved oppstart, etterfulgt av 300 mg hver 4. uke (start 4 uker etter dag 15-dosen). Dosen kan økes til 200 mg annenhver uke. Over 60 kg: som voksen. **Interaksjoner: Vaksiner:** Inaktiverte eller ikke-levende vaksiner kan gis. Levende og levende svekkede vaksiner skal ikke gis samtidig med dupilumab. Før dupilumabbehandling anbefales det at pasienten revaksineres med levende og levende svekket immunisering iht. dagens retningslinjer for immunisering. **Bivirkninger: Vanlige:** Blod/lymfø: Eosinofili. **Generelle:** Reaksjon på injeksjonsstedet (inkl. erytem, ødem, kløe, smerter og hevelse). **Infeksiøse:** Konjunktivitt, oral herpes. **Muskelskjelettsystemet:** Artralgi. **Øye:** Konjunktivitt, inkl allergisk. **Mindre vanlige:** Immunsystemet: Angioødem. **Øye:** Blefaritt, keratitt, og tørre øyne. **Pakninger og priser: Injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt sprøyte:** 200 mg: $2 \times 1,14 \text{ ml}^1$ (ferdigfylt sprøyte m/automatisk nålebeskyttelse) kr 15819,60. 300 mg: $2 \times 2 \text{ ml}^1$ (ferdigfylt sprøyte m/automatisk nålebeskyttelse) kr 15819,60. **Injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt penn:** 200 mg: $2 \times 1,14 \text{ ml}^1$ (ferdigfylt penn) kr 15819,60. 300 mg: $2 \times 2 \text{ ml}^1$ (ferdigfylt penn) kr 15819,60. **Refusjon: H-resept: D11A H05_1 Dupilumab.** Refusjonsberettiget bruk: Der det er utarbeidet nasjonale handlingsprogrammer/nasjonale faglige retningslinjer og/eller anbefalinger fra RHF/LIS spesialistgruppe skal rekvirering gjøres i tråd med disse. **Vilkår:** (216). Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. Se SPC/felleskatalogen for mer utfyllende informasjon.

Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 02.09.2022. Se www.felleskatalogen.no for fullstendig preparatomtale.

Etablering av medisinske sannheter

Hov og medforfattere varslar at «Hjerneslag hos kvinner gir andre symptomer enn hos menn», at «kjønnsforskjeller må inn i retningslinjene», at «kvinner symptomer» bør inkluderes i nasjonal informasjonskampanje, og at «Kvinner opplever i større grad symptomer som generell sykdomsfølelse, angst, kvalme, hodepine og påvirket bevissthet» (1).

I den viktigste metaanalysen som det refereres til konkluderer forfatterne selv langt mindre bombastisk enn Hov og medarbeidere: «...given the heterogeneity and poor methodological quality of our included studies, our findings should be considered as hypothesis generating» (2). Et av hovedfunnene i studien er at samlet odds ratio (OR) for å presentere «headache inclusive migraine» hos kvinner med slag er 1.24. Når en analyserte spesifikt på iskemisk hjerneslag og hjerneblødning falt denne assosiasjonen vekk. Hos TIA-pasienter derimot var OR for hodepine hos kvinner 1.42 (2).

Å måtte skille TIA fra migrene med aura er en vanlig klinisk problemstilling. Samsvaret mellom ulike ekspertvurderinger er dårlig. Migrene er en av de mest prevalente sykdommer hos kvinner, forekommer tre ganger hyppigere enn hos menn, og er den hyppigst hjerneslagsimitator (eng. stroke mimic) i tillegg til svimmelhet (3). Migrene kan maskere et hjerneslag, og en svært sjelden gang forårsake hjerneslag. Sjansen for at migrene feiltolkes som hjerneiskemi er sannsynligvis langt større. I en metaana-

lyse utgjorde migrene 12 % av alle diagnostiserte og hele 18 % av alle trombolyserte hjerneslagsimitatorer (4). I en omfattende gjennomgang av slagstudier, der en av fire hadde hjerneslagimitatorer, ble 26.3 % av disse og 61.7 % av de med iskemisk hjerneslag trombolysert. Intrakranial blødning forekom hos henholdsvis 0.7 % og 9.4 % (5). De med hjerneslagimitatorer var yngre, gjerne kvinner (68 %), og tap av bevissthet, oppkast og hodepine forekom hyppigere i denne gruppa. Hjerneslagimitatorer er en velkjent og sannsynligvis viktig kilde til feil i forskning på akutte slag.

Selv om hjerneslag faktisk skulle ramme kvinner og menns hjerner forskjellig, eller gi vesentlig ulike symptomer, er det etter vår mening fortsatt for lite kunnskap til å inkorporere dette i nye retningslinjer. Hvilke av symptomer det skal fokuseres på i nasjonale informasjonskampanjer er høyst uklart. Vi applauderer initiativet til økt årvåkenhet og mer kunnskap om kjønnsforskjeller, men etterlyser en mer forsiktig tolkning av observerte assosiasjoner for ikke, i verste fall, å bidra til skremsel i befolkningen, uheldig prioritering i helsevesenet, feil behandling og gal diagnostikk av pasienter (6).

KARL BJØRNAR ALSTADHAUG

karl.bjornar.alstadhaug@nlsh.no

er overlege ved Nevrologisk avdeling, Nordlands-sykehuset og professor ved UiT Norges arktiske universitet.

ANNE HEGE AAMODT

Ingen av forfatterne har oppgitt noen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Hov MR, Larsen K, Bakke I et al. Hjerneslag hos kvinner gir andre symptomer enn hos menn. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142: doi: 10.4045/tidsskr.22.0576.
- 2 Ali M, van Os HJA, van der Weerd N et al. Sex Differences in Presentation of Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. Stroke 2022; 53: 345–54.
- 3 Nadarajan V, Perry RJ, Johnson J et al. Transient ischaemic attacks: mimics and chameleons. Pract Neurol 2014; 14: 23–31.

- 4 Terrin A, Toldo G, Ermani M et al. When migraine mimics stroke: A systematic review. Cephalalgia 2018; 38: 2068–78.
- 5 Pohl M, Hesszenberger D, Kapus K et al. Ischemic stroke mimics: A comprehensive review. J Clin Neurosci 2021; 93: 174–82.
- 6 Hernán MA. The C-Word: Scientific Euphemisms Do Not Improve Causal Inference From Observational Data. Am J Public Health 2018; 108: 616–9.

Artikkelen «Medisinens biospsyko-sosiale kjønnsbegrep» i Tidsskriftet nr. 3/2023 har fått flere tilbakemeldinger. Les hele debatten på tidsskriftet.no.

Utvannet kjønnsbegrep?

Slagstad og medarbeidere tar til orde for en videre forståelse av kjønn, og alle variasjoner av biologi, identitet og legning (1).

Vi er enig i at kunnskap om pasientens biologiske, psykologiske og sosiale forhold er et prinsipp som bør styre all god medisin. Men man kan ta høyde for alle aspekter av et menneskes liv og identitet uten å endre definisjonen av kjente biologiske størrelser.

Forfatterne nevner biologisk kjønn, seksuell orientering, kjønnsidentitet, sosialt kjønn og medfødte avvik/variasjoner som en del av et spekter. Men er det da kjønn vi snakker om, eller er det variasjoner som samspiller med det biologiske kjønnnet?

Biologisk har mennesket to kjønn, og kjønn har store medisinske og biologiske konsekvenser. Det er først de siste tiåra vi virkelig har begynt å forstå at kvinners helse

trenger sin egen forskning og forståelse. Men hvordan skal vi forstå forskjellen på kjønnene hvis de defineres langs et spektrum?

Forfatterne mener blant annet at transpersoner kan føle seg som avvikere hvis vi definerer kjønn som «snevert og binært». Transpersoner skal selvfølgelig ha respekt og omsorg som alle andre, men det er ikke sikkert de er tjent med et utvannet kjønnsbegrep. De trenger derimot forskning og medisin som omfatter deres helt særegne situasjon og medisinske behov. Og mennesker med avvikende kjønnsutvikling (DSD) er ikke tjent med at man bruker det misvisende og foreldede begrepet «interkjønn». De er også ett av to kjønn, ikke noe midt imellom. Det er heller ikke åpenbart at homofile og lesbiske ønsker å ses på som en del av et kjønnspektrum. De er tiltrukket av mennesker med samme kjønn, ikke samme identitet.

Om det er ei gruppe som står i fare for å bli usynliggjort i inkluderings navn: Kvinner. Det er en tydelig tendens til at spesielt begreper om kvinners kropp avkjønnes. Kroneksemplet er da Lancet skrev om «bodies with vaginas» (2), attpåtil i en tekst om at kvinners anatomi og fysiologi var blitt neglisjert i medisinen. På fødeavdelinger i engelsktalende land snakker man nå om «birthing people» i stedet for «mødre», og «chest feeding» i stedet for «breast feeding».

Men det er jo bare ord? Bør ikke majoritetsbefolkningen tåle inkluderende språk? Det er ikke så enkelt. Inkluderende språk kan bli ekskluderende hvis det blir så vagt at alle og ingen passer inn i begrepene. Og «nøytralt» språk om fødsel, amming og barsel kan misforstås og oppleves som dehumaniserende (3), slik at helsehjelpen blir dårligere.

Vi trenger inkludering og toleranse for alle variasjoner av arten menneske. Men vi tror det finnes bedre måter å gjøre det på enn å omdefinere begreper som har eksistert gjennom hele menneskets historie.

Medisinsk språk bør være presist, og bruke tydelige begreper for unike fenomener. Seksuell legning, kjønnsidentitet og kjønnsroller finnes allerede i språket og lowverket. Det er unødvendig og tåkeleggende å la «kjønn» omfatte alle disse ulike forholdene.

PERNILLE NYLEHN

pnylehn@gmail.com

er spesialist i kvinnesykdommer og fødselshjelp, spesialist i allmennmedisin. Overlege ved Føde- og gynekologisk avdeling, Haugesund sjukehus

MARIANNE BRATTGJERD

TINA SKOTNES

KAREN-ANNA PEDERSEN

Forfatterne oppgir følgende interessekonflikter: Marianne Brattgjerd er nestleder i Genid Norge.

LITTERATUR

- 1 Slagstad K, Malterud K, Brekke M et al. Medisinens biopsykososiale kjønnsbegrep. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: 206–7.
- 2 Davis S. Periods on display. Lancet 2021; 398: 1124–5.
- 3 Gribble KD, Bewley S, Bartick MC et al. Effective Communication About Pregnancy, Birth, Lactation, Breastfeeding and Newborn Care: The Importance of Sexed Language. Front. Glob. Womens Health 2022; vol 3

K. SLAGSTAD OG MEDARBEIDERE SVARER

Vi takker for kommentaren til vårt innlegg om biologiske, psykologiske og sosiale forhold ved kjønn (1). Forfatterne skriver at vi tar til orde for å «endre definisjonen av kjente biologiske størrelser» og «omdefinere begreper som har eksistert gjennom hele menneskets historie». Men gjennom århundrer har mange sentrale begreper innen medisin og helse vært i betydelig utvikling og endring. Dette gjelder ikke bare for kjønn, men også for kropp, sykdom og helse. Medisinsk vitenskap og praksis har for lengst erkjent at forståelse av menneskelige fenomener forutsetter innsikt i mer enn biologi, blant annet psykologi og sam-

funn. Forfatterne kommenterer ikke vårt anliggende, nemlig å peke på at verdens ledende medisinske og vitenskapelige institusjoner nå tar til orde for et mer sammensatt kjønnsbegrep. Vi viste til American Medical Association, American Psychiatric Association, Endocrine Society, tidsskriftet Nature og ledende medisinske eksperter på menneskelig kjønnsutvikling. Leger må ha kjennskap til at dette internasjonalt er en vitenskapelig anerkjent faglig forståelse av kjønn som ikke forkaster kjønn som biologi, uavhengig av hva man måtte mene politisk om saken.

KETIL SLAGSTAD

slagstad@gmail.com

er postdoktor ved Charité - Universitätsmedizin Berlin.

KIRSTI MALTERUD

METTE BREKKE

ANNE KVEIM LIE

Forfatterne oppgir følgende interessekonflikter: Ketil Slagstad og Anne Kveim Lie er del av prosjektet Biomedicalization from the Inside Out som mottar støtte fra Norges forskningsråd.

LITTERATUR

- 1 Slagstad K, Malterud K, Brekke M et al. Medisinens biopsykososiale kjønnsbegrep. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: 206–7.

FIB-4-testen som beslutningsverktøy

Vi er glade for å se at vår kronikk «Vi trenger en ny strategi for leversykdom» har skapt debatt (1, 2). Vårt formål var nettopp å bidra

til en bedre strategi for påvisning av leverfibrose blant den store gruppen av pasienter med høy risiko for fettleversykdom. I dag er dette feltet preget av både under- og overdiagnostikk. Målet med strategien er primært å fange opp pasienter med avansert leverfibrose som bør tilbys oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Pasienter med lavere grad av leverfibrose bør primært håndteres i primærhelsetjenesten. Korrekt identifikasjon av fibrosegrad er dermed viktig både for å tilby adekvat spesialistoppfølging til de som trenger det, og for å unngå at en stor gruppe uten behov legger beslag på ressurser i spesialisthelsetjenesten.

Vi er enige i at FIB-4 er en kvantitativ test, og at testen ikke alene kan skille pasienter med avansert leverfibrose fra pasienter uten. Imidlertid vil vi fastholde at testen likevel er svært nyttig som første trinn i en vurdering av risikopasienter ettersom verdier $< 1,3$ med høy grad av sannsynlighet utelukker avansert leverfibrose (høy negativ prediktiv verdi) (3). Vi stusser over talleksemplet som tar utgangspunkt i en antagelse om at verdien 1,3 representerer sannsynlighetsratio på 1. Vi forstår ikke grunnlaget for denne antagelsen, og finner spesielt ikke grunnlag for dette tallet i artikkelen som forfatterne refererer til (3).

Vi er enige i at FIB-4 resultatet må tolkes i en kontekst der flere kliniske parametres tas i betraktning. Ingen screening-tester er perfekte, og det handler alltid om en avveining mellom sensitivitet og spesifisitet, samt kjennskap til pretest sannsynlighet. Positive funn må derfor alltid avklares med andre metoder slik som stivhetsmåling av lever eller patenterte fibrosetester (f.eks ELF-test). En slik to-steps-strategi med FIB-4 som første test, fulgt av elastografi eller ELF test dersom FIB-4 $\geq 1,3$, er kostnadseffektivt med redusert antall unødvendige henvisninger, redusert behov for avklarende leverbiopsi samtidig som flere pasienter med avansert leverfibrose blir identifisert (4).

FIB-4 bør imidlertid ikke anvendes som screeningmetode i den generelle befolkning, men kun i risikopopulasjoner for leversykdom, primært pasienter med diabetes, fedme eller høyt alkoholkonsum.

Screeningtester må være enkle for at vi skal oppnå effekt på samfunnsnivå, en pragmatisk tilnærming er derfor nødvendig siden det ikke eksisterer noen perfekt screeningstest. Nettopp dette har ligget til grunn når både Lancet-kommisjonen (5) og internasjonale retningslinjer anbefaler FIB-4

testen for å utelukke avansert leversykdom (6).

Vi har etablert en arbeidsgruppe som skal utarbeide nasjonale anbefalinger for deteksjon av leverfibrose i risikopopulasjoner med representanter fra en rekke fagmedisinske foreninger, blant annet med god representasjon fra medisinsk biokjemi. Vi tar gjerne imot innspill.

JOHN WILLY HAUKELAND

jowih@ous-hf.no

er overlege ved Oslo universitetssykehus.

**METTE NÅMDAL VESTERHUS
KRISTIN KAASEN JØRGENSEN
SVEIN OSKAR FRIGSTAD
TOM HEMMING KARLSEN**

Ingen av forfatterne har oppgitt noen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Vesterhus M, Jørgensen KK, Frigstad SO et al. Vi trenger en ny strategi for leversykdom. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142: 206–8.
- 2 Åsberg A, Løfblad L. FIB-4-testen for leverfibrose er en kvantitativ test. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: 215.
- 3 Mózes FE, Lee JA, Selvaraj EA et al. Diagnostic accuracy of non-invasive tests for advanced fibrosis in patients with NAFLD: an individual patient data meta-analysis. Gut 2022; 71: 1006–19.
- 4 Srivastava A, Jong S, Gola A et al. Cost-comparison analysis of FIB-4, ELF and fibroscan in community pathways for non-alcoholic fatty liver disease. BMC Gastroenterol 2019; 19: 122.
- 5 Karlens TH, Sheron N, Zelber-Sagi S et al. The EASL-Lancet Liver Commission: protecting the next generation of Europeans against liver disease complications and premature mortality. Lancet 2022; 399: 61–116.
- 6 European Association for the Study of the Liver. Electronic address: easloffice@easloffice.eu Clinical Practice Guideline Panel Chair et al. EASL Clinical Practice Guidelines on non-invasive tests for evaluation of liver disease severity and prognosis - 2021 update. J Hepatol 2021; 75: 659–89.

A. ÅSBERG OG L. LØFBLAD SVARER

Takk for kommentar til vår artikkel (1).

Vi er enige med Haukeland og medarbeidere om både målsetting og indikasjon for bruk av FIB-4-testen til screening for alvorlig leverfibrose (2). Poenget vårt er at man ikke bør betrakte alle FIB-4-verdier under grenseverdien på 1,3 som negative og alle verdier over eller lik grenseverdien som positive, for da reduserer man testen til en kvalitativ test og kaster bort nyttig informasjon. I praksis ville det bety at pasienter med svært ulik sannsynlighet for leverfibrose kunne bli prioritert helt likt for videre utredning, noe som synes

urimelig. Hvert enkelt testresultat har en tilhørende sannsynlighetsratio. Den bør kombineres med pretestsannsynlighet til en posttestsannsynlighet. Det er posttestsannsynlighet for leverfibrose og ikke FIB-4-verdien som burde avgjøre behovet for henvisning til spesialist, inkludert hastegraden.

Haukeland og medarbeidere ser ikke at artikkelen til Mózes og medarbeidere gir grunnlag for å vurdere hvilken sannsynlighetsratio som kan tilordnes en FIB-4-verdi på 1,3 (3). Men hvis man betrakter figur 2B i den aktuelle artikkelen, ser man at sensitivitet og spesifisitet har omtrent samme verdi når FIB-4 er 1,3. Det betyr at 1,3 tilsvarer et punkt i det øvre, venstre «hjørnet» av testens ROC-kurve, der stigningskoeffisienten er omtrent 1. Sannsynlighetsratio er lik stigningskoeffisienten for ROC-kurven i det punktet som representerer prøvesvaret (4). Å velge en grenseverdi med sannsynlighetsratio på omtrent 1 er ganske vanlig hvis man vil gjøre kvantitative prøvesvar om til kvalitative (positive og negative). Men det er ikke nødvendigvis den beste måten å tolke prøvesvarene. Det er bedre å vurdere posttest-sannsynlighet og se om den er over eller under en gitt beslutningsgrense for videre tiltak (5). En slik beslutningsgrense og hjelpeverktøy for lettere å kunne vurdere pretestsannsynlighet for alvorlig leverfibrose synes å mangle. Det kan således betraktes som et innspill til arbeidsgruppen som skal jobbe med nasjonale anbefalinger for deteksjon av leverfibrose.

ARNE ÅSBERG

arne.aasberg@stolav.no

er overlege ved St. Olavs hospital.

LENA LØFBLAD

Ingen av forfatterne har oppgitt noen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Åsberg A, Løfblad L. FIB-4-testen for leverfibrose er en kvantitativ test. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: 215.
- 2 Haukeland JW, Vesterhus MN, Jørgensen KK et al. FIB-4-testen som beslutningsverktøy. Lest 04.03.2023
- 3 Mózes FE, Lee JA, Selvaraj EA et al. Diagnostic accuracy of non-invasive tests for advanced fibrosis in patients with NAFLD: an individual patient data meta-analysis. Gut 2022; 71: 1006–19.
- 4 Choi BC. Slopes of a receiver operating characteristic curve and likelihood ratios for a diagnostic test. Am J Epidemiol 1998; 148: 1127–32.
- 5 Åsberg A, Bolann BJ. Hva betyr prøvesvaret? Rasjonell tolking av svar på medisinske analyser. Oslo: Cappelen Damm, 2022: 65–68.

Ryaltris™ er indisert til voksne og barn over 12 år til behandling av moderate til alvorlige nesesyntomer i forbindelse med allergisk rhinitt.¹

NESESPRAY VED ALLERGISK RHINITT¹

Ryaltris™ er en kombinasjonsbehandling med mometasonfuroat (25 µg) og olopatadin (600µg).²

Kombinasjonen viser synergistiske effekter når det gjelder symptomforbedring ved allergisk rhinitt.³

Hvis du vil vite mer eller ønsker kontakt med en produktspesialist? **Kontakt oss på info.norway@orionpharma.com.**

Referanser

- 1) Ryaltis™ preparatomtale, 20.12.2021, pkt. 4.1
- 2) Ryaltis™ preparatomtale, 20.12.2021, pkt. 1
- 3) Ryaltis™ preparatomtale, 20.12.2021, pkt. 5.1

Ryaltris™ nesepay

25 µg mometasonfuroat/dose + 600 µg olopatadin/dose

Indikasjon

Ryaltris™ er indisert til voksne og barn over 12 år til behandling av moderate til alvorlige nesesyntomer i forbindelse med allergisk rhinitt.

Dosering

Voksne og barn over 12 år: Ryaltis™ er kun til bruk i nesen, den vanlige anbefalte dosen er to sprayer i hvert nesebor to ganger daglig (morgen og kveld).

Utalgt sikkerhetsinformasjon

Bivirkninger: Svart vanlige (> 1/10) er dysgeusi, epistakse og ubehag i nesen. **Kontraindikasjon:** Ryaltis™ skal ikke brukes ved ubehandlet, lokal infeksjon i neseslimhinnen, som herpes simplex eller hos pasienter ved nylig gjennomgått nesekirurgi eller traumer før skaden er tilhelet.

Pakninger og priser

1 flaske à 30 ml med 29 g suspensjon (240 spraydoser) kr 223,50

Refusjon

Symptomlindring ved moderat til alvorlig sesongrelatert og helårlig allergisk rhinitt hvis monoterapi med enten intranasalt antihistamin eller glukokortikoid ikke er vurdert som tilstrekkelig.

Refusjonskode: ICPC: R97 Allergisk rhinitt. ICD: J30 Vasomotorisk og allergisk rhinitt. Vilkår: Ingen spesifisert.

Basert på SPC godkjent av SLV: 20.12.2021

For fullstendig preparatomtale (SPC), se www.legemiddelsok.no

Les hele preparatomtalen før du forskriver.

Mars 2023



Undersøkingsskommisjonen bidreg til forvirring og fragmentering

Læring etter alvorlege hendingar i helsetenesta er viktig, men undersøkingsskommisjonen framstår diverre ikkje som den rette løysinga.

Statens undersøkingsskommisjon for helse- og omsorgstenesta (Ukom) er tydelege på at hovudmandatet deira er å bidrage til læring etter alvorlege hendingar (1). Etter to års drift peika dei på mangel på kommunikasjon og ansvarspulverisering som hyppige årsaker til at det går gale (1, 2).

Nyleg la dei fram rapporten «Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko» (3). Rapporten ser på helsehjelpa personen som gjorde fem drap og elleve drapsforsøk i Kongsberg i 2021, fekk dei siste åra før hendinga, særskilt sett i lys av at han hadde ei kjent alvorleg psykisk lidning, men takka nei til helsehjelp.

Rapporten evner diverre i liten grad å rette merksemd mot faktorar som er klinisk relevante for vidare læring.

Manglande samtykkekompetanse

«Openbert manglande samtykkekompetanse» blei innført i psykisk helsevernlova i 2017. Det er eit krav for å kunne etablere tvungent psykisk helsevern etter lovas § 3-2 og § 3-3. Helsedirektoratet er tydelege på at beviskravet til «openbert» er høgt, og ved tvil skal pasienten ha rett til å takke nei til helsehjelp (4). Dersom pasienten utgjer ein alvorleg og nærliggande fare for liv eller helse for andre eller for sitt eige liv på grunn av den alvorlege sinnslidinga, fell kravet om manglande samtykkekompetanse bort.

I saka i rapporten blei pasienten vurdert samtykkekompetent, og i tråd med hensikta i lova fekk han takke nei til vidare helsehjelp. Eg erfarer at spesialistar i psykiatri og psykologspesialistar som fattar vedtak, i stor grad har innretta klinisk praksis i samsvar med dette. Det blir understøtta av avgjersler og vurderingar frå formelle tilsynsmyndigheter som kontrollkommisjonen og statsforvaltaren. I staden for å til dømes diskutere utfordringane med å vurdere samtykkekompetanse, tek undersøkingsskommisjonen til orde for å senke terskelen for å vurdere nokon som openbert ute av stand til å samtykke. I grunngevinga blir det oppgitt ein referanse til eit juridisk tidsskrift (3). Eg meiner at ein ikkje kan forvente at klinikarar les juridiske tidsskrift, og langt mindre bruke det som grunnlag for å endre juridisk praksis.

«Det er interessant at ein kommisjon utan noka formell tilsynsmyndighet kjem med så sterk kritikk av statsforvaltaren»

Farekriteriet

I rapporten blir det problematisert at behandlarar ikkje viste til farekriteriet, men saksgjennomgangen viser at både valdsrisiko og farekriteriet blei vurdert i forlaupet. Det er skildra at ein behandlar kontakta politiet for innhenting av opplysningar i 2019. Likevel blir det seinare i rapporten slått fast at informasjon frå politiet ikkje blei etterspurt. Slike unøyaktigheter og omskrivingar bidreg til forvirring i lesinga av rapporten og usikkerheit kring

kva grunnlag undersøkingsskommisjonen kjem med anbefalingar på.

Å få informasjon frå politiet i samband med farevurdering kan vere viktig, men erfaringsmessig er det ein tidkrevjande byråkratisk prosess som tek dagar til veker.

Fagleg forsvarleg

I rapporten blir det oppgitt at statsforvaltaren slo fast at pasienten hadde fått forsvarleg helsehjelp. Undersøkingsskommisjonen meiner på si side at statsforvaltaren mangla vesentleg informasjon, og at vurderinga av det heilskaplege helsetilbodet ikkje var god nok. Det er interessant at ein kommisjon utan noka formell tilsynsmyndighet kjem med så sterk kritikk av statsforvaltaren, og for ein kliniskar bidreg det til uklarheit om kven som faktisk bestemmer.

I rapporten står det: «Vi har i undersøkelsen sett at virksomhetene lener seg til statsforvalterens vurdering. Virksomhetene forstår det slik at tilsynsmyndigheten med sin konklusjon, legger listen for forsvarelig helsehjelp» (3). Denne utsegna blir hengande i lause lufta. Det vil vere rart om ikkje verksemdene legg avgjersler frå statsforvaltaren til grunn for kva som er fagleg forsvarleg behandling.

Alt i alt klarer ikkje rapporten å belyse klinisk relevante problemstillingar på ein utfyllande måte. Viktige tema som samtykkekompetanse og farevurdering blir etter mi meining forenkla. Etter å ha lese rapporten er diverre inntrykket framleis at undersøkingsskommisjonen bidreg til fragmentering av ansvar og forvirring i utøvinga av faget.

Mottatt 9.2.2023, første revisjon innsendt 24.2.2023, godkjent 1.3.2023.

JEANETTE BJØRKE

bjje@sus.no

er spesialist i psykiatri og overlege ved Etterverns-
poliklinikken ved Stavanger distriktpsykiatriske
senter.

Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikar.

LITTERATUR

1 Tajik AA. Fra skyld og skam til læring og forbedring. Tidsskr Nor Legeforen 2019; 139: doi: 10.4045/tidsskr.19.0557.

2 Førde R, Iden P. To år med en havarikommisjon i helsetjenesten. Tidsskr Nor Legeforen 2021; 141: doi: 10.4045/tidsskr.21.0233.

3 Statens Undersøkelseskommisjon. Helsehjelp

til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko. Lesedato 8.2.2023.

4 Helsedirektoratet. Psykisk helsevernloven med kommentarer. Lesedato 8.2.2023.



DEN NORSKE
LEGEFORENING



Boliglån
4,09 %
eff.*

*pr. 01.03.2023. Nom. rente 3,99 %, 3 000 000, o/25 år, Kostnad 1 1759 064, Totalt 4 759 064.

Pusse opp eller flytte på landet?

Som kunde i Danske Bank får du personlig rådgivning tilpasset dine individuelle behov, planer og ambisjoner – nå og i fremtiden. Du er alltid velkommen til å snakke med en av våre dyktige rådgivere.

Legeforeningen har på vegne av alle medlemmene forhandlet frem en av Norges beste bankavtaler, som sikrer deg et godt tilbud i årene fremover. Du får blant annet svært gode betingelser på lån og sparing, rabatt på kundeprogram og tilgang til eget VIP kundesenter.

Les mer på danskebank.no/legeforeningen

Danske Bank

Vi må bry oss om delirium

Andelen eldre i befolkningen øker, og mange av disse har høy risiko for utvikling av delirium ved sykehusinnleggelse. Vi bør i større grad ta i bruk de nasjonale retningslinjene for delirium.

Den 5. desember 2022 ble en invitert lederkommentar, «Delirium: Who cares?», publisert i tidsskriftet *Acta Psychiatrica Scandinavica* (1). I denne fremhevet man at Storbritannia mangler en nasjonal strategi for delirium, og at det er lite kunnskap om tilstanden hos befolkningen. Til tross for at delirium er en stor utfordring for helse-tjenesten, har det vært lite forsket og fokusert på før i de senere år (2).

Hvordan er så situasjonen i Norge? Er delirium på agendaen i norske sykehus? Covid-19-pandemien minnet oss på at de eldste pasientene våre er særlig sårbare for delirium ved akutt sykdom (3). Men den viste oss også at vi mangler ressurser, bemanning og kompetanse (4). Vi ønsker å minne om hvorfor delirium er viktig og hvordan tilstanden kan forebygges og håndteres i norske sykehus.

«Delirium er underdiagnostisert, underbehandlet og assosiert med økt morbiditet og mortalitet»

Et folkehelseproblem

Delirium er et akutt nevropsykiatrisk syndrom med redusert oppmerksomhet, svekkelse i andre kognitive funksjoner og svingende bevissthet/våkenhet som kjennetegn. Det er en vanlig og potensielt alvorlig komplikasjon til akutt sykdom. Høy alder, demens, annen kognitiv svikt

og kirurgi er blant de viktigste risikofaktorene (2). Hoftebruddspasienter har en forekomst av postoperativt delirium på 35–65 % (5). Delirium kan variere i presentasjon fra lette til mer alvorlige og vedvarende symptomer. I en studie fra ti norske akuttmodtak i 2019 fant man at 17 % av pasienter 75 år eller eldre hadde tegn til delirium (6).

Delirium er underdiagnostisert, underbehandlet og assosiert med økt morbiditet og mortalitet (7). Selv om delirium kan være reversibelt, er det også forbundet med en økt risiko for senere utvikling av demens (8). Vi vet også stadig mer om hvordan delirium erfarer, og flere har fortalt offentlig om sine opplevelser i ettertid. Delirium er ofte skremmende for den som rammes (9). Det er derfor mange gode grunner til at delirium bør settes høyt på dagsordenen i den norske helsetjenesten.

Allmennkunnskapen om delirium i befolkningen er dessverre fremdeles altfor dårlig, og mange pasienter skrives ut av sykehuset med uhyggelige minner som de sliter med å forstå (10). Delirium er således et folkehelseproblem, og det hadde vært til stor hjelp om det ble allment kjent at alle, spesielt eldre, kan bli forvirret og til og med få hallusinasjoner ved akutt sykdom.

Forebygging og håndtering

I Norge har vi oppdaterte nasjonale retningslinjer for forebygging, diagnostikk og behandling av delirium (11). Vi anbefaler at helsepersonell som har regelmessig kontakt med pasienter med delirium, tar disse i bruk. Det viktigste er å forebygge delirium, og det er vist at ikke-medikamentelle tiltak med flere komponenter er effektive (12). Slike tiltak forutsetter en helhetlig og tverrfaglig tilnærming og innebærer blant annet å unngå å unødige flytte pasienter med risiko for delirium.

Både tid og ressurser kreves for å håndtere risikopasienter på en god måte, men det krever også mye, og ofte mer ressurser, å håndtere pasienter som har utviklet delirium. Hos utsatte pasienter og ved symptomer som gir mistanke om delirium, som eksempelvis forstyrrelser i bevissthet, hallu-

sinasjoner og/eller redusert oppmerksomhet, bør det gjøres regelmessig screening. I Norge anbefales screeningverktøyet 4AT (13). 4AT-skåring tar vanligvis under fem minutter og kan gjennomføres av alt helsepersonell.

«Deliriumscreening bør systematiseres og inkluderes som en naturlig del av den kliniske undersøkelsen»

For pasienter med etablert delirium er det viktigste å identifisere og behandle underliggende årsak(er). Dette krever ofte en bred gjennomgang av pasientens sykdomsbilde. Ikke-medikamentelle tiltak er alltid essensielle i behandlingen. Medikamentell behandling av delirium har svakt evidensgrunnlag og er ikke vist å ha effekt hverken på deliriumvarigheten eller overlevelsen (14). I klinisk praksis kan slik behandling, eksempelvis med antipsykotika som haloperidol, like fullt ha en plass der deliriet hindrer nødvendig medisinsk undersøkelse eller behandling.

Vi må bry oss

Vi opplever at det er økt oppmerksomhet rundt delirium i norske sykehus, men mener deliriumscreening bør systematiseres og inkluderes som en naturlig del av den kliniske undersøkelsen. Man kan diskutere hvor grensen skal gå for hvem som bør screenes, men et naturlig utgangspunkt kunne være for alle over 65 år. Vi bryr oss om delirium, og det blir heldigvis stadig flere av oss. Det er for mange gode grunner til å bry seg om delirium til at vi kan la være!

Mottatt 17.1.2023, første revisjon innsendt 8.2.2023, godkjent 15.2.2023.

MATHIAS NIKOLAI PETERSEN HELLA

mathias.nikolai.petersen.hella@sus.no
er lege i spesialisering i geriatri ved Mottaksklinikken, Geriatrik seksjon, Stavanger universitetssjukehus og ph.d.-kandidat ved Klinisk Institutt 1, Universitetet i Bergen og Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling (SESAM), Stavanger universitetssjukehus.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

HOGNE SØNNESYN

er ph.d., overlege ved Geriatrik seksjon, Stavanger universitetssjukehus og seniorforsker ved Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling (SESAM), Stavanger universitetssjukehus.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNE KATRINE BERGLAND

er ph.d., spesialist i geriatri og i akutt- og mottaksmedisin, seksjonsoverlege ved Observasjons- og behandlingsavdelingen, Stavanger universitetssjukehus og seniorforsker ved Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling (SESAM), Stavanger universitetssjukehus.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

DAG ÅRSLAND

er spesialist i psykiatri, overlege og forskningsleder ved Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling (SESAM), Stavanger universitetssjukehus samt professor og avdelingsleder ved Alderspsykiatrisk avdeling, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience ved King's College London.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANE DJUV

er ph.d., overlege i ortopedisk kirurgi, fagleder ved Ortopedisk osteoporosepoliklinikk, leder av Frakturregisteret i Helse Stavanger, leder av Register for beinbrudd og osteoporoseutredning (BeinOP). Hun er førsteamanuensis ved Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen og forsker ved Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling, Stavanger universitetssjukehus.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt rådgivningshonorar fra UCB.

AUDUN OSLAND VIK-MO

er spesialist i psykiatri, avdelingsoverlege ved Alderspsykiatrisk avdeling, Stavanger universitetssjukehus, førsteamanuensis og fagleiar for Vestlandslegen, Universitetet i Bergen.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ERLING HOLEN

er utdanningsansvarlig overlege ved Anestesiavdelingen, Klinikk A, Stavanger universitetssjukehus.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

PAAL NAALSUND

er seksjonsoverlege ved Geriatrik seksjon, Haraldsplass Diakonale Sykehus og leder for Norsk forening for geriatri.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BJØRN ERIK NEERLAND

er ph.d., spesialist i indremedisin og i geriatri, overlege ved Geriatrik avdeling, Oslo universitetssjukehus, forsker ved Oslo Delirium Research Group og leder for Faggruppen for delirium i Norsk forening for geriatri.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LEIV OTTO WATNE

er spesialist i geriatri, overlege ved Geriatrik avdeling, Akershus universitetssjukehus, professor i geriatri ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo og leder for Oslo Delirium Research Group.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Kington J, Jenkinson J. Delirium: Who cares? *Acta Psychiatr Scand* 2022; 0: acps.13469.
- 2 Wilson JE, Mart MF, Cunningham C et al. Delirium. *Nat Rev Dis Primers* 2020; 6: 90.
- 3 Neerland BE, Watne LO, Krogseth M. Delirium hos pasienter med covid-19. *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; 140: doi: 10.4045/tidsskr.20.0264.
- 4 Neerland BE. De sårbare pandemi. *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; 140: doi: 10.4045/tidsskr.20.0583.
- 5 Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ et al. Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 516–22.
- 6 Evensen S, Saltvedt I, Ranhoff AH et al. Delirium og kognitiv svikt blant eldre i norske akutt mottak. *Tidsskr Nor Legeforen* 2019; 139: doi: 10.4045/tidsskr.18.0578.
- 7 O'Hanlon S, O'Regan N, MacLulich AMJ et al. Improving delirium care through early intervention: from bench to bedside to boardroom. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2014; 85: 207–13.
- 8 Fong TG, Inouye SK. The inter-relationship between delirium and dementia: the importance of delirium prevention. *Nat Rev Neurol* 2022; 18: 579–96.
- 9 Larsen RA. Just a little delirium- A report from the other side. *Acta Anaesthesiol Scand* 2019; 63: 1095–6.
- 10 Bergseng A, Meløe A. Stian (33) fikk delirium: - Det var som et evigvarende mareritt. *VG* 8.11.2022. Lest 15.12.2022.
- 11 Haraldsplass Diakonale Sykehus. Delirium - forebygging, diagnostikk og behandling. 2020/2021. Lest 12.12.2022.
- 12 Ludolph P, Stoffers-Winterling J, Kunzler AM et al. Non-Pharmacologic Multicomponent Interventions Preventing Delirium in Hospitalized People. *J Am Geriatr Soc* 2020; 68: 1864–71.
- 13 Evensen S, Hylen Ranhoff A, Lydersen S et al. The delirium screening tool 4AT in routine clinical practice: prediction of mortality, sensitivity and specificity. *Eur Geriatr Med* 2021; 12: 793–800.
- 14 Nikooie R, Neufeld KJ, Oh ES et al. Antipsychotics for Treating Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review. *Ann Intern Med* 2019; 171: 485–95.

Wegovy® – utvalgt sikkerhetsinformasjon⁵

Gastrointestinale bivirkninger (svært vanlige, $\geq 1/10$): Kvalme, diaré, forstoppelse, oppkast og magesmerter. Gastrointestinale bivirkninger var generelt milde eller moderate i alvorlighetsgrad, og av kort varighet. Årsak til seponering hos 4,3 %.

Dehydrering: De gastrointestinale bivirkningene kan forårsake dehydrering, som i sjeldne tilfeller kan føre til forverring av nyrefunksjonen. Ta forholdsregler for å unngå væskemangel.

Andre svært vanlige bivirkninger ($\geq 1/10$): Hodepine, fatigue.

Hårtap (vanlig, $\geq 1/100$ til $< 1/10$): Rapportert hos 2,5 % av pasientene som ble behandlet med Wegovy® og hos 1,0 % av pasientene som ble behandlet med placebo. Hendelsene var hovedsakelig av mild alvorlighetsgrad og de fleste pasientene ble bra igjen mens de fortsatte behandlingen. Hårtap ble rapportert oftere hos pasienter med et større vekttap (≥ 20 %).

Pankreatitt (mindre vanlig, $\geq 1/1000$ til $< 1/100$): 0,2 % for Wegovy® og $< 0,1$ % for placebo. Ved mistanke bør Wegovy® seponeres. Ved bekreftet pankreatitt skal ikke behandling med Wegovy® gjenopptas. Forsiktighet bør utvises hos pasienter som tidligere har hatt pankreatitt.

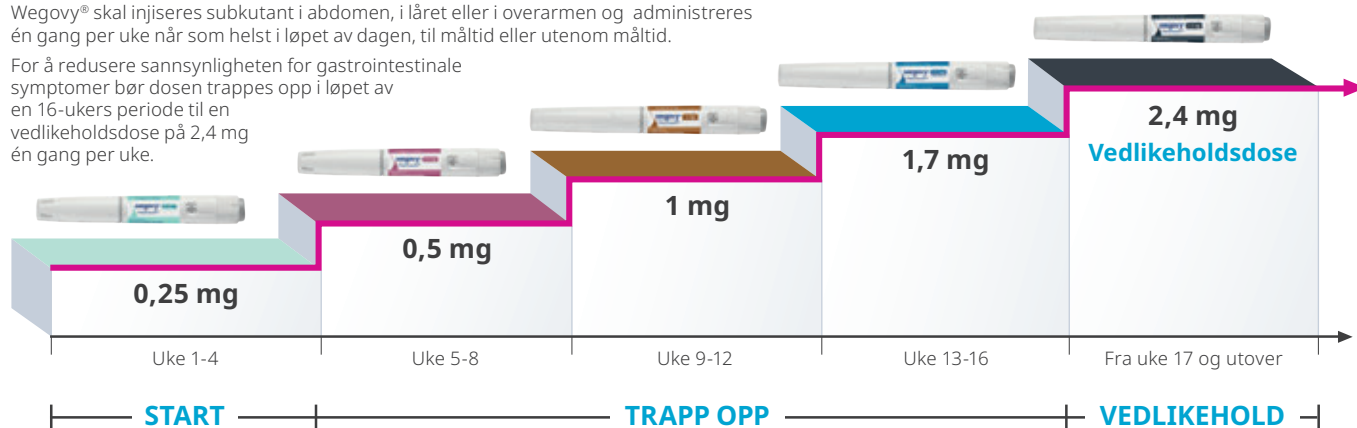
- Wegovy® er ikke undersøkt hos pasienter med diabetes type 1, og bruk anbefales ikke.
- Brukes med forsiktighet hos pasienter med inflammatorisk tarmsykdom og diabetisk gastroparese.
- Skal ikke brukes under graviditet eller ved amming.
- Wegovy® anbefales ikke i kombinasjon med andre produkter for vektkontroll.

	Kan benyttes uten dosejustering	Anbefales ikke
Alder	Voksne Begrenset erfaring hos pasienter ≥ 75 år, økt sensitivitet kan ikke utelukkes	Barn/ungdom under 18 år
Nyre-funksjon	Lett og moderat nedsatt eGFR > 30 ml/min $1,73\text{m}^2$	Alvorlig nedsatt, eller terminal nyresykdom eGFR < 30 ml/min $1,73\text{m}^2$
Hjertesvikt	NYHA klasse I-III	NYHA klasse IV
Lever-funksjon	Lett og moderat Forsiktighet bør utvises	Alvorlig nedsatt

Dosering – én gang per uke³

Wegovy® skal injiseres subkutan i abdomen, i låret eller i overarmen og administreres én gang per uke når som helst i løpet av dagen, til måltid eller utenom måltid.

For å redusere sannsynligheten for gastrointestinale symptomer bør dosen trappes opp i løpet av en 16-ukers periode til en vedlikeholdsdose på 2,4 mg én gang per uke.



Råd til pasient mot kvalme



Reduser måltidsstørrelsen



Spis saktere



Reduser inntaket av mett fett



Avslutt måltidet ved metthetsfølelse

Reseptgruppe og pris⁶

Resept- og legemiddelgruppe: C GLP-1-analog, ATC-nr.: A10B J06

Pakninger og priser: 0,25 mg: 1,5 ml (ferdigfylt penn) kr 1749,30. 0,5 mg: 1,5 ml (ferdigfylt penn) kr 1749,30. 1 mg: 3 ml (ferdigfylt penn) kr 1749,30. 1,7 mg: 3 ml (ferdigfylt penn) kr 2261,30. 2,4 mg: 3 ml (ferdigfylt penn) kr 2775,30. (Priser per januar 2023).

Du kan lese mer om Wegovy® på www.felleskatalogen.no eller på nettsiden: www.wegovy.no



Referanser: 1. Wegovy® SPC, avsnitt 5.1 (sist oppdatert 21.07.2022) 2. Wegovy® SPC, avsnitt 4.1 (sist oppdatert 21.07.2022) 3. Wegovy® SPC, avsnitt 4.2 (sist oppdatert 21.07.2022). 4. Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, et al. STEP 1 Study Group. Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity. N Engl J Med. 2021 384:989-1002 5. Wegovy® SPC, avsnitt 4.4, 4.6 og 4.8 (sist oppdatert 21.07.2022) 6. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sok?type=fktekst&sokord=418253> (Lest 03.01.2023)

▼ WEGOVY® (semaglutid) – FOR VEKTKONTROLL^{1,2}

NYHET

Indikasjon:²

Wegovy® er indisert som tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for vektkontroll, inkludert vekttap og vedlikehold av vekt, hos voksne med initial BMI (Body Mass Index) på

- $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (fedme) eller
- $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ til $< 30 \text{ kg/m}^2$ (overvekt) ved forekomst av minst én vektrelatert komorbiditet, som dysglykemi (prediabetes eller diabetes mellitus type 2), hypertensjon, dyslipidemi, obstruktiv søvnapné eller kardiovaskulær sykdom.



Ukentlig GLP-1-analog som regulerer appetitt og sultfølelse^{1,3}



Wegovy® 2,4 mg, gitt som tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet, har i studie^{*/} vist gjennomsnittlig vektreduksjon **-14,9 % vs. -2,4 %** for placebo¹**



Behandling med Wegovy® er ikke refundert, og kan ikke skrives på blå resept.

* Resultater fra baseline til uke 68 i STEP 1 studien. Differanse fra placebo -12,4 % [95 % KI, -13,4; -11,5], $p < 0,0001$.¹

** Pasienter inkludert i studien hadde fedme (BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$) eller overvekt (BMI $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ til $< 30 \text{ kg/m}^2$) og minst én vektrelatert komorbiditet (pasienter med diabetes var ekskludert). Gjennomsnittsvekt ved baseline: 105,4 kg i Wegovy® gruppen og 105,2 kg i placebo gruppen.^{1,4}

Pensjonsreform på bekostning av eldres helse

Eldre som går av tidlig, blir nå straffet med dårligere pensjon. For å unngå fattigdom vil mange utsette avgangen selv når de ikke har helse til det.

Hensikten med å reformere folketrygdens alderspensjon var å redusere statens utgifter og samtidig få folk til å stå lenger i arbeid (1, s. 8). Pensjonskommisjonen som ble nedsatt av Stoltenberg-regjeringen i 2001, la fram forslag til ny alderspensjon i 2004 (2). Stortinget vedtok hovedprinsippene i 2005. Fra 2011 er nye pensjonsregler fasett inn med overgangsordninger fra og med årskullet som ble født i 1954. Årskullet født i 1963 er det første som bare omfattes av de nye pensjonsreglene.

Den gjeldende ordningen for alderspensjon skiller seg fra den gamle ved bruken av økonomiske arbeidsinsentiver, det vil si økonomisk straff eller belønning som skal stimulere til seinere avgang fra arbeidslivet. Jo lavere avgangsalderen er, desto lavere blir pensjonistens årlige pensjon. Når mange må forlenge yrkeslivet av økonomiske årsaker, er det grunn til å frykte negative helsekonsekvenser og i neste omgang større sosiale ulikheter i eldres helse.

Verken Pensjonskommisjonen, Forskningsrådets EVAPEN-prosjekt (Evalueringsprosjekt av pensjonsreformen, 2011–18) eller Pensjonsutvalget som i 2022 evaluerte de ti første årene (3), har vurdert de helsemessige konsekvensene av reformen. Det er på tide at Legeforeningen melder seg på i pensjonsdebatten og etterlyser en helsekonsekvensutredning.

Pensjonsreformen følger den samme sosialpolitiske tenkningen som tilsvarende reformer i andre europeiske land de siste tiårene. I Norge kalles det for «arbeidslinja». Uttrykket betydde tidligere at målet var arbeid for alle. I 1990-årene fikk det nytt innhold. Nå skulle velferdsordningene motivere til lønnsarbeid ved innstramminger i stønadsordningene til dem som var uten arbeid (4, 5, s. 85). Pensjonskommisjonen gjorde det dyrt å gå av tidlig: «Hovedprinsippet er at den enkelte selv skal dekke hoveddelen av kostnadene dersom han eller hun velger å gå av tidlig, samtidig som vedkommende får tilsvarende høyere pensjon ved å arbeide lenger» (1, s. 9). De som uten reformen ville gått av tidlig, kan nå bare oppnå en akseptabel pensjon hvis de «velger» å stå lenger i arbeid. Problemet er at de fleste ikke kan velge sin avgangsalder. Akademiske

yrker og lederyrker har høy avgangsalder. Andre grupper, som butikkmedarbeidere, industriarbeidere og reinholdere, har lav avgangsalder. Figur 1 viser fordelingen av yrkesaktive for aldersgruppen 55–66 år.

Bygger på urealistiske forutsetninger
Reformens viktigste sparetiltak er den såkalte *levealdersjusteringen*: Pensjonistens årlige pensjon beregnes ved at total opp-tjent pensjon fordeles på det antall leveår pensjonistens årskull er forventet å ha igjen ved pensjonistens avgangsalder. Med økende gjennomsnittlig levealder vil hvert nytt årskull få litt mindre utbetalt i årlig pensjon enn det foregående kull fikk ved samme avgangsalder. Tanken bak levealdersjusteringen har vært at nye kull kan kompensere for nedjusteringen ved å stå litt lenger i arbeid. Men det forutsetter at økt

«Tanken bak levealdersjusteringen er at økt gjennomsnittlig levealder skal gi flere år med god helse og arbeidsmuligheter for alle, og det er ganske urealistisk»

gjennomsnittlig levealder gir flere år med god helse og arbeidsmuligheter for alle, og det er ganske urealistisk (6). Noen får flere år med dårlig helse (forlenget sykkelighet), mens andre får færre år med dårlig helse (komprimert sykkelighet) eller like mange år med dårlig helse som før (utsatt sykkelighet). Variasjoner i sykkelighet følger sosiale gradienter. At den gjennomsnittlige levealderen øker, forteller isolert sett lite om eldres framtid på arbeidsmarkedet (7).

