



Tidsskriftet

DEN NORSKE LEGEFORENING



50 år siden sex mellom menn ble lovlig

SIDE 750, 751, 804, 808

Psykiateren som gjeste-
arbeider og faglig garantist

SIDE 753, 775

Alvorlig sykdom med
herpes simplex-virus

SIDE 754, 787, 791

øredråper ved øregangseksem

DIPROTIT[®]

betametason

- smart, brukervennlig endosepipette

- Bruken av pipette gjør det enkelt å administrere riktig mengde betametason i hvert øre, uten sølet som gjerne oppstår med store flasker.
- DIPROTIT inneholder ikke antibiotika, noe som er viktig i en tid der antibiotikaresistens er et økende problem og en global helse-trussel.

DIPROTIT[®] selges i anvendelige forpackninger med 30 endosepipetter.

DIPROTIT Kortikosteroid gruppe III (sterke). ATC-nr.: S02B A07

ØREDRÅPER, oppløsning i engangspipetter 0,05%: 1 g inneh.: Betametasondipropionat tilsv. betametason 0,5 mg, karbomer, natriumhydroksid, isopropanol, renset vann.

Indikasjoner: Øregangseksem.

Dosering: Øregangen bør rengjøres før behandlingsstart. Initialt i behandlingen gis 1 engangspipette 2 ganger pr. døgn. Etter noen dager reduseres doseringen til 1 engangspipette 1 gang pr. døgn. Om ikke forbedring er oppnådd innen 10-14 dager bør øre-nese-halsspesialist rådføres.

Administrering: Til bruk i øret.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Trommehinneperforasjon.

Forsiktighetsregler: Behandling av barn skal skje i samråd med spesialist. Glukokortikosteroider kan maskere, aktivere eller forverre en infeksjon. Synsforstyrrelser: Er sett ved bruk av systemiske og topikale kortikosteroider. Hvis symptomer som tåkesyn eller andre synsforstyrrelser oppstår, skal pasienten vurderes for henvisning til øyelege for evaluering av mulige årsaker. Dette kan omfatte grå stær, grønn stær eller sjeldne sykdommer som sentral serøs korioretinopati (CSCR), som er sett etter bruk av systemiske og topikale kortikosteroider.

Graviditet, amming og fertilitet: Risiko ved bruk under graviditet og amming vurderes som liten. Preparatet kan brukes under graviditet og amming.

Bivirkninger: Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Hud: Hudatrofi. Hjerte/kar: Kapillærskjørhet (ekchymoser). Øvrige: Sekundærinfeksjon. Sjeldne ($\geq 1/10\ 000$ til $< 1/1000$): Endokrine:

Binyre-barkhemming. Hud: Hypo- eller hyperpigmentering, hypertrikose, sensibilisering (betametason). Ukjent frekvens: Tåkesyn.

Overdosering/Forgiftning: Se Giftnformasjonens anbefalinger for glukokortikoider H02A B på www.felleskatalogen.no.

Egenskaper: Virkningsmekanisme: Antiinflammatorisk og kløestillende effekt. Gjennom modifisering av kortisonstrukturen (1,2 dobbelbinding, fluorisering og betametylering) oppnås en økt glukokortikoid og antiinflammatorisk effekt samt en redusert mineralokortikoid effekt sammenlignet med hydrokortison.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares ved høyst 25°C, i konvolutten. Engangspipetter i åpnet konvolutt er holdbare i 4 uker.

Pakninger: 30 x 0,2 ml (engangspipette)

Sist endret: 13.12.2018 **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 13.09.2017

Innehaver av markedsføringsstillatelse: Evolan Pharma AB, Box 120 SE-182 12, Danderyd, Sverige. www.evolan.se.

EVOLAN.

Covidånde



ARE BREAN
SJEFREDAKTØR

Den første testen som kan diagnostisere covid-19 i utåndingsluft, ble nylig godkjent av Food and Drug Administration i USA. Maskinen, kalt intet mindre enn *InspectIR COVID-19 Breathalyzer*, skal være på størrelse med en stresskoffert. Den benytter gasskromatografi for å detektere fem ulike komponenter i utåndingsluft. Det tar tre minutter å få svaret. Godkjenningsstudien på 2 400 personer, hvorav bare noen med symptomatisk covid-19, viste at maskinen korrekt identifiserte 91,2 % av deltakerne med positive prøver og 99,3 % av deltakerne med negative prøver.

Testen kommer neppe i omfattende bruk med det første: Produzentene kan foreløpig lage kun 100 maskiner i uken, og hver av dem kan greie 160 prøver per dag. Dessuten krever maskinen spesialtrent personale under tilsyn av helsepersonell. Bomullspinnen i nese eller munn blir vi med andre ord ikke kvitt med det første.

LES I DETTE NUMMERET

Kjærligheten er for alle

I år er det 50 år siden straffelovens forbud mot seksuelle handlinger mellom menn ble opphevet. Siden da har levekårene for skeive i Norge endret seg i positiv retning. Men fortsatt lever mange homofile menn og kvinner i frykt, skyld og skam. I andre deler av verden blir homofile, lesbiske og transpersoner forfulgt og undertrykt.

Alle pasienter må behandles med samme åpenhet, forståelse, empati og respekt. Dette gjelder ikke minst personer med kjønnsinkongruens og ønske om kjønnsbekreftende behandling. Legers kunnskaper om seksuell helse må styrkes.

SIDE 750, 751, 804, 808

Psykiateren som gjestearbeider og faglig garantist

Legens rolle i psykisk helsevern er mindre tydelig enn i den somatiske delen av helsevesenet. Psykiaterens oppgaver er i mindre grad adskilt fra oppgavene til andre yrkesgrupper, slik som sykepleiere, fysioterapeuter og helsefagarbeidere. Strukturen er lite hierarkisk.

Flere psykiatere oppfatter at deres rolle i psykisk helsevern er krevende og under press. Dette kommer frem i en kvalitativ intervjuundersøkelse med syv psykiatere. Faget psykiatri må ta større ansvar for å forme og tydeliggjøre legens rolle i psykisk helsevern.

SIDE 753, 775

Alvorlig sykdom med herpes simplex-virus

Herpes simplex-virus forårsaker plagsomme sår på lepper og kjønnsorganer, men kan også gi alvorlig sykdom. En voksen mann med væskende utslett, dårlig allmenntilstand og synshallusinasjoner fikk påvist herpes simplex-virus i utslett, blod og spinalvæske, og ble bra etter systemisk antiviral behandling. Men prognosen ved herpes simplex-encefalitt er ofte dårlig, slik historien om en voksen mann som ble innlagt pga. akutt forvirring og psykose, viser. Rask diagnose og tidlig behandlingsstart er viktig.

SIDE 754, 787, 791

FORSIDE



Illustrasjon © Mari Kanstad Johnsen

– Jeg har jobbet med å få frem ømheten og nærheten mellom de to på benken, som har vært sammen i 50 år, minst, sier Mari Kanstad Johnsen, som har laget illustrasjonen på forsiden. Stemningen i parken der de to mennene sitter, formidler et budskap om at kjærligheten er for alle. Slik har det ikke alltid vært. Først i 1972 ble loven som forbød seksuelle handlinger mellom menn, avskaffet i Norge. At samfunnets holdninger langsomt har endret seg, skyldes blant annet mennesker som har trosset fordommer og fordømmelse og stått opp for retten til å elske den de vil. Men kampen for like rettigheter og samme frihet uansett legning og kjønnsidentitet er ikke over. Mye arbeid gjenstår før diskriminering av skeive liv blir historie – i Norge og i andre land.

Mari Kanstad Johnsen arbeider som illustratør, barnebokforfatter og billedkunstner i Oslo. Flere arbeider kan ses på marikajo.com og på Instagram (@marikanstadjohnsen).

Fra redaktøren

- 749 Et mer rettferdig matfat
Are Breaan

Leder

- 750 Retten til å elske den man vil
Haakon Aars
- 751 50 år siden sex mellom menn ble avkriminalisert
Kirsti Malterud
- 752 Førebyggende medisin – verd sin pris
Kristian Hagestad
- 753 Leger i psykisk helsevern – gjestearbeidere og faglige garantister?
Miriam Kristine Sandvik
- 754 Encefalitt med herpes simplex-virus
Harald Otto Steinum

DEBATT

Kommentarer

- 755 Hvordan forbedre?
Peder Joakimsen
- Perspektiv fra en kommunalt ansatt fastlege
Eirik Løfsgaard
- 756 Tas på fullt alvor!
Asbjørn Myren Svensen
- Rettelse

Debatt

- 758 Dødshjelpsdebatten i Legeforeningen
Svein Aarseth, Anne-Karin Rime
- 759 Liv, død og organdonasjon: Ikke glem barna
Thomas Möller, Astri Maria Lang
- 762 SNOMED CT binder fagspråkene sammen og letter kodingen
Taran Borge, Mona Stedenfeldt

Kronikk

- 764 Menstruasjonsforstyrrelser etter koronavaksinerings
Sarvani Mahalingam, Gunnveig Grødeland
- 768 Covid-19-rekonvalesensplasma fra norske blodgivere
Lise Sofie H. Nissen-Meyer, Tor Hervig, Børre Fevang, Gunnstein Norheim, Anne-Marte Bakken Kran, John Torgils Vaage, Øystein Flesland

VITENSKAP

Fra andre tidsskrifter

- 772 Ringer-acetat eller saltvann til kritisk syke?

- 772 Hvorfor sover vi dårligere når vi blir eldre?
 773 Kan en amputert fot vokse ut igjen?

Originalartikkel

- 775 Legerollen i psykisk helsevern – en kvalitativ studie
Ragnar Nesvåg, Helge Skirbekk

Klinisk oversikt

- 782 Merkelcellekarsinom
Morten Kristoffer Nyruud, Åse Bratland, Linn Landrø, Trine Brevig, Truls Ryder, Robert Hermann, Lars Frich

Noe å lære av

- 787 En mann i 40-årene med utslett og hallusinasjoner
Yangchen Dhondup, Kristin Halvorsen Hortemo, Carl Fredrik von Krogh, Syed Mohammad Husain Rizvi
 791 En mann i 40-årene med akutt forvirring
Merethe Karlberg, Hanne Thoresen, Diana Hristova Berg, Oana-Gratiela Ciopat, Karl Bjørnar Alstadhaug

Medisinen i bilder

- 795 Når blodet flyter langsomt
Miriam Sandnes, Håkon Reikvam

Medisin og tall

- 798 Ulike typer interferens i randomiserte studier
Jon Michael Gran, Mats Julius Stensrud

Fra laboratoriet

- 799 Pediatriske referanseområder – en oppdatering
Ingrid Alsos Lian, Anne-Lise Bjørke Monsen

Fra fagmiljøene

- 802 Klokere henvisning til bildediagnostikk
Fredrik Nomme, Gregor Kai Jarosch-von Schweder, Eivind Richter Andersen, Ingrid Øfsti Brandsæter, Elin Kjelle, Bjørn Hofmann
 803 Første regionale senter for kjønnsinkongruens ved Sykehuset i Vestfold
Susan Ettelt, Martin Rosmo Hansen, Cecilie Christoffersen, Even Tyr Bjerkeli, Tale Rode, Daniel Aam Josdal

MAGASIN

Intervju

- 804 Det åpne møtet
Christina Svanstrøm

Reportasje

- 808 Skeive leger om skeive pasienter
Caroline Ulvin Johansson

Legelivet

- 811 *Communicare necesse est*
Karl Otto Nakken

Språkspalten

- 812 Iboende kapasitet
Anette Hysten Ranhoff, Bjørn Heine Strand, Erlend Hem

Tidligere i Tidsskriftet

- 814 Håndrotsbrudd
Julie Didriksen

Anmeldelser

- 815 Bøker
 Podkast

Ph.d.-disputaser

- 817 Avlagte doktoravhandlinger

Minneord

- 819 Minneord

ANNONSER

- 821 Legejobber
 823 Kurs og møter
 Spesialister

AKTUELT I FORENINGEN

Fra presidenten

- 825 Ingen tid å miste
Anne-Karin Rime

Aktuelt

- 826 – Det var ikke tvil i min sjel, jeg ville bli lege
 829 Revidert nasjonalbudsjett 2022: Alarmerende for fastlegeordningen
Jørn Einar Rasmussen ble årets Buskerudlege 2022
 830 – Økende sosiale helseforskjeller er den største utfordringen for folkehelsen
 831 Gjennomført årsmøte for yngre leger

legejobber.no

Norges mest komplette stillingsportal for leger

UTVALGTE STILLINGER

NORDLANDSSYKEHUSET HF

Overlege, radiologi

Frist 19. juni

TRONDHEIM KOMMUNE

Fastlegehjemmel

Frist 26. juni

EYR MEDICAL

Allmennlege

Frist snarest

AVONOVA HELSE SUNNMØRE

Lege

Frist 30. juni

HELSE STAVANGER HF

Lege i spesialisering,
nukleærmedisin

Frist 17. juni

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

Overlege, barne- og
ungdomspsykiatri

Frist 19. juni

VESTRE VIKEN HF

Overlege, endokrinologi

Frist 15. juli

AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF

Overlege, fordøyelsessykdommer

Frist 1. juli

SANDEFJORD KOMMUNE

Fastlegehjemmel

Frist 1. september

DIAKONHJEMMET SYKEHUS

Avdelingsleder

Frist 20. juni

Et mer rettferdig matfat

Engelsk oversettelse på tidsskriftet.no

Vi har en matkrise fremskyndet av pandemi, krig og klimaendringer. Sårbarheten i det globale matsystemet truer fremgangen i global helse.

Den enorme økningen i matproduksjon de siste tiårene er en av menneskehetens største teknologiske og vitenskapelige bragder. Utvikling av matplanter med høyere avkastning, effektive plantevernmidler, kunstgjødsel og avansert landbruksmekanikk har gjort at vi produserer mer enn nok kalorier til å dekke menneskehetens behov – til tross for at vi aldri har vært så mange mennesker på jorden (1).

«På sikt må våre matsystemer endres radikalt»

Problemet er at vi skjefvordeler kaloriene så til de grader at det gir store helsetap i begge ender av matfatet. Ved inngangen til 2022 var 276 millioner mennesker truet av hungersnød (2) og nærmere 150 millioner barn under fem år veksthemmede som følge av underernæring (3). Samtidig er 2,2 milliarder av verdens mennesker overvektige (3). Feilernæring, både i form av for tomme og for fulle matfat, er ansvarlig for mer enn en fjerdedel av alle globale dødsfall forårsaket av ikke-smittsomme sykdommer – en andel som har økt med 15 % siden 2010 (3).

Spisingen har en høy pris også for kloden. 40 % av jordens isfrie overflate og 66 % av alt vannuttak i verden brukes til matproduksjon (1). Og matproduksjon er ansvarlig for mer enn en tredjedel av klodens samlede klimagassutslipp, en andel som har økt med 14 % siden 2010 (3).

Samtidig som matproduksjonen bidrar til klimaendringene, er den også svært sårbar for de samme endringene. Allerede har klimaendringene en negativ påvirkning på verdens matproduksjon (4). Og i årene som kommer, vil matsikkerheten i stadig større grad utfordres av global temperaturøkning (5). Et eksempel så vi nylig da en ekstrem hetebølge i India førte til eksportforbud for hvete på grunn av frykt for feilslåtte avlinger (6). Dermed steg verdens hvetepriser nok en gang til rekordhøyder. Det skjedde rett etter at økningen i matvareprisene etter covid-19-pandemiens herjinger hadde skjøvet minst 155 millioner mennesker ut i ekstrem fattigdom og tilhørende risiko for underernæring (3).

Krigen i Ukraina har ytterligere understreket sårbarheten i ver-

dens matforsyning. 15 % av verdens eksport av mais, 12 % av hvete og opptil halvparten av solsikkeolje kommer fra Ukraina (7). Millioner av tonn med korn står nå fast i ukrainske kornlagre og om bord på skip i stengte havner (2). Og om ikke krigen tar slutt, vil ukrainske bønder heller ikke ha noe sted å gjøre av sommerens nye avlinger, som vil råtne på rot. En slik situasjon vil kunne føre til at ytterligere 47 millioner mennesker, de fleste av dem sør for Sahara, risikerer akutt hungersnød (2). Og krigens konsekvenser strekker seg betydelig lenger enn neste års avling. I neste omgang vil blant annet mangelen på kunstgjødsel kunne gi en global matvarekrise som vil vare i årevis (7).

Som alltid rammer kriser hardest de som har minst fra før. I Norge går omtrent 11 % av husholdningsinntektene til mat, mens denne andelen i noen fattige land er på opptil 50 % (8). En økning i kornprisene som blir dyr for oss, blir katastrofal for andre. I rike land har vi dessuten mer varierte kalorikilder, mens en ensidig avhengighet av korn gjør befolkningen i mange fattige regioner enda mer utsatt.

Summen av krig, pandemi og klimarelatert matkrise viser hvordan sårbarheten i det globale matsystemet truer de siste tiårenes fremgang i global helse. For å unngå at den voksende sultkrisen kommer helt ut av kontroll, haster det med å gjenopprette stabil produksjon og transport av matvarer samt å gi humanitær hjelp til de verst rammede landene, slik Verdens matvareprogram desperat har bedt om (2). Men på sikt må våre matsystemer endres radikalt. Bare slik kan vi gjøre slutt på både de systematiske helseforskjellene som skyldes regional underernæring, og de som skyldes overernæring. Da må vi sikre en mer stabil og rettferdig fordeling av klodens kaloriproduksjon og av mikronæringsstoffer. For å gi mer effektiv utnyttelse av de enorme landområdene som brukes til matproduksjon, må også verdens kjøttforbruk kraftig ned (3). Tiltak som dette vil kreve økt internasjonalt samarbeid, store økonomiske investeringer og økt fokus på riktig ernæring som en grunnleggende helserettighet. Men det vil lønne seg. Ifølge beregninger fra Global Nutrition Report 2021 vil økt investering i ernæring gi global økonomisk gevinst i størrelsesorden 10 billioner dollar innen 2050 (3). Men den aller viktigste avkastningen vi får, er en bedre helse for både kloden og menneskeheten.



ARE BREAN

are.brean@tidsskriftet.no

er sjefredaktør i Tidsskriftet. Han er ph.d. og spesialist i nevrologi.

Foto: Einar Nilsen

LITTERATUR

- Myers SS, Smith MR, Guth S et al. Climate Change and Global Food Systems: Potential Impacts on Food Security and Undernutrition. *Annu Rev Public Health* 2017; 38: 259–77.
- World Food Programme. WFP calls for urgent opening of Ukrainian ports to help rein in global hunger crisis. 6.5.2022. Lest 31.5.2022.
- 2021 Global Nutrition Report: The state of global nutrition. Bristol: Development Initiatives. Lest 31.5.2022.
- Ray DK, West PC, Clark M et al. Climate change has likely already affected global food production. *PLoS One* 2019; 14: e0217148.
- Dasgupta S, Robinson EJZ. Attributing changes in food insecurity to a changing climate. *Sci Rep* 2022; 12: 4709.
- Kagge G. Verden har nok mat. Men de som sulter, får den ikke. *Aftenposten* 29.5.2022. Lest 31.5.2022.
- Farrer M. Ukraine war has stoked global food crisis that could last years, says UN. *The Guardian* 19.5.2022. Lest 19.5.2022.
- Bjørnstad S. Dyrere mat skaper mer sult. FN's matvaresjef frykter opprør og folkevandringer. *E24* 23.5.2022. Lest 31.5.2022.

Retten til å elske den man vil

«Kampen er ikke over. Vi må aldri ta frihetene våre for gitt!» Dette sa Kim Friele, den første som offentlig sto frem som lesbisk i Norge.

Gulatingsloven, som gjaldt til 1274, forbød sex mellom menn. I 1902 ble straffeloven § 213 vedtatt (1): «Finder utugtig Omgjængelse Sted mellem Personer af Mandkjøn, straffes de, der heri gjør sig skyldige, eller som medvirker dertil, med Fængsel indtil 1 Aar. Med samme Straf ansees den, som har utugtig Omgjængelse med Dyr, eller som medvirker dertil. Paataale finder alene sted, naar det paakræves af almene hensyn.»

For en mann å ville ha sex med en annen mann ble sett på som en medfødt tilstand som man ikke kunne hjelpe for, og derfor var flere leger imot straff. Legene mente det var en sykkelig tilstand som måtte håndteres medisinsk og ikke av strafferetten. Sex var oppfattet som en akt med penetrering, og sex mellom kvinner ble derfor vanskelig å bevise. Dessuten var kvinner på mange måter ikke ansett som seksuelle vesener og var heller ikke nevnt i loven.

«Myter og stigma rundt homofili lever til tross for at det er 50 år siden § 213 ble opphevet»

Loven ble opphevet 21. april 1972. Den var på mange måter en sovende lov, men i perioden 1905–50 ble 119 menn dømt. Loven kriminaliserte en stor gruppe menns kjærlighets- og seksualliv og fratok dem muligheten for åpent samliv. Den bidro også til offentlig anerkjennelse av at disse mennenes liv var befengt med forbud, synd og skam. Dessuten anså store deler av psykiatrien homofili som sykkelig og skadelig, og først i 1979 ble homofili avskaffet som sykdomsdiagnose.

Det finnes ingen entydige dokumenterte årsaksforklaringer til at noen mennesker utvikler en alt overveiende homoseksuell tiltrekning, verken ut fra biologi eller miljø. Det eneste som med sikkerhet kan sies, er at menneskers seksuelle orientering grunnlegges meget tidlig i livet, sannsynligvis i den aller første levetiden, og er ikke ervervet senere (2, 3). Og utsagn om homoseksuell smitteeffekt er ikke annet enn mytisk tenkning.

Myter og stigma rundt homofili lever til tross for at det er 50 år siden § 213 ble opphevet og at statsministeren nylig ga en offentlig unnskyldning for nettopp denne loven. Til tross for dagens beskyttende lovverk og offentlig åpenhet og støtte lever homofile menn og kvinner fortsatt med frykt, skyld og skam, og fordømmelser og fordommer kan gjøre det vanskelig å fritt kunne uttrykke nærhet

og sin kjærlighet og seksualitet. Fordi homoseksualitet fortsatt er undertrykt og sett ned på, også i vår kultur, har mange homofile vansker med å føle sosial aksept for sin seksuelle tiltrekning (4).

Ikke minst har det fra ulike kirkelige hold eksistert, og eksisterer stadig, en idé om å skille det å være homofil fra det seksuelle. Å fradømme mennesker retten til å uttrykke seksuelle følelser overfor den man er glad i er ikke spesielt medmenneskelig. Seksualiteten er i oss og følger oss fra fødselen til vi dør. Den er en kilde til lyst og glede i livet og gir oss mennesker en identitet der nærheten og intimiteten til andre forteller oss noe om oss selv. Hvis seksualiteten ikke fungerer, eller ikke får utfolde seg, berører det i høyeste grad vårt følelsesliv og selvbylde.

Helsepersonell, også leger, mangler i stor grad kunnskap om den seksuelle helsen, og undervisning om seksuell helse er til dels fraværende i profesjonsutdanningene. Også undervisning om seksuell orientering, kjønn og identitet mangler. Dette bidrar til å opprettholde holdninger der man tar for gitt at «alle» pasienter er hetero og at alle pasienters kjønn og kjønnsidentitet er opplagt. Kunnskapsmangelen bidrar til at helsen og sunnhetsproblemene til homofile og lesbiske kan mistolkes og i verste fall feilbehandles.

Under en konsultasjon vil det være klokt å bruke et kjønnsnøytralt språk, for eksempel si *partner* i forbindelse med hvem pasienten lever/har sex med. Det kan gi pasienten en følelse av trygghet og aksept fra behandleren og gjøre det lettere å presentere problemer relatert til seksuell identitet, tiltrekning og praksis (5).

Homofili kan ikke straffes i Norge og er heller ikke lenger oppført som diagnose i ICD-11. Men vi behøver ikke å se lenger enn til for eksempel Russland, Polen eller Ungarn før det offisielle synet er annerledes – steder der det er ulovlig å undervise om homofili i skoler og på universiteter eller å omtale homofili i medier, der homofile gjerne sammenlignes med pedofile, eller der såkalte LHBT-frie soner er etablert (Polen). I dag er homoseksualitet ulovlig og kan straffes i 68 land, i 8 av dem med dødsstraff (5). Også i det åpne og demokratiske Norge blusser nå en debatt rundt kjønnsdysfori opp i full blomst (6), og gamle fordommer er dårlig skjult.

Legeutdanningen må gjeninnføre obligatorisk undervisning om seksuell helse. Hvordan kan ellers leger uteksamineres med et minimum av kunnskap om en stor del av befolkningens helseutfordringer? Leger, og ikke minst vi psykiatere, må ta lærdom av vår lite ærefulle historie. Vi må være oss bevisst det ansvaret vi er tillagt. Alle våre pasienter må behandles med samme åpenhet, forståelse, empati og respekt.

HAAKON AARS

ha-aars@online.no

er spesialist i psykiatri, i samfunnsmedisin og i klinisk sexologi NACS (Nordic Association of Clinical Sexology) og har mastergrad i folkehelse.

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

LITTERATUR

- 1 Halsos MS. §213 i almindelig borgerlig straffelov av 1902: homoseksualitet i Norge og rettslige sanksjoner mot den fra slutten av 1800-tallet til 1972. Oslo: Universitetet i Oslo, 2001.
- 2 Hertoft P. Klinisk sexologi. København: Munksgaard, 2002.
- 3 Langfeldt T. Sexologi. Oslo: Ad Notam, 1993.

- 4 Aars H. Menns seksualitet. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2011.
- 5 World ILGA. State-Sponsored Homophobia 2020: Global Legislation Overview Update. Lest 16.5.2022.
- 6 Almås E, Pirelli Benestad EE. Sexologi i praksis. Oslo: Universitetsforlaget, 2006.

50 år siden sex mellom menn ble avkriminalisert

Levekårene for skeive i Norge er bedre enn i 1972, men vi er ikke i mål.

Skeivt kulturår 2022 markerer at det er 50 år siden straffelovens forbud mot seksuelle handlinger mellom menn (§ 213) ble opphevet. Statsministeren har gitt en unnskyldning til dem som ble kriminalisert av norske myndigheter. Lovendringen den gang og statsministerens unnskyldning i dag er henholdsvis en strukturell og en kulturell markering av hvordan levekårene for skeive i Norge har endret seg i positiv retning. I andre deler av verden ser vi hvordan konservative krefter forbyr og forfølger skeive.

Skeiv er et forholdsvis nytt ord i norsk dagligtale (engelsk: *queer*). Begrepet samler forskjellige grupper av minoriteter og mangfold innen kjønn og seksualitet: lesbiske, homofile og bifile (seksuell orientering), binære og ikke-binære transpersoner med kjønnsinkongruens (kjønnsidentitet) samt interkjønn (variasjoner i kroppslig kjønnsutvikling), ofte forkortet som LHBTI (1).

Levekår er økonomiske, sosiale og personlige forhold som bestemmer hvordan mennesker lever sine liv. Lovverk, tjenester, forvaltning og politikk er eksempler på strukturelle levekår. Kjønnsnøytral ekteskapslov (2008) og lov om endring av juridisk kjønn (2016) viser at minoritetsgruppene nå har fått adgang til levekårsbetingelser som majoritetssamfunnet kunne ta for gitt. En kommentar i Lovdata oppsummerer de juridiske milepelene og påpeker følgende (2): «Men selv om noe er likestilt i lov, betyr det ikke at det er likestilt i praksis. Samfunnet og lovverket har fremdeles et heteronormativt utgangspunkt.»

Hva betyr dette? *Heteronormativitet* er en betegnelse på kulturelle og sosiale praksiser der man tar for gitt at alle mennesker tiltrekkes av mennesker av motsatt kjønn, slik at homo- og biseksualitet blir usynlig og annenrangs. Tilsvarende snakker vi om *cisnormativitet*, der kjønnsinkongruens blir usynlig og annenrangs. Dette handler ikke om bevisst forskjellsbehandling på individnivå, men om majoritetssamfunnets normalitetsforståelse som tar for gitt det som gjelder for de fleste. «Selvlysende eller usynlig» er et velkjent dilemma som skeive mennesker ofte opplever (3). Til hverdags bidrar slike tattforgittheter til at minoritetsgruppens behov forblir usynlige eller neglisjerte. Sier man fra, blir man selvlysende eller kritisert for å snakke med utestemme. Å navigere mellom slike tattforgittheter skaper et merarbeid til hverdags, selv for skeive som er åpne i møte med andre og har det bra med seg selv.

I Norge har Bufdir de siste 10–15 årene vært pådriver for en rekke levekårsundersøkelser blant LHBTI-personer i Norge (1). Den siste rapporten ble presentert i fjor (4) og viste to tilsynelatende motstridende funn: Blant flertallet i alle grupper av skeive i Norge er levekår

og helse sammenliknbart med forholdene i majoritetsbefolkningen. Men ser vi nærmere på undergruppene, er det en betydelig andel av personer med transkjønn og kjønnsinkongruens som rapporterer om dårlig psykisk helse og manglende tilbud av relevante helsetjenester. Også bifile kvinner og menn har atskillig dårligere helse og livskvalitet enn heterofile kvinner og menn. Blant lesbiske kvinner og homofile menn er tilstanden vesentlig bedre, men også her finner vi undergrupper med høyere andel psykiske helseplager.

Lovverket gir LHBTI-personer i Norge vern mot diskriminering og forskjellsbehandling. Likevel opplever fortsatt transpersoner i Norge negative holdninger og overgrep knyttet til kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk. Blant andre grupper av skeive i Norge er det trolig mer subtile holdninger knyttet til heteronormativitet og cisnormativitet som utgjør den største belastningen. Slike tattforgittheter kan bidra til opplevelse av utenforskap og minoritetsstress, som igjen kan føre til helseproblemer.

«Å navigere mellom slike tattforgittheter skaper et merarbeid til hverdags, selv for skeive som er åpne i møte med andre»

Åpenhet er en viktig forutsetning og indikator for levekår. Å kunne stå frem som den man er, uten å skjule seg, er en forutsetning for god helse. En vesentlig andel av lesbiske kvinner og homofile menn rapporterer at fastlegen kjenner deres seksuelle orientering. Her er vi kommet langt de siste 50 årene i Norge (4). Men bifile kvinner og menn forteller i liten grad om sin seksuelle orientering til andre, heller ikke til fastlegen. Og fortsatt finnes det miljøer der ungdom kan regne med betydelig motstand fra sitt nærmiljø hvis de står åpent frem som LHBTI-personer.

Pride er noe annet og noe mer enn en medlemsmarkering. Det handler om å vise solidaritet med mennesker som lever et annet liv enn det man selv gjør. Deltakelse kan være et synlig oppgjør med tattforgitthetene som tynger minoritetene. Helsetjenesten har et ekstra ansvar for å se og møte utsatte grupper med omsorgsfull og faglig forsvarlig behandling. Åpenhet om kjønn og seksualitet er bare mulig når man kjenner seg trygg. Dette krever at pasienten har tillit til legen. Tillit er noe vi som leger er nødt til å gjøre oss fortjent til. I et samfunn som vil regne seg som likestilt, må majoritetssamfunnet anstrenge seg litt ekstra for at minoritetsgruppene skal bli hørt.

KIRSTI MALTERUD

kirsti.malterud@gmail.com

er spesialist i allmennmedisin og professor emerita ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen.

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

LITTERATUR

- 1 Bufdir. Seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og kjønnskarakteristika. Lest 13.5.2022.
- 2 Lovdata. Rett og seksuell orientering – et tilbakeblikk. Lest 13.5.2022.
- 3 Ohnstad A. Den rosa panteren eller en i den grå masse. Forståelse av lesbiske i terapi. Tidsskr Nor Psykol Foren 1992; 4: 313–21.

- 4 Anderssen N, Eggebø H, Stubberud E et al. Seksuell orientering, kjønnsmangfold og levekår. Resultater fra spørreundersøkelsen 2020. Bergen: Universitetet i Bergen, 2021. Lest 13.5.2022.

Førebyggande medisin – verd sin pris

Førebyggande medisin stiller til start med handikapp når ressursar skal fordelast.

Eit hyggeleg innslag under landsstyremøtet i Legeforeningen er utdeling av prisar og stipend. Den utmerkinga som har lengst tradisjon, er prisen for førebyggande medisin. Den første utdelinga skjedde i 1969, da distriktslege Arnulf Gjestland fekk «hygieneprisen» – som namnet den gongen var – for sin Tidsskriftet-artikkel om spedbarnsdødelighet i Nord-Trøndelag og Finnmark (1). I år gjekk prisen til ein forfattarsekstett for deira artikkel i Tidsskriftet om relasjonen mellom vaksinasjonsdekning mot covid-19 og innvandrarakgrunn (2).

Historia om prisen går tilbake til 1935. I samband med Legeforeningen sitt 50-årsjubileum oppretta sentralstyret eit hygienefond for å stimulere forskning og publisering innan dette fagfeltet. I 1967 vedtok landsstyret at fondet skulle finansiere ein pris for publisering i Tidsskriftet knytt til praktisk og vitenskapleg hygienearbeid (3). I 1994 endra landsstyret namnet frå hygienepris til pris for førebyggande medisin (4). Omgrepet «hygiene» hadde fått eit litt antikvarisk preg. Førebyggande (og helsefremmande) fag og tenester hadde overtatt som hovudomgrep både i lovverk, politiske dokument, lærebøker og annan faglitteratur (5).

«Førebygging blir ofte oppfatta som eit honnørord. Mange vil gjerne plassere verksemda si inn under førebyggingshatten»

Vedtektene for prisen definerer ikkje omgrepet førebyggande medisin. Komitéen som nominerer prisvinnaren for sentralstyret, må ta stilling til dette. Det er inga enkel oppgåve. Førebygging blir ofte oppfatta som eit honnørord. Mange vil gjerne plassere verksemda si inn under førebyggingshatten. Ofte gjeld det aktivitetar innan ordinært klinisk arbeid med islett av sekundær- eller tertiærførebygging.

Komitéen har – med få unntak – lagt til grunn ei relativt snever tolking av omgrepet førebyggande medisin: Fagfeltet omfattar primærførebygging, det å forhindre sjukdom og skade. I tillegg inngår tidleg sekundærførebygging, det å diagnostisere sjukdom før symptom har oppstått, slik at sjukdomsspira kan fjernast. Komitéen inkluderer også verksemdar innan «basalfag» som skaffar kunnskapsgrunnlag for førebyggande tiltak, slik som epidemiologi, statistiske analysar, miljømedisin og atferdsforskning.

Temaa i dei prislønte tidsskriftartiklane spenner vidt. Nokre sentrale stikkord er smittevern, livsstil, miljøfaktorar, sårbare grupper, ulykker, sjølvopplevd helse og livskvalitet samt screening. Førebyggande medisin er ikkje nokon medisinsk spesialitet, men inngår i arbeidsfeltet til ulike spesialitetar. I samfunnsmedisin er førebygging på gruppe- og befolkningsnivå eit sentralt arbeidsfelt. Allmennmedisin omfattar – blant mykje anna – individretta førebyggande oppgåver som vaksinasjon, helseopplysning og målretta helsekontrollar. I arbeidsmedisinen inngår førebyggande verksemd både på individ- og gruppenivå.

Det meste av førebyggande helsetenester blir ytt i kommunehelsetenesta, men ifølgje spesialisthelsetenesteloven § 2-1a har også dei regionale helseforetaka ansvar for å «fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade». Implikasjonen av denne formuleringa er i liten grad utdjupe. I praksis vil det nok mest vere snakk om klinisk sekundærførebygging.

Førebyggande medisin møter gjerne generell velvilje både hos politikarar, helsebyråkratar og i medisinske fagmiljø. Slagord som «det er betre å førebygge enn å behandle» vinn lett gehør. Velviljen blir mindre når det kjem til økonomi og fordeling av ressursar. Resultat av vellykka førebygging kjem ofte først i ei uviss framtid, ved at anonyme personar får betre helse enn det dei elles ville hatt. I helseøkonomiske analysar er det vanleg å diskontere ned verdien av ein framtidig helsegevinst. Dess lenger ut i framtida effekten viser seg, dess lågare blir verdien. Da er det ikkje så lett å konkurrere med tiltak for konkrete personar med behov for diagnostikk, terapi og omsorg her og nå.

Dette paradokset viser seg i nedfelte prinsipp for prioritering av helsetenester. Lønning II-utvalet avviste å ta stilling til forholdet mellom førebyggande tiltak og andre helsetenester (6). Norheim-utvalet reiste derimot spørsmålet om førebygging får tilstrekkeleg merksemd i prioriteringsdiskusjonen. Utvalet skisserte prinsipp for vurdering av førebyggande tiltak, med vekt på befolkningsretta aktivitetar (7), men den oppfølgande prioriteringsmeldinga til Stortinget følgde i liten grad opp desse signala (8).

Med sin pris for førebyggande medisin løftar Legeforeningen fram dette fagfeltet. Måtte det bidra til styrka fagmiljø og ein sterkare posisjon når ressursane skal fordelast!

KRISTIAN HAGESTAD

krihages@online.no

er spesialist i samfunnsmedisin med *Diploma of Public Health*. Han er pensjonist, tidlegare fylkeslege i Vest-Agder, var før det bl.a. i primærhelsetenesta og var norsk delegat på fire av WHO's verdskonferansar om helsefremmande arbeid. Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonfliktar.

LITTERATUR

- Gjestland A. Spedbarnsdødeligheten i Finnmark og Nord-Trøndelag 1951-60. En sammenligning av statistiske data. Tidsskr Nor Lægeforen 1968; 88: 261-7.
- Kraft KB, Godøy AA, Vinjerui KH et al. Vaksinasjonsdekning mot covid-19 etter innvandrarakgrunn. Tidsskr Nor Lægeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.21.0799.
- Den norske lægeforenings landsmøte og landsstyremøte 1967. Landsmøtereferat 49-50, landsstyrereferat 15. Tidsskr Nor Lægeforen 1968; 88: 11-31.
- Sak 9 Forslag til endring av vedtekter for Den norske lægeforenings hygiene-fond. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 3724.
- Natvig H, Bjerkedal T, Høstmark AT et al. Forebyggende medisin bd. 1-2. Oslo: Gyldendal, 1982.
- Regjeringen NOU. 1997: 18. Prioritering på ny - Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. Lest 19.5.2022.
- NOU 2014: 12. Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten. Lest 19.5.2022.
- Meld. St. 34 (2015-2016). Verdier i pasientens helsetjeneste Melding om prioritering. Lest 19.5.2022.

Leger i psykisk helsevern – gjestearbeidere og faglige garantister?

Se også originalartikkel side 775

Hvorfor er det så vanskelig å få unge leger til velge psykiatri?

Psykisk helsevern har sterke tverrfaglige tradisjoner og lite hierarkisk struktur. I det somatiske helsevesenet er legens rolle vanligvis klarere, og oppgavene er tydeligere skilt fra andre yrkesgrupper. Nesvåg og Skirbekk publiserer nå i Tidsskriftet en kvalitativ studie der de har dybdeintervjuet syv psykiatere om deres oppfatning av legerollen i psykisk helsevern (1). Svarene deres gir ny innsikt i en ikke helt ny problemstilling, nemlig at psykiaterens rolle er krevende og i endring – sannsynligvis en viktig grunn til at psykiatrien som spesialitet opplever sviktende rekruttering (2).

Studien tyder på at psykiatere ofte føler seg som gjestearbeidere i pasienters behandlingsløp og som faglige garantister i en klinisk hverdag der de selv er lite involvert i mange behandlingsbeslutninger. Tverrfaglig samarbeid er en økende trend i hele helsevesenet, men hvordan tverrfagligheten innrettes ser ut til å være viktig. Forskning på tverrfaglighet tyder på at for utydelige profesjonsgrensninger kan føre til frustrasjon og være uheldig for effektivitet og kvalitet i arbeidet som utøves (3). Psykiaterne i studien fremhever nettopp at de opplevde sin rolle som utydelig, og at hvem som sitter med det faglige ansvaret har blitt mer uklart etter innføring av enhetlig og profesjonsnøytral ledelse.

De syv psykiaterne arbeider alle i Oslo-området, og selv om kjønn, alder, erfaring og type arbeidsplass varierer, gir dette studien begrenset generaliserbarhet. En undersøkelse i regi av Norsk psykiatrisk forening blant sine medlemmer viste imidlertid tilsvarende funn, blant annet at arbeidsbelastningen med egne pasienter hadde lite å si for trivsel på jobb. Derimot var det å ha «medansvar» for et stort antall pasienter, dvs. pasienter der andre yrkesgrupper var hovedbehandlere, knyttet til dårligere trivsel (4). Årsaken kan være at det er vanskelig å beholde oversikten og følge godt nok opp somatisk og medikamentell behandling hos et stort antall pasienter man kanskje ser én eller noen få ganger i løpet av et behandlingsløp. Dette har Per Vaglum tidligere beskrevet svært treffende i Tidsskriftet i 2014 (2).

Inntil nylig har antallet psykiatere i psykisk helsevern økt betydelig. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at antallet psykiaterårsverk har steget fra 0,17 per 1 000 innbyggere i 2007 til 0,24 per 1 000 innbyggere i 2017 (5). Men de siste årene har det skjedd en endring. Antallet nye spesialister i psykiatri er nå fallende, fra et gjennomsnitt på 85 nye godkjenninger i årene 2014–18 til kun 57 de siste tre årene (6) – uten en tilsvarende endring for andre spesialiteter. Antallet sysselsatte psykiatere i helse- og sosialsektoren flatet ut i 2017, og fra 2020 har det faktisk vært en fallende tendens (5). Selv nøkterne framskrivninger

for psykisk helsevern gir ingen indikasjoner på at behovet for leger vil være fallende i årene som kommer (7). Både erfaringer fra kolleger rundt i landet og mer objektive rapporter peker på en betydelig mangel på psykiatere, også i sentrale strøk, og mange ledere forteller at de ikke får fylt ledige stillinger (8). Riksrevisjonen skrev i 2021 at ledige stillinger i psykisk helsevern var en viktig årsak til at man ikke har fulgt den gylne regel om at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal prioriteres sterkere enn somatisk sektor (9).

Nesvåg og Skirbekks studie gir noen mulige forklaringer på hvorfor psykiatrien er blitt en så lite populær spesialitet blant unge leger. Arbeidsundersøkelsen blant medlemmene i Norsk psykiatrisk forening pekte også på en annen mulig årsak: Trivsel på jobb hang tett sammen med faglig fellesskap og muligheten for å drøfte med en erfaren kollega (4). Med innføringen av de distriktskykiatriske sentrene er mange psykiatere smurt tynt utover psykisk helsevern, og det er vanlig med én psykiater per seksjon. Kombinert en liten grad gir det som mange leger opplever som givende ved somatiske sykehusavdelinger: et stimulerende faglig fellesskap, der ny forskning og utfordrende problemstillinger løftes og diskuteres og skaper faglig identitet og tilhørighet.

Dårlig rekruttering og mangel på kolleger blir fort en negativ og selvforsterkende tendens, noe fastlegekrisen har vist oss så altfor godt. Hvordan kan vi snu trenden og gjøre psykiatrien til en mer attraktiv spesialitet? Nesvåg og Skirbekk fremhever at det nok er lite hensiktsmessig å kjempe mot samfunnsutviklingen. Psykiaterne må heller ta ansvar for å forme og tydeliggjøre sin rolle som en del av et helsevesen der samarbeid med kolleger på tvers av yrkesgrupper og med pasientene er sentralt.

Flere steder i landet har man gjennomført vellykkede rekrutteringsprosjekter, og fagutvikling og faglig fellesskap synes å være en nøkkel til suksess. Noen steder har man etablert felles veiledningsgrupper for overleger, andre har fått med seg hele fagmiljøet på å endre organisering av utredning og behandling. Spesialiserte team og avdelinger som i tillegg forsker og publiserer studier om behandling, ser ut til å være svært tiltrekkende.

Et stimulerende faglig fellesskap trenger selvsagt ikke bestå av bare leger. Tvert imot, i et optimalt tverrfaglig team lærer man av hverandres unike kompetanse. Men fokus på fagutvikling krever en kultur der spesialistene i psykiatri og psykologi må gå foran og vise vei. Slik kan vi friste unge leger inn i denne spennende og givende spesialiteten.

MIRIAM KRISTINE SANDVIK

miriam.sandvik@legeforeningen.no

er ph.d., spesialist i psykiatri og spesialrådgiver ved Seksjon for spesialisthelsetjeneste, kvalitet og pasientsikkerhet i Legeforeningen.

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

LITTERATUR

- Nesvåg R, Skirbekk H. Legerollen i psykisk helsevern – en kvalitativ studie. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.21-0766.
- Vaglum P. Psykiaterrollen i krise. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1221.
- Farchi TS, Dopson S, Ferlie E. Do We Still Need Professional Boundaries? The multiple influences of boundaries on interprofessional collaboration. Organ Stud 2022; 43.
- Lien L, Sandvik M. Fra god rekruttering til alvorlig svikt – utfordringer i psykiatrien. Overlegen nr. 1/2022. Lest 20.5.2022.
- Statistisk sentralbyrå. Psykisk helsevern for voksne. Årsverk, etter utdanning og helseforetak 2008–2020. Lest 20.5.2022.
- Legeforeningen. Spesialistgodkjenninger 2017–2021. Lest 20.5.2022.
- Regjeringen. Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Lest 20.5.2022.
- Legebarometeret. Rapport nr. 10/2021. Lest 20.5.2022.
- Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester. Dokument 3:13 (2020–2021). Lest 20.5.2022.

Encefalitt med herpes simplex-virus

Se også Noe å lære av side 787 og 791
Engelsk oversettelse på tidsskriftet.no

Encefalitt forårsaket av herpes simplex-virus kan oppstå som følge av viral reaktivering fra sentralnervesystemet, spredning fra andre organer og som en immunreaksjon.

Encefalitt er en akutt eller subakutt inflammasjon i hjernevevet. Symptomene kan være feber, endret adferd, endret bevissthet, forvirring, hodepine, kramper og nevrologiske utfall. Virale infeksjoner i sentralnervesystemet er meldepliktige til Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS), slik også infeksjoner med en rekke andre mikrober er. Oftest dreier det seg om meningitt, ikke encefalitt.

«Om lag to tredeler av tilfellene med HSV-encefalitt skyldes reaktivering av latent HSV-infeksjon»

MSIS-systemet får melding om 300–400 tilfeller av viral infeksjon i sentralnervesystemet hvert år. Av disse er ca. 49 tilfeller av encefalitt forårsaket av herpes simplex-virus (HSV) type 1 og 2 (1). Mens HSV-2-virus er en relativt vanlig årsak til meningitt, forårsaker HSV-1-virus de aller fleste HSV-encefalittene hos voksne (2). HSV-2-virus er en årsak til encefalitt hos nyfødte og enkelte immunosupprimerte personer (3, 4).

Prognosen ved HSV-1-encefalitt er dyster. Mortaliteten er 20–30 % (3), og man ser ofte nevrologiske sekveler hos dem som overlever. Selv om risikoen for sekveler er stor, har vi sett vesentlig fremgang hos enkelte pasienter også etter flere måneder. Man bør derfor vente lenge før man sier at ytterligere bedring er urealistisk.

Om lag to tredeler av tilfellene med HSV-encefalitt skyldes reaktivering av latent HSV-infeksjon, dvs. en reaktivering fra et fokus i sentralnervesystemet, eller ved hematogen spredning fra et annet fokus. Om lag en tredel skyldes en primærinfeksjon (5), enten i ansiktet (og med spredning via n. olfactorius eller n. trigeminus) eller hematogen spredning. Hjerneskadene skyldes trolig både virusinfeksjonen og en immunologisk reaksjon (3), men mye tyder på at den immunologiske reaksjonen er viktigst (6). Både immunfriske og immunosupprimerte personer kan rammes.

Listen over differensialdiagnoser er lang, blant annet meningitt, sirkulasjonsforstyrrelser, hjernesvulster, metabolske eller endokrine

forstyrrelser, intoksikasjon og psykiske lidelser – i tillegg til andre former for encefalitt. En grundig anamnese kan hjelpe til å skille viral encefalitt fra slike tilstander. Immunsvekk og høy alder kan påvirke symptombildet. HSV-encefalitt kan også ses som en komplikasjon til andre alvorlige HSV-infeksjoner, for eksempel ved eczema herpeticum, slik Dhondup og medarbeidere nå beskriver i en kasuistikk i Tidsskriftet (7). Pasienter med HSV-encefalitt kan således finnes ved en rekke forskjellige sykehusavdelinger. Ettersom rask diagnose og behandlingsstart er viktig for prognosen, må terskelen for mistanke og adekvat utredning være lav.

Diagnosen stilles vanligvis ved påvisning av HSV-virus ved PCR-test av spinalvæske og ved MR-undersøkelse av hjernen. Ved mistanke om HSV-virus i utslett bør det tas prøve fra utslettet for viruspåvisning.

Manglende tilfriskning tross behandling eller forverring tross initial bedring kan skyldes residiv, resistens mot aciklovir som følge av mutasjoner i HSV-genomet til den virale tymidinkinasen som fosforlyrer aciclovir til aktiv substans, eller en autoimmun encefalitt som er en hyppig komplikasjon til HSV-infeksjonen. En slik autoimmun encefalitt, som er rapportert hos rundt en firedel av pasienter med HSV-encefalitt (8), skyldes oftest antistoffdannelse mot N-metyl-D-aspartat-reseptoren (NMDAR). Denne komplikasjonen er beskrevet av Karlberg og medarbeidere i en annen kasuistikk i Tidsskriftet (9).

«Ettersom rask diagnose og behandlingsstart er viktig for prognosen, må terskelen for mistanke og adekvat utredning være lav»

Det kan ofte være nødvendig å gjøre gjentatte PCR-analyser og NMDAR-antistoff-analyser. Repunksjon kan bli nødvendig også for å stille riktig diagnose, ettersom negativt funn i den første spinalvæskeprøven ikke utelukker tilstanden. Ofte bør det også gjøres nye MR-undersøkelser både ved positive og negative MR-funn. Personer med residiverende HSV-encefalitt bør utredes for defekt produksjon eller manglende effekt av type 1-interferon (10).

HARALD OTTO STEINUM

harald.steinum@stolav.no

er spesialist i infeksjonsmedisin og overlege ved Avdeling for infeksjonssykdommer, St. Olavs hospital.

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

LITTERATUR

- 1 Folkehelseinstituttet. Herpes simplexvirus-infeksjoner – veileder for helsepersonell. Lest 23.5.2022.
- 2 Tyler KL. Herpes simplex virus infections of the central nervous system: encephalitis and meningitis, including Mollaret's. *Herpes* 2004; 11 (suppl 2): 57A–64A.
- 3 Levitz RE. Herpes simplex encephalitis: a review. *Heart Lung* 1998; 27: 209–12.
- 4 Corey L, Whitley RJ, Stone EF et al. Difference between herpes simplex virus type 1 and type 2 neonatal encephalitis in neurological outcome. *Lancet* 1988; 1: 1–4.
- 5 Sköldenberg B. Herpes simplex encephalitis. *Scand J Infect Dis Suppl* 1996; 100: 8–13.
- 6 Sköldenberg B, Aurelius E, Hjalmarsson A et al. Incidence and pathogenesis of clinical relapse after herpes simplex encephalitis in adults. *J Neurol* 2006; 253: 163–70.
- 7 Dhondup Y, Hortemo KH, von Krogh C-F et al. En mann i 40-årene med utslett og hallusinasjoner. *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.21.0634.
- 8 Armangue T, Spatola M, Vlaga A et al. Frequency, symptoms, risk factors, and outcomes of autoimmune encephalitis after herpes simplex encephalitis: a prospective observational study and retrospective analysis. *Lancet Neurol* 2018; 17: 760–72.
- 9 Karlberg M, Thoresen H, Berg DH et al. En mann i 40-årene med akutt forvirring. *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.21.0781.
- 10 Mielcarska MB, Bossowska-Nowicka M, Toka FN. Functional failure of TLR3 and its signaling components contribute to herpes simplex encephalitis. *J Neuroimmunol* 2018; 316: 65–73.

«Vi må rekruttere de riktige fastlegene» i Tidsskriftet nr. 6/2022 har fått flere tilbakemeldinger. Les hele debatten på tidsskriftet.no.

Hvordan forbedre?

Hei, det er vanskelig ut fra innlegget å se hva som faktisk skal kunne bidra til en «bredere rekrutteringsbase» (1). Hvordan tenker du at man skal klare å rekruttere yngre leger til allmennlegefaget/fastlegevirksomhet? Jeg vil anta at mange yngre leger ser risikoen ved å binde seg til masta ved å kjøpe seg inn og så være tvunget til å prøve å få solgt lista videre hvis man ikke trives i jobben. Dette gjelder jo spesielt de som ønsker å prøve seg i mindre sentrale kommuner, hvor det ofte er stort gjennomtrekk og mange vikarer.

At det fortsatt finnes leger som ønsker å drive næringsvirksomhet er jo vel og bra, men hvis ikke en også tilbyr (gode) ordninger med fastlønn eller kommunale kontorer, mener jeg vi fortsatt i hovedsak vil se at det oftest er risikovillige menn uten barneansvar som vil starte opp i faget. Og da i sentrale strøk med lett omsettelige lister (som jo også gjør risikoen mindre for å sitte igjen med svarteper).

PEDER JOAKIMSEN

peder.joakimsen@unn.no
er overlege ved Universitetssykehuset Nord-Norge.
Forfatteren har ikke oppgitt noen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Fiskå ØS. Vi må rekruttere de riktige fastlegene. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0140.

Perspektiv fra en kommunalt ansatt fastlege

Jeg forstår ikke helt at det må være enten eller. Er det ikke rom for flere modeller? Det er flott å høre at kollegaer trives med sin løsning (1). Samtidig ser jeg at det kan være behov for andre løsninger for å opprettholde tjenesten som allmennleger har tilbudt.

Det mangler ikke på fastleger som skriker over 50 timers arbeidsuker. For meg, som fremdeles er i spesialisering, har tre barn under seks år og en samboer som er sykehuslege med mye vakt, er dette utenkelig. Jeg vil jo gjerne se barna mine også.

«Jeg og mange unge kollegaer med meg er veldig fornøyd med å være kommunalt ansatt»

I tillegg har jeg i høst og vinter hatt mye fravær med syke barn. Det er da godt for meg å ha tryggheten som det å være ansatt lege gir.

Jeg forstår ikke hvorfor vi må tvinge alle inn i samme ordning. Flere tilbud kan i mine øyne bare styrke rekrutteringen. Tiden har også forandret seg siden ordningens start. Nå er flertallet på medisinstudiet kvinner (2). Vi som er relativt nye i faget vil kanskje ikke alle ha det samme som deg?

For min egen del kunne jeg fint klart å være like produktiv som en privatpraktiserende. Men jeg tror pasientene ofte også er fornøyd med det tilbudet jeg gir. Det er mye

snakk om produktivitet, men hva med kvalitet? Hva med brukeropplevelse?

Jeg har mange pasienter som sier at tidligere fastlege knapt hadde tid og satt og skrev på pc'en hele tiden. Er det kvalitet? Er det betryggende for pasienten? Jeg savner at dette diskuteres og ikke bare hvor mange enheter en kan produsere på x antall timer.

Jeg tror litt av debatten også handler om at næringsdrivende ser sine verdier redusert. Hvem vil bruke en million på å kjøpe liste om kommunen tilbyr alt man trenger, pensjon og tryggheten med å være ansatt? Dette er også problemer som må løses, da goodwill som dere har bygget opp har en stor verdi (dette kan jeg si som har startet med null-liste, og vet hvor krevende det er å ikke ha et grunnlag i eget journalsystem). Allikevel synes jeg en hardnakket holdning om at «min løsning er den beste og alle må gjøre sånn» fremstår som litt ensporet.

Jeg vil gjerne over i næringsdrift når jeg er ferdig med spesialisering og livssituasjonen tillater. Men jeg og mange unge kollegaer med meg er veldig fornøyd med å være kommunalt ansatt også.

Så håper jeg at noe kan gjøres for å bedre næringsdrivendes arbeidssituasjon, da mengden oppgaver har økt betraktelig over årene. Men blir ikke dere også mindre produktive med mindre lister og mindre arbeidsmengde?

EIRIK LØFSGAARD

e_lunde@hotmail.com
er allmennlege i spesialisering.
Forfatteren har ikke oppgitt noen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Fiskå ØS. Vi må rekruttere de riktige fastlegene. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0140.
- 2 Søker- og opptaksstatistikk 2021 - Opptak til grunnstudier ved universiteter og høyskoler. Slutt-rapport. Oslo: Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, 2022. Lest 25.4.2022.

Tas på fullt alvor!

Selvfølgelig tar de av oss som avviser døds- hjelp på prinsipielt grunnlag, denne saken på alvor! At forfattergruppen påstår at vi ikke gjør det (1), byr ikke opp til en seriøs debatt, men virker heller provoserende.

Selvfølgelig er dette en medisinskfaglig problemstilling, vel så mye som en etisk og politisk problemstilling, så lenge det må være medisinskfaglig personale som nødvendigvis må gjøre vurderingene og utføre eventuell dødshjelp. Det medfører at det vil være en legeetisk problemstilling og det skulle derfor bare mangle at leger, enten

som enkeltpersoner eller som medlem av råd eller organisasjoner, skal kunne ta entydige standpunkt. Som fagpersoner må vi kunne tørre å ta tydelige standpunkt og formidle dem til befolkningen og beslutningstakerne, som ikke sitter på den kunnskapen vi har. For meg er grenseoppgangen mellom lindrende hjelp og dødshjelp det som er viktig.

ASBJØRN MYREN SVENSEN

asbjorn.myren.svensen@gmail.com
er overlege ved Kvinneklivnikken ved Sykehuset
Innlandet Lillehammer.
Forfatteren har ikke oppgitt noen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Blomkvist AW, Zadig P, Schei E et al. Legeforeningen bør representere medlemmenes syn på dødshjelp. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0199.

RETTELSE

Moderskapets frigjørelse

Are Breen

Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142: 667.

I Tidsskriftet nr. 8/2022 skal det på side 667 stå: I Romania uthules stadig mulighetene til abort, i takt med stadig vanskeligere tilgang til prevensjon og økende press mot seksualundervisning i skolene (8). I Ungarn består abortretten, men også der er den under press (9).

I litteraturlisten er følgende referanse satt inn som nr. 9: Martuscelli C, Bencharif ST. Abortion rights in Europe vary widely – and are getting squeezed. Politico 3.5.2022. <https://www.politico.eu/article/abortion-right-europe-vary-widely-getting-squeezed/> Lest 30.5.2022.

Påfølgende referanser er omnummerert deretter.

Vi beklager feilen, den er rettet på nett.

ANNONSE



Jardiance®
(empagliflozin)

Jardiance (SGLT2-hemmer, Empagliflozin). Indikasjoner: Diabetes mellitus type 2: Til voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 som tillegg til diett og fysisk aktivitet. Gis som monoterapi når metformin er uegnet pga. intoleranse, eller i tillegg til andre legemidler til behandling av diabetes. Se SPC for informasjon om kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll, kardiovaskulære hendelser og populasjoner som er studert. Hjertesvikt: Jardiance er indisert til voksne for behandling av symptomatisk kronisk hjertesvikt. **Dosering:** Diabetes mellitus type 2: Anbefalt startdose er 10 mg 1 gang daglig. Kan økes til 25 mg 1 gang daglig hvis 10 mg 1 gang daglig tolereres godt. Hjertesvikt: Anbefalte dose er 10 mg empagliflozin én gang daglig. **Alle indikasjoner:** Ved kombinasjon med sulfonylurea eller insulin kan lavere dose av sulfonylurea eller insulin vurderes for å redusere risikoen for hypoglykemi. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Bør ikke gis ved: Diabetes type 1, ketoacidose, alvorlig nedsatt leverfunksjon, terminal nyresvikt, barn, gravide og ammende. Pasienter skal umiddelbart undersøkes for ketoacidose ved symptomer på DKA, uavhengig av blodglukosenivå. Ved DKA skal empagliflozin seponeres. Behandling skal avbrytes ved større kirurgiske inngrep eller akutte, alvorlige sykdommer og kan gjenopptas når tilstanden er stabilisert. Forsiktighet bør utvises ved pasienter hvor blodtrykkfall kan utgjøre en risiko. Midlertidig behandlingsavbrudd bør vurderes ved komplisert urinveisinfeksjon. Diabetes mellitus type 2: Ved etablert kardiovaskulær sykdom kan empagliflozin brukes helt ned til eGFR ≥ 30 ml/min/1.73 m². Ved diabetes mellitus type 2 uten etablert kardiovaskulær sykdom skal empagliflozin ikke initieres ved moderat nedsatt nyrefunksjon (estimert GFR <60 ml/min/1.73 m²) og skal seponeres dersom eGFR er vedvarende redusert til <45 ml/min/1.73 m². Hjertesvikt: Jardiance anbefales ikke hos pasienter med eGFR <20 ml/min/1.73 m². Utvalgte bivirkninger: Genital infeksjoner, kompliserte urinveisinfeksjoner, volumdepleksjon, hypoglykemi (ved kombinasjon med insulin eller sulfonylurea). Sjeldne tilfeller av diabetisk ketoacidose (DKA) og Fourniers gangren. Pris: Jardiance 10 mg, 30 stk., 482,20 kr., 90 stk.: 1315,40 kr. Jardiance 25 mg, 30 stk. 551,70 kr. 90 stk. 1527,00 kr. **Refusjon:** Diabetes mellitus type 2: Behandling av type 2 diabetes mellitus i kombinasjon med andre perorale blodsukkersenkende legemidler og/eller insulin i tråd med godkjent preparatomtale. Hjertesvikt: Behandling av symptomatisk kronisk hjertesvikt med ejsjonsfraksjon (EF) mindre eller lik 40 % bestemt ved ekkokardiografi, angiografi, myokardscintigrafi, computertomografi (CT) eller magnettomografi (MR). Refusjon for behandling av symptomatisk kronisk hjertesvikt med ejsjonsfraksjon (EF) over 40 % foreligger foreløpig ikke. **Refusjonskoder:** Diabetes mellitus type 2: ICPC T90; Diabetes type 2, ICD-10 E11; Diabetes mellitus type 2, vilkår: 232; Refusjon ytes i kombinasjon med metformin til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin. Hjertesvikt: ICPC K77; Hjertesvikt, ICD-10 I50; Hjertesvikt. **Reseptgruppe:** C. **Kontaktopplysninger:** Boehringer Ingelheim Norge KS, Hagaløkkveien 26, Postboks 405,1383 Asker. Telefon: 66 76 13 00. E-post: medinfo.no@boehringer-ingelheim.com, www.boehringer-ingelheim.no. **Dato for utforming av reklamen:** 10.03.2022 Se felleskatalogen for full preparatomtale: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/jardiance-boehringer-ingelheim-590471>

Referanser:
1. JARDIANCE® (empagliflozin) SPC, 03.03.2022, avsnitt 4.1, 4.2, 4.8, 5.1.
2. Packer M, Anker SD, Butler J, et al; EMPEROR-Reduced Trial Investigators. Cardiovascular and renal outcomes with empagliflozin in heart failure. N Engl J Med. 20;383(15):1413-1424. doi:10.1056/NEJMoa2022190 (EMPEROR-Reduced results and the publication's Supplementary Appendix.)
3. Anker SD, Butler J, Filippatos G, et al; EMPEROR-Preserved Trial Investigators. Empagliflozin in heart failure with a preserved ejection fraction. N Engl J Med. 2021;385(16):1451-1461. doi:10.1056/NEJMoa2107038 (EMPEROR-Preserved results and the publication's Supplementary Appendix.)

JAR220324-101504



**Boehringer
Ingelheim**

Boehringer Ingelheim Norway KS
Postboks 405, 1373 Asker
Tlf: 66 76 13 00
www.boehringer-ingelheim.no

JARDIANCE®

NÅ også GODKJENT for HFpEF¹

Det første og eneste medikamentet som er godkjent for både HFrEF og HFpEF *1-3

JARDIANCE® 10 mg er indisert til voksne for behandling av symptomatisk kronisk hjertesvikt



Jardiance® 
(empagliflozin)

Bør ikke gis ved: Diabetes type 1, ketoacidose, alvorlig nedsatt leverfunksjon, terminal nyresvikt, barn, gravide og ammende.

Refusjon: Behandling av symptomatisk kronisk hjertesvikt med ejsjonsfraksjon (EF) mindre eller lik 40% bestemt ved ekkokardiografi, angiografi, myokardscintigrafi, computertomografi (CT) eller magnettomografi (MR).

Refusjon for behandling av symptomatisk kronisk hjertesvikt med ejsjonsfraksjon over 40% foreligger foreløpig ikke.

* Voksne pasienter med kronisk hjertesvikt (NYHA-klasse II, III eller IV) og redusert ejsjonsfraksjon (EF ≤ 40 %).

Voksne pasienter med kronisk hjertesvikt (NYHA-klasse II, III eller IV) og bevart ejsjonsfraksjon (EF > 40 %).

 **Boehringer
Ingelheim**

Boehringer Ingelheim Norway KS
Postboks 405, 1373 Asker
Tlf: 66 76 13 00
www.boehringer-ingelheim.no

Dødshjelpsdebatten i Legeforeningen

Legeforeningen ønsker debatten om dødshjelp velkommen, også i våre demokratisk valgte organer. Det er der endringer kan vedtas.

Blomkvist og medforfattere mener at Den norske legeforening bør representere medlemmenes syn på dødshjelp og gjenspeile at det er forskjellige syn på dette blant medlemmene (1). De skriver at «motstandere i innflytelsesrike posisjoner overdøver en betydelig andel kolleger som tenker annerledes», eksemplifisert ved Siri Brelin og Morten Horn.

Det stemmer ikke med vårt inntrykk. I Tidsskriftet er det for eksempel publisert flere artikler om dødshjelp, og begge synspunkter er representert. Blomkvist har også tidligere skrevet om emnet i Tidsskriftet (2). Blomkvist og medforfattere hevder videre at «Legeforeningens klare støtte til et totalforbud» motvirker åpenhet og debatt. Dette er uriktig. Legeforeningen har hatt flere viktige debatter om temaet, senest på landsstyremøtene i 2014, 2015 og 2021.

Demokratiske prosesser

Legeforeningen lytter til medlemmene, og styrende dokumenter som prinsipp- og arbeidsprogram, etiske regler for leger og reglement for Rådet for legeetikk vedtas av foreningens landsstyre. Men, på samme måte som i politikken, skapes standpunktene etter demokratiske prosesser i Legeforeningens mange organer: yrkesforeninger, fagmedisinske foreninger og lokalforenin-

ger. Landsstyret i Legeforeningen fatter så endelige vedtak.

Landsstyret oppnevner medlemmer til Rådet for legeetikk, vedtar reglement for Rådet for legeetikk og Legeforeningens etiske regler. Av reglementet framgår det at «Rådet for legeetikk er Den norske legeforenings sakkyndige organ i legeetiske spørsmål. Rådets hovedoppgave er å utrede prinsipielle medisinsketiske og legeetiske spørsmål. Rådet skal rådgive foreningens sentrale organer og medlemmer, samt delta i samfunnsdebatten om medisinsketiske og legeetiske spørsmål» (3).

«Endringene som ble vedtatt i 2021, og som resulterte i nåværende ordlyd, ble enstemmig vedtatt»

Paragraf 5 i etiske regler omhandler dødshjelp (4). Endringer i bestemmelsen har vært diskutert på landsstyremøtene i 2014, 2015 og i 2021. Initiativ til justeringer og debatt om bestemmelsen har kommet fra Rådet for legeetikk. Endringsforslagene har vært på omfattende høring i organisasjonen, drøftet i sentralstyret og på landsstyremøtet. Endringene som ble vedtatt i 2021, og som resulterte i nåværende ordlyd, ble enstemmig vedtatt. Rådet for legeetikk vurderte det som naturlig å informere om og omtale disse endringene, og artikkelen om dette ble forfattet av Horn og Brelin (5).

Det nøytrale standpunkt

Blomkvist og medforfattere viser bl.a. til at legeforeningene både i Tyskland og Canada har inntatt en mer «nøytral posisjon» (6).

I begge disse landene har landets øverste domstol åpnet for muligheten for dødshjelp. På denne bakgrunn har man i Tyskland tatt bort formuleringen som forbyr legeassistert selvmord, men eutanasi er fortsatt ikke lov.

At flere land tillater dødshjelp, er også bakgrunnen for at Verdens legeforening (WMA) har en mykere formulering enn tidligere. Standpunktet er likevel tydelig (7). Det vil være krevende, men ikke umulig, for en forening å ha formuleringer som sier at det å utføre oppgaver som er lovlige og som utføres etter pasientens uttrykte vilje, bryter med yrkesetikken. Men, da Californias legeforening i 2015 vedtok et nøytralt standpunkt, ble dette oppfattet som at legene ikke lenger var motstandere av dødshjelp (8).

Medisinskfaglig problemstilling

Blomkvist og medforfattere mener spørsmålet om dødshjelp er mer et etisk og politisk enn et medisinskfaglig spørsmål. Det er vi uenige i. I de landene som har lover som tillater former for dødshjelp, er det legene som avgjør om personen skal få dødshjelp ut fra gitte kriterier. Det er legene som yter dødshjelpen, det gjelder både eutanasi og legeassistert selvmord. Hvis det er tvil om dødshjelpen ble gitt etter de vedtatte kriteriene, blir leger involvert i denne vurderingen.

Vi ønsker en debatt om dødshjelp velkommen. Temaet er viktig. De som ønsker å debattere behovet for endringer, må løfte debatten inn i Legeforeningens demokratisk valgte organer. Da sikrer vi en god og representativ debatt om et vanskelig tema.

Mottatt 5.5.2022, godkjent 16.5.2022.

SVEIN AARSETH

svein.aarseth@legeforeningen.no
er spesialist i allmennmedisin og i arbeidsmedisin og leder i Rådet for legeetikk.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNE-KARIN RIME

er president i Legeforeningen.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Blomkvist AW, Zadig P, Schei E et al. Legeforeningen bør representere medlemmenes syn på dødshjelp. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0199.
- Blomkvist AW, Zadig P. Står legeeiden i veien for dødshjelp? Tidsskr Nor Legeforen 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0392.

- Reglement for Rådet for legeetikk. Lest 10.5.2022.
- Etiske regler for leger. Lest 10.5.2022.
- Horn MA, Brelin S. Legeforeningen bør fortsatt si nei til dødshjelp. Tidsskr Nor Legeforen 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.21.0658.
- (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. Lest 10.5.2022.

- World Medical Association. WMA Declaration on Euthanasia and physician-assisted suicide. Lest 10.5.2022.
- Lupkin S. California Medical Association Changes Aid-in-Dying Position. Lest 10.5.2022.

Liv, død og organdonasjon: Ikke glem barna

Barn som venter på organer har høyere ventelistedødelighet og lavere donortilgang enn voksne pasienter. Det er på høy tid at vi diskuterer også de yngste.

Spørsmål rundt barn som organgivere og organmottakere har i mange år blitt utelatt fra offentlige diskusjoner og prosesser i Norge. Et viktig eksempel på dette er den offentlige utredningen *Når døden tjener livet* (1). Også prosessen rundt innføring av metoden kontrollert donasjon etter sirkulatorisk død (*controlled donation after circulatory death*, cDCD) i Norge, inkludert forberedelser, høringsrunde og vedtaket i Beslutningsforum for nye metoder, ble gjennomført helt uten at barnemedisinsk kompetanse var involvert.

Kun i en enslig og uteglemt høringsuttalelse ba Foreningen for hjertesyke barn om at man skulle «drøfte og ta stilling til særlige utfordringer som eventuelt kan knyttes til donasjonsutredning av barn og svært unge pasienter» (2). Denne neglisjeringen av barn som givere og mottakere av organer kan sikkert også skyldes at norske pediatere ikke har meldt seg på i diskusjonen. Dette debattinnlegget er et forsøk på å gjøre noe med det.

Barna er utelatt

Med stor interesse har vi lest de nylige kronikkene og påfølgende debattinnleggene i Tidsskriftet (3–5). Forfatterne beskriver og diskuterer, med hver sin innfallsvinkel, prosessen rundt innføringen av donasjon av organer etter kontrollert sirkulatorisk død. I sitt innlegg spisser Horn & Dahlberg sitt felles budskap til også å oppfordre til en diskusjon rundt selve dødsdiagnosen og metoder som brukes eller pålegges leger

å bruke når en person erklæres død (5). Denne diskusjonen er særlig relevant i barnepopulasjonen, men forhold knyttet til barn som organgivere og mottakere av organer er dessverre ikke tatt med verken i deres eller de øvrige artiklene.

Barn som venter på organer, har svært høy dødelighet (6). Knappheten på donororganer er mest utpreget jo lenger ned i alder man kommer. Selv om kontrollert donasjon etter sirkulatorisk død er blitt brukt hos barn internasjonalt (7–9), så er dette en mulighet som ikke er påtenkt eller planlagt i Norge innen overskuelig fremtid.

Dette kunne og burde selvsagt vært drøftet for å belyse hvordan man kan realisere flere organdonasjoner fra barn til barn. Kritikken vår retter seg imidlertid mindre mot at barn er utelatt fra diskusjonen om kontrollert donasjon etter sirkulatorisk død i Norge, og mer mot at barnespesifikke problemstillinger knyttet til dødsdiagnostikken over lang tid har vært neglisjert. Dette går på bekostning av kritisk kronisk syke barn som venter på donororganer.

Medisinsk myte

Alle organtransplantasjoner i Norge, også på barn, foregår på Oslo universitetssykehus. Tallmessig er transplantasjon av solide organer hos barn (dvs. av nyre, lever og hjerte) sjeldnere enn hos voksne. Årlig utføres ca. 15–20 slike transplantasjoner hos pasienter under 18 år.

Tre forhold gjør at den pediatriske delen av transplantasjonsmedisinen er særlig viktig: 1) Barn som venter på et donororgan har høyere ventelistedødelighet og lavere donortilgang sammenlignet med voksne pasienter (6). 2) Barn har pga. lav alder mye lengre vunnet levetid etter sin transplantasjon enn voksne organmottakere. 3) Transplantasjon av solide organer hos barn har bedre resultater i form av transplantatoverlevelse enn

transplantasjoner hos voksne, og hos de yngste barna er langtidsresultatene best (10).

Nyfødte og spedbarn med behov for organtransplantasjon rammes i særlig grad av nåværende regler rundt hjernedødsdiagnostikken. Gjeldende krav til bildediagnostikk kaller Horn og medarbeidere i sitt konkluderende hjertesukk for «overstreng» (3). Obligat bildediagnostisk påvisning av opphevet sirkulasjon til hjernen har medført at donortilbudet til de minste barna er nærmest ikke-eksisterende i Norge. Det finnes nemlig en medisinsk myte om at opphevet sirkulasjon til hjernen aldri vil la seg påvise hos spedbarn med åpen fontanelle. Den meget sparsommelige dokumentasjonen som finnes, tilsier imidlertid at angiografisk påvisning av bevart blodstrøm til hjernen til tross for oppfylte kliniske hjernedøds-kriterier er tilfelle kun ved et mindretall av donortilfellene (11). En annen studie der man brukte scintigrafi, viste at 63 % av spedbarna som oppfylte kliniske kriterier for hjernedød, hadde opphevet sirkulasjon til hjernen (12).

Antagelsen om at cerebral angiografi er bortkastet hos de minste barna, har ført til at det knapt finnes rutiner for å identifisere potensielle donorer blant små døende barn på norske (nyfødte)intensivavdelinger. Horn & Dahlberg ønsker nå å åpne for en diskusjon rundt kravet om bildemessig fremstilling av opphevet blodsirkulasjon ved organdonasjon (5). Vi mener at vi må bruke anledningen også til å drøfte tilnærmingen til utredning av potensielle donorer i spedbarnsalder. Organtilbudet til en rekke alvorlig syke små barn i Norge avhenger av at dette temaet snarest settes på dagsordenen. Diskusjon bør tas videre av besluttende myndigheter i samarbeid med fagmiljøene innenfor norsk nyfødte- og intensivmedisin.

Mottatt 5.5.2022, første revisjon innsendt 9.5.2022, godkjent 12.5.2022.

THOMAS MÖLLER

thomas.moller@ous-hf.no

er barnelege og overlege/forsker på Barnekardiologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet, fagansvarlig for hjertetransplantasjon i Barne- og ungdomsklinikken, Oslo universitetssykehus og leder i interessegruppen for barnekardiologi i Norsk barnelegeforening.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er fagansvarlig for hjertetransplantasjon på Barnekardiologisk avdeling og således knyttet til resipientensiden i donor- og transplantasjonslogistikken. Dette kan av noen oppfattes som en etisk interessekonflikt i spørsmål rundt organdonasjon og hjernedødsdiagnostikk.

ASTRI MARIA LANG

er seksjonsleder og fagansvarlig overlege på Nyfødteintensivavdelingen, Akershus universitetssykehus og leder i Norsk barnelegeforening. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Regjeringen NOU. 2011:21. Når døden tjener livet. Lest 12.5.2022.
- 2 Beslutningsforum for nye metoder. Innkalling og saksdokumenter 30.08.2021. Lest 12.5.2022.
- 3 Horn MA, Bjørsvik G, Syse A. Ny metode for organ-donasjon: Er donor død eller døende? Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.21.0715.
- 4 Lindenskov PHH, Dahlberg J. Når er en potensiell organdonor død? Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.21.0792.
- 5 Horn MA, Dahlberg J. Når er en person død? Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0193.
- 6 McDiarmid SV, Cherikh WS, Sweet SC. Preventable death: children on the transplant waiting list. Am J Transplant 2008; 8: 2491–5.
- 7 Marlais M, Callaghan C, Marks SD. Kidney donation after circulatory death: current evidence and opportunities for pediatric recipients. Pediatr Nephrol 2016; 31: 1039–45.
- 8 Kleinmahon JA, Patel SS, Auerbach SR et al. Hearts transplanted after circulatory death in children: Analysis of the International Society for Heart and Lung Transplantation registry. Pediatr Transplant 2017; 21: e13064.
- 9 van Rijn R, Hoogland PER, Lehner F et al. Long-term results after transplantation of pediatric liver grafts from donation after circulatory death donors. PLoS One 2017; 12: e0175097.
- 10 Rana A, Gruessner A, Agopian VG et al. Survival benefit of solid-organ transplant in the United States. JAMA Surg 2015; 150: 252–9.
- 11 Flowers WM Jr, Patel BR. Persistence of cerebral blood flow after brain death. South Med J 2000; 93: 364–70.
- 12 Nakagawa TA, Ashwal S, Mathur M et al. Guidelines for the determination of brain death in infants and children: an update of the 1987 Task Force recommendations. Crit Care Med 2011; 39: 2139–55.

ANNONSE

GRAZAX® Smeltetablett. Standardisert allergenekstrakt av gresspollen fra timotei (*Phleum pratense*) 75.000 SQ-T. **Indikasjon:** Sykdomsmodifiserende behandling av gresspollenindusert rhinitt og konjunktivitt hos voksne og barn fra fem år med kliniske relevante symptomer som er diagnostisert med en positiv hudpricktest og/eller spesifikk IgE-test for gresspollen. **Dosering:** Voksne og barn ≥5 år: En smeltetablett om dagen. Smeltetabletten plasseres under tungen, der den vil gå i oppløsning. Det finnes ingen klinisk erfaring med immunbehandling med Grazax hos barn <5 år og eldre ≥65 år. Behandling med Grazax bør kun initieres av leger med erfaring i behandling av allergiske sykdommer og som kan behandle allergiske reaksjoner. Ved behandling av barn, må legene ha erfaring med å behandle allergisykdommer hos barn. For at pasient og lege skal kunne drøfte eventuelle bivirkninger og mulige tiltak, er det anbefalt at den første smeltetabletten tas under tilsyn av lege (20-30 minutter). Klinisk effekt i gresspollensesongen oppnås dersom behandling innledes minst 4 måneder før forventet start av gresspollensesongen og fortsettes gjennom sesongen. Hvis behandling innledes 2-3 måneder før sesongen kan noe effekt oppnås. Hvis ingen relevant forbedring er observert under første pollensesong, er det ingen indikasjon for fortsatt behandling. For langtidseffekt og sykdomsmodifiserende effekt, anbefales det å fortsette daglig behandling i 3 etterfølgende år. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for et eller flere av hjelpestoffene. Malignitet eller systemiske sykdommer som har påvirkning på immunsystemet. Inflammasjonstilstander i munnhulen med alvorlige symptomer. Ukontrollert eller alvorlig astma (voksne: FEV1 < 70 %, barn: FEV1 < 80 % av den anslåtte verdi etter tilfredsstillende farmakologisk behandling). **Advarsel og forsiktighetsregler:** Alvorlige systemiske allergiske reaksjoner: Det er rapportert om alvorlige anafylaktiske reaksjoner, i noen tilfeller ved doser etter oppstartsdosen. Medisinsk overvåking ved behandlingsstart er et viktig sikkerhetstiltak. Hvis det oppstår alvorlige systemiske reaksjoner som angioødem, problemer med å svelge, pustebesvær, forandring i stemmen, hypotensjon eller følelse av at halsen er tykk må lege kontaktes umiddelbart. I slike tilfeller bør behandlingen opphøre permanent eller inntil annet tilrådes av lege. Hvis pasienter med astma opplever symptomer og tegn som indikerer at astmasykdommen forverres, bør behandlingen avsluttes og lege kontaktes umiddelbart for å evaluere den videre behandling. Behandling av pasienter som tidligere har hatt en systemisk reaksjon ved subkutan immunterapi med gresspollen skal vurderes nøye da de kan ha en økt risiko for å få en systemisk reaksjon med Grazax. Alvorlige anafylaktiske reaksjoner kan behandles med adrenalin. Vurder om pasienten vil kunne tolerere adrenalin i tilfelle en alvorlig systemisk allergisk reaksjon skulle oppstå. Pasienter med hjertesykdom kan ha økt risiko i tilfelle alvorlige systemiske allergiske reaksjoner. Lokale allergiske reaksjoner: Ved behandling eksponeres pasienten for allergenet som forårsaker de allergiske symptomene. Primært milde til moderate lokale allergiske reaksjoner under behandlingsperioden kan derfor forventes. Bruk av anti-allergiske legemidler (f.eks. antihistaminer) bør vurderes ved signifikante lokale bivirkninger. Orale tilstander: Ved kirurgisk inngrep i munnhulen, inkludert tannekstraksjon og felling av melketann hos barn, bør behandling med Grazax opphøre i 7 dager for at munnhulen skal leges. Astma: Er en kjent risikofaktor for alvorlige systemiske allergiske reaksjoner. Pasienter med astma må informeres om behovet for å oppsøke medisinsk hjelp umiddelbart dersom deres astma plutselig forverres. Hos pasienter med astma som opplever en akutt luftveisinfeksjon, bør igangsettelse av behandling utsettes til infeksjonen er løst. Eosinofil øsofagitt: Hos pasienter med alvorlige eller varige gastroesofageale symptomer, bør seponering vurderes. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med symptomlindrende anti-allergiske legemidler kan øke pasientens toleransenivå for immunterapi. Det foreligger begrensede data vedrørende sikkerhet ved samtidig immunterapi med andre allergener under behandling med Grazax. **Graviditet og amming:** Det finnes ingen klinisk erfaring hos gravide eller ammende kvinner. Behandling med Grazax bør ikke innledes under graviditet. Det antas at spedbarn som ammes ikke blir påvirket. **Bivirkninger:** Milde til moderate lokale allergiske reaksjoner kan forekomme tidlig i behandlingen, men disse har tendens til å avta spontant innen 1-7 dager. Hyppigst rapportert er oral pruritus, halsirritasjon og ødem i munnen. I fleste tilfeller starter reaksjonen innen 5 minutter etter inntak, og avtar etter minutter til timer. Mer alvorlige lokale eller systemiske allergiske reaksjoner kan forekomme. Svært vanlige: Pruritus i øret, halsirritasjon, oral pruritus, ødem i munnen. Vanlige: Pruritus i øyet, konjunktivitt, hovne øyne, nysing, hoste, tørr hals, dyspné, orofaryngeale smerter, faryngealt ødem, rhinoré, tetthetsfølelse i svelget, pruritus i nesen, hovne lepper, oralt ubehag, oral parestesi, stomatitt, dysfagi, magesmerter, diaré, dyspepsi, kvalme, oppkast, oralt slimhinneerytem, sår i munnen, smerte i munnen, pruritus på lepper, pruritus, urtikaria, utslett, kronisk utmattelse, ubehag i brystet. Bivirkningsprofilen hos pediatriske pasienter tilsvarer generelt det som er sett hos voksne, men irritasjon i øyet, smerte i øret, hovne ører, erytem i svelget og blemmer i munnslimhinnen sees med høyere frekvens; Vanlige: irritasjon i øyet, smerte i øret, erytem i svelget, blemmer i munnslimhinnen. Bivirkningenes alvorlighet var primært milde til moderate. Antiallergiske legemidler bør vurderes ved signifikante bivirkninger. **Reseptgruppe:** C **Emballasje og pris:** Grazax 30 smeltetabletter (Vnr 02 54 25) 1051,50 kr; Grazax 100 smeltetabletter (Vnr 02 57 36) 3409,10 kr. **Registreringsnummer:** ALK Abelló A/S, Bøge Allé 6-8, 2970 Hørsholm, Danmark. Basert på SPC godkjent av SLV 18.05.2020



GRAZAX®

Velkommen ut



GRAZAX® Allergivaksinasjon i tablettform for behandling av gresspollenallergi

GRAZAX® er sykdomsmodifiserende behandling av gresspollenindusert rhinitt og konjunktivitt hos pasienter med kliniske relevante symptomer.¹

Sykdomsmodifisering hos voksne og barn vises ved vedvarende effekt på rhinokonjunktivitt observert 2 år etter avsluttet 3 års behandling med GRAZAX®.¹

Kan forskrives
på blå resept

Referanse 1: Grazax SPC 18.05.2020



ALK

ALK, Lensmannslia 4, 1386 Asker, Tlf 99 44 60 40, www.alk.no

2022.05

SNOMED CT binder fagspråkene sammen og letter kodingen

Når helseinformasjonen skal følge pasientene på tvers av nivåene i helsetjenesten, må helsedata kunne dokumenteres, formidles, forstås og brukes entydig.

Denne helsepolitiske målsettingen (1) er bakgrunnen for arbeidet med et felles standardisert helsespråk i Norge, basert på SNOMED CT. I Tidsskriftet nr. 5 hevder Petter Hurlen at det kliniske perspektivet er fraværende (2).

SNOMED CT er den mest omfattende kliniske terminologien internasjonalt (3). Systemet er utviklet av helsepersonell for bruk på tvers av profesjonsgrupper og inneholder over 350 000 begreper. Terminologien er maskinlesbar, som gjør det mulig å utveksle og gjenbruke data.

Direktoratet for e-helse og Helseplattformen utarbeider første versjon av et felles standardisert helsespråk. Helseplattformen skal våren 2022 innføre en ny, felles pasientjournal for sykehus og kommuner i hele Midt-Norge. Erfaringer med bruk av det standardiserte helsespråket vil komme andre som jobber med modernisering av journalene til gode.

Første versjon av det felles standardiserte helsespråket omfatter ca. 120 000 begreper i SNOMED CT oversatt til norsk, fordelt på diagnoser, legemidler, anatomi, undersøkelser og pasientplaner. Oversettelsen drives av Helseplattformen i samarbeid med Direktoratet for e-helse. Foruten terminologien for strukturert dokumentasjon av helsehjelp består dette standardiserte helsespråket av

relasjonene som binder terminologien til andre kodeverk, som for eksempel ICPC-2, ICD-10 og ICNP (4) samt registervariabler.

Gjenkjennbar terminologi for legene

Når vi tar i bruk SNOMED CT i journalsystemer, er klinisk involvering avgjørende for et godt resultat (5). Terminologien som helsepersonell møter på, skal ikke oppfattes som fremmedgjørende. Språket skal være kjent. Klinikerne skal ikke lære seg koder, men via presist kjent klinisk språk få hjelp til å velge riktige koder.

«SNOMED CT er utviklet av helsepersonell for bruk på tvers av profesjonsgrupper og inneholder over 350 000 begreper»

I arbeidet med å oversette terminologien har vi valgt å ta i bruk etablerte språkvidenskapelige metoder. Det blir trålt og søkt i store tekstmengder for å se hvilke termer som brukes og den relative bruksfrekvensen mellom dem. Dette grunnlaget er empirisk og objektivt, og på den måten unngår man at personlige preferanser blir styrende. I et samarbeid med Nasjonalbiblioteket er det blitt utviklet et eget verktøy som sammenligner frekvensen av termer i norsk helsefaglig litteratur.

Tekster fra Tidsskrift for Den norske legeforening er vektlagt. Tidsskriftet er det språklige gravitasjonspunktet som vi tar utgangspunkt i når vi skaper et gjenkjennelig språk, da Tidsskriftet har et bevisst forhold til røking av medisinsk fagspråk, har en egen manusredaksjon og er vertskap for Gruppe for norsk medisinsk fagspråk. Tids-

skriftets artikler er supplert med tekster fra retningslinjer, veiledere og ikke minst spesialisttidsskrifter som Kirurgen, Gastroenterologen, Indremedisineren, Revmatologen og Onkonytt.

Bedre informasjonsflyt

Å gå fra fritekstjournal til en strukturert pasientjournal er med på å sikre en felles forståelse av oppgavene i pasientbehandlingen. En terminologi som følger Ciminis desiderata (6), slik SNOMED CT gjør, skal legge til rette for god informasjonsflyt mellom behandlere, slik at legene og andre behandlere får et verktøy som støtter dem i det daglige arbeidet, både i pasientbehandling, statistikk og forskning.

Rapportering til helseregistre baseres i dag på manuell innsats og stjeler tid fra helsepersonell. Målet med en felles, klinisk presis og maskinlesbar terminologi er i større grad automatisk høsting av informasjon som helsepersonellet allerede har registrert – enten ved at informasjonen allerede er strukturert i journalen, eller ved at fritekst analyseres.

Bruk av terminologier i utveksling og gjenbruk av informasjon er en klar internasjonal trend. For eksempel blir SNOMED CT brukt til å identifisere pasientgrupper (7). Publiserte artikler om SNOMED CT (5), terminologier, ontologier, språkbehandling (NLP) og kunstig intelligens (KI) er økende. I tillegg til dette kommer erfaringsrapporter fra andre som har gjennomført lignende satsinger (8). EU har gjort en større vurdering av SNOMED CT i Assess CT (9). Her bekrefter man på mange områder at det er viktig å benytte en felles terminologi for å nå felles mål.

Mottatt 5.4.2022, godkjent 4.5.2022.

TARAN BORGE

er lege og seksjonssjef for Seksjon normering kodeverk, Direktoratet for e-helse.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MONA STEDENFELDT

er M.Sc., ph.d. og seksjonsleder for Informasjonsforvaltning i Helseplattformen.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Meld. St. 9 (2012–2013). Én innbygger – én journal. Lest 4.5.2022.
- Hurlen P. Fagspråket ingen leger har hørt om. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi:10.4045/tidsskr.22.0117.
- SNOMED International. Introduction. Lest 4.5.2022.
- Direktoratet for e-helse. Kodeverk; 2022. Lest 4.5.2022.
- Lee D, Cornet R, Lau F et al. A survey of SNOMED CT implementations. J Biomed Inform 2013; 46: 87–96.
- Cimino JJ. Desiderata for controlled medical vocabularies in the twenty-first century. Methods Inf Med 1998; 37: 394–403.
- Chen R, Ryan P, Natarajan K et al. Treatment Patterns for Chronic Comorbid Conditions in Patients With Cancer Using a Large-Scale Observational Data Network. JCO Clin Cancer Inform 2020; 4: 171–83.
- Mobile Health. SNOMED CT use in New Zealand. Lest 4.5.2022.
- Cordis EU research results. Assessing SNOMED CT for Large Scale eHealth Deployments in the EU. Lest 4.5.2022.

Nplate® (romiplostim) kan anvendes ved primær immun trombocytopeni (ITP)¹

Nplate® er godkjent til behandling av voksne pasienter med primær immun trombocytopeni (ITP) som er motstandsdyktige overfor annen behandling (f.eks. kortikosteroider, immunglobuliner).¹

Dette betyr at voksne pasienter kan behandles med Nplate® umiddelbart etter at behandling med steroider avsluttes.¹

De seneste retningslinjer anbefaler bruk av trombopoietinreseptoragonister som Nplate® for å forbedre pasientens opplevelse ved å:

- Potensielt kunne redusere eksponeringen for bivirkninger forbundet med langvarig bruk av kortikosteroider²⁻⁴
- Øke deres livskvalitet²⁻⁴
- Gi dem en sjanse til å oppnå behandlingsfri remisjon²⁻⁴

Opplæringsmaterieill:

Dersom selvadministrering av Nplate® er aktuelt for noen av dine voksne pasienter, anbefaler vi at du bestiller «opplæringspakke for hjemmeadministrering» ved å kontakte Medisinsk Informasjon på tlf. 23 30 80 00 eller via bestillingssiden (scan QR-kode).



Dette materiellet inneholder viktig informasjon om forskrivning, klargjøring og administrasjon av Romiplostim samt nødvendige forholdsregler for å minimere risikoen for feilmedisinering. Opplæringsmateriellet er også tilgjengelig digitalt på www.felleskatalogen.no

Noen bivirkninger og viktige forsiktighetsregler⁵:

Bruk av Nplate® hos pasienter med nedsatt leverfunksjon krever en ekstra nytte/risikovurdering i forhold til portalvenetrombose. Må brukes med forsiktighet hos de med nedsatt nyrefunksjon. De mest alvorlige bivirkningene som kan forekomme er tilbakefall av trombocytopeni og blødninger etter behandlingsavbrudd, økt retikulini i benmargen, trombotiske/tromboemboliske komplikasjoner, medisineringsfeil og sykdomsprogresjon av eksisterende MDS til AML.

Etter avbrutt behandling er det sannsynlig at trombocytopenien vender tilbake. Det er en økt risiko for blødning hvis behandlingen avbrytes mens det gis antikoagulantia eller trombocytthemmende midler. Pasienter må nøye overvåkes med tanke på nedgang i trombocytntall, og må behandles medisinsk for å unngå blødning etter avbrutt romiplostimbehandling.

Administrasjon og dosering⁵:

- Utvis forsiktighet ved doseberegning og rekonstitusjon.
- Nplate® administreres 1 gang i uken som en s.c. injeksjon.
- Administreringsvolum av romiplostim beregnes ut fra kroppsvekt, nødvendig dose og legemidlets konsentrasjon.
- Initialdosen for romiplostim er 1 µg/kg basert på faktisk kroppsvekt. Maks. ukentlig dose skal ikke overstige 10 µg/kg.

PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning: H-resept R.gr C

250 µg	1 sett (hettegl. + ferdigfylt sprøyte) 090127	7153,10
500 µg	1 sett (hettegl. + ferdigfylt sprøyte) 090138	14460,10

Les mer om forsiktighetsregler, tilberedning, håndtering, doseringsanvisning og dosejustering i Felleskatalogen før du behandler med Nplate®.

Referanser:

1. Nplate® (romiplostim) preparatomtale 22.01.2021
2. Provan D, Stasi R, Newland AC. Updated international consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. *Blood Adv.* 2019;3(22):3780-817.
3. Neunert CE, Terrell DR, Arnold DM. American Society of Hematology 2019 guidelines for immune thrombocytopenia. *Blood Adv.* 2019;3(23):3829-3866.
4. Maria L Lozano, Bertrand Godeau, John Grainger. Romiplostim in adults with newly diagnosed or persistent immune thrombocytopenia. *Expert Review of Hematology*, 2020;13(12):1319-32.
5. Nplate® (romiplostim) Felleskatalogtekst, 21.07.2021

Menstruasjonsforstyrrelser etter koronavaksiner

Rapporter om menstruasjonsforstyrrelser etter covid-19-vaksinering har ført til bekymring hos mange og økt frykt for koronavaksiner hos noen.

Det er ennå ikke etablert en kausal sammenheng mellom menstruasjonsforstyrrelser og koronavaksiner, men mange rapporter fra både Norge og utlandet tilsier at dette er verdt å undersøke nærmere. I Storbritannia var det, for eksempel, per 20. april 2022 meldt om 51 015 tilfeller av menstruasjonsforstyrrelser etter vaksinering (1), funn som gjenfinnes i mange land (2, 3).

Menstruasjonsforstyrrelser er vanlig. De første dataene fra Folkehelseinstituttets studie UngVoksen viste at 37,8 % av kvinner i alderen 18–30 år rapporterte om minst én menstruasjonsforstyrrelse før vaksinering (4). En slik forstyrrelse kan arte seg som kraftige eller langvarige blødninger og smerter, mellomblødninger eller endret intervall mellom blødningene. Om man ser nærmere på mer spesifikke forstyrrelser, fant man at 7,6 % av deltakerne hadde en kraftig blødning ved siste menstruasjonsforstyrrelse før vaksinering, og 13,6 % mente de hadde fått kraftigere blødning etter første dose. Dette økte ytterligere etter andre dose: 8,2 % mente de hadde kraftige blødninger før andre dose, mens 15,3 % mente den var blitt kraftigere etter andre dose (4).

«Omtrent 7 % av meldingene om menstruasjonsforstyrrelser etter covid-19-vaksinering kommer fra kvinner over 49 år»

Siden dataene er selvrapporterte og den enkelte sammenligner med seg selv, vil ikke bruk av prevensjon eller medikamenter påvirke dataene i stor grad. Likevel har selvrapportering sine begrensninger. Subjektive oppfatninger kan påvirke resultatene, og medieoppslag kan alarmere folk, slik at de blir ekstra på vakt etter symptomer.

Menstruasjonsforstyrrelser etter menopause

Til tross for at mesteparten av meldingene om blødningsforstyrrelser kommer fra unge kvinner, har det vært tilfeller der kvinner etter overgangsalder har rapportert om

postmenopausale blødninger. Omtrent 7 % av meldingene om menstruasjonsforstyrrelser etter covid-19-vaksinering kommer fra kvinner over 49 år (4). Legemiddelverket har per februar meldt om 291 rapporterte tilfeller av postmenopausale blødninger etter vaksinering, hvorav 285 blir sett på som alvorlige. Med det menes blødninger mer enn ett år etter siste menstruasjonsforstyrrelse (4).

Underlivsblødninger etter menopause skal normalt ikke forekomme. Dette kan indikere alvorlig sykdom, spesielt når kvinnene angir andre ledsagende plager. Få studier har undersøkt sammenhengen mellom postmenopausale blødninger og koronavaksiner, men i USA er det gjennomført en spørreundersøkelse der man rekrutterte over 39 000 vaksinerte kvinner i alderen 18–80 år via sosiale medier.

Resultatene fra studien er foreløpig ikke fagfellevurdert, men er publisert som preprintversjon (2). Blant deltakerne med regelmessig menstruasjonsrytme rapporterte 42 % kraftigere blødninger, mens 44 % rapporterte ingen endringer. Blant postmenopausale kvinner fikk 66 % plutselige blødninger (2). Rekrutteringsformen til studien har trolig medført en overvekt av respondenter som har hatt menstruasjonsendringer sammenlignet med det som kan forventes generelt i befolkningen, men underbygger uansett at et stort spekter av kvinner opplever endringer etter vaksinasjon.

Hypoteser og årsaksforklaringer

Vi har ennå ikke en klar årsaksforståelse av menstruasjonsendringene, men en trolig forklaring er sterke immunresponser. Kvinner har typisk høyere aktivering av immunresponser etter vaksinering eller infeksjon enn menn (5), noe som også gjenfinnes i en høyere dødsrate etter infeksjonssykdommer for menn. Den økte immunaktiveringen hos kvinner er også forbundet med økt sannsynlighet for både autoimmune sykdommer og vaksineinduserte bivirkninger.

Menstruasjonsforstyrrelser er en prosess der inflammatoriske prosesser bidrar til at stratum functionalis i endometriet brytes ned, for å bygges opp på ny til neste syklus. Det er data som peker i retning av at inflammasomer kan være involvert i denne prosessen (6).

Inflammasomer er en del av det medfødte immunsystemet og aktiveres av strukturer som typisk finnes på virus (patogenassosierte molekylære mønstre, PAMP). Vi vet at det medfødte immunsystemet kan aktiveres ved vaksinasjon og gi systemiske bivirkninger som hodepine, muskelsvakhet og feber. mRNA-vaksinene kan videre endre produksjonen av proinflammatoriske cytokiner hos celler i det medfødte immunsystemet (7). Det er derfor forståelig at vaksinediert aktivering av det medfødte immunsystemet kan spille en rolle for menstruasjonsforstyrrelser.

«Vi har ennå ikke en klar årsaksforståelse av menstruasjonsendringene, men en trolig forklaring er sterke immunresponser»

Hormoner

En annen forklaring på menstruasjonsforstyrrelsene baserer seg på kjønnshormoner. Ved alvorlig sykdom kan man finne redusert produksjon av kjønnshormoner som gonadotropinfrigjørende hormon (GnRH) (8), hvor fordelen for kroppen er at energibruken ledes over på dannelse av immunresponser (9). Kvinnelige kjønnshormoner har bedre antiviral effekt enn mannlige, der spesielt østrogen kan styrke den antivirale responsen og testosteron hemme betennelse (10, 11). Hos kvinner er det, for eksempel, vist at østrogen hemmer replikasjonen av influensavirus i nasale epitelceller (12).

Man har sett tegn til at influensavaksinasjon kan redusere nivåene av progesteron etter eggøsning (13), noe som underbygger at vaksiner vil kunne påvirke menstruasjonsrytme ved hormonelle endringer. En studie har også vist at koronavaksinering under follikkelmodningsfasen kan øke forekomsten av endringer (14).

Nivåendringer av progesteron og østrogen setter i gang menstruasjonsrytmen, men disse hormonene fungerer også som regulatorer for utvikling av medfødt og tillært immunitet. Begge har en antiinflammatorisk effekt og driver immunresponsen mot produksjon av antistoffer (Th2-profil) (15–17). Progesteron bidrar til å redusere aktivering av det medfødte immunforsvaret (18).

I en britisk studie med nærmere 600 000 deltakere fant man at østrogen kan ha en



Illustrasjon: Marianne Gretteberg Engedal

beskyttende effekt mot SARS-CoV-2 (19). Postmenopausale kvinner var mer sårbare for covid-19 sammenlignet med unge menstruierende kvinner som brukte kombinasjons-p-piller. Kvinner som fikk kunstig hormontilførsel under menopausen, hadde også en økt risiko for covid-19-symptomer, men sammenlignet med de andre gruppene i studien var det likevel ingen økning i sykehusinnleggelse for denne gruppen. En britisk kasus-kontroll-studie støtter disse funnene: Prevensjon påvirket hvordan man reagerte på vaksinen, og østrogen reduserte risikoen for menstruasjonsforstyrrelser (20).

På denne bakgrunn synes det klart at hormoner er en kausal forklaring på menstruasjonsendringer etter vaksinering, men her er det motstridende funn. I en britisk retrospektiv studie fant man nemlig en liten overhyppighet av menstruasjonsforstyrrelser hos dem som brukte hormonell preven-

sjon (14). I teorien skal de som får hormoner eksogent ikke reagere hvis hormonendringen i kroppen er årsaken til menstruasjonsforstyrrelsene. Dermed er fortsatt flere muligheter åpne.

«Kvinnelige kjønnshormoner har bedre antiviral effekt enn mannlige, der spesielt østrogen kan styrke den antivirale responsen»

Miljø, vaccine eller infeksjon?

Det å finne en kausal årsak til menstruasjonsendringer etter vaksinering er vanskelig gjort av hvor vanlige disse endringene er (21). At faktorer som stress, overdreven fysisk aktivitet og prevensjon kan gi hormonfor-

andringer som påvirker menstruasjons-syklusen, er kjent (22). Det er derfor utfordrende å skille ut én generell utløsende faktor etter vaksinering, spesielt i en situasjon der ulike tiltak mot smittespredning kan bidra til disse endringene.

Det er ikke vist en signifikant sammenheng mellom spesifikke koronavaksinetyper og menstruasjonsforstyrrelser, og det er jo også tidligere vist menstruasjonsendringer med andre vaksiner. Allerede i 1913 ble det notert menstruasjonsendringer etter vaksinering mot tyfoidfeber (23). Siden er det vist også for HPV-vaksinasjon (24). Så langt er det heldigvis ingen holdepunkter for at menstruasjonsforstyrrelsene medfører alvorlige tilstander eller påvirker fertiliteten. Det man derimot ser, er at menstruasjonsforstyrrelsene forekommer noe oftere ved andre dose (21). Sannsynligvis skyldes dette at man får en sterkere immunrespons ved andre dose.