I evalueringsrapporten (3) drøfter Pensjonsutvalget forutsetningen om at nye årskull kan kompensere for levealdersjusteringen ved å jobbe stadig lenger. De viser til en studie fra Nord-Trøndelag der 70-åringene i perioden 1995–2017 hadde nesten like stor økning i antall funksjonsfriske år som i leveår totalt (8). De mener at hvis det fortsetter slik, vil eldre kunne stimuleres av levealdersjusteringen til å jobbe lenger

(3, s. 151). Men studien gir ikke dekning for denne optimismen. At 70-åringene var «funksjonsfriske», betydde bare at de kunne spise, kle på seg og vaske seg selv, og dessuten betale regninger og gå på handletur. Arbeidsførhet er noe annet. Utvalget har oversatt en mer relevant studie fra samme forskergruppe, som forteller at mulighetene til å jobbe lenger kanskje ikke er så store, og heller ikke likt fordelt. Studien så på helse og forventet levealder for 30-åringene i Nord-Trøndelag, med data fra tre tverrsnittundersøkelser over tre tiår (9). Forventet levealder økte både totalt og målt som levetid med egenrapportert god helse. Men forventet levetid uten langvarig, invalidiserende sykdom, altså potensielt arbeidsfør levetid, økte lite. Og den økte aller minst for dem med lav utdanning.

Pensjonsutvalget hevder også at økningen i yrkesdeltakingen de første årene etter reformen har vært uavhengig av tidligere inntekt, utdanning, yrke og helse (3, s. 295–6). Men undersøkelserne de refererer til, viser tvert imot at yrkesaktiviteten økte mest i grupper med lav forventet levealder, lav utdanning eller dårlig helse (3, s. 297, 10, 11). Disse gruppene har ofte lav pensjonsopptjening, ikke minst gjelder det kvinnene. De må arbeide lenger for å unngå fattigdom, og da kan de ikke ta mye helsehensyn. Et av utvalgsmedlemmene mener at det er gode nyheter hvis dårligere stilte grupper økte yrkesaktiviteten mest (12). Utvalget hadde fryktet at det ville være vanskeligere for dem enn for andre. Det burde ikke overrasket utvalget at alderspensjonens økonomiske arbeidsinsentiver virker sterkest på dem som frykter lave pensjoner. Og det er slett ikke gode nyheter, men et faresignal, med tanke på risikoen for negative helsekonsekvenser i denne aldersgruppen.

Arbeidsvilkår kan forårsake uførhet og utstøting

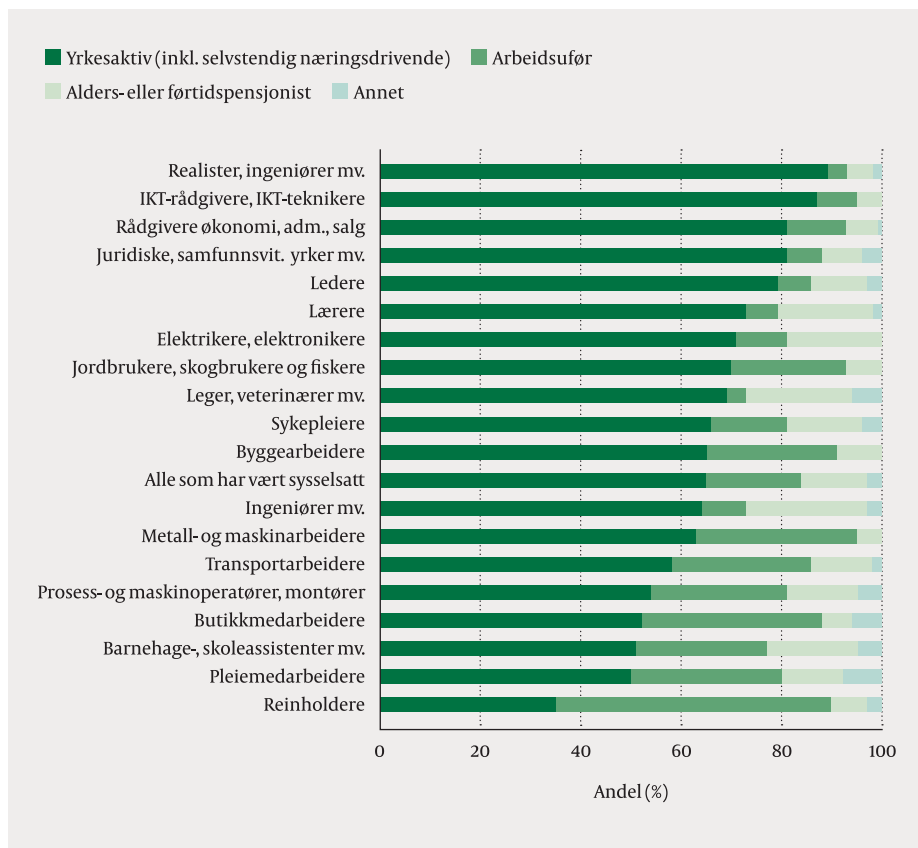
Pensjonering kan gi betydelige helsegevinster, særlig når arbeidsvilkårene er krevende. I Norge har Astri Syse og medarbeidere sett på endringer i selvrapportert helse etter pensjonering. Yrkesaktive i alderen 57–66 år besvarte spørreskjema i 2002 og på nytt i 2007, da omtrent halvparten var gått av med pensjon. Pensjonistene rapporterte oftere enn de fortsatt yrkesaktive om bedring av mental helse, og sjeldnere om forverring. Pensjonistene rapporterte også oftere om økt fysisk aktivitet og nedgang i vekt (13). Westerlund og medarbeidere fant helsegevinster ved pensjonering hos arbe-

dere ved det nasjonale franske gass- og elektrisitetsverket. Langt flere oppga dårlig helse før pensjonering enn etterpå. Helsegevinsten var størst for dem med de dårligste arbeidsforholdene (14). Forekomsten av vanlige kroniske sykdommer (luftveissykdom, diabetes og hjerte- og karsykdom) økte med alderen, upåvirket av pensjonering. Men etter pensjonering var langt færre plaget av fysisk og mental trøtthet og depresjon, og bedringen var størst for dem med kronisk sykdom (15).

Hvis eldre skal kunne stå lenger i jobb med helse i behold, må arbeidslivet legges til rette for det. Dette ble også erkjent da Bondevik II-regjeringen behandlet Pensjonskommisjonens forslag: «For at fleksibiliteten i modernisert folketrygd skal kunne virke etter hensikten, må imidlertid forholdene legges til rette også for dem som ønsker å fortsette i arbeidslivet. Arbeidsgiverne må både etterspørre og ta vare på de eldre arbeidstakerne» (1, s. 109). En omfattende norsk kunnskapsgjennomgang konkluderte med at handlefrihet i arbeidet og reduksjon av fysiske jobbkrav var viktigst når det gjaldt å beholde eldre i arbeid (16). Men pensjonsreformen er ikke blitt fulgt opp av reformer som gjør arbeidslivet mer eldrevennlig.

Den avtalefestede førtidspensjonen som gjaldt før 2011, innebar at arbeidsgivere tjente på å legge arbeidsforholdene til rette slik at eldre lot være å benytte førtidspensjonen og i stedet fortsatte til pensjonsalder. Eldre kunne for eksempel få kortere arbeidsdag med full lønn, eller endring av arbeidsoppgaver. Etter 2011 har pensjonssystemet ingen tilsvarende incentiver som gjør det økonomisk interessant for arbeidsgivere å legge til rette for eldre. All incentivbruk er rettet mot arbeidstakere.

I Norge fungerer uføretrygden som førtidspensjon ved mange kroniske, invalidiserende sykdommer og i yrker der jobbkravene ikke lar seg forene med normale aldersforandringer. Mange yrker med lav avgangsalder har også uforholdmessig høy avgang til uføretrygd (17). Tidligere var alderspensjonen den samme enten man sto tida ut eller ble uføretrygdet noen år før pensjonsalder. Behovet var jo det samme. Den nye alderspensjonen følger den moderniserte arbeidslinja: Det skal alltid gi bedre pensjon å være i arbeid enn å være ute av arbeid. Den som blir uføretrygdet, får derfor nå mye dårligere pensjon enn arbeidskamerater som forblir arbeidsføre. Mange som burde søke uføretrygd, vil nok nå utsette det i det lengste for å unngå den dårlige alderspensjonen for uføre.



Figur 1 Fordelingen av yrkesaktive, arbeidsuføre og alders- eller førtidspensjonerte i aldersgruppen 55–66 år for ulike yrker, basert på Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø 2019. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Blind for sosiale forskjeller

Hovedproblemet med den nye alderspensjonen med *arbeidsincentiver* og *levealdersjustering* er at den overser de store sosiale forskjellene i eldres helse og arbeidsmuligheter. Noen kan og vil stå lenger. Andre har etter reformen ikke råd til å gå av når de burde, og må la helsehensyn komme i annen rekke. De som *må* gå av tidlig, som uføre eller arbeidsløse, får nå en pensjon nær minste pensjonsnivå. Det er langt under EUs lavinntektsgrense (60 % av medianinntekten), som i Norge er ca. 250 000 kroner for en enslig person i 2021 (18). Takket være levealdersjusteringen vil det minste pensjonsnivået bare bli lavere for hvert nytt årskull. Verst stilt er innvandrere og flyktninger som har bodd mindre enn 40 år i Norge. De får en redusert minstepensjon tilsvarende oppnådd botid (19, s. 63–70). De får samtidig minst igjen for å jobbe lenger (20, s. 37). Pensjonsutvalget frykter for oppslutningen om pensjonsreformen og dens «sosiale bærekraft» når minstepensjonene blir så dårlige (3, s. 11). De foreslår å heve pensjonsalderen. Men det vil bare

gjøre det enda dyrere å gå av tidlig og øke risikoen for negative helseeffekter.

Levealderen i Norge har økt så lenge vi har hatt alderspensjoner, men det er aldri tidligere blitt brukt som begrunnelse for å heve pensjonsalderen. Så seint som i 1980-årene ble det tvert imot vurdert å senke pensjonsalderen fra 67 til 60 år. Man var opptatt av retten til fritid og ville forlenge den arbeidsfrie perioden i eldre år (21, s. 110). Det ville også frigjøre arbeidsplasser og gjøre bedriftenes omstilling lettere. Man visste godt at andelen eldre ville øke, men lavere pensjonsalder kunne gi eldre bedre helse og velferd, og mindre behov for hjelp.

Vi trenger en kost-nytte-analyse slik forskere ved Folkehelseinstituttet har foreslått (7). Er tiden i eldre år best brukt i lønnsarbeid eller til å ta vare på egen (og ofte andres) helse?

Forfatterne takker Stein Stugu, pensjonsrådgiver i De Facto, for gjennomlesning og råd.

Mottatt 5.12.2022, første revisjon innsendt 10.1.2023, godkjent 17.1.2023.

EBBA WERGELAND

ebba-we@online.no

er dr.med., spesialist i arbeidsmedisin og pensjonert overlege i Arbeidstilsynet.

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

STEINAR WESTIN

er professor emeritus i sosialmedisin ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU og tidligere deltids fastlege.

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

LITTERATUR

- 1 St.meld. nr. 12 (2004-2005). Pensjonsreform – trygghet for pensjonene. Lest 3.12.2022.
- 2 NOU 2004:1 Modernisert folketrygd. Bærekraftig pensjon for framtida. Lest 3.12.2022.
- 3 NOU 2022:7 Et forbedret pensjonssystem. Lest 3.12.2022.
- 4 Wergeland E. Arbeidslinjen ga oss skammen tilbake. I: Tellnes G, Claussen B, red. Folketrygdens framtid. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2014.
- 5 NOU 2004:13. En ny arbeids- og velferdsforvaltning. Lest 3.12.2022.
- 6 Langballe EM, Strand BH. Vil fremtidens eldre være friskere? Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 113–4.
- 7 Syse A, Strand BH. Hva betyr økt levealder for den framtidige (potensielle) arbeidsstyrken? Søkelys på arbeidslivet 2022; 39: 1–15.
- 8 Storeng SH, Overland S, Skirbekk V et al. Trends in Disability-Free Life Expectancy (DFLE) from 1995 to 2017 in the older Norwegian population by sex and education: The HUNT Study. Scand J Public Health 2022; 50: 542–51.
- 9 Storeng S, Krokstad S, Westin S et al. Decennial trends and inequalities in healthy life expectancy: The HUNT Study, Norway. Scand J Public Health 2018; 46: 124–31.
- 10 Aakvik A, Holmås TH, Monstad K. Sysselsettings-effekter av pensjonsreformen – avhenger de av helsetilstand? Søkelys på arbeidslivet 2020; 37: 4–19.
- 11 Nordby P, Næsheim H. Yrkesaktivitet blant eldre før og etter pensjonsreformen 2016. Oslo: SSB, 2017.
- 12 West Pedersen A. Virker pensjonsreformen? Klassekampen 12.9.2022. Lest 17.1.2023.
- 13 Syse A, Veenstra M, Furunes T et al. Changes in Health and Health Behavior Associated With Retirement. J Aging Health 2017; 29: 99–127.
- 14 Westerlund H, Kivimäki M, Singh-Manoux A et al. Self-rated health before and after retirement in France (GAZEL): a cohort study. Lancet 2009; 374: 1889–96.
- 15 Westerlund H, Vahtera J, Ferrie JE et al. Effect of retirement on major chronic conditions and fatigue: French GAZEL occupational cohort study. BMJ 2010; 341: c6149.
- 16 Midtsundstad T, Mehllum IS, Hilsen A. The impact of the working environment on work retention of older workers. National report – Norway. Fafo-papir 2017: 09. Lest 17.1.2023.
- 17 SSB. Yrker og næringer blant nye mottakere av uføretrygd og arbeidsavklaringspenger. Lest 2.1.2023.
- 18 SSB. Færre med lavinntekt. Lest 2.1.2023.
- 19 Bø BP, Fuglestad AMB. Velferdsstatens skyggeside. Oslo: Mira-senteret, 2022.
- 20 Halvorsen B. Folketrygdens mål om trygghet, fordeling og selvhjelp. I: Tellnes G, Claussen B, red. Folketrygdens framtid. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2014.
- 21 NOU 1987:9 Arbeidstidsreformer. Lest 3.12.2022.



Tidsskriftet på Facebook

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

Daglig oppdatering med nye artikler.

Lik oss på Facebook, og du vil bli gjort oppmerksom på aktuelle saker.

KURS I VITENSKAPELIG SKRIVING
OSLO 15.-16. MAI 2023

Hvordan skrive en god vitenskapelig artikkel



- Egner seg for klinikere og forskere innen medisin og helsefag med noe eller liten publiseringserfaring.
- Dekker alle faser i en publiseringsprosess, fra planlegging, skriving, tittel og abstrakt, til utarbeidelse av tabeller og figurer.
- Kurslærerne er erfarne forskere og redaktører, blant annet fra to av verdens mest prestisjetunge medisinske tidsskrifter.
- Forelesninger og gruppeundervisning med skrivetrening og tilbakemelding på egne abstrakt, tabeller og figurer.

KURSTED

Gaustad sykehus
Sognsvannsveien 21, Oslo

KURSAVGIFT

7 000 kroner, som også dekker lunsj, kaffe og kursdiplom

SPRÅK

Kurset blir holdt på engelsk

FORARBEID

Kursmateriell sendes ut fire uker før kursstart. Utkast til abstrakt, tabeller og figurer må innsendes for vurdering senest ti dager før kursstart.

KURSLÆRERE

Darren Taichman
Deputy Editor,
New England Journal of Medicine

Christine Laine
Editor-in-chief,
Annals of Internal Medicine

David Weinberg
Editor-in-chief,
Gastroenterology

Erfarne forskere og redaktører fra Universitetet i Oslo og Tidsskrift for Den norske legeforening.

KURSKOORDINATOR

Madeleine Berli
Universitetet i Oslo
madeleine.berli@medisin.uio.no

PÅMELDING

Snarest mulig, og senest 1. april 2023. Det er et begrenset antall plasser. Påmelding ved å følge QR-koden:





Velkommen til Legenes hus kurs- og konferansesenter

**Legeforeningen har kurs og konferansesenter
på Christiania torv 5 i Oslo.**

Konferansesenteret inneholder 11 moderne møterom i forskjellige størrelse, med kapasitet fra 6–120 personer.

Det er også mulig å arrangere private middager og sosiale arrangement i restauranten.

www.legeneshus.no

Sosiale forskjeller i forprosjektet for tarmkreftscreening

Deltagelse i tarmscreening varierer mellom ulike sosiodemografiske grupper. I forprosjektet for tarmscreeningprogrammet har man gjennom de siste ti årene sammenlignet deltagelsen blant dem som screenet seg hjemme og dem som møtte opp på sykehus for sigmoidoskopi. Kunnskapen kan brukes for å utvikle screeningprogrammet.

Målet med kreftscreening er å redusere dødeligheten og forekomsten av den kreftformen det screenes for. Et screeningprogram er effektivt hvis en stor andel av de inviterte deltar, spesielt de som har høyest risiko for å få sykdommen. Nyttan av tarmscreening er sterkt avhengig av antallet krefttilfeller som oppdages i et tidlig stadium og mulige forstadier til tarmkreft (polypper) som man finner og fjerner. Over det siste tiåret har det pågått et stort forprosjekt for det nasjonale tarmscreeningprogrammet ved Sykehuset Østfold og i utvalgte kommuner i Vestre Viken.

Vi kommenterer her noen av funnene rundt deltagelse og hvordan deltagelsen har variert blant ulike sosiodemografiske grupper. Et viktig prinsipp i norsk helsetjeneste er likhet for alle. Innføring av screening skal ikke øke, men redusere sosioøkonomiske forskjeller. Et særlig ønske har vært at sårbare grupper med høy kreftrisiko skal delta i screeningtilbudet.

«Dersom deltagelse i tarm-screening krever oppmøte på et sykehus, har enkelte samfunnsgrupper høyere sannsynlighet for å ikke delta»

Test av to screeningmetoder

Vi undersøkte oppmøtet blant 117 000 inviterte til forprosjektet for det nasjonale tarmscreeningprogrammet (1). Dette forprosjektet var designet som en randomisert kontrollert studie og ble finansiert over statsbudsjettet. Det i seg selv viser at det har vært en god politisk forståelse for å ivareta en randomisert tilnærming til innføring av nye helsetilbud.

I forprosjektet ble man invitert til screening enten med sigmoidoskopi én gang ved et screeningsenter eller til gjentatt screening med test på blod i avføringen (2). Avføringsprøven ble gjennomført hjemme.

Deltagerne fikk tilsendt testutstyr og returnerte prøven for analyse til laboratoriet. Oppslutningen var ca. 60 % ved første invitasjon i gruppen som fikk tilbud om avføringstest, og ca. 52 % i sigmoidoskopigruppen. Ved et positivt testresultat (kreft eller høy risiko for polypper påvist ved sigmoidoskopi eller over 15 µg hemoglobin per gram feces ved avføringstest, tilsvarende 75 ng/mL prøve/bufferoppløsning) ble deltageren tilrådt en koloskopiundersøkelse ved et screeningsenter. Rundt 8 % av deltagerne hadde en positiv avføringstest. Blant dem som deltok i sigmoidoskopi, ble rundt 9 % henvist videre.

Større sosial ulikhet ved invasiv metode

Resultatene tydet på at dersom deltagelse i tarmscreening krever oppmøte på et sykehus, har enkelte samfunnsgrupper høyere sannsynlighet for å ikke delta. Studien viste at deltagelse i både sigmoidoskopi og screening med avføringstest hadde sammenheng med sosioøkonomisk status: Det var lavest deltagelse blant dem med lavest inntekt og utdanning. Å leve uten en partner, være født utenfor Norge og å ha kjøretid på mer enn 20 minutter til et screeningsenter predikerte også lavere oppmøte (1, 3). I tillegg var komorbiditet, spesielt diabetes og psykiske lidelser, forbundet med lavere deltagelse i screening både med sigmoidoskopi og avføringstest (1, 4). Alt dette kjenner vi til fra internasjonale studier (5–10). At dette også gjelder for norske forhold, har vi nå vist.

Det nye som er verdt å merke seg, er at sosioøkonomi påvirker deltagelsen i større grad ved screening med sigmoidoskopi enn med avføringstest. Forskjellen i oppmøte mellom de med høyest og lavest inntekt var større ved sigmoidoskopi, det samme gjaldt for personer født i utlandet versus i Norge og for dem med lang versus kort kjøretid til screeningsenter. De med høyest sosioøkonomi og norsk opprinnelse møtte opp i nesten like høy grad uansett screeningmetode, mens de med motsatte karakteristikk deltok i større grad hvis screeningstilbudet var en avføringstest fremfor sig-

moidoskopi. Forprosjektet var gjennomført i områder der ingen av kommunene er rurale, og kjøretid til screeningsenteret for de aller fleste var godt innenfor to timer (11).

Vår studie antydte at screeningmetode påvirket sosial ulikhet i tarmscreeningstilbudet. Resultatene viste at screening med krav om oppmøte i et screeningsenter for en invasiv undersøkelse skapte større sosiale forskjeller i tilbudet enn avføringstesten som kunne tas hjemme. Noen av de samme ulikhetene i oppmøte gjaldt også for oppfølgende undersøkelse etter en positiv avføringstest.

«Å være oppmerksom på sosial ulikhet i screeningdeltagelse er spesielt viktig fordi forekomsten av tarmkreft er høyere hos dem med lavest sosioøkonomisk status»

Høyest risiko for tarmkreft

Å være oppmerksom på sosial ulikhet i screeningdeltagelse er spesielt viktig fordi forekomsten av tarmkreft er høyere hos dem med lavest sosioøkonomisk status (12). I den norske befolkningen gjelder dette spesielt etniske nordmenn, fordi forekomsten av tarmkreft er lavere i alle grupper født i utlandet sammenlignet med etnisk norske (13).

Potensialet for å forebygge tarmkreft ved hjelp av sunne levevaner er stort. Vi har tidligere vist at jo færre helseanbefalinger en deltager i tarmscreening oppfyller når det gjelder røyking, fysisk aktivitet, kroppsvekt, alkoholkonsum og inntak av bearbeidet og rødt kjøtt, jo større er sannsynligheten for å få påvist forstadier av tarmkreft eller tarmkreft ved screening (14–16). Dessuten har vi vist at de som oppfyller færrest helseanbefalinger, også har størst sannsynlighet for å droppe en eller flere runder av screening med avføringstest (17).

Nasjonalt screeningprogram

Utrulling av et nasjonalt tarmscreeningprogram i Norge er nå i gang. Screeningtilbudet ved oppstart er avføringstest. Det året man fyller 55 år vil man få tilsendt testutstyr. Screeningstesten gjentas annethvert år opptil fem ganger.

Stortinget har vedtatt at koloskopi én gang i livet ved 55 års alder gradvis skal

erstatte avføringstesten som primær screeningmetode etter hvert som endoskopikapasiteten er tilstrekkelig ved helseforetakene. Det blir viktig å følge fordelingen av hvem som møter og hvem som ikke møter opp til koloskopiscreening, siden et mål i vår nordiske velferdsmodell er at hele befolkningen skal sikres lik tilgang til helsetjenester (18). Om koloskopi vil være en mer fordelaktig screeningmetode i et folkehelseperspektiv, er foreløpig uavklart. Skifte av primærscreeningmetode fra avføringstest til koloskopi er i programmet organisert slik at vi vil ha mulighet til å evaluere blant annet deltagelse ved de to metodene. Et forslag kunne være å vurdere et annet screeningtilbud, for eksempel en avføringstest, til den delen av befolkningen som ikke møter opp til koloskopi.

Konklusjon

Resultater fra det store forprosjektet for et nasjonalt screeningprogram for tarmkreft viser at deltagelse i tarmscreening var lavere hos dem med lav sosioøkonomisk status, høy komorbiditet, lang kjøretid til screeningsenter samt hos personer født i utlandet. Vi fant også at screeningsmetoden hadde betydning for deltagelse i gruppene som deltok i minst grad. Deltagelsen var høyere i disse gruppene hvis de ble invitert til å ta en avføringsprøve hjemme, sammenlignet med en sigmoidoskopiundersøkelse ved et sykehus.

Innføring av koloskopi som primær screeningmetode vil i tillegg kreve gjennomføring av en rengjøringsprosedyre av tarmen før undersøkelsen. Dette kan gi enda høyere terskel for å velge å delta og muli-

gens forsterke heller enn å utjevne de sosioøkonomiske forskjellene som ble sett i forprosjektet. På den annen side er det mange fordeler med bare én screeningrunde (koloskopi) framfor annethvert år (avføringstesting). Ved innføring av et nasjonalt tarmscreeningprogram blir det viktig å kontinuerlig overvåke og evaluere deltagelse og funn ved begge screeningmetodene når primær koloskopiscreening gradvis ruller ut. Det er mulig at det er lokale forskjeller i oppslutningen om tilbudet i områder der det i befolkningen er en høy andel med lav sosioøkonomisk status eller lang reisevei til screeningsenter.

Mottatt 29.11.2022, første revisjon innsendt 9.1.2023, godkjent 27.1.2023.

PAULA BERSTAD

pabe@krefregisteret.no
er cand.scient., ph.d. og seniorforsker ved Seksjon for tarmscreening, Krefregisteret.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNA LISA SCHULT

er ph.d., spesialist i indremedisin, medisinsk faglig rådgiver ved Seksjon for tarmscreening, Krefregisteret og overlege ved Gastromedisinsk avdeling, Bærum sykehus.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

GEIR HOFF

er dr.med., spesialist i fordøyelsessykdommer, rådgiver ved Seksjon for tarmscreening, Krefregisteret, rådgiver og forsker ved Sykehuset Telemark og professor emeritus ved Universitetet i Oslo.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

GISKE URSIN

er cand.med., ph.d., direktør ved Krefregisteret, professor II ved Avdeling for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo og professor emerita ved University of Southern California.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KRISTIN RANHEIM RANDEL

er cand.med., ph.d., og seksjonsleder ved Seksjon for tarmscreening, Krefregisteret.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

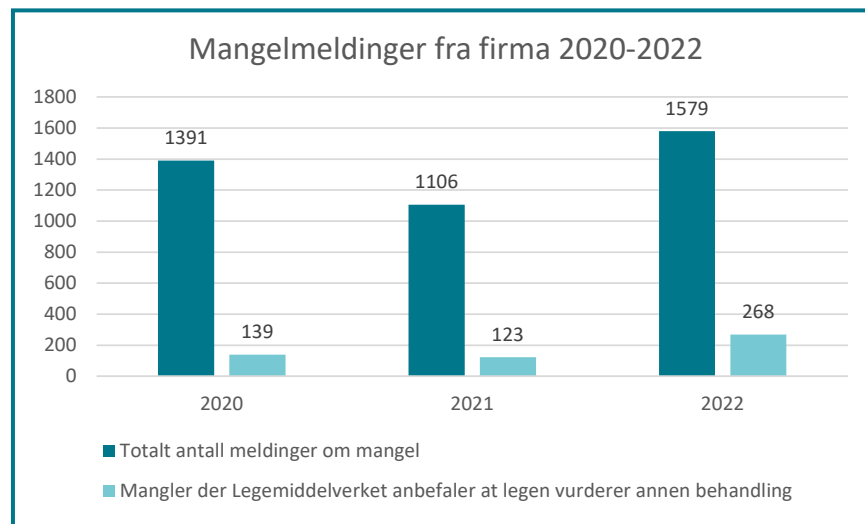
LITTERATUR

- Botteri E, Hoff G, Randel KR et al. Characteristics of nonparticipants in a randomised colorectal cancer screening trial comparing sigmoidoscopy and faecal immunochemical testing. *Int J Cancer* 2022; 151: 361–71.
- Randel KR, Schult AL, Botteri E et al. Colorectal Cancer Screening With Repeated Faecal Immunochemical Test Versus Sigmoidoscopy: Baseline Results From a Randomized Trial. *Gastroenterology* 2021; 160: 1085–1096.e5.
- Berthelsen M, Berstad P, Randel KR et al. The impact of driving time on participation in colorectal cancer screening with sigmoidoscopy and faecal immunochemical blood test. *Cancer Epidemiol* 2022; 80: 102244.
- Kirkøen B, Berstad P, Hoff G et al. Type and Severity of Mental Illness and Participation in Colorectal Cancer Screening. *Am J Prev Med* 2023; 64: 76–85.
- Buron A, Auge JM, Sala M et al. Association between socioeconomic deprivation and colorectal cancer screening outcomes: Low uptake rates among the most and least deprived people. *PLoS One* 2017; 12: e0179864.
- Deding U, Henig AS, Salling A et al. Sociodemographic predictors of participation in colorectal cancer screening. *Int J Colorectal Dis* 2017; 32: 1117–24.
- Guirguet C, Pera G, Castells A et al. Impact of comorbid conditions on participation in an organised colorectal cancer screening programme: a cross-sectional study. *BMC Cancer* 2017; 17: 524.
- He E, Lew JB, Egger S et al. Factors associated with participation in colorectal cancer screening in Australia: Results from the 45 and Up Study cohort. *Prev Med* 2018; 106: 185–93.
- Jäntti M, Heinävaara S, Malila N et al. Sociodemographic features and patterns of non-participation in colorectal cancer screening in Finland. *Eur J Public Health* 2021; 31: 890–4.
- Lal N, Singh HK, Majeed A et al. The impact of socioeconomic deprivation on the uptake of colorectal cancer screening in London. *J Med Screen* 2021; 28: 114–21.
- Høydahl E. Ny sentralitetsindeks for kommunene. *Lest* 27.1.2023.
- Larsen IK, Myklebust TA, Babigumira R et al. Education, income and risk of cancer: results from a Norwegian registry-based study. *Acta Oncol* 2020; 59: 1300–7.
- Hjerkind KV, Qureshi SA, Møller B et al. Ethnic differences in the incidence of cancer in Norway. *Int J Cancer* 2017; 140: 1770–80.
- Knudsen MD, de Lange T, Botteri E et al. Favorable lifestyle before diagnosis associated with lower risk of screen-detected advanced colorectal neoplasia. *World J Gastroenterol* 2016; 22: 6276–86.
- Kværner AS, Birkeland E, Vinberg E et al. Associations of red and processed meat intake with screen-detected colorectal lesions. *Br J Nutr* 2022; 0: 1–36.
- Øvrum A, Gustavsen GW, Rickertsen K. Age and socioeconomic inequalities in health: examining the role of lifestyle choices. *Adv Life Course Res* 2014; 19: 1–13.
- Knudsen MD, Kvaerner AS, Botteri E et al. Lifestyle predictors for inconsistent participation to fecal based colorectal cancer screening. *BMC Cancer* 2022; 22: 172.
- Magnussen J, Vrangbæk K, Saltman RB. Nordic Health Care Systems: Recent Reforms and Current Policy Challenges. *Berkshire: Open University Press*, 2009.

NYTT OM LEGEMIDLER

Legemiddelmangel i 2022

I 2022 fikk vi 1579 mangelmeldinger fra legemiddelfirmaer⁽¹⁾. Mangelsituasjoner løses oftest ved at pasienten får utlevert et annet likeverdig legemiddel, en annen styrke eller pakningsstørrelse, eller ved at Legemiddelverket åpner for bruk av utenlandske pakninger. I noen tilfeller må pasientene gå over til annen behandling (se figur under).



Åsaker til mangel

Legemiddelmangler skyldes oftest ulike problemer med produksjonen, råstoffmangel eller større salg enn forventet. Covid-19 er oppgitt som årsak i 7% av meldingene fra firmaene.

Beredskap og globale utfordringer

Helsedirektoratet har ansvaret for legemiddelberedskapen i Norge. Under pandemien etablerte direktoratet et beredskapslager for kritiske legemidler.

Flere forhold, som krigen i Ukraina, energikrise, høy inflasjon og nye utbrudd av covid-19 i Kina, kan påvirke forsyningen av legemidler. Europeiske legemiddelmyndigheter har fulgt situasjonen nøye, særlig mangelen på antibiotika som rammet flere land i 2022⁽²⁾.

Mangelsituasjoner som har preget 2022

Eksempler på mangelsituasjoner som har krevd ekstra oppmerksomhet er mangel på hostemiksturene Cosylan og Solvipect Comp, diabeteslegemidlet Ozempic og antibiotika til barn.

Eksempler på mangelsituasjoner som har preget spesialisthelsetjenesten er mangel på Metalyse (trombolysed ved hjerteinfarkt), Visudyne (til fotodynamisk terapi av øyet) og legemidler til behandling av tuberkulose.

Europeisk samarbeid

Norge deltar aktivt i det europeiske legemiddelsamarbeidet for å forebygge og redusere legemiddelmangel i Europa. EU-kommisjonen går gjennom det europeiske regelverket for å klargjøre ansvaret til de ulike aktørene i forsyningskjeden.

Varsler til leger

Alle meldinger om mangler blir automatisk koblet til det aktuelle legemidlet i Felleskatalogen. I tillegg lager Legemiddelverket varsler for de viktigste mangelsituasjonene. Disse varslene vises i legenes journalsystemer. Se oversikt over mangelsituasjoner og råd til helsepersonell på [Legemiddelverket.no/legemiddelmangel](https://legemiddelverket.no/legemiddelmangel).



Mangel på antibiotika til barn

I Norge er smalspektret penicillin fortsatt førstevalget ved mange bakterielle infeksjoner, men utvalget av slike produkter til barn er begrenset.

Etter flere år med lavt forbruk av antibiotika mot bakterielle luftveisinfeksjoner, steg etterspørselen høsten 2022. Dette førte blant annet til mangel på produkter med fenoksymetylpenicillin og amoksisillin til barn.

Mangelen på fenoksymetylpenicillin mikstur løste seg med nye leveranser, mens man måtte bruke legemidler fra det nasjonale beredskapslageret for å sikre tilgang til fenoksymetylpenicillin tabletter.

Praktiske råd

- Helsepersonell bør følge Nasjonale retningslinjer for antibiotika i primærhelsetjenesten⁽³⁾.
- Se råd om knusing, deling og manipulering av tabletter hos Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn⁽⁴⁾.
- Se råd om alternativer på antibiotika.no ved mangel på fenoksymetylpenicillin mikstur og dersom tabletter ikke kan brukes⁽⁵⁾.

Referanser:

1. <https://legemiddelverket.no/legemiddelmangel/legemiddelmangel-arsaker-og-tiltak#europeisk-samarbeid>
2. <https://www.ema.europa.eu/en/about-us/what-we-do/crisis-preparedness-management/executive-steering-group-shortages-safety-medicinal-products>
3. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/antibiotika-i-primærhelsetjenesten>
4. <https://www.legemidlerstilbarn.no/helsepersonell/Sider/legemiddellister.aspx>
5. <https://www.antibiotika.no/2023/01/06/mangel-pa-penicillin-mikstur-rad-til-leger-i-primærhelsetjenesten/>

Mindre hiv, men mer kjønnssykdom

Den globale hivsmitten har sunket de siste 30 årene, men smitten av andre seksuelt overførte infeksjoner har økt.

En ny, stor studie analyserte utviklingen i global, regional og nasjonal insidens av hivinfeksjon og andre seksuelt overførte infeksjoner blant unge fra 1990 til 2019 (1). Samlet sank insidensen av hivinfeksjon fra 34,5 per 100 000 i 1990 til 22,7 i 2019. Insidensen av andre seksuelt overførte infeksjoner var høyere i 2019 enn i 1990, men sank mellom 2009 og 2019, dvs. i en periode da insidensen av hivinfeksjon sank mer enn fem ganger så raskt som nysmitten av andre seksuelt overførte infeksjoner. I flere mellominntektsland som Kina, Thailand og Brasil økte både antall nye tilfeller av hivinfeksjon og andre seksuelt overførte infeksjoner blant unge. Selv om nysmitten i mange lavinntektsland falt, er insidensen av hivinfeksjon og andre seksuelt overførte infeksjoner fremdeles høyest i disse landene, særlig i Afrika sør for Sahara. Studien viser store kjønnsforskjeller, der to tredeler av unge som smittes av seksuelt overførte infeksjoner, er kvinner.

– Denne studien gir et fascinerende fugleperspektiv på hvordan hivinfeksjon og andre seksuelt overførte infeksjoner har berørt og fortsatt berører unge mennesker i verden. Studien er et slags historisk verdensatlas som viser hvordan smitte og sykdomsbyrde har utviklet seg over flere tiår, sier Kåre Moen, som er lege og førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo.

– Det er verdt å merke seg at nysmitten av seksuelt overførte infeksjoner utenom hivinfeksjon er høyere blant verdens unge i dag enn den var for 30 år siden, sier Moen. Han er enig med forskerne bak studien i at forebygging av disse sykdommene i mange år har vært neglisjert politisk og i folkehelsekretser. Han påpeker at studien ikke har data om seksuell identitet eller kjønnsidentitet.



Illustrasjonsfoto: pederk/iStock

– Studien er viktig fordi den viser store, men likevel opprettelige forskjeller i forekomst og byrde av sykdom. Den bør føre til kritisk refleksjon og ny strategisk tenkning blant myndigheter, fagfolk og aktivister, sier Moen.

AMANDA HYLLAND SPJELDNÆS
UNIVERSITETET I OSLO

LITTERATUR

- 1 Zhang J, Ma B, Han X et al. Global, regional, and national burdens of HIV and other sexually transmitted infections in adolescents and young adults aged 10-24 years from 1990 to 2019: a trend analysis based on the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Child Adolesc Health* 2022; 6: 763–76.

Er du lege, liker å skrive og er interessert i forskningsformidling? Vi trenger flere skribenter til spalten **Fra andre tidsskrifter**. Ta kontakt med assisterende sjefredaktør Ragnhild Ørstavik, telefon 992 72 444, eller send en e-post til redaksjonen@tidsskriftet.no. Oppdraget er honorert.

Aldringsprosesser påvirkes av immunregulering

Immunsystemet kan spille en rolle i aldringsprosesser ved at det fjerner senescente celler – aldringsceller – fra vev.

Senescente celler er celler som har endret karakter og utseende permanent og som har sluttet å dele seg. Med økende alder øker antallet slike celler i vevene. Det diskuteres om senescente celler er drivere av aldringsprosessene i kroppen ved at disse skiller ut cytokiner og andre stoffer som induserer celledødelig inflammasjon i omgivelsene.

Resultatene fra en studie som nylig er publisert i tidsskriftet *Nature*, kan tyde på at immunsystemet kan spille en rolle i fjerning av senescente celler fra vev (1). Immunsystemet har bremsemekanismer som hindrer at immunresponser blir for sterke og dermed skader «uskyldige» friske celler på reaksjons-

stedet. Mekanismene som regulerer immunresponsens styrke og varighet, er også viktige for å hindre utvikling av autoimmunitet. Bremsemekanismene formidles ofte gjennom inhibitoriske reseptorer på overflaten av immuncellene. PD-1 er en slik inhibitorisk reseptor (PD = programmert død). Slike reseptorer finnes på T-lymfocytter og binder seg til PD-ligand-1 (PD-L1) på andre celler. Kreftceller kan unnsnippe immunsystemet, dvs. inhibere T-cellene, ved å uttrykke PD-L1. En hemming av denne interaksjonen med antistoffer mot PD-1 eller PD-L1 er en effektiv form for immunterapi mot enkelte krefttyper.

I den nye studien fant forskerne at mange senescente celler uttrykker PD-L1 på celleoverflaten. En human fibroblastcellelinje ble gjort senescent ved bl.a. DNA-skade, som ledet til uttrykk av PD-L1. Dette fenomenet ble undersøkt videre med bruk av genetisk modifiserte musestammer, der man fant

at senescente fibroblaster kan drepes av T-celler, men at senescente celler med PD-L1 var resistente mot T-celledrap. Aldersavhengig økning av alveolvolum, svekket muskelstyrke, svekkede motoriske ferdigheter og fettlever hos forskningsmusene ble motvirket ved å injisere anti-PD-1-antistoff.

Disse forsøkene viste altså at reguleringen med PD-L1 og PD-1 kan medvirke til at senescente celler overlever. Andre immunmekanismer bak eliminering av slike celler er hittil ikke påvist.

– En inngripen i immunreguleringen er neppe veien å gå for å motvirke aldringsplager, sier Erik Dissen, som er professor ved Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo. Vi mangler sikre bevis for at senescente celler er ekte drivere av relevante aldringsprosesser hos mennesker, selv om dette er et svært interessant forskningsfelt med et stort potensial. Dessuten kan man ikke bare «ta foten av bremsen» og la immuncellene drepe disse cellene uten at man samtidig risikerer alvorlige autoimmune komplikasjoner, sier Dissen.

– På den annen side kunne et normalt immunsystem tenkes å forsinke aldring ved å eliminere senescente celler, som hele tiden dannes i kroppen. Infeksjonsforsvaret vårt begynner å svekkes allerede fra 45 års alder, slik at det økende antallet senescente celler kunne skyldes at immunsystemet vårt er blitt dårligere. Dersom vi finner ut mer om hvordan vi kan «finninstille» denne immunreguleringen, vil det kanskje åpne seg muligheter i fremtiden, mener Dissen.

HAAKON B. BENESTAD
UNIVERSITETET I OSLO

LITTERATUR

- 1 Wang TW, Johmura Y, Suzuki N et al. Blocking PD-L1-PD-1 improves senescence surveillance and ageing phenotypes. *Nature* 2022; 611: 358–64.

Illustrasjonsfoto: tuk69tuk/iStock



Vydura[®] 75mg

(rimegepant)
smeltetablett



NYTT LEGEMIDDEL FOR MIGRENEPASIENTER



Første orale CGRP*-antagonist for¹⁻³

- **AKUTT** behandling av migrene med eller uten aura hos voksne
- **FOREBYGGENDE** behandling av episodisk migrene hos voksne som har minst 4 migreaneanfall i måneden

ADMINISTRASJONSFORM

Smeltetabletten skal legges på eller under tungen og kan tas med eller uten mat/drikke

DOSERING

- Anbefalt dose ved behandling av akutt migrene er 75mg 1 gang daglig ved behov
- Ved forebyggende behandling av episodisk migrene, er anbefalt dose 75mg annen hver dag
- Maks daglig dose er 75mg

*CGRP: Calcitonin gene-related peptide.



vydura.no

NYHET!

- Nå tilgjengelig i Norge¹

BIVIRKNINGER

Vanligste bivirkning ved akutt behandling og migreneprofylakse var kvalme, hhv. 1,2% og 1,4%. Mindre vanlig er overfølsomhet med symptomer som utslett og dyspne.

PAKNINGER OG PRISER:

75 mg: 2 stk. (blister) kr 544,80. **Refusjon** foreligger foreløpig ikke. Reseptgruppe C.

VIKTIG SIKKERHETSINFORMASJON:

- Ikke anbefalt ved alvorlig nedsatt leverfunksjon, terminal nyresvikt, graviditet, samtidig bruk av sterke CYP3A4 hemmere eller moderate/sterke CYP3A4 induktorer.
- Vurder medikamentoverforbrukshodepine (MOH) ved hyppig eller daglig migrene under behandling
- Kontraindisert ved overfølsomhet for noen av innholdsstoffene

For fullstendig informasjon, se VYDURA preparatomtale og SPC tilgjengelig på www.legemiddelverket.no.

Referanser:

1. Vydura® (Rimegepant) SPC (12.2022), tilgjengelig på www.legemiddelverket.no. 2. Croop R, Goadsby PJ, Stock DA, et al. Efficacy, safety, and tolerability of rimegepant orally disintegrating tablet for the acute treatment of migraine: a randomised, phase 3, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet 2019; 394: 737–45. 3. Croop R, Lipton RB, Kudrow D, Stock DA, et al. Oral rimegepant for preventive treatment of migraine: a phase 2/3, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet. 2021 Jan 2;397(10268):51-60

ELINE BORGER ROGNLI

elboka@ous-hf.no

Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning
(RusForsk)
Klinikk psykisk helse og avhengighet
Oslo universitetssykehus

MARTINE KIHLE DALSRUD

Barn av rusmisbrukere
Oslo

LINDA ELISE COUËSSUREL WÜSTHOFF

Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning
(RusForsk)
Klinikk psykisk helse og avhengighet
Oslo universitetssykehus

Senter for rus og avhengighetsforskning (SERAF)
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Oslo

ESPEN AJO ARNEVIK

Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning
(RusForsk)
Klinikk psykisk helse og avhengighet
Oslo universitetssykehus

Ubenyttet behandlingstilbud ved rusakuttmottak – en kvalitativ studie

BAKGRUNN

Nasjonalt pasientforløp (tidligere kalt pakkeforløp) for oppfølging etter rusmiddeloverdose er en viktig del av nasjonal overdosestrategi og trådte i kraft 1. januar 2022. Fire år forut for dette ble det innledet et samarbeid mellom ambulansetjenesten og rusakuttmottaket ved Oslo universitetssykehus, for å gjøre det samme som nå beskrives i nasjonalt pasientforløp: å gi et akutt oppfølgingstilbud i spesialisthelsetjenesten etter overdose. Tilbudet ble lite benyttet, og hensikten med denne studien var å undersøke hvorfor.

MATERIALE OG METODE

Vi benyttet et kassustudiedesign og gjennomførte tolv kvalitative intervjuer med representanter fra ambulansetjenesten, rusakuttmottaket og brukergruppen. Intervjuene ble analysert med tematisk analyse.

RESULTATER

Analysen avdekket fem tematiske områder med ulike forklaringer på hvorfor tilbudet ikke ble benyttet. Det var utilstrekkelig informasjon om tilbudet, og inntakskriteriene var uklare. Omstendelig kommunikasjon mellom ambulansetjenesten og rusakuttmottaket gjorde at tilbudet ikke fungerte som akuttjeneste. Brukernes ønsker etter en overdose var bare delvis sammenfallende med tilbudet, og i tillegg kunne tilbudet være forbundet med sanksjoner.

FORTOLKNING

Resultatene viser at ting kunne ha vært gjort annerledes lokalt, men også at innholdet i det nasjonale pasientforløpet er uklart, og at overordnede føringer kan gjøre at tilbudet ikke oppleves trygt. Kunnskapen fra denne undersøkelsen vil kunne bidra til å avdekke områder for forbedring av det nasjonale pasientforløpet for oppfølging etter rusmiddeloverdose.

HOVEDFUNN

Samarbeid mellom ambulansetjeneste og rusakuttmottak ble vanskelig fordi behandlingstilbudet var uklart utformet.

Kommunikasjonslinjene ble for komplekse til at tilbudet kunne fungere som akuttjeneste.

Brukerne hadde delvis andre behov etter en overdose enn det spesialisthelsetjenesten vektla i sitt tilbud.

Antall årlige overdosedødsfall i Norge har de siste ti årene ligget relativt stabilt på mellom 240 og 280, hvilket sett i forhold til befolkningstall, er blant de høyeste i Europa (1). I Norge har andelen fatale overdoser med heroin vært fallende de siste årene, mens det har vært et økende antall overdoser knyttet til andre opioider, som metadon, buprenorfin og sterke smertestillende medikamenter (2). Omkring en tredjedel av de dødelige overdoseene i Norge skjer i Oslo (3), og omkring en tredjedel av de som dør av overdoser her, er tilreisende uten registrert bolig i byen (4). Oslo er således i en særstilling når det gjelder overdoser. Byrådet har utarbeidet en Oslo-standard for overdoseforebyggende arbeid i bydelene (5), basert på nasjonal strategi for overdoseforebygging (6, 7) og strategisk plan for rusfeltet i byen (8).

Nasjonal strategi for å forebygge overdoser og overdosedød ble implementert av Helse- og sosialdepartementet for perioden 2014–17 (6), og en revidert strategi gjelder for perioden 2019–22 (7). En rekke ulike tiltak inngår i planene, inkludert økt tilgang til legemiddelassistert rehabilitering (LAR), lavterskel-substitusjonsbehandling og tilgjengeliggjøring av motgiften nalokson som nesepressur samt kampanjen Switch, som har som mål å motivere brukere til å innta rusmidler på tryggere måter. Et annet tiltak i overdosestrategien er å utarbeide nasjonalt pasientforløp (tidligere kalt pakkeforløp) for oppfølging etter ikke-dødelig overdose. Dette er betydningsfullt, fordi det å ha en ikke-dødelig overdose er en av de sterkeste risikofaktorene for senere å dø av overdose (9).

Nasjonalt pasientforløp for akuttbehandling og oppfølging etter rusmiddeloverdose

trådte i kraft 1. januar 2022 (10). Her beskrives ansvarsområder for ulike instanser samt hvordan instansene skal samarbeide. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal i alle helseforetak ha lege i døgkontinuerlig vakt samt et akutttilbud som inneholder undersøkelse, vurdering, polikliniske intervensjoner og eventuelt døginnleggelse. En person som har hatt overdose, skal altså kunne ivareta akutt i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, med sikte på å motta videre og mer langvarig oppfølging og hjelp der eller i kommunen.

Kontekst for studien

I 2018 inngikk tverrfaglig spesialisert rusbehandling og ambulansetjenesten ved Oslo universitetssykehus et samarbeid. Personer som tidligere ville ha blitt forlatt på overdosestedet etter oppvåkning av ambulansetjenesten, skulle nå tilbys innleggelse ved rusakuttmottaket. I tillegg til å gi akutt hjelp kunne rusakuttmottaket sørge for aktivisering av eksisterende hjelpetilbud rundt pasienten eller henvise til ny behandling dersom det var ønskelig. Mens forløp ved akutte medisinske hendelser vanligvis baseres på vurdering av helsepersonell, legges valget om videre behandling etter en rusmiddeloverdose i større grad til pasienten selv. Til tross for at de akkurat har blitt reddet fra å dø, er det mange rusmiddelavhengige som velger å ikke ta imot videre hjelp, og som blir værende på overdosestedet uten videre observasjon og oppfølging, noe som gjenspeiles i samarbeidsprosjektets arbeidstitel – «De som ellers ville blitt forlatt».

Anslag fra ambulansetjenesten tilsa at blant 500–600 årlige overdoseutrykninger ble 10 % fraktet til somatisk akuttmottak og 30 % til Oslo kommunale legevakt, mens resten ble værende på overdosestedet. Det var disse resterende 60 %, som sto uten noe helsetilbud, som nå skulle tilbys bedre hjelp. De involverte antok at ikke alle ville takke ja, men et anslag på to pasienter i uken, altså omkring 100 pasienter i året, syntes å være realistisk.