Menstruasjonsforstyrrelser forekommer også etter koronainfeksjon. En retrospektiv tverrsnittsstudie viste redusert menstruasjonsvolum eller syklusforlengelse hos en femtedel av koronapasientene (25). Som ved vaksinerings kan dette kanskje forklares med sterke immunresponser eller forbigående kjønshormonforandringer. Noen hypoteser går også ut på at det finnes angiotensin-konverterende enzym 2 (ACE2)-reseptor i ovariene eller endometriet som lar seg påvirke av en koronainfeksjon (26), som igjen da påvirker hormonene som produseres i ovariene.

Interessant nok kan medikamenter som paracetamol, aspirin og andre ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAID) påvirke menstruasjons sykklusen. Deksametason kan påvirke gjennom kortisolvirkning (13), og monoklonale antistoffer mot tumornekrosefaktor påvirker endometriet (27). Medikamentbruk bør dermed også tas i betraktning.

Kjønnsbasert vaksinetilnærming

Antall rapporterte vaksinerelaterte menstruasjonsforstyrrelser tilsier at menstruasjonsforstyrrelser burde testes som en mulig

bivirkning i fremtidige vaksiner. Så lenge menstruasjonsforstyrrelsene er kortvarige og ikke påvirker fertiliteten, er det trygt å oppfordre kvinner til vaksinerings. Likevel burde ikke dette bagatelliseres. Kvinnehelse må settes på dagsordenen. Viktigheten av kjønnspektiver i forskningen underbygges selv midt i en pandemi.

Mottatt 11.3.2022, første revisjon innsendt 2.5.2022, godkjent 12.5.2022.

SARVANI MAHALINGAM

er medisinstudent ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

GUNNVEIG GRØDELAND

gunnveig.grodeland@medisin.uio.no er leder for forskningsgruppen Influenza og adaptiv immunitet ved Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin, Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

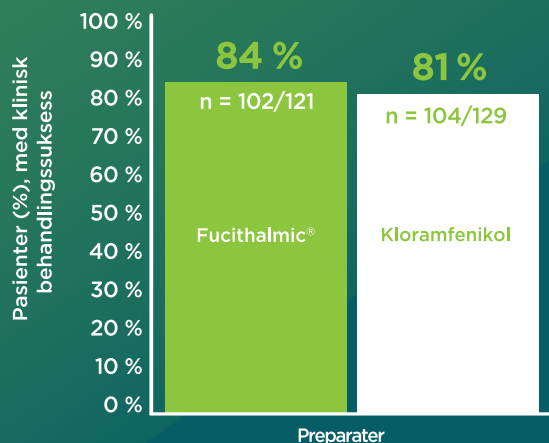
LITTERATUR

- 1 Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency. Coronavirus vaccine - weekly summary of yellow card reporting. Lest 12.5.2022.
- 2 Lee KMN, Junkins EJ, Luo C et al. Investigating trends in those who experience menstrual bleeding changes after SARSCoV-2 vaccination. Preprint 11.2.2022. Lest 12.5.2022.
- 3 Alghamdi AN, Alotaibi MI, Alqahtani AS et al. BNT162b2 and ChAdOx1 SARS-CoV-2 Post-vaccination Side-Effects Among Saudi Vaccinees. *Front Med (Lausanne)* 2021; 8: 760047.
- 4 Statens legemiddelverk. Koronavaksiner og menstruasjonsforstyrrelser. Lest 12.5.2022.
- 5 Fischinger S, Boudreau CM, Butler AL et al. Sex differences in vaccine-induced humoral immunity. *Semin Immunopathol* 2019; 41: 239-49.
- 6 Azlan A, Salamonsen LA, Hutchison J et al. Endometrial inflammatory activation accompanies menstruation and may have implications for systemic inflammatory events of the menstrual cycle. *Hum Reprod* 2020; 35: 1363-76.
- 7 Föhse FK, Geckin B, Overheul GJ et al. The BNT162b2 mRNA vaccine against SARS-CoV-2 reprograms both adaptive and innate immune responses. Preprint 6.6.2021. Lest 12.5.2022.
- 8 Sharp GC, Fraser A, Sawyer G et al. The COVID-19 pandemic and the menstrual cycle: research gaps and opportunities. *Int J Epidemiol* 2021; 51: dyab239.
- 9 McDade TW. The ecologies of human immune function. *Annu Rev Anthropol* 2005; 34: 495-521.
- 10 Klein SL, Marriott I, Fish EN. Sex-based differences in immune function and responses to vaccination. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2015; 109: 9-15.
- 11 Chang WH. A review of vaccine effects on women in light of the COVID-19 pandemic. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2020; 59: 812-20.
- 12 Peretz J, Pekosz A, Lane AP et al. Estrogenic compounds reduce influenza A virus replication in primary human nasal epithelial cells derived from female, but not male, donors. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol* 2016; 310: L415-25.
- 13 Warner P, Whitakerb LHR, Parkera RA et al. Low dose dexamethasone as treatment for women with heavy menstrual bleeding: A response-adaptive randomised placebo-controlled dose-finding parallel group trial (DexFEM). *EBioMedicine* 2021; 69: 103434.
- 14 Male V. Effect of COVID-19 vaccination on menstrual periods: a retrospective cohort study. Preprint 15.11.2021. Lest 12.5.2022.
- 15 Bouman A, Heineman MJ, Faas MM. Sex hormones and the immune response in humans. *Hum Reprod Update* 2005; 11: 411-23.
- 16 Salem ML. Estrogen, a double-edged sword: modulation of TH1- and TH2-mediated inflammations by differential regulation of TH1/TH2 cytokine production. *Curr Drug Targets Inflamm Allergy* 2004; 3: 97-104.
- 17 Grimaldi CM, Jegathan V, Diamond B. Hormonal regulation of B cell development: 17 beta-estradiol impairs negative selection of high-affinity DNA-reactive B cells at more than one developmental checkpoint. *J Immunol* 2006; 176: 2703-10.
- 18 Hall OJ, Klein SL. Progesterone-based compounds affect immune responses and susceptibility to infections at diverse mucosal sites. *Mucosal Immunol* 2017; 10: 1097-107.
- 19 Costeira R, Lee KA, Murray B et al. Estrogen and COVID-19 symptoms: Associations in women from the COVID Symptom Study. *PLoS One* 2021; 16: e0257051.
- 20 Alvergne A, Kountourides G, Argentieri MA et al. COVID-19 vaccination and menstrual cycle changes: A United Kingdom (UK) retrospective case-control study. Preprint 23.11.2021. Lest 12.5.2022.
- 21 Trogstad L, Laake I, Robertson AH et al. Increased occurrence of menstrual disturbances in 18- to 30-year-old women after COVID-19 vaccination. *Social Science Research Network (SSRN)* 14.1.2022. Lest 12.5.2022.
- 22 Huhmann K. Menses Requires Energy: A Review of How Disordered Eating, Excessive Exercise, and High Stress Lead to Menstrual Irregularities. *Clin Ther* 2020; 42: 401-7.
- 23 Lamb AR. Experience with prophylactic typhoid vaccination. *Arch Intern Med (Chic)* 1913; XII: 565-77.
- 24 Gong L, Ji HH, Tang XW et al. Human papillomavirus vaccine-associated premature ovarian insufficiency and related adverse events: data mining of Vaccine Adverse Event Reporting System. *Sci Rep* 2020; 10: 10762.
- 25 Li K, Chen G, Hou H et al. Analysis of sex hormones and menstruation in COVID-19 women of child-bearing age. *Reprod Biomed Online* 2021; 42: 260-7.
- 26 Chadchan SB, Popli P, Maurya VK et al. The SARS-CoV-2 receptor, angiotensin-converting enzyme 2, is required for human endometrial stromal cell decidualization. *Biol Reprod* 2021; 104: 336-43.
- 27 Falconer H, Mwenda JM, Chai DC et al. Treatment with anti-TNF monoclonal antibody (c5N) reduces the extent of induced endometriosis in the baboon. *Hum Reprod* 2006; 21: 1856-62.

Vurder behandling av bakteriell konjunktivitt med friske øyne

Fucithalmic®
Fusidinsyre 1%
viskøse øyedråper

Fucithalmic® er en effektiv behandling av bakteriell konjunktivitt, som vist i følgende studie¹



Figur 1 Forskjellen er ikke statistisk signifikant

Figuren viser hvordan Fucithalmic® virker sammenlignet med kloramfenikol i behandlingen av akutt bakteriell konjunktivitt.

Figur 1. Singelblind, randomisert sammenlignende 1-ukers studie med 1% fusidinsyre og 0,5% kloramfenikol viskøse øyedråper i behandlingen av akutt purulent konjunktivitt¹

2 DRÅPER DAGLIG



ØYEDRÅPER, suspensjon 1%: 1 g inneh.: Fusidinsyre 10 mg.

Indikasjoner: Akutt konjunktivitt forårsaket av stafylokokker. Det skal tas hensyn til offisielle retningslinjer for riktig bruk av antibakterielle legemidler. **Dosering:** 1 dråpe 2 ganger daglig. Behandlingen bør vare i minst 2 dager etter symptomfrihet. 1. behandlingsdag kan 1 dråpe gis 4 ganger. **Administrering:** Kun til bruk i øyet. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Bakteriell resistens er rapportert ved bruk av fusidinsyre. Langvarig eller gjentatt bruk kan øke risikoen. Inneholder mikrokrystallinsk fusidinsyre som kan gi rifter i kontaktlinser eller kornea. Inneholder benzalkoniumklorid som kan gi øyeirritasjon og misfarge myke kontaktlinser. Kontaktlinser skal ikke brukes under behandlingen. **Biljøring og bruk av maskiner:** Kan gi forbigående tåkesyn etter påføring, og dette skal tas hensyn til. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se S01A A13 Ingen interaksjonsstudier er utført. Pga. ubetydelig systemisk eksponering er systemiske interaksjoner lite sannsynlig. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Pga. minimal systemisk eksponering forventes ingen effekt. Kan brukes under graviditet.

Amming: Pga. minimal systemisk eksponering forventes ingen effekt på nyfødte/spedbarn som ammes. Kan brukes under amming. **Fertilitet:** Påvirkning ved topikal bruk av fusidinsyre er ikke studert. Pga. minimal systemisk eksponering forventes ingen effekt på kvinnelig fertilitet. **Bivirkninger:** Pruritus på applikasjonsstedet, smerte på applikasjonsstedet (inkl. svie og stikking i øyet), ubehag/irritasjon på applikasjonsstedet, angioødem, utslett, urticaria, tåkesyn, økt lakrimasjon, øyelokksødem. **Egenskaper:** **Virkningsmekanisme:** Hemmer bakterienes proteinsyntese. Baktericid effekt på vanlig forekommende øyepatogene bakterier. Spesiell høy aktivitet overfor Staphylococcus aureus og Staphylococcus epidermidis uavhengig av penicillinaseproduksjon. Enterobacteriaceae og Pseudomonas spp. er resistente. Det er ikke kryssresistens mellom fusidin og noe annet klinisk anvendt antibiotikum. Depotvirkningen medfører at det opprettholdes effektive konsentrasjoner i øyet med dosering 2 ganger daglig. **Absorpsjon:** God penetrasjon gjennom kornea.

Oppbevaring og holdbarhet: Holdbarhet etter anbrudd: 4 uker.

Pakninger og pris: 5g tube: kr. 83,00

Sist endret: 08.11.2019

Firma: ADVANZ Pharma: Telefon: +46 42 13 57 70; e-post: info@abcourse www.advanzpharma.com

Referanser

1. Hvidberg, Jesper: Fusidic acid in acute conjunctivitis. Acta Ophthalmologica 1987; Volume 65(1): 43-47. DOI: 10.1111/j.1755-3768.1987.tb08489.x

Benyttet illustrasjon er hentet fra egen bildedatabase, Advanz Pharma

ADV/FUT/PM/0023 | 09/2021

ADVANZ
PHARMA

Covid-19-rekonvalesensplasma fra norske blodgivere

Innsamling og bruk av rekonvalesensplasma ved covid-19 har gitt viktig lærdom om organisering, testing og utvelgelse av blodgivere og pasienter. Dette er kunnskap som kan gjenbrukes ved neste pandemi.

Rekonvalesensplasma er plasma fra overlevende etter alvorlig infeksjon. Slikt plasma kan fremskaffes tidlig i en pandemi, før annen spesifikk behandling er tilgjengelig, og kan ha en plass i behandlingen av pasienter som ikke selv mobiliserer en tilfredsstillende antistoff- eller vaksinerespons. Norske blodbanker har gjennom NORPLASMA-prosjektet gjort covid-19-rekonvalesensplasma tilgjengelig for utprøvede behandling.

«Slik behandling ble prøvd allerede under spanskesyken for 100 år siden»

Rekonvalesensplasma

SARS-CoV-2-pandemien ble 30. mars 2020 erklært som en internasjonal folkehelsekrise av Verdens helseorganisasjon (WHO). Mangelen på dokumentert behandling førte til at mange legemidler ble brukt uten forutgående randomiserte, kontrollerte studier. WHO ga retningslinjer for hvilke behandlingsalternativer som burde prøves i studier, herunder også rekonvalesensplasma (1).

Slik behandling ble prøvd allerede under spanskesyken for 100 år siden. Senere er den brukt både ved meslinger, svineinfluensa og de tidligere koronavirusutbruddene SARS-CoV og MERS (2), men uten testing i store, randomiserte, placebokontrollerte studier. I mars 2020 anbefalte Casadevall og medarbeidere bruk av rekonvalesensplasma i behandling av covid-19 (3). Rasjonale tidligere studier av pasienter med SARS-CoV, som hadde vist at nøytraliserende antistoffer kunne kontrollere infeksjonen. Tidlige kinesiske publikasjoner om rekonvalesensplasmabehandling av covid-19 virket lovende, men det var få pasienter inkludert (4, 5). Det var ikke utført målinger av antistoffenes nøytraliserende effekt på viruset.

Ledende sykehus og universiteter igangsatte fra april 2020 kliniske studier for å avklare effekt og sikkerhet ved behandling med rekonvalesensplasma. Flere lands helsemyndigheter tillot også bruk utenfor studiesammenheng, mot at man samlet inn

data før og etter transfusjon. I USA legitimererte Food and Drug Administration (FDA) bruk i stor skala gjennom en hastegodkjenning (Emergency Use Authorization) i august 2020 (6). European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) og European Blood Alliance (EBA) bidro til europeiske retningslinjer (7), og EU-kommisjonen anbefalte utprøvede behandling av covid-19 med rekonvalesensplasma innenfor rammen av kliniske studier (8).

NORPLASMA-prosjektet

I Norge ble et nasjonalt prosjekt for innsamling og utprøving av rekonvalesensplasma (NORPLASMA) initiert i april 2020 som et samarbeid mellom norske blodbanker og HelseDirektoratet. Målet var å bidra til vitenskapelig evaluering av rekonvalesensplasma som behandling, helst ved gjennomføring av en randomisert studie i en egnet pasientpopulasjon. HelseDirektoratet utformet retningslinjer for produksjon, bruk og monitorering av behandling i Norge (9).

Det ble etablert en styringsgruppe for prosjektet samt nasjonale faggrupper for henholdsvis produksjon av plasma (transfusjonsgruppen), antistofftesting og vurderinger omkring smitterisiko (mikrobiologigruppen). I tillegg kom en gruppe for planlegging og gjennomføring av kliniske studier.

Transfusjonsgruppen utarbeidet retningslinjer for hvordan givere skulle rekrutteres, informeres og tappes samt hvordan rekonvalesensplasma skulle samles, kvalitetssikres og distribueres. 15 blodbanker søkte HelseDirektoratet og fikk tillatelse til å tappe og distribuere rekonvalesensplasma (10). Ettersom slik bruk var utprøvede behandling, måtte hver giver samtykke til at deres helseopplysninger omkring covid-19-sykdom, plasma og nødvendige ekstra blodprøver kunne brukes til forskning. Mange av blodbankene innhentet også samtykke til å delta i generelle forskningsbiobanker for covid-19 ved egne helseforetak. Prosjektet for innsamling og produksjon av plasma ble godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) 14. mai 2020 (REK nr. 140845).

Mikrobiologigruppen anbefalte å følge gjeldende nasjonale retningslinjer for infeksjonstesting av nye blodgivere. PCR-test for SARS-CoV-2 av giver før donasjon eller av blodprodukt ble ikke anbefalt. Det ble utarbeidet supplerende informasjon til de mikrobiologiske laboratoriene om mikrobiologisk diagnostikk av blodgiverne. Gruppen anbefalte ikke patogeninaktivering eller karantene av blodprodukt. Risikoen for smitte av SARS-CoV-2 i forbindelse med blodtransfusjon anses som minimal, og smitteoverføring av luftveisvirus (inkludert koronavirus) via transfusjon er ikke dokumentert (11).

Informasjon, tapping og testing

Det tok tid å kvalitetssikre enhetlig informasjon til givere og blodbanker. Godkjente blodgivere som hadde gjennomgått covid-19 ble oppfordret til å gi plasma. Blodbankene informerte om prosjektet på sine nettsider og mediene bidro til å gjøre studien kjent. Mange givere opplyste om gjennomgått sykdom når de ble innkalt til blodgivning, og noen ble rekruttert gjennom Koronastudien.no. Andre rekonvalesenter som oppfylte kravene for blodgivning, ble tappet ved noen blodbanker. Det var utfordrende å raskt informere blodbankansatte om stadig skiftende regler. Flere blodbanker manglet prosedyrer for plasmatapping, og det rådet usikkerhet om hvordan man skulle behandle antistoffprøver som skulle sendes til andre laboratorier.

«Målet var å bidra til vitenskapelig evaluering av rekonvalesensplasma som behandling, helst ved gjennomføring av en randomisert studie»

Ifølge den første anbefalingen fra European Centre for Disease Prevention and Control burde det gå minst 14 dager fra positiv SARS-CoV-2-PCR-test i luftveisprøve til tapping av rekonvalesensplasma. Tidlig i mai 2020 fikk vi beskjed fra HelseDirektoratet om å endre til 28 dager etter funn av viruspartikler mer enn to uker etter første positive PCR-test hos noen individer. De fleste potensielle plasmagiverne måtte derfor vente 28 dager før første antistofftest.

Plasma ble høstet på tre måter: ved plasmaferese, der opptil 650 mL plasma isoleres

mens blodcellene returneres til giver; ved fullblodtapping, der røde blodlegemer og trombocytter brukes til produksjon av ordinære blodprodukter (gir 200–250 mL plasma); eller ved trombaferese, der hovedproduktet er trombocytter og det tappes 400–500 mL plasma som del av prosedyren, mens røde blodlegemer returneres til giver. Etter plasmaferese ble donor invitert til ny prosedyre med minimum én ukes mellomrom, inntil fire ganger. Donorer med gode antistoffnivåer ble oppfordret til en ny serie tappinger etter noen ukers pause.

I Norge er det eneste brukte helplasma-produktet et kjemisk patogeninaktivert, blandet plasma fra ca. 1 000 givere. Ved covid-19 transfunderes rekonvalesensplasma fra enkeltdonorer, noe som medfører økt fare for immunologisk, transfusjonsutløst lungeskade (TRALI). Det ble derfor anbefalt å bruke givere som ikke hadde vært transfundert, kvinner som aldri hadde vært gravide eller teste givere for antistoffer mot humane leukocytantigener (HLA). Plasma fra givere med HLA-antistoffer ble ikke brukt til pasientbehandling.

«Flere blodbanker manglet prosedyrer for plasmatapping»

Analysen av antistoffer

De første kommersielle ELISA-baserte testene for antistoffer mot SARS-CoV-2 var tilgjengelige ved prosjektstart, og flere og bedre analyser kom til. Mikrobiologiske avdelinger validerte og etablerte disse metodene, og faggruppen for mikrobiologi bidro til erfaringsutveksling mellom laboratoriene. Ved Avdeling for immunologi (Oslo universitetssykehus) etablerte man en metode med egenutviklede antigener som kunne utføres på huset. Analysen var basert på flowcytometri og ble etter hvert tilrettelagt for automatiserte antistoffanalyser i stor skala. Denne plattformen er brukt i en rekke prosjekter (12–14).

Et hovedmål for mikrobiologigruppen var utvikling av metoder for kvantitering av nøytraliserende antistoffer mot SARS-CoV-2, en metode som krever virusdyrking i spesiallaboratorium. Det viste seg urealistisk å opprettholde et landsdekkende tilbud om slike analyser. Derfor ble blodgiver-testingen i stor grad basert på testene utviklet ved Oslo universitetssykehus (13), hvor minimum 60 % angiotensinkonverterende

enzym 2 (ACE2)-inhibisjonsevne ble ansett som tilfredsstillende. Plasma må høstes mens antistoffnivåene er høye, og det ble høstet ca. 1 500 enheter à 200–300 mL plasma i løpet av 2020. Poser med ACE2-inhibisjonsevne > 60 % ble frigitt til pasientbehandling. For pasienter som fikk behandling før antistofftesten var etablert, var ikke enhetene tilsvarende standardisert.

Plasma til norske pasienter

Den første pasienten som fikk plasma i Norge ble beskrevet i Tidsskriftet (15), og enkeltpasienter ble deretter behandlet ut over i 2020. Norske leger var tilbakeholdne med å bruke en behandling med usikker effekt, i motsetning til mange utenlandske kolleger, som behandlet pasienter i hundretusentall. Denne omfattende bruken kan ha bidratt til å hindre rekruttering til randomiserte studier, slik at det ønskede kunnskapsgrunnlaget for å evaluere behandlingsformen ble forsinket (16). Da resultatene fra den største studien, Randomized Evaluation of COVID-19 Therapy (RECOVERY) Trial, ble presentert i januar 2021, viste analyse av > 10 000 pasienter at behandling med rekonvalesensplasma ikke hadde effekt på sykdomsvarighet eller dødelighet når det ble gitt til hospitaliserte pasienter med moderat til alvorlig sykdom (17).

Analyse av subgrupper fra dette store materialet åpnet likevel for en mulig effekt hos enkelte pasientgrupper (18). Etter rapporter om at rekonvalesensplasma gitt tidlig kunne redusere risikoen for et alvorlig forløp hos eldre (19) og være nyttig for pasienter med dårlig immunrespons (20), anbefalte Norsk forening for infeksjonsmedisin i november 2020 at behandling med rekonvalesensplasma kunne vurderes hos immunsvakte pasienter (21).

Planlegging av kliniske studier

Helsedirektoratet ønsket at plasma skulle tilbys aktuelle pasienter i hele landet med innsamling av data fra behandlede pasienter for senere analyse, uavhengig av eventuelt samtykke til deltagelse i forskningsstudier. Vi gjennomførte derfor en observasjonsstudie (Norplasma MONITOR, REK nr. 148622), som vil bli presentert i nær fremtid.

En randomisert studie for å undersøke effekt av covid-19-rekonvalesensplasma kunne i praksis ikke gjennomføres, fordi sykehusene allerede var innrullert i Nor-Solidarity-studien og det verken var kapasitet eller pasienter til å gjennomføre en plas-

mastudie parallelt. I stedet planla faggruppen for kliniske studier en randomisert, kontrollert behandlingsstudie for 500 sykehjemspasienter. Studien ble REK-godkjent 30. juni 2020 (Norplasma PLEIE, REK nr. 152704).

«Et hovedmål var utvikling av metoder for kvantitering av nøytraliserende antistoffer mot SARS-CoV-2, en metode som krever virusdyrking i spesiallaboratorium»

Spesialiserte transfusjonsteam fra helseforetak skulle utføre transfusjon og oppfølging der sykehjem manglet slik kompetanse, men studien var logistisk komplisert og fikk aldri finansiering. Flere sykehjem hadde større smitteutbrudd før vaksineringsgjennomføring, og tidlig intervensjon med rekonvalesensplasma kunne hatt en positiv effekt.

Det tar lang tid å få resultater fra gode randomiserte, kontrollerte studier i utlandet, og rask finansiering og oppstart av norsklagede studier er vesentlig for å avklare om eksperimentelle behandlinger er effektive og dermed kan være nyttige under en pågående pandemi. Basert på erfaringene i dette prosjektet mener vi at midler til randomiserte, kontrollerte behandlingsstudier av effekt av rekonvalesensplasma i utvalgte pasientgrupper bør være en del av en pandemirespons, uavhengig av ordinære søknadsfrister. Det må foreligge planer for kliniske studier slik at man raskt kan søke når ekstraordinære midler lyses ut. I neste pandemi bør kliniske studier være rettet mot to pasientgrupper: pasienter med svekket immunsystem som ikke selv mobiliserer en tilfredsstillende antistoffrespons i tide (20), og pasienter med andre kjente risikofaktorer.

Prosjektgruppen takker alle involverte i prosjektet: blodgivere og pasienter, blodbankansatte, laboratoriepersonell og kliniske samarbeidspartnere på sykehusene samt Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk for god rådgivning og rask saksbehandling.

Mottatt 19.1.2022, første revisjon innsendt 28.3.2022, godkjent 26.4.2022.

LISE SOFIE H. NISSEN-MEYER

lisoha@ous-hf.no

er dr.med., spesialist i immunologi og transfusjonsmedisin, seksjonsleder ved Seksjon for blodgivning, Blodbanken i Oslo og prosjektleder for NORPLASMA-prosjektet.

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

TOR HERVIG

er spesialist i immunologi og transfusjonsmedisin, fag- og forskningsdirektør ved Irish Blood Transfusion Service, og professor emeritus i transfusjonsmedisin.

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

BØRRE FEVANG

er spesialist i indremedisin og i infeksjonssykdommer og overlege ved Seksjon for klinisk immunologi og infeksjonssykdommer, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Han leder Norsk forening for infeksjonsmedisins ekspertgruppe for behandling av covid-19.

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

GUNNSTEIN NORHEIM

er ph.d., cand.pharm. og direktør for infeksjonssykdommer i Nykode Therapeutics. Han har erfaring fra forskning på vaksiner, immunrespons og diagnostikk fra Folkehelseinstituttet, University of Oxford og CEPI.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er ansatt i Nykode Therapeutics. Engasjement i prosjektet ble initiert før ansettelse i Nykode, og Nykode har ingen relasjon til prosjektet.

ANNE-MARTE BAKKEN KRAN

er ph.d. og overlege ved Folkehelseinstituttet og ved Mikrobiologisk avdeling, Oslo universitetssykehus.

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

JOHN TORGILS VAAGE

er dr.med., spesialist i immunologi og transfusjonsmedisin, professor og avdelingsleder ved Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin, Oslo universitetssykehus. Han leder styringsgruppen for NORPLASMA-prosjektet.

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

ØYSTEIN FLESLAND

er dr.med., spesialist i immunologi og transfusjonsmedisin og seniorrådgiver i Helsedirektoratet.

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

LITTERATUR

- WHO R&D Blueprint: Informal consultation on prioritization of candidate therapeutic agents for use in novel coronavirus 2019 infection. Lest 20.5.2022.
- Mair-Jenkins J, Saavedra-Campos M, Baillie JK et al. The effectiveness of convalescent plasma and hyperimmune immunoglobulin for the treatment of severe acute respiratory infections of viral etiology: a systematic review and exploratory meta-analysis. *J Infect Dis* 2015; 211: 80–90.
- Casadevall A, Pirofski LA. The convalescent sera option for containing COVID-19. *J Clin Invest* 2020; 130: 1545–8.
- Duan K, Liu B, Li C et al. Effectiveness of convalescent plasma therapy in severe COVID-19 patients. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2020; 117: 9490–6.
- Shen C, Wang Z, Zhao F et al. Treatment of 5 Critically Ill Patients With COVID-19 With Convalescent Plasma. *JAMA* 2020; 323: 1582–9.
- Recommendations for Investigational COVID-19 Convalescent Plasma. Lest 20.3.2022.
- European Commission. COVID-19 Convalescent Plasma Transfusion. Lest 20.3.2022.
- European Commission. An EU programme of COVID-19 convalescent plasma collection and transfusion. Lest 20.3.2022.
- Helsedirektoratet. Tilgang til rekonvalesensplasma for behandling av covid-19. Lest 20.3.2022.
- Helsedirektoratet. Oversikt over blodbanker som taper mv. plasma og/eller fullblod fra personer som har hatt covid-19 per 23.07.2020. Lest 20.3.2022.
- Helsedirektoratet. Varsel til blodbankene. Lest 20.3.2022.
- Tunheim G, Rø GØI, Tran T et al. Trends in seroprevalence of SARS-CoV-2 and infection fatality rate in the Norwegian population through the first year of the COVID-19 pandemic. *Influenza Other Respir Viruses* 2022; 16: 204–12.
- Holter JC, Pischke SE, de Boer E et al. Systemic complement activation is associated with respiratory failure in COVID-19 hospitalized patients. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2020; 117: 25018–25.
- Jyssum I, Kared H, Tran TT et al. Humoral and cellular immune responses to two and three doses of SARS-CoV-2 vaccines in rituximab-treated patients with rheumatoid arthritis: a prospective, cohort study. *Lancet Rheumatol* 2022; 4: e177–87.
- Hahn M, Condori MEH, Totland A et al. Pasient med alvorlig covid-19 behandlet med rekonvalesensplasma. *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.20.0501.
- Caplan AL. We don't know if convalescent plasma is effective against Covid-19. With the emergency authorization, we might never know. Lest 20.3.2022.
- RECOVERY Collaborative Group. Convalescent plasma in patients admitted to hospital with COVID-19 (RECOVERY): a randomised controlled, open-label, platform trial. *Lancet* 2021; 397: 2049–59.
- Hamilton FW, Lee T, Arnold DT et al. Is convalescent plasma futile in COVID-19? A Bayesian re-analysis of the RECOVERY randomized controlled trial. *Int J Infect Dis* 2021; 109: 114–7.
- Libster R, Pérez Marc G, Wappner D et al. Early High-Titer Plasma Therapy to Prevent Severe Covid-19 in Older Adults. *N Engl J Med* 2021; 384: 610–8.
- Hueso T, Pouderoux C, Péré H et al. Convalescent plasma therapy for B-cell-depleted patients with protracted COVID-19. *Blood* 2020; 136: 2290–5.
- Norsk forening for infeksjonsmedisin. Antivirale og immunmodulerende midler ved COVID-19. Lest 20.3.2022.

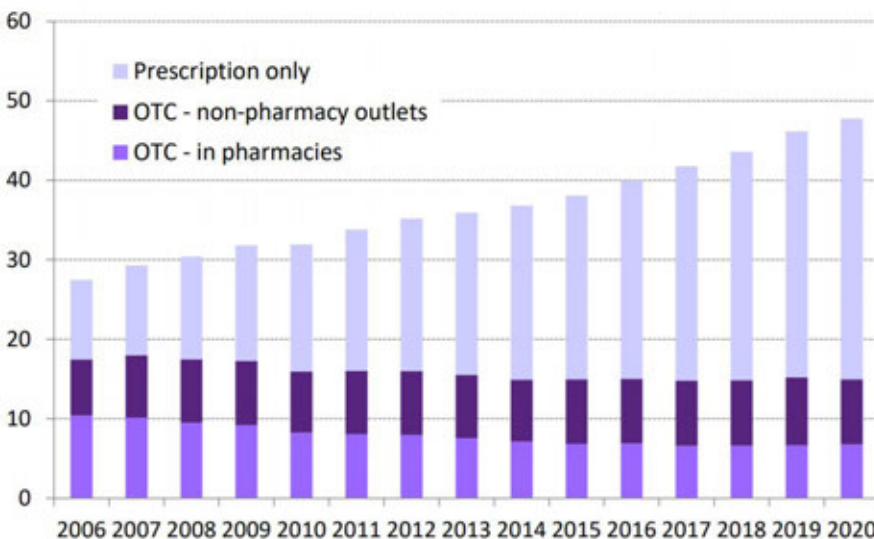
NYTT OM LEGEMIDLER

Bruk av reseptfri paracetamol i Norge

Folkehelseinstituttets rapport «Legemiddelforbruket i Norge» viser at det i perioden 2006 til 2020 har vært en betydelig økning i legers forskrivning av paracetamol på resept⁽¹⁾. Dette er en ønsket utvikling og i tråd med Legemiddelverkets anbefaling om at paracetamol bør være førstevalget ved behandling av smerter. I samme periode har salget av reseptfri paracetamol i butikker og bensinstasjoner økt, mens salget i apotek er redusert. Samlet sett har salget av reseptfri paracetamol vært ganske stabilt i Norge.

Gir salg utenfor apotek flere overdosetilfeller?

Läkemedelsverket i Sverige valgte i 2015 å forby salg av paracetamoltabletter i butikk fordi det hadde vært en økning i antall henvendelser om forgiftning. Det er imidlertid ikke vist at salg i butikk fører til flere alvorlige forgiftninger eller dødsfall. Legemiddelverket konkluderte med at et slikt tiltak ikke var nødvendig i Norge⁽²⁾. Så langt ser det ikke ut til at det svenske forbudet mot salg av paracetamoltabletter i butikk har redusert antall henvendelser om paracetamol til Giftinformationscentralen^(3,4).

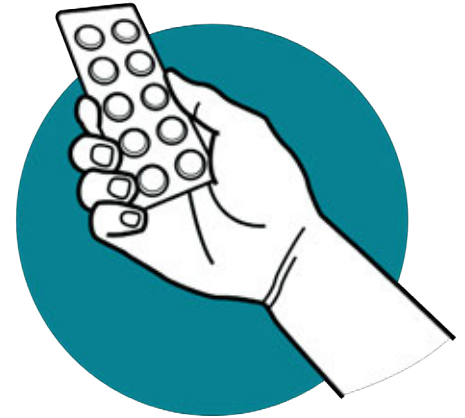


Figuren viser totalt salg av paracetamol i Norge i perioden 2006-2020: Reseptfritt i apotek (in pharmacies), reseptfritt utenfor apotek (non-pharmacy outlets) og etter resept fra lege (prescription only). Mengden er angitt i definerte døgndoser/1000 innbygger/dag. Kilde: FHI «Legemiddelforbruket i Norge»

Butikkansatte skal ikke gi råd

Formålet med å selge legemidler utenom apotek er å gjøre velkjente reseptfrie legemidler, som er egnet til egenomsorg, lettere tilgjengelig. Det er en forutsetning at informasjonen på pakningen og i pakningsvedlegget er tilstrekkelig for å sikre trygg bruk. Etter Legemiddelverkets vurdering har ordningen fungert slik den var tenkt, og vi mener at fordelene er større enn ulempene.

Det er 18-årsgrense for kjøp av legemidler utenom apotek. Ansatte i butikker og bensinstasjoner har ingen fagkunnskaper om legemidler og har ikke lov til å gi råd om valg eller bruk av legemidlene de selger. Ordningen forutsetter at kunden selv har noe kunnskap om det aktuelle legemidlet og kan finne utfyllende informasjon om blant annet bivirkninger og forsiktighetsregler i pakningsvedlegget. Dersom kunden trenger veiledning om riktig bruk eller råd om behandling av sykdom, skal de ansatte i butikk eller på bensinstasjon henvise til helsepersonell med fagkompetanse, som for eksempel apotek eller lege.



Riktig bruk av paracetamol:

- Paracetamol bør være førstevalg ved behandling av smerter.
- Riktig bruk gir sjelden bivirkninger og paracetamol kan brukes sammen med de fleste andre legemidler.
- Paracetamol bør ved moderate og sterke smerter doseres med like store doser fire ganger i døgnet.
- Paracetamol i anbefalt maksimal døgndose kan redusere behovet for opioider.
- Anbefalt maksimal døgndose for voksne er 4 gram⁽⁵⁾.
- Ved kroppsvekt < 50kg bør døgndosen reduseres til 3 gram⁽⁶⁾.
- Paracetamol til barn skal doseres etter vekt i henhold til doseringsanbefalinger⁽⁵⁾.
- Paracetamol bør erstatte bruk av NSAIDs hos eldre og personer med hjerte-karsykdom og nyresykdom, for å unngå alvorlige bivirkninger og interaksjoner.
- Paracetamol skal ikke brukes ved alvorlig leversvikt eller ernæringssvikt.

Referanser:

1. <https://www.fhi.no/publ/2021/legemiddelforbruket-i-norge-20162020.-data-fra-grossistbasert-legemiddelsta/>
2. <https://tidsskriftet.no/2015/02/kommentar-og-debatt/fortsatt-salg-av-paracetamol-i-butikk>
3. <https://www.lakemedelsvarden.se/forgiftningar-med-paracetamol-okar-ater-etter-nedgang/>
4. (2019): 39th International Congress of the European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists (EAPCCT) 21-24 May 2019, Naples, Italy, Clinical Toxicology, DOI: 10.1080/15563650.2019.1598646 <https://doi.org/10.1080/15563650.2019.1598646>
5. <https://legemiddelverket.no/nyheter/paracetamol-oppdatering-av-doseringsanbefalingene>
6. <https://www.legemiddelhandboka.no/L20.1.1.2/Paracetamol>

Ringer-acetat eller saltvann til kritisk syke?

Dødelighet og dialysebehov endret seg ikke enten intensivpasienter fikk balansert elektrolyttløsning eller saltvannsinfusjon.

Akutt nyreskade er vanlig hos kritisk syke pasienter og er forbundet med økt morbiditet og mortalitet. Saltvannsinfusjon er en viktig del av behandlingen av kritisk syke, men høyt innhold av salt og klor kan være nefrotoksisk. Bør man heller velge balanserte elektrolyttløsninger som Ringer-acetat?

I en studie fra sykehus i Australia og New Zealand ble rundt 5 000 intensivpasienter randomisert til infusjon med balansert elektrolyttløsning eller saltvann (1). Om lag 80 % av dem var intubert, og om lag 40 % hadde sepsis. Væskebehandlingen varte i rundt seks dager (median), med et infundert væskevolum på i underkant av 4 L (median). Etter 90 dager var andelen døde i de to gruppene lik (21,8 % versus 22,0 %), andelen som trengte dialyse lik (12,7 % versus 12,9 %) og gjennomsnittlig økning i kreatininnivå den samme.

– Denne studien viser at så lenge væskebehovet er beskjedent, spiller det liten rolle om man benytter balansert væskeløsning eller saltvann, sier Jon Henrik Laake, som er overlege ved Akuttklinikken, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet, og leder i Norsk anesthesiologisk forening.

– Imidlertid var det signifikante forskjeller i klorverdier og pH, noe som kan være av betydning ved infusjon av større mengder væske. Den nordiske CLASSIC-studien som nettopp har avsluttet inklusjon av pasienter, vil kunne kaste lys over en slik problemstilling, sier Laake.

TORBjørn ØYGARD SKODVIN TIDSSKRIFTET

LITTERATUR

- 1 Finfer S, Micallef S, Hammond N et al. Balanced Multielectrolyte Solution versus Saline in Critically Ill Adults. *N Engl J Med* 2022; 386: 815–26.

Hvorfor sover vi dårligere når vi blir eldre?

Hypokretinproduserende nevroner hos gamle mus er hyperaktive under søvn og øker risikoen for korte oppvåkingsperioder.

Vi sover ofte mindre og dårligere med alderen. En vanlig form for søvnforstyrrelse er aldersrelatert fragmentering av såkalt NREM-søvn (*non-rapid eye movement*). I en ny musestudie ble mekanismene bak forstyrrelsen studert med bruk av avanserte nevrofysiologiske og molekylærbiologiske metoder (1).

Hypokretiner, også kalt oreksiner, er peptider som fungerer som transmittorer fra nevroner i hypotalamus. Disse nevronene stimulerer flere hjernekjerner som har vekkefunksjon, og dessuten appetitten. Hypokretinnevroner er følgelig mindre aktive under søvn. I denne musestudien mistet gamle mus hypokretinnevroner, men de hypokretinnevronene som var igjen, var hyperaktive, altså søvn-antagonistiske. Hypereksitabiliteten skyldtes en defekt K⁺-repolariseringsstrøm som minsket avstanden fra et hevet hvilemembranpotensial til aksjonspotensialterskelen, noe som økte nevronenes spontane fyringsfrekvens. Enkeltcelle-RNA-sekvensering, dvs. en transkriptomanalyse av hypokretinnevroner, avslørte feilen, nemlig en K⁺-kanaldefekt som tilsynelatende oppstod spontant med alderen.

I videre studier med unge mus førte CRISPR-mediert inaktivering av DNA-kodingen for den aktuelle K⁺-kanalkomponenten i hypokretinnevronene til samme fragmentering av søvnen som hos gamle mus, og hvilemembranpotensialet var som ventet noe depolarisert. En spesifikk K⁺-kanalhemmer økte aksjonspotensialfyringen hos unge mus, mens en kanalaktivator reduserte fyringen hos gamle mus. I videre in vivo-forsøk økte kanalaktivatoren mengden og stabiliteten av NREM-søvn hos gamle mus.

– Dårlig søvn sees i alle aldersgrupper, men urolig nattesøvn med mange oppvåkninger er spesielt vanlig hos eldre

mennesker, sier Bjørn Bjorvatn, som er professor ved Universitetet i Bergen og leder for Nasjonal kompetansetjeneste for søvn-sykdommer.

– Denne studien er grundig utført og viser spennende funn. Det er mange grunner til dårlig søvn og neppe én mekanisme som kan forklare hvorfor så mange sliter med søvnen. Også unge mennesker, ikke minst småbarn, kan ha oppvåkninger om natten, der mekanismen som disse forskerne har studert, neppe spiller en viktig rolle. Hos eldre kan søvnproblemer ha en rekke ulike forklaringer, og aktivering av den aktuelle K⁺-kanalen vil ikke løse problemet for alle. Studier som denne kan likevel gi håp om nye behandlingsprinsipper for pasienter med søvnproblemer, sier Bjorvatn.

HAAKON B. BENESTAD
UNIVERSITETET I OSLO

LITTERATUR

- 1 Li SB, Damonte VM, Chen C et al. Hyperexcitable arousal circuits drive sleep instability during aging. *Science* 2022; 375: eabh3021.

Kan en amputert fot vokse ut igjen?



Illustrasjonsfoto: Holger Krisp / CC BY 3.0

Dyrestudier med afrikansk klofrosk viser hvordan man kan sette i gang regenerering av en amputert fot.

Afrikansk klofrosk (*Xenopus laevis*) har, i likhet med mennesker, begrenset mulighet for regenerasjon i voksen alder. En ny studie viser hvordan slike frosker fikk regenerert ny bakfot etter amputasjon (1).

I de første 24 timene etter amputasjonen ble sårflaten eksponert for flere kjemikalier, blant annet veksthormon og proteiner involvert i utforming av nervetråder. Målet var å hindre tilheling av såret, regulere inflammasjon og samtidig starte prosesser for vekst av skjelett, vev og hud. Bakfoten ble undersøkt for beinvekst og vevsformasjon de neste 18 månedene, og det ble tatt mikrobiopsi av tidlige vevsutvekster, som viste

oppregulert uttrykk av gener involvert i vevsutvikling. Etter 18 måneder hadde froskene fått en ny bakfot, som reagerte på sensorisk stimuli og hadde bevegelseevne.

– Full regenerering ses dessverre sjelden hos mennesker, sier Viola Lobert, som er cellebiolog og førsteamanuensis ved OsloMet.

– Det er kun blodceller og tarm som kan regenereres fullstendig hos mennesker, mens andre organismer, ofte akvatiske, har stor regenerasjonsevne. Den tropiske modellfisken sebrafisk kan for eksempel regenerere hjerte, ryggmarg og finner, sier hun.

– I denne studien har man brukt en modellorganisme som ikke har regenerasjonsevne, men hvor man har tilsatt alle de ingrediensene som trengs for å stimulere prosessen. Det unike med studien er den nye teknologien: en såkalt biodom som

inneholder en blanding av molekyler som stimulerer regenerering via cellulære signalveier, samtidig som de hemmer sårtilheling og inflammasjon. Biodomen er laget av silikon og hindrer kontakt med luft. At sårflaten kun ble eksponert for molekylene i ett døgn, er overraskende og imponerende. Dette tyder på at det er lite som skal til for å starte regenerasjon i vev. Det gjenstår selvsagt å se om dette gjelder hos pattedyr, sier Lobert.

RUTH HALSNE TIDSSKRIFTET

LITTERATUR

- 1 Murugan NJ, Vigran HJ, Miller KA et al. Acute multi-drug delivery via a wearable bioreactor facilitates long-term limb regeneration and functional recovery in adult *Xenopus laevis*. *Sci Adv* 2022; 8: eabj2164.

BEHANDLER DU ALLE DINE PASIENTER MED NON-VALVULÆR ATRIEFLIMMER LIKT?

VI ER ALLE FORSKJELLIGE, VELG LIXIANA®

– til dine eldre pasienter²

- ✓ Enkel dosering – en tablett om dagen med eller uten mat¹
- ✓ Ingen signifikante legemiddelinteraksjoner med CYP450-enzym¹
<10% metaboliseras via CYP3A4/5
- ✓ Dokumentert effekt og sikkerhetsprofil hos eldre^{1,2}
40% av pasienterne i ENGAGE-TIMI 48 var ≥ 75 år²

ENESTE ENDOSERTE FAKTOR XA-HEMMER MED FÆRRE ALVORLIGE BLØDNINGER* SAMMENLIGNET MED WARFARIN^{3,4}



organon.com/norway



Product under license of Daiichi Sankyo Europe GmbH



Organon Norway A/S, Haakon VII Gate 5, Sentrum, Oslo 0161 Tlf. 24 14 56 60

Copyright 2022 Organon group of companies. All rights reserved. NO-OCP-110029 01/22

Lixiana® (edoxaban) tabletter er indisert til: Forebygging av slag og systemisk embolisme hos voksne pasienter med ikke-valvulær atrieflimmer (NVAf) med én eller flere risikofaktorer, slik som kongestiv hjertesvikt, hypertensjon, alder ≥ 75 år, diabetes mellitus, tidligere slag eller transitorisk iskemisk anfall. Behandling av dyp venetrombose (DVT) og lungeemboli (LE), og forebygging av tilbakevendende DVT og LE hos voksne.

Dosering ved forebygging av slag og systemisk embolisme ved atrieflimmer: 60 mg 1 gang daglig. Dosering ved behandling av DVT, LE og forebygging av tilbakevendende DVT og LE (VTE): 60 mg 1 gang daglig etter innledende bruk av parenteral antikoagulant i minst 5 dager. Skal ikke gis samtidig med innledende parenteral antikoagulant.

Ved NVAf og VTE er anbefalt dose 30 mg edoxaban 1 gang daglig hos pasienter med én eller flere av følgende kliniske faktorer: Moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon (Cl_{cr} 15-50 ml/minutt), lav kroppsvekt ≤ 60 kg, samtidig bruk av følgende P-gp-hemmere: Ciklosporin, dronedaron, erytromycin eller ketokonazol.

Viktige bivirkninger: Blødninger. Andre vanlige rapporterte bivirkninger er hodepine, svimmelhet, anemi, økt bilirubin i blodet, økt gamma-GT, utslett, pruritus og unormale leverfunksjonsprøver.

Forsiktighet: ved økt risiko for blødning, som f.eks. ved bruk av legemidler som påvirker hemostase. Skal seponeres ved alvorlig blødning. Kreatininclearance og leverfunksjoner bør overvåkes regelmessig. Ikke anbefalt ved terminal nyresykdom eller i dialyse, alvorlig nedsatt leverfunksjon, antifosfolipidsyndrom, mekaniske hjerteklaffer, moderat til alvorlig mitralstenose eller de første 3 månedene etter implantasjon av en biologisk kunstig hjerteklaff. Ikke anbefalt som et alternativ til ufraksjonert heparin hos pasienter med lungeemboli som er hemodynamisk ustabile eller som kan komme til å få trombolysis eller lungeembolotomi.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Klinisk signifikant aktiv blødning eller klinisk relevant blødningsrisiko. Leversykdom assosiert med koagulopati. Ukontrollert, alvorlig hypertensjon. Samtidig bruk med alle andre antikoagulanter, unntatt i spesielle tilfeller ved bytte av oral antikoagulasjonsbehandling eller når ufraksjonert heparin administreres i doser som er nødvendig for å holde sentralt vene- eller arteriekateter åpent. Graviditet og amming.

Før forskrivning av Lixiana, se preparatomtalen eller felleskatalogen for mer informasjon.

Markedsføres av Organon Norway AS Tlf: +47 24 14 56 60

Utleveringsgruppe C. Reseptbelagt legemiddel.

Basert på SPC datert 08.03.2021 og Felleskatalogtekst 14.01.2022

* $P=0,0009$ Alvorlige blødninger defineres etter kriteriene fra "International Society on Thrombosis and Haemostasis".

Referenser:

1. Lixiana® Preparatomtale 03/2021 pkt 4.2, 5.1, 5.2 **2.** Giugliano RP, Ruff CT, Braunwald E, et al. Edoxaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med 2013;369:2093-104 Supplement **3.** Giugliano RP, Ruff CT, Braunwald E, et al. Edoxaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med. 2013;369(22):2093-2104. **4.** Patel MR, Mahaffey KW, Garg J et al. NEJM Rivaroxaban versus Warfarin in Nonvalvular Atrial Fibrillation. 2011;365:883-891

Styrke	Pakning	Refusjon	Pris
15 mg	10 stk. (blister)	Blå resept	289,90
30 mg	30 stk. (blister)	Blå resept	797,10
30 mg	100 stk. (blister)	Blå resept	2495,40
60 mg	30 stk. (blister)	Blå resept	797,80
60 mg	100 stk. (blister)	Blå resept	2574,90

RAGNAR NESVÅG

ragnar.nesvag@fhi.no
Avdeling for psykiske lidelser
Folkehelseinstituttet

HELGE SKIRBEKK

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo

Legerollen i psykisk helsevern – en kvalitativ studie

BAKGRUNN

Legerollen er i endring, og psykisk helsevern domineres i økende grad av andre yrkesgrupper enn leger. I denne kvalitative studien undersøkte vi hvordan psykiatere forstår sin rolle og posisjon i psykisk helsevern.

MATERIALE OG METODE

Sju psykiatere ble dybdeintervjuet basert på en intervju-guide. Det transkriberte materialet ble analysert med systematisk tekstkondensering.

RESULTATER

Intervjumaterialet ble gruppert i fire tversgående temakategorier: Flere informanter opplevde å være faglige garantister som trår til når andre tiltak har sviktet. Mange opplevde å være gjestearbeidere i andre faggruppers behandlingsløp, uten tilstrekkelige rammer

til å følge opp pasientene på en god nok måte. Helsemyndighetenes satsning på psykisk helse ble av noen beskrevet som et pakkeforløpsbyråkrati, der skjerpede krav til kontroll og dokumentasjon av behandling og tvangsvedtak tar tid og ressurser bort fra pasientbehandling. Flere psykiatere erfarte at enhetlig ledelse medførte ansvarsdiffusjon, med uklar fordeling av fagansvar mellom tverrfaglig enhetsleder og spesialist.

FORTOLKNING

Psykiaterne i undersøkelsen fremstod med tydelig faglig autoritet i klinikken, men rollen synes å være under press. Tverrfaglig enhetlig linjeledelse, sidestilt behandlingsansvar for psykologspesialister og mangel på psykiatere i ledelsen syntes å ha svekket det psykiatriske perspektivet i psykisk helsevern.

HOVEDFUNN

Mange psykiatere ser på seg selv som naturlige faglige ledere i psykisk helsevern.

Psykiaterens rolle som medisinsk-faglig rådgiver for andre yrkesgrupper synliggjør ulike fagkulturer og latente konflikter mellom helseprofesjonene i psykisk helsevern.

Endringer i tvangslovgivning og innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern har ifølge psykiaterne i undersøkelsen medført økt byråkrati uten at det har gitt bedre kvalitet i behandlingen.

Innføring av enhetlig ledelse har gitt klarhet om faglig ansvar.

Helsevesenet og samfunnet har de siste 50 årene gjennomgått endringer som på flere områder har påvirket legenes rolle og posisjon. Økende påvirkning fra bedriftsøkonomiske styringsmodeller (bestiller/utfører) i helsevesenet, økt statlig regulering, mer standardisering av behandling, en bedre informert brukergruppe med økte rettigheter og en erkjennelse av medisinenes begrensede mulighet for å bedre folkehelsen har i sum redusert legenes makt i helsevesenet (1, 2).

I Norge er legenes tidligere ledende posisjon i helsevesenet ytterligere utfordret gjennom innføring av enhetlig ledelse på alle nivåer i helseforetak og ved at flere grupper helsepersonell har gjort seg gjeldende som faglige premissleverandører (3). I psykisk helsevern har andre yrkesgrupper økt i antall og innflytelse, og psykiaterrollen er i økende grad blitt styrt inn mot en rådgiverfunksjon med ansvar for somatiske og biologiske forhold (4). En slik utvikling kan bety en marginalisering for faget psykiatri i helsetjenesten, men den kan også svekke kvaliteten på pasientbehandling (5).

Et viktig spørsmål er om de nye rammebetingelsene for leger i helsevesenet generelt, og psykisk helsevern spesielt, har endret måten psykiatere ser på sin egen rolle og posisjon (6). Formålet med denne kvalitative studien var å undersøke hvordan psykiatere forstår sin rolle og posisjon i psykisk helsevern, og

om de i sin kliniske arbeidshverdag opplever konflikter i forsøket på å balansere hensynet til ledelse, kolleger, helsemyndigheter og egne verdier.

Materiale og metode

Studien bygger på en masteroppgave i helseledelse ved Universitetet i Oslo (7). Til studien ble det rekruttert sju klinisk arbeidende psykiatere fra Oslo-området, tre menn og fire kvinner i alderen 35–60 år og med fra få måneder til over 20 års erfaring som spesialist i psykiatri. Fire av psykiaterne jobbet poliklinisk, tre i sengepost. Informantene ble rekruttert på bakgrunn av førsteforfatters personlige kjennskap til kolleger som han antok kunne være villige til å diskutere psykiaterrollen, og ved snøballrekruttering, der informantene i løpet av intervjuet ble spurt om de kjente til andre kolleger som også kunne være interessert i tematikken.

Individuelle kvalitative dybdeintervju basert på en intervjuguide ble gjennomført i perioden april–august 2020 (se appendiks på tidsskriftet.no) (8). Hensikten var å stimulere til refleksjon rundt psykiaterrollen og utforske hvordan arbeidssituasjonen var påvirket av hensynet til ledelse, kolleger, helsemyndigheter og egne verdier. Tre av intervjuene ble gjennomført som videokonferanse grunnet smitteverntiltak under koronapandemien, mens fire intervjuer ble gjennomført ansikt-til-ansikt på informantenes arbeidssted.

Intervjuene ble gjennomført som en sammenhengende 50–75 minutter lang enkelt-sesjon. De ble tatt opp og transkribert ordrett i sin helhet. Intervjumaterialet ble analysert med systematisk tekstkondensering, en induktiv tekstanalyse gjennom fire steg (9): Først dannet vi oss et helhetsinntrykk av materialet og identifiserte gjennomgående tema. Meningsdannende enheter ble identifisert og samlet i kodegrupper. Innholdet fra tekstutdragene i hver kodegruppe ble samlet og kondensert. Til slutt ble innholdet i hver kodegruppe sammenfattet basert på informasjon fra flere informanter. Beskrivelsen av kodegruppene inneholder tekstutdrag fra transkripsjonen og illustrerende sitater.

Sju kodegrupper ble definert: 1) Den autonome psykiateren, 2) Grenseflaten mellom psykiatri og psykologi, 3) Makt og tillit i psykiaterens forhold til ledelse, kolleger og pasienter, 4) Helsemyndighetenes påvirkning på arbeidshverdagen, 5) Tvang under tvil, 6) Fag-

lig fraværende enhetlig ledelse og 7) Legen som gjestearbeider.

Kodegruppe 1 og 3 ble kombinert i temakategorien *Faglig garantist*. Kodegruppe 2 og 7 ble kombinert i temakategorien *Gjestearbeider*. Kodegruppe 4 utgjorde temakategorien *Pakkeforløpsbyråkrati*. Kodegruppe 6 utgjorde temakategorien *Ansvarsdiffusjon*. Kodegruppe 5, Tvang under tvil, ble ikke beholdt som eget tema fordi vi anså tematikken til å ikke være unik for psykiatergruppen i psykisk helsevern. Analysen ble gjort av førsteforfatter under veiledning av andreforfatter. Beslutninger om valg av kodegrupper og temakategorier ble gjort etter diskusjon med andreforfatter, som også leste gjennom deler av materialet fra intervjuene.

Informantene mottok skriftlig informasjon om studien før de gav skriftlig samtykke til deltakelse. Informasjon som kunne identifisere enkeltpersoner eller behandlingseenheter, ble anonymisert. Prosjektets personvernkonsekvenser ble vurdert og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD, ref. 762114) før datainnsamling.

Resultater

Intervjuene etterlot et klart inntrykk av at psykiatere er personlig engasjerte i faget og yrket sitt. Flere av informantene så det som en naturlig oppgave å bistå kolleger i deres behandlingsløp og å bruke tverrfaglige møter til å undervise og spre kunnskap. Mange av informantene beskrev en arbeidshverdag som er variert og givende, men som preges av etiske, praktiske, faglige og organisatoriske utfordringer. De fleste informantene så for seg å bli i klinisk virksomhet resten av karrieren så lenge det var mulighet for faglig og personlig utvikling.

Psykiateren som faglig garantist

Mange informanter beskrev en psykiaterrolle som omfatter mer enn å være behandler for den enkelte pasient. Psykiateren kunne også være en faglig garantist, en som kan trå til når andre fagpersoner kommer til kort, og som ofte har det siste ordet om faglige spørsmål. Dette gikk igjen i beskrivelser av egne arbeidsoppgaver, der psykiaterne fortalte at de ofte tok på seg de vanskeligste sakene med de mest krevende pasientene, men man så det også i beskrivelser av samhandling med kolleger:

«Så er det jo en lederrolle, uansett hvor man er i lederlinjen, så har du jo på en måte en fag-

lig ledervirksomhet, være, ta ansvar, 'be the better man' eller 'greater person' når ting blir vanskelige, både med pasienter og med personale.»

Flere av informantene fremhevet det unike ved å være både lege og psykoterapeut. De mente det ikke var noen andre grupper av helsepersonell som hadde den samme kombinasjonen av medisinsk og psykologisk spisskompetanse, noe de anså nødvendig for å se helheten i sykdomsbildene og gi et fullgodt behandlingstilbud:

«Og psykiatere er på sett og vis i en sånn særstilling, i forhold til psykologer, siden de har det medisinske perspektivet med seg (...) som jeg tenker med fordel kanskje kunne vært lagt vekt på andre steder i psykisk helsevern. Jeg syns ofte vi får pasienter her som har vært fulgt opp av annet helsepersonell, som har livsstilssykdommer som kanskje vi har påført de, som har mange somatiske problemstillinger, som står på mengder av medisiner som det er lenge siden det er tatt stilling til. Så jeg syns psykiaterens rolle i psykisk helsevern er viktigere enn noensinne.»

Psykiateren som gjestearbeider

Flere informanter var opptatt av at rollen som medisinsk faglig rådgiver for helsearbeidere med annen fagbakgrunn kunne ha problematiske sider. De mente rollen var naturlig og nødvendig, i og med at andre faggrupper ikke innehar tilsvarende kompetanse i å forskrive legemidler og vurdere somatiske forhold. Men samarbeidet forutsetter forståelse for hverandres jobb og kompetanse, slik at legen ikke kun er på besøk i andres behandlingssløp, som en slags gjestearbeider:

«At legen selvfølgelig har respekt for det som foregår mellom, la oss si mellom psykologen og pasienten. Og at psykologen forstår at det å medisinere en pasient, for eksempel, ikke bare er å skrive ut en resept og så gå igjen, men at det også er noe som krever oppfølging og kontroll.»

Enkelte informanter mente rollen som medisinsk faglig rådgiver kunne være særlig krevende for helt ferske leger, som lett kunne føle seg som «hår i suppa, som bare blir ringt på og sendt ut igjen». Informantene mente å se en uheldig utvikling ved at leger i økende grad fikk rollen som medisinsk ansvarlig lege i andres behandlingssløp fremfor å ha egne pasienter, noe som går ut over både den kliniske kompetansen og trivselen.

Enkelte av informantene beskrev en forskyvning i balansen mellom psykiatere og psykologer. Der psykiaterne tidligere var den

dominerende faggruppen, og psykologer kom inn som medhjelpere med sin spisskompetanse, var rollene nå snudd, ved at psykologene er den dominerende faggruppen og legen kun bidrar med sin medisinske kompetanse:

«Du er lege, her er reseptblokk og du skal forskrive medisiner, men ikke bland deg inn i pasientbehandlingen.»

Pakkeforløpsbyråkrati

Mange informanter opplevde at helsemyndighetenes forsøk på å styrke det psykiske helsefeltet har medført mer byråkrati uten å gi bedre kvalitet i behandlingen. Endringer i tvangslovgivning, med skjerpede krav til å dokumentere mangel på samtykkekompetanse for å fatte vedtak om tvang, har skapt forvirring og usikkerhet blant klinikere:

«Altså vi bruker jo mye mer tid på juridiske dokumenter enn det vi bruker på gode medisinske notater, som har direkte relevans for behandlingen. Og det går også på bekostning av den tiden vi kan bruke på både pasienter og pårørende.»

Pakkeforløp ble av flere karakterisert som meningsløs rapportering og en vesentlig kilde til frustrasjon. Pakkeforløpene dreide også oppmerksomheten mot koding og rapportering av tiltak, og bort fra kvalitet og det faktiske innholdet i pasientbehandlingen:

«Ja, jeg syns det har vært skremmende lite fokus på hva et pakkeforløp skal inneholde. Her i sykehuset har det handlet om frister, om rett koding. Veldig lite fokus på det faglige aspektet ved det. Så det har kanskje også gjort noe med holdningene til pakkeforløpet. Det oppleves fra mitt ståsted nokså meningsløst så langt.»

Ansvarsdiffusjon

Informantene var delt i synet på enhetlig fag- og linjeledelse. Enkelte ledere ble beskrevet som «lyttende» og «interesserte», mens andre ble beskrevet som «passive» og «langt unna meg». Enkelte informanter opplevde at ledelsen ikke så betydningen av faglig kvalitet så lenge enheten holdt budsjett og nådde fastsatte aktivitetstall. Flere understreket betydningen av å ha tillit hos ledelsen, at de hadde korte linjer, at de ble hørt og tatt med på råd om faglige valg og prioriteringer. Enkelte opplevde god støtte av ledere som selv var fysiske til stede og bistod ved krevende situasjoner og når det var behov for avklaringer i pasientbehandlingen:

«Det har mye å si at avdelingsleder er ... har tung faglig bakgrunn på området, både erfa-

ringsmessig og kompetansemessig, og er til stede, fortsatt, vedvarende til stede i klinikken.»

Flere av informantene pekte på at modellen med profesjonsnøytral enhetlig ledelse kunne medføre uklart fagansvar mellom ledere og de kliniske spesialistene:

«Den (lederen) sitter med ansvaret uten å egentlig ha nok forståelse og innsikt. Og så omgår man det på noen måte, og allikevel er det jo overlegen som er den som tar alle de vanskelige avgjørelsene, og som skal rydde opp i etterkant, og som skal ta stilling til ... dette som ble lansert som en modell som skulle være så mye mer tydelig, har jo bare blitt mye mer diffus.»

Kombinasjonen av at enhetsleder ikke har tilstrekkelig faglig kompetanse og at spesialister har individuelt faglig ansvar har gitt rom for uklarhet om hvem som har det endelige ansvaret for pasientbehandlingen. Flere av informantene hadde blitt utfordret på det de oppfattet som sin faglige lederrolle. Dette ble beskrevet som særlig vanskelig der psykiaterne opplevde at ledere med annen fagbakgrunn ikke tok deres faglige bekymringer på alvor:

«(...) det var en ledelse som ikke skjønnte klinikken godt nok, ikke skjønnte de aller dårligste pasientene godt nok, ikke skjønnte psykiaternes dilemma godt nok. Og som hadde sin agenda, som i stor ... i hvert fall mye av den lege/psykiaterjobben ble mistenkeliggjort og motarbeida.»

Informantenes beskrivelser understreket betydningen av at faglig samarbeid er basert på tillit, at man må forstå og anerkjenne hverandres kompetanse, slik at rollene styrker hverandre i stedet for å skape konflikt.

Diskusjon

Intervjuene vitnet om at psykiatere trives med direkte pasientbehandling og ser på seg selv som faglige ledere, men informantene var bekymret for at psykiaterrollen skulle bli begrenset til å være rådgiver i spørsmål om medikamenter, somatikk og tvang. De mente helsemyndighetenes satsning på psykisk helsevern hadde ført til økt byråkrati og frustrasjon i hverdagen, og de så utfordringer med å være faglig ansvarlige i et system med profesjonsnøytral enhetlig ledelse og faglig sidestilte psykologspesialister.

I lys av informantenes beskrivelser vil vi diskutere to temaer mer inngående: psykiaternes faglige autoritet og forholdet mellom psykiatri og psykologi i psykisk helsevern.

Psykiateren som fagleder

Den amerikanske sosiologen Paul Starr har brukt begrepene sosial og kulturell autoritet for å beskrive hvordan legeprofesjonens rolle har endret seg (10). Å ha sosial autoritet innebærer å ha mandat til å bestemme over ikke bare egne, men også andre faggruppers arbeidsoppgaver. Å ha kulturell autoritet betyr å ha eierskap til hvordan kunnskapsfeltet beskrives og forvaltes. Legene har tradisjonelt hatt både sosial og kulturell autoritet gjennom sin faglige og administrative lederposisjon, og slik var det også i norsk psykiatri frem til 1970-tallet (11).

Flere av informantene i studien beskrev psykiaternes sosiale autoritet som redusert etter innføring av enhetlig profesjonsnøytral ledelse og adgang for psykologer til å være selvstendige behandlere i spesialisthelsetjenesten. Når det ikke lenger er leger som leder virksomheten, og de i økende grad blir utfordret av andre faggrupper når faglige forutsetninger skal defineres, blir det psykiatriske perspektivet mindre fremtredende i pasientbehandlingen.

Makt i helsevesenet blir ofte oversett, men i denne undersøkelsen er dette et viktig tema. Å ha makt innebærer å utøve innflytelse over andre mennesker. En mer presis definisjon er ifølge den tyske sosiologen Max Weber (1864–1920) «evnen til å få gjennomslag for sin vilje, også der man møter motstand». Makt etableres på flere arenaer i en organisasjon, gjennom ledelse, fordeling av arbeidsoppgaver, informasjon, kunnskap eller gjennom personlige ressurser eller nettverk (12). I et komplekst system som helsevesenet kan faggrupper sette dagsordenen gjennom å sitte i linjeledelse, utarbeide prosedyrer og bestemme ansettelse og posisjoner. I en nylig spørreundersøkelse blant norske psykiatere oppgav kun 25 % at deres nærmeste linjeleder var lege (Miriam Sandvik, Legeforeningen, personlig meddelelse). Når leger ikke lenger er del av ledelsen, blir psykiatrien som fag mindre fremtredende i tjenesten. Historikeren Per Haave har beskrevet utviklingen som en forvitring av det medisinske paradigmet i psykisk helsevern (11).

Å gi fra seg administrativ myndighet innebærer tap av formell makt, men det gir anledning til å vie seg til klinisk praksis, som for flere av informantene i denne studien var hovedinteressen. Psykiaterne har beholdt en behandlingsfaglig autoritet gjennom sin brede kliniske kompetanse, noe som ble beskrevet av flere av informantene, særlig gjaldt det dem som var ansatt i sykehusposter, men

også de mer erfarne overlegene i poliklinikker. På denne måten kan man hevde at det psykiske helsevernet faglig sett fortsatt hviler på psykiatriens forståelsesmåter, særlig for de alvorlig syke pasientene.

Men prisen for å ikke lenger ha den samme formelle makten som tidligere kan være tap av faglig autonomi. Når legene ikke lenger er enerådende og mister autonomi, kan de bli satt til å gjøre mer avgrensede oppgaver i rollen som medisinskfaglige rådgivere i andre faggruppers behandlingsløp. Da vil de bidra mindre til kulturdannelse og overføring av kunnskap i organisasjonen, og de vil dermed miste kulturell autoritet. Utviklingen kan ha bidratt til å gjøre faget psykiatri mindre attraktivt, noe som kan føre til rekrutteringssvikt (13). I neste omgang kan bortfall av psykiatrisk kompetanse true kvaliteten i tjenesten (5).

Forholdet mellom psykiatri og psykologi

Faget psykiatri sprang ut fra asylene, som ble administrert og faglig ledet av en overlege (11). De tradisjonelle asylene er nå i praksis nedlagt, antall døgnplasser er kraftig redusert, og flere andre grupper av helsearbeidere, først og fremst sykepleiere og psykologer, har i økende grad gjort seg gjeldende i klinisk virksomhet og ledelse av tjenesten.

Psykologenes økte innflytelse i klinisk psykiatri, først i spesialisthelsetjenesten, ved sidestilt fagansvar mellom psykologspesialister og psykiatere, og deretter i primærhelsetjenesten, gjennom lovkrav om psykologkompetanse i kommunene, har medført en «psykologisering» av behandlingstilbudet til pasienter med psykiske lidelser. Utviklingen har fulgt den amerikanske sosiologen Andrew Abbotts beskrivelse av hvordan profesjoner etablerer nye maktforhold seg imellom. En ny profesjon får innpass og etter hvert en dominerende rolle gjennom lovendringer, offentlig påvirkningsarbeid og gjennom konkrete endringer på arbeidsplassen (14).

Den tilsynelatende psykologiseringen av behandlingstilbudet har ført til at det spesifikt psykiatriske, kompetansen på *både* kropp og sinn, i mindre grad blir synlig i tjenesten. I psykisk helsevern, der pasientene ofte har alvorlig psykisk sykdom, gjerne i kombinasjon med rusmiddellidelse og kompliserende somatiske forhold, er psykiaterens kompetanse som både lege og psykoterapeut sentral (15, 16). Flere av studienes informanter fortalte om episoder der helsepersonell som ikke var leger, hadde oversett eller undervurdert alvorret i det kliniske bildet.

Styrker og begrensninger ved studien

Intervjuer (RN) er selv psykiater med flere års erfaring fra psykisk helsevern, noe som styrker studiens interne validitet ved at temaer og beskrivelser fra klinisk hverdag er gjenkjennbare. Det kan imidlertid ha preget intervjuene og tolkningen av materialet i retning av en kollegial konsensus som kan ha redusert den eksterne validiteten. Bruk av intervjuguide og rekruttering av informanter som arbeider på annet arbeidssted enn intervjueren har bidratt til økt eksterne validitet. Informantene ble rekruttert delvis basert på personlig kjennskap og anbefalinger fra andre kolleger.

Grunnet begrenset mulighet for å reise under koronapandemien, ble informantene rekruttert fra Oslo-området. Det er ulikheter i andel faste spesialister, antall ubesatte stillinger, befolkningssammensetning og hvilken «fagkultur» som råder ved de ulike behandlingsstedene i Norge. Informantene er derfor ikke representative for alle psykiatere i Norge, men de kan være representative for psykiatere i et tettbefolket område. Formålet med denne studien var å undersøke psykiaternes arbeidssituasjon, og ikke pasientbehandlingen eller behandlingsskilt på arbeidsplassen. Siden videreutdanning av psykiatere skjer på samme måte i hele landet, bør hovedfunnene kunne anses å være relevante og overførbare også til andre steder enn Oslo.

Konklusjon

I et psykisk helsevern med hovedvekt på poliklinisk behandling og økt innflytelse fra psykologisk forståelse, er psykiaterrollen blitt mer utydelig. Psykiaterne er imidlertid ikke alene om å måtte redefinere sin rolle i et moderne helsevesen. Utviklingen i helsetjenesten i Norge og andre vestlige land tyder på at legenes og psykiaternes vante posisjon som autonome behandlere av egne pasienter må vike plass for en forståelse av psykiaterens spesifikke ekspertrolle i teamet rundt pasientene (17). Psykiaterne bør muligens fire på sitt behov for faglig autonomi og engasjere seg i en kultur for deling av kunnskap. Dette innebærer å inngå partnerskap med pasienter og andre grupper av helsearbeidere for å sikre det psykiatriske perspektivet og styrke befolkningens psykiske helse.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 31.10.2021, første revisjon innsendt 9.3.2022, godkjent 3.5.2022.

RAGNAR NESVÅG

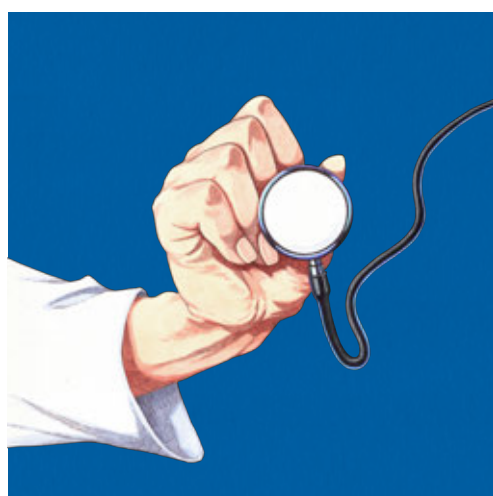
er ph.d., master i helseadministrasjon, spesialist i psykiatri og avdelingsdirektør.
 Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han var ansatt i Legeforeningen 2017–20 som rådgiver innen psykiatri og avhengighetsmedisin.

HELGE SKIRBEKK

er ph.d., sosiolog og førsteamanuensis. Han har brukt kvalitative metoder til å undersøke forhold rundt tillit i lege-pasient-forholdet.
 Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- McKinlay JB, Marceau LD. The end of the golden age of doctoring. *Int J Health Serv* 2002; 32: 379–416.
- Berg O. Klinikens driftsmodeller og helsetjenestemarkedene – en karakteristikk av utviklingen. *Michael* 2017; 14: 127–67.
- Frich JC. Rommet krymper – hvorfor? *Overlegen* 2016; nr. 1: 28–30.
- Vaglum P. Psykiateren. Behandler, veileder, forsker og formidler. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2014.
- Vaglum P. Psykiaterrollen i krise. *Tidsskr Nor Legeforen* 2014; 134: 1221.
- Bringedal B, Isaksson Rø K, Magelssen M et al. Between professional values, social regulations and patient preferences: medical doctors' perceptions of ethical dilemmas. *J Med Ethics* 2018; 44: 239–43.
- Nesvåg R. Forbilde og gjestearbeider – psykiaterens rolle i psykisk helsevern. Oslo: Universitetet i Oslo, 2021.
- Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2015.
- Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health* 2012; 40: 795–805.
- Starr P. The social transformation of American Medicine: The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry. New York, NY: Basic Books, 1982.
- Haave P. Ambisjon og handling. Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv. Oslo: Unipub, 2008.
- Jacobsen DI, Thorsvik J. Hvordan organisasjoner fungerer. 5. utg. Bergen: Fagbokforlaget, 2019.
- Lien L, Sandvik M. Fra god rekruttering til alvorlig svikt – utfordringer i psykiatrien. *Overlegen* 2022, nr. 1:18-9. Lest 3.5.2022.
- Abbott A. The system of professions. An essay on the division of expert labor. Chicago: The University of Chicago Press, 1988.
- Nesvåg R, Knudsen GP, Bakken IJ et al. Substance use disorders in schizophrenia, bipolar disorder, and depressive illness: a registry-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015; 50: 1267–76.
- Heiberg IH, Jacobsen BK, Nesvåg R et al. Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. *PLoS One* 2018; 13: e0202028.
- Working Party of the Royal College of Physicians. Doctors in society. Medical professionalism in a changing world. *Clin Med (Lond)* 2005; 5 (suppl 1): S5–40.



Stetoskopet

LYTT TIL TIDSSKRIFTETS PODKAST

Hver uke snakker vi med norske leger om aktuelle problemstillinger og ny forskning.

Stetoskopet finner du der du laster ned podkast og på tidsskriftet.no/podkast

 Tidsskriftet

XTANDI™ (enzalutamid) 40 mg filmdrasjerte tabletter. Androgenreseptorantagonist. ATC-nr.: L02B B04. **Indikasjoner:** Behandling av voksne menn med metastatisk hormonsensitiv prostatakrefte (mHSPC) i kombinasjon med androgendepivasjonsbehandling. Behandling av voksne menn med høyrisiko ikke-metastatisk kastrasjonsresistent prostatakrefte (CRPC). Behandling av voksne menn med metastatisk CRPC som er asymptomatiske eller mildt symptomatiske etter svikt av androgen deprivasjonsbehandling, der kjemoterapi ennå ikke er klinisk indisert. Behandling av voksne menn med metastatisk CRPC med sykdomsprogresjon under eller etter behandling med docetaxel. **Dosering: Anbefalt dose:** 160 mg (4 tabletter à 40 mg) som 1 enkelt dose daglig. Medisinsk kastrasjon med en LHRH-analog skal fortsettes under behandling av pasienter som ikke er kirurgisk kastrert. Ved toksisitet \geq grad 3 eller utolerbar bivirkning, bør behandlingen stanses i 1 uke eller til symptombedring til \leq grad 2, og deretter gjenopptas med samme eller lavere dose (120 mg eller 80 mg) hvis tilrådelig. **Samtidig bruk av sterke CYP2C8-hemmere:** Samtidig bruk bør om mulig unngås. Dersom pasienten må bruke en sterk CYP2C8-hemmer, bør enzalutamiddosen reduseres til 80 mg 1 gang daglig. Avbrytes behandlingen med CYP2C8-hemmeren, bør enzalutamiddosen endres tilbake til dosen som ble brukt for initierting av sterk CYP2C8-hemmer. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering nødvendig ved lett, moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon (hhv. Child-Pugh A, B eller C). Det er imidlertid observert forlenget halveringstid ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering nødvendig ved lett eller moderat nedsatt nyrefunksjon. Forsiktighet bør utvises ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller terminal nyresykdom. **Barn og ungdom:** Ikke indisert. **Eldre:** Ingen dosejustering nødvendig. **Administrering:** Dosen bør tas til samme tid hver dag. Kan tas med eller uten mat. Skal svelges hele med vann. Skal ikke deles, knuses eller tygges. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet overfor virkestoffet eller overfor noen av hjelpestoffene listet opp i pkt. 6.1 i preparatomtalen. Kvinner som er gravide eller som kan bli gravide (se pkt. 4.6 og 6.6 i preparatomtalen). **Advarsler og forsiktighetsregler: Risiko for krampeanfallet:** Bruk av enzalutamid har vært forbundet med krampeanfallet (se pkt. 4.8 i preparatomtalen). Beslutningen om å fortsette behandlingen hos pasienter som utvikler krampeanfallet, skal tas i hvert enkelt tilfelle. **Posterior reversibelt encefalopati-syndrom (PRES):** Sjeldne tilfeller av posterior reversibelt encefalopati-syndrom (PRES) har blitt rapportert hos pasienter som har fått XTANDI (se pkt. 4.8 i preparatomtalen). PRES er en sjelden, reversibel, neurologisk tilstand som kan opptrre med raskt utviklende symptomer som krampeanfallet, hodepine, forvirring, blindhet og andre visuelle og neurologiske forstyrrelser, med eller uten led-sagende hypertensjon. Diagnosen PRES krever bekrefteelse ved hjelp av billeddiagnostikk av hjernen, fortrinnsvis magnetresonanstomografi (MRI). Det anbefales å seponere XTANDI hos pasienter som utvikler PRES. **Sekundære primære maligniteter:** Tilfeller av sekundære primære maligniteter er rapportert hos pasienter behandlet med enzalutamid i kliniske studier. Hendelsene som ble rapportert hyppigst hos pasienter behandlet med enzalutamid i kliniske fase 3-studier, hyppigere enn placebo, var blårekrefte (0,3%), adenokarsinom i kolon (0,2%), overgangscellekarsinom (0,2%) og overgangscellekarsinom i urinblæren (0,1%). Pasientene bør rådes til å kontakte legen umiddelbart dersom det oppstår tegn til gastrointestinal blødning, makroskopisk hematuri eller andre symptomer som dysuri eller blæretenesmer under behandling med enzalutamid. **Bruk samtidig med andre legemidler:** Enzalutamid er en potent enzyminduktor og kan medføre redusert effekt av mange vanlig benyttede legemidler (se eksempler i preparatomtalens pkt. 4.5). Ved oppstart av behandling med enzalutamid bør det derfor foretas en gjennomgang av legemidler som brukes samtidig. Bruk av enzalutamid samtidig med legemidler som er sensitive substrater av mange metaboliserende enzymer eller transportører (se pkt. 4.5 i preparatomtalen) bør generelt unngås hvis den terapeutiske effekten av disse har stor betydning for pasienten og dosen ikke enkelt kan justeres basert på overvåking av effekt eller plasmakonsentrasjoner. Bruk samtidig med warfarin- og kumarin-lignende antikoagulantia bør unngås. Dersom XTANDI brukes samtidig med en antikoagulant som metaboliseres via CYP2C9 (som warfarin eller acenokumarol), bør International Normalised Ratio (INR) overvåkes ekstra nøye (se pkt. 4.5 i preparatomtalen). **Nedsatt nyrefunksjon:** Det må utvises forsiktighet hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon, da enzalutamid ikke har blitt studert i denne pasientpopulasjonen. **Alvorlig nedsatt leverfunksjon:** Forlenget halveringstid for enzalutamid har blitt observert hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon, muligens forbundet med økt vevsfordeling. Klinisk relevans for denne observasjonen er ikke kjent. Det forventes imidlertid å ta lengre tid å nå steady state-konsentrasjon, og tiden til maksimal farmakologisk effekt samt tiden til innsetting og nedgang i enzyminduksjonen (se pkt. 4.5 i preparatomtalen) kan øke. **Nylig kardiokardiovaskulær sykdom:** Fase III-studiene utelukket pasienter med nylig myokardinfarkt (i løpet av de siste 6 månedene) eller ustabil angina (i de siste 3 månedene), hjertesvikt av NYHA-klasse (New York Heart Association) III eller IV unntatt ved en venstre ventrikkels ejectivesfraksjon (LVEF) på \geq 45%, bradykardi eller ukontrollert hypertensjon. Dette bør tas med i betraktningen dersom XTANDI forskrives til disse pasientene. **Androgendepivasjonsterapi kan forlenge QT-intervallet:** Hos pasienter som har en tidligere historie med eller risikofaktorer for QT-forlengelse, og hos pasienter som samtidig får legemidler som kan forlenge QT-intervallet (se pkt. 4.5 i preparatomtalen), skal legen vurdere nytte-/risikoforholdet, inkludert potensialet for Torsades de pointes, før start av XTANDI. **Bruk sammen med kjemoterapi:** Sikkerheten og effekten ved bruk av XTANDI sammen med kjemoterapi har ikke blitt fastslått. Samtidig administrasjon av enzalutamid har ingen klinisk relevant effekt på de farmakokinetiske egenskapene for intravenøs docetaxel (se pkt. 4.5 i preparatomtalen), men en økning i forekomsten av docetaxel induisert nøytropeni kan ikke utelukkes. **Overfølsomhetsreaksjoner:** Overfølsomhetsreaksjoner manifestert som symptomer som omfatter, men ikke er begrenset til, utslett, ansiktsødem, tungeødem, leppeødem og faryngealt ødem har blitt observert med enzalutamid (se pkt. 4.8 i preparatomtalen). Alvorlige kutane bivirkninger (severe cutaneous adverse reactions, SCARs) har blitt rapportert med enzalutamid. Pasientene bør informeres om tegn og symptomer på forskrivningstidspunktet og overvåkes nøye med tanke på hudreaksjoner. **Hjelpestoffer:** Dette legemidlet inneholder mindre enn 1 mmol natrium (mindre enn 23 mg) i hver filmdrasjerte tablett, og er så godt som «natriumfritt». **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. **Bivirkninger: Sammendrag av sikkerhetsprofilen:** De vanligste bivirkningene er asteni/fatigue,

hetetokter, hypertensjon, frakturer og fall. Andre betydelige bivirkninger omfatter iskemisk hjertesykdom og krampeanfallet. Krampeanfallet forekom hos 0,5% av pasienter behandlet med enzalutamid, 0,2% av pasienter behandlet med placebo og hos 0,3% av pasienter behandlet med bicalutamid. Sjeldne tilfeller av posterior reversibelt encefalopati-syndrom er rapportert hos pasienter behandlet med enzalutamid (se pkt. 4.4 i preparatomtalen). **Liste over bivirkninger i tabellform:** Bivirkninger som ble observert i kliniske studier er oppført nedenfor etter frekvenskategori. Frekvenskategoriene er definert på følgende måte: svært vanlige (\geq 1/10); vanlige (\geq 1/100 til $<$ 1/10); mindre vanlige (\geq 1/1 000 til $<$ 1/100); sjeldne (\geq 1/10 000 til $<$ 1/1 000); svært sjeldne ($<$ 1/10 000); ikke kjent (kan ikke anslås utifra tilgjengelige data). Innen hver frekvensgruppe blir bivirkningene presentert etter synkende alvorlighetsgrad.

Bivirkninger identifisert i kontrollerte kliniske studier og etter markedsføring

MedDRA organklasser	Bivirkning og frekvens
Sykdommer i blod og lymfatiske organer	Mindre vanlige: leukopeni, nøytropeni Ikke kjent*: trombocytopeni
Forstyrrelser i immunsystemet	Ikke kjent*: ansiktsødem, tungeødem, leppeødem, faryngealt ødem
Psykiatriske lidelser	Vanlige: angst Mindre vanlige: visuell hallusinasjon
Neurologiske sykdommer	Vanlige: hodepine, nedsatt hukommelse, amnesi, oppmerksomhetsforstyrrelser, dysgeusi, rastløse ben (RLS) Mindre vanlige: kognitiv forstyrrelse, krampeanfallet Ikke kjent*: posterior reversibelt encefalopati-syndrom
Hjertesykdommer	Vanlige: iskemisk hjertesykdom [†] Ikke kjent*: QT-forlengelse (se pkt. 4.4 og 4.5 i preparatomtalen)
Karsykdommer	Svært vanlige: hetetokter, hypertensjon
Gastrointestinale sykdommer	Ikke kjent*: kvalme, oppkast, diaré
Hud- og underhudssykdommer	Vanlige: tørr hud, pruritus Ikke kjent*: erythema multiforme, hudutslett
Sykdommer i muskler, bindevev og skjelett	Svært vanlige: frakturer [‡] Ikke kjent*: myalgi, muskelspasmer, muskelsvekkelse, ryggsmerte
Lidelser i kjønnsorganer og brystsykdommer	Vanlige: gynekomasti
Generelle lidelser og reaksjoner på administrasjonsstedet	Svært vanlige: asteni/fatigue
Skader, forgiftninger og komplika-sjoner ved medisinske prosedyrer	Svært vanlige: fall

* Spontane rapporter etter markedsføring.

‡ Evaluert ut fra smale SMQ-er for "Kramper", inklusive krampe, grand mal-anfall, komplekse partielle anfall, partielle anfall og status epilepticus. Dette omfatter sjeldne tilfeller av krampeanfallet med komplikasjoner som medfører dødt.

† Evaluert ut fra smale SMQ-er for "Myokardinfarkt" og "Annen iskemisk hjertesykdom", inklusive følgende foretrukne termer observert hos minst to pasienter i randomiserte placebokontrollerte fase 3-studier: angina pectoris, koronararteriesykdom, myokardinfarkt, akutt myokardinfarkt, akutt koronarsyndrom, ustabil angina, myokardiskemi og arteriosklerose i koronararterier.

‡ Omfatter alle foretrukne termer med ordet "fraktur" i skjelett.

Beskrivelse av utvalgte bivirkninger: Krampeanfallet: I kontrollerte kliniske studier fikk 24 (0,5%) av 4403 pasienter behandlet med daglig dose på 160 mg enzalutamid krampeanfallet. Fire pasienter (0,2%) som fikk placebo og én pasient (0,3%) som fikk bicalutamid fikk krampeanfallet. Dose ser ut til å være en viktig prediktor for risikoen for krampeanfallet, i henhold til prekliniske data og data fra en doseeskaleringsstudie. I de kontrollerte kliniske studiene ble pasienter med tidligere krampeanfallet eller risikofaktorer for krampeanfallet utelukket. I enkelt-arm-studien 9785-CL-0403 (UPWARD) for å undersøke forekomsten av krampeanfallet hos pasienter med predisponerende faktorer for krampeanfallet (hvorav 1,6% hadde krampeanfallet i anamnesen), opplevde 8 av 366 (2,2%) pasienter som ble behandlet med enzalutamid, et krampeanfallet. Median behandlingsvarighet var 9,3 måneder. Det er ikke kjent hvilken mekanisme i enzalutamid som senker terskelen for krampeanfallet, men det kan være relatert til data fra in vitro-studier som viser at enzalutamid og dets aktive metabolitt bindes til og kan hemme aktiviteten til den GABA-styrte kloridkanalen. **Iskemisk hjertesykdom:** I kliniske randomiserte placebokontrollerte studier forekom iskemisk hjertesykdom hos 3,9% av pasientene som ble behandlet med enzalutamid og ADT, sammenlignet med 1,5% av pasientene som ble behandlet med placebo og ADT. Femten (0,4%) av pasientene som ble behandlet med enzalutamid, og 2 (0,1%) av pasientene som ble behandlet med placebo, fikk en hendelse med iskemisk hjertesykdom som førte til død. **Melding av mistenkte bivirkninger:** Melding av mistenkte bivirkninger etter godkjenning av legemidlet er viktig. Det gjør det mulig å overvåke forholdet mellom nytte og risiko for legemidlet kontinuerlig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning. Dette gjøres via Statens Legemiddelverk. Nettside: www.legemiddelverket.no/meldeskjema. **Reseptgruppe:** C. **Refusjonsberettiget bruk:** Ingen refusjon. Foreskrives på H-resept. **Pakninger og priser (pr. 26.04.2022):** Tabletter 40 mg: 112 stk. (blister) 33 244,50 kr. **Inneholder av markedsføringstillatelse:** Astellas Pharma Europe B.V., Sylviusweg 62, 2333 BE Leiden, Nederland. Basert på preparatomtale godkjent 04-2022. Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma. For mer informasjon se www.felleskatalogen.no.

XTANDI™ (ENZALUTAMIDE) IS THE ONLY NHT (NEW HORMONAL TREATMENT) APPROVED ACROSS THE SPAN OF ADVANCED PROSTATE CANCER¹⁻⁷

LOCALISED
DISEASE

Disease
progression



mHSPC

De novo patients
& recurrent patients



mCRPC

Asymptomatic /
mildly symptomatic
patients



nmCRPC

High-risk
(≥ 3 rising PSA levels)
patients

- **Metastatic** hormone-sensitive prostate cancer
- **Metastatic** castration-resistant prostate cancer
- **Non-metastatic** castration-resistant prostate cancer

Special warnings and precaution for use

Use of enzalutamide has been associated with seizure. The decision to continue treatment in patients who develop seizure should be taken case by case.

There has been rare reports of posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) in patients receiving XTANDI. Discontinuation of XTANDI in patients who develop PRES is recommended.

Co-administration with warfarin and coumarin-like anticoagulants should be avoided. If XTANDI is co-administered with an anticoagulant metabolised by CYP2C9 (such as warfarin or acenocoumarol), additional International Normalised Ratio (INR) monitoring should be conducted.

See the Summary of Product Characteristics for prescription of XTANDI, especially Precautions and Interactions.

References: 1. XTANDI (enzalutamide) SmPC, 04.2022. 2. ZYTIGA (abiraterone) SmPC, 07.2021. 3. ERLEADA (apalutamide) SmPC, 01.2020. 4. NUBEQA (darolutamide) SmPC, 10.2020. 5. TAXOTERE (docetaxel) SmPC, 04.2020. 6. JEVTANA (cabazitaxel) SmPC, 10.2019. 7. XOFIGO (radium 223) SmPC, 04.2020.

Xtandi[™]
enzalutamid

MORTEN KRISTOFFER NYRUD*

Seksjon for onkologisk plastikkirurgi
 Avdeling for plastikk- og rekonstruktiv kirurgi
 Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet

* Nåværende arbeidssted:

Seksjon for plastikk- og rekonstruktiv kirurgi
 Kirurgisk avdeling
 Sykehuset Østfold Moss

ÅSE BRATLAND

Seksjon for hode-hals-onkologi
 Avdeling for kreftbehandling
 Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet

LINN LANDRØ

Seksjon for hudsykdommer
 Avdeling for revmatologi, hud- og infeksjons-
 sykdommer
 Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Institutt for klinisk medisin
 Universitetet i Oslo

TRINE BREVIG

Avdeling for patologi
 Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

TRULS RYDER

Seksjon for onkologisk plastikkirurgi
 Avdeling for plastikk- og rekonstruktiv kirurgi
 Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet

ROBERT HERMANN

Seksjon for onkologisk plastikkirurgi
 Avdeling for plastikk- og rekonstruktiv kirurgi
 Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet

LARS FRICH

lfrich@ous-hf.no
 Seksjon for onkologisk plastikkirurgi
 Avdeling for plastikk- og rekonstruktiv kirurgi
 Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet

Merkelcellekarsinom

Merkelcellekarsinom er en sjelden, men aggressiv tumor med høyt metastaseringspotensial. En hurtigvoksende, uøm, rød lilla kutan knute på solesponerte områder hos eldre pasienter bør vekke mistanke om tilstanden. Sammenstilling av anamnese, kliniske funn, radiologiske funn og patologiske funn kan være nødvendig for å stille korrekt diagnose. Eksisjon med 1–2 cm margin, direkte lukning og samtidig vaktpostlymfeknutebiopsi bør utføres raskt. Adjuvant strålebehandling av tumortomten kan være aktuelt. Etter at diagnosen er stilt, bør utredning og behandling skje på sykehus med særskilt erfaring med tilstanden.

Merkelcellekarsinom er en sjelden, aggressiv form for hudkreft som kan vokse raskt, og som har høy risiko for lokalt residiv og tidlig spredning. Sykdommen forekommer hyppigst på solesponerte områder (1). På diagnosetidspunktet har en tredjedel av pasientene spredning til regionale lymfeknuter og én av ti pasienter fjernmetastaser (2–4). En antok tidligere at tumorcellene utgikk fra merkelceller, som er nevroendokrine celler lokalisert i basallaget i epidermis (2), men utgangspunktet regnes som uavklart (5). Insidensen av merkelcellekarsinom er økende (6, 7). I Norge ble det registrert 146 tilfeller i perioden 2001–10 og 265 tilfeller i perioden 2011–20 (Datautleveringsenheten, Kreftregisteret, personlig meddelelse). Solesponering er en predisponerende faktor (8, 9). Andre disponerende faktorer er høy alder, lys hudtype, immunsuppresjon og infeksjon med merkelcellepolyomavirus (1, 10). Merkelcellepolyomavirus påvises hos 80 % av pasientene med merkelcellekarsinom (10, 11). Utvikling av merkelcellekarsinom i fravær av infeksjon

med merkelcellepolyomavirus er forbundet med et mer aggressivt forløp og dårligere prognose (12).

Tilstanden er sjelden, og prospektive randomiserte studier for behandling og oppfølging mangler. Internasjonale retningslinjer er basert på retrospektive studier. Flere internasjonale retningslinjer (4, 13) bygger på anbefalinger utgitt av National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (3). Med hensyn til behandling og prognose har merkelcellekarsinom mange likhetstrekk med malignt melanom, men til forskjell fra malignt melanom er merkelcellekarsinom svært strålesensitivt. I tillegg er tumordiameter av betydning for stadienndeling ved merkelcellekarsinom. Korrekt initial vurdering og behandling er av stor betydning for prognosen. Oslo universitetssykehus har sannsynligvis mest erfaring med håndtering av pasienter med tilstanden i Norge.

Vi har inntrykk av at kunnskapen om utredning og behandling av merkelcellekarsinom er mangelfull blant mange leger. Formålet med denne artikkelen er å gi en kortfattet oversikt over diagnostikk og behandling av

merkelcellekarsinom. Den er rettet mot leger i spesialist- og primærhelsetjenesten og er basert på skandinaviske og internasjonale retningslinjer samt egen klinisk erfaring.

Primærdiagnostikk

Klinisk feiltolkes ofte merkelcellekarsinom som plateepitelkarsinom, basalcellekarsinom eller en godartet tilstand som cyste, lipom eller fibrom (1). En hurtigvoksende, uøm, rødlig lilla kutan knute på soleksponerte områder hos eldre eller immunsupprimerte pasienter bør vekke mistanke om merkelcellekarsinom (1) (figur 1).

Ved mistanke om merkelcellekarsinom anbefales diagnostisk eksisjonsbiopsi av hele tumoren (4). Marginer er ikke spesifisert i retningslinjene, men eksisjonsbiopsi bør etter vår mening utføres som ved melanomsuspekt hudlesjon, med 2–5 mm margin ut i normal hud og med en underliggende pute av subdermalt fett (14). Ved lesjoner lokalisert på steder hvor arr kan være kosmetisk skjemmende, eller lesjoner som ikke kan eksidert i sin helhet, kan stansebiopsi tas der tumoren er tykkest, men ikke fra et område med ulcerasjon. Klinisk tumordiameter er sentralt for stadielinndeling (15). Lesjonens diameter bør måles før eksisjon fordi formalinfiksert vev skrumper og tumordiameteren kan underestimeres på fiksert preparat (3, 16).

Ved innsending av et resektat til patolog bør det opplyses på remissen at det er mistanke om merkelcellekarsinom. Lokalisasjon og klinisk tumordiameter bør angis. Immunhistokjemisk undersøkelse er nødvendig for å differensiere merkelcellekarsinom fra primært og sekundært småcellet udifferensiert karsinom, lymfom, melanom, sarkom og metastase til hud fra småcellet lungekarsinom. De fleste merkelcellekarsinomer er positive for markøren CK20 og negative for TTF-1. Som et minimum bør markørene CK20, LCA, melan-A eller S-100 og TTF-1 undersøkes (4). I tillegg anbefales CK7, AE1/AE3, kromogranin, synoptofysin og merkelcellepolyomavirus, eventuelt også NF og SATB2 (5). Andre markører undersøkes avhengig av hva som skal utelukkes. Det kan være utfordrende å stille diagnosen, spesielt ved avvikende resultat av immunhistokjemisk undersøkelse.

Sammenstilling av anamnese, kliniske funn, radiologiske funn og patologiske funn kan være nødvendig for å stille korrekt diagnose. Tumorsatellitter og mikrometastaser sees ofte ved siden av hovedtumor. Tumor-

tromber foreligger hos en høy andel av pasientene, og det kan være vanskelig å oppnå frie marginer selv når tumor fjernes med klinisk gode marginer (figur 2).

AJCC-systemet (American Joint Committee on Cancer) benyttes for stadielinndeling av merkelcellekarsinom og er basert på tumordiameter, innvekst i omkringliggende strukturer (muskel, fascie, brusk eller bein), spredning til regionale lymfeknuter og fjernmetastaser (3, 15, 16) (tabell 1). De viktigste parametrene for korrekt håndtering av pasienten er tumordiameter, invasjonsnivå og beskrivelse av perifer og dyp margin. Andre parametre som bør rapporteres, er tumortykkelse, karinfiltrasjon, lokale satellittmetastaser, mitoser, tumorinfiltrerende lymfocytter og merkelcellepolyomavirusstatus. Ved ett eller flere av følgende karakteristika regnes pasienten som høyrisikopasient: primærtumor i hode-hals-regionen, immunsuppresjon, tumordiameter > 2 cm eller lymfovaskulær infiltrasjon (3).

Etter at diagnosen merkelcellekarsinom er stilt, bør videre utredning og behandling skje på sykehus hvor kirurg, patolog og onkolog har erfaring med krefttypen, og hvor den onkologiske avdelingen har kompetanse på radikal strålebehandling mot hode-hals-regionen.

Kirurgisk behandling

Målet med kirurgisk behandling er radikal eksisjon av primærlesjonen. Ingen randomiserte studier har evaluert hvilken eksisjonsmargin som er tilstrekkelig (3, 17). I en retrospektiv studie av 6 156 pasienter med lokalisert merkelcellekarsinom var klinisk eksisjonsmargin på over 1 cm assosiert med bedret overlevelse sammenlignet med en margin på

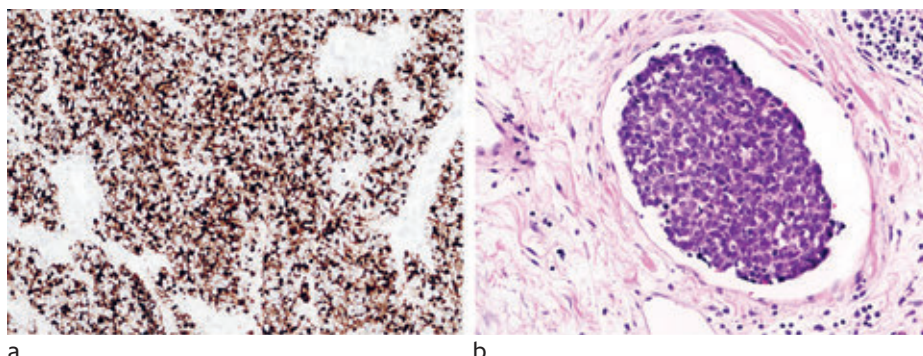


Figur 1 Kutan metastase fra merkelcellekarsinom.

1 cm eller mindre. Det ble ikke funnet ytterligere økt overlevelse ved marginer over 2 cm (18). Internasjonale retningslinjer anbefaler eksisjon av tumor med 1–2 cm margin ned til muskelfascie, perikondrium eller periost (3, 4, 19).

I ansiktet setter tilgrensende vitale strukturer og kosmetiske vurderinger grense for eksisjonsmarginene. Rekonstruksjon som krever underminering av vev eller lappeplastikk, anbefales ikke før det er bekreftet at tumor er fritt fjernet (3). Adjuvant strålebehandling av tumortomten er ofte aktuelt. Ved planlagt adjuvant stråleterapi av tumortomten kan kortere marginer enn 1–2 cm aksepteres, slik at man kan lukke såret direkte fremfor å foreta rekonstruksjon med hudtransplantat (3). Kirurgisk behandling bør koordineres slik at vaktpostlymfeknutebiopsi utføres i samme seanse som utvidet eksisjon. Ved Oslo universitetssykehus (Radiumhospitalet) tilstrebes 1 cm eksisjonsmargin ved stadium I og 2 cm margin ved stadium II (tabell 1).

Klinisk vurdering av regionale lymfeknute-



Figur 2 a) Immunhistokjemisk undersøkelse av merkelcellekarsinom med markøren CK20 (cytokeratin 20), som ofte viser paranukleær globulus (såkalt dot-like positivitet). b) Tumortrombe fra merkelcellekarsinom i et kar. Foto: Trine Brevig

Tabell 1 Stadieinndeling av merkelcellekarsinom etter AJCC-systemet (American Joint Committee on Cancer), versjon 8 (16).

Stadium	Kriterium
I	Primærlesjon diameter ≤ 2 cm
II	Primærlesjon diameter > 2 cm eller innvekst i underliggende strukturer
III	Alle primærlesjoner med spredning til regionale lymfeknuter
IV	Alle primærlesjoner med fjernmetastaser

stasjoner bør inngå i preoperativ undersøkelse av alle pasienter med mistenkt eller bekreftet merkelcellekarsinom. Pasienter med palpable regionale lymfeknuter bør utredes med ultralydveiledet finnålsaspirasjon. En tredel av pasientene uten palpable lymfeknuter har mikroskopiske lymfeknutemetastaser (20), og vaktpostlymfeknutebiopsi anbefales for disse pasientene (3, 4, 19). Vaktpost-

lymfeknutebiopsi forutsetter at pasienten tåler narkose. Teknikken ved vaktpostlymfeknutebiopsi er som for kutant melanom (14). Vaktpostlymfeknuter identifiseres ved at en radioaktiv isotop injiseres intradermalt rundt tumor eller arr. En eller flere regionale vaktpostlymfeknuter identifiseres ved scintigrafi eller SPECT-CT (*single photon emission computed tomography*) og fjernes samtidig med at

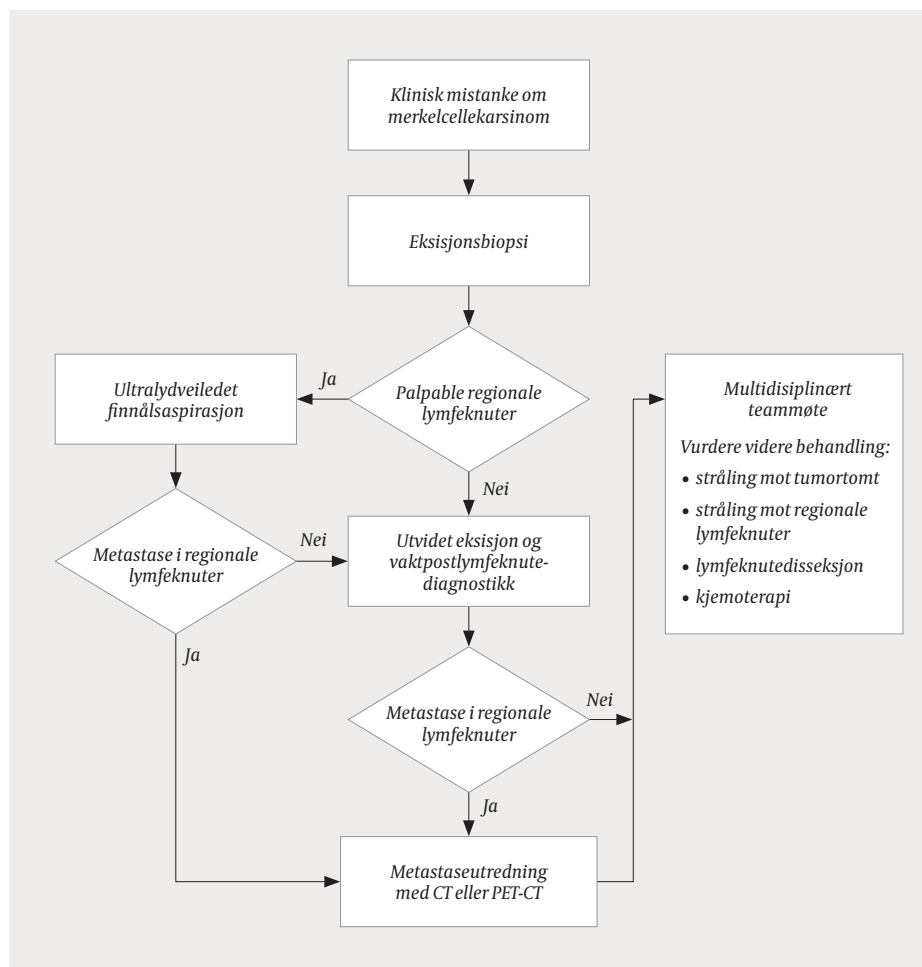
det gjøres utvidet eksisjon. Ved diagnostikk av vaktpostlymfeknuter benyttes immunmarkører for de antistoffene den aktuelle tumoren uttrykker sterkest, i utgangspunktet CK20 og NSE (13). Ved funn av metastaser i regionale lymfeknuter gjøres metastaseutredning med CT eller PET-CT. Figur 3 viser et forslag til initial utredning og behandling av merkelcellekarsinom.