Da samarbeidet ble inngått, ble det knyttet følgeforskning til tilbudet for å se på pasientkarakteristika og blodkonsentrasjoner av rusmidler hos pasientene (11). Vi fulgte derfor nøye med på hvor mange som benyttet seg av tilbudet. Antallet overdosepasienter som kom til rusakuttmottaket, varierte fra måned til måned gjennom det første året, men nådde aldri det estimerte antallet. Utover i 2019 stoppet ankomsten av overdosepasienter til rusakuttmottaket helt opp.

Rusakuttmottaket og ambulansetjenesten hadde brukt mye ressurser på å etablere samarbeidet. I tillegg til møter og tid til planlegging, hadde rusakuttmottaket kjøpt inn nytt utstyr, hevet kompetansen hos de ansatte, etablert nye prosedyrer for å ta imot pasientgruppen og kjørt simuleringer av overdoseinnleggelser. Vi ønsket å finne ut hvorfor et slikt nyopprettet og tilsynelatende godt tilbud, som både ambulansetjenesten og rusakuttmottaket ved Oslo universitetssykehus hadde investert mye i, ikke ble benyttet. Da inklusjon i følgeforskningen ble avsluttet fordi pasientgrunnlaget uteble, omdisponerte vi prosjektressurser til å undersøke dette.

Hensikten med denne undersøkelsen var å utforske hvorfor et spesifikt oppfølgingstilbud etter overdose, som ble etablert forut for det nasjonale pasientforløpet, men som likner på det samarbeidet og tilbudet som det nasjonale pasientforløpet beskriver, ikke fungerte. Vårt forskningsspørsmål var: «Hvorfor sluttet pasienter å komme til rusakuttmottaket etter overdose?»

Materiale og metode

Valg av metode

Målet vårt var, så godt som mulig, å forstå et fenomen som hadde pågått over tid i en gitt kontekst. Vi vurderte at en kvalitativ tilnærming og et kasusstudiedesign var egnet metode (12). Vi anså det verken som mulig eller ønskelig å finne én objektiv sannhet eller ett svar på vårt spørsmål, men antok at ulike personer og kilder ville gi ulik og utfyllende forståelse. Ved å hente data fra flere subenheter, i et såkalt *embedded case study*-design (13), ønsket vi å oppnå en bred, helhetlig og nyanisert beskrivelse av vårt kasus: Det ubenyttede behandlingstilbudet på rusakuttmottaket. Subenheterne vi rekrutterte informanter fra, var rusakuttmottaket, ambulansetjenesten og brukergruppen.

Informanter og gjennomføring av datainnsamling

Informantene våre var til sammen tolv personer: tre ansatte ved rusakuttmottaket, tre ansatte i ambulansetjenesten og seks representanter for brukergruppen. Intervjuene ble gjennomført av andreforfatter (MKD), som er ansatt i organisasjonen Barn av rusmisbrukere. Intervjuene var semistrukturerte og ble

gjennomført i henhold til en intervjuguide. Intervjuene ble tatt opp med diktafon og transkribert.

Fra ambulansetjenesten og rusakuttmottaket ønsket vi informanter som hadde vært involvert i samarbeidet, og som gjennom det hadde en særskilt erfaring og ekspertise. Vi ønsket også at informantene skulle komme fra ulike yrkesgrupper, slik at de representerte yrkessammensetningen der de jobbet. Henvendelse ble gjort i lederlinjen, og nærmeste leder valgte ut tre informanter fra hvert sted basert på våre føringer. Informantene fikk lese en kort vignett som beskrev det etablerte samarbeidet og hvordan tilbudet gradvis ble mindre benyttet (appendiks 1 på tidsskriftet.no). Intervjuguiden tok utgangspunkt i et sett med overliggende tema, og det ble stilt åpne og utforskende spørsmål for å få rike beskrivelser ut fra informantenes perspektiver, uten å legge føringer på svarene (14, appendiks 2 på tidsskriftet.no). Intervjuene varte mellom 15 og 37 minutter.

Informanter fra brukergruppen var såkalte representative informanter, altså personer som velges ut etter et sett karakteristika (bruker illegale opioider og har livsstil og omgivelser der overdoser forekommer), og som på mange måter er «i samme båt» og trolig deler oppfatninger og erfaringsgrunnlag med personene som tok overdose i løpet av prosjektperioden (14). Vi ønsket at stemmene til de som er tett på overdoseproblematikken, skulle bli hørt, og mente derfor det var riktig å intervju personer med pågående rusmiddelbruk fremfor mer profesjonelle brukerrepresentanter. Informantene ble rekruttert ved at intervjueren var til stede ved brukerrommet og akuttovernattingstilbudet til et motakssenter i Oslo sentrum. De ansatte informerte og spurte de tilstedeværende brukerne, og formidlet kontakt til intervjueren. Intervjuene ble gjennomført i et skjermet rom. Intervjuene med deltagerne fra brukergruppen gikk rett på spørsmålene «Ville du ha ønsket å bli brakt til rusakuttmottaket dersom du hadde hatt en overdose?», «Hvorfor / hvorfor ikke?», og «Hva vil du oppleve som god hjelp om du noen gang tar eller har tatt overdose?» (appendiks 3 på tidsskriftet.no). Informantene ble altså ikke spurt om sine egne erfaringer med overdose eller med rusakuttmottaket. Intervjuene varte mellom tre og åtte minutter.

Datahåndtering og analyse

Utover stemmeopptak ble ingen personsensitive data innhentet. Dataene ble håndtert et-

ter rutiner ved Oslo universitetssykehus og lydfilene slettet etter transkribering.

Analysen av intervjuene ble gjennomført av tre av forfatterne (EBR, MKD og EAA) ved bruk av tematisk analyse (15), en metode for å identifisere, analysere og rapportere mønstre (tema) på tvers av kvalitative data. Først gjorde vi oss kjent med de transkriberte tekstene hver for oss og lagde tekstnære koder knyttet til korte tekstseksjoner. Deretter gikk vi gjennom transkripsjonene sammen og reviderte noen av kodene. Et siste analysesteg besto i å kategorisere de tekstnære kodene i overordnede tema og finne egnede navn til disse temaene. Disse er presentert nedenfor som resultater. Revisjon av koder og overordnede tema ble gjort i flere runder, og vi fortolket informasjon fra de tre subenhetene og de tolv intervjuene i lys av hverandre.

Posisjonering

To av forfatterne (EBR og EAA) har vært ansatt i tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved Oslo universitetssykehus. Førsteforfatter har i rollen som prosjektleder for følgeforskningen fulgt prosessen ved rusakuttmottaket. En av forfatterne (LECW) har vært ansatt i den kommunale rushelsetjenesten i Oslo. Tre av fire forfattere (EBR, EAA, LECW) er ansatt i samme organisasjon som den som blir undersøkt i studien. Intervjuene ble gjennomført av andreforfatter (MKD), som ikke har tilhørighet til noen av de intervjuede organisasjonene. Vi har vært oppmerksomme på faren for at både forforståelser hos forskerne og bindinger til den ledelsen som blir beskrevet i studien, kunne prege analysen og fortolkningen av resultatene. Vi har for å motvirke dette fulgt metodikken nøye og diskutert disse utfordringene i gruppen. Analysene og tekstkodene ble lagt så tett opp til transkribert tekst som mulig i de innledende analysefasene, med lite tolkning utover det som kom til uttrykk i dataene.

Etikk, godkjenninger og rammevilkår

Deltagelse i studien var frivillig og basert på informert samtykke. Data som ble samlet inn, var ikke helseopplysninger eller andre sensitive opplysninger, og vi intervjuet ikke pasienter. Formålet var ikke å få kunnskap om sykdomstilstandene rusmiddelavhengighet og overdose, men om et tjenestetilbud rettet mot disse tilstandene. Studien ble lagt frem til vurdering hos Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus, som anså dette for å være forskning utenfor mandatet til Regio-

nale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og tilrådte studien (20/26358).

Informert samtykke fra personer som er påvirket av rusmidler, kan være etisk utfordrende. Imidlertid blir selv personer med pågående rusmiddelbruk vurdert å være samtykkekompetente i alle livsvalg, og det er viktig at også deres stemme blir hørt. Ruspåvirkningen, samt eventuelt andre utfordringer som kjennetegner denne gruppen, fordrer tilpasset informasjon hva angår ordvalg, tempo og gjentakelser og en vurdering av om vedkommende har forstått. Dette ble forsøkt ivarettatt i intervjusituasjonen. Spørsmålene vi stilte, var ikke av en slik art at vi forventet at de ville skape ubehag eller påføre noen ulempe eller risiko for informantene. Det var ingen incentiver eller belønning for deltagelse.

Denne artikkelen følger rapporteringsanbefalinger for kvalitative studier (16).

Resultater

Gjennom tematisk analyse av de tolv intervjuene fant vi fem overordnede tema med ulike begrunnelser for hvorfor behandlingstilbudet ved rusakuttmottaket ikke ble benyttet. I det følgende vil vi beskrive disse.

Tema 1: Utilstrekkelig informasjon

Ambulansetjenesten fikk informasjon om tilbudet før oppstart, men savnet gjentatt påminnelse etter at samarbeidet var igangsatt. Ingen av representantene for brukergruppen vi intervjuet, hadde hørt om tilbudet.

Ved rusakuttmottaket opplevde de som skulle ta imot pasientene, at de ikke var blitt tilstrekkelig informert om samarbeidet med ambulansetjenesten, og at samarbeidet internt ikke var helt på plass. De opplevde at beslutninger om den nye praksisen hadde blitt tatt høyt oppe i systemene, mens praktiske forhold lenger ned i organisasjonen og tettere på pasientene i mindre grad var blitt lyttet til. Informantene var usikre på om de hadde nok kunnskap og kompetanse, og om alle vakter var godt nok bemannet til å håndtere en eventuell akutthenvendelse. De forventet mange nye innlagte pasienter, og det virket som om de innledningsvis hadde sett for seg en større omveltning enn det som viste seg å være tilfellet. Denne usikkerheten ved oppstart ble beskrevet av både ambulansetjenesten og rusakuttmottaket.

Tema 2: Uklare kriterier for inntak

Både ambulansetjenesten og rusakuttmottaket refererte til at samarbeidet i hovedsak skulle dreie seg om rene opioidoverdoser eller eventuelt opioiddominerte overdoser, og at dette kunne være vanskelig, da de fleste overdoser erfaringsmessig er blandingsintoksikasjoner. Ønsket om ikke å få inn for mange ulike typer overdoser var også knyttet til rusakuttmottakets initiale usikkerhet om egen kompetanse. Rusakuttmottaket startet altså samarbeidet med en nokså restriktiv holdning til hvilke tilstander de ville ta imot. Hva skiller en opioidoverdose fra en opioiddominert overdose, og hva betyr det at tilbudet i hovedsak er rettet mot slike overdoser? Dette virket uklart.

«Så ja, når man får veldig selekterte pasienter, da tror jeg det blir vanskelig for ambulansetjenesten å ta så mye stilling der på gata, og veie opp for alle mulige inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier. Rett og slett. Vi var litt for strenge, kanskje.» (Rusakuttmottaket)

Ambulansetjenesten opplevde at rusakuttmottaket i stor grad ønsket pasienter som var somatisk avklart utover den vurderingen ambulansetjenesten allerede hadde gjort. En grundig somatisk avklaring krevde at pasienten ble tatt med til legevakten. Dette var vanskelig for ambulansetjenesten, fordi det var tidkrevende, og fordi de mente pasienten ville miste motivasjonen underveis.

Det virket uklart hva slags rolle rusakuttmottaket skulle ha i forhold til andre aktører. De skulle ikke være en åpen variant av legevakten der ambulansen bare kunne kjøre rett inn. Ei heller skulle de være tradisjonell spesialisthelsetjeneste med henvisning, vurdering og selekterte pasienter. Hvor rusakuttmottakets overdoseoppfølgingstilbud skulle ligge mellom disse ytterpunktene, hva som skulle til for å komme til rusakuttmottaket, og hvem som hadde myndighet til å beslutte dette, virket uklart for informantene.

«Det fungerte jo veldig bra i begynnelsen, og så føler jeg [...] at det var mer og mer krav til somatisk avklaring før du kunne komme på RAM [...], og da er det en del av rusavhengige som mister motivasjonen. Og så innom legevakta, og mange vil jo ikke inn på legevakta. Og når vi da tilbyr 'men hva med RAM?', så er det 'ja', og så er det å kontakte RAM og konferere med RAM, så vil de ha den somatiske avklaringen på legevakta ... Da blir det for mye for en del rusavhengige.» (Ambulansetjenesten)

Tema 3: Omstendelig kommunikasjon

Uklarhetene rundt hvilke typer overdoser som kunne tas imot, og hvor somatisk avklaring skulle gjøres, virket å ha vanskeliggjort kommunikasjonen. Ambulansetjenesten opplevde at det var vanskelig å få gjort avtale om innleggelse ved rusakuttmottaket, at det ikke var sikkert at de fikk pasienten innlagt selv om de tok pasienten med dit, og at man måtte gjennom flere telefoner og ledd med vurderinger.

Videre sto rusakuttmottakets ønske om somatisk avklart tilstandsbilde og opioiddominerte overdoser i kontrast til ambulansetjenestens akutte fokus. Ambulansetjenesten vektla at deres oppgave var å ivareta pasientens akutte behov etter oppvåkning og raskt komme til avklaringer om videre hjelp. De beskrev at pasientene kunne være irriterte etter oppvåkning, og at de måtte dosere motgiften riktig. Ideelt sett skulle de ha etablert kontakt uten å fjerne rusen helt.

Ambulansetjenesten hadde flere mulige steder å ta pasientene med til etter en overdose. Rusakuttmottakets tilbud var et nytt alternativ som kom i tillegg til etablerte og velkjente steder som den kommunale legevakten og kommunale, private eller ideelle lavterskeltilbud. Selv om de ved overdoser fikk automatisk påminnelse på skjerm i bilen om å vurdere rusakuttmottaket, var det viktigste å få avklart transport til et eller annet sted, særlig for de mest sårbare. Ambulansepersonelet måtte ta raske og pragmatiske beslutninger på vegne av pasienter med svak eller fluktuierende motivasjon samtidig som de hadde andre oppdrag som ventet. Linjen inn til rusakuttmottaket virket ikke å være optimalt tilpasset denne virkeligheten.

«For da har du jo i utgangspunktet to ledd med vurderinger som skal gjennom, da. Jeg skal først se på pasienter og gjøre min vurdering og gi et svar til den som spør. Så skal tolkningen gjennom to personer før det blir tatt en avgjørelse. Og da kan jo den tolkninga være veldig annerledes. Så kanskje det er litt vanskelig å komme inn.» (Ambulansetjenesten)

Tema 4: Brukernes ønsker

Brukerne understreket at de ved en overdose først og fremst ville ha ønsket seg livreddende hjelp med motgift. Flere sa at de kun ville ha «passe mengde» motgift, slik at de slapp å våkne opp abstinente. Det ble poengtert at et eventuelt ønske om videre hjelp måtte komme fra brukeren selv, og at man ikke kan tvinges eller presses. Både brukerne og informantene fra ambulansetjenesten vektla at det i

utgangspunktet ikke er behandling man er orientert mot når man akkurat har våknet fra en overdose.

«Altså, det første hadde så klart vært å overleve. Og så minst mulig skader i hjernen som mulig, da, for du stopper jo å puste, ikke sant, når du tar en overdose – spør litt hva, men som regel. Jeg skulle ønske jeg fikk rask hjelp, og gode tips til hvordan jeg kan unngå det igjen.» (Bruker)

Det ble videre understreket av brukere og ambulansetjenesten at mange trenger å få dekket grunnleggende behov og å få omsorg etter oppvåkning. Dette kan dreie seg om en seng å sove i, mat og drikke, dusj og sårstell.

«Jeg tror nesten man trenger litt hjelp til å tenke, rett og slett, for å finne ut hva man skal gjøre. Jeg tror ikke det er det man tenker automatisk, at man ønsker seg dit eller ønsker institusjon eller... [...] Gi en god seng og god mat, og det er liksom det. Ja, primærbehovene.» (Bruker)

Tema 5: Sanksjoner

Informanter fra rusakuttmottaket og ambulansetjenesten pekte på forhold ved tilbudet som kunne oppleves som problematiske for pasientene, og som kunne hindre brukerne i å benytte seg av det. Et slikt forhold var rusakuttmottakets rutine med å destruere rusmidler pasientene hadde med seg ved innleggelse. Informantene beskrev dette som etisk vanskelig og i konflikt med verdien om å ivareta pasientenes autonomi, og ytterligere komplisert gjennom at enkelte av pasientene bare var delvis bevisste ved ankomst til rusakuttmottaket.

«Ved et par anledninger, så beslagla vi opiater for store gateverdier. Mot pasientens vilje eller når pasientene ikke var våkne til å ta vare på det selv.» (Rusakuttmottaket)

En annen utfordring var informasjonsflyt og mulige konsekvenser for videre behandling. Innleggelse ved rusakuttmottaket dokumenteres i samme journalsystem som det som benyttes av spesialisthelsetjenestens poliklinikker og døgnseksjoner, og mange i behandlingssystemet vil derfor kunne få informasjon om overdosen. Informanter fra rusakuttmottaket mente at noen pasienter var redde for å miste hjelpetilbud som LAR-medisiner eller eksisterende behandlingsplass dersom overdosen ble kjent.

Diskusjon

I denne kasusundersøkelsen fant vi flere forhold som belyste hvorfor tilbudet på rusakutt-

mottaket etter overdose ikke ble benyttet. For det første virket informasjonen innad i rusakuttmottaket og ut til ambulansetjenesten utilstrekkelig. Videre var inntakskriteriene uklare, slik at det var usikkerhet om hvilke overdoser som kunne tas imot, og hvor omfattende somatisk avklaring som var nødvendig forut for innleggelse. Omstendelig kommunikasjon mellom ambulansetjenesten og rusakuttmottaket gjorde at tilbudet fungerte dårlig som akuttjeneste, og disse kommunikasjonsvanskene hang trolig sammen med at innholdet i tilbudet og ansvarsfordelingen ikke var tydelig nok definert. Videre var behovet hos brukergruppen orientert vel så mye mot omsorg og varme som mot behandling. Selv om dette er behov som kan dekkes hos rusakuttmottaket, er vårt inntrykk at kommunale lavterskeltilbud har sterkere profilering og kanskje høyere troverdighet med hensyn til varme og omsorg enn det spesialisthelsetjenesten har. Til slutt ble risikoen for at pasientene møtte sanksjoner i form av destruksjon av rusmidler og tap av behandlingstilbud, trukket frem som noe som gjorde tilbudet ved rusakuttmottaket lite attraktivt.

Implementering av ny klinisk praksis er en krevende prosess og fordrer endringer på individ-, ledelses- og organisasjonsnivå. Flere forhold kan vanskeliggjøre implementeringsprosesser: fravær av leder, vansker med teamarbeid, mangel på spesialisert personell, uklarheter ved innholdet i den nye praksisen, mangel på kjennskap til den nye praksisen og helsepersonells usikkerhet om egen kompetanse (17). Man lykkes best med implementering av ny klinisk praksis i helsetjenesten dersom man har en aktiv strategi bestående av mange samtidige tiltak, herunder lederfigurer som målbærer endringen, aktive opplæringsmøter (workshops), repetering av ny praksis, sjekkpunkter for hvordan det går med implementeringen, tilbakemeldinger og påminnelser (18).

I vår undersøkelse ble ikke ledelsesinvolvering nevnt av informantene, men det ble heller ikke spurt spesifikt om det. Usikkerhet med hensyn til egen kompetanse hos ansatte ved rusakuttmottaket kan ha påvirket samarbeidet innledningsvis. Uklart innhold i selve praksisendringen (type overdoser og grad av somatisk avklaring) virker å ha gjort kommunikasjonen vanskelig. Videre fikk vi inntrykk av at det i liten grad var lagt inn sjekkpunkter og tilbakemeldingssystemer for å monitorere og justere implementeringsprosessen. Det

virket ikke å foreligge noen eksplisitt tenkning rundt selve implementeringen, i alle fall ikke som fremkom i våre data. Helsetjenesten iverksetter nye rutiner og tiltak regelmessig, og vi har forståelse for at dette til en viss grad anses som en del av daglig drift. Et teoretisk rammeverk for implementeringsprosesser, for eksempel det beskrevet av Damschroder og medarbeidere (19), kan likevel være nyttig å bruke når større endringer skal gjennomføres.

Uklarhet rundt somatisk avklaring handlet om hvem som hadde myndighet til å ta beslutninger, og hvilke pasienter som skulle hvor. Denne uklarheten gjenspeiles i styringsdokumentene. I Oslostandard for overdoseforebyggende arbeid står det at «ambulansetjenesten tilbyr personer som er behandlet for overdoser direkte inntak ved rusakuttmottaket. Det betyr i praksis at personer som har hatt en overdose ikke trenger å være innom legevakten (OKL) for medisinsk avklaring før de transporteres til rusakuttmottaket på Aker» (5, s. 17). Denne oppfatningen ble ikke uttrykt i våre intervjuer, hvor det snarere fremkom at det var ønskelig med somatisk avklarte pasienter utover det ambulansetjenesten kunne utføre. Nasjonalt pasientforløp for rusbehandling er i kapitlet om oppfølging etter rusmiddeloverdoser (10) tvedydig med hensyn til somatisk avklaring. I kapittel 4.2 virker det som om den skal gjøres i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB): «Overdosepasienter bør ikke forlates på hendelsesstedet uten at de har fått tilbud om observasjon og oppfølging. Oppfølgingstilbudet kan være i somatikk, psykisk helsevern, TSB og/eller kommunen, avhengig av pasientens behov. Observasjon bør vare i minst to timer» (10). Videre står det imidlertid at «når pasientens liv og helse er i fare på grunn av rusmiddelinntak, og pasientens akutte somatiske og psykiske helsetilstand er avklart, er det behov for akutt intervensjon i TSB». Her virker det altså som om somatisk avklaring skal komme forut for akutte tjenester i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Større tydelighet rundt somatisk avklaring, hvem som tar beslutninger, og hva slags pasienter, overdoser og tilstander som skal tas imot i tverrfaglig spesialisert rusbehandling sine akutte tjenester, synes å være nødvendig.

Et annet forhold vi vil trekke frem, er dilemmaet knyttet til funn av rusmidler og destruering av disse. Muligheten for kroppsvisitering og undersøkelse av pasientens rom og eiendeler, samt beslag og tilintetgjøring av

rusmidler, er hjemlet i spesialisthelsetjenestelovens og helse- og omsorgstjenestelovens forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon § 8 og § 9 (20). Institusjonens leder kan vedta at ulovlige rusmidler kan beslaglegges, hvorpå politiet skal kontaktes. Det virker sannsynlig at visshet om at rusmidler blir destruert, dersom det var kjent i brukergruppen, vil kunne hindre mennesker som trenger hjelp, i å søke hjelp. Overdoser er akutte hendelser der pasientene ikke har tid til å legge fra seg rusmidler de har på seg, og dette skiller således overdoseinnleggelser fra elektive innleggelser. Løsninger der rusmidler registreres og oppbevares under innleggelse og leveres tilbake ved utskrivelse, virker imidlertid vanskelige og kanskje lovstridige. Det synes også paradoksalt å ved utskrivelse informere om overdosefare knyttet til redusert toleranse for rusmidler etter flere dager uten rusmiddelbruk, samtidig som man gir pasienten tilbake potensielt dødelige doser av illegale rusmidler. I Helsedirektoratets kommentar til helsepersonelloven § 21 står det om grunnlaget for taushetsplikten at den skal «sikre befolkningens tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten slik at personer ikke unnlater å oppsøke hjelp av frykt for at uvedkommende skal få tilgang til opplysninger» (21). Denne grunnlagstenkningen kan overføres til beslag av rusmidler. Spørsmålet vil da være hva som er til størst fare for brukerne – at de unnlater å komme til behandling, eller at de får levert tilbake rusmidler etter endt opphold. Videre bør man se på hvilke kompensatoriske tiltak man kan bruke for å dempe disse farene. Vi mener at informasjon og tiltak beskrevet i overdosestrategien (7) kan redusere overdosefaren dersom rusmidler leveres tilbake, og at det er avgjørende viktig at ikke frykt hindrer brukerne i å søke hjelp.

Konklusjon

Basert på funnene i denne undersøkelsen trer følgende forhold frem som viktige for at nasjonalt pasientforløp for oppfølging etter overdoser skal fungere: Det må være entydig hvem som skal gjøre somatisk avklaring, og hvem som skal vurdere og beslutte inntak i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dersom hensikten med det nasjonale pasientforløpet er å forenkle behandlingsforløpet etter overdose, bør tverrfaglig spesialisert rusbehandling gjøre den somatiske avklaringen, slik at ambulansetjenesten i større grad kan kjøre direkte dit. Tverrfaglig spesialisert rus-

behandling må bemannes med utstyr og kompetanse til å gjøre denne jobben, og dessuten ha samarbeidsrutiner med somatiske avdelinger ved sykehuset dersom det skulle bli behov for mer ressurser. Det må være tydelig hvilke overdosetilstander som kan tas imot. Initialt virker det fornuftig å heller starte med noe vide inklusjonskriterier og eventuelt stramme inn, enn å starte med en

for snever definisjon av målgruppen. Tilbudet bør være preget av omsorg, mat og drikke, varme og hvile, og med få ting å ta stilling til. Dette må samtidig kombineres med nødvendig spesialisert helsehjelp og overvåkning. Valg om videre oppfølging og behandling kan introduseres etter hvert. Det bør være et garantert fravær av sanksjoner, og en atmosfære preget av trygghet, tillit og respekt.

Vi ønsker å gi honnør til de som ble intervjuet, og til lederne som la til rette for denne undersøkelsen. Det muliggjør lærdom for andre og et bedret tilbud til våre pasienter.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 5.7.2022, første revisjon innsendt 11.11.2022, godkjent 1.2.2023.

ELINE BORGER ROGNLI

er ph.d., spesialist i rus- og avhengighetspsykologi og forsker.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MARTINE KIHLE DALSRUD

er adjunkt og fagansvarlig. Hun er under videreutdanning i samarbeidsbasert forskning i psykisk helsearbeid.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LINDA ELISE COUËSSUREL WÜSTHOFF

er ph.d., spesialist i psykiatri og samfunnsmedisin og forsker.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ESPEN AJO ARNEVIK

er ph.d., psykolog og seksjonsleder.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). European Drug Report 2021. Trends and Developments. Lest 28. 6.2022.
- Edvardsen HME, Clausen T. Opioid related deaths in Norway in 2000-2019. *Drug Alcohol Depend* 2022; 232: 109281.
- Edland-Gryt M, Bryhni A, Skretting A et al. Rusmidler i Norge 2010. Lest 25.1.2023.
- Gjersing L, Biong S, Ravndal E et al. Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008 - En helhetlig gjennomgang. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), 2011. Lest 25.1.2023.
- Oslo kommune. Oslostandard for overdoseforbyggende arbeid i bydelene. Lest 28.6.2022.
- Helsedirektoratet. Nasjonal overdosestrategi 2014 - 2017. Lest 25.1.2023.
- Helsedirektoratet. Nasjonal overdosestrategi 2019-2022. Lest 25.1.2023.
- Oslo kommune. Byrådets strategiske plan for rusfeltet i Oslo kommune. Lest 20.6.2022.
- Armoon B, Mohammadi R, Moghaddam LF et al. Type of drug use and risky determinants associated with fatal overdose among people who use drugs: a meta-analysis. *J Subst Use* 2021; 0: 1-11.
- Helsedirektoratet. Akuttbehandling og oppfølging etter rusmiddeloverdose. Lest 25.1.2023.
- Edvardsen HME, Aamodt C, Bogstrand ST et al. Concentrations of psychoactive substances in blood samples from non-fatal and fatal opioid overdoses. *Br J Clin Pharmacol* 2022; 88: 4494-504.
- Stake RE. The art of case study research. Los Angeles, CA: Sage Publications, 1995.
- Yin RK. Case study research. Design and methods. 5. utg. Los Angeles, CA: Sage publications, 2015.
- Weiss RS. Learning from strangers: The art and method of qualitative interview studies. New York, NY: Simon and Schuster, 1995.
- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006; 3: 77-101.
- O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ et al. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med* 2014; 89: 1245-51.
- Correa VC, Lugo-Agudelo LH, Aguirre-Acevedo DC et al. Individual, health system, and contextual barriers and facilitators for the implementation of clinical practice guidelines: a systematic meta-review. *Health Res Policy Syst* 2020; 18: 74.
- Goorts K, Dizon J, Milanese S. The effectiveness of implementation strategies for promoting evidence informed interventions in allied health-care: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2021; 21: 241.
- Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci* 2009; 4: 50.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer. Lest 15.6.2022.
- Helsedirektoratet. Helsepersonelloven med kommentarer. Lest 11.11.2022.

C

TicoVac «Pfizer»

TicoVac Junior «Pfizer»

Vaksine mot skogflåttencefalitt (inaktivert).

TC-nr.: J07B A01

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: **TicoVac:** 1 dose (0,5 ml) inne.: Skogflåttencefalittvirus (TBE-virus) (stamme Neudørfl) 2,4 µg. Dyrket i kulturer av kyllingembryofibroblast-celler (CEF-celler), adsorbert til aluminiumhydroksid, hydrert (0,35 mg Al3+), humanalbumin, natriumklorid, dinatriumfosfatdihydrat, kaliumdihydrogenfosfat, sukrose, vann til injeksjonsvæsker.

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: **TicoVac Junior:** 1 dose (0,25 ml) inne.: Skogflåttencefalittvirus (TBE-virus) (stamme Neudørfl) 1,2 µg. Dyrket i kulturer av kyllingembryofibroblastceller (CEF-celler), adsorbert til aluminiumhydroksid, hydrert (0,17 mg Al3+), humanalbumin, natriumklorid, dinatriumfosfatdihydrat, kaliumdihydrogenfosfat, sukrose, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: TicoVac: Vaksinasjon mot skogflått-overført encefalitt (TBE) av personer ≥16 år. TicoVac Junior: Vaksinasjon mot skogflått-overført encefalitt (TBE) av barn >1-15 år. Generelt: Begge vaksinene skal gis iht. offisielle anbefalinger mht. behov og tidspunkt for vaksinasjon mot TBE.

Dosering: Primærvaksinasjonsskjema: Voksne og barn >1 år: Består av 3 doser. Etter 1. dose bør 2. dose gis 1-3 måneder senere. Dersom rask immunrespons er nødvendig kan 2. dose gis 2 uker etter 1. dose. Etter de 2 første dosene kan tilstrekkelig beskyttelse forventes i pågående flåttsesong. 3. dose bør gis 5-12 måneder etter 2. dose. Etter 3. dose kan beskyttelse forventes i minst 3 år. For å oppnå immunitet før flåttsesongen starter, om våren, bør 1. og 2. dose fortrinnsvis gis i løpet av vintermånedene. Vaksinasjonsskjemaet bør ideelt sett være fullført med 3. vaksinasjon innenfor samme flåttsesong eller i det minste før start av påfølgende sesong.

Grunn-immunisering	Dose barn 1-15 år (TicoVac Junior)	Dose voksne og barn ≥16 år (TicoVac)	Vanlig skjema	Hurtig immuniseringsskjema
1. dose	0,25 mm	0,5 mm	Valgt dato	Valgt dato
2. dose	0,25 ml	0,5 ml	1-3 måneder etter	1-3 måneder etter 1. vaksinasjon
3. dose	0,25 ml	0,5 ml	1. vaksinasjon 5-12 måneder etter 2. vaksinasjon	5-12 måneder etter 2. vaksinasjon

Boosterdosser: Voksne og barn >1 år: 1. boosterdose bør gis 3 år etter 3. dose. Ytterligere boosterdosser skal gis hvert 5. år etter siste boosterdose. Generelt skal ikke intervallet mellom boosterdosser overstige 3 år for eldre ≥60 år.

Boosterdose	Dose	Tid
Barn 1-15 år (TicoVac Junior):		
1. boosterdose	0,25 ml	3 år etter 3. vaksinasjon
Påfølgende boosterdosser	0,25 ml	Hvert 5. år
Voksne og barn >16-60 år (TicoVac):		
1. boosterdose	0,5 ml	3 år etter 3. vaksinasjon
Påfølgende boosterdosser	0,5 ml	Hvert 5. år
Eldre ≥60 år (TicoVac):		
Alle boosterdosser	0,5 ml	Hvert 3. år

Å utvide intervallet mellom noen av dosene (primærvaksinasjonsskjemaet og boosterdosser) kan gi utilstrekkelig beskyttelse mot infeksjon. Dersom vaksinasjonsskjemaet blir avbrutt etter minimum 2 foregående vaksinasjoner er det imidlertid nok med 1 innhentingsdose for å kunne fortsette vaksinasjonsskjemaet. Barn <6 år: Ingen tilgjengelige data for innhentingsdose.

Spesielle pasientgrupper: Voksne og barn med nedsatt immunforsvar (inkl. de som gjennomgår immunsuppressiv behandling): Ingen kliniske data å basere doseanbefalinger på. Antistoffkonsentrasjonen bør bestemmes 4 uker etter 2. dose og ytterligere 1 dose gis dersom serokonversjon ikke er oppnådd ved dette tidspunktet. Det samme gjelder for enhver påfølgende dose.

Tilberedning/Håndtering: La vaksinen oppnå romtemperatur før den gis. Vaksinen skal ristes godt før bruk for å oppnå en offwhite blakket homogen suspensjon og inspiseres visuelt for fremmede partikler og fysiske forandringer før den gis. Kast vaksinen dersom partikler sees eller utseende er endret. Skal ikke blandes med andre legemidler. Pakningen kan inneholde 1 eller ingen kanyler. Kanylen er steril og kun til engangsbruk.

Administrering: Gis i.m., i overarmen (musculus deltoideus). Gis ev. i.m. i lårmuskelen (vastus lateralis) hos barn <18 måneder, avhengig av barnets utvikling og ernæringsstatus. Kan gis s.c. kun i unntakstilfeller (ved blødersykdom eller profylaktisk bruk av antikoagulantia). Skal ikke gis intravaskulært.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene eller rester fra fremstillingsprosessen (formaldehyd, neomycin, gentamicin, protaminsulfat). Kryssallergi mot andre aminoglykosider enn neomycin og gentamycin bør vurderes. Alvorlig overfølsomhet (f.eks. anafylaktisk reaksjon) for egg- og kyllingproteiner (etter oralt inntak av eggprotein) kan føre til alvorlige reaksjoner hos følsomme personer. TBE-vaksinering skal utsettes ved moderat eller alvorlig akutt sykdom (med eller uten feber).

Forsiktighetsregler: Feber kan inntreffe hos barn, spesielt de yngste, etter 1. dose og avtar vanligvis innen 24 timer. Feber er mindre vanlig etter 2. dose enn etter 1. dose. Antipyretisk profylakse eller behandling kan overveies hos barn som tidligere har fått feberkramper eller høy feber etter vaksinering. Adekvat medisinsk behandling og utstyr skal alltid være tilgjengelig i tilfelle en sjelden anafylaktisk reaksjon. På bakgrunn av dette bør den vaksinerte være under overvåkning i en viss tid etter vaksinering. Intravaskulær administrering må unngås, da dette kan føre til alvorlige overfølsomhetsreaksjoner med sjokk. S.c. administrering kan gi økt risiko for lokale bivirkninger. Ikke-alvorlig allergi mot eggproteiner er normalt ingen kontraindikasjon for vaksinering, disse personene skal likevel kun vaksineres under medisinsk overvåkning. Beskyttende immunrespons oppnås ikke alltid hos personer som får immunsuppressiv behandling. Dersom det anses nødvendig å utføre serologiske tester for å fastslå behovet for boosterdosser, anbefales det at et kvalifisert laboratorium utfører testene. Dette skyldes at kryssreaksjon med preeksisterende antistoffer pga. naturlig eksponering eller tidligere vaksinering mot andre flavivirus (f.eks. japansk encefalitt-, gulfeber- eller Dengue-virus) kan gi falske positive resultater. Ved kjent eller mistenkt autoimmun sykdom, må risikoen for TBE-infeksjon veies opp mot risikoen for at vaksinen kan ha uhel-

dig innvirkning på sykdomsforløpet. Grundig vurdering skal foretas ved ev. vaksinering av personer med cerebrale sykdommer, f.eks. aktive demyeliniserende lidelser eller dårlig kontrollert epilepsi. Det er mulig at vaksinen ikke gir fullstendig beskyttelse av den vaksinerte. Et flåttbitt kan også overføre andre infeksjoner enn TBE, inkl. visse patogener som noen ganger kan gi et klinisk bilde som ligner TBE. TBE-vaksiner beskytter ikke mot Borrelia-infeksjon. En vaksinert person med kliniske tegn og symptomer på mulig TBE-infeksjon skal derfor undersøkes nøye mht. andre årsaker til infeksjon. **Hjelpetoffer:** Inneholder <1 mmol kalium og natrium/dose, dvs. praktisk talt kalium- og natriumfritt. **Biljøring og bruk av maskiner:** Antas ikke å påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner eller barns motorikk, men en bør likevel være oppmerksom på at synsforstyrrelser eller svimmelhet kan inntreffe.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se J07B A01 Samtidig administrering av andre vaksiner skal kun gjøres iht. offisielle anbefalinger. Dersom andre vaksiner skal injiseres samtidig, skal de gis på ulike injeksjonssteder, og helst i ulik arm.

Graviditet, amming og fertilitet: Skal kun gis under graviditet og amming når det er veldig viktig å oppnå beskyttelse mot TBE-infeksjon, og kun etter en grundig nytte/risiko-vurdering. **Graviditet:** Ingen data. **Amming:** Overgang i morsmelk er ukjent.

Bivirkninger: TicoVac: Svært vanlige (≥1/10): Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet (f.eks. smerte). **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Kvalme. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, artralgi. Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Tretthet, sykdomsfølelse. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Blod/lymf: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Brekninger. Øvrige: Feber, blødning på injeksjonsstedet. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Gastrointestinale: Diaré, abdominalsmerter. Immunsystemet: Overfølsomhet. Nevrologiske: Somnolens. Øre: Vertigo¹. Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet (som erytem, indurasjon, hevelse, kløe, parestesi, varmfølelse). Følgende er rapportert som sjeldne etter markedsføring: Hjerter/kar: Takykardi. Hud: Urticaria, utslett (erytematøst, makulopapulært), kløe, dermatitt, erytem, hyperhidrose. Immunsystemet: Utløsing eller forverring av autoimmune lidelse (f.eks. multipl sklerose), anafylaktisk reaksjon. Infeksiøse: Herpes zoster (utløst hos preeksponerte pasienter). Luftveier: Dyspné. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte, hevelse i ledd, nakkesmerter, stivhet i muskler/skjelett (inkl. stivhet i nakke), smerte i ekstremiteter. Nevrologiske: Demyeliniserende lidelser (akutt disseminert encefalomyelitt, Guillain-Barrés syndrom, myelitt, tværgående myelitt), encefalitt, kramper, aseptisk meningitt, meningisme, sensoriske abnormiteter og motorisk dysfunksjon (facialis parese, paralyse/parese, nevritt, hypestesi, parestesi), nevralgi, optisk nevritt, svimmelhet. Øre: Tinnitus. Øye: Nedsatt syn, fotofobi, øyesmerter. Øvrige: Gangforstyrrelse, frysninger, influensalignende sykdom, asteni, ødem, redusert leddbevegelighet ved injeksjonsstedet (som leddsmerte, knutedannelse og inflammasjon).

TicoVac Junior: Svært vanlige (≥1/10): Øvrige: Smerte på injeksjonsstedet. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Kvalme, brekninger. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi. Nevrologiske: Hodepine. Psykiske: Rastløshet, søvnforstyrrelse. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt appetitt. Øvrige: Pyreksi², tretthet, sykdomsfølelse, reaksjoner på injeksjonsstedet (som hevelse, indurasjon, erytem). **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Blod/lymf: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Abdominalsmerter. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi. Øvrige: Frysninger. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Gastrointestinale: Diaré, dyspepsi. Hud: Urticaria. Nevrologiske: Sensoriske abnormiteter, svimmelhet. Øre: Vertigo. Øvrige: Kløe på injeksjonsstedet. Følgende er rapportert som sjeldne etter markedsføring: Hud: Utslett (erytematøst, makulopapulært, vesikulært), erytem, kløe, hyperhidrose. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon, overfølsomhet. Luftveier: Dyspné. Muskel-skjelettsystemet: Nakkesmerter, stivhet i muskler/skjelett (inkl. stivhet i nakke), smerte i ekstremiteter. Nevrologiske: Encefalitt, kramper (inkl. febrile), meningisme, polyneuropati, motorisk dysfunksjon (hemiparese/hemiplegi), facialisparese, paralyse/parese, nevritt, Guillain-Barrés syndrom. Øre: Tinnitus. Øye: Nedsatt syn, fotofobi, øyesmerter. Øvrige: Gangforstyrrelse, influensalignende sykdom, asteni, ødem.

¹Ikke rapportert etter 2. eller 3. vaksinasjon.

²Hypigere hos yngre enn hos eldre barn (hhv. svært vanlig og vanlig). Generelt lavere hypigighet av feber etter 2. og 3. vaksinasjon enn ved 1.

Egenskaper: Virkningsmekanisme: Induserer en tilstrekkelig høy konsentrasjon av TBE antistoffer for å gi beskyttelse mot TBE-virus.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C) og i ytterkartongen for å beskytte mot lys. Skal ikke fryses.

Sist endret: 01.03.2023
Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 01.11.2021

Pakning Varenr.	Pris (kr)
0,5 ml (ferdigfylt sprøyte) 564048	369,40
TicoVac Junior, INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte:	
Pakning Varenr.	Pris (kr)
0,25 ml (ferdigfylt sprøyte) 409850	350,00



Oppdaterte vaksineråd mot skogflåttencefalittvirus

Ett eneste flåttbitt, som man nødvendigvis ikke merker, kan være nok til å bli smittet med skogflåttencefalittvirus i enkelte områder. Dette er et virus som kan gi hjernebetennelse. Det finnes ingen legemidler mot TBE (tick-borne encephalitis, også kalt skogflåttencefalitt).

TBE kan forebygges med vaksinen TicoVac®.¹

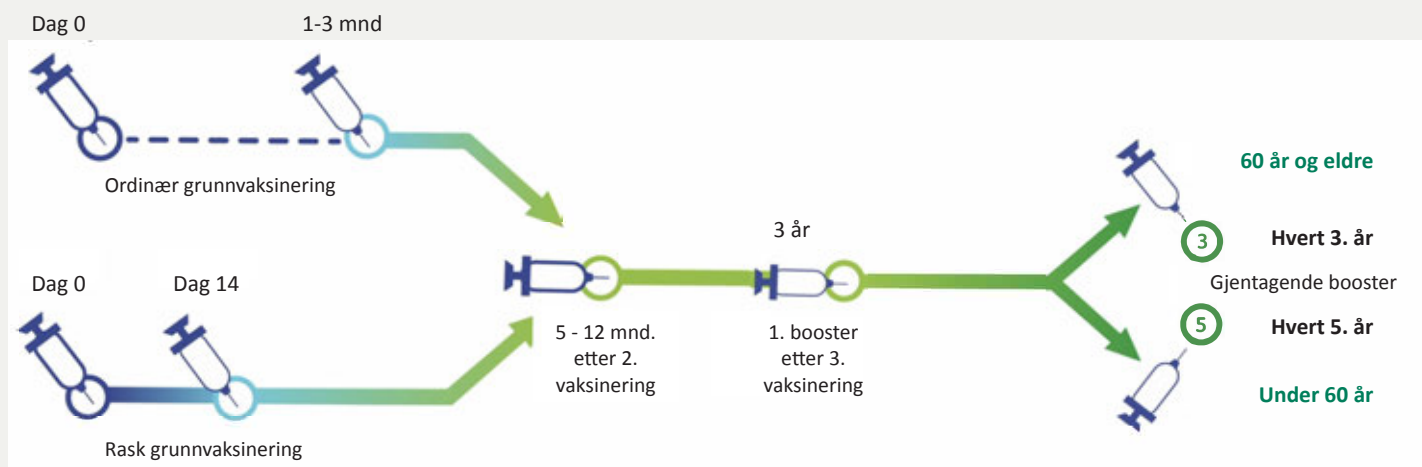
Folkehelseinstituttet (FHI) har oppdatert sine vaksineråd mot TBE-virus.² Oppdateringen konkretiserer hvilke geografiske områder det er størst risiko for å bli smittet av TBE-virus som følge av flåttbitt. I Norge bør det vurderes å gi TBE-vaksine til barn og voksne som ofte blir bitt av flått langs kysten i områder der det er rapportert humane tilfeller av TBE.

Er du og dine pasienter beskyttet for årets flåttsesong?

Det er viktig at man følger anbefalt doseringsregime på TicoVac om man skal ha optimal beskyttelse. Grunnvaksineringen består av 3 sprøyter i ulikt intervall definert i doseringsoversikten nedenfor.

Anbefalingen gjelder

Sørlandet og vestkysten av Oslofjorden f.o.m. Flekkefjord t.o.m. Drammen.
Østkysten av Oslofjorden f.o.m. Vestby til svenskegrensen.



Etter 2 doser TicoVac er mer enn 90 % forventet å være tilstrekkelig beskyttet mot TBE i inneværende flåttsesong. Etter 3 doser er mer enn 95 % beskyttet i minst 3 år.²

FHI anbefaling:

For personer over 60 år og personer med immunsviktilstander gis det tre vaksinedoser med kort intervall på dag 0, dag 7 og ca. dag 30. Ved behov for fortsatt beskyttelse, gis en fjerde dose 5-12 måneder etter tredje dose.²

**TICO
vac**

Vaksine mot
skogflåttencefalitt
(inaktivert)

INDIKASJONER TicoVac: Vaksinasjon mot skogflått-overført encefalitt (TBE) av personer ≥16 år. TicoVac Junior: Vaksinasjon mot skogflått-overført encefalitt (TBE) av barn >1-15 år. Generelt: Begge vaksinene skal gis iht. offisielle anbefalinger mht. behov og tidspunkt for vaksinasjon mot TBE.

1. SPC TicoVac, 01.11.2021,

2. Folkehelseinstituttet, Skogflåttencefalittvaksine (TBE-vaksine) - veileder for helsepersonell, lest 23.02.2023

SIKKERHETSINFORMASJON: Alvorlig overfølsomhet for egg- og kyllingproteiner kan føre til alvorlige reaksjoner hos følsomme personer. Ikke alvorlig allergi mot eggproteiner er normalt ingen kontraindikasjon for vaksinasjon med TicoVac/ TicoVac Junior. TBE-vaksiner beskytter ikke mot borreliose.

Pfizer

PP-TCV-NOR-0209

Les mer på **ticovac.no**

ØYVIND BRUSERUD

oyvind.bruserud@helse-bergen.no
Kirurgisk serviceklinikk
Haukeland universitetssjukehus

KAJA ARNES*

Det medisinske fakultet
Universitetet i Bergen

CAMILLA RYGG KJØRSVIK*

Det medisinske fakultet
Universitetet i Bergen

RAGNVALD LJONES BREKKE

Avdeling for plastikk-, hånd- og rekonstruktiv kirurgi
Nasjonalt brannskadesenter
Haukeland universitetssjukehus

Nasjonalt behandlingstjeneste for avansert brannskadebehandling
Haukeland universitetssjukehus

Norsk brannskaderegister
Haukeland universitetssjukehus

STIAN KREKEN ALMELAND

Avdeling for plastikk-, hånd- og rekonstruktiv kirurgi
Nasjonalt brannskadesenter
Haukeland universitetssjukehus

Nasjonalt behandlingstjeneste for avansert brannskadebehandling
Haukeland universitetssjukehus

Det medisinske fakultet
Universitetet i Bergen

ANNE BERIT GUTTORMSEN

Kirurgisk serviceklinikk
Haukeland universitetssjukehus

Nasjonalt behandlingstjeneste for avansert brannskadebehandling
Haukeland universitetssjukehus

Det medisinske fakultet
Universitetet i Bergen

HENNING ONARHEIM

Kirurgisk serviceklinikk
Haukeland universitetssjukehus

Nasjonalt behandlingstjeneste for avansert brannskadebehandling
Haukeland universitetssjukehus

Norsk brannskaderegister
Haukeland universitetssjukehus

Det medisinske fakultet
Universitetet i Bergen

* Kaja Arnes og Camilla Rygg Kjorsvik har bidratt i like stor grad til denne artikkelen.

Pasienter over 75 år innlagt ved Brannskadeavdelinga, Haukeland universitetssjukehus 2000–19

BAKGRUNN

Antallet pasienter over 75 år med brannskader som mottar avansert behandling, inkludert omfattende kirurgi og intensivbehandling, er økende. Vi ønsket å kartlegge behandling og utfall for pasienter over 75 år med brannskader innlagt ved Brannskadeavdelinga på Haukeland universitetssjukehus. Vi ønsket også å undersøke om skåring av skrøpelighet kan predikere utfallet av behandlingen.

MATERIALE OG METODE

Alle pasienter ≥ 75 år innlagt ved Brannskadeavdelinga, Haukeland universitetssjukehus i perioden 2000–19 ble inkludert. Skrøpelighetsskår ble beregnet retrospektivt basert på journalopplysninger.

RESULTATER

Vi inkluderte 101 pasienter (50 kvinner, 51 menn). Antallet innleggelser av eldre med brannskader økte fra gjennomsnittlig 3,3 per år i 2000–14 til 10,2 i perioden

2015–19. Totalt brannskadeareal i prosent av kroppsoverflaten var i median 11 % (spredning 0,9–80 %). 17 pasienter mottok palliativ behandling, og 12 aktivt behandlede pasienter døde i sykehus. Hos 68 av 84 (81 %) aktivt behandlede pasienter ble det utført tangentiell nedskjæring og delhudtransplantasjon. De resterende fikk konservativ behandling (uten kirurgi) med sårstell og dekking med sølvholdige bandasjematerialer. Pasienter som døde i sykehus, hadde signifikant høyere brannskadeareal i prosent av kroppsoverflaten ($p < 0,0001$) og høyere skrøpelighetsskår ($p = 0,003$) enn pasienter som overlevde.

FORTOLKNING

I perioden har det vært en tredobling av antallet pasienter over 75 år som årlig behandles ved Brannskadeavdelinga. Mer enn to tredeler av pasientene utskrives i live. Brannskadeutbredelse og skrøpelighetsskår er assosiert med dødelighet og kan være nyttige mål for behandlingstilpasninger.

HOVEDFUNN

Av 101 pasienter ≥ 75 år innlagt ved Brannskadeavdelinga, Haukeland universitetssjukehus i perioden 2000–19 ble 72 skrevet ut i live.

84 pasienter fikk aktiv behandling, og av disse døde 12 under sykehusoppholdet.