Etter primær kirurgisk behandling og utredning av regionale lymfeknuter skal videre behandling diskuteres i multidisiplinært teammøte (3). Ved metastase til regionale lymfeknuter tar møtet stilling til om det skal anbefales lymfeknutedisseksjon, eventuelt med adjuvant strålebehandling, eller kun strålebehandling. Nyere studier indikerer at stråling kan være et alternativ til lymfeknutedisseksjon for pasienter med metastase til regionale lymfeknuter. I en ikke-randomisert studie av 163 pasienter med metastase til vaktpostlymfeknuter fant en ingen forskjell i femårsoverlevelse mellom gruppen som ble operert med kompletterende lymfeknutedisseksjon og eventuelt adjuvant stråling, og gruppen som fikk stråling alene (21). I en ikke-randomisert studie av 50 pasienter med metastase til regionale lymfeknutestasjoner fant man at lymfeknutedisseksjon med etterfølgende strålebehandling og strålebehandling alene ga likeverdig resultat (22).

Strålebehandling

Amerikanske retningslinjer fra National Comprehensive Cancer Network anbefaler observasjon for ikke-immunsupprimerte pasienter med primærlesjoner med diameter under 1 cm uten lymfovaskulær infiltrasjon hvor det er gjort vid eksisjon med frie marginer. Adjuvant strålebehandling av tumortomten bør vurderes for alle andre pasienter (3). Tyske retningslinjer anbefaler at stråling vurderes i alle sykdomsstadier (4).

Ved Oslo universitetssykehus anbefales adjuvant stråling av tumortomten ved primærlesjon med diameter over 2 cm og ved primærlesjon med diameter under 2 cm som er fjernet med ufrie eller knappe marginer, og hvor reeksisjon ikke er mulig. Anbefalt total stråledose er 50–60 Gy, avhengig av tumorstørrelse og histologisk vurdering (23). Strålebehandling bør initieres så raskt som mulig med oppstart senest fire til seks uker etter primæreksisjon (3, 13). Primær strålebehandling kan tilbys pasienter som av ulike årsaker ikke er kandidater for kirurgi.



Figur 3 Forslag til initial utredning og behandling av merkelcellekarsinom. Lesjonens diameter bør dokumenteres før eksisjonsbiopsi. Eksisjonsbiopsi gjøres med 2–5 mm margin ut i normal hud og med en underliggende pute av subdermalt fett. Utvidet eksisjon bør gjøres med 1–2 cm margin avhengig av tumordiameter.

Strålebehandling mot regionale lymfeknutestasjoner bør vurderes hos pasienter i stadium II-III som ikke har gjennomgått lymfeknutedisseksjon, eller hvis vaktpostlymfeknutebiopsi ikke er mulig. Etter lymfeknutedisseksjon vurderes adjuvant strålebehandling mot regionale lymfeknutestasjoner ved ekstrakapsulær tumorvekst (13). Vi har i tillegg praktisert adjuvant strålebehandling mot regionale lymfeknutestasjoner ved multiple metastaser og knappe marginer etter lymfeknutedisseksjon.

Medikamentell behandling

Kjemoterapi har vanligvis høy responsrate ved metastatisk merkelcellekarsinom. Varigheten av responsen er kort med en medianverdi på to til ni måneder. Behandlingen er forbundet med høy risiko for alvorlige bivirkninger som hematologisk eller gastrointestinal toksisitet, nyresvikt, sepsis og død (3, 24). Pasienter med metastaserende sykdom uten betydelig komorbiditet bør vurderes for kjemoterapi. Ved metastaserende sykdom benyttes som førstevalg kombinasjonsregimer med platina og etoposid (PV-kur), alternativt antrasyklin, cyklofosamid og vinkristin (ACO/ECO-kur) hos eldre og allment reduserte pasienter.

I en studie av 88 pasienter med metastatisk merkelcellekarsinom med sykdomsprogressjon etter kjemoterapi, ga immunsjekkpunkthemmeren avelumab en responsrate på 33 % etter en median oppfølgingstid på 41 måneder (25). Fra 2021 er anti-PD-L1-antistoffet avelumab tilgjengelig som andrelinjebehandling av metastatisk merkelcellekarsinom. Andre immunsjekkpunkthemmere som pembrolizumab og nivolumab har vist effekt ved merkelcellekarsinom (26, 27), men er ikke godkjent for bruk i Norge.

Elektrokjemoterapi er en palliativ, lokal behandling hvor kjemoterapi kombineres med strømpulser. Strømpulsene tilføres gjennom elektroder som plasseres i tumor. Elektrokjemoterapi er hovedsakelig benyttet som symptomlindring ved væskende eller illeluktende hudlesjoner (28). Isolert ekstremitetsperfusjon kan være et alternativ ved in-transit-metastaser eller inoperable residiv på ekstremiteter (13, 29, 30). Både elektrokjemoterapi og isolert ekstremitetsperfusjon utføres i narokose og er sentralisert til Radiumhospitalet.

Oppfølging

Pasienter med merkelcellekarsinom har høy risiko for lokoregionalt residiv og fjernmeta-

staser og bør følges regelmessig, primært ved en onkologisk avdeling. Median tid til residiv oppstår, er 8–9 måneder, og 90 % av tilbakefallene skjer innen 24 måneder (3).

Ved kontroller bør det utføres inspeksjon av hud og palpasjon av lymfeknutestasjoner. Bruk av bildeundersøkelser individualiseres basert på kliniske funn og risikoprofil. For pasienter med antistoffer mot merkelcellepolymavirus kan økende antistofftiter være en tidlig indikator på residiv (31), men dette er ikke innarbeidet i retningslinjer. Ved Oslo universitetssykehus følges pasientene av onkolog hver tredje måned i ett til to år, deretter hver sjette måned i inntil fem år. Kontrollene omfatter inspeksjon av hud og palpasjon av lymfeknutestasjoner samt blodprøve til analyse av tumormarkøren nevronspsifikk enolase (NSE), som er en markør for sykdomsaktivitet ved neuroendokrin kreft, inkludert merkelcellekarsinom (32). Radiologisk undersøkelse med CT eller PET-CT anbefales årlig de første to årene eller ved indikasjon. Pasienter med mange solinduserte forandringer i huden kan henvises til hudlege.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 1.10.2021, første revisjon innsendt 9.2.2022, godkjent 20.2.2022.

MORTEN KRISTOFFER NYRUD

var lege i spesialisering i plastikkirurgi under arbeidet med artikkelen. Han er nå konstituert overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ÅSE BRATLAND

er ph.d., spesialist i onkologi, overlege, seksjonsleder og fagansvarlig for hudkreft. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LINN LANDRØ

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

TRINE BREVIG

er spesialist i patologi og overlege med fagansvar for hud. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TRULS RYDER

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

ROBERT HERMANN

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

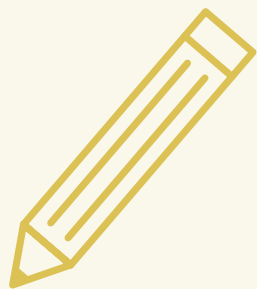
LARS FRICH

er dr.med., spesialist i generell kirurgi og plastikkirurgi og overlege. Han er medisinsk redaktør i Tidsskriftet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Heath M, Jaimes N, Lemos B et al. Clinical characteristics of Merkel cell carcinoma at diagnosis in 195 patients: the AEIOU features. *J Am Acad Dermatol* 2008; 58: 375–81.
- 2 Becker JC, Stang A, DeCaprio JA et al. Merkel cell carcinoma. *Nat Rev Dis Primers* 2017; 3: 17077.
- 3 National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical practice guidelines in oncology. Merkel cell carcinoma. Version 1.2021. Lest 20.2.2022.
- 4 Becker JC, Eigentler T, Frerich B et al. S2k guidelines for Merkel cell carcinoma (MCC, neuroendocrine carcinoma of the skin) - update 2018. *J Dtsch Dermatol Ges* 2019; 17: 562–76.
- 5 Walsh NM, Cerroni L. Merkel cell carcinoma: A review. *J Cutan Pathol* 2021; 48: 411–21.
- 6 Zaar O, Gillstedt M, Lindelöf B et al. Merkel cell carcinoma incidence is increasing in Sweden. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2016; 30: 1708–13.
- 7 Paulson KG, Park SY, Vandeven NA et al. Merkel cell carcinoma: Current US incidence and projected increases based on changing demographics. *J Am Acad Dermatol* 2018; 78: 457–463.e2.
- 8 Agelli M, Clegg LX. Epidemiology of primary

- Merkel cell carcinoma in the United States. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49: 832–41.
- 9 Wong SQ, Waldeck K, Vergara IA et al. UV-associated mutations underlie the etiology of MCV-negative Merkel cell carcinomas. *Cancer Res* 2015; 75: 5228–34.
 - 10 Feng H, Shuda M, Chang Y et al. Clonal integration of a polyomavirus in human Merkel cell carcinoma. *Science* 2008; 319: 1096–100.
 - 11 Becker JC, Houben R, Ugurel S et al. MC polyomavirus is frequently present in Merkel cell carcinoma of European patients. *J Invest Dermatol* 2009; 129: 248–50.
 - 12 Arora R, Gupta K, Vijaykumar A et al. DETECTing Merkel cell polyomavirus in Merkel tumors. *Front Mol Biosci* 2020; 7: 10.
 - 13 Regionala cancercentrum i samverkan. Merkel-cellskancer. Nasjonalt vårdprogram. 31.8.2021, versjon: 1.1. Lest 20.2.2022.
 - 14 HelseDirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av maligne melanomer. IS-2931. 2020. Lest 20.2.2022.
 - 15 Trinidad CM, Torres-Cabala CA, Prieto VG et al. Update on eighth edition American Joint Committee on Cancer classification for Merkel cell carcinoma and histopathological parameters that determine prognosis. *J Clin Pathol* 2019; 72: 337–40.
 - 16 Amin MB, Edge S, Greene F et al. AJCC cancer staging manual. 8. utg. Chicago IL: American Joint Committee on Cancer, Springer, 2017.
 - 17 Perez MC, de Pinho FR, Holstein A et al. Resection margins in Merkel cell carcinoma: Is a 1-cm margin wide enough? *Ann Surg Oncol* 2018; 25: 3334–40.
 - 18 Andruska N, Fischer-Valuck BW, Mahapatra L et al. Association between surgical margins larger than 1 cm and overall survival in patients with Merkel cell carcinoma. *JAMA Dermatol* 2021; 157: 540–8.
 - 19 Lebbe C, Becker JC, Grob JJ et al. Diagnosis and treatment of Merkel Cell Carcinoma. European consensus-based interdisciplinary guideline. *Eur J Cancer* 2015; 51: 2396–403.
 - 20 Gunaratne DA, Howle JR, Veness MJ. Sentinel lymph node biopsy in Merkel cell carcinoma: a 15-year institutional experience and statistical analysis of 721 reported cases. *Br J Dermatol* 2016; 174: 273–81.
 - 21 Lee JS, Durham AB, Bichakjian CK et al. Completion lymph node dissection or radiation therapy for sentinel node metastasis in Merkel cell carcinoma. *Ann Surg Oncol* 2019; 26: 386–94.
 - 22 Fang LC, Lemos B, Douglas J et al. Radiation monotherapy as regional treatment for lymph node-positive Merkel cell carcinoma. *Cancer* 2010; 116: 1783–90.
 - 23 Patel SA, Qureshi MM, Sahni D et al. Identifying an optimal adjuvant radiotherapy dose for extremity and trunk Merkel cell carcinoma following resection: An analysis of the national cancer database. *JAMA Dermatol* 2017; 153: 1007–14.
 - 24 Nghiem P, Kaufman HL, Bharmal M et al. Systematic literature review of efficacy, safety and tolerability outcomes of chemotherapy regimens in patients with metastatic Merkel cell carcinoma. *Future Oncol* 2017; 13: 1263–79.
 - 25 D'Angelo SP, Bhatia S, Brohl AS et al. Avelumab in patients with previously treated metastatic Merkel cell carcinoma: long-term data and biomarker analyses from the single-arm phase 2 JAVELIN Merkel 200 trial. *J Immunother Cancer* 2020; 8: e000674.
 - 26 Nghiem P, Bhatia S, Lipson EJ et al. Durable tumor regression and overall survival in patients with advanced Merkel cell carcinoma receiving pembrolizumab as first-line therapy. *J Clin Oncol* 2019; 37: 693–702.
 - 27 Topalian SL, Bhatia S, Amin A et al. Neoadjuvant nivolumab for patients with resectable Merkel cell carcinoma in the Checkmate 358 trial. *J Clin Oncol* 2020; 38: 2476–87.
 - 28 Morley J, Grocott P, Pursell E et al. Electrochemotherapy for the palliative management of cutaneous metastases: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Surg Oncol* 2019; 45: 2257–67.
 - 29 Spasojevic M, Mariathasan AB, Frich L et al. Kreftbehandling med isolert ekstremitetsperfusjon. *Tidsskr Nor Legeforen* 2021; 141: 1186–9.
 - 30 van Veenendaal LM, Madu MF, Tesselaar MET et al. Efficacy of isolated limb perfusion (ILP) in patients with Merkel cell carcinoma (MCC): A multicenter experience. *Eur J Surg Oncol* 2017; 43: 2157–62.
 - 31 Paulson KG, Lewis CW, Redman MW et al. Viral oncoprotein antibodies as a marker for recurrence of Merkel cell carcinoma: A prospective validation study. *Cancer* 2017; 123: 1464–74.
 - 32 van Veenendaal LM, Bertolli E, Korse CM et al. The clinical utility of neuron-specific enolase (NSE) serum levels as a biomarker for Merkel cell carcinoma (MCC). *Ann Surg Oncol* 2021; 28: 1019–28.



Vil du publisere i Tidsskriftet?

DET SETTER VI PRIS PÅ

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

Finn mer informasjon og forfatterveiledning på tidsskriftet.no.

YANGCHEN DHONDUP

yandho@ous-hf.no
Seksjon for hudsykdommer
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

KRISTIN HALVORSEN HORTEMO

Seksjon for hudsykdommer
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

CARL FREDRIK VON KROGH

Seksjon for hudsykdommer
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

SYED MOHAMMAD HUSAIN RIZVI

Seksjon for hudsykdommer
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
Askin.no

En mann i 40-årene med utslett og hallusinasjoner

Forverring av utslett hos pasienter med atopisk dermatitt er vanlig og kan ha mange årsaker. Vi beskriver en pasient med atopisk dermatitt som utviklet et kløende, sviende og væskende utslett som raskt forverret seg til en alvorlig tilstand. Tidlig mistanke om riktig diagnose og behandling kan være avgjørende for prognosen.

En mann i 40-årene merket en dag kløende, sviende og væskende sår på halssiden. Fra tidligere hadde han mild atopisk dermatitt, som han periodevis smurte med kortisonkrem. For øvrig var han frisk. I løpet av de neste dagene ble han raskt verre, med økende utbredelse av smertefullt utslett, feberfølelse og diaré. Fire dager etter symptomdebut ringte han fastlegen, som mistenkte en bakteriell hudinfeksjon og forskrev dikloksacillin 500 mg \times 4 peroralt i ti dager.

Impetigo er en overflattisk hudinfeksjon som vanligvis skyldes gule stafylokokker. Tilstan-

den oppstår i tidligere frisk hud, og typisk observeres fuktige erosjoner dekket av honninggule skorper. Impetigo sees hyppigst hos barn, gir mild til moderat sykdom og kan oftest behandles med topiske midler. Ved alvorlig sykdom kan det behandles med peroral antibiotika i kombinasjon med antiseptisk topikal behandling. Hud med eksem har økt risiko for å bli infisert, vanligvis med gule stafylokokker. Infisert eksem er væskende, klør mye og kan bli dekket av gule skorper som minner om impetigo.

Pasienten ble ikke bedre av dikloksacillin. Den sjette dagen ble han derfor innlagt på lokalsykehuset. I ansiktet og på nakken var det kraftig erytem, diffus hevelse og store erosive områder med puss og kruster. Han hadde hovne, sammenkluttede øyelokk og klarte bare delvis å åpne munnen grunnet smerter og hevelse. På overkropp, armer og lår var det spredte, små, monomorfe erosjoner, de fleste krustebelagte, og i håndflatene var det enkelte pustler.

Ved innleggelsen var han febril med temperatur 38,5 °C, hypertensiv med blodtrykk 144/85 mm Hg og takykard med puls 101 slag/min. Blodprøvene viste hemoglobin 16,6 g/dL (referanseområde 13,4–17,0), leukocytter $3,9 \times 10^9/L$ ($3,5\text{--}10 \times 10^9/L$), nøytrofile granulocytter $2,9 \times 10^9/L$ ($1,5\text{--}7,3$

$\times 10^9/L$), natrium 129 mmol/L (137–144), kalium 3,6 mmol/L (3,5–4,4), kreatinin 103 $\mu\text{mol/L}$ (60–105) og prokalsitonin 0,45 $\mu\text{g/L}$ ($< 0,10$). CRP var 128 mg/L (< 4).

Ut fra det kliniske bildet med utbredte erosive flater, smerter og tegn på infeksjon vurderte vaktteamet om pasienten kunne ha den alvorlige tilstanden stafylokokkforårsaket skåldet hudsyndrom (staphylococcal scalded skin syndrome).

Ved stafylokokkforårsaket skåldet hudsyndrom har pasientene ofte feber og hud smerter. Det utvikles erytem og blærer som lett brister og etterlater erosive flater. Tilstanden skyldes toksinproduserende gule stafylokokker, hvor toksinene fører til spaltetdannelse i epidermis. Tilstanden er vanligst hos nyfødte og barn. Voksne har ofte utviklet beskyttende antistoffer, men tilstanden kan sees ved kronisk nyresvikt og hos immunkompromitterte (1).

Anamnese avdekket ingen åpenbare infeksjonskilder. En av hans nærkontakter hadde nylig hatt forkjølelssår, men han selv hadde aldri hatt slike sår. Behandlende lege kontaktet hudseksjonen ved et universitetssykehus. Hudlegen var enig i at sykehistorie og kliniske funn kunne tyde på en utbredt bakteriell hudinfeksjon, men stafylo-



Figur 1 Erosive flater og væskende dermatitt i ansikt, nakke og hals, med spredte krustebelagte erosjoner i nakken og på halsen, trunkus og overarmene. De hvitlige områdene er krem, og de sorte områdene er kruster.



Figur 2 Håndrygg med multiple krustebelagte erosjoner og fissurer.

kokkforårsaket skåldet hud-syndrom ble vurdert som mindre sannsynlig.

Gitt det kliniske bildet, kjent atopisk dermatitt og en nærkontakt med forkjølelssår ble bakteriell infeksjonen vurdert til å være sekundær til en annen alvorlig tilstand. Etter sikring av mikrobiologiske prøver fra hud og blod ble det igangsatt behandling med aciklovir 5 mg/kg kroppsvekt \times 3 intravenøst, kloksacillin 2 g \times 4 intravenøst samt kloramfenikol øyesalve på begge øyelokksrender \times 3–4. Det ble planlagt overflytting til hudseksjonen på universitetssykehuset neste dag.

Samme kveld hadde pasienten synshallusinasjoner i form av landskap og personer. Han hadde også noe redusert hukommelse. På mistanke om meningitt ble det utført CT caput, med normale funn. Spinalpunksjon viste klar væske, normale Sp-leukocytter $1,0 \times 10^6/L$ ($< 4,0 \times 10^6/L$), Sp-glukose/S-glukose 68 % (60–70) og Sp-protein 0,37 g/L (0,15–0,50). Det ble heller ikke funnet bakterier ved direkte mikroskopi. Resten av spinalvæsken ble sendt til bakteriologisk dyrkning og til viruspåvisning med PCR-test.

Ved overflytting til universitetssykehuset neste

morgen var pasienten høyfebril, med temperatur 40,2 °C. Øvrige vitalia var normale. Han var orientert for tid, sted, situasjon og fremstod ikke halusinert. I ansiktet, på nakken og på halsen hadde han et kraftig erytematøst utslett med erosive flater og væskende dermatitt. Det var tallrike, sirkulære, krustebelagte erosjoner i nakken, på halsen, overkroppen og overarmene (figur 1). Hendene var hovne, med pustler, fissurer og krustebelagte erosjoner (figur 2). På halsen palperte man store, ømme lymfeknuter.

Synet var upåvirket, men han hadde hovne, erytematøse øyelokk, gult sekret og lett konjunktival injeksjon. Øvrige slimhinner var normale. Blodprøver viste forhøyet CRP med 108 mg/L (< 4), cypoeni med Hb 12,8 g/dL (13,4–17,0), leukocytter $1,4 \times 10^9/L$ ($3,5\text{--}10,0 \times 10^9/L$), nøytrofile granulocytter $0,9 \times 10^9/L$ ($1,5\text{--}7,3 \times 10^9/L$), hypokalemi 3,0 mmol/L (3,5–4,4), hyponatremi 131 mmol/L (137–144) og forhøyet prokalsitonin 0,50 $\mu\text{g/L}$ ($< 0,10$). Det forelå trombocyttaggregering og dermed ingen trombocytverdi.

Mistanke om den alvorlige hudtilstanden ble styrket: Kjent atopisk dermatitt, en nærkontakt med forkjølelssår, karakteristisk utslett og øvrige kliniske funn passet med eczema herpeticum.

Eczema herpeticum er en alvorlig hudinfeksjon med herpes simplex-virus (HSV) hos pasienter med atopisk dermatitt. Tilstanden sees hyppigst ved primærinfeksjon med dette viruset. Det dannes smertefulle vesikler som lett sprekker og etterlater monomorfe erosjoner med krustedannelse. Oftest foreligger også bakteriell superinfeksjon. Eczema herpeticum er en øyeblikkelig hjelp-tilstand der hudinfeksjonen raskt kan bli utbredt, og i noen tilfeller ser man disseminert virusinfeksjon til blod og andre organer. Ubehandlet kan tilstanden være livstruende.

Utbredt utslett med lymfeknuteforstørrelse, høy feber, avvikende blodprøver og anamnestisk mental påvirkning ga mistanke om disseminert virusinfeksjon. Ved ankomst til hudseksjonen økte man derfor doseringen av aciklovir fra 5 mg/kg kroppsvekt til 10 mg/kg kroppsvekt \times 3 intravenøst. Mot bakteriell superinfeksjon var det allerede igangsatt kloksacillin intravenøst. Denne ble byttet til klindamycin 600 mg \times 3 intravenøst, fordi man mistenkte at pasientens leukopeni kunne representere kloksacillinindusert benmargssuppresjon.

Videre ble det gitt korrigerende behandling av elektrolyttforstyrrelsene med 1 L Ringer-acetat tilsatt 40 mmol kaliumklorid og tromboseprofylakse med dalteparin 5 000 E \times 1 subkutant. Det ble utført lokalbehandling av huden med alumi-

niumacetotartrat omslag, smøring med dibrompropamidinisetionatkrem og fuktighetskrem (blandet 50:50) samt skumbandasjer. Pasienten ble undersøkt av øyelege, uten funn av herpeskeratitt eller annen øyepåvirkning. De hovne øyelokkene ble forebyggingsbehandlet med saltvannskompresser og kloramfenikolsalve.

Første natten etter overflytting fikk pasienten igjen synshallusinasjoner. Disse ble vurdert som mulig feberrelaterte hallusinasjoner, og begynnende viral encefalitt kunne ikke utelukkes. Pasienten var allerede dekket for denne sykdommen med intravenøs aciklovir 10 mg/kg kroppsvekt \times 3, og behandlingen ble kontinuert. Også neste kveld opplevde han synshallusinasjoner. Ny neurologisk undersøkelse avdekket lett redusert hukommelse og utfordringer med enkel subtraksjon. Dette styrket mistanken om encefalitt. Blodprøvene viste stigende CRP med 151 mg/L (< 4), vedvarende leukopeni med leukocytter $1,6 \times 10^9/L$ ($3,5-10,0 \times 10^9/L$), nøytrofile granulocytter $0,8 \times 10^9/L$ ($1,5-7,3 \times 10^9/L$), lymfocytter $0,7 \times 10^9/L$ ($1,1-3,3 \times 10^9/L$) og monocytter $0,1 \times 10^9/L$ ($0,2-0,8 \times 10^9/L$). Trombocytopeni, $98 \times 10^9/L$ ($145-390 \times 10^9/L$), hadde også tilkommet. Det ble gjort et blodutstryk som viste trombocytopeni med noe avvikende morfologi samt granulocytopeni og lymfopeni med normal morfologi.

Herpesencefalitt er en fryktet komplikasjon til eczema herpeticum med hematogen disseminering. Den kan gi et bredt spekter av symptomer, inkludert forvirring, atferdsendring og kramper. Den tidligere svært høye mortaliteten ved herpesencefalitt har heldigvis falt etter introduksjon av aciklovir (2).

Dag 2 og 3 etter overflytting var pasienten afebril. CRP var fallende til 83 mg/L, og cellerekken var på vei til å normalisere seg, med leukocytter stigende til $2,5 \times 10^9/L$, nøytrofile granulocytter $1,4 \times 10^9/L$, lymfocytter $0,8 \times 10^9/L$ og trombocytter $141 \times 10^9/L$. Svar på PCR-prøver tatt ved innkomst bekreftet herpes simplex 1-virus (HSV-1) i sårsekret og blod. Videre var han negativ for HSV-1-immunglobulin G (IgG)-antistoff, og immunglobulin M (IgM)-antistoff hadde grenseverdi passende med primærinfeksjon med HSV-1. Dyrkningssvar fra sårsekret viste oppvekst av gule stafylokokker og *Pseudomonas aeruginosa*. MR caput viste ingen patologi, og EEG var normal. Bakteriologisk dyrkning av spinalvæsken var negativ. Transport av spinalvæsken til virus-PCR hadde vært forsinket, men PCR-analyse ble nå gjennomført og var svakt positiv for HSV-1.

I løpet av de neste dagene ble pasienten gradvis bedre. Utslettet tørket inn, hevelsene trakk seg tilbake, elektrolyttforstyrrelsene stabiliserte seg

og hukommelsen ble bedre. En uke etter overflytting var pasienten mobilisert og kunne åpne øynene som normalt. Den niende dagen etter innleggelse ble klindamycin avsluttet. Det kunne ikke lenger påvises HSV-1 i blodet, og man gikk over til peroral behandling med valaciklovir 1 g \times 3. Med herpesinfeksjonen i remisjon ble behandlingen av den atopiske dermatitten intensivert med hydrokortisonbutyratkrem \times 2 og fuktighetskrem.

Etter totalt tolv døgn kunne pasienten utskrives. Han fortsatte med peroral valaciklovir 1 g \times 3 i én uke, etterfulgt av 1 g \times 2 i to uker og til slutt 500 mg \times 2 profylaktisk i to måneder. Han ble grundig informert om viktigheten av god lokalbehandling av sin atopiske dermatitt, og det ble avtalt oppfølging hos hudlege lokalt. Pasienten er i dag uten varige men og er tilbake i fullt arbeid.

Diskusjon

Eczema herpeticum skyldes infeksjon med herpes simplex-virus i hud med atopisk dermatitt og er en potensielt dødelig tilstand (3, 4). Tilstanden kjennetegnes av smerter i huden og grupperte, utstansede erosjoner med krustedannelse (figur 1 og 2) eller intakte vesikler. Vesiklene brister lett og er ikke nødvendigvis lenger til stede ved undersøkelsen. Feber, lymfadenopati og redusert allmenntilstand er vanlig. Lesjonene oppstår hyppigst på huden i ansikt, nakke, hals og overkropp, men kan også forekomme på ekstremiteter og genitalia (4, 5).

Primærinfeksjon med herpes simplex 1-virus gir oftere mer alvorlig eczema herpeticum enn reaktivering, og utslettet utvikles gjerne 5–12 dager etter kontakt med infisert person. Vår pasient hadde grenseverdi av HSV-1-IgM-antistoff og var negativ for IgG-antistoff, hvilket tyder på sannsynlig primærinfeksjon. Hans nærkontakt med forkjølelsessår (herpes labialis) kan ha vært smitekilden. Eczema herpeticum kan også forekomme ved viral reaktivering, men pasientene får da oftere et mildere sykdomsforløp.

Eczema herpeticum har en prevalens på 3% hos pasienter med atopisk dermatitt (5), og gjennomsnittlig debutalder er anført å være 23 år (4). Redusert barrierefunksjon, immunologiske endringer og endret mikrobiom i den atopiske huden er foreslått som årsaker til utvikling av eczema herpeticum (4, 5). Vår pasient hadde i tillegg bakteriell superinfeksjon. Det er kjent at superinfeksjon med gule stafylokokker opptrer hyppig hos pasienter med

atopisk dermatitt (4), og det er også vanlig at herpesutslett blir superinfisert. Vår pasient hadde utviklet store, erosive områder som medførte risiko for alvorlig bakteriell superinfeksjon.

Alvorlighetsgraden av eczema herpeticum varierer fra milde, lokaliserte utbrudd til svært hissige og utbredte utslett med risiko for disseminert virusinfeksjon. Eczema herpeticum er hovedsakelig en klinisk diagnose som bekreftes med HSV-PCR-prøve fra hudlesjonene. Ved milde utbrudd bør man ved klinisk mistanke umiddelbart starte peroral antiviral behandling, og pasienten bør ha tett oppfølging hos fastlege. Ved uttalte tilfeller skal pasienten øyeblikkelig hjelp-innlegges for behandling og observasjon.

Vår pasient hadde symptomer og funn fra flere organsystemer som krevde tverrfaglig utredning. Med affeksjon av øyeomgivelsene var det viktig å utelukke herpeskeratitt, som er den vanligste okulære HSV-manifestasjonen. Arrdannelse med potensielt synstap er en fryktet komplikasjon. Heldigvis var det ingen okulære herpesmanifestasjoner hos vår pasient. Ved utbredt sykdom må man være oppmerksom på utvikling av mentale endringer som kan tyde på herpesencefalitt, som i denne kasuistikken.

Gullstandard for diagnostikk av herpesencefalitt er PCR-undersøkelse av spinalvæske. Majoriteten har også MR-funn, oftest kontrastopp-ladning i temporallappene (2). Vår pasient hadde lavgradig cerebral affeksjon som ikke ga seg uttrykk i MR-forandringer, men som ble bekreftet av positiv HSV-1-spinalvæskeundersøkelse. Det er viktig å kjenne til eczema herpeticum, da tidlig oppstart av antiviral behandling er avgjørende for prognosen (3–5).

Heldigvis for vår pasient ble det ut fra sykehistorie og kliniske funn raskt tatt mistanke om alvorlig eczema herpeticum. Lokalsykehuset hadde allerede startet intravenøs behandling med aciklovir, og doseringen ble økt på universitetssykehuset grunnet mistanke om hematogen disseminert infeksjon med encefalitt. Dette kan ha forhindret utvikling av et mer alvorlig sykdomsforløp for pasienten.

Vi takker alle kollegaer som har deltatt i behandlingen av pasienten på Sykehuset Innlandet, Hamar, medisinsk avdeling og ved Oslo universitetssykehus, især Sigrid Svalheim ved Nevrologisk avdeling.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfelleurdert.

Mottatt 3.9.2021, første revisjon innsendt 31.12.2021, godkjent 7.2.2022.

YANGCHEN DHONDUP

er ph.d. og lege i spesialisering i hud- og veneriske sykdommer.

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

KRISTIN HALVORSEN HORTEMO

er ph.d., spesialist i hud- og veneriske sykdommer og overlege.

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

CARL FREDRIK VON KROGH

er spesialist i hud- og veneriske sykdommer og medisinsk ansvarlig overlege for sengeposten ved Seksjon for hudsykdommer.

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

SYED MOHAMMAD HUSAIN RIZVI

er ph.d., spesialist i hud- og veneriske sykdommer, overlege og medisinsk ansvarlig for den digitale hudlegetjenesten Askin.no.

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

LITTERATUR

- 1 Handler MZ, Schwartz RA. Staphylococcal scalded skin syndrome: diagnosis and management in children and adults. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2014; 28: 1418–23.
- 2 Bradshaw MJ, Venkatesan A. Herpes Simplex Virus-1 Encephalitis in Adults: Pathophysiology, Diagnosis, and Management. *Neurotherapeutics* 2016; 13: 493–508.
- 3 Wollenberg A, Christen-Zäch S, Taieb A et al. European Task Force on Atopic Dermatitis 2020 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adults and children. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020; 34: 2717–44.
- 4 Traidl S, Roesner L, Zeitvogel J et al. Eczema herpeticum in atopic dermatitis. *Allergy* 2021; 76: 3017–27.
- 5 Damour A, Garcia M, Seneschal J et al. Eczema Herpeticum: Clinical and Pathophysiological Aspects. *Clin Rev Allergy Immunol* 2020; 59: 1–18.

ANNONSE**Nasjonalforeningen
for folkehelsen**

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

Søk midler til hjerte- og karforskning

Nasjonalforeningen for folkehelsen har støttet norsk hjerte- og karforskning siden 1960. For 2023 vil vårt bidrag være 20 millioner kroner.

Nasjonalforeningens hjerte- og karforskning skal bidra til økt kunnskap om:

- ◆ Årsakssammenhenger og sykdomsmekanismer
- ◆ Risikofaktorer
- ◆ Primærforebyggende tiltak
- ◆ Diagnostiske metoder
- ◆ Sekundærforebyggende tiltak
- ◆ Behandling og rehabilitering (ikke helsetjenesteforskning)
- ◆ COVID-19 relatert til hjerte- og karsykdom

Det lyses ut midler til:

- ◆ Doktorgradsstipender
- ◆ Postdoktorstipender

Stipendene utlyses for tre år.

Prosjektene vurderes av et internasjonalt fagpanel og tildeles etter innstilling fra Nasjonalforeningens hjerte- og karråd.

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

Søknadsskjema og retningslinjer finnes på:
www.nasjonalforeningen.no/forskningsmidler

Søknaden leveres elektronisk innen 01.09.2022, kl. 23:30.

MERETHE KARLBERG

merethekarlberg@gmail.com
Nevrologisk avdeling
Nordlandssykehuset

HANNE THORESEN

Diagnostisk klinikk
Nordlandssykehuset

DIANA HRISTOVA BERG

Nevrofysiologisk seksjon
Nordlandssykehuset

OANA-GRATIELA CIOPAT

Nevrofysiologisk seksjon
Nordlandssykehuset

KARL BJØRNAR ALSTADHAUG

Nevrologisk avdeling
Nordlandssykehuset
Universitetet i Tromsø

En mann i 40-årene med akutt forvirring

Rask og adekvat utredning av akutte nevropsykiatriske symptomer er avgjørende for effektiv behandling. Her beskriver vi en pasient med en karakteristisk, men relativt sjelden sykdom.

En mann i 40-årene hadde i tre dager vært slapp med feberfølelse og hodepine. Han kontaktet legevakt, som ba ham kontakte fastlege dagen etter. Hos fastlegen viste klinisk undersøkelse normale funn, og det var ingen avvikende infeksjonsprøver. CRP var i referanseområdet, < 5 mg/L. Tilstanden ble oppfattet som influensalignende sykdom.

Fire år tidligere hadde pasienten fått påvist en stor tumormasse i buken, som viste seg å være et B-cellelymfom. Behandlingen av dette var kjemoterapi (doksorubicin, syklofosamid, vinkristin og prednisolon) med tre ukers intervaller i totalt seks sykluser, etterfulgt av to kurer med rituksimab og så stråleterapi. Siden hadde han vært residivfri. Han var ellers frisk og brukte ingen faste medisiner.

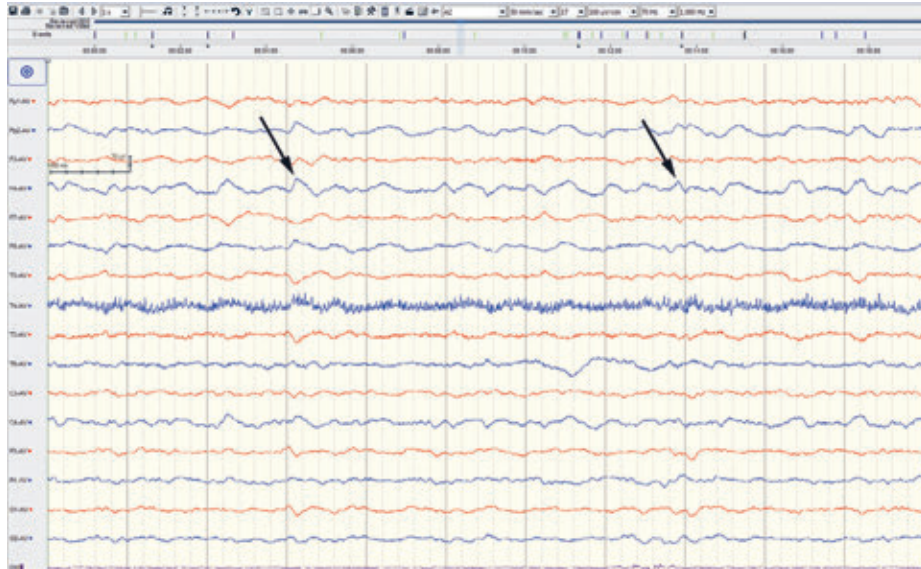
Om natten to dager etter kontakten med legevakten våknet hans kone av at pasienten vandret rundt på soverommet, plukket på ting og tok ned bilder fra veggen. Han svarte ikke på tiltale og hadde tisset på seg. Via legevakt ble pasienten innlagt på sykehus med problemstillingen akutt forvirring. Da han ankom sykehuset, snakket han et fremmedspråk han behersket, som vel å merke verken var norsk, som han også snakket flytende, eller morsmålet. Glasgow Coma Scale-skåren var 14 på grunn av desorientering. Somatisk undersøkelse ga normale funn, og han hadde fine vitallia: blodtrykk 133/65 mm Hg, regelmessig puls på 93 slag/minutt og SpO₂ på 97 %. Han var afebril, ikke nakkestiv, og man fant ingen fokale nevrologiske utfall. Bortsett fra s-natrium på 131 mmol/L (referanseområde 136–146) og senkningsreaksjon (SR) på 17 mm (< 13) var blodprøvene normale, inkludert CRP, som var < 5 mg/L.

Nevropsykiatriske symptomer som forvirring og personlighetsendringer kan ha somatiske årsaker. I tillegg til infeksjon bør endokrinologisk, metabolsk, autoimmun og neoplastisk sykdom også vurderes (1). Det ble hos pasienten funnet en lett hyponatremi som var relevant å vurdere i forhold til symptomer med hodepine og endret bevissthet. Osmolaliteten

i serum og urin var imidlertid normal, og hyponatremi ble ikke vurdert som årsak til det kliniske bildet.

Computertomografi (CT) av hodet tatt akutt avdekket ingen patologi intrakranielt. På mistanke om viral encefalitt ble han deretter spinalpunktert samme natt. Det ble startet behandling med aciklovir 10 mg/kg intravenøst × 3 før spinalvæske-svar forelå.

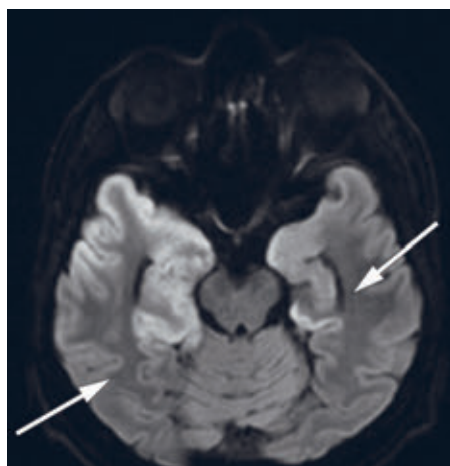
Encefalitt er en inflammasjon i hjerneparenkymet med kliniske symptomer og tegn på hjernedysfunksjon. Redusert bevissthet og kognitiv funksjon samt endret personlighet og/eller atferd er typiske manifestasjoner (2, 3). Både virus, bakterier, sopp og parasitter kan forårsake encefalitt. I opptil halvparten av tilfellene forblir årsaken ukjent (4). Herpes simplex-virus forårsaker 50–75 % av de virale encefalittene (2). Standard utredning ved mistanke om encefalitt er spinalpunksjon med analyser av spinalvæske med differensialtelling av celler, glukose og proteinnivåer, PCR-undersøkelser av mistenkte agens og eventuelt måling av encefalittantistoffer, samt billediagnostikk og EEG (2).



Figur 1 EEG av pasienten viste langsom bakgrunnsaktivitet og innslag av irregulære deltabelger dominerende over høyre hemisfære, spesielt i temporalregionen (piler). Funnet er uspesifikt og taler for diffus funksjonsforstyrrelse av den cerebrale aktiviteten, med overvekt i høyre hemisfære, og kan sees ved blant annet encefalitt.

I løpet av de første 4–5 timene ble pasienten mer urolig og plukkete og svarte etter hvert ikke på tiltale. Kroppstemperaturen steg til 39,1 °C, blodtrykket falt til 90/60 mm Hg og pulsen var 76 slag/minutt. På mistanke om sepsis ble han overflyttet til intensivavdelingen. Der ble det startet ytterligere behandling med intravenøs antibiotika i form av cefotaksim 3 g × 4 og ampicillin 3 g × 4 med tanke på bakteriell meningoencefalitt.

Svar på spinalvæskeanalyser viste et marginalt



Figur 2 Transversalt snitt med diffusjonsvektet MR tatt seks dager etter innleggelse viser fortykket korteks med nedsatt diffusjon (høyt signal) i begge temporallappene. Dette er typiske funn ved herpes simplex-encefalitt.

forhøyet proteinnivå på 0,52 g/L (< 0,50). Det forelå pleocytose med 55 celler/mm³ (< 3), og forholdet mellom glukosenivået i spinalvæsken og serum var 0,66 (> 0,6). Flowcytometri, med 92 % lymfocytter og 8 % monocytter, avdekket ingen tegn til malignitet. Hurtigtest for herpes simplex 1-virus (HSV-1) var positiv.

Hos over 95 % av dem med herpes simplex-encefalitt (HSE) finner man pleocytose dominert av lymfocytter i spinalvæsken (2). Dette kan imidlertid mangle hos immunsupprimerte, spesielt i tidlig fase av sykdommen (2). Diagnostisk gullstandard for diagnosen er påvisning av herpes-DNA ved polymerasekjedereaksjon (PCR) i spinalvæske. Metoden har en sensitivitet og spesifisitet på henholdsvis 96 % og 99 % hos voksne (2). Hurtigtesten som ble benyttet her, har sensitivitet og spesifisitet på over 90 % (5). Dersom PCR-undersøkelsen er negativ, men man fortsatt mistenker herpes simplex-encefalitt, anbefales repunksjon og nye analyser etter tre dager (2).

Som ledd i videre utredning av mistenkt encefalitt ble det utført et elektroencefalogram (EEG) dagen etter innleggelse (figur 1).

Denne viste patologisk langsom bakgrunnsaktivitet og utbrudd av deltaaktivitet i temporale regioner. Funnet var forenlig med encefalitt (6, 7). MR-undersøkelse av hodet, som ble utført seks dager etter innleggelsen, viste utbredte forand-

ringer temporalt, inkludert i hippocampus, hvilket er typisk for herpesencefalitt (8) (figur 2, figur 3a).

PCR-undersøkelse av herpes simplex i spinalvæske var positiv, mens spinalvæskemikroskopi og dyrkning var negative. Det var ingen vekst av bakterier i blodkulturer. Antibiotika ble seponert på dag 5, mens aciklovirbehandlingen ble kontinuert.

Etter ti dager begynte pasienten igjen å snakke i hele setninger, og han var oppegående. Han var imidlertid betydelig kognitiv svekket, og det ble tatt en ny spinalpunksjon etter to uker. Ny PCR-test i spinalvæske var fortsatt positiv for herpes simplex, og behandling med aciklovir ble forlenget. Pasienten viste beskjedne tegn til bedring under sykehusoppholdet og ble utskrevet til en rehabiliteringsinstitusjon i hjemkommunen etter nesten en måned på sykehus.

15 dager etter utskrivning ble pasienten økende urolig, fikk bisarr atferd (spiste av potteplante), var gråtabil og snakket kun på sitt morsmål. Han var da på rehabilitering, og aciklovir var blitt avsluttet syv dager tidligere. Han ble på ny innlagt på nevrologisk avdeling. Ved innkomst var han ikke orientert for egen situasjon og samarbeidet dårlig ved undersøkelse. Vitalia var normale, og det forelå ingen økte infeksjonsparametere.

Tilbakefall av herpes simplex-encefalitt forekommer hos 5–27 % (2). Norske retningslinjer tilsier 14 dagers behandling med aciklovir. Repunksjon bør vurderes før seponering, og forlenget behandling kan være aktuelt. En sjelden gang oppstår resistens mot aciklovir, som man kan mistenke ved dårlig behandlingsrespons. Foscarnet er da behandlingsalternativ (2).

Behandling med aciklovir 10 mg/kg intravenøst hver 8. time ble startet opp på nytt. Nye spinalvæskeundersøkelser avdekket vedvarende lett pleocytose, med 12 celler/mm³, totalprotein på 0,56 g/L og spinalvæske-serum-glukoseforhold på 0,66. Hurtigtest for herpes simplex var denne gangen negativ, og det var også PCR-undersøkelsen. Cerebrospinalvæske ble sendt til nevroimmunologisk laboratorium ved Haukeland universitetssjukehus for encefalittantistoffanalyser.

Differensialdiagnostisk kan episoder med mentalt fravær og underlig atferd indikere fokal epilepsi med bevissthetsaffeksjon utgående fra temporallapp. Emosjonelle symptomer forekommer hyppig ved forstyrrelse i temporolimbiske systemer. Autoimmun encefalitt må også vurderes. Anti-N-metyl-D-aspar-

tat-reseptor (NMDAR)-encefalitt er en form for limbisk encefalitt som også er assosiert med epilepsi og nevropsykiatriske symptomer. Tilstanden kan trigges av herpes simplex-encefalitt, og nyere studier har vist at opp mot 27 % av pasientene som har gjennomgått herpes simplex-encefalitt, utvikler en slik tilstand (9, 10).

En ny EEG-undersøkelse dagen etter viste bedring, men den var fortsatt patologisk med langsom bakgrunnsaktivitet. Dette er dog ikke typiske forandringer for herpes simplex-encefalitt. Ingen epileptiform aktivitet ble sett. På mistanke om autoimmun encefalitt ble det seks dager etter ny innleggelse startet immunmodulerende behandling med intravenøs immunglobulin (IVIG) 2 g/kg i fem dager. Det ble da vurdert at pasientens psykoselignende symptomer kunne forverres av høydoserte steroider, som egentlig er anbefalt førstevalg for autoimmun encefalitt.

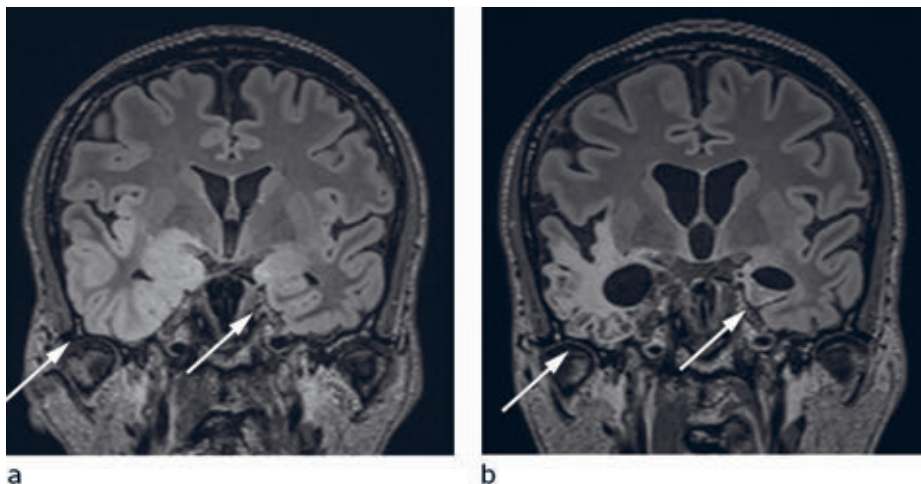
En uke etter oppstart med immunglobulinbehandling ble det bekreftet høyt titer av antistoff mot NMDA-reseptor i pasientens spinalvæske. En ny cerebral MR-undersøkelse tatt fire uker etter den første, viste økende høysignalforandringer temporalt bilateralt. Dette funnet er ikke spesifikt for verken herpesencefalitt eller autoimmun encefalitt (11).

To uker etter reinnleggelsen ble pasienten overflyttet til psykiatrisk avdeling på grunn av vanskelig håndterbar psykose. Han var preget av vrangforestillinger, var aggressiv og urolig. Det var flere episoder med utagerende og upassende atferd, og ved en anledning måtte politi tilkalles. Pasienten hadde hatt lite bedring av immunglobulinbehandlingen, og det ble derfor straks etter overføring til psykiatrisk avdeling startet høydoserte steroider i form av metylprednisolon i tablettform, 16 mg × 4. Heller ikke dette ga sikker bedring, og fire uker etter immunglobulinbehandlingen ble det startet andrelinjebehandling i form av 1 000 mg rituksimab gitt intravenøst to ganger med to ukers mellomrom.

Tilstanden stabiliserte seg etter noe tid, og man forsøkte rehabilitering i flere omganger, men pasienten gjenvant aldri tilstrekkelig funksjon til å kunne bo hjemme. Han bor nå i omsorgsbolig med stort oppfølgingsbehov. En ny MR-undersøkelse 4,5 måneder etter symptomdebut viste omfattende skade i temporallapper (figur 3b).

Diskusjon

Dødeligheten ved encefalitt er høy, spesielt dersom den er forårsaket av herpesvirus, og



Figur 3 MR med koronal T2-vektede FLAIR-sekvenser. a) Seks dager etter første innleggelse ses fortykket korteks med høyt signal i begge temporallappene. b) 4,5 måneder etter første undersøkelse ser man betydelig tap av hjernevev i tidligere påviste encefalittområder.

det er derfor viktig å starte behandling så raskt som mulig. Forsinket behandling med mer enn to dager er en uavhengig risikofaktor for alvorlig neurologisk sekvele eller død (2). Senskader med kognitive vansker, personlighetsendringer og epilepsi forekommer hos opptil 70 % av pasientene som overlever. Rundt 40–55 % klarer å gjenoppta vanlige daglige aktiviteter (2, 9). Rask behandling med aciklovir har senket dødeligheten fra 70 % (hvis ubehandlet) til rundt 20 % (2).

Vår pasient kunne kanskje ha blitt behandlet tidligere, men encefalittdiagnosen er utfordrende, spesielt i tidlig fase. Atferdsendringer assosiert med feber og hodepine bør vekke mistanke, men det er variabel grad av symptomer, og mentale forandringer kan være subtile. Hodepine og feber kan være fraværende, men forekommer hos majoriteten av dem med herpes simplex-encefalitt. Kramper forekommer hos om lag halvparten (2). Den årlige insidensen av herpes simplex-encefalitt er 2–4 per million innbyggere (8), så gjenkjennelse i allmennpraksis er ikke erfaringsbasert. Dominerende nevropsykiatriske symptomer kan bidra til at pasienter feilaktig blir innlagt i psykisk helsevern, noe som vil forsinke diagnostikk og livsviktig behandling. Det er derfor av stor betydning at klinikere mistenker encefalitt og har det i mente som en viktig differensialdiagnose.

Funnet av stadig flere biomarkører assosiert med neurologisk sykdom har bidratt til endret forståelse av flere sykdomstilstander, også tilstander man tidligere har antatt at skyldtes psykologiske forhold (10, 12). Pasien-

ten i denne kasuistikken fikk sent i forløpet av en herpes simplex-encefalitt en ikke-infeksiøs encefalitt. Anti-NMDA-reseptorencefalitt er som tidligere nevnt en velkjent komplikasjon til herpes simplex-encefalitt. Tilstanden ble første gang beskrevet i 2007 som et paraneoplastisk fenomen og representerer en form for subakutt autoimmun hjernebetennelse som typisk manifesterer seg med nevropsykiatriske symptomer. Det har vært en økende prevalens, og anti-NMDA-reseptorencefalitt er nå den hyppigste autoimmune encefalitten (3, 13–15).

Klinisk ser man ved anti-NMDA-reseptorencefalitt en viruslignende prodromalfase for symptomer som atferdsendring, vrangforestillinger og psykose blir fremtredende (16). Ved mistanke om tilstanden bør spinalvæsken undersøkes for spesifikke antistoffer. Opptil 14 % av dem med anti-NMDA-reseptorencefalitt mangler antistoffer i serum. Dersom det kun analyseres antistoffer i blodet, vil man potensielt forsinke diagnose og viktig behandling (17).

Ved anti-NMDA-reseptorencefalitt kan sannsynligvis nevrondød avverges dersom behandling iverksettes raskt. Anti-NMDA-reseptorantistoffer binder seg konsistent til en underenhet av NMDA-reseptoren, noe som blant annet resulterer i internalisering av reseptoren og redusert tetthet av NMDA-reseptorer på nervecelleens overflate. Dette fører til endret nervecellefunksjon, men ikke nødvendigvis til celledød (18). Ved herpes simplex-encefalitt derimot vil reaktivering av virus føre til at proteiner av typen toll-lignende re-

septorer (TLR) på makrofager i hjernen aktiveres, og det oppstår inflammasjon og celledød (19).

En sikker diagnose av anti-NMDA-reseptorencefalitt krever påvisning av anti-NMDA-reseptorantistoffer i serum eller spinalvæske sammen med kliniske funn. Ved fravær av antistoffer kan likevel en sannsynlig diagnose stilles ved forekomst av minst fire av de mest vanlige symptomene: atferdsendring/kognitiv dysfunksjon, språkforstyrrelse, kramper, bevegelsesforstyrrelse, redusert bevissthet og autonom dysfunksjon. I tillegg må det fore-

ligge funn av encefalitt-forandringer på EEG-undersøkelse og/eller pleocytose i spinalvæsken (17). Andre diagnoser må være ekskludert.

Førstelinjebehandling ved anti-NMDA-reseptorencefalitt er kortikosteroider, intravenøse immunglobuliner eller plasmaferese (3). Rundt halvparten responderer på slik behandling (15). Rituksimab, syklofosamid og azatioprin benyttes som andrelinjebehandling dersom det innen fire uker er manglende respons (3, 15). Om lag 80 % vil respondere på immunmodulerende behandling (3). Tidlig behandling har vist seg avgjørende for pro-

gnosen (9). I en større studie ble det registrert alvorlige sekveler og død hos 29 % av tilfellene (15).

Hos vår pasient var det nok allikevel den virale encefalitten som ga størst permanent skade (figur 3a og b).

Pasienten og hans kone har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 5.11.2021, første revisjon innsendt 14.2.2022, godkjent 21.3.2022.

MERETHE KARLBERG

er spesialist i nevrologi og overlege.

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

HANNE THORESEN

er spesialist i radiologi og overlege.

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

DIANA HRISTOVA BERG

er spesialist i nevrologi og LIS-lege i klinisk nevrofysiologi.

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

OANA-GRATIELA CIOPAT

er spesialist i nevrofysiologi.

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

KARL BJØRNAR ALSTADHAUG

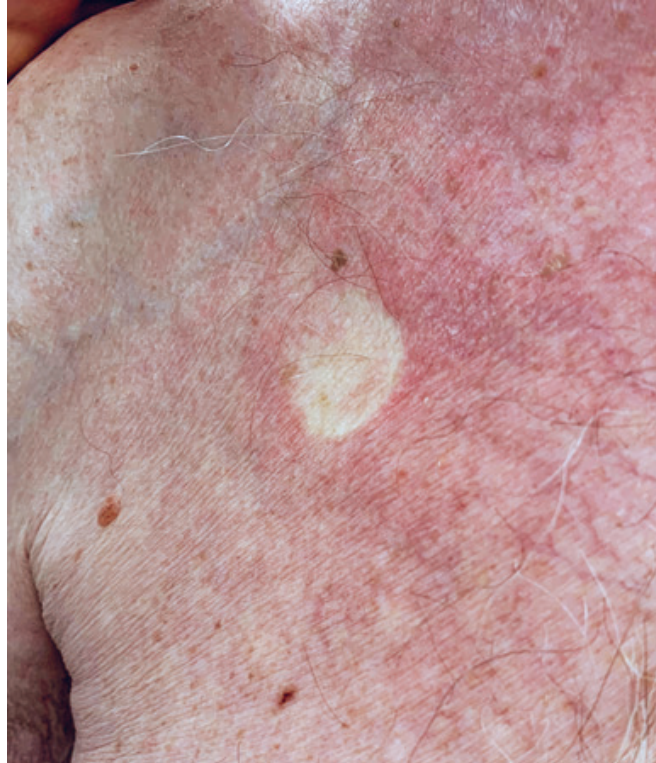
er spesialist i nevrologi, overlege og professor.

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

LITTERATUR

- Isaac ML, Larson EB. Medical conditions with neuropsychiatric manifestations. *Med Clin North Am* 2014; 98: 1193–208.
- Piret J, Boivin G. Immunomodulatory Strategies in Herpes Simplex Virus Encephalitis. *Clin Microbiol Rev* 2020; 33: e00105-19.
- Dalmau J, Armangué T, Planagumà J et al. An update on anti-NMDA receptor encephalitis for neurologists and psychiatrists: mechanisms and models. *Lancet Neurol* 2019; 18: 1045–57.
- Vora NM, Holman RC, Mehal JM et al. Burden of encephalitis-associated hospitalizations in the United States, 1998-2010. *Neurology* 2014; 82: 443–51.
- Tansarli GS, Chapin KC. Diagnostic test accuracy of the BioFire® FilmArray® meningitis/encephalitis panel: a systematic review and meta-analysis. *Clin Microbiol Infect* 2020; 26: 281–90.
- Freund B, Ritzl EK. A review of EEG in anti-NMDA receptor encephalitis. *J Neuroimmunol* 2019; 332: 64–8.
- Husari KS, Dubey D. Autoimmune Epilepsy. *Neurotherapeutics* 2019; 16: 685–702.
- Jayaraman K, Rangasami R, Chandrasekharan A. Magnetic Resonance Imaging Findings in Viral Encephalitis: A Pictorial Essay. *J Neurosci Rural Pract* 2018; 9: 556–60.
- Armangue T, Spatola M, Vlăgea A et al. Frequency, symptoms, risk factors, and outcomes of autoimmune encephalitis after herpes simplex encephalitis: a prospective observational study and retrospective analysis. *Lancet Neurol* 2018; 17: 760–72.
- Prüss H. Autoantibodies in neurological disease. *Nat Rev Immunol* 2021; 21: 798–813.
- Zhang T, Duan Y, Ye J et al. Brain MRI Characteristics of Patients with Anti-N-Methyl-D-Aspartate Receptor Encephalitis and Their Associations with 2-Year Clinical Outcome. *AJNR Am J Neuroradiol* 2018; 39: 824–9.
- Sechi E, Flanagan EP. Antibody-Mediated Autoimmune Diseases of the CNS: Challenges and Approaches to Diagnosis and Management. *Front Neurol* 2021; 12: 673339.
- Slettedal I, Dahl HM, Sandvig I et al. Ung jente med psykose, kognitiv svikt og kramper. *Tidsskr Nor Legeforen* 2012; 132: 2073–6.
- Engen K, Agartz I. Anti-NMDA-reseptorencefalitt. *Tidsskr Nor Legeforen* 2016; 136: 1006–9.
- Titulaer MJ, McCracken L, Gabilondo I et al. Treatment and prognostic factors for long-term outcome in patients with anti-NMDA receptor encephalitis: an observational cohort study. *Lancet Neurol* 2013; 12: 157–65.
- Dalmau J, Tüzün E, Wu HY et al. Paraneoplastic anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis associated with ovarian teratoma. *Ann Neurol* 2007; 61: 25–36.
- Graus F, Titulaer MJ, Balu R et al. A clinical approach to diagnosis of autoimmune encephalitis. *Lancet Neurol* 2016; 15: 391–404.
- Greenlee JE, Carlson NG, Abbatemarco JR et al. Paraneoplastic and Other Autoimmune Encephalitides: Antineuronal Antibodies, T Lymphocytes, and Questions of Pathogenesis. *Front Neurol* 2022; 12: 744653.
- Kigerl KA, de Rivero Vaccari JP, Dietrich WD et al. Pattern recognition receptors and central nervous system repair. *Exp Neurol* 2014; 258: 5–16.

Når blodet flyter langsomt



Bildet viser forsinket kapillærfylling etter fem sekunder ved trykk mot huden på brystet hos en mann i 80-årene. Pasienten var henvist til beinmargsbiopti på bakgrunn av CT-funn av forstørrede lymfeknuter supraklavikulært og monoklonal komponent av type IgM-kappa påvist ved serumproteinelektroforese. IgM ble målt til 35,3 g/L (referanseområde 0,3–2,3). Beinmargsbiopti viste infiltrasjon av lymfoplasmacytoide B-celler, og ved samtidig monoklonal komponent av type IgM var disse funnene diagnostisk for Waldenströms makroglobulinemi.

Pasienten hadde ingen andre tilstander som kunne forklare dette kliniske bildet, og sammenholdt med blodprøvefunn ble dette vurdert som forenlig med hyperviskositetsyndrom med affeksjon av mikrovaskulær sirkulasjon. Dette kan i prinsippet sees ved enhver patologisk økning av enten monoklonale eller polyklonale cellulære og/eller acellulære komponenter i blodet. Waldenströms makroglobulinemi er imidlertid den vanligste årsaken til hyperviskositetsyndrom, da IgM-molekyl er svært store protein og hyperviskositet kan sees allerede ved konsentrasjoner rundt 30 g/L (1). Til sammenligning ser man gjerne IgG-assosiert hyperviskositet først ved konsentrasjoner rundt 100 g/L (6,0–15,3)

og for IgA rundt 70 g/L (0,8–4,0) (2). Den klassiske triaden ved hyperviskositet omfatter slimhinneblødning, synsforstyrrelser og neurologiske manifestasjoner i form av somnolens, hodepine og svimmelhet, noe vår pasient imidlertid benektet å være plaget av.

Patofysiologien kan forklares ved at blodets viskositet er høyest i venoler, og at viskøs væske av en slik karakter bidrar til et drag på endotelveggen med påfølgende rift der hvor det er lite omliggende støttevev, typisk i nese-slimhinne, tannkjøtt, retina, hjernens overflate og gastrointestinalkanalen (2). Paraproteiner kan videre interferere med koagulasjonsfaktorer og trombocytter og slik bidra til økt blødningstendens hos disse pasientene.

Alvorlig hyperviskositet ved Waldenströms makroglobulinemi er en alvorlig og i ytterste konsekvens potensielt dødelig tilstand. Alle med IgM-konsentrasjon > 30 g/L eller klinisk mistenkt hyperviskositetssyndrom bør henvises til øyebunnsundersøkelse grunnet høy prevalens av oftalmologiske komplikasjoner. Ved alvorlig hyperviskositet forårsaket av paraproteinemi har plasmaferese vist seg å være en effektiv symptomatisk behandling. Videre behandling vil deretter være rettet mot underliggende årsak i form av kjemo- og immunterapi (3).

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 9.1.2022, første revisjon innsendt 8.3.2022, godkjent 28.3.2022.

MIRIAM SANDNES

er medisinstudent på forskerlinjen.

Klinisk institutt 2

Universitetet i Bergen

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

HÅKON REIKVAM

hakon.reikvam@uib.no

er spesialist i indremedisin og i blodsykdommer og er overlege og professor.

Klinisk institutt 2

Universitetet i Bergen

Seksjon for blodsykdommar

Haukeland universitetssjukehus

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

LITTERATUR

- 1 Weaver A, Rubinstein S, Cornell RF. Hyperviscosity Syndrome in Paraprotein Secreting Conditions Including Waldenström Macroglobulinemia. *Front Oncol* 2020; 10: 815.
- 2 Gertz MA. Acute hyperviscosity: syndromes and management. *Blood* 2018; 132: 1379–85.
- 3 Stone MJ, Bogen SA. Evidence-based focused review of management of hyperviscosity syndrome. *Blood* 2012; 119: 2205–8.



Eliquis[®]
apixaban

Det handler om
en enklere hverdag⁷

Eliquis er den eneste NOAK som har vist sammenlignbar **EFFEKT** og forekomst av **ALVORLIGE BLØDNINGER** vs. LMWH*, uten å øke risiko for alvorlige eller ikke-alvorlige **GI BLØDNINGER** hos pasienter med kreft og VTE vs. LMWH^{*2-6}

Direkte oppstart med 10mg** (tablett) dosert to ganger daglig² de første 7 dagene, etterfulgt av 5mg to ganger daglig, for behandling av akutt DVT og behandling av LE hos voksne pasienter.

DU KAN LESE MER OM ELIQUIS PÅ ELIQUIS.NO



Bristol Myers Squibb™



REFERANSER: 1. Reseptregisteret 2020 (publisert april 2021), www.folkehelseinstituttet.no 2. ELIQUIS preparatomtale (SPC), www.legemiddelverket.no 3. Agnelli G, Becattini C, Meyer G et al. Apixaban for the Treatment of Venous Thromboembolism Associated with Cancer. NEJM.org. DOI: 10.1056/NEJMoa1915103. March 29, 2020. 4. Pradaxa preparatomtale (SPC), www.legemiddelverket.no 5. Xarelto preparatomtale (SPC), www.legemiddelverket.no 6. Lixiana preparatomtale (SPC), www.legemiddelverket.no 7. M. Quante, I. Thate-Waschke, M. Schofer. What are the reasons for patient preference? A comparison between oral and subcutaneous administration. Z Orthop Unfall, 2012 Sep;150(4):397-403. doi: 10.1055/s-0031-1298347. Epub 2012 Mar 15.

* målt i antall personer som har fått et legemiddel utlevert fra apotek i løpet av 2020. * LMWH = lavmolekylære hepariner. Studien³ sammenlignet apixaban vs dalteparin. ** To tabletter a 5mg morgen (10mg) og to tabletter a 5mg kveld (10mg) de første syv dager, deretter 5 mg morgen og kveld. GI-blødninger=Gastrointestinal blødning, DVT=Dyp venetrombose, VTE=Venøs tromboembolisme, LE=Lungeemboli. NOAK = Non-vitamin K antagonist oral antikoagulant.



**NORGES MEST
BRUKTE ORALE
ANTIKOAGULANT^{1#}**

VIKTIG SIKKERHETS- OG FORSKRIVNINGSPASJON

Eliquis® (Apiksaban) Utleveringsgruppe: C, Reseptbelagt legemiddel.

Indikasjon: Behandling av dyp venetrombose (DVT) og lungeemboli (LE), og forebygging av tilbakevendende DVT og LE hos voksne.

Dosering og administrasjonsform: Behandling av DVT og LE Normaldosering: 10 mg tatt oralt 2 x daglig i de første 7 dagene, etterfulgt av 5 mg tatt oralt 2 x daglig. Forebygging av residiverende DVT og LE (VTet) Normaldosering: 2,5 mg 2 x daglig.

Vanligste bivirkninger: **Vanlige bivirkninger** er økt blødningsforekomst. Pasienten bør følges nøye med tanke på tegn til blødning, som kontusjonsblødning, neseblødning, hematom, hematuri og GI-blødning. **Andre vanlige bivirkninger** kan være anemi, trombocytopeni og hudutslett. **Alvorlige blødninger** som hjerneblødning og intraabdominal blødning er definert som sjeldne bivirkninger.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdstoffene. Aktiv, klinisk signifikant blødning. Leversykdom assosiert med koagulopati og klinisk relevant blødningsrisiko. Lesjoner eller tilstand som vurderes som signifikant risikofaktor for alvorlige blødninger. Samtidig behandling med andre antikoagulantia, unntatt under spesifikke forhold rundt bytte av antikoagulantbehandling, når UHF er gitt ved doser som gjør det nødvendig å opprettholde et åpent sentralvenøst eller arterielt kateter.

Refusjon: Refusjon 2B01A F02 og refusjonskoder: Apiksaban – 2.5mg og 5 mg. Refusjonsberettiget bruk: Behandling av dyp venetrombose (DVT) og lungeemboli (LE), og forebygging av tilbakevendende DVT og LE hos voksne pasienter.

ICPC: K93 LUNGEEMBOLI

ICPC: K94 DYP VENETROMBOSE

ICD: I26 LUNGEEMBOLI

ICD: I82 ANNEN EMBOLI OG TROMBOSE I VENER

Vilkår: Ingen spesifisert

VIKTIG SIKKERHETSINFORMASJON VED BRUK AV ELIQUIS TIL PASIENTER MED VTE:

- Ikke anbefalt til pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon
- Ikke anbefalt til pasienter med kunstige hjerteklaffer
- Kontraindisert ved tilstander som gir økt risiko for alvorlig blødning. Dette kan inkludere gjeldende eller nylig gastrointestinal blødning, tilstedeværelse av ondartede svulster med høy risiko for blødning eller ved samtidig bruk av andre antikoagulantia
- Apiksaban er ikke anbefalt som et alternativ til ufraksjonert heparin hos pasienter med lungeemboli som er hemodynamisk ustabile, eller som kan få trombolyse eller pulmonal embolektomi
- Før oppstart av apixaban ved behandling av DVT og LE hos pasienter med kreft, skal man gjøre en nøye vurdering av fordeler versus risiko
- Noen krefttyper, som hjernetumor, cerebrale metastaser og akutt leukemi ble ekskludert fra studien som undersøkte bruk av Eliquis som behandling av DVT og LE til pasienter med aktiv kreft

Interaksjoner: Hemmere av CYP3A4 og P-gp: Samtidig bruk av preparater som er sterke hemmere av både CYP3A4 og P-gp, som azolantimykotika (f.eks. ketokonazol, itraconazol, vorikonazol og posakonazol) og hiv-proteasehemmer (f.eks. ritonavir) anbefales ikke

Pakninger og priser: **Eliquis 2.5mg:** 20 stk. (blister) kr 284,80, 168 stk. (blister) kr 2118,50. **Eliquis 5mg:** 28 stk. (blister) kr 384,20, 168 stk. (blister) kr 2118,50.

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

Ulike typer interferens i randomiserte studier

Når behandlingen av ett individ påvirker utfallet hos andre individer, oppstår det vi kaller interferens. Dette inntreffer blant annet i vaksineforsøk, hvor vaksinen indirekte beskytter uvaksinerte kontrollpersoner mot smittsomme sykdommer. Men det finnes også andre typer interferens.

Det er viktig å kjenne til interferens, ettersom dette fenomenet kompliserer analysen og fortolkningen av medisinske studier, inkludert randomiserte forsøk. Vi vil her diskutere ulike typer interferens som kan inntreffe i praksis. Ogburn og VanderWeele skiller mellom tre typer (1), men det er flere måter å klassifisere interferens på. Selv om de ulike typene kan inntreffe alene, vil de ofte inntreffe parallelt.

Ulike typer interferens

Vi har tidligere diskutert hvordan *smitteinterferens* gjør at individer randomisert til vaksine eller andre tiltak kan beskytte individer i kontrollgruppen (2). Man kan generalisere denne typen interferens til å gjelde alle tilfeller hvor et individs behandling virker på utfallet til individet, som igjen påvirker andre individers utfall (1).

Et individs behandling kan også påvirke andre individers utfall gjennom stier som ikke går via individets eget utfall. Denne typen interferens kalles gjerne *direkte interferens* (1). Dette vil ofte være et problem for intervensjoner som ikke kan blindes. La oss si at en gruppe individer ble randomisert til å bruke munnbind eller ikke mot covid-19. I en slik studie kan adferden til individene i kontrollgruppen påvirkes av at andre bruker munnbind, for eksempel er det mulig at kontrollpersonene begynner å holde mer avstand til andre.

En tredje type interferens er såkalt *allokeringsinterferens*. Dette inntreffer når individer randomiseres til grupper og utfallet til et individ avhenger av egenskapene til individene som ble randomisert til samme gruppe. Anta for eksempel at studenter ble randomisert til tilgang eller ikke-tilgang til lesesaler. Utfallet

for et individ, uavhengig om det er smitte eller eksamensresultater, kan avhenge av hvilke (og hvor mange) andre individer som fikk tilgang til samme lesesal. Denne typen interferens er mer subtil, og den inntreffer gjerne sammen med andre typer interferens (1).

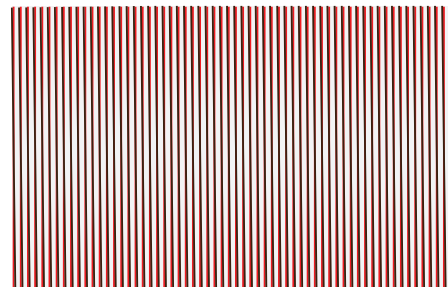
Det at et individs utfall påvirkes av hvor mange andre som mottar intervensjonen, er noe som kan inntreffe ofte. For eksempel kan effekten av å stenge skoler på covid-19-smitte avhenge av antallet skoler som stenges, fordi antallet stengte skoler påvirker deltagerens oppfatning av tiltaket og deres adferd i og utenfor skolen. Dette er en form for Hawthorne-effekt: Det å bli undersøkt fører i seg selv til adferdsendringer. Hawthorne-effekten kan ses på som en ekstrem form for interferens (3).

Bruken av begrepet interferens går langt tilbake (4) og det forskes aktivt på metoder for å estimere behandlingseffekter under interferens (5, 6). Problemer knyttet til interferens i randomiserte studier har også fått mye oppmerksomhet innen andre fag enn medisin, der flere typer interferens enn smitteinterferens er vanlig (3, 6, 7).

Forsøk under interferens

Fravær av interferens antas i analysene av de fleste randomiserte forsøk, enten eksplisitt eller implisitt (4). Hvis interferens likevel er til stede, vil tradisjonelle effektmål ofte være misvisende. Sanne effekter kan over- eller underdrives. Det er for eksempel mulig at tradisjonelle analyser indikerer at skadelige intervensjoner er beskyttende – og vice versa (6). Ofte vil det faktisk være uklart hva man mener med «effekt» i situasjoner med interferens. Det vil kreve ytterligere spesifisering av hva man prøver å estimere. Hvis ikke effekten klargjøres, er forsøket fortløpende, og dermed verdien for fremtidig beslutningstaking, uklart.

Så hvordan skal man håndtere interferens i praksis? Det enkleste er å designe randomiserte forsøk hvor interferens er fraværende eller neglisjerbart. Problemet er da at forsøket ikke nødvendigvis svarer på relevante spørsmål for den virkelige verden, der interferens er til stede. Alternativet er å håndtere interferens gjennom metode. Dette er en øvelse i kausal inferens, hvor man nøysomt må spesifisere behandlingseffekter man ønsker å estimere, samt argumentere for at effektmålet er relevant og at man har en fornuftig strategi for å identifisere denne effekten. I slike situasjoner er det sjelden tilstrekkelig å bruke konvensjonelle metoder for å analysere randomi-



Illustrasjon: Tidsskriftet

serte forsøk. I tillegg vil analysene vanligvis kreve at man samler inn mer data om adferd underveis i forsøket.

Konklusjon

Kunnskap om interferens er viktig for å avklare når randomisering er et passende verktøy for å identifisere kausale effekter eller ikke. Randomisering i seg selv er ikke en tilstrekkelig garanti for at en studie har en klar fortolkning og praktisk relevans.

JON MICHAEL GRAN

j.m.gran@medisin.uio.no
er førsteamanuensis i biostatistikk, Universitetet i Oslo.

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

MATS JULIUS STENSRUD

lege og *tenure-track* assistent professor i biostatistikk, École Polytechnique Fédérale de Lausanne (EPFL), Sveits.

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

LITTERATUR

- Ogburn EL, VanderWeele TJ. Causal Diagrams for Interference. *Stat Sci* 2014; 29: 559–78.
- Stensrud MJ, Gran JM. Randomisering under en pandemi. *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.20.0439.
- Rosenbaum PR. Interference Between Units in Randomized Experiments. *J Am Stat Assoc* 2007; 102: 191–200.
- Cox DR. *Planning of experiments*. New York, NY: Wiley, 1958.
- Hudgens MG, Halloran ME. Toward causal inference with interference. *J Am Stat Assoc* 2008; 103: 832–42.
- Sobel ME. What do randomized studies of housing mobility demonstrate?: Causal Inference in the face of interference. *J Am Stat Assoc* 2006; 110: 1398–407.
- Heckman JJ. *Randomization and Social Policy Evaluation Revisited*. Lest 18.5.2022.

Pediatriiske referanseområder – en oppdatering

Engelsk oversettelse på tidsskriftet.no

Barn er ikke små voksne, heller ikke når det gjelder referanseområder. Den nasjonale brukerhåndboken i medisinsk biokjemi oppdateres nå med pediatriiske referanseområder.

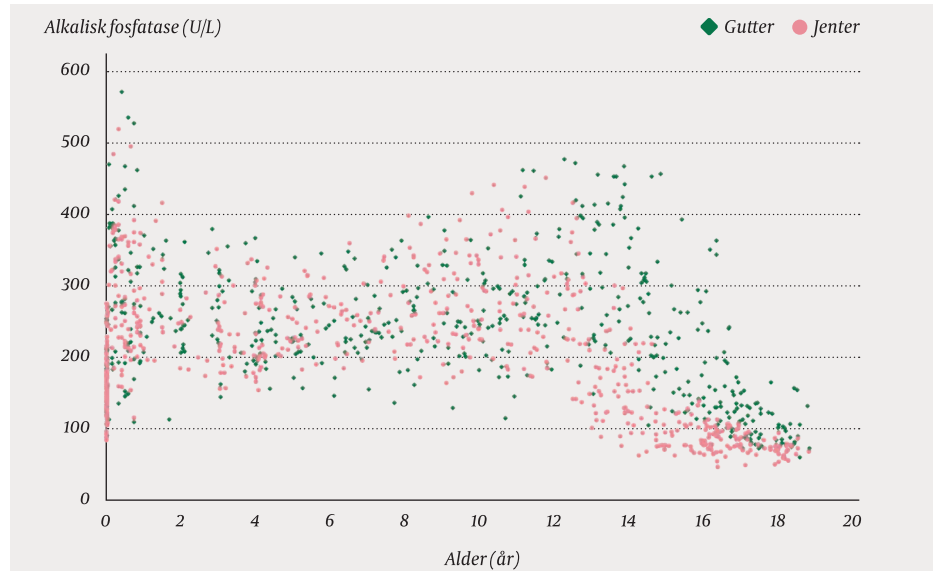
De største endringene i biokjemiske analytter skjer i nyfødtp perioden, i spedbarnsalderen og i forbindelse med puberteten. De første 3–4 månedene etter fødselen skjer det store endringer i hematologiske parametere. Da erstattes føtal hemoglobin av voksent hemoglobin, og store føtale erythrocytter erstattes av små erythrocytter, som gradvis øker i størrelse frem til puberteten. Spedbarn har høye kreatininkonsentrasjoner de første ukene etter fødsel, etterfulgt av nadirverdier fra 2–7 måneder og deretter gradvis økt konsentrasjon på grunn av økt muskelmasse (1).

Beintilveksten er uttalt de første leveårene og i puberteten, noe som gjenspeiles i store svingninger i konsentrasjonen av alkalisk fosfatase (figur 1) (2). Modning av binyrebark og gonadefunksjon fører til store hormonelle endringer i puberteten. Ettersom pubertetsstart varierer, må man ta stilling til barnets utviklingsnivå ved vurdering av referanseområder for flere analytter.

Historisk sett har pediatriiske referanseområder i stor grad vært basert på pasientdata, men det foreligger nå studier basert på data fra friske barn. I et nordisk samarbeid er referanseområder for 18 vanlige biokjemiske analytter kartlagt hos nesten 2 000 barn i alderen 6 måneder til 18 år (3). I et kanadisk multisentersamarbeid er referanseområder for over 170 analytter hos over 10 000 barn i alderen 0–18 år kartlagt (4, 5). Det finnes tilsvarende prosjekt fra Tyskland (6) og USA (7). Referanseområder for endokrine analyser for barn i alderen 6–16 år med tilhørende Tanner-stadium er kartlagt i en norsk studie (8, 9).

En arbeidsgruppe i Norsk selskap for medisinsk biokjemi (NSMB) har i samarbeid med Norsk barnelegeforening oppdatert den nasjonale brukerhåndboken i medisinsk biokjemi (10) med pediatriiske referanseområder og kliniske beslutningsgrenser. Referanseområdene er hovedsakelig basert på publikasjoner fra de omtalte nordiske, kanadiske og norske studiene.

Alle laboratorier bør ha pediatriiske refe-



Figur 1 Endring i serumkonsentrasjon av alkalisk fosfatase etter alder, gjengitt med tillatelse (2).

ranseområder. Siden det er etisk vanskelig og tidkrevende å etablere slike selv, kan informasjonen i brukerhåndboken benyttes. Noen analyser har metodeforskjeller, og laboratoriene må ta stilling til om de enkelte referanseområdene skal endres i henhold til laboratoriets egen metode. Kommentarer om metodeforskjeller vil i brukerhåndboken ligge under fanen *For laboratoriet*.

Referanseområder beskriver tradisjonelt de sentrale 95 % av verdiene i en populasjon. Slike referanseområder er veiledende og må tolkes med skjønn. For noen analytter kan referanseområder ha hopp mellom alderstrinn, noe som ikke gjenspeiler de reelle, gradvise fysiologiske endringene. For mange analytter vil det også være betydelige individuelle aldersvariasjoner avhengig av vekstfase og modningsgrad. Referanseområder for vitaminer og mineraler vil variere i forhold til inntak og sier ingenting om optimal status. For slike analytter er det innført kliniske beslutningsgrenser basert på oppdatert litteratur og bruk av egne data.

NSMBs arbeidsgruppe «Pediatriiske referansegrenser» består av: Ingrid Hardang, Per Thorsby, Maria Averina, Claus Klingenberg, Thomas Hundhausen, Trine Lauritzen, Ann Helen Kristoffersen, Paul Kjetel Lillemoen, Pétur Júlíusson, André Madsen i tillegg til Ingrid Alsos Lian og Anne-Lise Bjørke Monsen.

INGRID ALSOS LIAN

ingrid.alsos.lian@gmail.com
er ph.d., overlege ved Avdeling for medisinsk biokjemi, St. Olavs hospital, førsteamanuensis ved NTNU og styremedlem i Norsk selskap for medisinsk biokjemi (NSMB).

ANNE-LISE BJØRKE MONSEN

er ph.d. og spesialist i barnesykdommer og i medisinsk biokjemi. Hun er overlege ved Sykehuset Innlandet, Haukeland universitetssjukehus og Unilabs og styremedlem i Norsk selskap for medisinsk biokjemi (NSMB).

Begge forfatterne har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Boer DP, de Rijke YB, Hop WC et al. Reference values for serum creatinine in children younger than 1 year of age. *Pediatr Nephrol* 2010; 25: 2107–13.
- Pediatric Reference Interval Database CALIPER. Lest 8.3.2022.
- Ridefelt P, Hilsted L, Juul A et al. Pediatric reference intervals for general clinical chemistry components - merging of studies from Denmark and Sweden. *Scand J Clin Lab Invest* 2018; 78: 365–72.
- Adeli K, Higgins V, Trajcevski K et al. The Canadian laboratory initiative on pediatric reference intervals: A CALIPER white paper. *Crit Rev Clin Lab Sci* 2017; 54: 358–413.
- Colantonio DA, Kyriakopoulou L, Chan MK et al. Closing the gaps in pediatric laboratory reference intervals: a CALIPER database of 40 biochemical markers in a healthy and multiethnic population of children. *Clin Chem* 2012; 58: 854–68.
- Kohse KP, Thamm M. KiGGS-the German survey on children's health as data base for reference intervals. *Clin Biochem* 2011; 44: 479.
- ARUP Laboratories. CHILDX™: Pediatric Reference Range Study. Lest 8.3.2022.
- Madsen A, Bruslerud IS, Bertelsen BE et al. Hormone References for Ultrasound Breast Staging and Endocrine Profiling to Detect Female Onset of Puberty. *J Clin Endocrinol Metab* 2020; 105: e4886–95.
- Madsen A, Oehme NB, Roelants M et al. Testicular Ultrasound to Stratify Hormone References in a Cross-Sectional Norwegian Study of Male Puberty. *J Clin Endocrinol Metab* 2020; 105: dgz094.
- Nasjonalt brukerhåndbok i medisinsk biokjemi. Lest 8.3.2022.

GI JERNET!

KRONISKE SYKDOMMER KAN FØRE TIL JERNMANGEL

Ved funksjonell jernmangel hemmes opptaket av jern i tarmen og jernlagrene kan ikke utnyttes. Det er vanlig ved kroniske sykdommer som hjertesvikt, nedsatt nyrefunksjon, IBD og betennelsestilstander. Funksjonell jernmangel påvises mest pålitelig ved å måle transferinmetningen.



EN NORMAL HB KAN KAMUFLERE JERNMANGEL

Jernlagrene kan også minke over tid uten at det er synlig på Hb-verdien. Derfor er det viktig å ikke bare måle Hb ved mistanke om jernmangel – men også jernlageret og transferrinmetningen.



JERNMANGEL ER VIKTIG Å BEHANDLE

Jernmangel behandles først og fremst med jerntabletter. Intravenøst jern, skal brukes dersom jerntabletter ikke gir tilstrekkelig effekt eller ikke kan brukes – eller hvis det er behov for å gi jern raskt. Administrering av intravenøst jern gjøres av helsepersonell og tar ca. 15 minutter, etterfulgt av 30 minutters observasjon.

Ferinject® er det intravenøse jernet som har mest omfattende dokumentert klinisk forskning i verden.¹



ferinject®
ferric carboxymaltose



Tilgjengelig pasientmateriell fra Vifor Pharma:
Den lille boken om jern: «Veien til bedre jernhelse»
Svensk nettside: sjekk jernet!: www.kollajärnet.se

Ferinject (jern(III)karboksymaltose)

Jernpreparat. ATC-nr.: B03A C. Utleveringsgruppe C. Reseptbelagt legemiddel.

INFUSJONS-/INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 50 mg/ml. 1

Indikasjoner: Behandling av jernmangel når orale jernpreparater er uten virkning, ikke kan brukes eller det er klinisk behov for hurtig tilførsel av jern. Diagnosen jernmangel må baseres på laboratorieprøver.

Dosering: Pasienten skal overvåkes nøye for tegn og symptomer på overfølsomhetsreaksjoner under og etter hver administrering. Skal kun administreres når personell som er opplært i å vurdere og behandle anafylaktiske reaksjoner er i umiddelbar nærhet, og når komplett gjenopplivingsutstyr er tilgjengelig. Pasienten bør observeres for bivirkninger i minst 30 minutter etter hver injeksjon. **Trinn 1: Bestemmelse av jernbehov:** Bestemmes på bakgrunn av pasientens kroppsvekt og hemoglobinnivå (Hb) iht. tabell 1 i SPC. **Trinn 2: Beregning og administrering av maks. individuell(e) jerdose(r):** En enkelt dose skal ikke overskride: -15 mg jern/kg kroppsvekt (ved i.v. injeksjon) eller 20 mg jern/kg kroppsvekt (ved i.v. infusjon). -1000 mg jern (20 ml Ferinject). Maks. anbefalt kumulativ dose er 1000 mg jern (20 ml Ferinject) pr. uke.

Trinn 3: Vurdering etter tilførsel av jern: Ny vurdering skal utføres av legen basert på individuell tilstand. Hb-nivået skal vurderes på nytt minst 4 uker etter siste administrering, for å la tilstrekkelig tid gå for erytropoese- og jernutnyttelse. Hvis pasienten trenger ytterligere tilførsel av jern, skal jernbehovet beregnes vha. tabell 1 over. **Spesielle pasientgrupper: Hemodialyseavhengig kronisk nyresykdom:** En enkelt maks. daglig dose skal ikke overstige 200 mg hos hemodialyseavhengige pasienter med kronisk nyresykdom. **Barn <14 år:** Ikke studert og bruk anbefales derfor ikke. **Tilberedning/Håndtering:** Skal kun fortynnes ved i.v. infusjon, se Administrering. Skal ikke fortynnes ved bolusinjeksjon og dialyse. Bruk bare hetteglass uten bunnfall, og med homogen oppløsning. Hvert hetteglass er kun ment for engangsbruk. Ved fortynning skal det ikke brukes andre typer intravenøse fortynningsoppløsninger eller terapeutiske stoffer enn steril 9 mg/ml natriumkloridoppløsning, da dette kan føre til utfelling og/eller interaksjon. Kompatibiliteten med beholdere laget av annet enn polyetylen og glass er ukjent. **Administrering:** Skal kun administreres i.v. ved utfortynnet bolusinjeksjon eller utfortynnet under en hemodialysekvens gjennom dialysatoren, eller fortynnet ved infusjon. Skal ikke administreres s.c. eller i.m. **I.v. injeksjon:** Opptil 1000 mg jern (opptil maks. 15 mg/kg kroppsvekt) kan administreres via i.v. injeksjon av utfortynnet oppløsning iht. tabell 2 i SPC. **I.v. infusjon:** Kan administreres fortynnet via i.v. infusjon opptil en maks. engangsdose på 1000 mg jern (opptil maks. 20 mg/kg kroppsvekt). Ferinject må kun fortynnes i steril 9 mg/ml natriumkloridoppløsning iht. tabell 3 i SPC. Av stabilitetsårsaker skal ikke Ferinject fortynnes til konsentrasjoner <2 mg jern/ml (ikke inkl. volumet til jernkarboksymaltoseløsningen). **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Kjent alvorlig overfølsomhet for andre parenterale jernpreparater. Anemi som ikke er knyttet til jernmangel, f.eks. annen mikrocytisk anemi. Tegn på jernoverskudd eller forstyrrelser i utnyttelsen av jern. **Forsiktighetsregler: Overfølsomhetsreaksjoner:** Kan gi overfølsomhetsreaksjoner, inkl. alvorlige og potensielt dødelige anafylaktiske/anafylaktoid reaksjoner. Overfølsomhetsreaksjoner etter tidligere bivirkningfrie doser av parenterale jernkomplekser er også rapportert. Det er sett overfølsomhetsreaksjoner som har utviklet seg til Kounis syndrom (akutt allergisk koronar arteriespasme som kan resultere i hjerteinfarkt). Risikoen er økt ved kjent allergi, inkl. legemiddelallergi, herunder tidligere alvorlig astma, eksem eller annen atopisk allergi. Pasienter med immunitets- eller inflammatoriske tilstander (f.eks. systemisk lupus erythematosus, revmatoid artritt) har også økt risiko for overfølsomhetsreaksjoner. Ferinject skal kun administreres når personell som er opplært i å vurdere og behandle anafylaktiske reaksjoner er i umiddelbar nærhet, og når komplett gjenopplivingsutstyr er tilgjengelig.

Pasienten bør observeres for bivirkninger i minst 30 minutter etter hver administrering. Behandlingen må stoppes umiddelbart ved overfølsomhetsreaksjoner eller tegn på intoleranse under administreringen. Utstyr for hjerte-/åndedretts-gjenopplivning og utstyr for håndtering av akutte anafylaktiske/anafylaktoid reaksjoner skal være tilgjengelig, inkl. en injiserbar 1:1000-adrenalinoppløsning. Ytterligere behandling med antihistaminer og/eller kortikosteroider skal gis ved behov. **Hypofosfatemisk osteomalasi:** Symptomatisk hypofosfatemi som fører til osteomalasi og benbrudd som krever kliniske inngrep (inkl. kirurgi) har blitt rapportert. Pasienter bør oppsøke legehjelp hvis de opplever forverring av utmattelse (fatigue) med myalgi eller smerter i skjelett. Fosfat i serum skal overvåkes hos pasienter som får administrert flere høye doser eller langvarig behandling, og hos pasienter som har eksisterende risikofaktorer for hypofosfatemi. I tilfeller av vedvarende hypofosfatemi skal behandling med jern(III)karboksymaltose revurderes. **Nedsatt lever- eller nyrefunksjon:** Ved funksjonsforstyrrelse i leveren skal parentertalt jern kun administreres etter en grundig nytte-/risikovurdering. Parentertalt jernadministrering skal unngås hos pasienter med hepatisk funksjonsforstyrrelse der jernoverskudd er en utløsende faktor, spesielt ved porphyria cutanea tarda (PCT). Grundig overvåkning av jernstatus anbefales for å unngå jernoverskudd. Sikkerhetsdata er ikke tilgjengelig for hemodialyseavhengige kroniske nyrepasienter som får enkelt doser >200 mg jern. **Infeksjon:** Parentertalt jern må brukes med forsiktighet ved akutt eller kronisk infeksjon, astma, eksem eller atopiske allergier. Det anbefales at administreringen avbrytes ved pågående bakteriemi. Ved kronisk infeksjon må det foretas en nytte-/risikovurdering, der undertrykkning av erytropoese tas i betraktning. **Ekstravasasjon:** Det skal utvises forsiktighet for å unngå paravenos lekkasje ved administrering. Paravenos lekkasje kan gi hudirritasjon og potensielt langvarig brun misfarging på administreringsstedet. Ved paravenos lekkasje må administreringen avbrytes øyeblikkelig. **Hjelpestoffer:** 1 ml utfortynnet Ferinject inneholder opptil 5,5 mg (0,24 mmol) natrium. Dette må tas i betraktning for pasienter på saltfattig diett. Administrer ikke 20 ml (1000 mg jern) som injeksjon eller infusjon mer enn 1 gang i uken.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse på felleskatalogen.no og se SPC. **Graviditet og amming:** **Graviditet:** Grundig nytte-/risikovurdering er påkrevd for bruk under graviditet, og preparatet skal ikke brukes under graviditet ved mindre det er strengt nødvendig. Jernmangel som oppstår i løpet av 1. trimester kan i mange tilfeller behandles med oralt jern. Behandling med Ferinject bør begrenses til 2. og 3. trimester, hvis fordelene anses å oppveie potensiell risiko for både mor og foster. Føtal bradykardi kan oppstå etter administrering av parenterale jernpreparater. Det er vanligvis forbigående og en konsekvens av en overfølsomhetsreaksjon hos mor. Fosteret skal overvåkes nøye under i.v. administrering av parenterale jernpreparater hos gravide. **Amming:** Overgang i morsmelk er ubetydelig ($\leq 1\%$). Med grunnlag i begrenset informasjon fra ammende er det usannsynlig at preparatet utgjør en risiko for barnet som ammes.

Bivirkninger: Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Generelle: Reaksjoner på injeksjons-/infusjonsstedet. Kar: Flushing, hypertensjon. Nevrologiske: Hodepine, svimmelhet. Stoffskifte/ernæring: Hypofosfatemi. De mest alvorlige ADR-ene er anafylaktoid/anafylaktiske reaksjoner (sjeldne); dødsfall har blitt rapportert. **Pakninger og priser (pr. 01.11.2021):** 10 ml (hettegl.) kr 1429,50. 20 ml (hettegl.) kr 2822,90. **Anbud:** LIS 2201c. **Blå resept:** Nei. **Byttbar:** Nei. **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 26.11.2021. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Vifor France, 100-101 Terrasse Boieldieu, Tour Franklin La Défense 8, 92042 Paris La Défense Cedex, Frankrike. **Kontakt (repr.):** Vifor Pharma Nordiska AB, Gustav III:s boulevard 46, 169 73 Solna, Sverige, e-post: info.nordic@viforpharma.com.

Les felleskatalogtekst eller preparatomtalen (SPC) for mer informasjon, se www.felleskatalogen.no

Ref:

1. Martin-Malo et al. Differences between intravenous iron products: focus on treatment of iron deficiency in chronic heart failure patients ESC Heart Fail. 2019 6(2): 241–253. doi: 10.1002/ehf2.12400

Klokere henvisning til bildediagnostikk

Et samarbeid mellom private røntgeninstitutt og forskere skal gi bedre bruk av radiologiske undersøkelser.

Det er betydelig variasjon i bruk av radiologiske tjenester i Norge (1, 2), noe som kan være et tegn på både under- og overforbruk. 20–50 % av radiologiske tjenester gir lite utbytte for pasientene eller innebærer risiko som overstiger sannsynlige fordeler (3–6). Internasjonalt har *Choosing wisely*-bevegelsen (7) identifisert 103 radiologiske undersøkelser eller prosedyrer som en eller flere spesialistforeninger anbefaler å unngå (8). I den norske versjonen, Gjør kloke valg-kampanjen, har Norsk radiologisk forening gitt seks anbefalinger (9).

Økt press på helsetjenester kan føre til at pasienter med stort behov må vente for lenge. Forskningsprosjektet *Improving Radiological Services* i regi av NTNU har til hensikt å redusere bruk av unødvendige radiologiske tjenester. Dette kan frigjøre ressurser til undersøkelser og prosedyrer med høy nytteverdi.

Samarbeid

De to største private tilbyderne av røntgentjenester i Norge deler målet om bedre bruk av radiologiske ressurser. Våren 2022 innfører både Unilabs Norge og Aleris Røntgen konkrete tiltak for å følge opp anbefalinger fra Gjør kloke valg-kampanjen. Alle henvisninger til tre utvalgte undersøkelser vil bli vurdert opp mot kampanjens kriterier, både for offentlige og private timer. Instituttene vil returnere henvisninger de vurderer som uberettigede eller utilstrekkelige. Henviseren vil da få en begrunnelse for returen og blir anmodet om å eventuelt sende ny henvisning med tilleggsinformasjon. Tiltaket, som er utviklet sammen med instituttene, vil følges opp og evalueres av forskerne.

Selv om retur av henvisninger ikke er nytt, så er det nytt at henvisninger blir systematisk

vurdert opp mot Gjør kloke valg-kampanjens anbefalinger. Ifølge kampanjen skal man unngå følgende: MR lumbosakralcolumna ved kortvarige (4–6 uker) korsryggssmerter uten varselsymptomer, MR caput ved ukomplisert hodepine uten varselsymptomer og MR kne ved fremre knesmerter dersom pasienten ikke har hydrops, låsning eller har forsøkt fysikalsk behandling uten bedring. Konkrete anbefalinger for henvisning til de enkelte undersøkelsene er gitt på nettsiden til prosjekt Optimalisering av radiologiske tjenester (10).

Bedre ressursutnyttelse

Generelt må en henvisning inneholde nok informasjon til at radiologene kan gjøre en god vurdering av indikasjon og best egnet undersøkelse samt kunne gi en god og målrettet beskrivelse av bildene. En god henvisning vil kunne hindre misforståelser, dårlige beskrivelser, unødvendige returer og forsinkelser.

Målet med prosjektet er ikke å rette pekefinger mot klinikere, men å bedre kvaliteten på norske helsetjenester. De involverte i prosjektet har forståelse og respekt for henvisernes krevende arbeidssituasjon. Likevel er det viktig å understreke betydningen av henvisningskvalitet. Utilstrekkelige henvisninger gir dårligere undersøkelser. Med klokere henvisninger kan vi utnytte ressursene i helsetjenesten til bedre nytte for pasientene (11).

Mottatt 14.3.2022, første revisjon innsendt 27.3.2022, godkjent 28.4.2022.

FREDRIK NOMME

er radiolog og fagdirektør ved Unilabs. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er medisinsk direktør for Unilabs Norge.

GREGOR KAI JAROSCH-VON SCHWEDER

er radiolog og medisinsk sjef ved Evidia (tidligere Aleris Røntgen). Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er medisinsk sjef ved Evidia.

EIVIND RICHTER ANDERSEN

er stipendiat ved NTNU, Gjøvik. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

INGRID ØFSTI BRANDSÆTER

er stipendiat ved NTNU, Gjøvik. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ELIN KJELLE

er postdoktor ved NTNU, Gjøvik og førsteamanuensis ved Universitetet i Sørøst-Norge. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BJØRN HOFMANN

bjoern.hofmann@ntnu.no er professor ved NTNU, Gjøvik, og ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av bruken av polikliniske bildediagnostikk. Lest 28.4.2022.
- Hofmann BM, Gransjøen AM. Geographical variations in the use of outpatient diagnostic imaging in Norway 2019. *Acta Radiol Open* 2022; 11: 20584601221074561.
- Hendee WR, Becker GJ, Borgstede JP et al. Addressing overutilization in medical imaging. *Radiology* 2010; 257: 240–5.
- Rao VM, Levin DC. The overuse of diagnostic imaging and the Choosing Wisely initiative. *Ann Intern Med* 2012; 157: 574–6.
- Scott IA, Duckett SJ. In search of professional consensus in defining and reducing low-value care. *Med J Aust* 2015; 203: 179–81.
- Kjelle E, Andersen ER, Krokeide AM et al. Characterizing and quantifying low-value diagnostic imaging internationally: a scoping review. *BMC Medical Imaging* 2022; 22: 73.
- Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS et al. 'Choosing Wisely': a growing international campaign. *BMJ Qual Saf* 2015; 24: 167–74.
- Levin DC, Rao VM. Reducing Inappropriate Use of Diagnostic Imaging Through the Choosing Wisely Initiative. *J Am Coll Radiol* 2017; 14: 1245–52.
- Legeforeningen. Gjør kloke valg – Radiologi. Lest 28.4.2022.
- IROS (Improving Radiological Services): Indikationskriterier. I: IROS - Mer er ikke alltid bedre - informasjon til henvisere. Lest 28.4.2022.
- Helsedirektoratet. Strategi for rasjonell bruk av bildediagnostikk. Lest 28.4.2022.

Første regionale senter for kjønnsinkongruens ved Sykehuset i Vestfold

Personer med kjønnsinkongruens er en heterogen gruppe med ulik kjønnsidentitet, kulturell bakgrunn og behandlingsbehov. Moderne kjønnsbekreftende helsehjelp er en helhetlig tilnærming til pasientens medisinske, sosiale og psykologiske behov.

Ved kjønnsinkongruens opplever personen at kjønnsidentitet og fødselskjønn ikke samsvarer, og dette kan medføre kjønnsdysfori. Både nasjonale og internasjonale fagpersoner har gjort oppmerksom på at helsetilbudet til gruppen er mangelfullt, og kvaliteten påvirkes av den enkelte helsepersonells kunnskap og holdninger.

Nye nasjonale retningslinjer for kjønnsinkongruens anbefaler etablering av regionale sentre med kompetanse på kjønns mangfold, seksuell helse og utviklingspsykologi som skal gi et helhetlig, differensiert og desentralisert lavterskeltilbud til målgruppen (1).

Sykehuset i Vestfold fikk tildelt prosjektmidler i 2020 for å etablere det første regionale senteret i Norge. Vårt opptaksområde er fylkene Vestfold og Telemark, Agder og Viken. Fastleger og behandlere fra spesialisthelsetjenesten kan henvise voksne personer med en beskrivelse av spørsmålsstilling rundt kjønnsidentitet, helse og psykososial situasjon. Det å spørre etter foretrukket pronomen og navn i møte med en pasient med mulig kjønnsinkongruens er et enkelt og bekreftende tiltak. For barn og unge under 18 år tilbyr senteret kompetanseheving i form av undervisning og veiledning til behandlere i første- og andrelinjetjenesten samt til foresatte.