Brannskadeutbredelse og skrøpelighe-
tsskår var assosiert med dødelighet.

Antallet eldre (> 75 år) er økende (1). Eldre personer har en økt risiko for brannskader betinget i funksjonsnedsettelse som svekket motorikk, økt reaksjonstid og endret kognisjon (2–4). Komorbiditet på skadetidspunktet bidrar til høy dødelighet blant eldre med brannskader (5, 6). Aldersbetingede endringer i immunforsvaret disponerer eldre pasienter med brannskader for forsinket sårtilheling og økt risiko for sekundær infeksjon, som igjen gir et mer komplisert sykdomsforløp (7–10).

Eldre pasienter mottar i økende grad avansert medisinsk behandling, også i intensiveneheter. Indikasjon for intensivbehandling, prioriteringskriterier og behandlingsnivå blir ofte diskutert for disse pasientene, da det kan være vanskelig å predikere behandlingsrespons og utfall. Eldre pasienter med brannskader krever lengre behandlingstid enn yngre pasienter, og kun halvparten av pasientene > 75 år kan utskrives til eget hjem etter innleggelse i en brannskadeenhet (8, 11). Skrøpelighe-
tsskåring har vist seg nyttig i vurderingen av kritisk syke eldre pasienter (12), inkludert eldre pasienter med brannskader (13, 14). Gruppering etter funksjonsnivå (15) gir et mer presist bilde av pasientens individuelle sårbarhet enn alder og komorbiditet (16). Nylig har det også vært foreslått en egen skrøpelighe-
tsskåring for brannskader (*Burn Frailty Index*) spesielt for pasienter > 65 år (17).

I denne artikkelen presenteres pasienter ≥ 75 år med brannskader innlagt ved Brannskadeavdelinga, Haukeland universitetssjukehus i perioden 2000–19. Vi beskriver skadeomfang, skadetyper, komorbiditet på skadetidspunktet, behandlingsforløp og dødelighet. Faktorer som kan predikere overlevelse, og som derfor vil være nyttig for behandlingstil-

pasninger og prioriteringer, ble undersøkt, med spesiell vekt på betydningen av skadet hudareal og skrøpelighe-
t.

Materiale og metode

Pasientmateriale

Alle pasienter ≥ 75 år innlagt ved Brannskadeavdelinga, Haukeland universitetssjukehus i perioden 2000–19 ble identifisert gjennom et lokalt kvalitetsregister. Følgende opplysninger var registrert: alder, kjønn, skademekanisme,

utbredelse av brannskaden, varighet av ventilasjonsstøtte, antall operative inngrep utført på operasjonsstue (mottaksstell og eskarotomi ble ikke registrert som kirurgiske inngrep), lengde på sykehusopphold og overlevelse til utskrivning. Utbredelse av brannskaden ble angitt som prosentandel av kroppsoverflaten med del- eller og fullhudsskade (*total body surface area*, TBSA). Pasientenes elektroniske journaler ble gjennomgått retrospektivt, og det ble hentet opplysninger om komorbiditeter (koronarsykdom, hypertensjon, diabetes mellitus, kronisk nyresykdom og perifer karsykdom), bruk av faste medikamenter på skade-

Tabell 1 Karakteristika for 101 pasienter over 75 år innlagt ved Brannskadeavdelinga, Haukeland universitetssjukehus 2000–19. Verdier er oppgitt som antall (prosent) eller median (spredning). TBSA = totalt brannskadeareal i prosent av kroppsoverflaten.

Pasientkarakteristika	Antall (%) / median (spredning)
Kjønn, menn/kvinner	51/50
Alder år (median, spredning)	81 (75–96)
Komorbiditet	
Koronar hjertesykdom	54 (53 %)
Hypertensjon	44 (44 %)
Diabetes	20 (20 %)
Perifer karsykdom	6 (6 %)
Kronisk nyresvikt	5 (5 %)
Fast medikamentbruk (≥ 1) på skadetidspunktet	84 (83 %)
Skrøpelighe- tsskår	4,0 (2–8)
Skadeutbredelse (% TBSA)	11,0 (0,9–80)
Skademekanisme	
Flamme	58 (57 %)
Skålding	24 (24 %)
Kontakt	8 (8 %)
Elektrisk	5 (5 %)
Annet	6 (6 %)
Sykehusopphold i dager ¹	17 (0–83)
Kirurgisk behandling ¹	68 (81 %)
Mekanisk ventilasjon ²	16 (29 %)
Overlevelse	
Utskrevet i live	72 (71 %)
30 dager etter utskrivning	68 (67 %)
Ett år etter utskrivning	59 (58 %)

¹ Beregnet for aktivt behandlede pasienter ($n = 84$).

² Opplysninger om respiratorbehandlede kun tilgjengelig for perioden 2013–19.

Tabell 2 Skadeutbredelse og status ved utskrivning for 101 pasienter over 75 år innlagt ved Brannskadeavdelinga, Haukeland universitetssjukehus 2000–19. TBSA = totalt brannskadeareal i prosent av kroppsoverflaten.

Skadeutbredelse (% TBSA)	Utskrevet i live	Død tross aktiv behandling	Død etter palliativ behandling
0–4	27	0	0
5–9	15	1	0
10–19	21	7	2
20–29	7	3	3
30–49	2	1	9
≥ 50	0	0	3

Tabell 3 Antall pasienter over 75 år innlagt ved Brannskadeavdelinga, Haukeland universitetssjukehus fordelt på femårsperioder og status ved utskrivning.

Tidsperiode	Utskrevet i live	Død tross aktiv behandling	Død etter palliativ behandling
2000–04	7	5	4
2005–09	13	1	7
2010–14	10	1	2
2015–19	42	5	4

tidspunktet samt overlevelse til 30 dager og ett år etter utskrivning.

Skåring av skjørelighet på klinisk skjørelighetsskala (Clinical Frailty Scale, CFS) (16) ble utført retrospektivt basert på informasjon i pasientens elektroniske journal. Skåren klassifiserer pasientene i ni grupper basert på funksjonsnivå og evnen til å gjennomføre hverdagslige gjøremål (15). Det foreligger en norsk oversettelse av denne skalaen (18).

Statistikk

Fishers eksakte test ble benyttet for sammenlikning av grupper (død/overlevelse mot brannskadeutbredelse og skjørelighetsskår) og Spearmans rangkorrelasjonskoeffisientanalyse for å undersøke for sammenhenger (alder mot skjørelighetsskår). Alle analyser ble gjort i SPSS versjon 26.0 (IBM Corp, Armonk, NY). *P*-verdier < 0,05 ble tolket som statistisk signifikant.

Ettikk

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) Nord vurderte studien til å være et kvalitetsprosjekt utenfor deres mandat og utenfor helseforskningsloven (referansenummer 187713). Personvernombudet i Helse Bergen vurderte prosjektet og godkjente håndtering og lagring av pasientdata (prosjekt-ID 2152).

Resultater

Pasientmaterialet

Tabell 1 viser alle de inkluderte pasientenes karakteristika. Hovedparten av pasientene ble skadet i hjemmet eller på sykehjem (84 av 101 pasienter, 83 %). De fleste skadene var flammeskader (58 av 101 pasienter, 57 %), oftest oppstått i forbindelse med matlaging (15 av 58 pasienter, 26 %) eller husbrann (13 av 58 pasienter, 22 %). Vanligste lokalisasjon for brannskaden var lår/legg (55 av 101 pasienter, 54 %), arm/hånd (48 av 101 pasienter, 48 %), framside overkropp (46 av 101 pasienter, 46 %) og bakside overkropp (35 av 101 pasienter, 35 %). Tabell 2 viser sammenhenger mellom prosent brannskadet hudareal og død i sykehus.

I den siste femårsperioden (2015–19) var det en tredobling i årlig antall innlagte brannskadde over 75 år sammenliknet med 2000–14 (tabell 3). 59 pasienter (58 %) ble overført fra andre sykehus, 21 på skadedagen, 21 pasienter dagen etter skade og 17 mer enn to dager etter skaden (fire av dem etter 9–10 dager).

Behandlingsforløp

På grunn av svært utbredte brannskader og/eller alvorlig komorbiditet ble det hos 17 pasienter skiftet til et palliativt behandlingsfokus tidlig etter innleggelse. Blant disse var 13 pasienter som var overflyttet fra andre syke-

hus. 68 pasienter (81 % av de aktivt behandlede pasienter) krevde kirurgisk behandling på operasjonsstue, oftest med tangentiell nedskjæring og delhudtransplantasjon.

De fleste pasientene ble operert i løpet av de 2–3 første døgnene etter innleggelsen. 31 av 68 opererte pasienter (46 %) ble operert mer enn én gang, og åtte pasienter gjennomgikk fire operative inngrep. For enkelte pasienter ble behandlingen krevende over lengre tid. 15 operasjoner ble gjort mer enn tre uker etter innleggelsen. 7 av 46 (15 %) aktivt behandlede pasienter som var overflyttet fra andre sykehus, hadde mindre dype skader uten behov for revisjon og hudtransplantasjon.

Ventilatorbehandling ble registrert for perioden 2013–19. 16 av 56 pasienter (29 %) mottok respiratorbehandling, kun fem pasienter mottok respiratorbehandling > 48 timer. For pasienter som mottok aktiv behandling, var median liggetid i sykehus 17 dager (spredning 0–83) (tabell 1). Pasienter som mottok palliativ behandling, hadde median behandlingstid på ett døgn (spredning 0–4).

Overlevelse

Nesten en tredel av pasientene (29/101 pasienter, 29 %) døde i sykehus. Skadeomfanget hos pasienter som overlevde, var i median 7 % brannskadet areal. Hos dem som fikk palliativ behandling, var det 40 % brannskadet areal, og alle pasienter som mottok palliativ behandling, døde i sykehus. Pasientene som mottok aktiv behandling, men som likevel døde under innleggelsen, hadde median prosent brannskadet areal på 18 %. Pasientene som døde i sykehus, hadde signifikant større brannskader enn dem som overlevde ($p < 0,0001$). 59 av 72 pasienter (82 %) som ble utskrevet i live, var fremdeles i live ett år etter utskrivning. Figur 1 viser en oversikt over dødeligheten blant pasientene både under sykehusoppholdet og første år etter utskrivning.

Komorbiditet og skjørelighet

73 av 101 pasienter (72 %) hadde komorbiditet på skadetidspunktet (tabell 1).

Basert på opplysninger i pasientenes elektroniske journaler kunne skjørelighet (16) skåres hos 88 av 101 pasienter (87 %). Figur 2 viser fordelingen av skjørelighetsskår i pasientmaterialet sammenholdt med død i sykehus. Vi fant ingen signifikant korrelasjon mellom økende alder ut over 75 år og skjørelighet (Spearmans korrelasjonskoeffisient 0,021; $p = 0,843$). Median skjørelighetsskår blant alle pasienter som kunne skåres, var 4

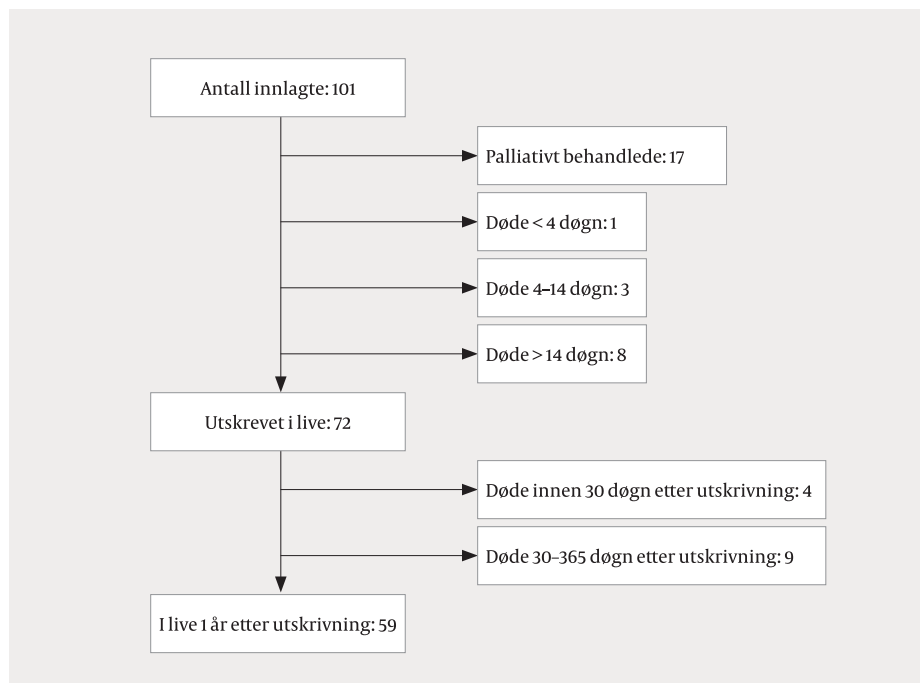
(spredning 2–8). Pasienter som døde, hadde median skrøpeligheitsskår på 5 (spredning 2–8), mens overlevende hadde median skrøpeligheitsskår på 3 (spredning 2–8) (figur 2). Pasienter som døde i sykehus, hadde signifikant høyere skrøpeligheitsskår enn dem som overlevde ($p = 0,003$). Signifikant flere døde i gruppen med skrøpeligheitsskår 4–9 sammenliknet med pasienter med skrøpeligheitsskår 1–3 ($p = 0,039$).

Diskusjon

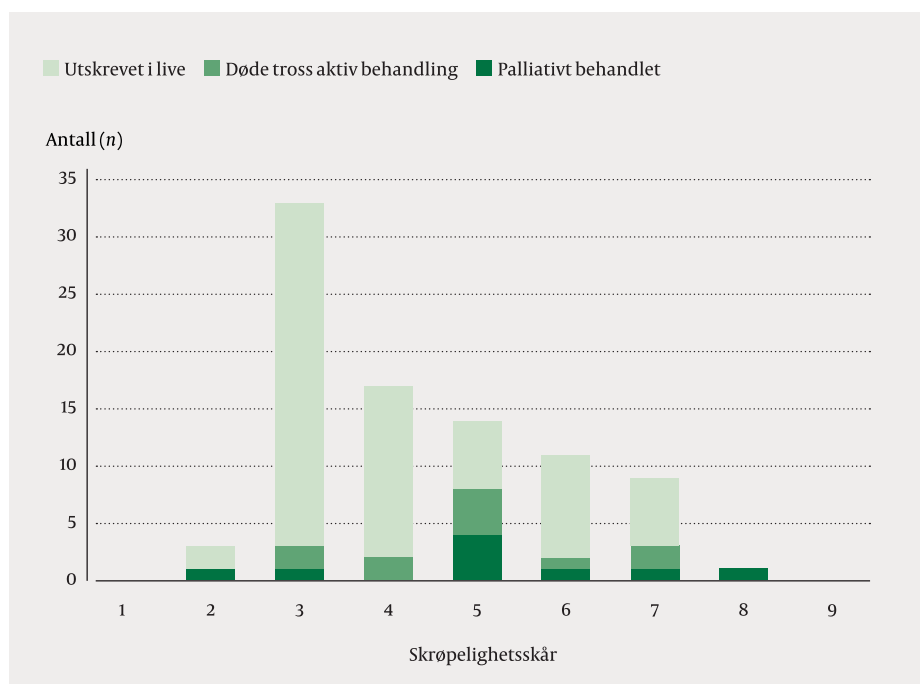
I denne artikkelen presenteres 101 pasienter ≥ 75 år som var innlagt ved Brannskadeavdelinga, Haukeland universitetssjukehus i perioden 2000–19. Median skadeutbredelse var 11 % brannskadet areal (0,9–80 %), 17 pasienter mottok kun palliativ behandling og nesten en tredel av pasientene døde i sykehus. Prosent brannskadet areal og skrøpeligheitsskår var assosiert med død.

Det synes som om eldre pasienter i større grad enn tidligere tilbys avansert behandling, inkludert omfattende kirurgi og intensivbehandling. Vi fant en klar økning i antallet innleggelser av eldre pasienter med brannskader i løpet av perioden. Delvis reflekterer dette at Brannskadeavdelinga i 2015 endret praksis til i større grad å akseptere overflytting av eldre pasienter, også pasienter med mindre utbredte brannskader (4). Ramme 1 viser kriteriene som ligger til grunn for vurdering av overflytting av pasienter til Brannskadeavdelinga. Å vurdere om en eldre pasient med omfattende brannskade vil være tjent med avansert og langvarig behandling ved et nasjonalt behandlingssenter, er utfordrende. Både skadedybde og utbredelse av en brannskade kan være vanskelig å vurdere initialt (19), noe som kan føre til at henvisende instans feilklassifiserer alvorlighetsgraden.

Pasienter overflyttes i all hovedsak for å motta aktiv behandling. Basert på nye vurderinger av skadedybde og skadeutbredelse ved innleggelsen i Brannskadeavdelinga, pasientens/pårørendes ønske og behandlingsrespons kan det være aktuelt med behandlingsbegrensninger og i enkelte tilfeller overgang til lindrende behandling. Vårt pasientmateriale indikerer at utbredte brannskader (prosent brannskadet areal > 20 –25 %), gjerne kombinert med høy skrøpeligheitsskår (CFS > 4), var assosiert med dårligere prognose til tross for behandlingsforsøk. Behandlingen av disse



Figur 1 Dødelighet blant 101 pasienter over 75 år innlagt ved Brannskadeavdelinga, Haukeland universitetssjukehus i perioden 2000–19. 29 pasienter døde i sykehus. 59 pasienter var i live ett år etter skadetidspunktet.



Figur 2 Skrøpeligheitsskår og død i sykehus hos 88 av 101 pasienter over 75 år innlagt ved Brannskadeavdelinga, Haukeland universitetssjukehus 2000–19. For 13 pasienter var det for utilstrekkelige opplysninger i pasientjournalen til å skåre skrøpeligheit. Skrøpeligheitsskår er klassifisert etter Rockwood og medarbeidere (16): 1 = veldig sprek, 2 = sprek, 3 = klarer seg bra, 4 = lever med svært mild skrøpeligheit, 5 = lever med mild skrøpeligheit, 6 = lever med moderat skrøpeligheit, 7 = lever med alvorlig skrøpeligheit, 8 = lever med svært alvorlig skrøpeligheit, 9 = terminalt syk.

Ramme 1

Kriterier for henvisning til Nasjonal behandlingstjeneste for avansert brannskadebehandling, Haukeland universitetssjukehus.
Kriteriene ble revidert i 2015. Behandling av brannskader på lokalsykehus vil være avhengig av lokal kompetanse og erfaring. Dersom lokal kompetanse er tilstrekkelig, spesielt ved plastikkirurgiske avdelinger, vil man kunne anbefale behandling lokalt og/eller regionalt utover kriteriene. % TBSA = totalt brannskadeareal i prosent av kroppsoverflaten.
• Brannskade > 10 % TBSA hos voksne
• Brannskade > 5 % TBSA hos barn
• Fullhudskader (3. grad) > 5 % TBSA
• Brannskader i spesielle regioner: • Hender, ansikt, føtter, genitalia, perineum og over store ledd • Skader som omfatter hele sirkumferensen på ekstremiteter eller toraks
• Brannskader med inhalasjonsskade
• Elektriske brannskader
• Kjemiske brannskader
• Brannskader hos multimorbide
• Brannskader hos gravide
• Brannskader med samtidig multitraume
• Brannskader hos små barn eller gamle/svekkede pasienter
• Brannskader der man mistenker mishandling/omsorgssvikt

pasientene bør diskuteres individuelt med vakthavende brannskadekirurg. Pasienter med brannskader med liten utbredelse, men kritisk anatomisk lokalisasjon i forhold til funksjon, tilrådes overflytting til Brannskadeavdelinga dersom skaden ikke kan håndteres lokalt.

Median skadeutbredelse i hele pasientmaterialet var 11 % av kroppsoverflaten. Dette samsvarer med andre studier der man har undersøkt eldre med brannskader (20–22). Fire av fem aktivt behandlede pasienter krevde kirurgi, oftest med eksisjon av brannskadet vev og deknning med hudhudtransplantat. De fleste pasientene ble operert i løpet av de 2–3 første døgnene etter innleggelse, i samsvar med etablerte internasjonale retningslinjer (23, 24). Omkring halvparten av de opererte pasien-

tene trengte flere operasjoner, og for enkelte pasienter ble behandlingen langvarig. Manglende sårtilheling hos eldre brannskadepasienter kan være forårsaket av en endret immunrespons (9, 10).

Prognosen til eldre pasienter med brannskader er bedret de siste årene (5), sannsynligvis på grunn av tidlig eksisjon og huddekning (25), utvikling innen intensivmedisin, inkludert ernæring og metabolisme (26), og bedre bandasjematerialer. Brannskadens utbredelse og dybde sammen med pasientens alder er tidligere vist å være avgjørende for prognosen (8, 27). I vårt materiale var en høy prosent brannskadet areal assosiert med død i sykehus. I en nyere studie av 228 pasienter over 65 år med brannskader og median skadeutbredelse på 5 % fant man en dødelighet på 14,9 % (5), mens det i andre pasientmaterialer er beskrevet høyere dødelighet hos pasienter > 60 år med brannskader (20, 28).

29 av 101 pasienter ≥ 75 år døde (29 %) i sykehus. Blant de 172 pasientene i aldersgruppen 60–74 år behandlet ved Brannskadeavdelinga i samme tidsperiode var dødeligheten 12,8 %, og for aldersgruppen 45–59 år var dødeligheten 7,5 % (egne upubliserte data). De pasientene som ble utskrevet i live, hadde en langtidsoverlevelse samsvarende med andre studier (29). Av pasienter utskrevet i live var 82 % også i live ett år senere (figur 1). Vi har ikke opplysninger om livskvalitet eller funksjonsnivå etter utskrivning fra sykehus.

Det er motstridende funn vedrørende sammenhengen mellom komorbiditet på skadetidspunktet og overlevelse hos brannskadepasienter (20, 21, 30). Klassifisering av eldre pasienter etter grad av skjørelighet brukes stadig oftere i klinisk praksis og forskning (18). En pasient som klassifiseres som skjørelig, har høy risiko for komplikasjoner etter kirurgi, behov for økt omsorgsnivå og større sannsynlighet for død (8, 11, 17). En vurdering av pasientens skjørelighet gir et mer presist bilde av pasientens sårbarhet enn alder og komorbiditet alene, og kan derfor være et nyttig hjelpemiddel ved kliniske beslutninger. Dette samsvarer med våre data, der vi fant at skjørelighetsskår var assosiert med død i sykehus. Det er også vist at skjørelighetsskåring har høy presisjon og liten variasjon mellom personer som gjennomfører skåringen (31, 32). Dataene blir derfor robuste selv om skåringen utføres retrospektivt (32). Behandlingsnivået og behandlingsintensiteten må vurderes for hver enkelt pasient.

Pasientmaterialet i denne studien er for lite

til å fastslå hvor stor del av henholdsvis skadeutbredelse og skjørelighet som bidrar til dødelighet. Skadeutbredelse og alder bidrar mest når man skal predikere dødelighet blant pasienter med brannskade (27). Nylig fant en forskningsgruppe fra England at skjørelighetsskår > 3 var en mer sensitiv prediktor for ett års dødelighet enn modifisert Baux-skår, som er basert på skadeutbredelse, alder og eventuell samtidig inhalasjonsskade (33). En kombinasjon av Baux-skår og skjørelighetsskår forbedret prediksjonen ytterligere både med tanke på sykehus- og ettårs mortalitet i forhold til modifisert Baux-skår alene (33). Skjørelighetsskåring kan derfor være et viktig verktøy ved vurdering av eldre pasienter med brannskader, også når man skal ta avgjørende kliniske beslutninger.

Denne retrospektive kohortstudien har noen svakheter. Skadeutbredelsen blant pasientene var ujevnt fordelt: Mange hadde moderat utbredte skader, og kun 15 pasienter hadde 30 % brannskadet areal eller mer (tabell 2). Informasjonen tilgjengelig i elektronisk journalsystem og muligheten for komparent-opplysninger varierte, særlig for opplysninger om funksjonsnivå og kognitiv funksjon/demens, som er avgjørende for skjørelighetsskåring.

Konklusjon

Antallet pasienter over 75 år som årlig behandles ved Brannskadeavdelinga er etter 2015 tredoblet, og mer enn to tredeler av pasientene utskrives i live. Stor brannskadeutbredelse og høy skjørelighetsskår er assosiert med dødelighet og kan være nyttige mål for behandlingstilpasninger.

Artikkelen bygger på Kaja Arnes og Camilla Rygg Kjørsvik sin hovedoppgave ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 10.5.2022, første revisjon innsendt 11.10.2022, godkjent 3.2.2023.

ØYVIND BRUSERUD

er ph.d. og lege i spesialisering i anesthesiologi.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikter.

KAJA ARNES

var under arbeidet med hovedoppgaven lege-
student og er nå lege ved Ortopedisk avdeling,
Haukeland universitetssjukehus.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikter.

CAMILLA RYGG KJØRSVIK

var under arbeidet med hovedoppgaven legestudent og er nå lege i spesialisering i ved Medisinsk avdeling og Kirurgisk avdeling, Haraldsplass Diakonale Sykehus.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikter.

RAGNVALD LJONES BREKKE

er spesialist i plastikkirurgi og avdelingsoverlege.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikter.

STIAN KREKEN ALMELAND

er spesialist i plastikkirurgi, overlege og første-
amanuensis.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikter.

ANNE BERIT GUTTORMSEN

er spesialist i anesthesiologi, overlege og professor.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikter.

HENNING ONARHEIM

er spesialist i anesthesiologi, tidligere overlege og
professor emeritus.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Statistisk setralbyrå. Befolkning. Lest 8.11.2022.
- 2 Peck MD. Epidemiology of burns throughout the world. Part I: Distribution and risk factors. Burns 2011; 37: 1087–100.
- 3 Keck M, Lumenta DB, Andel H et al. Burn treatment in the elderly. Burns 2009; 35: 1071–9.
- 4 Jeschke MG, Peck MD. Burn Care of the Elderly. J Burn Care Res 2017; 38: e625–8.
- 5 Wearn C, Hardwicke J, Kitsios A et al. Outcomes of burns in the elderly: revised estimates from the Birmingham Burn Centre. Burns 2015; 41: 1161–8.
- 6 Brandão C, Meireles R, Brito I et al. The Role Of Comorbidities On Outcome Prediction In Acute Burn Patients. Ann Burns Fire Disasters 2021; 34: 323–33.
- 7 Rani M, Schwacha MG. Aging and the pathogenic response to burn. Aging Dis 2012; 3: 171–80.
- 8 Goei H, van Baar ME, Dokter J et al. Burns in the elderly: a nationwide study on management and clinical outcomes. Burns Trauma 2020; 8: tkaa027.
- 9 Stanojic M, Chen P, Xiu F et al. Impaired Immune Response in Elderly Burn Patients: New Insights Into the Immune-senescence Phenotype. Ann Surg 2016; 264: 195–202.
- 10 Rehou S, Shahrokhi S, Thai J et al. Acute Phase Response in Critically Ill Elderly Burn Patients. Crit Care Med 2019; 47: 201–9.
- 11 Jeschke MG, Patsoiris D, Stanojic M et al. Pathophysiologic Response to Burns in the Elderly. EBioMedicine 2015; 2: 1536–48.
- 12 Flaatten H, De Lange DW, Morandi A et al. The impact of frailty on ICU and 30-day mortality and the level of care in very elderly patients (≥ 80 years). Intensive Care Med 2017; 43: 1820–8.
- 13 Romanowski KS, Barsun A, Palmieri TL et al. Frailty score on admission predicts outcomes in elderly burn injury. J Burn Care Res 2015; 36: 1–6.
- 14 Romanowski KS, Curtis E, Palmieri TL et al. Frailty Is Associated With Mortality in Patients Aged 50 Years and Older. J Burn Care Res 2018; 39: 703–7.
- 15 Abraham P, Courvoisier DS, Annweiler C et al. Validation of the clinical frailty score (CFS) in French language. BMC Geriatr 2019; 19: 322.
- 16 Rockwood K, Song X, MacKnight C et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005; 173: 489–95.
- 17 Maxwell D, Rhee P, Drake M et al. Development of the Burn Frailty Index: A prognostication index for elderly patients sustaining burn injuries. Am J Surg 2019; 218: 87–94.
- 18 Dejgaard MS, Rostoft S. Systematisk vurdering av skrøpeligheit. Tidsskr Nor Lægeforen 2021; 141: doi: 10.4045/tidsskr.20.0944.
- 19 Brekke RL, Almeland SK, Hufthammer KO et al. Agreement of clinical assessment of burn size and burn depth between referring hospitals and burn centres: A systematic review. Burns 2022; 17: S0305-4179(22)00115-2.
- 20 Rao K, Ali SN, Moiemem NS. Aetiology and outcome of burns in the elderly. Burns 2006; 32: 802–5.
- 21 Wibbenmeyer LA, Amelon MJ, Morgan LJ et al. Predicting survival in an elderly burn patient population. Burns 2001; 27: 583–90.
- 22 Ho WS, Ying SY, Chan HH. A study of burn injuries in the elderly in a regional burn centre. Burns 2001; 27: 382–5.
- 23 ISBI Practice Guidelines Committee Steering Subcommittee Advisory Subcommittee. ISBI Practice Guidelines for Burn Care. Burns 2016; 42: 953–1021.
- 24 Orgill DP. Excision and skin grafting of thermal burns. N Engl J Med 2009; 360: 893–901.
- 25 Ong YS, Samuel M, Song C. Meta-analysis of early excision of burns. Burns 2006; 32: 145–50.
- 26 Porter C, Tompkins RG, Finnerty CC et al. The metabolic stress response to burn trauma: current understanding and therapies. Lancet 2016; 388: 1417–26.
- 27 Steinvall I, Elmasry M, Fredrikson M et al. Standardised mortality ratio based on the sum of age and percentage total body surface area burned is an adequate quality indicator in burn care: An exploratory review. Burns 2016; 42: 28–40.
- 28 McGill V, Kowal-Vern A, Gamelli RL. Outcome for older burn patients. Arch Surg 2000; 135: 320–5.
- 29 Palmieri TL, Molitor F, Chan G et al. Long-term functional outcomes in the elderly after burn injury. J Burn Care Res 2012; 33: 497–503.
- 30 Lionelli GT, Pickus EJ, Beckum OK et al. A three decade analysis of factors affecting burn mortality in the elderly. Burns 2005; 31: 958–63.
- 31 Flaatten H, Guidet B, Andersen FH et al. Reliability of the Clinical Frailty Scale in very elderly ICU patients: a prospective European study. Ann Intensive Care 2021; 11: 22.
- 32 Fornæss KM, Nome PL, Aakre EK et al. Clinical frailty scale: Inter-rater reliability of retrospective scoring in emergency abdominal surgery. Acta Anaesthesiol Scand 2022; 66: 25–9.
- 33 Ward J, Phillips G, Radotra I et al. Frailty: an independent predictor of burns mortality following in-patient admission. Burns 2018; 44: 1895–902.

JAKOB LILLEMOEN DRIVENES

jakobdrivenes@hotmail.com
Kirurgisk klinikk
Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

ILEANA CODRUTA VASILESCU

Klinisk patologisk afdeling
Odense Universitetshospital
Odense

ANETTE BYGUM

Hudklinikken i Kolding
Klinisk Institut
Syddansk Universitet
Odense

Keratosis pilaris

Keratosis pilaris, nuppete hud, er en svært alminnelig tilstand. Den skyldes opphopning av keratin i hårsekkene. Selv om tilstanden i milde tilfeller kan betraktes som en normalvariant, kan den føre til flere legebesøk hos både allmennleger og hudleger. I sjeldne tilfeller kan keratosis pilaris inngå i spesifikke syndromer eller være assosiert med andre sykdommer. Formålet med denne artikkelen er å gi en oversikt over de forskjellige variantene av keratosis pilaris og redegjøre for patogenese og behandlingsmuligheter.

Keratosis pilaris, ofte omtalt som «nuppete hud» eller «kyllinghud», er en svært vanlig tilstand og kan i milde tilfeller oppfattes som en normalvariant. Tilstanden er kronisk, med mulige episodiske forverring, men med en tendens til spontan

bedring med alderen (1). De fysiske symptomene er som regel beskjedne, mens de mer subjektive og kosmetiske plagene kan gi negative psykososiale konsekvenser (2). I sjeldne tilfeller kan tilstanden være tegn på et underliggende arvelig syndrom eller oppstå som en legemiddelbivirkning.

Det finnes få norske artikler om keratosis pilaris, som i all hovedsak behandles i primærhelsetjenesten. Denne artikkelen er rettet mot både allmennleger og leger i spesialisthelsetjenesten og er basert på et ikke-systematisk litteratursøk i PubMed og forfatterens kliniske erfaring.

Hyppighet og patogenese

Keratosis pilaris regnes for å være den hyppigste follikulære hudsykdommen blant barn og opptrer i mer eller mindre uttalt grad hos 50–80 % av unge og 40 % av voksne (1, 3–5). Den må derfor betraktes som en normalvariant. Tilstanden opptrer familiært hos omkring 40 % av pasientene og synes å ha en autosomalt dominant arvegang med variabel penetrans (1, 6).

Keratosis pilaris er sterkt assosiert med atopi og iktyose, som begge kan skyldes syk-

domsfremkallende varianter i gener som koder for hudproteinet filaggrin (1, 7). Endringer i filaggrin kan forstyrre hudbarrieren, medføre atrofi og nedregulere talgkjertler. Dette kan være medvirkende faktorer til utvikling av keratosis pilaris. Patogenesen er ikke fullstendig klarlagt, men hovedteorien er at en unormal forhorningsprosess av hårsekken forhindrer vellushåret i å vokse frem, i tillegg til en lokalisert inflammasjon (1, 7).

Kliniske varianter og forløp

Den hyppigste keratosis pilaris-varianten innebærer tørr og ru hud med små, harde follikulære keratoser (nupper) rundt hårsekkens utløp, eventuelt med ledsagende perifollikulært erytem. Denne varianten ses hyppigst på strekkesiden av overarmer (figur 1), men ses også på hofter og lår og i ansiktet. Tilstanden oppstår i barnealderen og bedres oftest spontant etter puberteten (1).

Tilfeller der erytem i ansiktet er dominerende, spesielt lateralt på kinnene (figur 2), omtales som keratosis pilaris rubra og kan være kosmetisk skjemmende (8). Denne tilstanden kan både forverres og vedvare etter

puberteten (1). En sjeldnere variant er erythromelanos follicularis faciei et colli. Denne inntreffer i ungdomsårene og kjennetegnes av erytem, hyperpigmentering og små hyperkeratotiske papler på kinn, tinninger og hals, i tillegg til små papler på overarmenes strekkeside (1). Forløpet er vanligvis langvarig (1). Felles for disse tre nevnte variantene er at de er hyppige og ufarlige, og de kan behandles ved behov etter ønske fra pasienten (2).

Det finnes sjeldnere varianter med ulike grader av inflammasjon og atrofi. Samlebetegnelsen for disse er keratosis pilaris atrophicans (figur 3). I motsetning til de øvrige variantene er det her en risiko for både arrdannelse og hårtap og i sjeldne tilfeller ekstrakutane tegn, som blefaritt, keratitt og tannemaljahypoplasi (1).

Keratosis pilaris er primært en klinisk diagnose, men ved tvil kan dermatoskopi eller hudbiopsi være til hjelp. Dermatoskopiske funn omfatter blant annet forhøyninger i hårsekkenes utløps ganger, dilaterte utløps ganger med hyperpigmenteringer og erytem, karutvidelse i dermis og tynde, korte hårskaft (1).

Assosierte tilstander

Keratosis pilaris kan være assosiert med overvekt, diabetes og graviditet (1), men ettersom keratosis pilaris er såpass vanlig, er det usikkert om dette dreier seg om kausalitet. Det er også beskrevet assosiasjon med flere syndromer, blant annet Downs syndrom, Noonans syndrom og kardiofaciokutant syndrom (1, 9). De to sistnevnte hører til de såkalte RASopatiene og er forårsaket av genfeil i signalveien for RAS-genet (*rat sarcoma virus*), som er essensielt for regulering av cellevekst og celledeling. Ved disse syndromene inngår keratosis pilaris som et viktig funn, og ved Noonans syndrom er keratosis pilaris atrophicans foregående som en potensiell markør (1, 9, 10). I slike tilfeller vil det oftest også være symptomer fra andre organsystemer enn hud. Opptrer tilstanden i kombinasjon med ekstrakutane tegn og det mistenkes et underliggende syndrom, bør man vurdere genetisk utredning.

B-Raf-protein er et protoonkogen som inngår i RAS-signalveien. Utbrudd av keratosis pilaris er beskrevet etter behandling mot melanom med dabrafenib og vemurafenib, som begge hemmer B-Raf-proteinet (1). Det er derfor mulig at forstyrrelse i RAS-genet kan være en medvirkende faktor til patogenesen av keratosis pilaris. Bivirkninger av andre lege-

midler, slik som ciklosporin og tyrosinkinasehemmere, kan også virke inn (1).

Behandling

Pasienter med keratosis pilaris skal med få unntak behandles i primærhelsetjenesten. Mange vil være tilfreds med å få vite at tilstanden er vanlig og ikke trenger å behandles. De som plages, vil ha nytte av smøring med fuktighetskremer, keratinolytika og reseptbelagte kremer.

Fuktighetskremer styrker hudbarrieren og tilfører fukt til huden. Man bør velge uparfymerte kremer for å unngå utvikling av kontaktallergi overfor parfyme. Kremer som inneholder melkesyre, propylenglykol, salisylsyre og karbamid er særlig effektive, da de også har en keratolytisk virkning (1, 11).

Kamuflerende kremer som inneholder grønt pigment, kan være effektivt ved keratosis pilaris rubra ved at erytemet kamufleres. Bruk av tørrbørste, skrubbehanske eller pimpstein kan fjerne nupper og hard hud. Klimaterapi, med eksponering for sollys og saltvann, har vist seg å være til hjelp. Ofte ser man derfor forbedringer i sommerhalvåret og forverringer om vinteren (1). Behandling med kortbølget ultrafiolett lys (UVB) kan ha effekt.

I uttalte tilfeller kan reseptbelagte midler som topikale retinoider og kalsinevrinhemmere forsøkes. Retinoider har komedolytisk og antiinflammatorisk effekt, men kan gi erytem og hudirritasjon. Kalsinevrinhemmere, i form av pimekrolimus eller takrolimus, virker ved å redusere mengden av proinflammatoriske cytokiner i huden, men kan gi en forbigående brennende fornemmelse på applikasjonsstedet. Preparatene er registrert på indikasjonen atopisk eksem. Lokale kortikosteroider er ikke indisert, bortsett fra ved eksematisert hud som følge av kloring (1, 11). Topikale vitamin D-derivater har ingen effekt (1).

Ved tvil om diagnosen, store plager og mistanke om at keratosis pilaris er ledd i et syndrom, bør pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten. Det er nylig beskrevet at lokalbehandling med sirolimus, en mTOR-hemmer, har effekt ved keratosis pilaris rubra (12). Sirolimus hemmer T-lymfocytmedierte immunreaksjoner og har en antiproliferativ effekt også på blodkar. Det er ikke tilgjengelig som topikalt legemiddel, men har vært spesialfremstilt og med hell anvendt utenfor godkjent indikasjon (off-label) mot angiofibromer ved tuberøs sklerose (13, 14).



Figur 1 Keratosis pilaris på overarmen.



Figur 2 Keratosis pilaris rubra hos pasient med Juberg-Marsidis syndrom, et X-bundet genetisk syndrom med sykdomsfremkallende variant i HUWE1.



Figur 3 Keratosis pilaris atrophicans (atrophoderma vermiculatum) i ansiktet.

Også laserbehandling, hovedsaklig neodymium-yttrium-aluminium-granat-laser (Nd:YAG-laser) med *Q-switched*-modus eller pulsert fargestofflaser, kan være effektivt ved ellers behandlingsresistent keratosis pilaris, særlig keratosis pilaris rubra og keratosis pilaris atrophicans (2, 15). Disse lasertypene er effektive til behandling av erytem, mens fraksjonert CO₂-laser vil virke bedre ved atrofi og arrdannelse (15). Bivirkninger er forbigående erytem og ødem etter behandlingen, foruten

risiko for postinflammatoriske pigmentforandringer (2). Slik laserbehandling med oftest støttestøtte er ikke tilgjengelig på denne indikasjonen i Norge.

Oppsummering

Keratosis pilaris er svært vanlig. Mange pasienter vil ha nytte av regelmessig smøring med fuktighetskremer og keratolytiske mid-

ler. Ved særlig skjemmende tilfeller har laserbehandling og topikal behandling med sirolimus vist lovende resultater.

De avbildede personene har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 12.8.2022, første revisjon innsendt 19.10.2022, godkjent 28.11.2022.

JAKOB LILLEMOEN DRIVENES

er lege i spesialisering del 1.

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

ILEANA CODRUTA VASILESCU

er spesialist i dermatopatologi og overlege.

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

ANETTE BYGUM

arbeider i spesialistpraksis og er professor i hud- og veneriske sykdommer.

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

LITTERATUR

- Wang JF, Orlov SJ. Keratosis Pilaris and its Subtypes: Associations, New Molecular and Pharmacologic Etiologies, and Therapeutic Options. *Am J Clin Dermatol* 2018; 19: 733–57.
- Maghfour J, Ly S, Haidari W et al. Treatment of keratosis pilaris and its variants: a systematic review. *J Dermatolog Treat* 2022; 33: 1231–42.
- Sandilands A, O'Regan GM, Liao H et al. Prevalent and rare mutations in the gene encoding filaggrin cause ichthyosis vulgaris and predispose individuals to atopic dermatitis. *J Invest Dermatol* 2006; 126: 1770–5.
- Pennycook KB, McCready TA. Keratosis Pilaris. I: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Lest 23.7.2022.
- Fenner J, Silverberg NB. Skin diseases associated with atopic dermatitis. *Clin Dermatol* 2018; 36: 631–40.
- Poskitt L, Wilkinson JD. Natural history of keratosis pilaris. *Br J Dermatol* 1994; 130: 711–3.
- Gruber R, Sugarman JL, Crumrine D et al. Sebaceous gland, hair shaft, and epidermal barrier abnormalities in keratosis pilaris with and without filaggrin deficiency. *Am J Pathol* 2015; 185: 1012–21.
- Marqueling AL, Gilliam AE, Prendiville J et al. Keratosis pilaris rubra: a common but underrecognized condition. *Arch Dermatol* 2006; 142: 1611–6.
- Siegel DH, McKenzie J, Frieden IJ et al. Dermatological findings in 61 mutation-positive individuals with cardiofaciocutaneous syndrome. *Br J Dermatol* 2011; 164: 521–9.
- Guidry JA, Rees A, Chan AJ et al. Ulerythema ophryogenes and Noonan syndrome. *Dermatol Online J* 2013; 19: 14.
- Reddy S, Brahmabhatt H. A Narrative Review on the Role of Acids, Steroids, and Kinase Inhibitors in the Treatment of Keratosis Pilaris. *Cureus* 2021; 13: e18917.
- Eckburg A, Kazemi T, Maguiness S. Keratosis pilaris rubra successfully treated with topical sirolimus: Report of a case and review of the literature. *Pediatr Dermatol* 2022; 39: 429–31.
- Tiedemann Svendsen M, Bygum A, Hansen LK et al. Faciale angiofibromer ved tuberøs sklerose behandlet med sirolimussalve. *Ugeskr Laeger* 2013; 175: 2569–70.
- Dodds M, Tollefson M, Castelo-Soccio L et al. Treatment of superficial vascular anomalies with topical sirolimus: A multicenter case series. *Pediatr Dermatol* 2020; 37: 272–7.
- Kechichian E, Jabbour S, El Hachem L et al. Light and Laser Treatments for Keratosis Pilaris: A Systematic Review. *Dermatol Surg* 2020; 46: 1397–402.

INGUNN KRISTOFFERSEN

Kvinneklivnikken
Sykehuset Østfold Kalnes

KARI HOLTE

Barne- og ungdomsklinikk
Sykehuset Østfold Kalnes

LARS PRAG ANTONSEN

Anestesiavdelingen
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
Avdeling for anestesi
Sykehuset Østfold Kalnes

AI PHI THUY HO

Hjertemedisinsk avdeling
Akershus universitetssykehus

LINE NORMAN KVENSCHAGEN

Barne- og ungdomsklinikk
Sykehuset Østfold Kalnes

VILDE VICTORIA LØGAVLEN

Oslo universitetssykehus, Ullevål sykehus
Sykehuset Østfold Kalnes

PRABHU MURUGAIAH

Urologisk avdeling
Sykehuset Østfold

EIRIK TJØNNFJORD

Tromboseklinikken
Akuttmedisinsk avdeling
Sykehuset Østfold Kalnes

Avdeling for blodsykdommer
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

MAGDALENA R. VÆRNESBRANDEN

magvae@so-hf.no
Kvinneklivnikken
Sykehuset Østfold Kalnes

En gravid kvinne i 30-årene med magesmerter, kramper og blødningssjokk

En gravid kvinne ved termin ble innlagt akutt med magesmerter, generaliserte kramper og blødningssjokk. Fem dager tidligere var hun til poliklinisk kontroll med god allmenntilstand, normalt blodtrykk og normal fosterlyd.

En kvinne i 30-årene kontaktet vakthavende jordmor på grunn av kvalme, oppkast og smerter under høyre kostalbue. Hun var førstegangsgavid i svangerskapsuke 37+6 og hadde kjent liv tidligere på dagen. Det ble avtalt at hun skulle komme til undersøkelse. Seks minutter senere informerte AMK-sentralen jordmor om at pasientens ektemann hadde ringt og sagt at pasienten hadde kramper.

Symptomene kunne gi mistanke om preeklampsi, og kramper hos en høygravid kvinne er eklampsi inntil det motsatte er bevist. Preeklampsi er definert som nyoppstått hypertensjon (blodtrykk ≥ 140 mmHg systolisk eller ≥ 90 mmHg diastolisk) etter svangerskapsuke 20, og minst ett annet nyoppstått tegn på maternell eller placentær organaffeksjon. Symptomer og tegn inkluderer proteinuri, forhøyede levertransaminasenivåer, epigastriesmerter, hodepine, synsforstyrrelser, hematologiske forstyrrelser og føtal veksthemming. Eklampsi er generaliserte kramper som opptrer i løpet av svangerskap, fødsel eller de første syv dagene etter fødsel, med samtidig preeklampsi eller svangerskapshypertensjon uten andre nevrologiske årsaker (1, 2).

Pasienten hadde eklampsi, men ved kontroll i svangerskapsuke 37+1, fem dager tidligere, hadde

det ikke blitt tatt mistanke om preeklampsi. Blodtrykket var da normalt (128/79 mmHg). Fosteret var noe mindre enn gjennomsnittet (-13%), og det ble avtalt ny tilvekstkontroll 14 dager senere. Urinprøve ble ikke tatt. Etter kontrollen hadde pasienten fått milde symptomer med korsryggsmerter, stram mage og ubehag ved dyp inspirasjon. Dagen før innleggelsen hadde hun kontaktet fødeavdelingen på grunn av kvalme og oppkast. Hun kjente da godt med liv, og jordmor fant ikke indikasjon for ny kontroll. Pasienten hadde normalt hemoglobinnivå i første trimester på 13,5 g/dL (referanseområde 11,7–15,3) samt normal rutineultrafild ved svangerskapsuke 17+6.

Etter 20 minutter, på vei til sykehuset, meldte AMK-sentralen at pasienten var blek og klam med puls 140 slag/min. Oksygenmetning og blodtrykk var vanskelig å måle og radialispuls ikke palpabel. Første registrerte systoliske blodtrykk i ambulansen var 88 mmHg, fallende til 44 mmHg rett før ankomst til sykehuset. I ambulansejournal er

det notert at pasienten var vekkbare. Det ble ikke observert urinavgang eller ytre skader.

Cirka 45 minutter etter første telefon ankom pasienten akuttmottaket og ble tatt imot av medisinsk akutteam bestående av gynekologer, jordmødre, anestesipersonell og indremedisinere. Hun hadde våknet til og svarte med korte setninger. GCS-skår (Glasgow coma scale) var på 14. Hun var kald, klam og grå i huden, og hadde rask respirasjon, oksygenmetning 99 % uten oksygentilførsel, puls 160 slag/min og blodtrykk målt med arteriekanyler 60/40 mmHg. Det var ingen synlig vaginalblødning. Abdominal ultralydundersøkelse i stabilt sideleie ble rettet mot fosterets status og viste ingen hjerteaksjon. Seks minutter etter ankomst ble kvinnen trillet til operasjonsstuen på ambulansébåren. Gynekolog informerte vakthavende barnelege.

Nedsatt bevissthet, høy puls, lavt blodtrykk og klam hud er kliniske tegn på blødningssjokk. Vi valgte å ikke utføre en standard abdominal ultralydundersøkelse etter traumeprotokoll (*focused assessment with sonography for trauma*, FAST), fordi pasienten var hemodynamisk ustabil, og vi mistenkte obstetrisk årsak til blødning. Hos en gravid vil blødningssjokk oftest skyldes for tidlig løsning av morkaken (*abruptio placentae*), forliggende morkake som dekker indre mormunn (*placenta previa*), eller fosterhinner med store blodkar (*vasa previa*) (3, 4). Vaginalblødning og magesmerter er de vanligste symptomene.

Pasienten ble lagt i narkose med ketamin og sukсамetonium, intubert ukomplisert og dekket sterilt uten abdominalvask. Blodtransfusjon ble startet. Lavt tverrsnitt i hud ble anlagt og peritoneum spaltet. Det tømte seg store mengder blod. Uterotomi ble utført. Foster vannet var normalt.

15 minutter etter ankomst til akuttmottaket ble et livløst barn født, avnavlet og tatt ut til ventende barneleger. Placenta var makroskopisk normal, men senere histologisk undersøkelse viste vekt på 25-prosentilen for gestasjonsalder og sparsomme sykelige forandringer. Uterotomien ble lukket i to lag. Blødningsfokus i det lille bekkenet ble ikke funnet, og buken ble pakket. Pasienten var vedvarende hypotensiv (cirka 90/40 mmHg) og takykard (cirka 110 slag/min). Da kompresser i øvre abdomen ble fjernet, fyltes buken med blod igjen. Buken ble pakket på ny, det ble gjort midtlinjeincisjon for bedre tilgang, og man fant blødning fra Morrisons lomme mellom lever og høyre nyre.

Vakthavende gastrokirurg ble tilkalt, incisionen utvidet, og to overfladiske leverlaserasjoner på

henholdsvis $2,5 \times 1$ cm og $10 \times 1,5$ cm i leversegment 5 og 6/7 ble avdekket. Områdene sivblødde uten at man fant definerte kar som kunne omstikkes. Primær blødningskontroll ble oppnådd ved kompresjon av lever og målrettet pakking med kompresser. Hemostase ble oppnådd ved hjelp av kollagenmatter (TachoSil), og det ble anlagt abdominal vakuumpakking (vacuum-assisted closure, VAC) som temporær lukning av buken.

Svar på blodprøver tatt ved ankomst til sykehuset kom peroperativt og viste hemoglobin 11,6 g/dL, trombocytter 20×10^9 /L ($150\text{--}450 \times 10^9$), haptoglobin 0,1 g/L (0,4–1,9), bilirubin 62 μ mol/L (5–25), aspartataminotransferase (ASAT) 509 U/L (15–35), alaninaminotransferase (ALAT) 714 U/L (< 5) og D-dimer 20 mg/L FEU (< 0,5). Dette bekreftet mistanken om HELLP-syndrom.

HELLP-syndrom (*haemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count*) innebærer hemolyse, økte leverenzymnivåer og lavt blodplate-tall. Tilstanden er assosiert med preeklamsi og påvises ved lavt haptoglobinnivå i serum (< 0,1 g/L), eventuelt forhøyede nivåer av laktatdehydrogenase og/eller bilirubin, og forhøyede nivåer av levertransaminaser samt lave trombocytter (< 100×10^9 /L) (figur 1). Syndromet er uforutsigbart og kan forverres raskt (1, 2).

Da leverblødningen var under kontroll, stabiliserte pasientens tilstand seg. Hun ble overflyttet intubert til intensivavdelingen. Postoperativt hemoglobinnivå var rundt 11 g/dL, EKG viste sinusrytme, puls var på 90 slag/min og middelblodtrykk > 65 mmHg. Total blødning ble estimert til 3,3 L. Peroperativt ble hun transfundert med 6 erytrocytt- (SAG), 4 plasma- og 2 trombocyttkonsentrater, og fikk i tillegg følgende intravenøst: traneksamsyre 1 g, kalsium 5 mmol, oksytocin (Syntocinon) 10 IE, metronidazol 1,5 g og cefuroksim 1,5 g.

Etter halvannet døgn ble pasienten tatt inn til planlagt reoperasjon. Det var mindre mengder blod i buken, og leveren var uttalt ødematøs. Kollagenmattene var intakte, men på grunn av ødemet var laserasjonene økt i størrelse til $11 \times 3,5$ cm og 2×4 cm. Det var venøse sivblødninger der laserasjonene ikke var dekket med hemostaseprodukter. Blødningskontroll ble oppnådd med nye kollagenmatter, og ny abdominal vakuumpakking ble anlagt.

Ved ny reoperasjon etter ytterligere to døgn var det ingen blødning og mindre ødematøs lever. Buken ble lukket og abdominale dren anlagt. Lavmolekylært heparin 5 000 IE $\times$ 1 subkutant ble innsatt som tromboseprofylakse. Etter seks dager

på intensivavdeling ble pasienten flyttet til barselavdelingen i fin form med blodprøver i bedring: hemoglobin 10,9 g/dL, trombocytter 194×10^9 /L, haptoglobin 1,4 g/L, bilirubin 17 μ mol/L, ASAT 60 U/L og ALAT 190 U/L.

Nyresvikt, lungeødem, koagulasjonsforstyrrelser, placentalskade, eklamsi og hjerne-skade samt nekrose, ruptur og blødning i lever er blant de mest alvorlige komplikasjonene til HELLP-syndrom (2, 5). Ruptur av subkapsulært leverhematom oppstår hos 1–2 % av pasientene (6). Spontan leverruptur er ekstremt uvanlig. Symptomene kan være epigastriesmerter, smerter i høyre skulder, kvalme, oppkast og tungpustethet. Insidens av ruptur subkapsulært leverhematom varierer fra 1 per 40 000 til 1 per 250 000 graviditeter (6). I dette tilfellet mistenkte vi traumatisk leverlaserasjon forårsaket av episoden med kramper. Blødende leverlesjoner kan behandles med flere metoder. Vi brukte kollagenmatter som vi la direkte på lever. De inneholder humant fibrinogen og humant trombin og fungerer ved å lime vevet.

Haptoglobinnivået normaliserte seg den første uken, men falt plutselig til < 0,1 g/L ni dager etter innleggelsen. Trombocytter var 216×10^9 /L og D-dimer > 20,0 mg/L FEU. Øvrige koagulasjonsprøver var normale. Pasienten hadde på dette tidspunktet ingen subjektive symptomer, men hematologene stusset på det brå fallet i haptoglobinnivå og rekvirerte CT-undersøkelse av thorax, abdomen og bekken. Undersøkelsen påviste en stor lungeembolus (sadelembolus). Dosen av lavmolekylært heparin ble økt til 10 000 IE $\times$ 2 subkutant. Pasienten var symptomfri og mobilisert på sengepost. Hun ble utskrevet etter totalt tre uker på sykehus.

Fem dager senere tok kvinnen kontakt igjen grunnet smerter i abdomen og thorax. Det var reduserte respirasjonslyder over høyre lunge, pulsen var 130 slag/min og blodtrykket 122/85 mmHg. Røntgen thorax viste rikelig høyresidig pleuravæske. Hun ble innlagt på lungeavdelingen, fikk drenert cirka 2 000 mL mørkt blod, og ble skrevet ut igjen etter tre døgn.

Risikoen for venøse emboluser er økt ved alvorlig sykdom og immobilisering. Det er estimert at over halvparten av intensivpasienter har risiko for å utvikle venøs tromboembolisme (7). Lungeembolusen og pleurablødningen hos vår pasient ble trolig utløst av en kombinasjon av koagulasjonsforstyrrelser på bakgrunn av HELLP-syndrom og trombogen

tilstand som følge av akutt operasjon og alvorlig sykdom.

Tromboseprofylakse med lavmolekylært heparin er anbefalt etter keisersnitt samt til kritisk syke pasienter (2). Ved pågående blødning eller høy blødningsrisiko anbefales det imidlertid å vente med oppstart av behandling med lavmolekylært heparin til faren avtar. Hos denne pasienten ble blødningsfaren vurdert som stor, med lave trombocyttnivåer og laserasjoner på lever. Blødningsrisikoen var årsaken til at vi valgte å avvende oppstart av tromboseprofylakse til etter den tredje operasjonen, når man var sikker på at det ikke lenger blødde fra leverlaserasjonene. Pasienten fikk mekanisk tromboseprofylakse med høye støttestrømper. At hun utviklet både lungeembolisme og hemothorax, illustrerer at det er vanskelig å balansere risiko for trombose og blødning hos en kritisk syk pasient med HELLP-syndrom.

Ved etterkontroll hos hematolog seks uker postoperativt var pasienten uten symptomer. Hun ble satt på apiksaban 5 mg $\times$ 2 peroralt i seks måneder og fikk anbefaling om tromboseprofylakse i risikosituasjoner som ny graviditet. Ved seks måneders kontroll var hun fortsatt symptomfri. Alle trombofiliprøver var normale.

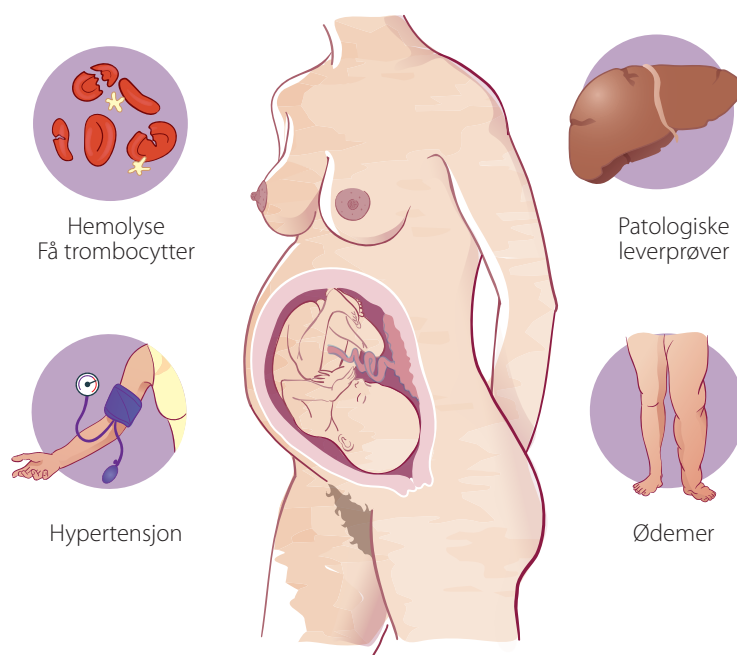
Barnet

Barnet, en gutt med fødselsvekt 2 900 gram, ble brakt til asfyksirom utenfor operasjonsstuen. Siden mors tilstand hadde fallert så raskt, besluttet barnelegene å forsøke gjenoppliving, tross opplysningen om at han hadde vært uten hjerteaksjon i minst ti minutter. Han ble intubert umiddelbart. Hjertekompresjon ble startet etter rundt ett minutt med ventilasjoner uten hørbar hjerteaksjon. Fargen bedret seg fra hvit til blålig rosa. Pulsoksymeteret viste kompresjonssynkron kurve med SpO₂ 80–95 % fra rundt fem minutters alder. Etter syv minutter fikk barnet hørbar hjerteaksjon på omkring 50 slag/min. Den steg til rundt 140 slag/min gjentatte ganger, men falt igjen slik at hjertekompresjonene måtte gjenopptas etter korte pauser. Han fikk vedvarende spontan hjerteaksjon over 100 slag/min fra rundt 30 minutters alder. Fem doser à 0,5 mL katastrofeadrenalin 0,1 mg/mL, 73 mL isotont saltvann, 45 mL katastrofeblod og 10 mL glukose 100 mg/mL ble gitt i navlevene under gjenopplivingen.

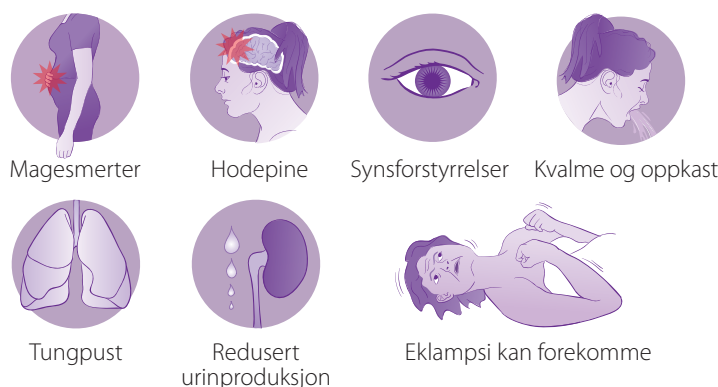
Apgarskår ble satt til 0-1-2, ett poeng for farge ved fem minutter, og ett for farge og ett for hjerte-

aksjon ved ti minutter. Arterielle navlesnorsblodprøver viste pH 6,63, pCO₂ 18,8 kPa, pO₂ 2,24 kPa, baseoverskudd (BE) –22,8 mmol/L, glukose 0,82 mmol/L og hemoglobin 15,6 g/dL. Laktatverdi var ikke målbar. Ved 90 minutters alder var pH 6,72, pCO₂ 6,88 kPa, pO₂ 10,8 kPa, BE –29,7 mmol/L, hemoglobin 19,2 g/dL, glukose 9,5 mmol/L og laktat 16 mmol/L.

HELLP-syndrom



Andre symptomer



Figur 1 Symptomer ved HELLP-syndrom. Alle symptomene er ikke nødvendigvis til stede, og symptomene opptrer heller ikke alltid samtidig. Preeklamsi kan være assosiert med HELLP-syndrom, og eklamsi kan være en alvorlig komplikasjon. Illustrasjon: Jeanette Engqvist / Illumedic, basert på en idé og skisse av Ai Phi Thuy Ho.

Barnet ble overflyttet til universitetssykehus for hypotermibehandling på grunn av alvorlig perinatal asfyksi, men viste dessverre ingen tegn til våkenhet. Pupillene var lysstive og dilaterte, EEG var flatt og han utviklet multiorgansvikt. Etter halvannet døgn med kjøling ble det besluttet å avslutte videre behandling. Moren lå på dette tidspunktet fortsatt intubert på intensivavdeling

mellom første og andre reoperasjon, og faren ønsket ikke å reise fra henne. Anestesilegene vurderte at hun var tilstrekkelig stabil til at det var forsvarlig å vekke henne. For at foreldrene skulle få se og ta farvel med gutten, valgte vi å hente ham tilbake til lokalsykehuset før respiratorbehandling og vasoaktiv støtte ble stoppet.

Diskusjon

I denne kasuistikken beskriver vi en pasient som utviklet alvorlige komplikasjoner til HELLP-syndrom. Symptomene tilkom akutt, og tilstanden forverret seg svært raskt. Mors liv ble reddet, men barnet døde.

Fra 1996 til 2014 døde 16 kvinner i Norge av hypertensive sykdommer i svangerskapet (8), mellom 2012 og 2018 bare én. Internasjonalt er tallene høyere (9, 10), og mødredødelighet ved HELLP-syndrom er opptil 25 % (1). En viktig årsak til lav mortalitet i Norge er god og rask tilgang til helsehjelp (11). Dette sier noe om behovet for å opprettholde høy årvåkenhet for symptomer og tegn og rask behandling ved mistanke om HELLP-syndrom.

Hurtig varsling og god kommunikasjon i hele den akuttmedisinske kjeden var essensielt for at pasienten overlevde denne dramatiske hendelsen. Det tok kort tid fra hun ankom sykehuset til keisersnitt ble utført. Tross godt samarbeid og rask håndtering døde barnet, og moren fikk alvorlige komplikasjoner.

Vår pasient var tidligere frisk. Hun hadde vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten første gang fem dager før hendelsen, uten at det ble avdekket symptomer på preeklampsi

eller HELLP-syndrom. Dessverre ble det ikke tatt urinprøve. Påvisning av proteinuri kunne ha utløst blodprøver og tidligere kontroll. Hvis tegn på begynnende HELLP-syndrom hadde blitt oppdaget, er det sannsynlig at kvinnen ville blitt bedt om å komme til sykehuset for undersøkelse da hun meldte om kvalme og oppkast dagen før innleggelse, og den akutte hendelsen kunne muligens vært unngått. Sparsomme histologiske forandringer i placenta passer imidlertid best med at situasjonen oppstod svært akutt. Kasuistikken kan uansett tjene som en påminnelse om å sjekke for proteinuri som anbefalt ved svangerskapskontroller.

Risikoen for HELLP-syndrom er 10–40 % forhøyet i et nytt svangerskap (1, 2, 12). Vår pasient har blitt anbefalt å vente i minst et år grunnet de alvorlige komplikasjonene. Blir hun blir gravid igjen, skal hun følges nøye poliklinisk og få profylaktisk behandling med lavmolekylært heparin og acetylsalisylsyre under graviditeten og lavmolekylært heparin i minst seks uker etter fødsel.

I Norge dør svært få barn som følge av hypertensive svangerskaps sykdommer. Internasjonalt er estimert fostermortalitet ved HELLP-syndrom 6–37 % (1, 13). De fleste dødsfallene skyldes for tidlig løsning av placenta, foster-asyksi eller prematuritet. I vårt tilfelle døde barnet av asfyksi grunnet maternelt blødningssjokk. Nyfødte har en bemerkelsesverdig toleranse for hypoksi (14). Grad av metabolsk acidose i navlearterielt blod gir en indikasjon om prognose. Ved baseoverskudd (BE) på under –16 mmol/L vil 40 % av nyfødte utvikle moderate til alvorlige komplikasjoner (15). Navlearteriell BE-verdi hos barnet i denne kasuistikken var –22.8 mmol/L og apgarskår

0-1-2, som indikerer stor sannsynlighet for alvorlig hjerneskade. Man kan sette spørsmålstegn ved om det var rett å fortsette gjenopplivingen så lenge som vi gjorde. Tegn til respons i form av rosa farge, god oksygenmetning og hjerteaksjon medvirket til at vi fant det vanskelig å avslutte. I etterpåklokskapens lys ville det kanskje vært rimelig å avstå fra videre behandling når barnet ikke hadde fått vedvarende spontan hjerteaksjon over 100 slag/min ved 20 minutters alder.

Beslutningen om å hente barnet intubert tilbake til lokalsykehuset etter at det var bestemt å avslutte behandling, og å vekke mors hun hadde pakket buk for å ta farvel med gutten, ble grundig diskutert i kollegiet. Å fortsette hensiktsløs intensivbehandling av barnet ble ansett som uetisk. Samtidig var mor potensielt blodtrykkslabil med risiko for reblødning. Litteraturen tyder på at å være til stede når barnet dør, kan bidra til å lette sorgprosessen for foreldrene (16). Vanskelige beslutninger må løses i felleskap og kan kreve utradisjonelle løsninger. Pasienten og ekte mannen er takknemlige for at de fikk se og ta farvel med gutten sin.

Pasienten og barnets far har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 3.4.2022, første revisjon innsendt 30.10.2022, godkjent 13.2.2023.

INGUNN KRISTOFFERSEN

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

KARI HOLTE

er ph.d., spesialist i barnesykdommer og overlege.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LARS PRAG ANTONSEN

er spesialist i anestesilogi, overlege og ph.d.-stipendiat.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

AI PHI THUY HO

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

LINE NORMAN KVENSCHAGEN

er spesialist i barnesykdommer, overlege og ph.d.-stipendiat.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

VILDE VICTORIA LØGAVLEN

er lege i spesialisering i generell kirurgi og gastroenterologisk kirurgi.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

PRABHU MURUGAIAH

er spesialist i generell kirurgi og overlege.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

EIRIK TJØNNFJORD

er overlege, forsker og studieansvarlig.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MAGDALENA R. VÆRNESBRANDEN

er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, overlege og ph.d.-stipendiat.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Haram K, Bjørge L, Guttu K. HELLP-syndromet. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1433–6.
- 2 Staff A, Kvie A, Langesæter E et al. Hypertensive svangerskapskomplikasjoner og eklampsi. Lest 16.12.2021.
- 3 Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. Obstet Gynecol 2006; 107: 927–41.
- 4 Staff A, Holme AM, Turowski G et al. Placenta. Lest 16.12.2021.
- 5 Kaltofen T, Grabmeier J, Weissenbacher T et al. Liver rupture in a 28-year-old primigravida with superimposed pre-eclampsia and hemolysis, elevated liver enzyme levels, and low platelet count syndrome. J Obstet Gynaecol Res 2019; 45: 1066–70.
- 6 Kanonge TI, Chamunyonga F, Zakazaka N et al. Hepatic rupture from haematomas in patients with pre-eclampsia/eclampsia: a case series. Pan Afr Med J 2018; 31: 86.
- 7 Anderson FA Jr, Zayaruzny M, Heit JA et al. Estimated annual numbers of US acute-care hospital patients at risk for venous thromboembolism. Am J Hematol 2007; 82: 777–82.
- 8 Nyfløt LT, Ellingsen L, Yli BM et al. Maternal deaths from hypertensive disorders: lessons learnt. Acta Obstet Gynecol Scand 2018; 97: 976–87.
- 9 Nyfløt LT, Ellingsen L, Vangen S. Hvorfor dør kvinner av graviditet i Norge i dag? Lest 13.2.2023.
- 10 Jentoft S, Nielsen VO, Roll-Hansen D. Hvor mange kvinner dør i svangerskapet? Samfunnspeilet 2.5.2011. Lest 13.2.2023.
- 11 Engjom HM, Morken NH, Høydahl E et al. Risk of eclampsia or HELLP-syndrome by institution availability and place of delivery - A population-based cohort study. Pregnancy Hypertens 2018; 14: 1–8.
- 12 Skjaerven R, Wilcox AJ, Lie RT. The interval between pregnancies and the risk of preeclampsia. N Engl J Med 2002; 346: 33–8.
- 13 Haavaldsen C, Strøm-Roum EM, Eskild A. Temporal changes in fetal death risk in pregnancies with preeclampsia: Does offspring birthweight matter? A population study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X 2019; 2: 100009.
- 14 Rainaldi MA, Perlman JM. Pathophysiology of Birth Asphyxia. Clin Perinatol 2016; 43: 409–22.
- 15 ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 348, November 2006: Umbilical cord blood gas and acid-base analysis. Obstet Gynecol 2006; 108: 1319–22.
- 16 Brosig CL, Pierucci RL, Kupst MJ et al. Infant end-of-life care: the parents' perspective. J Perinatol 2007; 27: 510–6.



Send oss videoer!

LEVENDE BILDER
BERIKER FORMIDLINGEN

Tidsskriftet vil gjerne ha flere artikler med tilhørende videoer.

Vi bistår med tilrettelegging for publisering.

Videoer kan sendes inn sammen med manuskriptet.

Pagets sykdom i brystvorten

Pagets sykdom betegner en hudforandring i brystvorten som skyldes et underliggende karsinom. Ved ensidig eksematøst utslett i mamilla bør man mistenke sykdommen og ta en enkel stansebiopsi.

En kvinne i slutten av 60-årene hadde observert utslett rundt venstre mamilla i ca. 18 måneder og tatt det opp med flere leger, uten at noen hadde mistenkt annet enn eksem. Behandling med lokale steroider hadde ikke hatt effekt, og utslettet økte sakte i diameter. Hun ble henvist til ultralydundersøkelse og mammografi, begge med negative funn. Pasienten ble overrasket over at legene ved brystdiagnostisk senter ikke tok fatt i utslettet og kontaktet selv hudlege.

Ved undersøkelse hos hudlege ble det funnet et ensidig erytematøst, småpapuløst, lett skjellende utslett i areola og ut mot kanten av mamilla (figur 1). Hudlegen mistenkte Pagets sykdom i brystvorten. Det ble derfor tatt to

stansebiopsier til histopatologisk undersøkelse. Begge viste hud med atypiske celler i epidermis, forenlig med Pagets sykdom i brystet.

Pasienten ble henvist til en kreftavdeling for utredning og behandling. Hele det klinisk affiserte området ble fjernet, og det ble påvist et underliggende fokalt område på 8 mm i diameter, histologisk klassifisert som intraduktalt karsinom in situ grad 3. Tilstrekkelige frie reseksjonsrender ble først oppnådd etter tre operasjoner. Infiltrerende tumor ble ikke påvist. Pasienten er nå fulgt opp i mer enn ett år, og det har ikke vært tegn til spredning.

Diskusjon

Pagets sykdom i brystvorten står for kun 1–3 % av alle diagnostiserte tilfeller av kreft i brystet og forekommer hyppigst hos kvinner over 50 år (1). Tilstanden må ikke forveksles med brennsteins sykdom osteitis deformans, som også er kjent under navnet Pagets sykdom.

Det typiske forløpet starter med utslett som sprer seg sakte utover i mamillaområdet, av og til med retraksjon av mamilla. Utslettet

kan fremstå som eksematøst med væsning, vesikkeldannelse og flassing og kan gi kløe, smerte og svie. Slike kliniske funn i brystvorteområdet kan være uttrykk for underliggende in situ-karsinom eller invasiv brystkreft, ofte uten funn ved palpasjon, ultralyd eller mammografi (2).

Pagets sykdom i brystvorten må mistenkes ved ensidig utslett eller andre eksemplignende forandringer i eller rundt mamilla. Diagnosen kan bekreftes ved histopatologisk undersøkelse av en 3–4 mm bred stansebiopsi fra det



Figur 1 Ensidig eksemplignende utslett i areola og mamilla.

inflammerte området. Palpering av lymfeknuter i aksille og rundt clavicula bør også utføres. Aktuelle differensialdiagnoser er – foruten ulike former for dermatitt – psoriasis, basalcellekarsinom, invasivt plateepitelkarcinom, plateepitelkarsinom in situ (Bowens sykdom) og superfisielt spredende melanom.

Ved histologi sees typiske Paget-celler i epidermis, dvs. store celler med klart cytoplasma

og eksentrisk, hyperkromatisk kjerne. Ved mistanke om melanom kan det gjøres en immunhistokjemisk undersøkelse. Mammografi, og eventuelt MR, er viktig for å avdekke underliggende brystkreft. Behandlingen er kirurgi og annen onkologisk behandling avhengig av omfanget av den underliggende kreftsykdommen.

Hos vår pasient var det hennes egen uro

som førte til at det ble tatt biopsi, og det gikk 18 måneder før sykdommen ble diagnostisert. Forsinket diagnose kan gi prognosetap.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 27.5.2022, første revisjon innsendt 10.9.2022, godkjent 5.12.2022.

CLAUS LÜTZOW-HOLM

er spesialist i hud- og veneriske sykdommer, med spesiell interesse for atopisk dermatitt, hudkreft og fagformidling, og arbeider i avtalepraksis i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Waldman RA, Finch J, Grant-Kels JM et al. Skin diseases of the breast and nipple: Benign and malignant tumors. *J Am Acad Dermatol* 2019; 80: 1467–81.
- 2 Chen CY, Sun LM, Anderson BO. Paget disease of the breast: changing patterns of incidence, clinical presentation, and treatment in the U.S. *Cancer* 2006; 107: 1448–58.



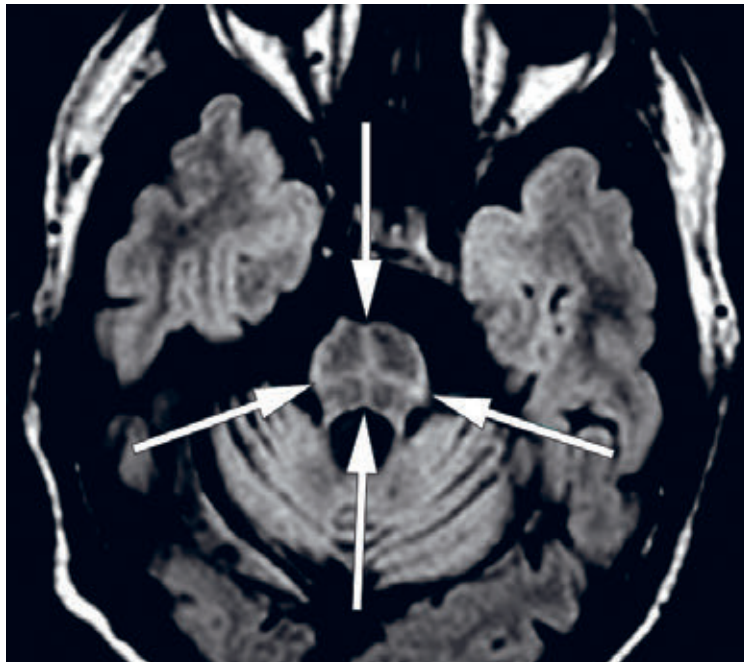
Skal du sende inn et manuskript til Tidsskriftet?

DET GLEDER VI OSS TIL Å MOTTA

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

Hjerne med kors



Transversalt MR-bilde med FLAIR-sekvens viser, i tillegg til generell cerebellar atrofi, et korsformet hyperintens signal i pons, såkalt korsbolle-tegn (på engelsk: *hot cross bun sign*).

Pasienten er en mann i 50-årene som ble utredet for progredierende gangforstyrrelse og styringsvansker i armene over ca. to år. Ved klinisk undersøkelse hadde han bilateral dysmetri ved finger-nese-prøve, bradykinesi og nedsatt finmotorikk i begge overekstremiteter samt bilateral dysdiadokokinesi. Gangen var bredbasert og ataktisk med små skritt og falltendens. Pasienten hadde også tegn til ortostatisme med svimmelhet ved rask posisjonsendring fra sittende til stående. Senere i forløpet utviklet han dysartri.

Som ledd i utredningen ble det tatt MR caput, som viste korsformet hyperintens signal i pons, patologisk signal i de midtre cerebellare pedunkler og generell cerebellar atrofi. Supplerende PET-undersøkelser med FDG (2-[¹⁸F]fluoro-2-deoksy-D-glukose) viste lavt opptak i cerebellum og pons. Dopamintransporterskanning viste normalt opptak i striatum. Basert på anamnese og bildediagnostiske og kliniske funn fikk pasienten diagnosen multisystematrofi, cerebellar variant.

Multisystematrofi er en sjelden og alvorlig neurodegenerativ lidelse med ukjent årsak. Tilstanden gir som regel progredierende autonom dysfunksjon som blæreforstyrrelse, erek-

sjonssvikt eller ortostatisme. I tillegg har pasientene gjerne symmetrisk parkinsonisme med stivhet og bradykinesi eller lillehjerne-symptomer med koordinasjonssvikt og gangvansker (1). Det finnes ingen kurativ behandling, og halvparten av pasientene blir pleie-trengende i løpet av seks til ni år (1).

Korsbolletegn refererer til et karakteristisk korsformet hyperintens signal i pons på transversale MR-bilder med T2-vekting eller FLAIR-sekvens (*fluid-attenuated inversion recovery*). Navnet kommer fra et bakverk som på norsk kalles korsbolle (eng. *hot cross bun*). Man antar at funnet skyldes selektivt tap av transversale pontocerebellare fibre og pontine nevroner, med utsparing av pontine tegmentum og kortikospinale baner (2). Hos mer enn 60 % av pasientene med multisystematrofi av cerebellar variant ses dette MR-funnet innen to år etter symptomdebut (1). Tidligere har man ment at korsbolletegn har vært patognomonisk for multisystematrofi, men funnet kan også foreligge ved andre neurodegenerative sykdommer som arvelig cerebellar ataksi og demens med lewylegemer (3), og ved visse metabolske og inflammatoriske tilstander (4).

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 27.4.2022, første revisjon innsendt 11.11.2022, godkjent 15.12.2022.

LINH TRAN

linhtmytran@gmail.com
er spesialist i radiologi.
Vestre Viken, Drammen sykehus

TUBA AHMAD

er lege i spesialisering i nevrologi.
Vestre Viken, Drammen sykehus

ANNIKEN HASLUND

er spesialist i radiologi og seksjonsoverlege.
Vestre Viken, Drammen sykehus

PHUOC NGOC THI NGUYEN

er lege i spesialisering i nevrologi.
Sykehuset Østfold Kalnes

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

LITTERATUR

- 1 Watanabe H, Riku Y, Hara K et al. Clinical and Imaging Features of Multiple System Atrophy: Challenges for an Early and Clinically Definitive Diagnosis. *J Mov Disord* 2018; 11: 107–20.
- 2 Gulati A, Virmani V, Singh P et al. The hot cross bun sign. *Neurol India* 2009; 57: 104–5.
- 3 Way C, Pettersson D, Hiller A. The 'Hot Cross Bun' Sign Is Not Always Multiple System Atrophy: Etiologies of 11 Cases. *J Mov Disord* 2019; 12: 27–30.
- 4 Zhu S, Li H, Deng B et al. Various Diseases and Clinical Heterogeneity Are Associated With «Hot Cross Bun». *Front Aging Neurosci* 2020; 12: 592212.

De fleste av FNs 17 bærekraftsmål berører menneskers levekår, utdanning og helse, og ifølge FNs klimapanel er behovet for omstilling og handling mer kritisk enn noensinne.

Frem mot FN-dagen 24. oktober 2023 inviterer vi derfor til å sende inn artikler, kronikker og debattartikler som dreier seg om ett eller flere av bærekraftsmålene.

Publikasjoner i Tidsskriftet om bærekraft samles på en egen temaside på tidsskriftet.no

Ny og viktig kunnskap om bærekraft og helse bør gjøres tilgjengelig internasjonalt, og Tidsskriftet vil bekoste engelsk oversettelse av vitenskapelige artikler om temaet innsendt innen 1. august 2023.

Artikler i Tidsskriftet er fritt tilgjengelige på tidsskriftet.no og indeksres i PubMed med engelsk sammendrag.

Finn forfatterveiledning og informasjon om innsending på tidsskriftet.no.

Ta kontakt på e-post redaksjonen@tidsskriftet.no eller telefon 23 10 90 00 dersom du har spørsmål.



Tidsskriftet
DEN NORSKE LEGEFORENING



**Tidsskriftet
ønsker bidrag
om bærekraft
og helse**

Langs nye legeveier

Anne Kristine Bergem er psykiater, men har nesten ikke sett pasienter siden 2012. I stedet har hun snakket om psykisk helse med utallige innfallsvinkler og til ulike målgrupper, skrevet bøker og dikt samt jobbet for og med de pårørende.

Det startet av alle ting med Anders Behring Breivik. Høsten 2012 var jeg avdelingsoverlege på sikkerhetsavdelingen på Dikemark. Jeg ble den som skulle fortelle Norge hva det vil si å bli dømt til psykisk helsevern. Alle var interessert i å forstå. Sjøførene fra kjørekontoret på Dikemark kjørte meg fra redaksjon til redaksjon. Kommunikasjonsmedarbeiderne på Oslo universitetssykehus ble viktige samarbeidspartnere. Å få være der ute likte jeg. Jeg har alltid likt å jobbe på tvers.

På nyhetssendingene hørte vi Anne Kristine Bergems stemme. Den snertne og fargerike psykiateren med korte mørke krøller og et rolig ansikt var stadig å se på TV-skjermen. Hun var engasjert, brukte folkelige ord og hadde en behagelig og

rolig stemme. Når vi nå møter henne hjemme i egen stue, er engasjementet der fortsatt. Hun er som alltid fargerik i klærne. De grå krøllene lar hun få flyte fritt. Huset er fylt med uttrykksfulle kunstverk på veggene, røde glass på hyllene og masse puter i sofaen.

Tidligere hadde hun over 100 reisedøgn, gullkort på SAS og platinakort på Thon hotell. Da holdt hun enda flere foredrag enn det hun gjør nå. Psykiateren som for tiden jobber som eneste lege på Pårørendesenteret, tar sitt omsorgsansvar på alvor. Hver eneste dag får foreldrene, som bor i etasjen over, servert middag. Det eldste barnet har flyttet ut, men fire katter og en hund samt mannen, som er president i Tannlegeforeningen, holder stand i huset rett ved Dikemark sykehus. Det var der faren var prest da Bergem vokste opp.

Ansvar og pågangsmot

– Hvordan var det å ta så mye ansvar for norsk sikkerhetspsykiatri så tidlig i karrieren?

– Jeg har alltid hatt lett for å ta ansvar. Som barn fortalte pappa om alle de vanskelige samtalene blant mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Han måtte ta alt som dukket opp. Det har også jeg gjort, godt hjulpet av gode veiledere underveis. Jeg ble faktisk konstituert overlege i psykiatri bare halvveis i utdanningsløpet.

Bergem har alltid vært opptatt av at leger må ta ansvar i alle deler av menneskers liv.

– Under turnustjenesten ble jeg betenkt da en kreftsyk kvinne fortalte at legen hadde skygget banen da livet hennes var i ferd med å ebbe ut. Legen kjente sikkert på maktesløshet i møtet med døden. Jeg snakket med den døende om det hun hadde behov





for, selv om jeg «bare» var turnuslegen. Det var ikke vanskelig.

Tidlig begynte Bergem å trekke pasientenes familie og pårørende inn i behandlingen, både for pasientens del og for familiens. Kollegaene på Dikemark ble overrasket da hun som underordnet lege foreslo å invitere både barna til den alvorlig syke pasienten og representanter fra barnevernet. Fellesmøtet ble holdt inne på den psykiatriske avdelingen.

– Jeg er sikker på at pasienten ble raskere bedre fordi vi sammen fant muligheter for å bevare relasjonen mellom mor og barn. Barna trengte også å se hvor moren oppholdt seg selv om hun var veldig syk, konkluderer Bergem.

Yrkeskarriere utenom det vanlige

Psykiaterens CV er lang og inneholder andre prosjekter og roller enn det som er vanlig for en lege. Hun har alltid hatt frivillige prosjekter og flere deltidsjobber samtidig. Bergem gjør opp status rundt arbeidslivet en gang i året. Hun har lett for å legge ting bak seg og lar seg like lett begeistre av nye oppgaver, akkurat slik som da hun sluttet på Dikemark. Da hadde hun ved siden av avdelingsoverlegejobben ferdigstilt en mastergrad på BI og vært i mediekjøret rundt Anders Behring Breivik i over ett år.

– Hvordan var det å være fagpersonen som svarte pressen?

– Jeg ble sliten av mediekjøret, selv om jeg var imponert over journalistene. De feilsiterte meg aldri. Riktignok skvatt jeg da Aftenposten dagen før dommen fylte førstesiden med et bilde av meg med overskriften «Dikemark kan nekte å behandle Breivik».

ANNE KRISTINE BERGEM

Født 1969 på Levanger

Cand.med., Universitetet i Oslo, 1997

Spesialist i psykiatri, 2006 (gruppeterapeut, 2008)

Overlege og avdelingsoverlege Regional Sikkerhetsavdeling, Helse Sør-Øst, 2006–12

Executive Master of Management, 2012

Fagrådgiver i Rådet for psykisk helse og BarnsBeste, 2013–17

Leder av Norsk psykiatrisk forening og Norsk forening for traumatologi, akutt- og katastrofemedisin, 2015–17

Universitetslektor og førstelektor i psykisk helsearbeid og paramedisin, OsloMet, 2018–22

Fagrådgiver ved Pårørendesenteret, 2021–d.d.

Spesialrådgiver i Norsk psykiatrisk forening, 2021–d.d.

Har forfattet syv bøker og hatt formidlingsoppgaver i ulike medier

Desken smurte tykt på, men journalisten hadde forstått meg riktig. Saken var at vi ville gjøre vår egen vurdering med tanke på diagnose og behandling hvis Breivik skulle bli vår pasient. En person som vurderes som ikke-psykotisk, vil naturlig nok ikke bli tvangsmedisinert med antipsykotika selv om sakkyndige i en rettssak har ment noe annet. Det skjønner vi leger, men det er ikke like opplagt for andre. Det var befriende å snakke om prinsipielle spørsmål og ikke om Breivik, som jeg aldri har møtt.

Bergem har aldri likt å se seg selv på skjermen, men ble likevel motivert til å fortsette med formidling og arbeid med fag og ikke minst pårørendearbeid. Ny jobb i Rådet for psykisk helse var perfekt for en ny retning. Men først ramlet hun over en annen mulighet.

Forfatter for flere barnefagbøker

– Som vanlig i mitt liv handler det om tilfældigheter. På en kongress ble jeg introdusert for en redaktør i Fagbokforlaget. Hun lurte på om jeg hadde en bokidé. Jeg avslørte drømmen om å skrive en bok for barn som pårørende. Raskt skrev jeg førsteutkastet til det som ble *Pappan min er syk i tankene sine*.

Boken inneholder et eget kapittel med informasjon til den voksne som skal lese høyt for barna – det være seg voksne familiemedlemmer eller barnehage- eller småskoleansatte. Det samme oppsettet brukte hun for den neste boken, *Da pappa fikk kreft*. Siden har hun skrevet om barn med foreldre som sliter med rusavhengighet. En av bøkene er oversatt til et samisk språk.

– Har du gått på skrivekurs?

– Nei, men både farfar og pappa har skrevet mye og vært gode formidlere. Når mamma og vi ungene var på ferie, sendte pappa brev fulle av historier. Mamma er dessuten kreativ. Huset her, Villa Solfrid, er oppkalt etter henne. Hun kan alle typer håndarbeid, men tegnet også huset vårt. Jeg tror jeg har fått noe fra dem alle.

Betydningsfull foredragsvirksomhet

– Hvordan får du alle undervisningsoppdragene?

– Det har gått helt av seg selv. Ingen hjemmeside, ingen markedsføring. Folk av alle slag har tatt og tar fortsatt kontakt. På et tidspunkt var det så mye at jeg kunne leve av det. Jeg har vært heldig og vært på rett sted til rett tid.

– For hvem og om hva underviser du?

– For veldig mange ulike profesjoner og grupper, ikke minst om den psykiske delen av prehospital medisin. Det var også tilfeldig at jeg kom inn i det akuttmedisinske fagmiljøet. Derfra ballet det på seg, alt fra

undervisning av ambulansepersonell lokalt til en *Emergency Medical Services*-konferanse i Madrid, til en treningsleir for Norsk Luftambulanse kalt Camp Torpomoen. Der fikk jeg en helikoptertur på kjøpet. Jeg har hatt opptredener med ulike temaer om ungdoms psykiske helse på frokost-TV, og i podkasten *Pia og psyken* har jeg vært «huspsykiateren». Ikke minst er det spennende å være faglig konsulent for programmer på TV og teater.

Bergem har vært ansatt både på avdelingen for psykisk helsearbeid og på paramedisinstudiet ved OsloMet. Sammen med en jurist, en paramedisiner (som også er sykepleier) og en sykepleier med forskningsbakgrunn ferdigstiller hun for tiden den første læreboken om psykisk akuttmedisin for paramedisinstudenter. Den handler om alt fra tvangsinnleggelse til kommunikasjon i akuttsituasjoner. Bergem understreker hvor viktig det er at alle i behandlingskjeden kan nok for å kunne gjøre de riktige beslutningene for både pasient og pårørende.

Verdifullt pårørendearbeid

Temaer rundt barn i krise, barn som lider av omsorgssvikt og barn og voksne som pårørende har vært sentralt i foredragene til Bergem. Hun har vært pådriver for at Norsk indeks for medisinsk nødhjelp alltid skal sette søkelys på omsorg for tilstedeværende barn når det skjer noe akutt. Gjennom jobb i Pårørendesenteret og BarnsBeste – nasjonalt kompetansesenter for barn som pårørende – har hun blant annet vært med på å utvikle kommunikasjonsverktøy og podkaster for barn og unge.

– Underviser du ikke leger?

– Jo, på LIS-legeutdanningen har jeg undervist om pårørendearbeid. Leger vil jo ofte ha leger som undervisere.

– Men hva med legeutdanningene på universitetene?

– Nei, de har aldri spurt etter meg, men jeg var nylig invitert som gjest i en podkast som Jan Ivar Røssberg lager på Universitetet i Oslo. Den brukes i studentundervisningen på legestudiet. Det kan hende at døren står på gløtt, men ennå er det kanskje ikke så vanlig å verdsette den undervisningskompetansen jeg har som universitetslektor og førstelektor? Jeg har jo ikke doktorgrad.

– Hvorfor er legene så lite opptatt av pårørendearbeid?

– Det har jeg tenkt mye på, men aldri forstått. En ting kan være at det i likhet med psykiatrien gir liten akademisk status. Status spiller ingen rolle for meg. Men det kan også handle om den høyspesialiserte hverdagen og at klinikerne drukner i altfor mange arbeidsoppgaver. Helheten kan forsvinne, det være seg å tenke på pårørende, tilrette-



Alle foto: Birgit Solhaug

legge for hus og jobb for den som er psykisk syk eller annet som er viktig for pasientens og de pårørendes hverdag. Alt dette er avgjørende for at pasienten skal kunne ta imot medisinsk behandling.

– Hva tenker du er det aller viktigste dere gjør på Pårørendesenteret?

– Jo lenger jeg har jobbet, desto tydeligere har det blitt for meg at det som skjer med én, rammer mange. På Pårørendesenteret anerkjenner vi de pårørendes tanker, følelser og bekymringer, og vi kan gi dem støtte, slik at de orker å være der for sine nære og kjære som er syke. Vi veileder dem om rettigheter og hvilke tilbud som finnes. De siste to årene har stadig flere fagpersoner som jobber med pårørende, ringt oss. De ønsker veiledning og støtte i arbeidet sitt.

– Lengter du etter samtaler eller terapiene med pasientene?

– Jeg savner sjelden noe, ettersom jeg hele tiden finner eller blir tilbudt nye, spennende oppgaver. Men for å være ærlig, så snakker jeg mye mer med folk nå enn da jeg var kliniker. Psykiaterne i dag blir satt til mye papirarbeid, tvangsvurderinger, legeattester, medisiner og annet. Motivasjonen til å oppdatere meg på psykofarmaka er ikke så stor. Medisiner har heller aldri vært mitt favorittinteressefelt.

Når samtalen kommer inn på verdien av å være i et legefelleskap, ler hun og sier at hun stadig minnes den sentrale lærdommen hun fikk under videreutdanningen på Institutt for gruppeterapi. Hun sikter til at vi mennesker gjerne veksler mellom et inderlig ønske om å tilhøre en gruppe, men samtidig stadig vil være den som er eller gjør noe spesielt.

– Jeg har fortsatt gode venner som er leger, men jeg har mange som ikke er det. Ingen i familien verken oppad eller nedad er legeutdannet. Som spesialrådgiver i Norsk psykiatrisk forening treffer jeg jo mange legekolleger, og sist høst var jeg med på åpningen av Primærmedisinsk uke. Samtidig er det litt komisk at tannlegemannen min for tiden jobber tett med Norsk psykiatrisk forening, Norsk forening for allmennmedisin og Psykologforeningen, uten at jeg er involvert. Deres felles mål er å bedre rettighetene for gratis tannbehandling for mennesker med rusmiddelavhengighet og/eller alvorlige psykiske lidelser.

– Du bidro nylig med et kapittel om psykisk helse og tannbehandling i en bok om tannhelse. Det virker som at dere begge tenker på tvers?

– Det kan du ha rett i.

– Hva gjorde du som psykiater på Primærmedisinsk uke 2022?

– På åpningsdagen fikk jeg æren av å lese noen dikt jeg har laget selv, med en fiolinist som medspiller. Det var fint.

– Publiserte du dikt også?

– Jeg skriver litt innimellom, gjerne på mobilen mens jeg venter på ett eller annet. Det har blitt et par diktbøker på eget forlag. Innimellom legger jeg ut dikt på Instagram. Jeg tenker at hvis det kan være noen som har glede og nytte av å lese dem, så er det også en måte å jobbe på. For meg trenger ikke folk defineres som pasienter for at jeg som psykiater kan bidra, avslutter hun.

TORI FLAATTEN HALVORSEN
tori.fhalvorsen@gmail.com

Håp

Håpet er forventninga om noko godt der framme. Det gir kraft til initiativ og innsats. Det limbiske systemet i hjernen vert påverka av sansar og tankar og legg grunnstemninga. Håpet veks på eit lyst humør, den tungsindige slit med å finna håp å styra mot. Mennesket famlar etter samanheng og meining. Våre religionssubstitutt lovar mykje, men gir lita von for den endelege framtida. Kva kan gi håp?

Håpet er motoren som held hjula i gang, som startar initiativ og gjev pågangsmot. Med håp sår bonden såkornet sitt, legen forordnar ein plagsam cellegiftkur. Med forventning og spenning drøymmer dei seg inn i framtida og ventar på eit innfridd mål. Enn om resultatet vart skuffande? Dersom kornet svei av, eller den plagsame terapien enda med tap, ei von som brast? Eit håp som brest, avlar vonbrot og tærer på mot og krefter. Dei fleste vil likevel fatta nytt håp. Framom ligg det nye voner, nye val, nye initiativ. Skuffande resultat treng ikkje føra inn i håpløyse. Sjølve vegen fram mot målet kan gi gleder, meir kunnskap, nye menneskemøte, meir sjølvinnstikk. Mi forsking haverte, men i strevet fann eg rikdomar eg har hatt med meg sidan. Enn om me i staden for håpet kunna ha vissa å navigera etter? Bonden kunne spart seg slitasje og tap av ressursar. Ein avlyst cellegiftkur hadde skåna pasienten for plager undervegs og fellesskapet for utlegg. Ville vissa ha vore eit stort framsteg? Bonden sette seg inne, pasienten miste motet og la seg ned. Motoren, håpet og trua hadde stogga opp. Gløden i livet hadde kolna.

Håpet kan vera knytt til å stetta dei behova ein treng for eit godt liv, Maslow har postulert og sett livsbehov opp i eit hierarki: dei fysiologiske primært, så psykologiske (trong for tryggleik, tilhøyring osv.), sidan dei transendente. Sidan me er samlarar av

natur, utvidar fort prosjektet seg: Behovet for vern mot elementa utvidar seg til å bygga altfor store hus. Den rike vil ha meir. Paradigma som til ei kvar tid rår, tidsånda, styrer håpet vårt inn i sine banar.

Grunnstemning

Ved ulike val i livet skulle ein ideelt sett ha sett opp ei liste over ulemper og føremoner ved ideen, gått over lista og handla ut frå summen av realistiske og logiske føresetnadar. Vore rasjonell. Ofte gjer me slett ikkje det, men handlar på intuisjon. Så spelar me personlegdomane eller dagshumøret ut. Dersom valet vert gjort etter gjennomtenking, vert argumenta for eller mot fort vekta

«Det gåtefulle universet og ufattelege livet, erkjenninga av eiga hjelpeløyse, dreg mennesket mot noko større enn seg sjølv»

ut frå grunnstemning. Den optimistiske ser lyst på det nye målet, med stort håp og tru på ein oppfylt draum. Den pessimistiske ser mørkt på same målet, ventar berre tap, eller ottast katastrofen. I filmen *Flåkløypa Grand Prix* møter me fuglen Solan Gundersen og piggsvinet Ludvig. Dei har kvar si grunnstemning og reagerer på nye forslag og planar i samsvar med den. Grunnstemninga

varierer elles med livssituasjon, førestillingsverd og erfaringar med vonbrot eller lukke. Håpet kan vera svakt («Tenk om?») eller sterkt («Eg skal!»). Manisk-depressiv sinnsliding demonstrerer desse svingingane til fulle.

Er det råd å påverka grunnstemninga? Djupt i hjernen vår ligg det fleire hjernekjerner som vert påverka av sansane våre, både ytre og indre. Hjerneområde for erfaringar og tankar er også knytte hit. Mykje av hjernen sin aktivitet er organisert herfrå. Samspelet mellom desse hjernesentera dannar substratet for kjensler, autonome reaksjonar og grunnstemning. Området vert kalla det limbiske system. Det er ennå mangt ukjent om funksjonane til desse strukturanane.

Lukt gir signal som utløyser aversjon eller attraksjon. Avsky eller lyst vert kveikt. Synet tek inn lys, både kvantitet og kvalitet verkar på humøret, grad av aktivisering og mot. Høyrsla tek inn lydar, strofer og harmoniar. Musikkterapi basert på diagnosar eller reine allmenngleda ved song og musikk er velkjent. Taktile signal har forskjellige kvaliteter, og roar ned eller aktiverer. Barnet vert trøysta av å verta stroke. Pust og hjarteaktivitet sender og mottek sine autonome signal. Fleire typar pustøvingar er tilrådde. Samtaler og erkjenning kan nå inn, både lek og lærd nyttar ut effekten. Endring av dysfunksjonelle tankebanar er likevel vanskeleg utan at grunnstemninga er god. Påverknad av sansar og autonome funksjonar kan hjelpa, gjera personen tilgjengeleg for samtale. Legar nyttar kjemi for blokkering eller aktivisering eller utløyssing av epileptisk anfall til «nullstilling» (ECT, elektrokonvulsiv behandling). Ofte nemnde transmittersubstansar som påverkar grunnstemning, er dopamin og GABA.