Vårt fagmiljø består av barne-/ungdomspsykiater, psykologspesialister, barnevernspedagog og en sykepleier/sexologisk rådgiver. Senteret har åpent tre dager i uken. Vi har kunnskap om kjønnsidentitet gjennom hele livsløpet, fra et sosialfaglig, medisinsk, psykologisk og sexologisk perspektiv. Noen i teamet er gruppeterapeuter. Overgangen fra prosjekt til drift etter halvannet år viser at tilbudet er bærekraftig.

Personer med kjønnsinkongruens har en høy samtidig forekomst av angst og depresjon. Vår teoretiske forankring er minoritetsstressmodellen (2), som beskriver hvordan lesbisk/homofil/bifil/transpersoners helse påvirkes både negativt og positivt i møte med samfunnet og andre mennesker (3, 4). Som stressbuffer regnes psykisk motstandskraft (5), som kan styrkes gjennom vårt tilbud. Senteret samarbeider også med pasient- og brukerorganisasjoner.

Behandlingstilbudet består primært av fysisk og digital gruppeterapi (6, 7), dette for å kunne gi flest mulig et tilbud og for å tilfredsstille behovet for erfaringsdeling med likesinnede, sosial støtte og informasjon. Digitale løsninger har gjort det mulig å holde kontakt gjennom pandemien og nå ut til personer med sosiale vansker eller lang avstand. Enklere tilgang til hjelpemidler, som for eksempel kompresjonsvest eller penisprotese for å øke livskvalitet og minske dysfori, har vært en annen nøkkelfaktor.

SUSAN ETTILT

susan.ettelt@siv.no
er ph.d., psykologspesialist og faglig prosjektleder ved Regionalt senter for kjønnsinkongruens, Sykehuset i Vestfold.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MARTIN ROSMO HANSEN

er psykologspesialist og teamkoordinator ved Regionalt senter for kjønnsinkongruens, Sykehuset i Vestfold.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

CECILIE CHRISTOFFERSEN

er barne- ungdomspsykiater og overlege ved Regionalt senter for kjønnsinkongruens og BUP, Sykehuset i Vestfold.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

EVEN TYR BJERKELI

er sykepleier og sexologisk rådgiver ved Regionalt senter for kjønnsinkongruens, Sykehuset i Vestfold.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TALE RODE

er barnevernspedagog ved Regionalt senter for kjønnsinkongruens og BUP, Sykehuset i Vestfold.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

DANIEL AAM JOSDAL

er psykolog og seksjonsleder ved Regionalt senter for kjønnsinkongruens, Sykehuset i Vestfold.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- 1 Kjønnsinkongruens. Nasjonal faglig retningslinje. Oslo: Helsedirektoratet, 2020. Lest 3.5.2022.
- 2 Hendricks ML, Testa RJ. A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaption of the minority stress model. *Prof Psychol Res Pr* 2012; 43: 460–7.
- 3 Bjørkman M. Trenger vi fremdeles pride? *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.20.0447.
- 4 Rostadmo M. Ingen er fri før alle er fri. *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0138.
- 5 Seligman MEP. *Flourish*. New York, NY: Atria Books, 2011.
- 6 Bjerke NS. Gruppeterapi – grunnleggende om hvorfor og hvordan. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2018.
- 7 Chen E, Boyd MD, Cunningham CA. Demarginalizing Stigmatized Identities of Transgender and Gender Nonconforming Individuals Through Affirmative Group Therapy. *Int J Group Psychother* 2020; 70: 552–78.

Det åpne møtet

For fastlege og forsker Mari Bjørkman har bevissthet rundt egen annerledeshet blitt en nøkkel i møte med pasientene. Målet er å skape rom for at alle pasienter skal kunne komme til legen med hele seg.

Det er en vanlig kontordag når vi møtes i Rosenhoff Legegruppes lokaler i Trondheimsveien. Fra vinduet ser vi Oslo by over trærne i Torshovdalen. Klokken er 12, og Mari har hentet fram te og matpakke.

Siden midten av 90-tallet har hun vært allmennlege. Underveis har hun skrevet doktorgrad om lesbiske kvinners møte med helsevesenet og lesbiske kvinners gode mestringsstrategier.

– Du er åpen om at du selv er lesbisk. Hvordan var det for deg å skille det personlige og faglige i forskningen?

– Jeg fikk ofte spørsmålet: Kan du som lesbisk forske på dette? Spørsmålet forutsetter at forskning kan være «nøytral» og finne «sannheten» om et tema, men det er vel egentlig ikke mulig. Også forskningsbasert kunnskap er produsert i en kontekst og leses i en kontekst. Siden jeg brukte kvalitativ

metode, ble det ekstra gjennomtenkt i mitt prosjekt. Jeg lærte svært mye om dette og masse annet av min supre veileder Kirsti Malterud. Å være lesbisk selv viste seg å være viktig for å ha en retning og magesfølelse for både forskningsspørsmål og analyse av svarene.

– Når har ikke en heterofil mann forsket på menn? blir mitt første oppfølgingsspørsmål.

– Ja, du kan si det. Generelt velger man sjelden et felt man ikke er berørt av. For meg har retningen vært en styrke både personlig og i forskningen.

– De årene du har vært i arbeid, hva tror du har endret seg i legestandens holdning til den skeive befolkninga?

– Mye. Legestanden er veldig parallell til det øvrige samfunnet. De har tilsvarende holdninger som folk som er høyt utdannet og holder seg oppdatert, mer enn at de er leger. Homofile, lesbiske, bifile og transperso-

ner har oppnådd stor grad av likestilling og fått mange rettigheter og forståelse. Men det er fortsatt en del negativitet der ute, kanskje særlig i det private eller personlige rom.

Erfaringen som fastlege i Oslo de siste 25 årene har vært formgivende og lærerik. Særlig har møtet med en variert pasientgruppe fra ulike sosiale og kulturelle bakgrunner vært et stort pluss med jobben.

– Jeg ble tidlig kjent med mange pasienter med innvandrerbakgrunn. Da jeg begynte i jobben, var det mer spesielt enn hva det er nå. Jeg fant det unikt å kunne bli mer kjent med innvandrere på en så nær måte som man blir som fastlege. Jeg tenker det er et privilegium ved jobben. Du blir kjent med mennesket og det menneskelige på tross av, gjennom og forbi det kulturelle. Jeg har lært veldig mye av det.

– Hvilken utfordring tenker du mennesker med språklige eller kulturelle barrierer har i det norske helsevesenet?



– Dette er ikke en ensartet gruppe i dag. Første- og andregenerasjon, høyt og lavt utdannet, bakgrunn i ulike verdensdeler, kulturer og religioner. Utfordringen i primærhelsetjenesten er først og fremst for dem som er nærmest analfabeter og kan dårlig norsk. Mange sliter med å orientere seg elektronisk og skriftlig og får en stor utfordring i møte med samfunnet. En annen utfordring er ulikheter i forståelsen av helse og kropp.

Markedsmedisin

For en tid tilbake skrev Mari et brev til bydelsoverlegen. Der ønsket hun å få kortet ned egen pasientliste. Samtidig lufta hun ut frustrasjon over en uendelig innboks, et stadig mer markedsrettet fastlegeliv og en rettighetstenkning og forventningskultur som utfordrer allmennlegegjerningen.

– Jeg er roligere nå enn da jeg skrev brevet, men jeg står for det jeg skrev. Det er mye administrasjonsarbeid. Generelt virker det som folk har mindre evne til egenomsorg og egenivaretagelse. De vil ha hjelp til alle slags avgjørelser, og hele samfunnet bygger opp under det samme. For 70 år siden, da helsa faktisk var dårligere, da var det mye mindre bruk av helsetjenester. I dag kommer folk for det aller minste, og mye av det vi gjør, er langt ute på den asymptotiske aksen med lite nytte for stor kostnad. Samtidig er

det allmennlegen som ofte først oppdager alvorlig sykdom og står som en svært nyttig bærebjelke i det norske helsevesenet.

– Hva er avgjørende for fastlegeordningen videre, slik du ser det?

– Jeg har alltid vært opptatt av at allmennleger er fagpersoner innen en egen spesialitet. Nå er jeg opptatt av hvordan vi mer og mer blir en del av et marked og hvordan det preger jobben og oss som fastleger.

«Da jeg kom tilbake etter sykdommen, følte jeg at jeg forstod pasientens perspektiv bedre»

– Hva legger du i at vi blir mer markedsbaserte?

– Det finnes stadig flere tilbydere av tilpassede legetjenester. Kanskje særlig i Oslo. Det kommer til et punkt hvor tilgjengelighet betyr mer enn faglighet. Det gjelder også når vi som fastleger henviser til aktører i det private markedet, være seg laboratorier eller radiologiske undersøkelser.

– Hvordan kan vi unngå unødige utredning eller behandling, og samtidig bevare alliansen med pasienten?

– Pasientenes autonomi er viktig. De skal

være med på å bestemme og ta informerte valg, og den patriarkalske tilnærminga tilhører fortida.

– Men samtidig går det i dag et hakk videre. Pasientene skaffer informasjon og vil dirigere prosessen. Pasientene er som oss veldig opptatt av å forebygge, men det bidrar også til å skape angst. Ofte anerkjenner ikke pasientene fastlegens autoritet i tilstrekkelig grad til å bli beroliget når de har opplevd å blø baktill eller har en kul i brystet – da vil de videre til en annen spesialist. Likevel er det viktig å holde fast på at i mange tilfeller er fastlegen den beste tilbyderen av tjenesten. Dersom noen vil til gynekolog for å ta celleprøve, sier jeg at gynekologen må spares til mer kompliserte oppgaver.

Får i ulveklær

Vi går ut av kontoret, over veien og til parken i Torshovdalen. Med unntak av folk som rolig vandrer i eget tempo alene eller sammen med hunder på snusetur, er det stille og luftig. Vi fortsetter framover, finner oss plass ved vinduet på Espresso House ikke så langt fra oksen på Torshov. Rundt oss er det loungemusikk og mennesker uten munnbind i et Oslo som blomstrer mot normalen. Eplejuice med hylleblomst og bringebær og hvem vet hva. Mari setter seg med utsikt ut og armene i kors.

MARI BJØRKMAN

Født 1963

Cand.med. 1991

Sideutdanning, medisinsk avdeling og barneavdeling på Regionsykehuset i Trondheim 1993–94

Kommunelege / helsesjef i Rødøy kommune, Nordland 1994–97

Vikar i allmennpraksis i Østensjø bydel, Oslo 1997–99

Fastlege i Grünerløkka bydel, Oslo 1999–d.d.

Spesialist i allmennmedisin 2000

Ph.d. med avhandlingen «Lesbisk selvtillit – lesbisk helse: Utfordringer og mestringsstrategier hos lesbiske kvinner», Bergen 2012



Begge foto: John Trygve Tollefsen

– Det var en gang for lenge siden en pasient som sa jeg så streng ut, og det var så vidt hun turte å komme tilbake. Da satt jeg sånn her.

– Men hun kom tilbake og turte å si det?

– Ja, så det var bra, sier Mari, og løsner på armene.

– Men er du streng da?

– Jeg er et får i ulveklær. Jeg har en væremåte som kan virke streng, men er det egentlig ikke. Jeg har hatt personalansvar i mange år og er direkte i mine tilbakemeldinger. Men erfaring har vist at det fungerer bedre å pakke det inn, selv om jeg tenker at klar tale er best.

Åpen for styrker

På venstre hånd har Mari en mørk hanske uten fingertupper.

– For litt over ti år siden fikk jeg behandling for brystkreft. Hansken er der for å hjelpe mot lymfødemet i venstre arm, forteller Mari.

– Det er ikke alle som spør. Noen ganger er det greit, andre ganger ikke. Jeg har det bra nå, men bærer det med meg. I denne og andre erfaringer ligger også en stor takknemlighet over kvaliteten i det norske helsevesenet, takknemlighet for å ha fått behandling og blitt møtt på en respektfull og god måte hele tiden.

– Da jeg kom tilbake etter sykdommen, følte jeg at jeg forstod pasientens perspektiv bedre. Jeg inntok en holdning som ivaretok pasientens perspektiv mye bedre. Men den tilnærmingen ble for stor og tidkrevende, så jeg er tilbake til legerollen. Jeg tenker at det er den som er det riktige.

Pasienterfaringen ga også en annen viktig erkjennelse: betydningen av legens rolle i møte med sykdom. Ut over hvordan vi formidler og følger opp et alvorlig sykdomsfunn, er det overraskende lite vi som leger har å si på hvordan lidelsen rammer livet til pasientene.

– Vår viktigste rolle er i situasjonen vi møter pasienten. Hvis vi skal fortelle pasienten at hun eller han har kreft, må vi formidle tydelig og ha gode rammer og god tid. Det vil også si at dersom det er mange på venterommet, må vi avstresse situasjonen, og de som venter, må vente.

For Mari er det også viktig at vi i jakten på god helse ikke bare leter etter sykdomstegn, men finner vei for det friske i livet hos pasientene.

– Vi må ikke glemme mestringsstrategiene. Mennesker takler sykdom ulikt, og opplevd lidelse er individuelt. Det aller viktigste er og blir å møte pasientene åpent som de menneskene de er når de søker din hjelp. Vi må være åpen for styrker. Det salutogenetiske perspektivet er et godt utgangspunkt.

Det gode miljøet

En tidligere kulling beskriver Mari som «den kuleste på kullet» – selv om hun ikke ville ha innrømmet det selv. Den gangen gikk det i gitar, basket og det sosiale i studiehverdagen. I dag beskriver kollegaer Mari som en som vekter sosiale kvaliteter like tungt som faglige meritter hos nye medarbeidere. Hun er typen som bidrar med egenkomponerte sangtekster når det er festligheter på jobb.

– Noen vil kanskje si at jeg er pratsom i lunsjen, ja. Som ungdom hadde jeg lyst på musikklinja, men turte ikke helt å satse på gitaren. I slutten av tenårene var jeg litt deppa og utafor, passa ikke inn noe sted. Men min far var tydelig på at han skulle se sine barn gjennom videregående skole. Jeg endte med å ta de to siste årene på ett år på Bjørknes. Det var en bra blanding av folk i ulik alder, og intensiv skoloring.

– Du visste ikke da at du skulle på medisin?

– Nei, nei, men jeg fikk jo gode karakterer.

Etter en periode som butikkarbeider i London og en tid som renholder og pleieassistent på sykehus i Oslo, valgte hun å søke seg inn på medisin i Oslo. Den naturvitenskapelige tilnærminga til mennesket ga mersmak og mening.

Mari forteller at hun hadde en strengt akademisk holdning etter studiet og at kolleger utfordret henne på dette. Et avgjørende punkt var da hun deltok på et forskningsseminar på Solstrand i regi av Kirsti Malterud.

«Hva som er et godt liv for denne personen foran deg, er det viktigste»

– Jeg møtte opp som legelege – i utgangspunktet litt kritisk. Jeg måtte fort lære meg å være mer åpen, se andres perspektiv og tenke at det er mange likeverdige gyldige måter å oppfatte ting på.

Rom for annerledeshet

Mari Bjørkman er uttalt feminist og opptatt av at hun som kvinne kan velge selv.

– Jeg er opptatt av likeverd og respekt.

Det er et viktig perspektiv generelt i livet og spesielt som fastlege. Som fastlege bør man være interessert i å se mennesket gjennom gruppen man oppfatter at det tilhører, og være åpen for andres oppfatninger og vurderinger.

– Det at jeg er lesbisk selv, setter meg i en annerledesposisjon, som har vært med meg siden slutten av tenåra. Dette har bidratt til et åpent sinn fra min side.

En tidvis polarisert, sår og pågående debatt i vår tid er hvordan vi skal gi et godt

helsetilbud til transpersoner. Fra medisinen sin side, med en forståelse av biologi og fysiologi som utgangspunkt, blir det store spørsmålet hvordan vi best skal møte mennesker som ønsker kjønnsbekreftende behandling; Hvilken intervensjon er riktig, når, og for hvem? Hva er forsvarlig? Hvilken lindring eller skade risikerer vi å gi til mennesket som søker konkret hjelp? Det finnes ingen *one-size-fits-all*, men bevegelsen i samfunnet tar oss stadig nærmere et tryggere og mer likeverdig helsetilbud for transpersoner.

For Mari og mange andre står forsvarlighet sentralt.

– Uansett hva vi gjør, bør det være basert på forskning. Personlig kan jeg godt relatere til sårbarheten transpersoner opplever i samfunnet, fra egne erfaringer som det å gifte seg og være redd for at ekteskapet ved neste stortingsvalg skal bli ugyldig, eller følelsen av å være lesbisk og gå til legen og måtte tenke på om man skal dele det eller ikke med legen.

– Hvordan forholder du deg til debatten om transhelse slik den løftes i det offentlige?

– Jeg har ofte tenkt at jeg har en kvinnekropp, og ingen kan si at jeg ikke er kvinne. For meg har kjønnsidentiteten et biologisk utgangspunkt. Det kan sies å være tradisjonelt og konservativt. I forskningen snakket man om selvdefinerte lesbiske. Det er en litt merkelig tanke. Hva annet er det å være lesbisk enn at det kommer innenfra? Ingen kan si til meg at jeg ikke er lesbisk, eller at jeg er noe annet. Det fører dermed til mitt utgangspunkt: Hvis noen med en mannekropp sier at hen er en jente, må jeg både tro på og støtte det. Hvis jeg forventer at min seksuelle identitet skal bli anerkjent, er det eneste logiske at også en annen sin kjønnsidentitet skal anerkjennes.

– Hvilke ekstra utfordringer har transpersoner i helsevesenet?

– Som homofil trenger du bare legens aksept. Som trans vil man også kunne ønske noe mer fra legen, det være seg piller eller kirurgi. Det gjør deg enda mer sårbar overfor eksempelvis fastlegen din.

– Hvordan kan vi som leger best møte en pasient som ønsker å dele en ny side av seg selv?

– Være åpen, stille med et positivt sinn, utforske. Være nysgjerrig på hvordan det er for akkurat dette mennesket. Hva som er et godt liv for denne personen foran deg, er det viktigste. Hva du selv mener eller hvilke valg du selv ville ha tatt, må komme i bakgrunnen. Vi må ønske å være en lege for alle.

CHRISTINA SVANSTRØM
christina@svanstrom.no

Skeive leger om skeive pasienter

Fastlege Thomas Tønseth har mange pasienter med LHBT-tilknytning. Han tror det oppleves som trygt å være lesbisk/homofil/bifil pasient i norsk helsevesen i dag, men debatten om transpersoner raser stadig.

På et industrielt område, midt mellom E6, Østre gravlund og Brynseng T-bane, kan man finne et legesenter litt utenom det vanlige. Her har allmennspesialist Thomas Tønseth jobbet som fastlege siden 1998.

– Jeg pleier å si at Brynsenglegene er både spesielle og ikke spesielle, forteller han fra kontorstolen. Derifra har han god utsikt til bildet på andre siden av rommet, som viser en glad, skjeggete mann ikledd en lang, lilla kjole.

– Vi er jo et vanlig legesenter i bydel Alna for populasjonen i nærområdet. Men vi er også et spesielt legesenter, fordi vi har hatt et ekstra fokus på LHBT-gruppa (lesbiske, homofile, bifile og transpersoner), fortsetter han.

Hylla bak kontorstolen prydes også av små, fargerike detaljer, som regnbueflagget og transflagget. Dette er ifølge Tønseth detaljer som signaliserer trygghet og aksept.

– Det er små ting som de fleste skeive ser med en gang, men som streite folk kanskje ikke tenker på.

Kveldstilbud

Helt siden fastlegeordningen startet i 2001, har Brynsenglegene hatt en tydelig homoprofil.

– Da var tre av fire som jobbet her homofile eller lesbiske selv. Vi tenkte at mange kanskje ville ta dette med i betraktningen i valget av fastlege, så det ble skrevet en artikkel om oss i homotidsskriftet Blikk. Det var starten som gjorde at en del lesbiske og homofile valgte oss, forklarer Tønseth.

I 2003 ble de spurt av Helsedirektoratet om de kunne åpne et kveldstilbud for menn

som har sex med menn. Tilbudet skulle inkludere testing og behandling av kjønnsykdommer og hiv.

– Frem til 2014 hadde vi åpent hver onsdag kveld kl. 16–21. I løpet av de årene hadde vi veldig mange mennesker til testing her, forteller Tønseth.

– Folk kom med fly fra Trondheim og tog fra Kristiansand for å sjekke seg. Legekontolet ligger jo i et ganske anonymt strøk som mange syntes det var trygt å gå til.

I dag er fremdeles fire av de fem legene som driver senteret, skeive. Tønseth tror en del av listepasientene har søkt seg plass hos dem av den grunn.

«Folk kom med fly fra Trondheim og tog fra Kristiansand for å sjekke seg»

– Samtidig: Når vi sier at vi har mange skeive pasienter, så la meg understreke at det utgjør omtrent 20 % av listen min. Det er fortsatt 80 % som er mennesker fra nærmiljøet og som kanskje ikke vet eller tenker på at vi har LHBT-helse som et eget interesse- eller kunnskapsområde, presiserer han.

De med kjønnsinkongruens strever

Fastlegen tror mange av LHBT-pasientene opplever det som trygt å ha en lege som besitter mye kunnskap om tematikken og som har en del erfaringer på området.

– Kanskje spesielt knyttet til seksuell helse og psykisk helse. Jeg er selv skeiv, og jeg har også en sexologisk tilleggsutdannelse som er tverrfaglig, forteller Tønseth.

Han tror den generelle aksepten for lesbiske og homofile pasienter er stor i det norske helsevesenet.

– Jeg tror at det oppleves trygt og godt å være i norsk helsevesen som LHB-pasient, så fremt du tør å si hvem du er. Det syns jeg. Men de som har kjønnsinkongruens strever veldig. Det er nok en del skepsis og dessverre få leger som tør å ta tak i det.

Tønseth presiserer at mange leger er redde for å igangsette kjønnsbekreftende hormonbehandling hos pasienter med kjønnsinkongruens. De fleste tenker at dette er en oppgave som tilhører den nasjonale behandlingstjenesten ved Rikshospitalet.

Fastlegen legger vekt på at det også råder mye fortvilelse hos pasientgruppen over manglende behandlingstilbud, og mange er skeptiske til de tilbudene som finnes i det offentlige helsevesenet.

– Nasjonal behandlingstjeneste drives evidensbasert og konservativt. Men transpasienter selv har et annet syn på det og ønsker kanskje at ting burde vært mer basert på informert samtykke, sier Tønseth og legger til:

– Jeg syns Rikshospitalet har en lang vei å gå for å prøve å skape en allianse og større tillit i pasientgruppen.

Viktig med god dialog

Kjersti Gulbrandsen er leder for Avdeling for kjønnsidentitetsutredning av voksne, som inngår i den nasjonale behandlingstjenesten for kjønnsinkongruens (NBTK) ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Hun forteller at pasienter med alvorlig kjønnsdysfori både har og har hatt et landsdekkende tilbud om høyspesialisert hormonell



Allmennspesialist Thomas Tønseth har jobbet som fastlege ved Brynsenglegene i over 20 år og har bred erfaring med LHBT-pasienter. Foto: John Trygve Tollefsen

og kirurgisk kjønnsbekreftende behandling, inkludert genitalkirurgi, siden 1970-tallet.

– Majoriteten av dem som henvises gjennomgår utredning og påfølgende behandling ved den nasjonale behandlingstjenesten. Pasientforløpene strekker seg ofte over 10–12 år, inkludert postoperativ oppfølging, sier hun, og legger til:

– Det er viktig for oss som arbeider i den nasjonale tjenesten å ha en god dialog og et godt samarbeid med pasientene våre. Vi opplever at de fleste av våre om lag 2 200 pasienter over 18 år er fornøyd med utrednings- og behandlingstilbudet, og vi får mange positive tilbakemeldinger.

Videre legger Gulbrandsen vekt på at pasientpopulasjonen som henvises til Rikshospitalet, har endret seg de siste ti årene både i omfang og i forekomst av samsykkelighet.

– Dette er noe vi mener bør være skjerpene for kravet om pasientsikkerhet og forsvarlighet. Som eksempel kan det nevnes at det de siste 8–10 årene har vært en markant økning av henviste pasienter med Aspergers syndrom og samtidig kjønnsdysfori. Videre har det vært en økning i henviste biologiske jenter/kvinner i aldersgruppen 16–20 år med kjønnsdysfori som har oppstått etter gjennomgått puberteten, uten at man vet sikker årsak til dette.

Hun understreker at det per i dag er lite vitenskapelig dokumentasjon på langtidsprognosen etter behandling for disse gruppene, men at de tilbyr behandling etter en individuell faglig vurdering innen de rammene som finnes av erfaringsbasert kunnskap, anbefalinger og kliniske studier.

Gulbrandsen påpeker videre at det stemmer som Tønseth sier, at pasienten har rett til medvirkning regulert etter pasient- og brukerrettighetsloven, men at retten til å medvirke likevel ikke vil frita helsepersonell fra å treffe avgjørelser som sikrer forsvarlig behandling av pasienten.

Usynlige minoriteter

Tilbake på legekontoret på Brynseng reflekterer fastlege Tønseth over at det i år er 50 år siden avkriminaliseringen av homofili fant sted i Norge. Han sier vi har kommet langt i det norske helsevesenet siden den gang, men at det fremdeles er viktig med bevissthet rundt usynlige minoriteter.

– Det å være skeiv i et miljø hvor alle andre er streite og ingen vet det, det gjør noe med en. Du får ikke nødvendigvis gjort deg de samme erfaringene som kompisene dine



Bildet som pryder veggen på fastlegekontoret, innbyr ofte til interessante samtaler med pasienter om både kjønnsnormer og det å være annerledes, forteller Tønseth. Foto: John Trygve Tollefsen

eller venninnene dine, fordi du er annerledes, sier han.

– Derfor er det viktig at helsepersonell har en bevissthet rundt skeiv seksuell helse, om hvilke prøver som er relevante å ta og hvilke spørsmål som er relevante å stille, forteller han videre.

Han får støtte av psykiateren Nils Petter Sørung, også kjent som Doktor Nils. Han er selv åpent homofil.

– Når du får en pasient som kommer med en problemstilling, så må man være åpen for at dette kan være et menneske som fornekter sin identitet eller som ligger med andre av det samme kjønn uten å tørre å si det, for eksempel.

Han understreker viktigheten av å vite noe om hva dette betyr, hva det innebærer og hvilke typer risiko pasienten bærer når det kommer til for eksempel seksuelt overførbare sykdommer.

– Det er ganske hyppig på helsestasjoner eller legekontor at det er gutter som kom-

mer innom og bare får tatt en urinprøve og testet seg for klamydia, men som også har sex med andre menn. Dette blir da ikke fanget opp, fordi systemet ikke er tilstrekkelig tilrettelagt. Da mister man mulighet til å følge opp, sier Sørung.

«Jeg syns Rikshospitalet har en lang vei å gå for å prøve å skape en allianse og større tillit i pasientgruppen»

Han mener vi har kommet langt i norsk helsevesen i dag, men at vi fremdeles kan jobbe med å møte LHBT-pasienter på en enda mer inviterende måte.

– Jeg tror mange homofile som vokste opp for noen tiår siden, fremdeles kan bære med seg en del frykt for både manglende aksept og det å bli dømt. Det tror jeg kan gjøre en ekstra sårbar som pasient også, sier Sørung.

Bryter med kjønnsnormene

På kontoret på Brynseng lar Tønseth blikket hvile på det fargerike bildet. Han sier det ofte innbyr til interessante samtaler med både barn og voksne.

– Oj, det er en mann i kjole! hører jeg ofte fra barn, humrer han.

– Ja, se så glad han er, svarer jeg da, også snakker vi litt om at menn også kan gå i kjole hvis de har lyst. Det blir ofte gode samtaler om det å være annerledes og det å bryte med kjønnsnormene, avslutter han.

CAROLINE ULVIN JOHANSSON

caroline.ulvin.johansson@tidsskriftet.no
Tidsskriftet

Communicare necesse est

Etter legebesøk har jeg hørt enkelte hevde at legen virket mer interessert i skjermen enn i meg. Er vi i vår digitale tidsalder i ferd med å glemme de mest elementære regler for god kommunikasjon?

For en tid siden traff jeg en kollega som holdt meg snakkefast en god stund. Jeg kom i skade for å spørre hva han holdt på med for tiden. Jeg angret umiddelbart. Han var blant dem som raskt får deg til å kjenne på egen uvitenhet. Jeg forsto ikke en tøddel av hva han snakket om. På meg virket han sprenslærd, samtidig som jeg stusset noe over formidlingsevnen. Han minnet om et villskudd på kunnskapens tre. Jeg kom i tanker om hva Peer Gynt sa om Begripenfeldt: «Isandhed, en yderst begavet Mand; næsten alt, hvad han siger, gaar over ens Forstand».

Jeg skjønnte ikke at han ikke skjønnte at jeg ikke skjønnte. Han virket irriterende skråsikker, og jeg var fristet til å minne om at det i medisinen er langt mellom evige sannheter. Og at tvilen gjerne melder seg med økt innsikt. Dessuten, «*a bit of virtue, will never hurt you*». Av ren høflighet valgte jeg å holde kjøft.

I vårt yrke er sosial intelligens en verdifull egenskap. Jeg har truffet kolleger som faglig er svært dyktige, men som ikke er like flinke til å lese og fortolke andre mennesker. De fanger ikke opp små nyanser i den verbale og ikke minst den ikke-verbale kommunikasjonen, nyanser i for eksempel blikk, ansiktsuttrykk, stemmeleie eller kroppsholdning. Dette er viktig i enhver klinisk situasjon, og spesielt om vi skal formidle alvorlige diagnoser. Hva bør vi si, hvorledes bør vi si det, når bør vi si det, og i hvilke situasjoner bør vi heller lytte enn å snakke?

«Jeg skjønnte ikke at han ikke skjønnte at jeg ikke skjønnte»

Min erfaring er at det ofte syndes mot det som bør være første bud i all formidling, nemlig først å gjøre seg kjent med hvor mottager befinner seg. Eller for å si det med Søren Kierkegaard: «... man må først passe på å finne ham der hvor han er og begynne der».

Selv om vi lever i pakkeforløpenes, prosedyrenes og retningslinjenes tidsalder, er det stadig viktig å tilpasse diagnostikk og behandling til den enkelte pasient. Hvor dyktige er vi egentlig til å individualisere – inngå et tillitsbasert samarbeid med pasient og eventuelt pårørende, for sammen å finne frem til den beste løsningen for nettopp ham eller henne?

Noen pasienter spør oss hvor lenge de har igjen å leve. Vi bør da formidle hva vi har av overlevelsesdata ved den aktuelle tilstanden

– på gruppenivå. All erfaring tilsier at vi bør være ytterst forsiktig med å uttale oss på individnivå. Til det er den biologiske variasjonsbredden altfor stor. Og om det ser aldri så dystert ut, håpet må folk få beholde.

I doktorklubben er jeg skeptikeren kjent for stadig å stille spørsmålet «Er nå det så sikkert?» Våre klubbmøter preges gjerne av følelsesladde diskusjoner. Særlig om vi kommer inn på styggedom som xenofobisk nasjonalisme, religiøs fundamentalisme, helseforetaksmodellen, New Public Management og markedsliberalisme. Vi ser med bekymring på et overforbruk av helsetjenester og et voksende privat helsemarked tilgjengelig kun for velsituerte. Noen av oss luret på hvordan vi leger kunne gi fra oss styringen i helsevesenet til folk uten helsefaglig innsikt og klinisk erfaring? Har vi bare oss selv å takke? I sene nattetimer må ofte kunnskapsbaserte argumenter vike for høylytt synging. Enkelte medlemmer kan da få problemer med å ha én tanke i hodet samtidig. I slike situasjoner er det lett å tape den siste flik av troen på menneskeheten.

«Jeg skrev blant annet at jubilaranten har levd et liv på det jevne»

Flere av klubbens medlemmer har vegret seg for å etterkomme NTBs oppfordring om å skrive noen ord om oss selv når vi fyller runde år. En slik selvprodusert oppsummering av eget liv og karriere kan lett fortone seg som selvskyt. Likevel valgte jeg å sende inn noen ord om meg selv da jeg fylte 70. Jeg ønsket å fravike det faste og etter mitt skjønn kjedelige oppsettet. Jeg skrev blant annet at jubilaranten har levd et liv på det jevne. Han ble født av sin mor og ble tatt med nebbtang. Som barn var han en pen gutt, men det vokste han av seg. Han har lyst hår, men et mørkt sinn, lav toleranse, men høyt kolesterol, smale skuldre, men bred vrist. Hans styrke ligger først og fremst i brilleglassene. Politisk hører han hjemme blant konfusianerne. Han mener humorens eneste funksjon er å holde gråten på avstand. Som skiløper faller han lett i staver, og som skøyteløper fikk han sitt gjennombrudd da han gikk gjennom vårisen på Bogstadvannet. Han har ikke fått nobelprisen, men han er innehaver av svømmeknappen og Holmenkollskien. Jubilaranten liker lakrisbåter.

Jeg fikk en tilbakemelding der det fremgikk at dette kunne de ikke trykke. De mente det virket noe useriøst.

Tenk det, Hedda!



KARL OTTO NAKKEN

karln@ous-hf.no

er dr.med., nevrolog og pensjonert overlege. Han var i mange år medisinsk ansvarlig ved Spesialsykehuset for epilepsi i Sandvika.

Foto: privat

Iboende kapasitet

Uttrykket intrinsic capacity betegner en persons samlede evne til god helse og til å motstå sykdom. Vi foreslår å kalle dette for iboende kapasitet på norsk.

Termen *intrinsic capacity* ble introdusert av Verdens helseorganisasjon i 2015 for å betegne «the composite of all of the physical and mental capacities that an individual can draw on» (1). Termen omfatter mobilitet, sensorisk kapasitet som syn og hørsel, muskelstyrke, kognisjon og psykologisk kapasitet. Det er ikke noen gullstandard for hvordan dette måles, men håndgripestyrke og ganghastighet er to konkrete og objektive mål som ofte brukes for å måle den fysiske kapasiteten, og som er kartlagt i flere store norske studier.

Opprettholdelse og utvikling av *intrinsic capacity* vil, sammen med miljøet og omgivelsene vi lever i, legge grunnlaget for en sunn aldring. Termen er allerede i bruk blant aldringsforskere og myndigheter og betegner på mange måter det motsatte av skrøpeligheit (på engelsk: *frailty*) (2). Hva bør vi så kalle dette på norsk?

Intrinsisk kapasitet?

Det første ordet – *intrinsic* – kjenner vi godt i medisinen. På engelsk kalles glykoproteinet som produseres i parietalcellene i mageslimhinnen, for *intrinsic factor*. Tidligere fantes den fornorskede skriveformen *intrinsik* i ordbøkene (3), men i 1983 vedtok fagnemnda i Språkrådet at ordet skulle skrives *intrinsisk* (4). Denne skrivemåten kom inn i Tidsskriftets ordliste i 1993 (5), og slik står det fremdeles (6).

Språkrådets begrunnelse for endringen var at adjektivsuffikset *-isk* tilsvarer engelsk *-ic* i andre ord: lingvistisk, psykedelisk osv. Dermed var det logisk at også *intrinsisk* fulgte samme formel. Men det beste er,

uttalte rådet, å unngå fremmedordet *intrinsisk* dersom man kan greie seg med et mer velkjent ord (4).

Intrinsic har vært drøftet i språkspalten tidligere. Da ble det påpekt at også i koagulasjonslæren har man brukt uttrykket, men at det etter hvert ble fornorsket til det interne koagulasjonssystem og i dag helst det indre koagulasjonssystem (7). Kanskje en lignende løsning er greiest også for *intrinsic capacity*?

«Uttrykket iboende kapasitet er nærmere, varmere og mer forståelig»

Det andre ordet i uttrykket – *capacity* – kan vanskelig oversettes med noe annet enn *kapasitet*. Vårt inntrykk er riktignok at ordet *capacity* ofte brukes i engelsk dagligspråk om det vi på norsk ville kalt *evner*, men i et faguttrykk vil likevel *evner* stå for langt unna ordet *capacity* både muntlig og skriftlig.

Iboende kapasitet?

I ordboka står *intrinsic* oversatt med 1) indre, iboende; 2) egentlig, virkelig, reell (8). Av de fem ordene er antakelig *iboende* mest dekkende (9). En optimal oversettelse bør helst kunne tilbakeoversettes, men dette kravet er ikke oppfylt her, ettersom ordboka angir følgende alternativer: *immanent*, *inherent*, *innate*.

At en oversettelse må kunne bli tilbakeoversatt til utgangspunktet, kan imidlertid ikke være et absolutt krav. Vi tror dessuten *intrinsisk kapasitet* vil virke fremmedartet på norsk. Uttrykket *iboende kapasitet* er nærmere, varmere og mer forståelig.

Konklusjon

Vi mener at *iboende kapasitet* er den beste norske oversettelsen av det engelske *intrinsic*

capacity. Når uttrykket brukes for første gang i en tekst, kan man sette det engelske i parentes bak: iboende kapasitet (*intrinsic capacity*). Denne oversettelsen vil bli brukt i aldringskapitlet i Folkehelse rapporten som nå revideres.

ANETTE HYLEN RANHOFF

anette.ranhoff@uib.no

er spesialist i indremedisin og i geriatri, professor ved Universitetet i Bergen og seniorforsker ved Avdeling for fysisk helse og aldring, Folkehelseinstituttet.

BJØRN HEINE STRAND

er ph.d., biostatistiker og seniorforsker ved Avdeling for fysisk helse og aldring, Folkehelseinstituttet og Nasjonalt senter for aldring og helse.

ERLEND HEM

er professor ved Universitetet i Oslo, instituttssjef ved Legeforskningsinstituttet og leder av Gruppe for norsk medisinsk fagspråk.

LITTERATUR

- 1 Verdens helseorganisasjon. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Lest 20.3.2022.
- 2 Wyller TB, Hem E. De skrøpelige. Tidsskrift for omsorgsforskning 2020; 6. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-01-02> Lest 20.3.2022.
- 3 Øyri A. Norsk medisinsk ordbok. 3. utg. Oslo: Samlaget, 1994: 356.
- 4 Norske avløserord. Språknytt 1983; 11: 11.
- 5 Skikk og bruk i Tidsskriftet: med ordliste og veiledning for manuskriptforfattere. Lysaker Tidsskrift for Den norske Legeforening, 1993; .
- 6 *intrinsisk faktor*. I: Tidsskriftets ordliste. Lest 20.3.2022.
- 7 Stavem P, Brosstad F, Haldal D et al. *Intrinsic/intrinsisk faktor – ikke intrinsisk faktor*. Tidsskr Nor Legeforen 1993; 113: 2033.
- 8 *intrinsisk*. I: Stor engelsk-norsk ordbok. Lest 20.3.2022.
- 9 *iboende*. I: Det norske akademis ordbok. Lest 20.3.2022.

Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos voksne pasienter med **Overaktiv Blære.⁽¹⁾**



Fleksibel dosering for personilpasset behandling av overaktiv blære.



Fleksibel dosering. Startdose 4 mg som kan økes til 8 mg avhengig av pasientens behov.⁽¹⁾



Reduserer signifikant antall blæretømminger og inkontinensepisoder sammenlignet med placebo.⁽¹⁾
(p<0,001)



Signifikant flere pasienter i % rapporterte "vesentlig forbedret" eller "forbedring" vs. placebo.⁽¹⁾
(p<0,001)

1. SpC Toviaz



C Toviaz «Pfizer» Muskarinreseptorantagonist. ATC-nr.: G04B D11

T DEPOTTABLETTER 4 mg og 8 mg: Hver depottablett inneh.: Fesoterodinfumarat 4 mg, resp. 8 mg tilsv. fesoterodin 3,1 mg, resp. 6,2 mg, hjelpestoffer.. Fargestoff: ndigotin (E 132), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos voksne pasienter med overaktiv blære.

Dosering: Voksne: Anbefalt startdose er 4 mg 1 gang daglig. Basert på individuell respons kan dosen økes til 8 mg 1 gang daglig. Maks. Daglig dose er 8 mg. Til pasienter med normal nyre- og leverfunksjon, som får samtidig behandling med potent CYP 3A4-hemmer, bør maks. daglig dose av fesoterodinfumarat være 4 mg 1 gang daglig. Fullstendig behandlingseffekt er sett etter 2-8 uker og virkningen bør derfor evalueres etter 8 ukers behandling. Nedsatt nyre- eller leverfunksjon under fravær og nærvær av moderate og potente CYP 3A4-hemmere: Dosejustering iht. Tabell ved nedsatt nyrefunksjon¹

		CYP 3A4-hemmer			
Nedsatt nyrefunksjon ¹	Mild	Ingen	Moderat	Potent	
	Moderat	4-8 mg	2-4 mg	Bør unngås	
	Alvorlig	4-8 mg	4 mg	Kontraindisert	
Nedsatt leverfunksjon ¹	Mild	4 mg	Bør unngås	Kontraindisert	
	Moderat	4-8 mg	4 mg	Bør unngås	
		4 mg	Bør unngås	Kontraindisert	

1 Mild GFR = 50-80 ml/minutt, moderat GFR = 30-50 ml/minutt, kraftig GFR = <30 ml/minutt.

2 Forsiktig doseøkning.

Barn: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. Ingen tilgjengelige data. Administrering: Skal svelges hele sammen med væske. Kan inntas uavhengig av måltid.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene, peanøtter eller soya. Urinretensjon. Alvorlig ulcerøs kolitt. Toksisk megakolon. Ukontrollert trangvinkelglaukom. Myasthenia gravis. Alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» C). Samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere. Ved moderat til alvorlig nedsatt lever- eller nyrefunksjon. **Forsiktighetsregler:** Bør brukes med forsiktighet ved betydelig hindret blæretømming med fare for urinretensjon (f.eks. klinisk signifikant forstørret prostata pga. benign prostatahyperplasi). Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mage-tarmkanalen (f.eks. pylorusstenose), gastroøsofagealrefluks og/eller samtidig bruk av legemidler som kan føre til eller forverre øsofagitt (f.eks. orale bisfosfonater), nedsatt gastrointestinal motilitet, autonom nevropati og kontrollert trangvinkelglaukom. Forsiktighet må utvises når fesoterodin forskrives til eller opptrifres hos pasienter som forventes å ha økt eksponering for aktiv metabolitt: Nedsatt lever- og nyrefunksjon, samtidig administrering av potente eller moderate CYP 3A4-hemmere, samtidig administrering av potente CYP 2D6-hemmere. Ved kombinasjon av disse faktorene forventes ekstra økning i eksponeringen.

Doseavhengige antimuskariner bivirkninger vil sannsynligvis oppstå. Individuell respons og toleranse bør evalueres før doseøkning til 8 mg 1 gang daglig. Organiske årsaker til overaktiv blære må utelukkes før behandling. Andre årsaker til hyppig vannlating (behandling av hjertesvikt eller nyresykdom) må vurderes før behandlingsstart. Ved forekomst av UV1 må egnet behandling igangsettes. Angioødem er rapportert med andre legemidler, og har i noen tilfeller oppstått etter 1. dose. Hvis angioødem forekommer, skal fesoterodin seponeres og egnet behandling igangsettes umiddelbart. Forsiktighet skal utvises ved risiko for QT-forlengelse (f.eks. hypokalemi, bradykardi og samtidig administrering av legemidler som er kjent for QTforlengelse) og ved relevante tidligere hjertesykdommer (f.eks. myokardial iskemi, arytmi, medfødt hjertesvikt). Dette gjelder spesielt ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere. Forsiktighet må utvises ved bilkjøring eller bruk av maskiner pga. mulige bivirkninger som f.eks. uklart syn, svimmelhet og søvnløshet. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukosegalaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med andre legemidler som har antimuskariner eller antikolinerge egenskaper (f.eks. amantadin, trisykliske antidepressiver, enkelte nevroleptika) kan resultere i uttalte terapeutiske effekter og bivirkninger (f.eks. forstoppelse, munntørhet, søvnløshet, urinretensjon). Fesoterodin kan redusere effekten av legemidler som stimulerer motiliteten i mage-tarmkanalen, som f.eks. metoklopramid. Maks.fesoterodindose bør begrenses til 4 mg ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. atazanavir, klaritromycin, indinavir, itraconazol, ketokonazol, nefazodon, nefli avir, ritonavir (og alle ritonavirforsterkede PI-regimer) sakonavir og telitromycin). Induksjon av CYP 3A4 kan føre til subterapeutiske plasmanivåer. Samtidig bruk med CYP 3A4-induktorer (f.eks. karbamazepin, rifampicin, fenobarbital, fenytoin, johannesurt) anbefales ikke. Samtidig administrering av potente CYP 2D6-hemmere kan gi økt eksponering og bivirkninger og dosereduksjon til 4 mg kan være nødvendig. Hos friske har fesoterodin 8 mg 1 gang daglig ingen signifikant effekt på farmakokinetikk eller antikoagulerende effekt av en enkelt dose warfarin. **Graviditet/Amming:** Fertilitet: Ikke vurdert. Fesoterodin har ingen effekt på mannlig eller kvinnelig fertilitet eller andre effekter på reproduksjonsfunksjonen hos menn, eller på tidlig utvikling av embryo hos musefoster. Kvinner i fertil alder bør gjøres oppmerksom på manglende fertilitetsdata, og fesoterodin bør bare gis etter en individuell nytte-/risikovurdering. Overgang i placenta: Ukjent. Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Gravide bør ikke behandles med fesoterodin. Overgang i morsmelk: Ukjent. Bruk under amming bør unngås. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Munntørhet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Abdominalsmarter, diaré, dyspepsi, forstoppelse, kvalme. Luftveier: Tørr hals. Nevrologiske: Svimmelhet, hodepine. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Søvnløshet. Øye: Tørr øyne. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Abdominalt ubehag, flatulens, gastroøsofageal refluks. Hjerne/ kar: Takykardi, palpitasjoner. Hud: Utslett, tørr hud, kløe. Infeksjoner: Urinveisinfeksjon. Lever/galle: Økning i ALAT og GGT. Luftveier: Faryngolaryngeal smerte, hoste, nesetørhet. Nevrologiske: Smaksforstyrrelse, sømnløshet. Nyre/urinveier: Urinretensjon (inkl. følelse av resturin, sykkelig trang til vannlating), urinhesitasjon. Øre: Vertigo. Øye: Uklart syn. Øvrige: Utmattelse. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hud: Angioødem, urticaria. Psykiske: Forvirringstilstand. Etter markedsføring: Tilfeller av urinretensjon hvor kateterisering har vært nødvendig, vanligvis i løpet av den 1. behandlingsuken. Primært sett hos eldre mannlige pasienter (>65 år) som tidligere har hatt benign prostatahyperplasi. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Fesoterodin er administrert sikkert i doser opp til 28 mg/dag. Overdosering kan føre til alvorlige antikolinerge bivirkninger. Behandling: Ev. ventrikelskylling og medisinsk kull. Symptomatisk behandling. Se Giftnformasjonens anbefalinger G04B D11 side 65 d i Felleskatalogen 2012.

Egenskaper: Klassifisering: Kompetitiv, spesifikk muskarin reseptorantagonist. Virkningsmekanisme: Rask og i stor utstrekning hydrolysert av uspesifikke plasmaesteraser til 5-hydroksymetylderivatet, dens primære aktive metabolitt, som er det dominante aktive farmakologiske prinsippet ifesoterodin. Absorpsjon: Maks. plasmanivå nås etter ca. 5 timer. Terapeutiske plasmanivåer oppnås etter 1. administrering. Proteinbinding: Aktiv metabolitt er ca. 50% bundet til albumin og alfa-1-surt glykoprotein. Fordeling: Distribusjonsvolum: 169 liter etter i.v. administrering. Halveringstid: Terminal halveringstid for aktiv metabolitt er ca. 7 timer. Metabolisme: Hydrolyseres raskt og i stor utstrekning til aktiv metabolitt. Gjennomsnittlig Cmax og AUC for aktiv metabolitt, øker opp til hhv. 1,7 ganger og 2 ganger hos personer med langsom CYP 2D6-metabolisme. Utskillelse: Ca. 70% i urin og 7% i feces. Levermetabolisme og nyreutskillelse bidrar i betydelig grad til å utskille den aktive metabolitten.

Pakninger og priser: 4 mg: 28 stk. (blister) kr. 342,00. 84 stk. (blister) kr. 953,40. 8 mg: 28 stk. (blister) kr. 398,40. 84 stk. (blister) kr. 1122,60.

Refusjon: 1G04B D11_1. Fesoterodin.

Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv nevrogen blære med lekkasje (urge-inkontinens).

Refusjonskode: ICPC Vilkår nr

U04 Urininkontinens - N39.4 Annen spesifisert urininkontinens

Vilkår: Ingen spesifisert.

Sist endret: 14.09.2017



**Pierre Fabre
Pharma**

Håndrotsbrudd

Før røntgenundersøkelser gjorde sitt inntog i helsevesenet, var det vanskelig å vite sikkert akkurat hvor brudd hadde oppstått. I Tidsskriftet nr. 7/1901, bare få år etter røntgenstråler ble oppdaget i 1895 av tyskeren Wilhelm Conrad Röntgen, forteller lege Reinhardt Natvig om viktigheten av å sette riktig diagnose tidlig ved håndrotsbrudd – og hvor mye enklere det kunne gjøres ved hjelp av røntgen. Under følger et utdrag av artikkelen (Tidsskr Nor Lægeforen 1901; 21: 339–43).

JULIE DIDRIKSEN

julie.didriksen@tidsskriftet.no
Tidsskriftet

Brud af haandrodsben.

Af Reinhardt Natvig, Kristiania.

Det er først de sidste aars radiografering, som har givet os oplysning om det anatomiske grundlag for en del læsioner af haandleddsregionen. (...) Det har mangan gang paa forhaand været umuligt at kunne diagnosticere et brud.

«Det har mangan gang paa forhaand været umuligt at kunne diagnosticere et brud»

(...) Dr. Metzner i Dessau har refereret et ganske interessant tilfælde, der viser vig-

tigheden af, at den korrekte diagnose stilles paa et tidlig tidspunkt. En kunstmaler faldt en dag paa den fortil strakte høire haand og distorkverede angivelig haandleddet. Haanden blev 4 uger immobiliseret i gibs og derpaa behandlet med massage. Trods langvarig behandling blev dog haandleddet temmelig stivt og i høi grad smertefuldt. Røntgenbilledet viste en dislokation af haandroden hen imod den perifer radiusende, et brud af nederste radiusepifyse og en indkiling af os scaphoideum i brudstedet.

Ved faldet paa den høire hypotenar havde anslaget virket i skraa retning til os scaphoideum og hidført afsprængningen af radiusepifysen. Det afsprængte stykke var igjen tilhelet, men ved haandrodens dislokation og indkilingen af os scaphoideum i brudstedet bestod der dog en hardnakket bevæghindring, og der var stor smerte ved enhver bevægelse, omstændigheder, der nu ikke mere lod sig rette paa, og som i væsentlig grad hindrede den skadede i udøvelsen af hans kunst. Jeg er aldeles overbevist om,

siger Metzner, at ved tidlig Røntgenundersøgelse og faststillen af diagnosen vilde et andet og bedre resultat være opnaaet i løbet af kortere tid.

«Hvor god en kopi end er, vil i saadanne billeder altid en del subtile detaljer gaa tabt paa veien mellem negativ og positiv»

(...) Som bekjendt kommer en *avis rara* sjelden alene. I høst har jeg i samme uge set 2 karpusfrakturer, hvoraf jeg har faaet radiogramer. Hvor god en kopi end er, vil i saadanne billeder altid en del subtile detaljer gaa tabt paa veien mellem negativ og positiv. I enda høiere grad er dette tilfældet ved reproduktion. Som illustration til frakturerne leveres derfor kun et konturrids fra negativen.

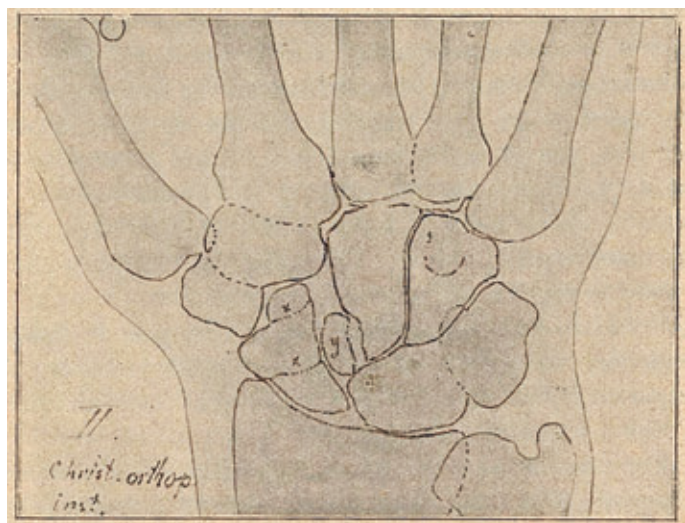


Fig. II Mand, 36 aar. Faldt sommeren 1900. «Klaskede» venstre haand i bakken. Betydelig hævelse og smerter. Ingen særlig behandling anvendt. 23de oktober 1900. Haandens kraft nedsat. Smerter kun, naar han skal aabne en dør eller lignende. Ingen hævelse. Paa haandleddets radialsiden føltes en liden brudfure, der var ømfindelig for palpation. Jeg diagnosticerede feilagtigt et brud af spidsen af proc. styl. radii. Radiogramet viser, at brudfuren tilhørte os scaphoideum. $x \times 2$ brudfurer af dette ben. Desuden var det nederste venstre hjørne af os capitulum afsprængt (y).