Eksistensielt håp

Det uforstålege, gjerne mystiske, ved livet, den komande avslutting, eller dei mange kvifor – mennesket famlar etter eit eksisten-



Illustrasjon: Marianne Gretteberg Engedal

sielt håp. Maslow plasserer dette håpet på toppen av pyramiden. Må alle dei andre behova dekkast fyrst, før mennesket har tid til eller evnar undring, og søker von i det hinsidige? Tilgang til dekkning av dei fysiologiske basale behova er svært ulikt fordelt. Me har meir enn nok i vår del av verda, rettferdig fordeling er utfordringa. Psykologiske behov vert stetta eller sletta alt etter kor raust og vennleg nærsamfunnet ter seg. Samfunnsverdiar, i spennet mellom me og eg, mellom flokk og individ, nører på ulikt vis desse behova. Tryggleik, gode relasjonar, oppleving av å høyra til, verta sedd og oppfatta som verdfull, hikar me etter og vonar på. Gleda over å oppleva dette og vonbrotet når relasjonar går i stykke, er stadige tema i litteratur, teater og filmkunst. Det gåtefulle universet og ufattelege livet, erkjenninga av eiga hjelpeløys, dreg mennesket mot noko større enn seg sjølv. Augustin påstår

at det ultimate gudsbeviset er mennesket si ibuande søking etter Gud. I våre dagar er den norske kollektive kristentrua lagt på historia si hylle. Prosessen vert kalla sekularisering, overgang frå ei trusretning til ei anna.

Paradigme i vår tid

Eit av dagens livssyn liknar til forveksling ein gamal religion: trua på mammon. I vår samanheng har trusretninga ikkje namn etter guden, men ho inneheld mykje av religionen sine attributt. Ting, kapital og pengar skal stetta behov og gi håp. Dei som ikkje har, vil ha. Dei som har mykje, vil ha meir. For å dekkja behov trengst middel, men kor mykje er for mykje? Frå lenestolane i stovene søker me forteljingar og voner om kva rikdom kan by oss. Mangel på pengar og ting vert eit moderne helvete. Her til lands finst ordningar for å bøta på den grinande

fattigdomen. Før eller seinare sviktar håpet om at tinga gir mening og ber gjennom avsluttinga.

Eit anna paradigme i nåtida er forventning om evig ungdom. Å vera vakker, attraktiv, lytelaus, veltrent og helsesterk, nett som Afrodite og Eros, er håpet. Trening, kosthald, operasjonar og kremar er metodane, sjølv-tøyming det fromme liv. Profetar står fram og talar eller skriv sitt evangelium og kva slag botsgang og omvending som må til. Kontroll over kroppen, vekt, proporsjonar og framtoning i spegelen rår for sigrar og nederlag. Dystopien når dette mislukkast, viser att i målemetodar for ungdom si psykiske helse. Dersom helseprosjektet skulle lukkast, vert premien alderdom. Åra går sin gang, og prosjektet havarerer. Du er di eiga lukkes smed, og det finst ikkje nåde. Der framme ligg eit forfallshelvete og ventar.

Gaia har feber. Vår vedunderlege planet,

med det blåe havet som livsgrunnlag og det grønne klorofyllet som livsmotor, er i ulage. Vår mor, som låner oss atom og molekyl ei tid, krev att med strafferenter. Domsprofetane framstod før med guddomsautoritet. Dei står nå fram med vitskapsautoritet og lovar eld og pine. Domsorda ljomar, miljøet er truga, det er neppe botevon for kloden. Vår glupske rovdrift er årsaka, me har kollektivt synda mot naturen. Einaste botevon er askese, å gå attende til sjølvbergingslivet før 1960. Vil me det? Domen vender seg mot alle, me må alle følgja med på ferda. Er det nåde å få? Kan me ha håp til framtida?

Kor kan eg finna håp?

Livet, det dyrebare, har alt frå fødselen bore med seg at det kjem ei avslutting. Eg er komen i avgangsklassa. Helsa er ennå god, men rynkene er der, muskelmassen minkar, sykkelturen tek lengre tid. Eg fekk ein diagnose og trudde på ei kort framtid. Det har gått betre enn eg trudde. Ein gong skal eg likevel fara, anten åleine eller i lag med andre. Det siste er ikkje så viktig.

Eg er og vert religiøs. I astrofysikk og

kvantemekanikk, i undring over liv og i trugsmaal om helsetap og død høyrer eg ljomen av ein gud. Vitskapen serverer meg skalet. Innhaldet er av guddommeleg natur.

«Domsprofetane framstod før med guddomsautoritet. Dei står nå fram med vitskapsautoritet og lovar eld og pine»

I austkyrkja angar røykjelsen. I kyrkjelydar og forsamlingar vert lys tende under samlingar og høgtider. Musikk og salmesong smyg seg eller ljomar mellom veggene. Nokre stader vert hender lagde på nydøypte og nattverdsgjester. Ord til trøyst for nåtid og til håp for framtid.

Me går inn i påsken. I den jødiske trua markerer den oppbrotet frå dei mange åra som slavar. Håpet om ein gong å verta fri, koma heim att til eit land som inneheldt alt som trongst, var i ferd med å verta oppfylt. I kristentrua ligg det same håpet. Frå desse

åra med glede og sorger, manglar og overskot, og rett og urett ligg det eit håp der framme. Påskebodskapen rettar opp alt det me har snudd opp ned. Vonløysa treng ikkje overmanna oss. Ein gong skal rettferd sigra, nåderiket opna seg.

Frå austkyrkjene lyder i desse dagar den vanvettige helsinga: «Herren er oppstaden!» Eg svarar med lita eller stor tru: «Han er sanneleg oppstaden.»

Frå ein nå avliden kollega fekk eg ein e-post for nokre år sidan:

Kjære ukjente kollega!

Jeg ble rørt til tårer og kjenner meg igjen i en del av Randis anfektelser i møte med døden. Jeg er vokst opp med streng og trang kristendom og jeg er selv kreftsyk med multiple metastaser. Etter mange år og kamper har jeg omsider landet i en trygg tillit til og forvisning om at Gud er rettferdig og barmhjertig, og at Jesus Kristus er den som skal møte meg i en ny og bedre verden. Uten dette håpet ville framtida ikke vært til å holde ut.

I denne vona klorar eg meg fast. Mismotet vil koma. Lovnadane står der.

ASLAK BRÅTVEIT

aslak.bratveit@gmail.com

er spesialist i allmennmedisin og pensjonist.

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

Leger med grenser

Min første sommerjobb og møte med legeyrket var meningsfylt og lærerikt, men fremfor alt hektisk. Jeg erfarte at noe av det viktigste for å gjøre en god jobb – nemlig tid – er den største mangelvaren.

Som medisinstudent på siste året står jeg på startstreken til arbeidslivet. Da jeg sist sommer fikk kjenne på ansvaret i legeyrket, var det første som slo meg hvor sårbart helsevesenet er. Misforstår jeg den ene beskjeden, så videreformidles feilen i flere ledd. Dersom jeg er for opptatt til å se til den ene pasienten, gjør heller ingen andre det på mange timer. Det er sjelden tid til overs, og kompetansen til å prioritere riktig er en avgjørende egenskap. Hvor effektiv kan en lege tillate seg å bli? Og hva risikerer vi å miste på veien?

På rolige dager med god veiledning opplevde jeg mestring og mening side om side med dyktige kollegaer. Det var tid til å lære, diskutere og revurdere, lytte til pasientenes behov og møte dem som et medmenneske.

«Hvor effektiv kan en lege tillate seg å bli? Og hva risikerer vi å miste på veien?»

Så fort sengeposten var full, måtte vurderingene stadig tas på bakgrunn av mindre informasjon. Pasientlisten avskreivt raskt ut av korridorkapasitet og låneplasser. Tempoet økte, og prioriteringene ble hardere. Arbeidsfokuset ble å skrive ut de friskeste for å ha plass til nye. På slike dager ga jobben verken mestring, mening eller læringsutbytte. Samtidig økte frykten for å gjøre feil.

Feil vil skje, fordi vi er mennesker. Men feil må ikke skje fordi hjernen ikke får tid til å tenke.

I løpet av en arbeidsdag skal store mengder informasjon forstås og revurderes fortløpende. Kunnskap hentes frem fra hukommelsen mens vi planlegger og tar overveide beslutninger og utfører praktiske oppgaver med presisjon. Medmenneskelighet, kløkt og timing er viktig for å imøtekomme pasientene på deres verste dag. Egne emo-

sjonelle reaksjoner legges lokk på for å ikke forstyrre prosesseringen av ny informasjon. Samtidig skal vi kommunisere godt med de rundt oss, vel vitende om at avgjørelsene utløser en rekke arbeidsoppgaver for andre yrkesgrupper og kostnader for helseforetaket.

Slik er jobben, de fleste valg har ringvirkninger for andres liv, med en tilhørende risiko. Å jobbe som lege er krevende, men vi har lett for å glemme at fysiologien vi lærte på studiet også gjelder oss selv. De komplekse arbeidsoppgavene avhenger i stor grad av de kognitive funksjonene i frontallappen (1). Når tidspresset øker, vil stressresponsen *kjemp eller flykt* aktiveres i amygdala. Vi er godt kjent med kroppens responser i form av høy puls, tørre slimhinner og nedsatt fordøyelse. Hjernen er intet unntak, selv om vi kanskje liker å tro det.

Initialt i stressresponsen skjerpes sansene, og vi evner å løse oppgaver ved hjelp av frontallappen. Vedvarende stress med økende kortisol og adrenalin over tid inhiberer derimot frontallappens evne til å overstyre amygdalas stressrespons (2). Resultatet er at vi styres av de primitive instinktene og emosjonene, der høyere kognitiv funksjon nedprioriteres. Samtidig svekkes hukommelsen og evnen til å lære (3).

Så neste gang du gråter etter en nattevakt, får jernteppe på morgenmøtet eller sinneutbrudd i sykehusheisen, er det fysiologien som har nådd sin grense av såkalt effektivitet. Tidspresset og det medfølgende stresset gjør deg til en mer primitiv og emosjonelt styrt utgave av deg selv.

Selv om vi har holdt det gående på den 20. timen, spist tre mellombarer mens vi tisset og ikke har sovet på halvannet døgn, så utfører vi jobben. Som om hjernen vår ikke har de samme begrensningene. Vi opererer, tar imot barn og medisinerer med en hjernefunksjon som knapt er skikket til å kjøre bil hjem fra vakt (4).

I dagboken og TV-serien *This is going to hurt* skildrer gynekologen Adam Kay sine egne erfaringer fra et offentlig britisk helsevesen i knestående. Underfinansieringen av de offentlige sykehusene har pågått i lang tid. Resultatet river hull i velferdsstaten, der leger og sykepleiere rømmer til det private. De ansatte i det offentlige slites ut, slutter og avslutter for godt. Annenhver uke begår en engelsk lege selvmord (5).

Selv om det norske helsevesenet heldigvis er langt fra engelske forhold, har sykepleierne våre ropt høyt og lenge om underbemanning. Det er sjelden jeg hører leger

klage over egne arbeidsforhold. Jeg tror dette skyldes at vår rolle er nettopp å mestre det som er krevende. Ved å klage mister vi kanskje tillit fra ansatte og pasienter? Risikerer vi å framstå lite kompetente om vi stiller krav der en annen kollega «stod i det»?

Nesten halvparten av turnuslegene rapporterte i sommer om dårligere psykisk helse under tjenesten (6). Yngre legers forening rapporterer om mangelfull veiledning og kompetansevurdering hos LIS-legene. Jeg er redd verdifull klinisk kunnskap går tapt i kampen med klokka og at effektiviteten tar knekken på både arbeidsglede og egen helse.

«Så neste gang du gråter etter en nattevakt, får jernteppe på morgenmøtet eller sinneutbrudd i sykehusheisen, er det fysiologien som har nådd sin grense av såkalt effektivitet»

Å jobbe under press over tid har to utfall: du enten bøyer deg eller brekker. Vi ønsker å holde fast på egne verdier, kunnskap og krav til god praksis. En av fire i medisinske yrker oppgir at jobben går ut over familielivet på daglig basis (7). Statistikken til Villa Sana er urovekkende. Antallet leger som søker støtte og hjelp for utbrenthet og depresjon, har økt årlig siden 2013, med en økning på 37 % bare det siste året. Den største andelen som trenger hjelp, er sykehusleger (8).

Skal vi unngå skrekkscenarioene fra det britiske helsevesenet, trenger vi mer tid i jobben. Vi trenger ledere og politikere som forstår at effektiviseringen har en høy pris i lengden. Årets statsbudsjett har igjen økt presset på sykehusene, og det skal effektiviseres og kuttet etter tall som ikke gjenspeiler befolkningens behov. Disse tiltakene er vanskelig å forstå, ettersom vi allerede står med en aldrende befolkning, en fastlegekrise i fritt fall og overfylte akuttmottak. Selv om politikerne stadig flytter på grensen, håper jeg at fremtidens leger våger å stille høyere krav til egne arbeidsforhold istedenfor å skru opp tempoet.

Det må finnes nok tid til å bli den tenkende legen som pasientene fortjener å bli møtt med. Vi har kompetansen til å være den legen, men vi får sjeldnere og sjeldnere tid til å utøve den.

HELENA FILAR

helenafilar@outlook.com
er medisinstudent på 6. året ved Jagiellonian
University Medical College i Kraków.

LITTERATUR

- 1 Gjerstad L, Rootwelt T, Helseth E. Nevrologi og nevrokirurgi fra barn til voksen. 6. utg. Oslo: Vett & Viten, 2014.
- 2 Arnsten AFT. Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nat Rev Neurosci* 2009;10: 410–22.
- 3 Lupien SJ, Maheu F, Tu M et al. The effects of stress and stress hormones on human cognition: Implications for the field of brain and cognition. *Brain Cogn* 2007; 65: 209–37.
- 4 Lee ML, Howard ME, Horrey WJ et al. High risk of near-crash driving events following night-shift work. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2016; 113: 176–81.
- 5 Office for National Statistics. Census 2021. Suicide by occupation, England and Wales, 2011 to 2020 registrations. Lest 7.1.2023.
- 6 Barka EHT. Nesten 1 av 2 leger fikk dårligere psykisk helse i turnusperioden: – Svært bekymringsfullt. NRK 26.8.2022. Lest 9.1.2023.
- 7 Statistisk Sentralbyrå. 10481: Jobbkraft, kontroll, rollekonflikt og forventning i jobben, etter yrke (2-siffrnivå) (prosent) 2013–2019. Lest 9.1.2023.
- 8 Amble I. Villa Sana – Rapport fra virksomheten for leger i 2021. Vikersund: Villa Sana, 2022.



Abonner på Tidsskriftets nyhetsbrev

HOLD DEG OPPDATERT

Ønsker du å motta vårt nyhetsbrev en gang i uken?

Våre artikler kommer først på nett. I nyhetsbrevet blir du presentert for et utvalg av ukens siste artikler samt de sist utlyste stillingene fra legejobber.no.

Gå inn på tidsskriftet.no/nyhetsbrev og meld deg på.

 Tidsskriftet

Klimakrisa er ei global helsekrise

Tenk å sjå heimen din bli vaska vekk av flaum, eller avlinga du er avhengig av, visne fordi regnet ikkje kjem.

Eg er nok over snittet opptatt av klimaendringar, naturødelegging og helsekonsekvensane av dette. Så då eg i haust var i Malawi for å samle data til hovudoppgåva (som rett nok skal handle om klimaendringar og helse), nytta eg sjansen til å diskutere temaet med ein landsbyhøvdning, ein meteorolog og ein landbruksingeniør eg møtte. Samtalane ga meg innsikt i korleis klimaet har endra seg i landet, og konsekvensane av det. Eg trur ikkje mange nok i Noreg er klar over at helsa til menneske andre stadar i verda allereie er truga av klimaendringar. Eg vart overraska over alvoret i det dei fortalte, og håper erfaringane mine frå Malawi kan opne fleire auge.

Malawi har ikkje pleidd å bli ramma av syklonar og stormar. Dei har kome austfrå og sneia grensa slik at ein har fått regn og ruskevær, men aldri gjort store skader. Dei siste fire-fem åra har stormane derimot treft sørlege delar av landet hardt. Berre i starten av 2022 trefte to stormar landet og førte til flaum og store skadar, mellom anna på straumnett. I sørlege delar av landet må dei i desember framleis skru av straumen delar av døgnet for å redusere belastninga (1). I tillegg rammer hyppige straumbrot både bedrifter og sjukehus. Eit øydelagd straumnett er likevel berre eit problem for dei 15 % av befolkninga som har tilgang til

elektrisitet (2). For resten er andre følgjer av øydelegginga langt meir truande.

Flaumen som følgde stormane, førte til at elver gjekk over breiddene og vaska vekk maisåkrar, brønningar og heimar. På landsbygda er dei fleste avhengige av landbruk for å overleve, og har ingen bufferkonto om avlinga sviktar. Mange fekk hus og eigendelar øydelagde og måtte flykte til leirar, mens dei fortvilt leita etter moglegheit til å bygge opp det tapte. Bustadforsikring har ein ikkje råd til om ein lever på under 20 kroner om dagen, noko nesten tre fjerdedelar av befolkninga gjer (3). Landsbyhøvdningen fortalde at regnet gjorde vegar uframkommelege, slik at einaste måten

«Meteorologen fortalde at regnperioden dei siste åra har krympa kraftig. Mengda nedbør er derimot den same»

for gravide, fødande og sjuke å kome seg til helsesenter eller sjukehus på var til fots. Øydelagde brønningar førte til at folk måtte bruke vatn frå elvar og bekkar til drikke og hushald. Dette er truleg årsaka til at Malawi no opplever eit kolerautbrot som har tatt mange liv og etter kvart spreidd seg til heile landet (4).

I tillegg til dei akutte hendingane, som oppstår stadig oftare, har det skjedd ei gradvis endring som på sikt kan ha vel så store konsekvensar. Meteorologen fortalde at regnperioden som vanlegvis varer frå slutten av oktober til starten av april, dei siste åra har krympa kraftig, og no kan vere så kort som frå desember til mars. Mengda

nedbør er derimot den same. Tørke før regnet kjem, og flaum når det endeleg regnar, gir avlingssvikt og matusikkerheit. Aukande temperaturar bidreg òg til matusikkerheita, med svolt og feilernæring som følger.

Både meteorologen og landbruksingeniøren påpeika at regjeringa ikkje greier å førebu landet på endringane, og heller ikkje bygge opp det som blir øydelagt. Meteorologen fortalde at han slit med å få gjennomslag når han i arbeidet sitt gjer råd om bygging og planlegging for eit endra klima. Malawi er eit av verdas minst utvikla land, og svært avhengig av bistand. Med eit statsbudsjett på 1 % av Noreg sitt, og ei befolkning nesten fire gongar så stor, er det ikkje rart det ikkje finst pengar til førebygging når ein stadig må takle akutte hendingar (5).

Det er umogleg å føreseie konsekvensane av klimaendringar for helsa til kommande generasjonar. Menneske i utviklingsland er ekstra sårbare på grunn av liten økonomisk og sosial kapasitet til omstilling. Befolkninga i Malawi har ikkje tatt del i den utviklinga som gjer at atmosfæren er full av klimagasar. Klimaendringar bryr seg verken om grenser eller kven som har sleppt ut mest. Derfor er det, som redaktørar for afrikanske tidsskrift påpeika i eit opprop før COP27, nødvendig at vestlege land hjelper utviklingsland med å reparere og førebygge skadar frå klimaendringar (6). Klimakrisa er ei helsekrise, og kan reversere framgangen den globale folkehelsa har hatt dei siste tiåra. For å betre og beskytte helsa til menneske i heile verda hastar det å handle!

RAGNHILD VEREIDE

rvereide@hotmail.com

er medisinstudent ved NTNU og styremedlem i Legenes klimaaksjon.

Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikatar.

LITTERATUR

- Electricity Supply Corporation of Malawi Limited. Electricity Management - Southern Region. Lesedato 30.12.2022.
- The World Bank. Access to electricity (% of population) - Malawi. Lesedato 30.11.2022.
- The World Bank. The World Bank in Malawi - Overview. Lesedato 31.11.2022.
- ReliefWeb. Malawi: Cholera Outbreak - Mar 2022. Lesedato 23.12.2022.
- Eidhammer A. Malawi: A Place Apart. Lilongwe: Logos-Open Culture, 2017.
- Atwoli L, Erhabor GE, Gbakima AA et al. COP27 Climate Change Conference: urgent action needed for Africa and the world. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142: doi: 10.4045/tidsskr.22.0605.

Om fjør og lederskap

Forleden dag så jeg en sjelden fugl. Vi snakker riktignok ikke om en utrydningstruet art, all den tid det finnes mange av dem også på våre breddegrader. Det er dog langt mellom eksemplarene innenfor vår stand; legene, og i vårt habitat; helsevesenet.

Du har sikkert allerede skjønnet at jeg snakker om arten *leder*. For å utdype: Jeg snakker ikke om de som er ledere kun i kraft av sin stillingstitel. Jeg snakker om den visjonære og inspirerende lederen – hen som utøver kunsten *lederskap*. I et lite konferanserom i Drammen hørte jeg for første gang på lenge en helseleder som klarte å skape engasjement og entusiasme for prosjektet sitt.

Hvorfor er disse inspirerende lederfuglene så sjeldne i helsevesenet, mens de ser ut til å trives godt i andre habitat? Er forutsetningene våre så annerledes enn andres?

«Hvorfor er disse inspirerende lederfuglene så sjeldne i helsevesenet, mens de ser ut til å trives godt i andre habitat?»

Først, la oss ta en rask titt på ledelsesbegrepet.

I den offentlige utredningen *Pasienten først!* (1) finner man følgende definisjoner på administrasjon, ledelse og lederskap:

«Administrasjon handler om å utføre og føre tilsyn med oppgaver som skal utføres i henhold til lover, regler og instruksjoner som er knyttet opp til en stilling.

– *Ledelse* handler om å sette mål for virksomheten, samt å identifisere og beslutte de viktigste strategiene for å få gjennomført målene.

– *Lederskap* handler om å utvikle visjoner for virksomheten som sikrer forankring av strategier og fellesskap om målene for virksomheten.»

Kanskje ikke overmåte engasjerende, men selv jeg forstår at inspirasjon og entusiasme er sjelden vare i slike utredninger. Punkt 3 har likevel noe ved seg. Visjoner og fellesskap svinger det jo litt av, eller? Problemet er at det ofte er langt frem dit. Mange helseledere er drivende dyktige på administrasjon og ledelse, og tidvis observeres sågar antydning til lederskap. Alt for ofte overmannes de likevel av kontroll, regler og instruksjoner lenge før de rekker å tenke noe visjonært – eller visjonen forblir en idé, uten resonans eller eierskap hos dem som faktisk skal realisere denne.

Tidligere var helselederrollen tett knyttet til faglig kompetanse og ansiennitet. Etter innføringen av prinsippet om enhetlig ledelse er det ikke lenger et krav om faglig kompetanse for å være leder i sykehus. Dette har blitt kritisert av mange, men mon det ikke er en god ting likevel? Om ikke annet har man fastslått at ledelse er en kompetanse som ikke er en naturlig konsekvens av faglig tyngde. Leger kan være gode ledere, men spisskompetanse på lungesykdommer eller

kolorektalkirurgi er ingen nødvendighet. Ledelse er noe annet enn medisinsk faglig etos og ansiennitet – det er et fag i seg selv.

Heri ligger et nytt problem – eller en utfordring, om du vil: Det finnes et utall ulike ledelsesfilosofier, teorier, lærebøker, eksperter, misjonærer og sjamaner som alle hevder å ha svaret på hva god ledelse er og hvordan det skal utøves. Det er lett å fortape seg i leder-teori og filosofi, uten at det nødvendigvis gjør underverker for egen trygghet, de ansattes tillit til deg eller oppslutningen om prosjektet ditt.

Jeg tror vi overkompliserer ledelse.

Ingen har sagt det er lett. I en hverdag med stadig mindre marginer, effektiviseringskrav og begrenset autonomi, skal man være både kreativ, driftig, bredrygget – og kanskje en smule oppviglersk – for å bedrive godt lederskap. Men først og fremst må man se menneskene.

Det blåser en frisk vind i bedriftsverdenen som fremhever den empatiske og inspirerende lederen fremfor den mer tradisjonelle og autoritære. Myke verdier som empati, omsorg, sårbarhet og åpenhet har nyvunnet status i ledelseslitteraturen. I erkjennelsen av at både ledere og ansatte presterer best når de føler seg sett, ivaretatt og verdsatt, trekkes trenden bort fra stivbent hierarki og autoritær styring.

I mangt et lederintervju har jeg hørt ulike avskygninger av setningen «til syvende og sist handler det om mennesker». Gode ledere har strevd seg gjennom ledelsesteori og mange år med prøving og feiling, før de endelig har innsett at det de må bli gode på, er å se og behandle mennesker.

Tilbake til nevnte offentlige utredning: Mulighetsrommet finnes i overføringen mellom visjon, forankring og fellesskap om målene. Det er der ekte lederskap utøves. Visjonen er ikke nok til å sikre forankring og fellesskap – dette er lederens oppgave. Det krever en evne til å skape entusiasme for visjonen og å skape lagfølelse. Teamet trumfer nemlig teorien 99 av 100 ganger. De gode idéene kommer oftere fra engasjerte medarbeidere enn fra ledersamlinger på Klekken.

Sannsynligvis kan man komme ganske langt med tre enkle, men vanskelige grep:

1. Se medarbeiderne dine, og vis dem at du gjør det.
2. Vær tydelig på retning, men åpen for løsninger på hvordan vi kommer dit.
3. Invester i kulturbygging!

Det er på tide at vi i helsevesenet tar innover oss at ledelse har flere dimensjoner enn dem vi i all hovedsak beveger oss i i dag. Vi trenger flere lederfugler som tør å fly høyt. Om ikke annet, kan det berike faunaen litt.



JAN-HENRIK OPSAHL

janhenrik@outlook.com

er spesialist i radiologi, medisinsk kommunikasjonsansvarlig i Sanofi og varamedlem av Rådet for legeetik.

Foto: privat

LITTERATUR

- 1 NOU 1997: 2. Pasienten først! – Ledelse og organisering i sykehus. Lest 5.1.2023.

Grønnhette og Gråbein – et helsepolitisk eventyr

Det var en gang en ung kvinne som var både klok og sympatisk, så både pasienter og kolleger ble glade i henne. En vakker dag ble hun kalt inn på kontoret til avdelingsoverlegen. Føttene frøs på det kalde linoleumsgulvet, men ordene varmet. «Du skal få stilling som lege i spesialisering ved kirurgisk avdeling», sa han og holdt frem en grønn hette. Den unge kvinnen dekket til håret med hetten, og fra den dagen rakk hun aldri å ta den av fordi hun stadig hastet mellom operasjonsstuer, satellittpasienter, sengepost og akuttmottaket. Derfor kalte alle henne Grønnhette.

En dag sa bakvakten: «Du må gi en syk bestemor morfin og Gastrogratin! Hun har akutte magesmerter, så en tarmpassasje kan løse problemet. Gå rett til henne, for de etiske regler for leger sier at nødvendig helsehjelp må ytes så raskt som mulig når pasienten trenger det.» Grønnhette lovet å gjøre som han sa, og vandret av sted. Bestemor lå i avklaringsposten, et kvarters gange fra kontoret.

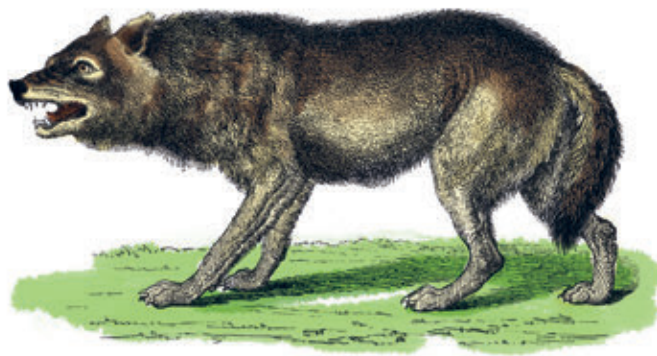
Da Grønnhette var kommet et stykke på veien, møtte hun en underlig skapning. Hun var ny i jobben, og visste derfor ikke hvem han var. Fasongen var toptung, og bena var gråbleke fordi kontorpulten alltid skjermet dem mot sollys. Derfor hadde han tilnavnet Gråbein. «God dag, Grønnhette!» sa Gråbein. «Hvor skal du hen så tidlig?» «God dag», sa Grønnhette. «Jeg skal til en bestemor med morfin og Gastrogratin, så hun kan styrke seg!» «Hvor ligger bestemor da?» spurte Gråbein. «I avklaringsposten, helt innerst i hjørnet der ingen kommer til», svarte Grønnhette. «Jeg må gå straks til henne, for hun er syk og ligger til sengs.»

Gråbein slo følge et stykke. Han sa ingenting, men tenkte for seg selv og fikk et lurt smil om munnen. Han ledet den unge og naive vekk fra veien til avklaringsposten og førte henne mot en kontorpult. «Du går så alvorlig, som om du skulle på hastetilsyn. Ser du ikke den vakre skogen av merkantile oppgaver rundt deg?» Nå løftet Grønnhette blikket og så seg omkring. Lyset fra dataskjermen danset vakkert foran øynene hennes og arkene flakset som sommerfugler over skrivepulten. «Jeg må gjøre en bukett papirarbeid!» utbrøt Grønnhette.

Hun skrev innkomstjournalen selv med to pekefinger, for sekretærene var for få og hadde ikke tid. Like etter festet hun blikket på operasjonsskjemaet. Grønnhette fylte inn diagnosekoder, prosedyrekoder, høyde og vekt og så timeglasset snurre mens skjemaet ble lagret. «Nå glemte jeg nesten Metavision», fortvilte hun, og skrev på nytt ned alle medikamenter i en kurve som konverterte dem til generiske virkestoffer. Så klikket hun utallige tastetrykk i DIPS. «Jeg håper det ble riktig», tenkte den unge legen der hun lagde ny primærkontakt, for bestemor trengte internhenvisning til kardiologisk tilsyn.

Mens callingen kvitret om samtidighetskonflikter, ble hun stoppet av en hvitkledd som gikk forbi. «Husk å registrere deg på flyttavla før du går til den syke.» Grønnhette gikk nok en omvei og skrev pliktoppfylgende ned navnet sitt. Mens Grønnhette forvillet seg stadig lengre inn i byråkratiets avkroker og ikke så skogen for bare trær, gikk Gråbein den mest kostnadseffektive veien til bestemorens seng.

«Hvem er det?» spurte bestemor med svak stemme. «Det er Grønnhette som kommer med morfin og Gastrogratin», svarte Gråbein og gjorde stemmen sin så fin. «Bare dra fra forhenget», svarte bestemor, som ikke orket å stå opp. Med ett eneste sprang for Gråbein rett til sengen og slukte bestemor hel. Slik blir det færre pasienter som må flyttes videre til en sengepost med overbelegg. Han tok på seg syke-



Illustrasjon: NSA Digital Archive / iStock

huskjortelen, tredde en hette nedover ansiktet og la seg under dynen.

Imens hadde Grønnhette gjort så mye papirarbeid at hun ikke kunne klare mer, og husket igjen på pasienten. «Nå har jeg dokumentert godt, så bestemor blir glad», sa hun til seg selv og nådde omsider senga innerst i avklaringsposten. Forundret la hun merke til at rommet var stille, for vanligvis var den fylt til randen og yrende av liv. Engstelig trakk hun forhenget vekk.

Der lå en bestemor, men hun så annerledes ut. «For noen store ører du har, bestemor!» sa Grønnhette forskrekket. «Så kan jeg fange opp klagingen fra alle de ansatte bedre.» «Men så store øyne du har, bestemor!» «Så kan jeg lese lange dokumenter bedre.» «Så store hender du har da, bestemor?» måpte Grønnhette. «Så kan jeg holde deg i et jerngrep!» «Men så stor munn du har, bestemor!» «Så kan jeg suge fagligheten ut av deg», sa Gråbein og slukte Grønnhette i ett eneste jafs.

Med ett var han så mett at han ikke kunne røre seg. «Vi er så stor en flokk at ingen merker om jeg sovner litt i arbeidstiden», gjespet han. Straks snorket han så det durte. Ikke lenge etter kom overlegen forbi og hørte snorkingen. Han fikk se Gråbein som lå der i sengen med magen utspilt, og skjønnte at det var indikasjon for akutt kirurgi. Overlegen fant frem skalpellen og sprettet opp magen med et midtlinjesnitt, og Grønnhette hoppet ut. «Nå vet jeg hvem Gråbein er! Det var mørkt der inne, og jeg ble redd.» Snart trakk de også bestemor frem, hun levde så vidt. Grønnhette fylte magen til Gråbein med en bunke papirer, før overlegen suturerte snittet.

Da Gråbein våknet, hadde tarmene stoppet seg til, og de sprakk så han døde. Alle ble glade. Bestemor fikk morfin og Gastrogratin og følte seg straks bedre, og da tarmen hennes kom i gang, duftet rommet av alt annet enn blomster. Grønnhette ble igjen kalt inn på avdelingsoverlegens kontor. Nå var gulvet dekket av en grå pelsfell, som kjentes myk og varm mot jobbtreskoene. Hun ble forært sin egen skalpell, og mens øynene gnistret grønt under hetten, sa den unge kirurgen til overlegen: «Jeg skal gjøre som de etiske reglene sier, bruke tiden til pasientrettet arbeid og holde meg på veien. Ellers går det galt.»

LINN VEDELD

linnvedeld@gmail.com

er overlege ved Øyeavdelingen, Sykehuset i Vestfold. Hun har vært journalist for UKA i Trondheim ved siden av medisinstudiene og har som yngre vunnet en novellekonkurranse.

Tverrfaglig samarbeid styrker pasientbehandlingen

Ruth Abraham jobber som psykiater ved Senter for psykisk helse og rus ved Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo. – Flere pasienter har behov for akutt psykiatrisk behandling. Vi jobber tett sammen i tverrfaglige team for å styrke behandlingen.

06:00 Vekkerklokken ringer, og jeg tar meg en rask dusj og en kopp te før jeg går ut døren.

06:55 I bilen på vei til jobb tenker jeg gjennom dagens møter og ser fram til en ny dag på jobb.

07:30 Når jeg ankommer kontoret, slår jeg på klassisk musikk på radioen og ser til om plantene trenger vann. Etter at jeg har satt på kaffe til avdelingen, går jeg gjennom e-post.

08:00 Morgenmøtet starter sammen med leger og psykologer fra hele avdelingen. Natta har vært travel med blant annet seks nye innleggelser. Siden vi kun har seks plasser på PAM (psykiatrisk akuttmottak), måtte to akutte syke personer overføres til andre psykiatriske poster.

På to av pasientene utfører jeg en spesialistvurdering. Dette må gjøres innen 24 timer, og da fortrinnsvis av oss ved PAM. Siden avdelingen var fullsatt i går, ble ikke dette gjort.

08:15 Jeg leser gjennom rapportene til fire pasienter som jeg har ansvaret for på resurspost (lukket avdeling). I tillegg leser jeg meg opp på alle som har ankommet PAM det siste døgnet.

08:30 Statusmøte med psykologspesialist, overlege og gruppeleder starter. Sammen går vi gjennom hvordan alle innlagte pasienter har det, og hva de trenger av bistand, samt

hvilke pasienter som må følges opp. Vi deler viktig informasjon og går gjennom dagen. Vi velger oss en pasient som behandlingsteamet snakker mer detaljert om. Etter statusmøtet gjør jeg forberedelser til et kulturformuleringsintervju, som vi benytter som et verktøy for et personsentrert intervju. Målet er å kartlegge utfordringer og ressurser fra individet sitt perspektiv, knyttet til blant annet verdier, identitet, mestring, støtte med mer. I intervjuet spør jeg også om pasientenes egne forventninger til behandlingsteamet samt hvilke deler av egen identitet de ønsker at vi skal ta hensyn til.

09:00 Behandlingsteamet møtes. Teamet består av overlege, primærkontakt (sykepleier), psykologspesialist, gruppeledere og fysioterapeut. Sammen diskuterer vi den utvalgte pasientens diagnose og behandlingsmetode. Vi undersøker om det er behov for blodprøver og andre undersøkelser som CT, MR og EEG. Primærkontakt opplyser om hvordan pasienten fungerer på post, og vi bestemmer oss for hvem som skal ta kontakt med pårørende.

09:30 Møte med forskningsgruppa, som består av en rådgiver fra ledelsen, forskningsansvarlig for psykiatrisk behandling og meg. Sammen drøfter vi implementering av kulturformuleringsintervju samt mulighet for forskning. I og med at jeg allerede er ferdig med egen forskning (disputerte i august i fjor), er jeg opptatt av at sykepleiere og vernepleiere også kan ta mastergrad om kulturformuleringsintervju.

10:30 Et nytt team bestående av primærkontakt, dagens kontaktperson og meg møtes for å planlegge dagens samtale med en manisk pasient. Møtet dreier seg om et vedtak om medisinerings uten samtykke, i henhold til paragraf 4-4. Sammen med vernepleier og sykepleier planlegger vi nøye hvordan vi skal gå fram under samtalen, og hva som er viktig å ta opp. I tilfelle pasienten reagerer med sinne, må hen få mulighet til å forlate rommet. Vi planlegger derfor hvor hver av oss skal sitte. Mens jeg har ansvaret for å ta opp medisinerings, vil kontaktene lytte mens samtalen pågår. Vi planlegger hvem som skal stå utenfor rommet, slik at de kan intervenere ved behov.

10:45 Direkte møte med pasient starter. Vi snakker litt rundt temaet før vi forteller at vi opplever hen som hektisk, assosierende og svært dårlig. I løpet av dagene vedkommende har vært innlagt, er det rapportert at hen har forsøkt å la være å ta medisiner sine. Siden hen verken viser forståelse eller interesse for hvorfor hen trenger medisiner, noterer jeg hen som ikke samtykkekompetent, og fatter vedtak om at hen skal ta medisiner på tvang. Samtalen vi har, er viktig, fordi jeg også skal utføre en vurdering av om pasienten skal fortsette med tvangsmedisinering ved utskrivning. Vi informerer om klagerett på vedtaket. Pasienten holder seg rolig under samtalen.

11:20 Teamet oppsummer med pasienten hva vi har gått gjennom og bestemt oss for. Miljøterapeuten forteller at pasienten ønsker medisiner umiddelbart. At personen har vært innlagt tidligere, gjør at vi kan iverksette medisinerings med det samme. Ved førstegangsinnleggelse må vi vente i 48 timer, siden pasienten har klagerett. Etter samtalen kontakter jeg pårørende og informerer om vedtak og klagerett.

11:35 Torsdagens faste spesialistmøte starter. Vi går gjennom antall innlagte og tilgjenge-



Foto: Marte Nordahl

lige plasser. Vi diskuterer også to pasient-saker med spesialister fra hele avdelingen. Vi åpner opp om utfordringer, deler erfaringer og tenker høyt sammen. I dag er det mange møter, og jeg spiser derfor medbrakt matpakke mens møtet pågår.

12:35 På ressurspost har vi om knappe to uker planlagt å skrive ut en inneliggende pasient som er innlagt på tvang i henhold til paragraf 3-3. Nå som jeg skal fatte et overføringsvedtak, forsøker jeg å ringe pasientens pårørende. På denne posten kan pasienter ha opphold fra to uker og inntil ett år. Denne pasienten har en manisk bipolar lidelse, og er psykisk stabil så lenge hen tar medisiner. Vedkommende er vurdert som ikke samtykkekompetent, og skal fortsette med medisiner etter utskrivning. Forverringskriterier med risiko for at pasienten slutter med medisiner og blir manisk, gjør at hen må følges tett opp av DPS og ulike tilbud i bydelen. Pasienten vil fortsette med medisiner på tvang. En miljøterapeut og jeg informerer hen om at selve tvangen ikke er behandlingen, men kun en ramme og struktur for å drive behandling. Dette viser hen forståelse for.

13:55 Sammen med pasienten drøfter primærkontakt, gruppeleder og jeg hva vi har snakket om.

14:05 Kollegaveiledning med konstituert overlege. Sammen forsøker vi å kartlegge om en pasient som er innlagt til tvungen observasjon, har en psykoselidelse eller ikke. For en best mulig vurdering oppfordrer jeg han til å tenke bredt. Vi har ti dager på å diagnostisere pasienten, som vil bli fulgt opp døgnet rundt av personalet. På møtet diskuterer vi diagnose av flere pasienter, hvorvidt medisinerne er riktige, og hvordan samtalene går. I tillegg snakker vi om hva som er viktig for at han skal få løst oppgavene best mulig.

14:50 Nå starter skrivearbeidet, og jeg tar meg en kopp te. Alt skal dokumenteres, og jeg noterer meg hva som er blitt gjort gjennom dagen av samtaler med både pasienter, pårørende og kollegaer.

15:30 Vaktskiftet starter med forvakt og bakvakt, som begge begynner på jobb og trenger en rapport om dagens hendelser. Jeg orienterer dem om situasjonen på dagen

RUTH ABRAHAM

Ph.d. og spesialist i psykiatri

Overlege og assisterende avdelingsoverlege, Senter for psykisk helse og rus, Lovisenberg Diakonale Sykehus

Særlige interessefelt: transkulturell psykiatri, psykose og rettspsykiatri

samt hvilke pasienter som kan være aktuelle for dem. Alle rapporterer, og vi prater og rådfører oss med hverandre.

15:50 Mens jeg fullfører skrivearbeidet, tar jeg imot telefoner med spørsmål fra personalet vedrørende inneliggende pasienter og dessuten pasienter som er skrevet ut. Vi snakker om hvordan de har det, og hvordan de kan få det bedre.

17:05 Arbeidsdagen er over, og jeg kjører innom Lambertseter for å hente sønnen min, som må låne bilen. Han kjører meg hjem.

17:40 Idet jeg kommer inn døra hjemme, kjenner jeg duften av eksotiske krydderurter. Jeg skifter til en afrikansk, vid, lang og oransje og sort kjole som jeg synes er behagelig å ha på hjemme.

18:15 Middagen er klar. Mannen min har laget kinesisk og italiensk kyllingrett som vi koser oss med.

20:00 Etter middagen tar jeg imot telefoner fra folk som ønsker å komme på besøk.

21:00 Dagen har vært lang, og jeg kjenner meg sliten. På grunn av de høye strømprisene dropper jeg klesvasken, og tar meg heller en rask dusj. Etter kveldsstellet ser jeg på italienske nyheter og en nyhetsoppdatering fra den vanskelige situasjonen i Eritrea.

22:30 På senga starter jeg på romanen *Å vanne blomster på kvelden* av Valérie Perrin, som jeg har fått av en kollega. Det tar tid før jeg sovner.

MARTE NORDAHL TIDSSKRIFTET

Medisinsk Mållag har runda 50 år

Bokmålsdominansen i helsetenesta er overveldande, og engelsk språk er på frammarsj. Medisinsk Mållag trengst minst like mykje i dag som i 1972.

Mange nynorskingar har slutta å bruka nynorsk i møte med det store bokmålspresset på sjukehusa og i allmennpraksis. Helseinformasjonen til pasientar og til ålmenta er ikkje alltid folkeleg og lett skjønleg. Tenk berre på dei uleselege og langdryge innkallingsskriva som sjukehusa sender pasientane sine før innlegging. Det finst mange døme på at norske ord og vendingar må vika i møte med latinske og engelske variantar. Kvifor ikkje skriva *klaskefot* for det som på engelsk heiter *drop foot*? Og sist, men ikkje minst: For gode målfolk er det uråd å få døy i fred på nynorsk sidan den elektroniske dødsmeldinga berre finst på bokmål.

Målmedvitne lækjarar

I 1886, altså på Ivar Aasens tid, var det ei gryande interesse for landsmål i medisinsk fagspråk. Då vart heftet *Anatomiske termini fra det norske landsmål* publisert i Kristiania, som eit tillegg til Norsk Magazin for Lægevidenskab (1). Som det heiter i føreordet: «Mange vil efter gjennemlæsningen af dette lille hefte vistnok ligesom forfatteren forbauses over landsmålets uanede rigdom på dette område og det omfang af anatomisk viden, som derved gir sig tilkjende.»

«For gode målfolk er det uråd å få døy i fred på nynorsk sidan den elektroniske dødsmeldinga berre finst på bokmål»

Det var denne språklege rikdommen dei tidlegaste medisinske målstrevarane ville syna fram og ta i bruk. Først ved å danna Medisinar-mållaget Eir i 1934 for «fagleg arbeid og kameratsleg samvære» (2). Laget gav ut *Norsk Medicinsk Ordliste* i 1939 (2) og *Rettleiing i journalskriving* i 1956 (3).

Seinare vart målstrevet revitalisert gjennom Medisinsk Mållag, som vart skipa i 1972. Laget er ope for «alle som arbeider og studerer i det norske helsestellet» (4). Laget skal arbeida for å utvikla godt nynorsk medisinsk fagmål og sjå til at nynorsken får sitt

rette rom i helseinstitusjonar av alle slag.

I dag har laget rundt hundre medlemmer.

Den mest profilerte av medlemmene i Medisinsk Mållag har utan tvil vore Einfrid Perstølen (1917–2017). Sjølv kalla ho seg «den pågåande masekoppen». Ho var med på å skipa laget og var ei drivkraft bak utgjevinga av boka *Medisinsk journalskriving: rettleiing og journaldøme* nokre år seinare (5). Perstølen bidrog også til å få i gang arbeidet med *Norsk medisinsk ordbok*, som Audun Øyri (1926–2002) gav ut i 1988. Ordboka har førebels kome i ni utgåver, den siste i 2011 med Geir Sverre Braut og Dag Kristian Ellingsen som redaktørar (6).

Tidlegare berre latin og tysk, no berre engelsk

Den første medisinske disputasen i Noreg, i 1817, føregjekk på latin (7). Frederik Holst måtte gjennom ein dryg disputas høyra kommentarar frå heile 13 opposentar med ujamne latinkunnskapar. Seinare var tysk det dominerande publiseringsspråket for medisinarar, men etter dei to verdskrigane har engelsk dominert i stendig aukande grad.

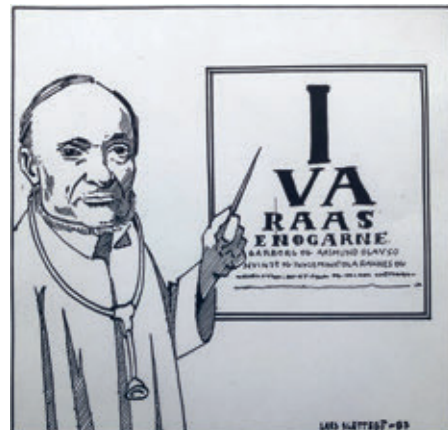
I dag blir dei aller fleste medisinske doktoravhandlingar her i landet skrivne på engelsk. Frå 2019 har Universitetet i Oslo tvinga gjennom at også disputasen skal vera på engelsk (8). Planane til universitetet om ein vitskapsby på Blindern med namnet *Oslo Science City* viser at eit pompøst språk ispedd engelsk grip om seg her i landet, og at Universitetet i Oslo i liten grad forstår den språklege delen av samfunnsansvaret sitt (9).

Norske medisinarar må sjølvstøtt delta i ordskifte med internasjonale fagfolk for å få vurdert egne fagartiklar og for å henta inn ny informasjon. Men samstundes må me kjenna medansvar for vedlikehald og utvikling av medisinsk kunnskap og norsk språk i Noreg.

Engelsken er blitt så dominerande i sjukehuskvardagen at me knapt ser skogen for berre tre. *Bli med på nettmøte* heiter i dag *Join our Journal Club for a scheduled Zoom meeting*. Det som bør forberast, får karakteren *Room for improvement!*

Medisinsk Mållag trengst

Som helsepersonell lever me i eit språkleg spenningsfelt mellom folkeleg og fagleg målbruk. Me treng å forstå kva pasientane våre seier på sitt eige mål. Samstundes må me utvikla eit fagspråk for å omtala sjukdomar og behandlingar så presist som



Ivar Aasen teikna av Lars Slettebø.

mogeleg. Difor må me ha oppfatningar om kva som er godt og presist språk, både i samtale mellom kollegaer og i møte med pasientane våre. Me bør også gjera vårt for å jekka ned den helseadministrative svadaen som har plaga oss dei siste 20 åra. Den nye språkløva, gjeldande frå 2022, er full av gode intensjonar, men venteleg altfor veik.

Medisinsk Mållag trengst minst like mykje i dag som for 50 år sidan, helst med like stor gjennomslagskraft som den gongen helsedirektør Torbjørn Mork (1928–92) sa: «Dette må vi ordne straks, ellers kommer Einfrid og tar oss!»

HALDOR SLETTEBØ

hsletteb@icloud.com

er spesialist i nevrokirurgi og tidlegare overlækjar på Oslo universitetssjukehus. Han var leiar av Medisinsk Mållag i perioden 1985–90.

LITTERATUR

- 1 Hennem JO. *Anatomiske Termini fra det norske landsmål*. Tillægshæfte til Norsk magazin for lægevidenskab, No. 1/1886. Kristiania: Det Steenske Bogtrykkeri, 1886.
- 2 *Norsk Medicinsk Ordliste*. Utgjeven av Medisinar-mållaget «Eir». Oslo: Olaf Norli's Forlag, 1939.
- 3 *Medisinar-mållaget Eir. Rettleiing i journalskriving* til 2. avdeling av det medisinske studiet. Oslo: Universitetsforlaget, 1956.
- 4 *Medisinsk Mållag*. Velkommen til Medisinsk mållag. Lesedato 23.1.2023
- 5 *Medisinsk journalskriving: rettleiing og journaldøme*. 2. utg. Oslo: Medisinsk Mållag, 1987.
- 6 Øyri A. *Norsk medisinsk ordbok*. 9. utg. Oslo: Samlaget, 2011.
- 7 Andersen SQ. Bakgrunn: Norges første doktorgrad. *Forskning.no* 13.12.2005. Lesedato 23.1.2023
- 8 Nylenna M. På vei mot en ny latintid. *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; 140: doi: 10.4045/tidsskr.20.0026.
- 9 Hegtun H. Gateway Oslo Stupidity. *Aftenposten* 3.12.2021. Lesedato 23.1.2023.

Et drap på Grünerløkka i 1898

I desember 1898 ble en fem år gammel gutt funnet drept på en utedo ved en bryggeritomt i Markveien i Oslo. Den 19 år gamle mannen som fant gutten, havnet raskt i politiets søkelys og ble året etter funnet skyldig. Tidsskriftet publiserte i 1899 en 75 sider lang detaljert «retsmedicinsk redegjørelse» av dr.med. Francis Harbitz og politilege Paul Winge. Hundre år etter drapet skrev Siri Forsmo og John-Arne Skolbekken et «hundreårsminne» om drapet samt pressens og Tidsskriftets dekning av saken. Under følger et utdrag av artikkelen (Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 4678–82).

JULIE DIDRIKSEN

julie.didriksen@tidsskriftet.no
Tidsskriftet

Drabet paa Grünerløkken – et hundreårsminne

Av Siri Forsmo og John-Arne Skolbekken

Det var den 19 ½ gamle Sigvard Tømte som 8. desember 1898 kl 1710 kom inn på Grünerløkka politistasjon i følge med bryggeriarbeideren Hans Olsen og meldte at han hadde funnet liket av en liten gutt, «som antagelig var myrdet».

På åstedet fant politiet et barnelik som lå på rygg med utstrakte armer og hodet dreid mot høyre. (...)

Etter å ha påvist funnstedet, ble Sigvard Tømte ført til hovedstasjonen for å avgi forklaring. Politilege Paul Winge og statskjemiker Schmelck ble tilkalt rundt kl 1900 for å undersøke mistenkelige blodflekker på Sigvards hender og klær og for å inspisere hans genitalia. Han ble samme kveld siktet for drap i forbindelse med sedelighetsforbrytelse. Liket ble brakt til Patologisk-anatomisk institutt på Rikshospitalet, og dagen etter ble det rekvirert rettsmedisinsk obduksjon samt undersøkelse av den siktedes klær og lommeørkle med henblikk på blod, ekskrementer og sæd. Politilege Paul Winge og dr.med. Harald Holm ble oppnevnt som psykiatrisk sakkyndige.

Hovedstadspressens dekning av drapet

Mens Aftenpostens overskrift varslet om Et Grufult Mord, var Dagbladets og Morgenbladets overskrifter mer nøkterne. Innholdet i artiklene levnet imidlertid liten tvil om grusomhetene.

Aftenpostens lesere ble informert om at gutten var blitt funnet «liggende død, svømmende i sit Blod Uhyggelig tilredet, Klæderne var i uorden, Kroppen blodig, og af det hele syntes det med Bestemthed at fremgaa, at den Sædelighedsforbrydelse var begaaet».

Journalistenes likskue

Aftenpostens medarbeidere drog i følge med to journalister fra andre aviser til Rikshospitalet «for at indhente nærmere Oplysninger og i Lighuset ta selve liget i Øiesyn». Under påskudd av å ha politiets tillatelse fikk de adgang til å skue liket. Dagen etter drapet kunne man derfor i Aftenposten, Dagbladet og Morgenbladet lese detaljerte beskrivelser av liket. Utover de synlige skadene kunne Aftenposten berette om «et uskyldigt lidet Barneansigt, i hvilket der ikke sporedes nogen Rædsel».

«Han mente først at han ikke hadde rørt liket, senere endret han forklaringen til å passe med hvorfor han hadde blod på hender og klær»

Portrettet av en morder

Avisene var nådeløse i sin karakteristikk av gjerningsmannen. Aftenposten mente at motivet for drapet, å skjule en sedelighetsforbrytelse, «tyder paa en indtil Vanvid grænsende Perversitet hos Forøveren». Dagbladet omtalte Sigvard Tømte som umenneske i den første reportasjen. (...) Aftenposten fortalte at Sigvard Tømte «i længre Tid har været en ren Skræk for Smaaagutter paa Grünerløkken». Man kunne lese at han allerede var idømt en betinget dom for sedelighetsforbrytelser mot småpiker, samtidig som det var klart at han var «bekjent som en Døgenigt og Dagdriver Foruden en hel Del Smaaating, som taler mod ham». (...)

De første beskrivelsene bygde åpenbart på rykter og annenhåndsinformasjon. Det rettslige forhøret dagen etter drapet ble ført for lukkede dører, men Aftenposten rakk allikevel å ta Sigvard Tømte i øyesyn. Beskrivelsene av ham mildnet noe etter det. (...) «... man forbauses over, at en Gutunge, som han nærmest ser ud til at være, skal have kunnet begaa saa forfærdelige Ugjeringer».

Tidsskriftets dekning av drapet

Dr.med Francis Harbitz og politilege Paul Winge var medisinsk sakkyndige under etterforskningen og rettssaken. Deres «retsmedicinsk(e) redegjørelse» gikk som «føljetong» i to påfølgende numre av Tidsskriftet. Artiklene er en omfattende beskrivelse av omstendighetene rundt drapet, åstedet, obduksjonsrapporten, den psykiatriske vurderingen og rettssaken.

Siktedes forklaring

Sigvard Tømtes egen forklaring gikk ut på at han tilfeldigvis hadde funnet liket på do. Han mente først at han ikke hadde rørt liket, senere endret han forklaringen til å passe med hvorfor han hadde blod på hender og klær. En annen forklaring gikk ut på at gutten hadde snakket til ham og sagt «de har skjært mig med en kniv i halsen; jeg tror, jeg dør». Etter funnet av den døde gutten sprang han til sin mors fiskebod hvor også Hans Olsen befant seg og fortalte «nu har jeg set et stygt syn; jeg har set en død unge paa do». Hans Olsen fulgte Sigvard Tømte til funnstedet hvorpå de gikk til politiet.

På politistasjonen og på vei tilbake til funnstedet ble det i ettertid bemerkt at Sigvard virket oppskaket og urolig. Han pratet høyt og fortalte vekselvis både om en gutt og en mann «som holder paa at dø». Til en konstabel sa han «det er forførdelig, at de skulde gaa hen og dræbe et lidet barn; kan ikke politiet greie denne her, er det daarligt gjort».

Obduksjonen

(...) Ved undersøkelse ble det funnet i alt 13 stikk- og skjæreskader i hode- og halsregion, samt noen overflatiske risp. Man konstaterte at vv. Jugularis interna og externa var over-skåret på høyre side, men at de store arterier var hele. Et av stikkene gikk helt inn i larynx, et annet gikk inn mellom andre og tredje halsvirvel med overskjæring av ryggmargen. (...)

Det ble konkludert med at sårene på halsen sannsynligvis var påført med kniv. Dødsårsaken var forblødning og gjennomskjæring av ryggmargen. Skadene på penis

og endetarm samt omstendighetene rundt drapet tydet på at det var «blevet begaaet en sedelighedsforbrydelse».

Sigvards klær ble undersøkt for blod, sæd og ekskrementer, og også denne beskrivelsen er gjengitt i sin helhet. Klærne var fillete og skitne, skoene var utslitt. Man påviste flere, til dels store blodflekker på skjorte-flakene, både foran og bak, og mindre flekker på buksen, langs lårene og rundt buksesmekken. Det ble ikke funnet sædflekker. Drapsvåpenet ble aldri funnet.

Rettspsykiatrisk erklæring

Erklæringen er gjengitt i sin helhet og konkluderte med at Sigvard ikke var sinnsyk og at han 8. desember 1898 ikke «befandt sig i bevidstløs tilstand».

Rapporten går inngående inn på den nærmeste families helsetilstand og opplysninger om «nervøs belastning». (...)

Sigvard var «ægte født» «til normal tid» og hadde «i barndommen ikke frembudt symptomer paa rachit, epilepsi eller hysteri». Han begynte på Ruseløkka skole i 1886, men ble etter kort tid i første klasse overflyttet til Sagene skole uten at vi får vite grunnen. Allerede i andre skoleår gjorde han seg bemerket som ukonsentrert og uoppmerksom, «forstyrrede sine kamerater og hindrede hele klassens arbeide, paa samme tid som han intet lærte». Han måtte gå om igjen både første og annen klasse og gjorde «kun ringe fremskridt». Dette ble forklart som mangel på flid, «ikke saa meget paa grund af smaa evner». I 1890 var det tatt kontakt med hjemmet: «Dette skede nu uden synderlig frugt, og naturlig nok: faderen maa skøtte sit arbeide fra morgen til aften, og moderen staar paa torvet, og Sigvard er uden tilsyn». Han skulke skolen og stjal penger, blant annet til «kognak». Overlæreren ved Sagene foreslo for skolestyret «Sigvard T. udsat». Han ble «udsat til forpleining» hos Tøger H. Slottet i Rakkestad og var der i to og et halvt år inntil konfirmasjonen. Deretter kom han tilbake til sine foreldre «som straks søgte at faa ham anbragt i arbeide». Han var imidlertid en ustabil arbeidskraft og «forlod det ene arbeide efter det andet». (...)

Faren mente Sigvard var snill, mens moren fortalte at han i hjemmet var «slem», «ulydig, slem i munnen, ligesom han uden tvil har stjaalet penge fra moderen». Mange vitner beskrev Sigvard som feig, utpekulert og upålitelig. Noen mente imidlertid han var snill, godhjertet og medgjørlig. Kamera-ter fortalte at han var nokså barnslig og lett tok til tårene når han fikk «juling».

Psykiaterne fant ingen holdepunkter for vrangforestillinger eller paranoide tendenser. De påpekte imidlertid tendens til skryt og selvforherligelse, spesielt i beruset tilstand. (...) Allerede som skolegutt ble han en del ganger observert beruset, men først det siste året før siktelsen virket det som han konsumerte alkohol jevnlig, antageligvis daglig. (...)

Rapporten går også inn på siktedes «kjønsliv». (...) Ingen vitneuttalelser tydet på «kontrære seksuelle anlæg», han var aldri «klinet» mod kameraterne». Sommeren 1898 ble han funnet skyldig i et «sexuelt attentat» mot en seks år gammel jente og dømt til 15 dagers betinget fengsel.

«Drapsvåpenet ble aldri funnet»

Psykiaterne fant ingen holdepunkter på «masochistiske eller fetichistiske tilbøieligheder». Heller ikke sadistiske trekk kunne påvises. (...)

Under den judisielle observasjonen oppførte Sigvard seg godt, klaget ikke på noe og sov stort sett godt om nettene. 17. januar 1899 fortalte han en betjent at han ønsket å tilstå. Tilståelsen ble bekreftet i et rettsmøte dagen etter, men med få detaljer: «Jeg ved ikke, hvad jeg har gjort i fylla.» Tilståelsen ble trukket tilbake 26. januar s.å. under begrunnelse av at han ved en tilståelse hadde trodd han ville få det bedre. (...) Man fant ham intelligensmessig «at ligge betydelig under det gjennomsnit, man er vant til at se hos fanger af hans stand og vilkaar». (...) Man observerte ingen epileptiske symptomer eller hallucinasjoner. Det ble passet på om han allanerte, men uten påvisning av en slik «uvane».

Psykiaterne konkluderte med at Sigvard tilhørte en, i psykisk henseende, svak slekt og at han selv måtte «opfattes som et degenerert individ» (...) Siden sadisme ikke var konstatert eller at den siktedes «imbecillitet» ikke beviselig er komplisert hverken med tvangsmæssige tilbøieligheder, grave nervesygdomme (specielt epilepsi), forvirringsanfald, vrangforestillinger eller hallucinationer» kunne det ikke konkluderes med sinnsykdom i rettsmedisinsk forstand.

Rettsaken

(...) Sigvard Tømte ble dømt til straffarbeid på livstid. Fem dager senere anket han straffeutmålingen til Høyesterett, men denne ble avslått 11. april 1899.

Diskusjon

Mye taler for at rett person ble dømt for drapet, men i et historisk lys gjør vi oss visse refleksjoner over pressens og Tidsskriftets omtale. Vi oppfatter Tidsskriftets artikkel som en beskrivelse av medisinerens rolle i etterforskningen av et oppsøksvekkende drap. Den er imidlertid supplert med såpass mange detaljer og vitneuttalelser at den må ansees å overskride det som forventes å være legenes rolle i etterforskningen av kriminalsaker. Den er en detaljert kriminalrapport hvor navngitte personer utleveres med flere opplysninger og bilder enn Kristiania-pressen stod for.

(...) Det totale fravær av personvern er påfallende sett ut fra vår tid. Den antatte gjerningsmannen og hans foreldre ble fra første stund omtalt med fullt navn og adresse. Det samme var tilfelle for offeret og hans familie. (...)

Den arresterte ble fra første stund i de nevnte aviser omtalt som «morderen». Uten å betvile domstolens avgjørelse, kan vi lett fastslå at pressen hadde dømt ham på forhånd. Dette opplever vi som en stor kontrast til hvordan pressen i dag dekker kriminelle handlinger av liknende eller annen karakter og er utvilsomt et fremskritt for prinsippet om at ingen er skyldig før dom. (...)

Sigvard Tømte ble erklært som et «degenerert individ» og å tilhøre en psykisk svak slekt, til tross for at det ikke forelå rapporter om sinnslidelser eller «nervesygdom» i familien. Et spørsmål man i dag kan stille seg er om ikke dette ville blitt trukket frem som formildende omstendigheter ved vurderingen av tilregnelighet og ved straffeutmålingen. Vi antar også at de psykiatrisk sakkyndige hundre år senere ville valgt andre uttrykk i beskrivelsene av siktedes personlighet.

Erklæringen ble avgitt i en periode da det ble reist kritikk mot den psykiatriske sakkyndighetsvesen. Viktige reformer, som opprettelsen av den rettsmedisinske kommisjon fra juli 1900 og nye utilregnelighetsregler i straffeloven av 1902, fulgte kort tid etter saken mot Tømte. Det er imidlertid intet i vårt kildemateriale som tyder på kritikk mot den psykiatriske vurderingen av ham.

Drabet paa Grünerløkken er i dag glemt, og alle involverte er borte. Tilsvarende «retsmedisinske redegørelser» finner man ikke lenger i Tidsskriftet, og vi formoder at den i dag ville blitt bedømt som et grovt brudd på taushetsplikten. Pressen er også mer forsiktig i beskrivelsen av mistenkte og siktede i straffesaker. (...)

Gode råd når god omsorg til personer med demens er utfordrende



DUMME PASIENTER OG TROLL TIL PLEIERE?

Bjørn Lichthwarck, Janne Myhre
Ny forståelse av aggresjon, overgrep og utelatt helsehjelp i institusjon. 190 s., tab., ill. Bergen: Fagbokforlaget, 2022. Pris NOK 389
ISBN 978-82-450-3560-5

Forfatterne er henholdsvis lege med spesialitet i allmennmedisin og kompetanse i alders- og sykehjemsmedisin, og spesialsykepleier i geriatri og psykiatri. Begge har ph.d. innen tematikken som boken omhandler, og de refererer til egen forskning. Målgruppen er ledere og helsepersonell

med omsorg for personer med demens i sykehjem. Intensjonen er å gi ny kunnskap om hvordan aggresjon, overgrep og utelatt helsehjelp utspiller seg i klinisk praksis, og beskrive tilnærminger som kan forebygge og redusere disse uønskede fenomenene. Initiativet er prisverdig og kommer i en tid der vi opplever medieoppslag om sviktende omsorg for personer med demens i helsehus.

Boken har tre omtrent like lange deler. Del 1 omhandler forståelse av begrepene aggresjon, overgrep og utelatt helsehjelp. Det er et hovedpoeng at dette er komplekse fenomener og at kompleksiteten må forstås for å kunne gjøre de riktige tilnærmingene. Del 2 beskriver aggresjon, overgrep og utelatt helsehjelp i praksis, om forekomst og forløp, konsekvenser og etiske dilemmaer. Denne delen avsluttes med ledelsens betydning og institusjonen satt inn i en utvidet kontekst i samfunnet, der alderisme, bemanning og kompetanse er viktige faktorer. Del 3 er den mest givende delen, med råd om tilnærminger som kan redusere aggresjon, overgrep og utelatt helsehjelp. Denne delen kunne hatt større plass og mer praktiske råd om tilnærming, men beskri-

velse av modeller for forebygging og tilnærming er nyttige.

Tittelen er provoserende og pirrer nysgjerrigheten, men lover kanskje mer enn den kan gi. Det begynner med en pasienthistorie, «Han Peder og drømmen», som følges opp i avsnittene om etiske dilemmaer og modeller for tilnærming. Mer bruk av slike illustrerende pasienthistorier hadde gjort boken lettere å lese. Teksten er til dels tung å lese og med stor vekt på teoretiske drøftinger.

Boken egner seg bedre til forskere og i spesialistutdanningene enn som lærebok til grunnutdanningene. Men tematikken er såpass viktig at den kan være en kilde til kunnskap for de som underviser i grunnutdanningene og til ansvarlige for kompetanseoppbygging, rutiner og behandlingskultur i sykehjemmene. Boken anbefales først og fremst til ledere av sykehjem og liknende institusjoner som gir omsorg til personer med demens.

ANETTE HYLEN RANHOFF

Professor i geriatri, Universitetet i Bergen

Fortellinger om kjønnssykdommer med historisk tilbakeblikk



I SENG MED FIENDEN

Ellen Støkken Dahl
Eller Venus' forbannelser. Skrekkelige fortellinger om kjønnssykdommer. 216 s., ill. Stavanger: Pelikanen forlag, 2022. Pris NOK 349
ISBN 978-82-8383-125-2

I seng med fienden tar deg med inn på legekantoret der legen, med humor og innsikt, leker Hercule Poirot for å finne årsakene til pasientenes skrekkelige symptomer og underlivsplager. Omslaget på

boken viser en mann med «stjernerdyss» eller roseola, andre stadium av syfilis, og er dekorert med et dryss av skabbmidd.

For fem år siden, ennå som medisinstudent, skrev Ellen Støkken Dahl sammen med Nina Brochmann suksessen *Gleden med skjeden*, som er oversatt til 36 språk. I *seng med fienden* er Støkken Dahl alene forfatter.

Boken har 11 kapitler, med litt om de 11 vanligste kjønnssykdommene. Det er ingen lærebok, men beskriver oppgaven å raskt stille diagnose og gi effektiv behandling for symptomatiske infeksjoner, helst allerede ved første besøk. For å klare det er flittig bruk av mikroskop nødvendig, noe forfatteren framhever.

Mycoplasma genitalium beskrives som Lille My, klamydias brysomme lillesøster. På grunn av rask resistensutvikling frarådes diagnostikk og behandling av asymptomatisk infeksjon, noe som kan være vanskelig å forklare for pasienten.

Kjønnsvorter er godt beskrevet i form av blomkålsliknende utvekster analt hos en homofil mann, og blodprøve for syfilis ble

tatt fordi han hadde suspekt utslett. I motsetning til test for *Mycoplasma genitalium* bør serologi for syfilis og hiv tas som rutinetest, i hvert fall på alle homofile menn som ønsker sjekk for kjønnssykdom.

Boken har interessante historiske tilbakeblikk med behandling som kunne være farligere enn sykdommen. Den har også en fylldig litteraturliste. Jeg savner mer diskusjon og informasjon til pasientene om smittesporing, som er lovpålagt for gonorré, klamydia, syfilis og hiv. Uten behandling av fast partner vil pasienten oftest smittes på ny. Smittekilde må oppspores for å bryte smittekjeder.

Kjønnssykdommer er skambelagt, selv om de oftest er ufarlige. Å minske skammen er et av hovedbudskapene i boken, med herpes som godt eksempel.

Boken er underholdende og informativ, og kan gjerne leses fra perm til perm.

HARALD MOI

Lørenskog

Lettfattelig og innholdsrik startbok i kognitiv atferdsterapi



ABC I KOGNITIV TERAPI

Egil W. Martinsen, Erik Falkum, Ole Rikard Haavet et al.
Startbok for helsearbeidere.
2. utg. 114 s., ill. Bergen: Fagbokforlaget, 2021.
Pris NOK 199
ISBN 978-82-450-3808-8

ABC i kognitiv terapi – Startbok for helsearbeidere er revidert og oppdatert. Den er tiltenkt studenter og helsearbeidere samt pasienter og pårørende. Bakgrunnen for boken er forfatternes mangeårig erfaring som terapeuter og undervisere. Den er lansert som praksisnær og skrevet i enkelt språk.

Med sine ti kapitler dekker den blant annet

alliansens betydning, den kognitive grunnmodellen, depresjon, angstlidelser, kroppslige symptomer, barn og ungdom, og kognitiv atferdsterapi i primærhelsetjenesten.

Ti kapitler på drøye hundre sider er ambisiøst, og enkelte kapitler blir korte og overfladiske. Spesielt omtalen av barn og unge blir for kort, med henblikk på den store betydning intervensjoner og forebyggende tiltak kan ha for resten av livet. Det foreligger mye litteratur på området og flere vel-dokumenterte programmer.

Den sokratiske dialog kunne med fordel fått plass i kapitlet om alliansens betydning. Sokratisk dialog er grunnleggende for utøvelsen av kognitiv terapi. Den er alliansefremmende og essensiell for at terapien blir et samarbeidsprosjekt. Terapeutens tilgang er genuint undrende med hyppige oppsummeringer, som sikrer felles forståelse.

Vi gjør oppmerksom på at påstanden på side 24, «I kognitiv terapi er vi ikke så interessert i hvorfor psykiske plager oppstår», ikke alltid er korrekt, og temaet blir da også motsagt på side 27 med omtale av grunnleggende selvoppfatninger/leveregler og sekundære leveregler.

Strammere redigering savnes, og interne referanser ville gitt et pedagogisk løft og bidratt til å knytte boken bedre sammen.

Vi vil imidlertid påpeke at det er befriende å lese en bok som omtaler utfordrende teori og praksis på en så lettfattelig måte. Dette krever stort overskudd av kunnskap og erfaring fra forfatternes side.

Boken har et innbydende og overkommelig format, og holder det den lover i innledningen. Pasienter og pårørende kan nok ha utbytte av å lese boken, selv om den primært henvender seg til fagpersoner.

Selv om en liten bok på 114 sider ikke er den eneste ballast en terapeut bør ha, så rommer boken såpass meget at den kan være en god start. Vi kan varmt anbefale boken som en første pensumbok ved kurs og utdanninger i kognitiv terapi.

MARGARETHA DRAMSDAHL

Overlege/psykiater, Epilepsihospitalet Filadelfia, Danmark

HUGO A. JØRGENSEN

Professor emeritus, overlege/psykiater, Privathospitalet Skovhus, Danmark

Vanlige mennesker kan hjelpe dem med psykiske lidelser



HVIS PSYKISK HELSEVERN IKKE FANTES

Trond F. Aarre
Psykiatri for ikke-psykiatere. 185 s. Bergen: Fagbokforlaget, 2022. Pris NOK 328
ISBN 978-82-450-4104-0

Trond F. Aarre er spesialist i psykiatri og i rusmedisin og overlege på Nordfjordeid Psykiatrisenter. Han har skrevet flere fagbøker og er aktiv i samfunnsdebatten om psykisk helse. Denne bokas målgruppe er mennesker som vil hjelpe folk med psykiske plager.

Boka inneholder flere oversiktskapitler

med nyttig kunnskap forklart på en enkel måte. Det er kapitler om organisering, juridisk rammeverk, diagnostisering og behandling innen psykisk helse. Han benytter seg av skjønnlitteratur for å beskrive symptomer og plager. Videre peker han på at diagnoser ofte ikke gir veiledning om behandling, årsaker og prognose. Han avviser ikke samfunnets behov for spesialister innen psykisk helse. Mange pasienter med alvorlige, kroniske og kompliserte sykdommer trenger psykiatrisk og psykologisk spisskompetanse.

Aarre drøfter hvordan vi som samfunn oppfatter mennesker med psykiske problemer og hvilke løsninger vi tilbyr. Mye av det som klassifiseres som psykiske lidelser, er vanlige problemer som de fleste av oss kan oppleve i løpet av livet. Forfatteren ønsker å normalisere mange av disse problemene og å åpne opp for at andre enn spesialister innen psykisk helsevern kan hjelpe til.

Aarre viser seg som en klok og erfaren kliniker. I kapittel 2 og 8 gir han helt konkrete råd om hvordan man snakker til men-

nesker som sliter, og han foreslår kloke og gjennomførbare tiltak.

Som veileder i allmennmedisin har jeg sett mange unge kolleger opplevd hjelpeløshet overfor psykisk syke. Mange tyr raskt til reseptblokken og henvisning til spesialist. Noen skylder på dårlig tid, men ofte handler det om manglende tiltro til egen evne. Allmennleger er en gruppe som bør hindre medikalisering og bidra til normalisering av vanlige psykiske lidelser. Som Aarre påpeker er det mange mennesker som kan og bør bidra. Denne boka vil gi dem økt tiltro til egen mestring i møte med mennesker som sliter.

Boka er godt skrevet, og er strukturert og lettlest. Den anbefales til ikke-spesialister i alle deler av samfunnet som ønsker å være støtte for en venn, en kollega eller en pårørende.

BENTE ASCHIM

Spesialist i allmennmedisin og rådgivende lege, Poliklinikken psykisk helse og arbeid, Diakonhjemmets sykehus

UNIVERSITETET I OSLO

www.med.uio.no/disputaser/



KIM MAGNUS ADVOCAT SANDBERG ENDRE

Atopic dermatitis in infancy. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 9.3.2023.

Bedømmelseskommité: Tove Agner, University of Copenhagen, Danmark, Knut Asbjørn Alexander Øymar, Universitetet i Bergen, og Hege Elisabeth Giercksky Russnes, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Linn A. Landrø, Petter Gjersvik, Karin C. Lødrup Carlsen og Håvard O. Skjerven.

NIKIAS IOANNIS SIAFARIKAS

Depression and neuropsychiatric symptoms in elderly with MCI and Alzheimer's disease: frequencies, mechanisms and association with neurodegeneration. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 16.3.2023.

Bedømmelseskommité: Hanneke Rhodius-Meester, Amsterdam UMC – University Medical Centers, Nederland, Hugo Lövhelm, Umeå University, Sverige, og Turid Birgitte Boye, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Dag Aarsland, Tormod Fladby, Geir Selbæk og Eirik Auning.

UNIVERSITETET I STAVANGER

Universitetet i Stavanger (uis.no)



PER POELHØI BREDMOSE

National implementation of whole crew on-call in situ simulation in Norwegian HEMS; feasibility, challenges, and possibilities. Utgår fra Det helsevitenskapelige fakultet. Disputas 2.11.2022.

Bedømmelseskommité: Rasmus Tingkær Hessel-feldt, Rigshospitalet, Danmark, Piritta Anniina Setälä, Prehospital Centre for Emergency Care, Tampere University Hospital, Finland, og Nils Petter Oveland, Universitetet i Stavanger/ Stavanger universitetssykehus.

Veiledere: Stephen J.M. Sollid, Doris Østergaard og Jostein Skjalg Hagemo.

UNIVERSITETET I BERGEN

www.uib.no/info/dr_grad/



ELINOR CHELSOM VOGT

Epidemiology and etiology of primary ovarian insufficiency. Utgår fra Klinisk institutt 2. Disputas 2.3.2023.

Bedømmelseskommité: Nicholas Panay, Imperial College London, Storbritannia, Elisabeth Qvigstad, Universitetet i Oslo, og Cathrine Ebbing, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Marianne Øksnes, Eystein Husebye og Sigrður Björnsdóttir.

Bedømmelseskommité: Stephen Sollid, Universitetet i Oslo, Helen Brandstorp, UiT Norges arktiske universitet, og Ole Jakob Torkildsen Møllerløyken, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Erik Zakariassen og Steinar Hunsbår.

PHILIPP STRAUSS

From archival tissues to systems biology: Using transcriptomics to investigate the progression of kidney disease. Utgår fra Klinisk institutt 1. Disputas 13.3.2023.

Bedømmelseskommité: Rachel Lennon, Universitetet i Manchester, Storbritannia, Ivar Anders Eide, Akershus universitetssykehus, og Stefan Johansson, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Øystein Eikrem, Hans-Peter Marti og Camilla Tøndel.

CHRISTIAN LYCKE ELLINGSEN

Quality aspects of the Norwegian cause of death statistics. Utgår fra Institutt for global helse og samfunnsmedisin. Disputas 14.3.2023.

Bedømmelseskommité: Lars Johan Vatten, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Jytte Baner, Københavns Universitet, Danmark, og Svein Skeie, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Geir Sverre Braut, Cecilie Alfsen og Stein Emil Vollset.

DAG STÅLE NYSTØYL

Interactions between the Helicopter Emergency Medical Service (HEMS) and Primary Emergency Health Care in Norway. Utgår fra Institutt for global helse og samfunnsmedisin. Disputas 8.3.2023.

JOHAN EMIL LANGE



Johan Emil Lange, eller bare «Milen» blant venner og kolleger, sovnet stille inn 27. januar 2023, en drøy måned før han skulle fylle 90 år.

Milen var 4. generasjon lege på farsiden. Etter artium ved Oslo katedralskole startet han på medisinstudiet i Graz i Østerrike, men kom inn i Oslo året etter og ble uteksaminert i 1959. Etter turnus i Fredrikstad og i Vestre Slidre var han underordnet lege i Fredrikstad og på Røros. Han ble spesialist i generell kirurgi i 1967 og var i tre år ansatt ved sykehuset i Arendal. Etter ett år på Kirurgisk avdeling III ved Ullevål, ble han ansatt ved Kronprinsesse Märthas Institutt. I 1974

flyttet han over gårdsplassen til Sophies Minde Ortopedisk Hospital (SMOH), der han ble resten av sin karriere. Han ble spesialist i ortopedisk kirurgi i 1976 og ansatt som reservelege ved Protesesenteret, med fast ansettelse som overlege i 1982.

Milen spesialiserte seg på behandling av skoliose, der SMOH i mange år hadde landsfunksjon, og han ble en av pionerene i norsk elektiv spinalkirurgi. Han var meget grundig i oppfølgingen av sine pasienter og fylte samvittighetsfullt ut et detaljert dataark ved hver eneste kontroll til forskning på egne resultater. Han samlet et unikt databasemateriale bestående av 618 pasienter primært behandlet med Bostonkorsett for skoliose.

Milen ble pensjonist 70 år gammel i 2003, men fortsatte som ansatt med konsultativ virksomhet frem til han fylte 75 år i 2008. Som pensjonist fulgte han opp skoliose-pasientene på Rikshospitalet med langtids-observasjoner opp til 32 år. Arbeidet resulterte i seks publiserte artikler i internasjonalt anerkjente fagtidsskrifter. Etter planen skulle dette livsverket bli Milens doktorgradsarbeid, men av helsemessige grunner lot planen seg ikke gjennomføre.

Milen var en usedvanlig dedikert og entusiastisk ortoped med en enorm arbeidskapasitet. Han var utrustet med en urkraftlignende energi som ga ham en egen stayer-evne slik at han aldri ga opp muligheten til å hjelpe sine pasienter til et bedre liv, selv om det kunne bli flere reoperasjoner.

Milen var glad i natur og musikk og var i 40 år medlem i frimurerorkesteret. Han kunne være streng, men vil bli husket som en varm og empatisk person full av livslyst, en gentleman som med sine talegaver og med pipe i munnen og spill på fele eller munns spill ofte ble festens midtpunkt. Vi som arbeidskolleger føler oss privilegerte som har fått oppleve hedersmannen Milen gjennom hans lange yrkesliv. Våre tanker går til familien, og vi lyser fred over Milens minne.

HARALD STEEN, ROGER SØRENSEN, TERJE TERJESEN, JENS IVAR BROX, LEIF PÅL KRISTIANSEN, TRYGVE KJELSTRUP, RAGNHILD GUNDERSON, ANITA INGE-MUNDSEN, AINA STEIGEN, ASTRID HAMRE, MONA KVIEN, TONE SELLEVOLD SOLTVEDT, EVA KORSELL, ANNE ERVIK, GRAHAM NELSON

HARALD NYLAND



Nevrolog og professor Harald Inge Nyland døde 15. februar 2023, nær 81 år gammel.

Harald Nyland har vært en markant personlighet i norsk nevrologi over mange tiår. Han hadde hele sitt virke ved Haukeland universitetssjukehus og Universitetet i Bergen. Han ble dosent i nevrologi i 1981 og professor i 1985, bare 43 år gammel.

Han hadde en sentral rolle i undervisningen av medisinerstudenter helt frem til pensjonsalder. Tidligere studenter vil huske hans måte å nærme seg pasienter på, med stor ydmykhet og empati. Pasientene hadde alltid stor tillit til ham. Studenter og unge

leger ble inspirert av hans tilnærming til fagfeltet nevrologi og hvordan han logisk resonerte for å kunne avdekke diagnose og starte effektiv behandling. Mange av hans studenter valgte nevrologi som spesialitet nettopp på grunn av hans personlighet og undervisning.

Harald har hatt en omfattende forskningsaktivitet. Han har rekruttert en rekke studenter og leger inn i klinisk forskning, spesielt innen multipel sklerose og andre immunologiske sykdommer i hjernen og nervesystemet. Han lot studenter og forskere utvikle seg med høy grad av selvstendighet slik at flere av hans kandidater har blitt sentrale forskere ved Universitetet i Bergen. I sin forskning var han også en pioner i tverrfaglighet, med inklusjon av basalforskningsmiljøene og de fleste helsefagene.

Han var forskningsaktiv også etter at han ble pensjonist. De siste årene arbeidet han mye med kroniske tretthetssyndromer, som alltid med stor omtanke for pasientene.

Harald hadde en personlighet med smittende entusiasme. Han var ydmyk, skarpsindig og kunnskapsrik, og med et kritisk

skråblikk på allmenne sannheter. Han brukte selvironi og skapte tillit. På denne måten etablerte han seg som en sentral person i det nevrologiske fagfeltet ved Haukeland universitetssjukehus, så vel som nasjonalt og internasjonalt. I 2006 ble han utnevnt til ridder av 1. klasse av St. Olavs Orden for sin innsats innen medisin og nevrologi.

Harald Nyland etterlater seg tre barn, med svigerbarn og barnebarn. Kolleger ved Haukeland universitetssjukehus og ved Universitetet i Bergen minnes ham med glede, takknemlighet og stor ærbødighet.

OLE-BJØRN TYSNES, NILS ERIK GILHUS, BERNT ENGELSEN, KJELL-MORTEN MYHR, CHRISTIAN VEDELER, HALVOR NÆSS

OLE DIDRIK LÆRUM



Tidligere rektor ved Universitetet i Bergen, professor, formidler og patolog Ole Didrik Lærum døde 24. januar, 82 år gammel. Han ble født i Bærum 23. april 1940. Like etter fikk faren distriktslegestilling og flyttet med familien til Vossevangen, som lå i ruiner etter tysk bombing. Han vokste opp på Voss.

Ole Didrik startet på medisinstudiet i Oslo, før han som 22-åring ble invitert som hospitant til Pasteur-instituttet i Paris. Oppholdet der, og inspirasjon fra fagmiljøet ved Rikshospitalet i Oslo, førte ham inn i forskningen og patologifaget. Han gjennomførte spesialisering i

ring i patologi og ble i 1974 ansatt ved Gades institutt i Bergen. Her utviklet han et aktivt forskningsmiljø som gjennom årene arbeidet med mange problemstillinger. Mekanismer for kreftutvikling og regulering av celledeling var et hovedtema, men også biologiske mekanismer for hjernekreft, regulering av bloddannende celler i beinmargen, og biologiske rytmer ble studert. Lærum var den første i Norden som etablerte væskestrømscytometri, og dette er nå en mye brukt metode innen forskning og klinikk.

Han var en svært aktiv forsker med en produksjon på mer enn 350 artikler og rundt 30 bøker, og han veiledet mange kandidater til doktorgrad. Han har dessuten vært en pioner i utnyttelse av patologenes arkivmateriale, som siden 1930-tallet er samlet ved norske sykehus. Forfatterskapet rommer publikasjoner innen kulturhistorie og medisinske historie samt en rekke humoristiske artikler og bøker fra den medisinske verden.

Ole Didrik var prorektor og rektor ved Universitetet i Bergen 1984–95. Han huskes som en klok, nærværende og raus rektor som så mennesker. Etter pensjonering fortsatte

han som professor emeritus ved Universitetet i Bergen, samtidig som han var tilknyttet Københavns Universitet i et adjungert profesorat. Han var i mange år et aktivt medlem av Det Norske Videnskaps-Akademi, hvor han var preses og visepreses i perioden 2005–08.

Lærum stilte alltid villig opp ved tilstelninger med humoristiske, anekdotiske og detaljrike foredrag som knyttet sammen historie og nåtid. Hans musikk talent er også velkjent. Etter en Europatur kom han hjem med et flere meter langt alpehorn som det ble tutet med i korridorene.

Ole Didrik gjorde en stor innsats for å samle og ta vare på medisinsk historie i Bergen, spesielt fra Gades institutt. Vi vil minnes ham med dyp takknemlighet, respekt og glede. Våre tanker og dypeste medfølelse går til familien og hans nærmeste.

På vegne av kolleger og venner:

INGE MORILD, LARS A. AKSLEN,
ANDERS MOLVEN, KATHRINE SKARSTEIN,
BJØRN I. BERTELSEN, SVERRE MØRK,
OLE PETTER F. CLAUSEN

MAGNAR ULSTEIN



7. mars 2022 kom den tunge beskjeden om at min gode kollega, venn og mentor, tidligere overlege og professor Magnar Ulstein, var død etter noen tids sykdom.

Han ble født 4. august 1933 i Ulsteinvik. Han avla examen artium i Volda før han begynte å studere medisin, og han var ferdig utdannet lege ved Universitetet i Bergen i 1959.

Etter turnustjeneste på Stavanger sykehus og i Vågsøy, ble det kirurgisk tjeneste på Horten sykehus. Deretter begynte han på sin løpebane i gynekologi, først i Sarpsborg, deretter i Sverige på Kvinnokliniken, Sahl-

grenska universitetssjukhuset, og på Kvinnokliniken, Östra sjukhuset.

De neste årene var han avdelingsoverlege ved Gynekologisk avdeling, Ålesund sykehus (1971–74), dosent ved Kvinneklubben, Haukeland universitetssykehus (1975–77), og professor og overlege ved Regionsykehuset i Trondheim (1978–79), før han returnerte til Kvinneklubben ved Haukeland som professor og overlege. Han ble på sistnevnte til oppnådd pensjonsalder.

Professor Ulstein hadde flere utenlandsopphold, blant annet som forskningsstipendiat ved University of Washington og gjennom studiereiser til Nepal, hvor han også arbeidet som lege i Katmandu.

Han har vært generalsekretær i Nordisk forening for gynekologi og obstetikk, og medlem av spesialistkomiteen i faget.

Han disputerte i 1972 med en avhandling om mannlig infertilitet. Det var reproduksjonsmedisin han brant for, og han har hjulpet mange par med å få deres største ønske oppfylt: å få barn. Han var initiativtaker og pådriver i arbeidet med å komme i gang med assistert befruktning ved Haukeland universitetssykehus, og han holdt sin

hånd over den senere IVF-seksjonen da den endelig var en realitet.

Men, som det fremgår av vitenskapelige artikler og kapitler i bøker om kvinnehelse, var interessefeltet hans bredt. Blant annet interesserte han seg for prevensjon. Han var med i den internordiske gruppen som utviklet hormonspiralen Levonova, der jeg også hadde gleden å delta. Hormonspiralen, nå kalt Mirena, er blitt en suksess verden over.

Magnar Ulstein var eksemplet på den gode legen: kunnskapsrik, omsorgsfull, hjelpsom og faglig dyktig, noe som også preget hans undervisning. Mange norske legeskull har opp gjennom årene fått ta del i hans fagkunnskaper. Med sin vennlige og rolige væremåte vant han tillit, respekt og aktelse hos pasienter så vel som hos kolleger. Han var den man kunne gå til med problemer og spørsmål.

Vi er mange som minnes Magnar Ulstein i takknemlighet. Hans bortgang etterlater et tomrom. Tankene går til hans familie: Aud, barna, svigerbarn og barnebarn, som han hadde slik omsorg for.

ARNT STEIER

Legejobber



Foto: Hraun/iStock

Informasjon om priser
og formater finner du på
legejobber.no

For rekrutteringstjenester kontakt
legejobber@tidsskriftet.no

For annonsering kontakt
annonser@tidsskriftet.no

Legejobber.no utvider tjenestetilbudet

Legejobber har rustet opp teamet med rekrutteringsrådgivere og medisinske rådgivere. Vi har nå lansert veilednings- og rekrutteringstjenester for leger. Utforsk dine muligheter ved å registrere deg under MIN PROFIL på Legejobber.no.

Her kan du også lage din egen nedlastbare lege-CV, som er skreddersydd for leger og laget i samarbeid med arbeidsgivere fra kommuner og helseforetak.

Som **JOBBSØKER** kan du på Legejobber.no få hjelp fra en rådgiver til å finne din neste jobb og abonnere på ledige stillinger.

Som **ANNONSØR** kan du på Legejobber.no bestille annonser til både nett og papir.

Har du spørsmål om de nye tjenestene? Kontakt oss gjerne på legejobber@tidsskriftet.no

ALLMENNEMEDISIN



Hitra
kommune

Fastlege

Hitra trenger fastlege. Kanskje du trenger Hitra?

Vi ønsker at du skal trives hos oss og vil derfor tilby gunstig grunnnavtale uten overtgaleseskostnad, tilrettelegging for spesialisering, dekning av flytteutgifter, et godt fagmiljø med mer. Se Legejobber.no for fullstendig utlysning. Søknadsfrist snarest.

Legejobber.no



VÅGÅ
KOMMUNE

Ledig fastlegeheimel

Kombiner arbeid som fastlege med eit liv i vakre Gudbrandsdalen! Legekontoret har i tillegg til den ledige heimelen 3 erfarne allmennlegar i eit veldrive helsesenter. Moderne og velutstyrte lokalar, midt i Vågåmo sentrum. Les meir på Vaga.kommune.no eller Legejobber.no. **Søknadsfrist: 11.04.2023**

ANESTESIOLOGI



norsk
pasientskade-
erstatning

Sakkyndig spesialist

Vi kunngjør avtaler om sakkyndigtjenester i
anestesiologi

Mer informasjon finner du på npe.no.

Fullstendig kunngjøring er publisert på Database for offentlige innkjøp (doffin.no).

Tilbudsfrist er:

mandag 24. april kl. 12:00

Spørsmål kan rettes til:

Seksjonssjef
Iren Grøndahl
Telefon: 22 99 37 69

Seniorrådgiver,
Anne Hedvig Emsøy
Telefon: 22 99 46 91

ARBEIDSMEDISIN



Ishavsbyen Bedriftshelsetjeneste (IBHT) er en godkjent bedriftshelsetjeneste som ble opprettet i 1991. Vi er en ideell organisasjon og et andelslag som eies av medlemsbedrifter i Tromsø om omegn. Vi bistår arbeidsgiver, ledere, verneombud og ansatte i arbeidet med å skape et helsefremmende arbeidsmiljø og forebygge helseskader. Vi har over 230 medlemsbedrifter i alle størrelser og de fleste bransjer.

Bedriftslege i 80-100 % stilling

30% av stillingen er tillagt preventivt arbeid ute i medlemsbedriftene. Dette vil inkludere eksponeringsvurderinger, møter med ledelsen, arbeidsmiljørunder etc.

Vi tilbyr en stilling uten vakter, turnus eller skift, og med svært stor medbestemmelse og fleksibilitet. Stillingen kan med fordel kombineres med familieliv. Vi tilbyr fast stilling, en variert arbeidsdag med mange interessante bransjer, et tverrfaglig og godt arbeidsmiljø, engasjerte medarbeidere samt fleksibel arbeidstid og ferieordning. Vi bistår med spesialisering.

Kontakt gjerne daglig leder Jan Johansen på tlf. 77696117 ved spørsmål. Søknad kan sendes per e-post til jan.johansen@ibht.no. Søknadsfrist: 16.04.2023

BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI



**norsk
pasientskade-
erstatning**

Sakkyndig spesialist

Vi kunngjør avtaler om sakkyndigtjenester i
barne- og ungdomspsykiatri

Mer informasjon finner du på npe.no.

Fullstendig kunngjøring er publisert på
Database for offentlige innkjøp (doffin.no).

Tilbudsfrist er:

mandag 24. april kl. 12:00

Spørsmål kan rettes til:

Seksjonssjef
Iren Grøndahl
Telefon: 22 99 37 69

Seniorrådgiver,
Anne Hedvig Emsøy
Telefon: 22 99 46 91

GASTROENTEROLOGISK KIRURGI



**norsk
pasientskade-
erstatning**

Sakkyndig spesialist

Vi kunngjør avtaler om sakkyndigtjenester i
gastroenterologisk kirurgi

Mer informasjon finner du på npe.no.

Fullstendig kunngjøring er publisert på
Database for offentlige innkjøp (doffin.no).

Tilbudsfrist er:

mandag 24. april kl. 12:00

Spørsmål kan rettes til:

Seksjonssjef
Iren Grøndahl
Telefon: 22 99 37 69

Seniorrådgiver,
Anne Hedvig Emsøy
Telefon: 22 99 46 91

BARNESYKDOMMER



**norsk
pasientskade-
erstatning**

Sakkyndig spesialist

Vi kunngjør avtaler om sakkyndigtjenester i
barnesykdommer

Mer informasjon finner du på npe.no.

Fullstendig kunngjøring er publisert på
Database for offentlige innkjøp (doffin.no).

Tilbudsfrist er:

mandag 24. april kl. 12:00

Spørsmål kan rettes til:

Seksjonssjef
Iren Grøndahl
Telefon: 22 99 37 69

Seniorrådgiver,
Anne Hedvig Emsøy
Telefon: 22 99 46 91

GERIATRI

sensio

Sykehjemslege velferdsteknologi

Motiveres du av å skape en bedre hverdag
for beboere og helsepersonell i
eldreomsorgen ved hjelp av velferdsteknologi?
Jobber du i dag som sykehjemslege?

Sensio er markedsledende i Norge på
velferdsteknologi, og søker nå en
sykehjemslege på fast deltid til
nyopprettet stilling. Din hovedoppgave
vil være å styrke Sensios videre
produkt- og tjenesteutvikling basert
på erfaring og empiri med hva som
skaper mest verdi i eldreomsorgen.



Les mer på www.sensio.no
eller scan QR-koden.
Vi ser frem til å høre fra deg!



INDREMEDISIN

- 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 og følg oss på Facebook.



LIS2 indremedisin - vi trenger deg og du vil bety mye hos oss!

Medisinsk avdeling, Flekkefjord

Frister det deg å bli godt sett og kjenne på at du er viktig person på jobb hver eneste dag? Frister Sørlandet med flotte naturopplevelser fra hav til hei? Frister småbyens ro, men hvor du likevel har tilgang til et rikt kulturliv? Da syns vi du bør søke på stilling hos oss i medisinsk avdeling Flekkefjord!



Medisinsk avdeling Flekkefjord er en av de beste avdelingene du kan jobbe på for å oppnå god breddekompetanse i indremedisin. Vi er en av veldig få avdelinger hvor du også vil bli god på ultralyd diagnostikk. Du vil også tidlig få mulighet til å spisse deg innenfor et spesifikt område av det medisinske fagfeltet om du ønsker det. Hos oss er det god oppfølging og veiledning som er satt i system, og fordypningsdager er lagt inn i en forutsigbar arbeidsplan. Du vil bli en av totalt ca. 20 leger i avdelingen - hvor absolutt alle er like viktige for å få til gode pasientforløp. Vi har et veldig godt arbeidsmiljø og scorer godt på alle områder i medarbeiderundersøkelser. Kommer du alene eller som ny til Flekkefjord vil dine kollegaer ta godt vare på deg - både på jobb og på fritiden.

For mer informasjon, se:
<https://sshf.no/om-oss/jobb-hos-oss>

Vi kan love deg en fantastisk start på veien til å bli spesialist i indremedisin! Ikke nøl med å kontakte oss for en uforpliktende prat med avdelingssjef Trine Marie Nesheim, tlf. 90991214.

Søknadsfrist:
10.04.2023

WebCruiter id:
4623302953



**norsk
pasientskade-
erstatning**

Sakkyndig spesialist

Vi kunngjør avtale om sakkyndigtjenester i
indremedisin

Mer informasjon finner du på npe.no.

Fullstendig kunngjøring er publisert på Database for offentlige innkjøp (doffin.no).

Tilbudsfrist er:

mandag 24. april kl. 12:00

Spørsmål kan rettes til:

Seksjonssjef
Iren Grøndahl
Telefon: 22 99 37 69

Seniorrådgiver,
Anne Hedvig Emsøy
Telefon: 22 99 46 91

INFEKSJONSSYKDOMMER



**norsk
pasientskade-
erstatning**

Sakkyndig spesialist

Vi kunngjør avtaler om sakkyndigtjenester i
infeksjonssykdommer

Mer informasjon finner du på npe.no.

Fullstendig kunngjøring er publisert på Database for offentlige innkjøp (doffin.no).

Tilbudsfrist er:

mandag 24. april kl. 12:00

Spørsmål kan rettes til:

Seksjonssjef
Iren Grøndahl
Telefon: 22 99 37 69

Seniorrådgiver,
Anne Hedvig Emsøy
Telefon: 22 99 46 91

KARKIRURGI



**norsk
pasientskade-
erstatning**

Sakkyndig spesialist

Vi kunngjør avtaler om sakkyndigtjenester i
karkirurgi

Mer informasjon finner du på npe.no.

Fullstendig kunngjøring er publisert på
Database for offentlige innkjøp (doffin.no).

Tilbudsfrist er:

mandag 24. april kl. 12:00

Spørsmål kan rettes til:

Seksjonssjef
Iren Grøndahl
Telefon: 22 99 37 69

Seniorrådgiver,
Anne Hedvig Emsøy
Telefon: 22 99 46 91

NEVROKIRURGI



**norsk
pasientskade-
erstatning**

Sakkyndig spesialist

Vi kunngjør avtaler om sakkyndigtjenester i
nevrokirurgi

Mer informasjon finner du på npe.no.

Fullstendig kunngjøring er publisert på
Database for offentlige innkjøp (doffin.no).

Tilbudsfrist er:

mandag 24. april kl. 12:00

Spørsmål kan rettes til:

Seksjonssjef
Iren Grøndahl
Telefon: 22 99 37 69

Seniorrådgiver,
Anne Hedvig Emsøy
Telefon: 22 99 46 91

LUNGESYKDOMMER



**norsk
pasientskade-
erstatning**

Sakkyndig spesialist

Vi kunngjør avtaler om sakkyndigtjenester i
lungesykdommer

Mer informasjon finner du på npe.no.

Fullstendig kunngjøring er publisert på
Database for offentlige innkjøp (doffin.no).

Tilbudsfrist er:

mandag 24. april kl. 12:00

Spørsmål kan rettes til:

Seksjonssjef
Iren Grøndahl
Telefon: 22 99 37 69

Seniorrådgiver,
Anne Hedvig Emsøy
Telefon: 22 99 46 91

NEVROLOGI



**norsk
pasientskade-
erstatning**

Sakkyndig spesialist

Vi kunngjør avtaler om sakkyndigtjenester i
nevrologi

Mer informasjon finner du på npe.no.

Fullstendig kunngjøring er publisert på
Database for offentlige innkjøp (doffin.no).

Tilbudsfrist er:

mandag 24. april kl. 12:00

Spørsmål kan rettes til:

Seksjonssjef
Iren Grøndahl
Telefon: 22 99 37 69

Seniorrådgiver,
Anne Hedvig Emsøy
Telefon: 22 99 46 91

ONKOLOGI



Sakkyndig spesialist

Vi kunngjør avtaler om sakkyndigtjenester i
onkologi

Mer informasjon finner du på npe.no.

Fullstendig kunngjøring er publisert på
Database for offentlige innkjøp (doffin.no).

Tilbudsfrist er:

mandag 24. april kl. 12:00

Spørsmål kan rettes til:

Seksjonssjef
Iren Grøndahl
Telefon: 22 99 37 69

Seniorrådgiver,
Anne Hedvig Emsøy
Telefon: 22 99 46 91

ORTOPEDISK KIRURGI



Sakkyndig spesialist

Vi kunngjør avtaler om sakkyndigtjenester i
ortopedisk kirurgi

Mer informasjon finner du på npe.no.

Fullstendig kunngjøring er publisert på
Database for offentlige innkjøp (doffin.no).

Tilbudsfrist er:

mandag 24. april kl. 12:00

Spørsmål kan rettes til:

Seksjonssjef
Iren Grøndahl
Telefon: 22 99 37 69

Seniorrådgiver,
Anne Hedvig Emsøy
Telefon: 22 99 46 91

PSYKIATRI

Akershus universitetssykehus (Ahus) er et lokal- og områdesykehus for ca. 575 000 innbyggere. Hovedoppgavene er pasientbehandling, forskning, undervisning og pasientopplæring. Vi har pasienttilbud innen somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling.
«Menneskelig nær – faglig sterk» er vår visjon



Spesialist i psykiatri

Avdeling Voksenhabilitering søker spesialist i psykiatri.

Spesialist i barne- og ungdomspsykiatri og LIS-leger med lang erfaring er også velkomne til å søke.

Avdeling voksenhabilitering er organisert som egen avdeling i Divisjon psykisk helsevern og rus (DPH). Vi samarbeider med øvrige avdelinger innen psykisk helse, og med somatiske avdelinger internt på foretaket.

Pasientgruppen har sammensatte diagnoser i form av tidlig ervervet hjerneskade, psykisk utviklingshemming, autisme og komorbide tilstander som atferdsvansker, psykiske lidelser og nevrologiske følgetilstander. Psykiaternes oppgave er utredning, diagnostisering og behandling, herunder medisinerings av psykiske tilleggslidelser og atferdsvansker. Avdelingens leger utreder også årsaksdiagnoser som genetiske syndromer og metabolske tilstander. Arbeidet består av selvstendige og tverrfaglige konsultasjoner og samarbeid gjennom tverrfaglige behandlingsmøter.

Avdelingen har i dag 42 ansatte og ledes av en spesialist i nevrologi. I tillegg består legegruppen av 4 spesialister i nevrologi og 3 spesialister i psykiatri. Psykologgruppen består av 9 psykologer med spesialisering i nevropsykologi, klinisk voksen og habilitering, samt psykologer under spesialisering. Avdelingen er ellers tverrfaglig sammensatt med vernepleiere, sosionom, spesialpedagog, ergoterapeuter, fysioterapeuter og klinisk ernæringsfysiolog.

Avdelingen vil på nyåret 2024 flytte inn i nye lokaler på Nordbyhagen.

Akershus universitetssykehus HF er en arbeidsplass med stort mangfold. Det er en klar styrke, og avgjørende for å løse våre mange oppgaver innen pasientbehandling, pasientoppfølging, forskning og undervisning. Vi ønsker oss derfor også et mangfold av søkere til ledige stillinger, og oppfordrer alle kvalifiserte til å søke, uavhengig av identitet og bakgrunn.

For fullstendig utlysning og lenke til søknadsskjema, se vår nettside eller Legejobber.no.

Søknadsfrist:
1. mai 2023

WebCruiter id:
4622294839

RADIOLOGI



**norsk
pasientskade-
erstatning**

Sakkyndig spesialist

Vi kunngjør avtaler om sakkyndigtjenester i
radiologi

Mer informasjon finner du på npe.no.

Fullstendig kunngjøring er publisert på
Database for offentlige innkjøp (doffin.no).

Tilbudsfrist er:

mandag 24. april kl. 12:00

Spørsmål kan rettes til:

Seksjonssjef
Iren Grøndahl
Telefon: 22 99 37 69

Seniorrådgiver,
Anne Hedvig Emsøy
Telefon: 22 99 46 91

FORSKJELLIGE STILLINGER



**TRONDHEIM
KOMMUNE**

Lege i nytt rehabiliteringssenter

I august åpner Trondheim rehabiliteringssenter. Senteret skal være navet i kommunens satsing på rehabilitering. Vi tilbyr nå en fast 100 % stilling som ALIS/LIS3 eller spesialist i allmennmedisin, geriatri eller fysikalsk medisin og rehabilitering. For fullstendig utlysningstekst, se kommunens nettside eller Legejobber.no. **Søknadsfrist: 10.04.2023**

Legejobber.no



FORSVARET

**Vi har mange
spennende lege-
stillinger i Forsvaret**



Skann for å se stillingene!

THORAXKIRURGI



**norsk
pasientskade-
erstatning**

Sakkyndig spesialist

Vi kunngjør avtaler om sakkyndigtjenester i
thoraxkirurgi

Mer informasjon finner du på npe.no.

Fullstendig kunngjøring er publisert på
Database for offentlige innkjøp (doffin.no).

Tilbudsfrist er:

mandag 24. april kl. 12:00

Spørsmål kan rettes til:

Seksjonssjef
Iren Grøndahl
Telefon: 22 99 37 69

Seniorrådgiver,
Anne Hedvig Emsøy
Telefon: 22 99 46 91

Legejobber

TIDSSKRIFTETS STILLINGSPORTAL

**Norges mest komplette
oversikt over ledige
legejobber**

ANESTESIOLOGI/SMERTEBEHANDLING

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.

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.**

**SMERTE-MEDISINSK INSTITUTT**

Multidisiplinær avtalehjemlet smerteklinikk
Anestesileger med kompetanseområde smertemedisin
Dr.Med. Tore Hind Fagerlund
Dr. Wenche Sabel
Psykiater: Prof. Lars Tanum
Psykolog: Dr.Psychol Gunnar Rosen
Fysioterapeut: Sara Maria Allen
Adr. Sørkedalsveien 10 D, 0369 Oslo
Tlf. 23 33 42 50 – Mail adr. resepsjon@smi.nhn.no

Almagroforeningen presenterer:

Seminar i psykiatri i Moral de Calatrava
Spania 17.9-23.9.2023

Kroppen som slagmark

Selvdestruksjon, negativ terapeutisk reaksjon og mas-
ochisme. Om seksualitet og destruktivitet i terapi. Et
kroppsdynamisk og psykoanalytisk perspektiv.

Undervisere: leger, psykoanalytikere, psykologer.

Påmelding:

Ved betaling av deltakeravgift på kr 7300,- til Almagroforeningen konto 5082 06 97348. Deltakeravgift er eksklusiv flyreise til Madrid og opphold på hotell i Moral (som vi reserverer). Inklusiv 4 dager sen middag med vinsmaking, utflukt og buss Madrid-Moral. Smaksprøver av eccellente lokale viner dyrket på vulkansk jord.

Frist 15. mai 2023. (Bekreft også påmelding ved e-post til almagroforeningen@gmail.com).

For psykologer og leger. Info: almagroforeningen.no
Videre info tlf. 0034 635157267

AKTUELT I FORENINGEN

FRA PRESIDENTEN

Vi har ikke råd til å feile



ANNE-KARIN RIME
PRESIDENT

Da statsbudsjettet ble lagt frem i fjor høst, lovet regjeringen at det skulle komme en ekstraordinær satsing på fastlegeordningen. Som første del av løftet skal 480 millioner kroner i friske midler inn i ordningen fra 1. mai. I tillegg til å nedsette et hurtigarbeidende ekspertutvalg, forpliktet regjeringen seg til at det skal komme enda mer midler i tiden fremover. Vi er glade for at det nå kommer friske midler. Det er et skritt i riktig retning.

I høst ble det samtidig kjent at redningspakken ville komme i form av en helt ny finansieringsmodell for utbetaling av såkalt basistilskudd, det vil si hvor mye fastlegen mottar for hver enkelt pasient på listen. Vår hovedinnvending til den nye ordningen har vært at regjeringen med samme pennestrøk fjerner den såkalte knekkpunktmodellen, som gir mer i tilskudd for de første 1000 pasientene på listen.

Selv om ikke knekkpunkt alene har løst alle utfordringene, har det vært et viktig virkemiddel for å få listelengden og den tilhørende arbeidsmengden ned. Et annet viktig poeng er at knekkpunkt ble innført etter enighet mellom partene, altså staten, KS og Legeforeningen. Allerede nå vet vi at både medlemmer og kommuner er bekymret for at knekkpunkt fjernes, uten regjeringen gir gode forklaringer på hvorfor den velger å gjøre det.

Tirsdag 14. mars ble regjeringens modell, som nå har fått navnet «pasienttilpasset basistilskudd», offentliggjort. I stedet for knekkpunkt, skal basistilskuddet baseres på

pasientens alder, kjønn, geografi og antall konsultasjoner. Disse nye faktorene har vært kjent lenge. Det samme har vår bekymring for at tilskuddet blir for lite treffsikkert. Vi mener regjeringen burde tatt seg tid til å utarbeide en modell basert på kunnskap og empiri om virkemidler som faktisk fungerer – i et reelt samarbeid med partene.

La oss ta Tromsø som eksempel. Her har kommunen innført lokale tiltak – i samarbeid med fastlegene – og med stort hell. Kort fortalt handler tiltakene om økonomisk trygghet og forutsigbarhet for fastlegene. Resultatet er at nye fastleger søker seg aktivt til kommunen og erfarne blir. Vi undres over at regjeringen har ignorert virkemidler som åpenbart har hatt rask effekt. Selv ikke regjeringens eget ekspertutvalg fikk tid til å gjøre sitt arbeid og komme med sine tilbakemeldinger, før innretningen på den nye modellen var et faktum.

Regjeringens forslag til finansieringsmodell introduserer ingen reelle incentiver til å redusere lengden. Tvert imot stimulerer den til – og belønner – enda *lengre* lister. Det er ikke uten grunn vi er skeptiske til om modellen faktisk vil bøte på hovedutfordringen når det kommer til rekruttering og stabilisering, nemlig den store arbeidsbelastningen.

Den nye finansieringsmodellen trer som sagt i kraft 1. mai. Legeforeningen kommer til å følge utviklingen nøye for å se hvordan modellen slår ut for våre medlemmer – og for kommunene. Rundt 250 000 innbyggere står nå uten fastlege. Da har vi ikke råd til å feile.

ANNE-KARIN RIME

anne-karin.rime@legeforeningen.no
President

Fra hvit snø til hvit frakk

Astrid Uhrenholdt Jacobsen studerte medisin mens hun var toppidrettsutøver. Ikke alt lå til rette for at denne kombinasjonen skulle gå helt knirkefritt.

Astrid vokste opp med mange leger rundt seg. Farfaren var lege, en onkel er lege og mor og far er leger.

– I første omgang så valgte jeg nok bort å studere medisin på grunn av forventningene. Det var ikke noen direkte forventninger fra mine foreldres side, men av og til så følte jeg nok på noen forventninger fra andre hold. Det gjorde at jeg definitivt bestemte meg for at jeg ville noe annet, forteller hun.

Toppidrettsutøver og medisinstudent

– Jeg begynte på sivilingeniørstudiet i Trondheim, og tenkte at det var den veien jeg ville gå. Så skjedde noe som endret det hele. Moren min ble syk, og jeg ville hjem til Oslo. I det momentet fant jeg ut at jeg hadde lyst til å studere medisin.

Å kombinere toppidrettskarriere med studentliv, det har ikke bare vært en dans på roser.

– Problemet med det norske utdanningssystemet, er at det er vanskelig å kombinere det å være toppidrettsutøver med å ta høyere utdanning. De første årene jeg studerte medisin, hadde jeg en veldig fin ordning ved Universitetet i Oslo. Der var det to kull i året. Da kunne jeg studere på fulltid det første halvåret, for så å bytte kull underveis. Jeg hadde fri fra studiene på vinteren, og konsentrerte meg fullt og helt om skigåingen. Det var en perfekt ordning for meg. Slik ville jeg gjerne hatt det under hele studietiden, sier hun.

Men en dag ble døren til denne ordningen lukket.

– Det ble bestemt at toppidrettsutøvere ikke skulle ha noen særbehandling, så lenge utdanningsloven ikke kategoriserer toppidrettsutøvere som en spesiell gruppe, forteller hun.

Må tilrettelegges bedre

Astrid ble stilt overfor valget; enten studerer du på heltid, eller så tar du permisjon fra studiene.

– Det var slitsomt å bruke krefter på å kjempe mot Skiforbundet for å få lov til å studere, og mot universitetet for å få lov til å gå på ski. Jeg ble stilt overfor valget mellom å studere på heltid eller ta permisjon fra studiene og



UT PÅ TUR ALDRI SUR: Selv en fastlegevikar får sneket inn tid til en skitur i ny og ne. Foto: Privat

satse for fullt på idretten. Skiforbundet mente tidvis at det å studere ikke var å satse fullt på idretten, fortsetter hun, og legger til:

– Det har heldigvis skjedd endringer i Skiforbundet. Slik jeg har forstått det, så er de nå mer positive til å kombinere utdanning med toppidrettskarriere. Det er veldig positivt for de som kommer etter.

– I utdanningssystemet har det dessverre ikke skjedd så mye nytt på denne fronten.

«Det viktigste for meg er å være i et arbeidsmiljø hvor folk drar samme vei, og har lyst til å gjøre noe godt både pasienten og for hverandre som kollegaer»

ASTRID UHRENHOLDT JACOBSEN

Noen universiteter, NTNU og UNN, er etter min mening kloke i å se på toppidrettsutøvere som ressurser i stedet for problemer. For de som ønsker å kombinere toppidrettskarriere med høyere utdanning er jo ofte veldig ressurssterke, understreker hun, og sier videre:

– Dette er mennesker som sjeldent forsøker å slippe unna. Det er folk som har lyst til å lære og utvikle seg, men de klarer ikke alltid

å følge den vanlige studieprogresjonen. Jeg fikk av og til lov til å ta av-og-på permisjoner, men ellers så hadde jeg de samme oppmøtene som de andre studentene. Jeg kunne nok vært ferdig tidligere, hvis ting hadde vært mer tilrettelagt.

Hun synes det er litt snodig at man i Norge, hvor vi alltid har vært opptatt av å være gode i idrett, ikke er mer villige til å investere i det.

– Det er et gap mellom vår interesse for de store prestasjonene og villigheten til å investere i det, samt legge til rette for at disse utøverne kan prestere i livet etter endt idrettskarriere også, påpeker hun.

Du må være motivert

– For å få en slik kombinasjon til å fungere, må du være motivert og ha den riktige personligheten. Så lenge jeg satset, så følte jeg at det var min hovedoppgave. Det er jo også en begrenset del av livet ditt du kan gjøre det. For meg ble det å studere ved siden av et verktøy for å prestere bedre på idrettsarenaen.

– Medisinstudiet var veldig morsomt. Selv om det er slitsomt å studere, så ble det en avveksling fra det å prestere på høyt nivå i idretten. Det er kanskje litt vanskelig å forstå fra utsiden, men jeg er så glad jeg fikk muligheten. Det eneste jeg gjerne skulle vært foruten, er alle kampene underveis, konstaterer hun.

– Etter at jeg begynte å jobbe, så ser jeg at det å drive idrett og studere samtidig har gitt meg noe annet. Jeg har møtt mange mennesker, fra alle deler av verden, og i alskens rare situasjoner. Jeg tror det gjør det lettere for meg, som lege, å snakke med herr Hansen og tante Turid enn det ville vært uten all denne livserfaringen.

God på stresshåndtering

Astrid mener idretten har lært henne stresshåndtering.

– I idretten koker det ofte, med mange simultane oppgaver. Man lærer seg en metodikk for å håndtere dette. Hele tiden blir man testet og satt på prøve. Denne erfaringen tror jeg er veldig nyttig å ha med seg inn i legeryrket.

– Når det virkelig brenner og noen er skikkelig syke, eller når det er mange baller i luften på en gang, så er jeg ganske sikker på at det er idretten som har gitt meg evnen til å være veldig i modus, og tenke: Hva er viktig nå? Jeg føler at jeg har en egen evne til å finne roen når det er kaos rundt meg.

– Det høres kanskje banalt ut, men gjennom idretten er man vant til å ta i et tak.

Og det må du i helsevesenet også. Du kan ikke være lege i Norge nå og si «dette er mine oppgaver, og dette er dine oppgaver». Noen ganger så må man bare sørge for at ting blir gjort.

– Det er en fordel å forstå at i et team av kolleger, så kan man ikke være kompromissløs på hvem som skal gjøre bestemte oppgaver hele tiden. Noen ganger må man bare brette opp ermene og ta i et tak. Det er man vant til i idretten; der er det ingen som er større enn laget. Og det får man i hvert fall ikke lært på universitetet.

Internasjonale verv

Uhrenholdt Jacobsen tvinner ikke tommeltotter på fritiden. Hun er leder av utøverkomiteen i Norges idrettsforbund. Formålet med utøverkomiteen er å representere interessene og synspunktene til eliteutøvere. Det inkluderer utfordringer utøverne møter, ved siden av idretten og etter idrettskarrieren. Gjennom dette vervet sitter hun i idrettsstyret. Hun er også valgt inn i IOC's utøverkomite. Gjennom den er hun valgt inn i The Medical and Scientific Commission og koordinasjonskommisjonen til OL i Cortina. Alt dette er frivillig, og ulønnet arbeid.

– Det er kjempespennende. Jeg lærer så mye og treffer mange spennende mennesker. Jeg blir superinspirert av det. Men det er selvfølgelig også krevende å skulle representere og ivareta så mange ulike meninger innenfor de rammene vi har. Jeg håper vi klarer å lage trygge rom for meningsutveksling og diskusjon, slik at flere utøvere vil engasjere seg på vegne av fellesskapet i fremtiden. Det er vel mange av de samme utfordringene vi finner i andre typer tillits- og organisasjonsarbeid i samfunnet vårt.

Valgets kval - hva skal du bli?

Etter ett år som lege i spesialisering (LIS) på medisinsk avdeling på Nordlandssykehuset, gikk ferden videre til 6 måneder på fastlegekontoret i Ringeby i Gudbrandsdalen.

På spørsmål om hva slags lege hun vil bli når hun blir «stor», svarer hun:

– Det er et vanskelig valg. Jeg vet rett og slett ikke hva jeg skal velge. Jeg er nok en litt «potettype» som liker mye forskjellig, og som passer til mye forskjellig. Det er så mye spennende, og til nå har det vært litt eliminasjonsmetoden. Jeg synes skadevurdering er gøy, å jobbe med barn er gøy. Jeg liker også småkirurgi og gynekologi. Akuttmedisin er også et spennende fag. Jeg har også hatt en drøm om å jobbe på luftambulanse. Dette gjør jo at det er mange veier jeg kan



KOBLER AV: Astrid Uhrenholdt Jacobsen nøt den flotte nord-norske naturen da hun var LIS på Nordlandssykehuset Vesterålen på Stokmarknes. Foto: Privat

velge, et valgets kval, beretter hun.

Hun har gode erfaringer fra tiden på fastlegekontoret i Ringeby.

– Det å være fastlege er både på godt og vondt, hvis jeg skal sammenligne med året jeg hadde på sykehuset. Det er noe med å ha sin faste plass, å ha et eget kontor. I Ringeby har jeg fått muligheten til følge noen pasienter over tid, og det liker jeg godt. Det er også et veldig hyggelig kollegium med mange fastleger. Helsestasjonen og psykisk helsevern er samlokalisert, slik at disse samarbeidstjenestene fungerer godt.

– Det viktigste for meg er å være i et arbeidsmiljø hvor folk drar samme vei, og har lyst til å gjøre noe godt både pasienten og for hverandre som kollegaer. Lykken er kanskje å være en del et godt kollegium.

Det at du gleder deg til lunsj, og hvis du ikke rekker lunsjen så er du savnet. At du ikke bare blir spist opp av alt du må gjøre, men klarer å glede deg til å se de andre på jobben. Alt dette er veldig verdifullt, forklarer hun.

– Som sagt, å velge spesialitet er vanskelig. I perioder så kan jeg tenke at; nå har jeg funnet ut hva jeg vil, men så ombestemmer jeg meg. Nå skal jeg fortsette som fastlegevikar i Ringeby kommune frem til sommeren, så håper jeg det åpner seg nye muligheter etter det, avslutter Uhrenholdt Jacobsen.

LISBET T. KONGSVIK

lisbet.kongsvik@legeforeningen.no
Helsepolitisk avdeling

Legen i påskefjellet

Flere av våre medlemmer skal til fjells i påsken. Hva bør de være obs på? Vi har spurt Camilla Cecilie Underland, kommuneoverlege og fastlege i Hemsedal.

Møter du noen som er skadet eller fryser i fjellet, er det greit å kunne ta frem noe fra sekken. Ifølge Underland kan du gjøre ting ganske mye enklere i påsken ved å ha med deg gnagsårplaster, solfaktor og noen smertestillende tabletter. Har du i tillegg med samsplint, bandasje og vindsekk; ja, da kommer du mye lenger hvis noen skader seg.

– Vindsekken tar liten plass og veier ingenting. Hvis du selv pådrar deg en liten, ubetydelig skade og du er langt fra folk, hvor det blåser og er kaldt, kan den bli viktig. Samsplint er et godt redskap for å stabilisere brudd og distorsjoner. Tar du den ut av pakningen, og bretter den dobbelt, tar den ingen plass. Den kan plasseres i sekken inn mot ryggen og fungere som en ekstra ryggbeskytter. Sørg også for å ha med deg nok mat og drikke når du legger ut på tur, oppfordrer Underland.

Å forebygge hypotermi ser hun på som det aller viktigste, hvis uhellet er ute og skader oppstår i fjellet i påskeferien.

– Det er viktig å sørge for at folk ikke ligger direkte på snø. Det stjeler varme. Selv med en ankelskade, er det viktig at pasienten bevarer varmen, forklarer hun.

Selv på en varm og fin soldag, er det viktig å varsle raskt dersom skader oppstår. Underland peker på viktigheten av å snakke med lokalbefolkningen der du befinner deg.

– De lokale har ofte god kunnskap og kan vurdere hvordan dere raskest skal få evakuert pasienten på en trygg måte. Ikke under vurder hva en skade kan skape av problemer når du er ute i fjellet. For oss leger er det klokt å ha 113-appen på telefonen. Med den kan du ha dialog og finne koordinater for hvor du er lokalisert.

Skred

For å unngå skred, er det viktigste å holde seg unna bratt terreng. Er det 30 grader eller brattere, og en viss høyde på hengenget, kan skred løsne.

– Holder du deg på flatere terreng enn 30 grader, unna bratte renner og heng, eksponerer du deg ikke for skred. Men det absolutte viktigste tipset er å gå inn på varsom. Noe for å laste ned appen Varsom. Den har alt du trenger. I appen, levert av Norges vassdrags- og energidirektorat (NVE), kan du se høydegrader og faregrad. Du kan gå inn eksakt der du står, og se om du er innenfor gul, grønn eller rød sone.

– Varsom.no er et kjempegodt verktøy for å forholde seg innenfor trygge rammer for å unngå skred, opplyser Underland.

De vanligste påskeskadene

Hva slags skader folk pådrar seg i påskefjellet, kommer an på føret. Til en viss grad kan legene i Hemsedal derfor forutse hva som oppstår.

– Hvis det er sol og hardt underlag, får vi mye hodeskader og håndleddsbrudd. Er det litt dårlig sikt og mye snø, kan det komme typiske kneskader.

I skikommunen Hemsedal har de landets nest største skisenter og mange gjester i påsken. Legene behandler mange skader på korsbånd, sidebånd og indre leddbånd.

– I tillegg har vi en god del hodeskader og hjernerystelser, men de er mindre alvorlige nå som «alle» bruker hjelm.

Kragebensbrudd, skader på AC-ledd, benbrudd i form av spiral brudd på barn og crusfrakturer på voksne og kuttskader oppstår også, forklarer Hemsedal-legen og fortsetter:

– Enkelte får laserasjoner eller kutter seg opp på stålkant. Vi har også overraskende mange ryggbrudd, ribbeinsbrudd, multi-traumer, miltskader, leverskader, nyreskader og bukskade med pneumothorax.

Det oppstår mange skulderluksasjoner etter fall i forbindelse med skikjøring.

– De aller fleste skulderluksasjoner reponerer vi enkelt ute i terrenget, uten medisinering. Det er en fordel. Skaden er litt spesiell fordi de utsatte er ekstremt smertepåvirket og redusert. Men med en gang vi får skulderen på plass, så er de nesten hundre prosent igjen.

Underland har tatt mange turer ut i terrenget for å få skuldre på plass, slik at folk kan ta seg hjem igjen på egenhånd. Hun sier at det har blitt gjort en del forskning på skiskader og skulderreponering de siste 40 år, og at det er veldig lite kom-

plikasjoner. Kunnskap og erfaring med reponeringsprosedyre er viktig. Dette hensynet må vurderes opp mot mulighet for rask evakuering til legevakt for behandling der. Røntgenkontroll før og etter repone- ring skal alltid vurderes.

– Langrennsløpere på sin ferd rundt i kommunens løypenett, kan også rammes av skader. Håndledd og knær er utsatt i så måte, forteller Underland.

Samarbeidspartnere

Nærmeste sykehus for Hemsedal sin del, er Ringerike sykehus i Hønefoss. Dit er det halvannen til to timers reisevei. Underland og kollegaene hennes samarbeider mye med ortoped og traumeteam ved Ringerike og Ullevål sykehus. Både når det gjelder å avklare skader, om behandling kan vente eller ikke. Også Alpine redningsgruppe og Røde Kors har de kontakt med.

– Utenom skred og større hendelser samarbeider vi mye med skipatroljen i Hemsedal. Vi får de fleste skadene heisnært og skipatroljen er veldig operative der. Arbeidet deres er helt avgjørende. De gjør triagering, og sørger for å transportere pasientene på en trygg måte, snakker med dem og formidler videre. De er det første leddet i den pre-hospitale kjeden. Vi har intern kursing for de hvert år. De har høy kompetanse. Mange av de jobber til daglig som paramedisinere i ambulanse eller i brannvesenet.

Dobling i påsken

Selv har Underland en kombinasjonsstilling, men jobber mest som fastlege på denne tiden av året.

– Vi har et sted mellom 30 og 40 øyeblikkelige hjelp-henvendelser (Ø-hjelp) hver dag i en vanlig uke, fra januar og ut sesongen. Også det dobler det seg i påsken. Vi stenger for ordinære timer i påskeferien og har kun Ø-hjelp.

– Vi er to til tre leger som er på hver dag, som bare tar seg av Ø-hjelp. Vi er langt fra sykehus. Derfor ønsker vi å være selvhjulpne. Det er lite vi sender videre til sykehus. Alt vi kan reponere, gipse, eller ikke skal på operasjonsbordet samme dag, det håndterer vi i Hemsedal. Sånn sparer vi både innleggelser og unødvendige bruk av ambulanser. Vi har ultralyd, røntgen og det meste man trenger. Bortsett fra CT-maskin, men det har de i Ål – som er ganske nærme.



FRISKUS: – Det er ikke spesielt farlig å stå ski i Hemsedal. Det er veldig mange gjester her. Derfor får vi mange skader. Blir det fint vær i påsken, sitter nok mange i solveggen også, forteller Camilla Cecilie Underland. Foto: David Underland

Fremkomstmidler

I Hemsedal får Underland bruk for sin gode fysiske form og kunnskap om hvordan ivareta egen sikkerhet når man ferdes i ulikt terreng. Hun må ofte ta beina fatt, stå på ski eller gå med truger for å nå frem til pasienter i terrenget. Det hender også hun må ut med scooter eller firhjuling.

– Det er en del villmark i kommunen, og det gir noen naturlige begrensninger som man må være klar over. Fra et trygt sykehusmiljø, hvor du har alt tilgjengelig i det nærmeste området, er det et lite sprang til å drive redning i sterkt lys og oppleve at ting fryser når du skal bruke intuberingsutstyr, beretter Underland.

Underland forteller at de har et godt samarbeid med Norsk Luftambulans. De er stasjonert i Ål, en timinutters flytur unna.

– Det er bedre og dårligere tidspunkter å skade seg på i ulendt terreng, for det er

ikke alltid man kan få flyvær. Utfordringene er knyttet til mørke, vær- og føreforhold.

Beredskap

Underland merker at det blir mer og mer populært med topturer, og at folk ferdes i mere bratt lende. Det er områder i Hemse-dal som har dårlig dekning. En skade i bratt renne inne på Hemsedalsfjellet kan by på utfordringer – selv med nødnett.

– Vi har også områder innenfor Grøndalen ved Solheisen, der vi har hatt flere hendelser og det rett og slett ikke er noe dekning.

I Hemsedal kommune har de en lang tradisjon for å jobbe godt med beredskap. Det har vært mange hendelser, alt fra branner til skred.

– «Trygg opplevelse i Hemsedal» er et samarbeid i regi av kommunen mellom kommune, næring og blålysetater. Der møtes vi til forberedelse av vintersesong,

underveis og etter sesongen. Det handler om hvordan vi, næringen, kommunen og blålysetatene har felles situasjonsforståelse. Hvordan vi sammen skal sikre at folk i fjellet, enten det er på afterski eller i fjellheimen, kan utfolde seg under trygge rammer.

Har kommuneoverlegen noen avsluttende råd til nordmenn som skal tilbringe påsken i fjellet?

– Ikke overvurder egne ferdigheter og krefter, og meld ifra hvor du skal gå, oppfordrer Underland.

STIG KRINGEN

stig.kringen@legeforeningen.no
Kommunikasjonsavdelingen

Hadde ikke klart det uten Tromsø-modellen

Fastlege Ida Andersson Cronblad, ved Tromsdalen legesenter i Tromsø, ville bli fastlege helt siden hun begynte å studere. Men det var først da den såkalte Tromsø-modellen ble innført, at hun faktisk tenkte at det var noe som kunne la seg gjøre.

– Det er denne modellen som har gjort det mulig for meg å kunne jobbe som fastlege, konstaterer Cronblad.

Cronblad kjøpte seg sin egen fastlege-hjemmel rett etter at hun var ferdig med turnus.

– Det hadde ikke fungert, dersom vi ikke hadde innført denne modellen. Jeg ville valgt en annen spesialitet. Jeg er helt avhengig av å kunne ha fritid og gjøre andre ting jeg vil når jeg ikke er på jobb, sier hun.

Med den ordningen som finnes i Tromsø, kan hun ha nettopp det. Tid til fritid. Ikke bare jobbe. Det gjør også at hun setter mer pris på arbeidshverdagen sin og får bedre tid med pasientene.

– Det fører til at jeg liker jobben min bedre. Når jeg har bedre tid og ikke føler jeg må løpe hele tiden, blir det lettere å følge opp pasientene. I tillegg kan jeg fullføre utdanningsløpet og melde meg på kurs jeg ønsker å ta, forklarer hun.

Fullført utdanning og variert arbeidsdag

Å ha muligheten til å fullføre utdanningen innen allmennmedisin, og ta de kursene hun trenger, er viktig for Cronblad.

– Jeg må kunne ta de kursene jeg trenger, uten at det går utover pasientbehandlingen og tiden jeg har til rådighet. Det kan jeg med denne modellen.

En av grunnene til at hun liker seg så godt som fastlege, er at arbeidsdagen er variert.

– Arbeidsdagen byr på ulike situasjoner, og jeg lærer noe hver dag. Jeg håndterer alt i fra alvorlig syke mennesker til enkle problemstillinger. Det viktigste er at jeg føler jeg hjelper noen hver dag, beretter hun.

Å ha muligheten til å kunne være hjemme når man er syk, er også viktig for den unge fastlegen.

– Om jeg skulle være uheldig, kan jeg være syk ti dager i året uten store økonomiske tap. Det kan man ikke i vanlig praksis.

Stabilitet

Det fine med ordningen, er at den gir en stabilitet i livet.



TROMSØ-MODELLEN: Ida Andersson Cronblad ville bli fastlege helt siden hun begynte å studere. Men det var først da den såkalte Tromsø-modellen ble innført, at hun faktisk tenkte at det var noe som kunne la seg gjøre. Foto: Troy Gulbrandsen

– Jeg vet hva jeg har, og jeg kan forholde meg til både arbeidshverdagen og til pasientene mine. Det er et langsiktig løp.

Hun påpeker at om hun har det stabilt i jobben, så har pasienten et stabilt forhold til sin fastlege.

– Jeg blir her og jeg kan etablere et stabilt og langt forhold til min pasient. Det er viktig for oss begge, sier hun.

Cronblad mener det er viktig at myndighetene forstår nettopp dette.

– De må legge forholdene til rette, sånn at kommunene beholder de gamle og rekrutterer nye fastleger. De må opprettholde et stabilt tilbud. Uten dette ryker ordningen og flere må inn på sykehus, slår fastlegen fast.

ELLA MÆHLUMSHAGEN

ella.maehlumshagen@legeforeningen.no
Kommunikasjonsavdelingen

Hva er Tromsø-modellen?

Tromsø-modellen er en ordning for etablering av fastleger, som først ble innført i Tromsø.

De viktigste punktene i Tromsø-modellen er:

- 60 prosent økt basistilskudd til alle næringsdrevne fastleger i kommunen
- Etableringstilskudd: Kommunen utbetaler 300 000 kr til kjøp av etablert praksis/deleliste. 150 000 kr for oppstart av ny null-hjemmel

- Utdanningstilskudd: Kommunen garanterer for inntil 300 000 kr, i ALIS-utdanningstilskudd årlig
- En kommunal «sykeforsikring», som blant annet gir rett til inntekt ved 10 dagers sykefravær for en selv og ens barn. Dekkes i form av 60 prosent praksiskompensasjon etter Allmennlegeforeningens satser

I tillegg til dette kommer en rekke andre tiltak som skal sikre fastlegen en bærekraftig praksis.

Medisinens detektiver

Patologer er først og fremst etterforskere. Med autopsi, biopsi og cytologi som redskaper leter de etter svar på medisinske spørsmål. I år feirer Den norske patologforening 100 år.

– Dette er kjernen i medisinen. Vi er etterforskere med mikroskopet som viktigste redskap, sier patolog Lars A. Akslen ved Universitetet i Bergen.

– Enkelte tenker på patologer som de som bare driver med obduksjon og rettspatologiske undersøkelser, men det er så mye mer enn det.

Akslen er overlege, patolog og forsker. Han er også professor ved Universitetet i Bergen og leder av Centre for Cancer Biomarkers, CCBIO, et senter for fremragende forskning finansiert av Norges forskningsråd. Akslen har selv motatt Kong Olav Vs Kreftforskningspris.

Akslen er han klar på hvorfor han ble nettopp patolog.

– Det er et systematisk og veldig godt strukturert fag. Siden jeg har en analytisk legning, så passet dette faget for meg.

Han påpeker at faget i medisinstudiet er veldig teoretisk, men at virkeligheten er det motsatte; det er meget konkret og realistisk.

Selv ble han ferdig utdannet lege i 1982, fra Universitetet i Bergen. Etter turnustjeneste i Førde, og på Sjøholt i periode 1982 til 1984, begynte han å jobbe ved Avdeling for patologi, Haukeland universitetssykehus. Fra 1988 har Akslen arbeidet ved Gades institutt ved Universitetet i Bergen.

Her har han drevet med forskning store deler av sin karriere, og har spesialisert seg innen brystkreft.

Kunnskapen om sykdom

For Akslen er patologi den grunnleggende dimensjonen i medisin.

– Det er kunnskap om sykdom. Patologiens ABC er autopsi, biopsi og cytologi, beretter han.

Mange forbinder yrket med rettsvesenet, kriminalitet og brutale handlinger avdekket ved obduksjon. Ifølge Akslen er dette bare en liten del av yrket. Nå er det undersøkelser av vevsprøver og celleprøver som dominerer, ofte med problemstillingen om det er kreft eller ikke. Faget har dessuten beveget seg inn i den molekylære og digitale tidsalder.

Vakker og bisart

Det er mye vakkert i patologien, ifølge Akslen.

– Det er vakkert og bisart på en gang. Det er som kunst. Se for deg et Hubbles-teleskop. Se gjennom det, og du ser fantastiske mønstre. Det vi ser gjennom mikroskopet er vakkert,



Foto: Elin Stensvand, UiB

men ofte bisart – når du tenker på hva det er du ser.

Akslen trekker frem molekylære metoder, når vi snakker om fagets rolle.

– Dette kommer mer og mer, og er et viktig tillegg til mikroskopiske metoder, forklarer han.

– Patologifaget møter flere utfordringer, og hele medisinen har gjennomgått en enorm utvikling, i det jeg vil kalle den molekylære tidsalder. Inntreden av molekylære metoder i diagnostikk og behandling, har preget hele min generasjon. Å trekke det inn i patologi-faget og bidra til at vårt fag er del av den utviklingen, har vært viktig for meg, forteller den rutinerde patologen.

Tidlig diagnose og riktig behandling

Når vi snakker om fagets rolle nå og fremover, er det to ting Akslen peker på som viktige.

– Tidlig diagnose og riktig behandling. Det er det viktigste. Det har vi muligheten til, og det er viktige områder der vi kan bidra fra vårt fag, sier han.

Når det gjelder fremtiden er han både optimist og realist.

– Det kommer stadig nye medisiner, og vi får flere biomarkører som kan bidra til å styre behandlingen. Vi blir også eldre, og sykdomsvolumet øker. Det blir viktigere og viktigere med persontilpasset medisin, fortsetter han.

Hva med screening?

Akslen er positiv til det.

– Det er mange avveininger og mye å tenke på, sier han og peker på brystkreft og cervixscreening som to vellykkede og viktige screeningprogram. Begge har ført til bedre prognose etter at programmene begynte.

– Det viktigste er å ta prøver av de riktige tingene, man skal ikke ta unødvendige prøver. Men man skal heller ikke tenke at man skal droppe å ta prøver. Det er vesentlig å ta de rette prøvene på hver enkelt pasient, sier han.

Selv om Akslen er optimist, er det en ting han er sikker på.

– Fremtiden er usikker. Rådet er å gripe dagen, både faglig og privat, avslutter han.

ELLA MÆHLUMSHAGEN

ella.maehlumshagen@legeforeningen.no
Kommunikasjonsavdelingen



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

SENTRALSTYRET 2021–2023

President Anne-Karin Rime
Visepresident Nils Kristian Klev
Kristin Kornelia Utne
Ole Johan Bakke
Marit Karlsen
Ståle Clementsen
Kristin Hovland
Ingeborg Henriksen
Geir Arne Sunde

SEKRETARIATSLEDELSEN

Generalsekretær Siri Skumlien
Helsepolitisk avdeling,
avdelingsdirektør Marit Randsborg
Kommunikasjonsavdelingen,
avdelingsdirektør Knut Braaten
Jus og arbeidsliv, avdelingsdirektør
Lars Duvaland
Medisinsk fagavdeling,
avdelingsdirektør Jan Emil
Kristoffersen
Økonomi- og administrasjons-
avdelingen, avdelingsdirektør
Erling Bakken

POSTADRESSE

Den norske legeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

BESØKSADRESSE

Christiania Torv 5
Telefon: 23 10 90 00

Oversikt over sentralstyrets
e-postadresser, se

legeforeningen.no/sentralstyret

Ansattes e-postadresser 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

Abedini, Sadollah
Andersen, Mette
Andreassen, Ole A.
Ausen, Kjersti
Bachmann, Ingeborg Margrethe
Bakken, Inger Johanne
Bartnes, Kristian
Berg, Siri Fuglem
Berg, Tore Julsrud
Berild, Dag
Berntsen, Erik Magnus
Berntsen, Gro Karine Rosvold
Bjørner, Trine
Bramness, Jørgen Gustav
Brantsæter, Arne Broch
Brattebø, Guttorm
Braut, Geir Sverre
Bretthauer, Michael
Brustugun, Odd Terje
Braarud, Anne-Cathrine
Bøhmer, Ellen
Chaudhry, Farrukh Abbas
Dietrichs, Espen
Døllner, Henrik
Ellingsen, Christian Lycke
Eskild, Anne
Faiz, Kashif
Farooqi, Saima
Flottorp, Signe Agnes
Flægstad, Trond
Fredheim, Olav Magnus
Fretheim, Atle
Frøen, Hege
Fønne, Magne Vinjar

Førde, Reidun
Gjevik, Elen
Gradmann, Christoph
Grimsrud, Tom Kristian
Gulbrandsen, Pål
Gulseth, Hanne Løvdal
Hagve, Tor-Arne
Hansen, John-Bjarne
Hasle, Gunnar
Haug, Jon Birger
Haugen, Trine B.
Haugaa, Kristina H.
Heldal, Anne Taraldsen
Helland, Åslog
Hem, Erlend
Heyerdahl, Fridtjof
Hilt, Bjørn
Hjartåker, Anette
Hjelmesæth, Jøran Sture
Hofmann, Bjørn
Holme, Øyvind
Holmøy, Trygve
Houge, Gunnar
Hovda, Knut Erik
Hunskår, Steinar
Husebekk, Anne
Høye, Anne
Høye, Sigurd
Høymork, Siv Cathrine
Haavardsholm, Espen
Ihle-Hansen, Hege
Jacobsen, Geir Wenberg
Joakimsen, Ragnar
Johansen, Rune

Johansen, Truls E. Bjerklund
Juel, Niels Gunnar
Jørgensen, Anders Palmstrøm
Korvald, Christian
Kran, Anne-Marte Bakken
Kristoffersen, Målfrid
Krohg-Sørensen, Kirsten
Krohn, Jørgen Gitlesen
Kurz, Kathinka Dæhli
Kvestad, Ellen
König, Marton
Kørner, Hartwig
Lang, Astri M.
Lassen, Kristoffer
Lie, Anne Kveim
Lillebø, Kristine
Løberg, Magnus
Madsen, Steinar
Mahesparan, Rupavathana
Mehl, Cathrin
Meisingset, Tore Wergeland
Meland, Eivind
Melin, Erik
Mikkelsen, Maja Elisabeth
Myhre, Mia Cathrine
Müller, Lil-Sofie Ording
Myrstad, Marius
Mørch, Kristine
Nielsen, Rune
Nilsen, Kristian Bernhard
Nissen-Meyer, Lise Sofie H.
Nordbø, Svein Arne
Nordøy, Ingvild
Nylenna, Magne
Paulssen, Eyvind J.
Paus, Benedicte
Pihlstrøm, Lasse
Pukstad, Brita Solveig
Raknes, Guttorm
Ranhoff, Anette Hylen
Rasmussen, Jørn Einar
Reed, Wenche

Reikvam, Håkon
Renaa, Therese
Retterstøl, Kjetil
Revheim, Mona-Elisabeth
Risnes, Kari Ravndal
Risø, Cecilie
Rogne, Tormod
Rosvold, Elin Olaus
Ræder, Johan C.
Rørtveit, Guri
Salvesen, Kjell Åsmund
Samersaw-Lund, Miriam May Brit
Simonsen, Gunnar Skov
Skjold-Ødegaard, Benedicte
Slagstad, Ketil
Slørdal, Lars Johan
Solberg, Steinar K.
Sorteberg, Angelica
Spigset, Olav
Staff, Annetine
Stray-Pedersen, Asbjørg
Sundsford, Arnfinn S.
Søreide, Kjetil
Thommessen, Bente
Tjønnfjord, Geir E.
Ulvestad, Elling
Valeur, Jørgen
Vallersnes, Odd Martin
Vetthus, Morten
Vistad, Ingvild
Viste, Kristin
Wallenius, Marianne
Wiseth, Rune
Wold, Cecilie Bendiksen
Wyller, Torgeir Bruun
Zahl, Per-Henrik
Øksengård, Anne Rita
Ørstavik, Kristin
Øymar, Knut
Aavitsland, Preben

TIDSSKRIFTETS FORMÅL

Legeforeningen utgir Tidsskrift for Den norske legeforening som medlemsblad og medisinskvitenskapelig tidsskrift. Tidsskriftet skal:

- › være et organ for medisinsk utdanning som stimulerer til faglig vedlikehold og fornyelse for legen som allmenn kliniker
- › stimulere til medisinsk forskning og fagutvikling
- › bidra til holdningsdanning hos legene
- › videreutvikle etiske og kulturelle idealer i den medisinske tradisjon
- › fremme den helsepolitiske debatt

© Tidsskrift for Den norske legeforening

Gjengivelse av artikler, tabeller og illustrasjoner krever som hovedregel skriftlig tillatelse fra forfatterne og redaksjonen, og med Tidsskrift for Den norske legeforening som kildeangivelse.

For alle vitenskapelige artikler innsendt etter 1.1.2020 gjelder åpen tilgang-lisensen CC BY-ND 4.0. Artiklene vil være merket med denne lisensen. Bilder, illustrasjoner og andre elementer er også omfattet av lisensen dersom ikke annet er angitt i bildeteksten. Dersom elementer er rettighetsbelagt, må man kontakte rettighetshaver for gjenbruk.

REDAKSJONEN

Sjefredaktør Are Brean
Assisterende sjefredaktør Ragnhild Ørstavik
Redaksjonssjef Cathrine Idsøe
Digitalsjef Einar Ryvarden
Markedssjef Ellen Bye Knutsen
Vitenskapelig redaktør Siri Lunde Strømme
Publiseringsredaktør Tone Enden
Medisinske redaktører
Lars Frich, Petter Gjersvik, Inge Rasmus Groote, Mette Kalager, Sofie Paus, Tor Rosness, Synne Muggerud Sørensen, Kari Tveito, Liv-Ellen Vangsnes, Sigurd Ziegler, Elena V. Aandstad
Produksjonssjef Berit Seljebotn
Visuelt ansvarlig Peder Bernhardt
Grafisk designer Henrik Hjorth Austad
Journalist Marte Nordahl
Manusredaktører
Marit Fjellhaug Been, Stig Rognes
Tekniske redaktører Julie Didriksen, Gunn Marit Seberg
Produksjonskonsulent Åse Gjefsen
Redaksjonskonsulent Jorunn B. Kvarme
Produktsjefer
Njål H. Anderssen, Tina Bjørnstad
Faste bidragsytere
Haakon B. Benestad, Gudrun Maria Waaler Bjørnelv, Kristoffer Brodwall, Jeanette Engquist, Jon Michael Gran, Ruth Halsne, Tori Flaatten Halvorsen, Martin Hotvedt, Rita Gamlem Kristiansen, Charlotte Lunde, Stian Lydersen, Kåre Moen, Elise Catriona Solberg O'Leary, Are Hugo Pripp, Jo Røislien, Anne Kathrine Sebjørnsen, Melanie Rae Simpson, Rune Skogheim, Eva Skovlund, Amanda Hylland Spjeldnæs, Marianne Riksheim Stavseth, Mats Julius Stensrud, Christina Svanstrøm, Elisabeth Swensen, Magne Thoresen, Kari Toverud, Marit Tveito
Redaksjonskomité
Kari Milch Agledahl, Jeanette Bjørke, Mette Brekke (leder), Cathrine Ebbing, Knut Eirik Ringheim Eliassen, Ane Brandtzæg Næss, Per Henrik Randsborg, Victoria Schei

KONTAKT

Besøksadresse
Christiania Torv 5, Oslo

Postadresse
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Sentralbord: 23 10 90 00
www.tidsskriftet.no

redaksjonen@tidsskriftet.no
annonser@tidsskriftet.no
oversettelse@tidsskriftet.no
stetoskopet@tidsskriftet.no

Utgiver
Den norske legeforening
Generalsekretær Siri Skumlien

Opplag 32 830
Antall utgivelser 18 numre per år
ISSN 0029-2001

Grafisk produksjon Aksell AS

I NESTE NUMMER

- *Bredspektret antibiotikabruk*
- *Akutt laparotomi*
- *Hofteleddsdysplasi*
- *Psykiatriens forventningskrise*
- *Bærekraftig anestesi?*

REDAKTØRANSVAR

Tidsskriftet redigeres etter redaktørplakaten, og alt som publiseres representerer forfatterens synspunkter. Disse samsvarer ikke nødvendigvis med redaksjonens eller Den norske legeforenings offisielle synspunkter med mindre dette kommer særskilt til uttrykk.



Tidsskriftet er medlem av Committee on Publication Ethics (COPE) – www.publication-ethics.org. Vi følger retningslinjene derfra og fra Vancouver-gruppen (International Committee of Medical Journal Editors) – www.icmje.org. Tidsskriftet er medlem av Den Norske Fagpresses Forening (www.fagpressen.no) og Tidsskrift-



foreningen (www.tidsskriftforeningen.no). Tidsskriftet støtter FNs bærekraftsmål og har skrevet under på SDG Publishers Compact.





Vi er alltid på jakt etter dyktige legespesialister

Som lege hos oss får du mer tid med pasienten og lite tid går bort til administrative oppgaver. Vi kan tilby:

- Varierte arbeidsoppgaver
- Bredt fagmiljø
- Godt og trivelig arbeidsmiljø
- Konkurransedyktige betingelser

Bli en del av Aleris du også!
Send en søknad til rekruttering@aleris.no

Ta kontakt med en av våre sykehusdirektører:

Øst: Kari Kjos Bårtveit
90 36 77 27 • kari.kjos.bartveit@aleris.no

Sør og Vest: Hanne Barkved
93 65 48 58 • hanne.barkved@aleris.no

Midt og Nord: Christer Mohn
90 51 23 45 • christer.mohn@aleris.no