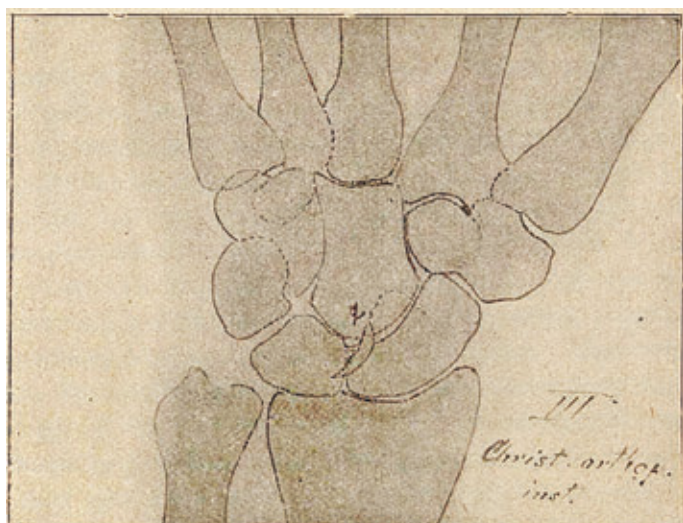


Fig. III Mand, 17 aar. Faldt paa ski i februar 1900, slog høire haand. Betydelig hævelse og smerter. 17de oktober 1900. Stadige smerter, kan ikke skrive. Nogen hævelse. Alle saavel passivt som aktivt udførte extreme bevægelser i haandleddet smerter. Trykømheden over os scaphoideum og os lunatum. Ingen brudfure kan føles. Radiogramet viser en halvmaaneformet afsprængt splint (z), der synes at stamme fra os lunatum.

Fargerikt og informativt om fastlegen



SÅNN TENKER FASTLEGEN DIN

Morten Munkvik
102 s, ill. Stavanger:
Hertervig Forlag, 2021.
Pris NOK 199
ISBN 978-82-8216-197-8

Noe av fastlegekrisen skyldes en forventningskrise. Vi fastleger opplever et økende misforhold mellom hva pasienter og samarbeidspartnere ofte forventer av oss, og hva vi er rigget for å tilby av tjenester.

Målet med denne boken er å bidra til at pasienters forventninger samsvarer bedre med hva en fastlege kan tilby og med hvilke vurderinger fastlegen ofte gjør. Tanken er at dette i neste omgang vil kunne bidra til

bedre kommunikasjon og økt kvalitet på utredning, behandling og oppfølging.

Allmennlegeforeningen lanserte i 2018 nettsiden Fastlegen.no. I den forbindelse begynte fastlege Morten Munkvik sammen med illustratør Berit Samme å lage striper for å vise ulike sider ved fastlegelivet. Han etablerte Fargegata legesenter og bemannet det med bl.a. dr. Frank Røed. Munkvik har moret mange fastlegekolleger med disse månedlige fyndige og humoristiske stripene.

Leseren blir ført gjennom en fastlegeuke med beskrivelse av typiske fastlegeoppgaver, fra mandag formiddag til lørdag kveld. Gjennom 12 lettleste kapitler presenteres ulike temaer, som det å vente på legen, blåresepter og refusjon, screening og overdiagnostikk, blodprøver og røntgen, sykmeldinger og trygderefusjoner, henvisninger, legeattester og legevakt. Alt er morsomt organisert etter ukedagenes ulike arbeidsøkter. Boken er lettlest med en jeg- og du-form, rikelig og frodig illustrert med striper fra Fargegata legesenter.

Forfatteren formidler et hav av kloke

vurderinger om hvordan en fastlege kan og bør arbeide og opptre. Her er mye nyttig helseopplysning for noen og enhver. Jeg er spent på om den primære målgruppen, brukerne av fastlegetjenestene, vil kjøpe og lese boken. Jeg håper det. Men om ikke de store massene gjør det, mener jeg virkelig at boken vil være nyttig for en rekke andre. Den gir en rask og glimrende innføring for nye kolleger i allmennpraksis og innehar svært nyttig informasjon for samarbeidspartnere, kommuneadministrasjon og politikere.

Dertil vil jeg oppfordre fastlegekolleger rundt om i det ganske land til å bruke boken som utgangspunkt for faglige diskusjoner på kontoret, i veiledningsgrupper og i smågrupper. Denne boken, som er støttet av Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, fortjener å bli lest av mange.

GISLE ROKSUND

Spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin
Fastlege, Klosterhagen legesenter, Skien

Gøyal basalmedisinsk håndbok



NATURVIDENSKABELIG FØRSTEHJÆLP

Peder Kjær Gasbjerg,
Lærke Smidt Gasbjerg,
Laura Smidt Hansen et al.
Illustrerede medicinske
cases. 263 s, tab, ill. Køben-
havn: FADL's Forlag, 2020.
Pris DKK 250
ISBN 978-87-93590-84-7

Dette er en kortfattet, lettlest og underholdende håndbok i naturvitenskapen som ligger til grunn for vanlig klinisk praksis. Forfatterne tar en munter og leken tilnærming til all den grunnkunnskapen som turnuskandidaten trenger i møte med ekte pasienter og kollegaer i sin nye hverdag på sykehuset.

Målgruppen er leger i turnus, men den passer like godt for ferske studenter på

terskelen til medisinstudiet. Medisinske basalfag undervises i starten av medisinstudiet og er grunnlaget for all klinisk praksis. Noe av grunnutdannelsen anses også gitt i og med studiets opptakskrav. Det forventes at studentene har grunnleggende kunnskaper i matematikk, kjemi og fysikk.

Når den ferdig utdannede legen skal ut i turnus (i Danmark kalles det Klinisk basisutdannelse eller KBU) kommer all denne kunnskapen til nytte igjen. Det er her *Naturvidenskabelig førstehjelp* kommer inn i bildet, bokstavelig talt. For husker den ferske turnuskandidaten alle detaljene i hvordan atomer binder seg sammen til molekyler via kjemiske eller elektrostatiske bindinger? Husker hun hva syrer og baser er, og kan hun gjøre rede for lydølgenes fysiske egenskaper? For ikke å snakke om elektromagnetisk stråling?

Denne boken kan fungere som en håndbok eller oppslagsverk, men kan like gjerne leses fra perm til perm. Korte illustrerte kapitler om naturvitenskapelige emner veksler med en rekke tosidige kapitler i en tegneserie om den ferske turnuskandidaten Caroline. Hennes opplevelser gjennom året som turnuskandidat, en lang togtur unna

byen der hun studerte, fungerer som innledning til de naturvitenskapelige emnene.

Boken vekker nysgjerrighet ved at den tar for seg velkjente temaer og detaljer man kanskje har glemt, men som er viktige for klinisk praksis. For nyslåtte medisinstudentene kan boken fungere som en innledning til studiene i basalmedisin, med repetisjon av velkjent matematikk og fysikk og en kortfattet innføring i cellebiologi, anatomi og fysiologi for de som ennå ikke har hatt disse fagene.

Tegningene i boken framstår som håndtegnet, de er enkle, men fargerike og lette å forstå. Enkelte ganger er imidlertid figurene såpass forminsket at det kan være vanskelig å lese noe av den forklarende teksten.

Boken egner seg godt som en lettlest gave til ferske turnuskandidater eller nyslåtte medisinstudenter.

ANNE SPURKLAND

Professor i anatomi, Institutt for medisinske basalfag
Universitetet i Oslo

Stueland imponerer igjen



PANDEMIARKIVENE

Espen Stueland
354 s, ill. Oslo: Oktober
forlag, 2021. Pris NOK 429
ISBN 978-82-495-2320-7

Tolv år etter den velskrevne og fascinerende *Gjennom kjøttet – disseksjonen og kroppens kulturhistorie* imponerer Espen Stueland igjen. Denne gangen er det pest og pandemier som er omdreiningspunktet. Og som tittelen *Pandemiarkivene* antyder, baserer Stueland seg på et bredt anlagt tekstmateriale, der både pandemienes eldre historie og vår egen samtid inngår. Det er først og fremst litterære tekster han analyserer. Ikke desto mindre støter vi på mye interessant medisinsk historisk materiale. Vår egen koronapandemi tilfører det hele en

ekstra dimensjon og gjør utgivelsen svært så aktuell.

Boken har to deler. I første del står Daniel Defoe og hans verk *A Journal of the Plague Year* fra 1722 sentralt. Denne utgjør da også *Pandemiarkivene*s viktigste litterære forelegg. Den suppleres med Samuel Pepys dagbok fra 1660–69, og sammen gir de en detaljert og levende fremstilling av byllepesten i London i 1665. Den andre delen omhandler mikrober, som en «fortsettelse av politikken med andre midler». Her har Albert Camus' *Pesten* og Thomas Manns *Døden i Venezia* fått sine kapitler. Det har også Wergeland og Ibsen, for å nevne noen flere. Avslutningsvis i denne delen posisjonerer Stueland seg innenfor feltet medisinsk humaniora, som han skriver informert om.

Formålet er også todelt. I de skjønnlitterære verkene er Stueland særlig opptatt av hvordan samfunn og enkeltskjebner i perioder med pest og pandemi fremstilles: hvordan hverdagen og det levde livet preges av frykt for smitte og død, opprørende og smertefulle avskjeder, karantenebestemmelser og omsorgsfullt hjelpearbeid samt hvordan dette påvirket folks mentalitet, holdninger og verdier. Stueland forfølger også de medisinske aspektene. Vi inviteres inn i legevitenskapelige og helsepolitiske reson-

nementer og diskusjoner, der velkjente navn som Hippokrates, Galen, Paracelsus, Mead, von Linné, Koch, Pasteur og Snow refereres. I boken berøres også norske medisiner, som Holst, Faye og Lochmann.

Stueland gir fine og innsiktsfulle lesninger av de skjønnlitterære verkene og han evner å diskutere disse i lys av kulturelle, sosiale og medisinske kontekster. Hans litterære undersøkelse bærer preg av nysgjerrighet, kunnskapssøken og ikke minst en nesten overveldende formidlingsevne. At boken har over 400 noter og en litteraturliste på over 20 sider uten å bli kjedelig, sier jo sitt.

Med *Pandemiarkivene* har vi fått en pandemienes litteraturhistorie som gir gjenklang og har aktualitet også i vår tid, og i tillegg en kulturhistorie om noen svært smittsomme og dødelige sykdommer. Også det medisinske perspektivet preger lesningen, og forfatteren forsøker å illustrere at sykdommer ikke er stabile enheter. For alle som er interessert i pandemienes litteratur, anbefales *Pandemiarkivene* på det varmeste.

HILDE BONDEVIK

Professor, Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap
Det medisinske fakultetet, Universitetet i Oslo

Underholdende om allmennmedisin



KVALLM – KVALITET
I ALLMENNMEDISIN
Utgiver: KVALLM

Blant alle medisinske podkaster jeg lytter til, er dette en favoritt. Her får du korte og konsise episoder på 5–15 minutter om alt fra sosial- og samfunnsmedisin til klassiske kliniske allmennmedisinske problemstillinger. Du kan lære om alt fra vurdering av diabetiske fotsår og behandling av ekstern otitt, til hvordan møte pasienten som sliter

med alkoholisme. Er det noe du lurar på i hverdagen som fastlege så finner du nok noe om det i det brede utvalget på over 300 episoder som ligger ute. I denne podkasten møter du to spesialister i allmennmedisin som fører en samtale der de veksler mellom å stille hverandre spørsmål og å besvare dem. Tonen er lett og ofte humoristisk; her er det høy underholdnings- og undervisningsverdi.

Denne podkasten er ypperlig for fastleger, legevaktsleger, LIS1 og medisinstudenter som vil lære mer praktisk allmennmedisin. Etter min oppfatning kan den også være nyttig for sykehusleger, da den gir flere gode innsikter i fastlegehverdagen.

Podkasten holder seg aktuell da den tidvis følger både kalenderåret og holder lytteren fortløpende oppdatert på nye faglige retningslinjer. Jeg har repetert og systematisert mye kunnskap mens jeg har lyttet til KVALLM, og de korte og varierte episodene gjør dette til en podkast jeg alltid kom-

mer tilbake til. Et høydepunkt ved podkasten er de oversiktlige oppsummeringene av problemstillinger som uerfarne klinikere ofte finner utfordrende, fordi det er mye å huske på og dermed vanskelig å være effektiv. Eksempler på dette er viktige årskontroller, oppfølging av kroniske sykdommer, vurdering av kjørevevne og takstbruk. Noen temaer kommer de tilbake til i flere episoder ettersom kunnskapen oppdateres og endres. Podkasten er, som de selv understreker, ingen fasit, men gir likevel et fint overblikk over hva som bør med i konsultasjonen. Slik kan den bidra til å effektivisere en svelt LIS1 som skal ha disse allmennmedisinske konsultasjonene for første gang.

ELISE CATRIONA SOLBERG O`LEARY

Lege i spesialisering del 1
Oslo universitetssykehus

UNIVERSITETET I OSLO

www.med.uio.no/disputaser/



DAGRUN BREKKE SAGAFOS

Neurophysiological mechanisms in patients with neuropathic pain and pain insensitivity due to gene mutations: Assessment of nociceptive C-fibers by sensory testing and neurophysiological methods, including microneurography. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 20.5.2022.

Bedømmelseskommité: Håkan Olausson, Linköping University, Sverige, Sissel Løseth, UiT Norges arktiske universitet, og Iver Arne Langmoen, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Ellen Jørum og Inge Petter Kleggetveit.

TRINE KÅSINE

New Needle Tip Tracking Technology for Ultrasound-Guided Peripheral Nerve Blocks. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 25.5.2022.

Bedømmelseskommité: Andrea Saporito, Bellinzona Regional Hospital, Sveits, Gunnvald Kvarstein, UiT Norges arktiske universitet, og Harriet Akre, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Axel R. Sauter og Leiv Arne Rosseland.

UNIVERSITETET I STAVANGER

Universitetet i Stavanger (uis.no)



DANIEL LIMI CACIC

Interactions between platelets and hematopoietic cells. Utgår fra Det helsevitenskapelige fakultet. Disputas 27.4.2022.

Bedømmelseskommité: Yngvar Fløisand, Clatterbridge, Cancer Centre, University of Liverpool, Storbritannia, Richard Willfred Olausson, Avdeling for kreftbehandling, Seksjon for celleterapi, Oslo universitetssykehus, og Daniela Maria Pampanin, Universitetet i Stavanger.

Veiledere: Tor Hervig, Peter Meyer og Oddmund Nordgård.



Det skapende universitet

http://www.ntnu.no/kalender#tag=disputaserdmf

HALVOR JOHANNES BREIVIK LANGELAND

Circulatory characterization of the post-cardiac arrest syndrome – A Study Of The Inflammatory Response And The Circulatory Failure After Out-Of-Hospital Cardiac Arrest. Utgår fra Institutt for sirkulasjon og billediagnostikk. Disputas 22.4.2022.

Bedømmelseskommité: Markus Skrifvars, University of Helsinki, Finland, Anne Dragøy Hafstad, UiT Norges arktiske universitet, og Bjørnar Grenne, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Veiledere: Nils Kristian Skjærvold, Petter Aadahl, Pål Klepstad og Trond Nordseth.

HANS OSKAR WELANDER ANGENETE

Imaging of the temporomandibular joint in children with juvenile idiopathic arthritis; references and novel scoring systems for active and permanent disease. Utgår fra Institutt for sirkulasjon og billediagnostikk. Disputas 3.5.2022.

Bedømmelseskommité: Thekla von Kalle, Radiologisches Institut Kinderradiologie, Klinikum Stuttgart, Tyskland, Athimalaipet Ramanan, University of Bristol, Storbritannia, og Ingerid Skjei Knudtsen, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Veiledere: Karen Rosendahl, Marite Rygg og Knut Haakon Stensæth.

KAROLINE AKER

Perinatal asphyxia in a global perspective: How can we improve outcomes? Utgår fra Institutt for klinisk og molekylær medisin. Disputas 13.5.2022.

Bedømmelseskommité: Marianne Thoresen, Universitetet i Oslo, Cally Tann, University College London Hospitals, Storbritannia, og Eirik Skogvoll, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Veiledere: Ragnhild Støen, Asta Håberg og Niranjana Thomas.

ERIK MULDER PETERSEN

Earlybird – a new approach to vascular assessment. Utgår fra Institutt for sirkulasjon og billediagnostikk. Disputas 29.4.2022.

Bedømmelseskommité: Håkan Pärsson, Linköpings Universitet, Sverige, Erik Fosse, Universitetet i Oslo, og Linn Åldstedt Nyrønning, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Veiledere: Arne Seternes, Hans Torp og Jonny Hisdal.

ØYSTEIN OLSTAD LANGSETH

Multiple myeloma in Norway – Population-based studies on incidence, survival, familial risk, and associated malignancies. Utgår fra Institutt for klinisk og molekylær medisin. Disputas 9.5.2022.

Bedømmelseskommité: Karin Ekstöm Smedby, Karolinska Institutet, Stockholm, Sverige, Eiliv Lund, Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet, og Bjørn Olav Åsvold, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Veiledere: Anders Waage og Øyvind Hjertner.

ELLEN RABEN SVEDAHL

Health services under pressure: General practitioners' workload, gatekeeping, and patient safety. Utgår fra Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie. Disputas 20.5.2022.

Bedømmelseskommité: Unni Ringberg, UiT Norges arktiske universitet, Øyvind Erik Næss, Universitetet i Oslo, og Linn Beate Strand, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Veiledere: Johan Håkon Bjørngaard, Kristine Pape og Bjarne Austad.

UNIVERSITETET I BERGEN

www.uib.no/info/dr_grad/



GUNNHILD SELLEVOLL HUNSKÅR

Extra-intestinal complications following acute giardiasis. Utgår fra Institutt for global helse og samfunnsmedisin. Disputas 12.5.2022.

Bedømmelseskommité: Magnus Simrén, Göteborgs universitet, Sverige, Anja Brænd, Universitetet i Oslo, og Sven Gudmund Hinderaker, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Knut-Arne Wensaas og Guri Rørtveit.

METTE ENGAN

Physical activity and exercise capacity in survivors of preterm birth. A population-based cohort study of long-term consequences of prematurity. Utgår fra Klinisk institutt 2. Disputas 19.5.2022.

Bedømmelseskommité: Håvard Skjerven, Oslo universitetssykehus, Lene Haakstad, Norges idretts-høyskole, og Nils-Halvdan Morken, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Hege Havstad Clemm, Thomas Halvorsen, Maria Vollsæter og Ola Drange Røksund.

UiT NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

https://uit.no/tavla



ESPEN BENJAMINSEN

Multiple sclerosis in Northern Norway, epidemiology and comorbidity. Utgår fra Institutt for klinisk medisin. Disputas 25.4.2022.

Bedømmelseskommité: Melinda Magyari, Danish Multiple Sclerosis Center, Department of Neurology, The Danish Multiple Sclerosis Registry, Copenhagen University Hospital, Danmark, Jelena Drulovic, University Clinical Center of Serbia, Faculty of Medicine, University of Belgrade, Serbia, og Kjell Arne Arntzen, Universitetssykehuset Nord-Norge/ Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet.

Veiledere: Karl Bjørnar Alstadhaug og Kjell-Morten Myhr.

ANNONSE

Otinova® ørespray mot
øregangsbetennelse

Selges på alle apotek

Otinova® ørespray er et reseptfritt medisinteknisk produkt (ikke legemiddel) mot øregangsbetennelse (ekstern otitt)¹. Øresprøyen har en bakteriedrepende effekt². Otinova® ørespray er enkel i bruk. Otinova® ørespray består av aluminiumacetat/aluminiumacetotartrat og ediksyre. Otinova® kan brukes av voksne og barn over 5 år. Otinova® bør ikke brukes på barn under 5 år uten anbefaling fra lege (trommehinnekontroll). Otinova® må ikke brukes i kombinasjon med dren eller mistanke om hull på trommehinnen.

Slik gjør du: Spray 1–2 ganger i øregangen, morgen og kveld, i max 7 dager av gangen.

Les mer på otinova.no

- 1) Clayton et al. A double blind, randomized, prospective trial of a topical antiseptic versus a topical antibiotic in the treatment of otorrhoea. Clin. Otolaryngol Allied Sci 1990, 15, 7-10.
- 2) Thorp et al. The antimicrobial activity of acetic acid and Burrows solution as topical otological preparations. J Laryngol Otol 1998, 112, 925-928.



Circius Pharma AS • circiushpharma.no • info@circiushpharma.no • Tel. 911 36 332

MARTIN STEINBAKK



En trist nyhet nådde oss 11. april: Vår gode venn og kollega Martin Steinbakk var brått gått bort, 70 år gammel.

Martin ble cand.med. i 1977 ved Det medisinske fakultet, Universitet i Oslo. Da han var ferdig med turnustjeneste i Nord-Norge, ble han assistentlege på Kaptein W. Wilhelmsen og Frues Bakteriologiske Institutt ved Rikshospitalet, og her fikk han hele sin mikrobiologiske utdannelse. Han ble raskt med i en gruppe som hadde «mikrobiologen nærmere sykesengen» som målsetting. Det medførte bl.a. visittgang på utvalgte kliniske

avdelinger, døgntilgjengelighet og små bakteriologiske «satellittlaboratorier» ved nærliggende større sykehus.

Etter Rikshospitalet var Martin på mikrobiologisk avdeling på Ullevål sykehus og Sentralsykehuset i Akershus, før han i 2005 begynte på FHI. Martin var en glimrende foredragsholder og ble mye benyttet i kursvirksomhet. I hele sin yrkesaktive karriere var hans spesialinteresse antibiotika og antibiotikaresistens. Han ledet Helsedirektoratets arbeidsgruppe for antibiotikaspørsmål (AFA) i mange år og ble Norges representant i viktige internasjonale fora, som EUCAST (European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing).

Martin publiserte meget. Her i Tidsskriftet har han 15 artikler, fra illustrative kasuistikker til veldokumenterte oversiktsartikler om viktige kliniske problemer. I 2020 publiserte han sin siste artikkel, «Antibiotikadosering – teori og praksis», med medforfattere Hilde Fjeld og Kari Kjendstadli. Den er allerede blitt «pensum» ved flere legemiddelkomiteer. Hans mange artikler i anerkjente internasjonale tidsskrifter omfatter både kliniske

rapporter og spesifikke mikrobiologiske problemstillinger, særlig om antibiotikaresistens.

Martin vil bli savnet av mange, både nasjonalt og internasjonalt. Martin uttalte seg om faglige emner med stor integritet og man lyttet med respekt. Hans varme og dype nordlandske stemme og vennlige smil vil for alltid leve videre i hjertene våre. Våre varmeste tanker går til hans kjære kone Reidun og store familie.

TORE MIDTVEDT, MIKLOS DEGRE,
EIRIK HOLTEN, BERIT HOVIG,
GUNNAR KAHLMETER, EGIL LINGAAS,
HALVOR ROLLAG, ØRJAN OLSVIK,
GUNNAR SKOV SIMONSEN,
ARNFINN SUNDSFJORD

KJARTAN THU



Foto: Lilian Stokkeland

På et toårig seminar i Stavanger satte en ung, tettvokst lege med direkte blick seg ned ved siden av meg, seminarlederen, og der sitter han fortsatt, nå i minnet. Sorg og sinne blandet seg da Kjartan Thu ble begravet fra Gand kirke i Sandnes den 15. februar 2022, 47 år gammel.

Kjartan hadde så mange talenter, ikke minst musikken, og så mange gleder å gi

andre. Han ble psykiater og psykoterapeut, en skattet lærer på Institutt for psykoterapi, en som søkte råd, diskuterte fag og utfordringer, og som skapte miljø rundt seg, også på operapremiere i Oslo.

Han var dedisert sin praksis og sine pasienter, full av interesser, kjapp i replikken, rask til å ta initiativ, livsglad og vital. Sammen med Lilian og Jon Morgan Stokkeland var han sentral i å bygge opp det vitale fagmiljøet i Stavanger. Slik vil han bli husket når mørket og vårt sinne over hans altfor korte liv, blekner.

Før et seminar på Utstein en gang kjørte vi forbi Kilden, der hans oppvekstfamilie var del av menigheten. «Den som ikke vet det, kjenner ikke meg», sa han. Hva kunne jeg spurt om? Både faren og moren døde tidlig. Jeg overnattet hos familien hans før dette seminaret. Han spurte om jeg trengte noe og bredte teppet omsorgsfullt rundt meg. Akkurat denne nattetimen tenkte jeg på under begravelsen da vi fikk høre om ansva-

ret han tok som den eldste av søsknene.

Med en erkjennelse av sin legning brøt han opp i familien. Vi satt igjen ved siden av hverandre på seminar, nå i Trondheim. Han hadde fødselsdag og gledet seg over at svigerforeldrene hadde gratulert ham. Da kan han vel leve med oppbruddet, håpet jeg.

Så har kanskje allikevel fordømmende demoner fra fortiden krøpet inn i hans sinn og formørket alt han ellers stod for. Og ingen kunne hjelpe? Det er forgjeves å spørre. Våre liv må gå videre uten ham.

Vi tenker på hans familie, slekten, venner, kolleger, elever og pasienter.

KARI K. HOLM

EIVINN HAUGLIE-HANSEN



Eivinn Hauglie-Hansen døde den 10. mars 2022, 91 år gammel.

Eivinn ble født i Moss den 10. oktober 1930, tok artium der i 1949 og medisinsk embets-eksamen ved Universitetet i Oslo i 1955. Etter turnus i Stokmarknes og Hadsel samt militærtjeneste ble han ansatt som assistentlege ved Nevrokirurgisk avdeling, Ullevål sykehus. Deretter var han forsker og prosektor ved Anatomisk institutt, Universitetet i Oslo. Det ledet til avhandlingen *Intrinsic neuronal organization of the vestibular nuclear complex in the cat. A Golgi study*, som han i 1968 forsvarte for den medisinske doktorgrad.

Eivinn fikk en allsidig utdanning i nevrokirurgi, først ved Ullevål sykehus, senere ved Glostrup Hospital i København før han dro til Edinburgh for å lære stereotaksi hos professor F. John Gillingham ved The Royal Infirmary. Deretter ble han ansatt ved Rikshospitalet, fra 1974 som overlege. I 1980–82 tjenestegjorde han ved Forsvarets sanitet med majors grad. Eivinn ble spesialist i nevrokirurgi i 1973 og ledet Norsk nevrokirurgisk forening i 1980 og i 1984–85.

Eivinn fortalte at han 16 år gammel oppsøkte familielegen for å spørre om denne trodde at Eivinn kunne egne seg som lege. Familielegen svarte: «Klokken 19 skal jeg i sykebesøk, du kan jo bli med». Dette ble for Eivinn en skjellsettende opplevelse. Han la hoppiski og andre aktiviteter til side for å lese slik at han kom inn på legestudiet i Oslo.

Eivinn var av de få som behersket nevrokirurgien i full bredde – fra mikrokirurgiske aneurismeoperasjoner til svulstoperasjoner og epilepsikirurgi. Han utførte også inngrep for å hjelpe pasienter med Parkinsons sykdom eller med trigeminusneuralgi.

Operasjonene dokumenterte han med foreseggjorte skisser. Han var alltid godt

forberedt, og han forventet det samme av medarbeiderne. Eivinn innga trygghet i møte med pasienter, pårørende og medarbeidere. Han var en skattet mentor og veileder for yngre kolleger, sykepleiere og legestudenter. Hans fine humor bidro til å skape et godt arbeidsmiljø. Eivinn pensjonerte seg i 1994.

Eivinn elsket seilturer med familien og fotturer i Rondane. Hans interesse for musikk var dyp og inderlig. Ved sin offentlige klaverdebut spilte han Chopin og Beethovens Sonate Pathétique. Eivinn fikk som aktiv pensjonist tatt igjen mye som var forsaket ved lange arbeidsdager og -kvelder i tidligere år.

Eivinn var en imøtekommende og trofast venn – og et forbilde like til det siste. Som hans gamle kolleger ved Rikshospitalet lyser vi fred over Eivinn's minne og sender våre tanker til hustru Anne Grete og til den øvrige familie.

KARL-FREDRIK LINDEGAARD, KNUT WESTER, TRYGGVE LUNDAR, HALDOR SLETTEBØ, ANNE MARIE GRØGAARD, ELLEN SUND TUHUS, BJØRN MAGNÆS, JAN WIBERG, WILHELM SORTEBERG

HANS OLAV FEKJÆR



Hans Olav Fekjær døde 14. april, 82 år gammel, etter et langt og aktivt liv preget av vedvarende innsats for mennesker med alvorlige helseproblemer og livsutfordringer.

Hans Olav spesialiserte seg som psykiater og psykoterapeut, men det ble rusmiddel-

problemene som kom i sentrum. Han arbeidet først i Oslo kommune og deretter mange år i Blå Kors. Han drev også med forskning og fagutvikling, og har publisert fagartikler i internasjonale tidsskrifter som *Addiction*, så vel som her i Tidsskriftet. Hans lærebok *Rus – bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk* kom første gang i 2004 og er siden oppdatert en rekke ganger. Boken er i dag et sentralt lære- og standardverk innen rusfeltet. Hans Olav var også en av de viktigste pionerne i forebygging og behandling av pengespill. Boken *Spillegalskap – vår nye landeplage* kom første gang i 2002 og reiste for alvor den offentlig debatten. Den norske reguleringspolitikken skyldes ikke minst hans innsats.

Hans Olav fikk flere velfortjente priser, Folkeopplysningsprisen, Scharffenbergprisen og pris fra Fagrådet innen rusfeltet.

I takketalen etter førstnevnte sa Hans Olav blant annet: «Selv om jeg ikke er noen troende mann, står det for meg som viktig, at når min tilmålte tid på denne kloden en gang går mot slutten, vil jeg gjerne kunne si at jeg har i alle fall *forsøkt* – forsøkt å bidra til å redusere lidelse i de tusen hjem.» Kjære Hans Olav, du har ikke bare forsøkt. Du har gjort en viktig innsats og bidratt vesentlig både til å forebygge og til å lindre lidelse og vansker.

Til slutt dette: Hans Olav var ikke bare fagmann. Han var en mer enn vanlig varm person, særlig selvsagt overfor familien. Han døde i en kjærlig omsorg av et nettverk av ektefelle, barn og barnebarn og etterlater seg både sorg og gode minner.

HELGE WAAL

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



Vi har mange spennende legestillinger i Forsvaret



Skann for å se stillingene!

Legejobber

TIDSSKRIFTETS STILLINGSPORTAL

NEUROLOGI



Legevakt Vest


Legevakt Vest søker Neurolog

Legevakt Vest er en privat tverrfaglig medisinsk klinikk med spesialisert legevakt på Ullern i Oslo. Vi søker nå selvstendig næringsdrivende neurolog.

For mer informasjon, se Legejobber.no

Søknadsfrist: 31.08.2022

PSYKIATRI



WeCare

Psykiater og lege


Vikariat med mulighet for fast ansettelse

Vi ønsker nå å styrke vårt behandlersteam og øke vår spesialistkompetanse og søker derfor etter nye kolleger, både lege og psykiater, i 50-100% stilling.

For fullstendig utlysning, se Legejobber.no

Søknadsfrist: snarest

FORDØYELSESMEDISIN



HELSE VEST

Helse Vest RHF (regionalt helseforetak) har det overordna ansvaret for spesialisthelsetenesta i Rogaland og Vestland. Helse Vest RHF eig seks helseforetak; Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Stavanger og Sjukehusapoteka Vest og Helse Vest innkjøp HF, i tillegg til Helse Vest IKT AS. Helseforetakene har om lag 27 300 medarbeidarar, omfattar femti sjukehus og institusjonar, og yter helsetenester til 1,1 million innbyggjarar.

100 % avtaleheimel i fordøyelsessjukdomar i Bergen

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i fordøyelsessjukdomar er ledig omgåande.

Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

- erfaring og praksis, medrekna erfaring som spesialist
- eigenskapar for heimelen
- innretning av praksis
- samarbeid med andre

Noverande praksis er ein del av ein gruppepraksis lokalisert til Kanalveien 64 i Bergen sentrum. Fire avtalespesialistar innan same spesialitet er lokalisert der.

Praksis skal drivast i samsvar med den til kvar tid gjeldane rammeavtale mellom Helse Vest og Den norske legeförening.

Avtalespesialisten skal bidra til å oppfylle "sørge for" - ansvaret til Helse Vest. Det inneber mellom anna at avtalespesialisten foretar undersøkingar, diagnostikk og behandling i medhald av regionale og nasjonale mål og prioriteringar og lovgiving, jf. punkt 4.1 i rammeavtalen. Avtalespesialisten skal ha eit nært fagleg og forpliktande samarbeid med Helse Bergen HF om oppgåvefordeling og for å sikre rett prioritering og gode pasientforløp. Det blir forventa at avtalespesialisten også tar imot pasientar som vert tilvist frå Helse Bergen HF. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle driftsavtalen. Avtalepraksisen skal i samarbeid med Helse Bergen også innrettast i tråd med utviklinga i faget og korleis behovet i befolkninga utviklar seg.

Plassering i driftstilskotsklasse vil bli gjenstand for drøftingar mellom Helse Vest og aktuell søkjar basert på utgifter til lokalar, utstyr og naudsynt hjelpepersonell.

Driftstilskotet utgjer eit årleg beløp p.t. mellom kr. 988 370 (klasse 1) til kr. 1 472 050 (klasse 3).

Andre vilkår, rammer og føringar knytt til drift av praksis vil også bli gjenstand for drøftingar mellom Helse Vest og aktuell søkjar – før det vert gitt tilbod om avtaleheimelen.

Overtaking av noverande praksis følgjer reglane i § 11 i "Rammeavtale mellom de regionale helseforetak og Den norske legeförening om avtalepraksis for legespesialister".

Spørsmål om praksisen kan rettast til Peter Coll, tlf.: 450 65 979, peter@kanalspesialistene.no.

Spørsmål om heimelen kan rettast til Helse Vest ved Torleiv Bergland, tlf. 51 96 38 22.

Skriftleg søknad med relevante opplysningar, CV og sannkjende kopiar av attestar og godkjenningar skal sendast til Helse Vest RHF, Postboks 303 Forus, 4066 Stavanger.

Søknadsfrist 5. juli 2022



Etterutdanning seksuell helse for psykologer og leger

Oppstart høsten 2022 i Oslo

Etterutdanningskurs i arbeid med seksualitet i psykoterapi

Seksuell helse er et viktig og relevant aspekt av psykisk helse. Utdanningen gir en innføring i oppdatert kunnskap om seksualitet og seksuell helse og bevisstgjøring av egne holdninger som kan påvirke hvordan vi arbeider med seksuelle temaer. En målsetning er at deltakere skal føle seg tryggere og mer komfortable til å ta opp og følge opp seksuelle temaer med sine pasienter.

Kurset er rettet mot psykologer og leger. I tillegg vil vi invitere et begrenset antall psykologistudenter.

Kursrekken består av 6 digitale foredrag og to fysiske samlinger.

Foredragene holdes av Sidsel Schaller. Samlingen inkluderer 3 gruppeledere i tillegg til Schaller.

Digitale foredrag: hver onsdag f.o.m 7. september t.o.m. 12. oktober 2022.

Fysiske samlinger: 31. oktober - 1. november og 1.-2. desember 2022

Pris: 5000 kr

Kurset er støttet av Helsedirektoratet gjennom prosjektmidlene «Snakk om det» og vil bli søkt godkjent for vedlikehold.

Søknadsskjema og ytterligere informasjon: www.karakteranalyse.no -> Etterutdanning seksuell helse. Telefonnummer: 412 56 600.

Søknadsskjema sendes til kontor@karakteranalyse.no

Søknadsfrister: søknadsfrist 30. juni 2022

På grunn av begrenset plass anbefales det å søke tidlig.

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.



SMERTE-MEDISINSK INSTITUTT
Multidiplinær 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

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 NHH. **Driftsavtale.**

AKTUELT I FORENINGEN

FRA PRESIDENTEN

Ingen tid å miste



ANNE-KARIN RIME
PRESIDENT

Det er gledelig at det nå er enighet om at totalbelastningen på leger i kommunene må ned, og at dette er et rekrutterende tiltak i primærhelsetjenesten. Men mangelen på spesialister ved sykehusene ligger som mørke skyer i horisonten.

Årets forhandlinger er overstått. Først ut var meklingen med KS om særavtalen, også kalt kommunelegeoven. Avtalen regulerer legevakt og samfunnsmedisin. Endelig fikk Legeforeningen gjennomslag for at totalbelastningen for fastlegene og kommuneoverlegene må ned. I fremtiden skal ikke legevakt komme på toppen av en allerede full arbeidsuke, men ses på som en del av den totale arbeidsbelastningen. Dette er en ny og viktig retning.

Vi trenger flere leger som ønsker å jobbe i primærhelsetjenesten, og håper at det vil bli lettere å rekruttere leger når rammebetingelsene blir bedre. Derfor er det gledelig at KS og Legeforeningen nå er enige om å redusere totalbelastningen på den enkelte lege.

Nylig ble også den internasjonale fastlegedagen markert. I år la Helsedirektoratet sin fastlegekonferanse nettopp til denne dagen. Under konferansen understreket helsedirektør Bjørn Guldvog at han var alvorlig bekymret for at fastlegeordningen ville falle sammen om ikke strakstiltak ble iverksatt. Enklere spesialisering, redusert oppgavemengde og mer fleksible turnusordninger er eksempler på slike strakstiltak, ifølge helsedirektøren. I tillegg til økt finansiering.

Kompetansen og kontinuiteten fra erfarne fastleger er viktig både for den enkelte pasient, men også for de ferskere legene

som skal ha veiledning. Guldvog var også urolig for om helsetjenesten i sin helhet får nok prioritet og understreket behovet for å ruste opp. Jeg kunne ikke vært mer enig.

Som nevnt trenger vi flere leger i primærhelsetjenesten, men det er også mangel på leger i spesialisthelsetjenesten. Legebarometeret i 2020 viste at 85 prosent av sykehusene hadde utfordringer med å rekruttere spesialister i psykiatri. I Hamnerfest er psykiatremangelen så stor at sykehuset har måttet stenge ned for nye henviste pasienter. I tillegg vet vi at henvisningene til barne- og ungdomspsykiatrien har doblet seg etter pandemien. Spesielt spiseforstyrrelser hos barn har vært sterkt økende. Dette krever både spesialister, men også flere døgnplasser.

Nylig meldte NRK at medisinsk avdeling på Stord sjukehus i realiteten bare har besatt én av ni LIS-stillinger fra høsten av, og at situasjonen er kritisk for å sikre forsvarlig drift fremover. Dette gjelder ved flere sykehus i landet, både for psykiatri, men også andre spesialiteter. De siste årene har vi importert cirka 25 prosent av spesialistene våre fra utlandet. Har dette stoppet opp under pandemien? Den akutte mangelen viser i hvert fall at vi er nødt til å satse mer på å utdanne egne legespesialister.

Legeforeningen jobbet lenge for 200 nye LIS-stillinger, som kom på plass i fjorårets statsbudsjett. Men vi trenger også flere studie plasser i medisin om vi skal klare å utdanne både de spesialistene vi mangler nå og de vi kommer til å trenge i fremtiden. Dette må straks komme på plass. Vi har ingen tid å miste.

– Det var ikke tvil i min sjel, jeg ville bli lege

Kjell W. Skarsten (99) var medisinerstudent under andre verdenskrig. Nå har han vært pensjonert fra jobben som sjef for kvinneklinikken ved Stavanger universitetssjukehus i 32 år, men minnene fra student- og legelivet er fortsatt krystallklare.

Rakrygget og velkledd hilser Norges eldste gynekolog på yngreleger.no. Kjell W. Skarsten er siste gjenlevende alumn fra Bergens første medisinerkull (1941–49). Spaserstokken må mest være et tilbehør, da han tilsynelatende ikke har nevneverdig bruk for den. Det ryktes også at 99-åringen til daglig kjører et beist av en SUV – nærmere bestemt en BMW X6.

– Jeg hadde jo aldri lagt meg opp med en slik svær bil hvis jeg ikke hadde fått den av et familiemedlem! Men jeg har hatt den i fire år nå, og bank i bordet, jeg har ikke fått en eneste bulk i den, humrer Skarsten, trolig mere stolt enn skamfull over doningen.

Eksplosjonen på Vågen

Spol tilbake 78 år. 20. april 1944 er Skarsten 21 år, medisinerstudent, og ansatt hos bakteriolog Thomas M. Vogelsang (1896–1977) ved Gades institutt. Det er en torsdag morgen, Hitler fyller 55 år, og Norge er okkupert av nazistene. En difteriepidemi herjer Bergen, og Skarsten skal ta halskulturer av byens skolebarn. Nede ved Festningskaaien ligger et nederlandsk skip lastet med 120 tonn eksplosiver. Skarsten går en omvei i finværet og er kun fire-fem minutter unna idet grunnen skjelver – så smeller det. Ammunisjonen på skipet hadde kommet i brann og detonert.

Alle i nærheten slås umiddelbart bevisstløse av trykkbølgen, og vindusruter helt til Askøy blåses ut, omkring fire kilometer unna. En vannsøyle reiser seg flere hundre meter høy, deretter stiger en paraply av røyk og legger et lokk over Bergen – høyere enn Fløyen. 300 hus blir totalødelagte. Når legestudenten kommer til seg selv er 162 mennesker drept og 4800 skadd.

– Da jeg så hva som hadde skjedd kom jeg meg fortest mulig opp på Haukeland. Resten av dagen sto jeg og assisterte en av legene på medisinsk avdeling. Det var mange stygge skader. Jeg var på sykehuset til klokken tre om natten, forteller han.

Inntil 1939 var tilgangen til det medisinske

studium helt åpen. Hvem som helst, bare de hadde bestått artium, kunne melde seg på studiet. Fjorten dager før invasjonen den 9. april, besluttet regjeringen imidlertid å begrense tilgangen grunnet lange ventelister. Kun 42 personer fra hele landet skulle bli opptatt ved studiet. Det eneste kriteriet var de skriftlige artium-karakterene – fem fag. Skarsten ble dermed nødt til å jobbe hardt for å komme inn på medisinstudiet.

– Jeg fikk en ganske bra artium, og var blant de 42 som kom inn i 1941. Vi begynte i Oslo, der første del besto av fysikk og kjemi på Blindern. Resten av første avdeling var anatomi og fysiologi, og det var nede i sentrum på Karl Johan.

– Dere hadde et skarpt skille mellom pre-klinikk og klinikk den gang?

– Ja, i dag trekker dere inn klinikken mye tidligere enn vi gjorde, det tror jeg er veldig fornuftig.

Unnslapp så vidt tyskerne

Å være student under andre verdenskrig var ingen enkel beskjefligelse. Høsten 1943 omringet tyskerne universitetet i Oslo og arresterte alle studentene. Mennene ble sendt til Tyskland.

– Der hadde jeg kjempeflaks. Dette var på slutten av semesteret med disseksjonskurs som alle gjerne ville bli ferdig med fortest mulig. Det ble loddtrekning der halvparten måtte ha kurset etter nyttår, med det resultat at jeg reiste hjem til Bergen dagen før

arrestasjonene. Jeg var kommet hjem etter å ha reist hele natten med Bergensbanen og så vidt våknet da min søster som bodde i Oslo ringte: «Du må se å komme deg i dekning! Tyskerne er på jakt etter alle mannlige studenter.» Alle mine beste venner i Oslo ble tatt. Og mange av dem ble sendt til Tyskland. Krigen gjorde et voldsomt inntrykk.

Arrestasjonene førte til at universitetet ble stengt høsten 1943 frem til freden i 1945. Dermed ble studieløpet betydelig forlenget. Selv om Skarsten ikke hadde klinisk utdanning da universitetet stengte, ble han tatt hjertelig imot på Haukeland.

– Jeg hadde vært på kirurgen en god stund, og overlege Backer-Grøndahl, som var Haukelands pave, var en eminent kirurg og høyt hevet over alt. Vi hadde voldsom respekt for ham. En av kandidatene (dagens LISI-leger red.anm.) skulle ha permisjon, og plutselig kom overlege Backer-Grøndahl bort til meg på morgenmøtet og annonserte: «De, unge Skarsten, skal vikariere som kandidat for dr. Myhre». Jeg ble jo helt paff og svarte at jeg absolutt ikke følte meg kvalifisert til det. «Når jeg sier det, så kan De det» sa han. Sånn var det den gangen, ler Skarsten.

Pyramidalt system

Fram til Skarsten gikk av med pensjon i 1990, var han toneangivende i oppbyggingen av kvinneklinikken ved Stavanger universitetssjukehus. Men det skulle ta noen år før skjebnen førte ham dit. I 1949 fantes fortsatt ikke turnustjenesten.

Kjell Waldemar Skarsten f. 1923, Bergen

- 1941–1949, cand.med. UiO og Bergen
- 1950, garnisonslege, Tysklandsbrigaden (6 måneder)
- Kandidattjeneste Haukeland sykehus (Epidemien, røntgenologisk avdeling, kirurgisk avdeling, medisinsk avdeling, barneklinikken og kvinneklinikken).
- Hospitanttjeneste (ulønnet tjeneste) kvinneklinikken Haukeland sykehus
- 1953–55 Assistentlege kirurgisk avdeling Haukeland sykehus under prof. Gade
- Årskandidat/kvalifikasjonskandidat Kvinneklinikken
- 1957, distriktstjeneste Gol
- 1957–1959, assistentlege Gynekologisk avdeling Aker sykehus
- 1959–1962, assistentlege Kvinneklinikken Haukeland
- 1962, stipendiat
- Reservelege Gynekologisk avdeling Aker sykehus (1 år)
- Reservelege Rikshospitalet, kvinneklinikken
- 1966–1990, overlege Sykehuset i Stavanger



INNOLDSDRIKT LIV: Kjell W. Skarsten har i løpet av sine 99 år opplevd blant annet andre verdenskrig på nært hold, å være første uteksaminerte studentkull fra Universitetet i Bergen og å videreutdanne seg til gynekolog og bygge opp kvinneklinikken ved Stavanger universitetssjukehus. Foto: Mikal Jacob Hole.

– Det var et pyramidalt system på alle sykehusene. Det var kun én overlege, og han var sjef for det hele. Han var den eneste som var fast ansatt. Så var det reservelegen, som var nestkommanderende til overlegen. Av og til hadde de to reserveleger. De var ansatt for fire år. Deretter kom assistentlegene som var på tre års ansettelse, og til sist kandidatene som var ansatt for et halvt år.

– I grunnen var det assistentlegene, gjerne tre-fire på større sykehus, som drev avdelingene. Så jeg hadde jo gått hele kandidat-runden og fått en allsidig utdannelse. Og så fant jeg ut at jeg ville jeg bli gynekolog. Da fikk jeg vite at jeg kunne begynne som hospitant, forteller Skarsten.

Den gangen var det få gynekologer. Etter Legeforeningen og Yngre legers forening ønske, ble det opprettet noe som het hospitantstillinger. Det var for de som var villige til å gå uten betaling, men som fikk delta på lik linje med de andre kandidatene. Men det måtte godkjennes av Legeforeningen og da talte det med i spesialiseringen. Etter en god

del utdannelse fra ymse grener i medisinen, måtte Skarsten ha kirurgisk tjeneste, og det åpnet seg en stilling på kirurgisk avdeling ved Haukeland sykehus, der den legendariske professor Herman G. Gade jr. var sjef.

– Han (Herman Gade, red.anm.) var litt av en despot. Han kunne mobbe folk nesten i hjel. En gang på operasjonsstuen, hvor han holdt på med en hofte som han strevet med, så slo han meg plutselig hardt på hånden med en hake i frustrasjon. Jeg hadde ikke gjort noe galt! Og vet du, jeg som er et tålmodig menneske, jeg sprakk. Jeg, lille kandidaten, ble himla forbanna og sa: «Jeg finner meg ikke i en sånn oppførsel, professor Gade!». Deretter tenkte jeg: «Faen, dette koster deg stillingen».

– Men vet du hva som skjedde? Etter neste operasjon kom han bort til meg da vi sto og skulle vaske oss og klappet meg på skulderen og sa: «Skal jeg gi Dem et godt råd? Når stemningen på operasjonsstuen blir slik, skal De bare ikke bry Dem. De skulle hørt all den kjeften jeg har fått i min tid.»

Men mitt sinne hadde ikke hadde gått over. «Ja vel professor Gade, men det kan kanskje ta litt tid å venne seg til tonen,» svarte jeg. Og vet du hva? Etter det, aldri et vondt ord!

Møtte motstand fra jordmødrene

Lysten Skarsten hadde til å bli gynekolog i sine assistentlege-dager, stråler fortsatt ut av 99-åringen. Datidens ekstremt krevende krav for allround-kirurgien fristet mindre. Gynekologien bød på en bredde, samt en noe mer begrenset kirurgi.

– De fleste som kom inn i faget var spesialister i kirurgi. Så der måtte man være tålmodig. Etter to år på kirurgen gikk jeg inn til professor Gade og sa: «Jeg sier opp, for jeg vil flytte over til kvinneklinikken», hvorpå Gade repliserte: «Det må De ikke finne på!».

Unge Skarsten lot seg dog ikke rokke, og insisterte på at det var gynekolog han skulle bli. Til det hadde gamle professor Gade bare én ting å si: «Nei den kirurgien der borte, den lærer De på fjorten dager», og pekte bort på kvinneklinikken.

Etter noen år som assistentlege ved Kvinneklubben på Haukeland, åpnet det seg en reservelgestilling på Aker og deretter kvinneklinikken på Rikshospitalet.

– Der møtte jeg litt motstand fra disse gamle jordmødrene, for jeg forsøkte å innføre litt mer moderne ting. Blant annet vakuum-ekstraktoren, den var det ingen som hadde fått lov å bruke, men den stod nå der. Så jeg tok den i bruk uten å spørre sjefen. Da han kom neste morgen sa han: «Ja, du som kan det får gjøre det, men du får ikke slippe løs disse andre», ler Skarsten.

– Jeg hadde jo kontinuerlig vakt og bodde like ved, og på slutten av en fødsel hvor det var gått i stå, sa jeg: «Sett opp et Pitocin-drypp!» (riestimulerende red.anm.) Det hadde jordmoren aldri opplevd, men vi prøvde likevel og ungen kom etter kort tid!

– *Dere jobbet mye?*

– For å si det rett ut, det var ofte et umenneskelig preg. Både på kirurgen og ikke minst da vi gikk kandidatrunder på Haukeland. Vi ble presset til det ytterste. Når du hadde hatt nattevakt var det full jobb neste dag, ikke snakk om å gå hjem. Så da kunne du henge med hodet, sier Skarsten og legger til: – Og ikke nok med det, det var jo så dårlig betalt den gangen. Jeg husker det første vikariatet som student, det var bare 350 kroner måneden! På den annen side var det veldig givende, vi følte vi var med i teamet. Det ble heldigvis bedre, og da Yngre legers forening kom ordentlig i sving ble det store forandringer. Nå er det en selvfølge at du kan gå hjem om morgenen når du har vært på vakt.

– *Hva tjente du som kandidat?*

– Cirka 4000–5000 kroner i måneden. Og reservelegen var oppi 6000. Lønnen fikk vi utbetalt kontant i konvolutter.

Bygget opp kvinneklinikken

Etter mange års slit fikk Skarsten tilbudet om en overlegestilling ved sentralsykehuset i Rogaland, som var en sammenslåing av Stavanger og Rogaland sykehus. Her fikk han i oppgave å bygge opp kvinneklinikken på sykehuset.

– Vi var oppe i 4400 fødsler om året. Vi hadde en legestab på 18 personer og vår oppgave i de senere årene var først og fremst å utdanne spesialister. Og vi ble gruppe-1-sykehus, på lik linje med universitetsklinikkene. Og det ryktes jo fortsatt at i Stavanger får de slippe til å operere under



DEN GANG DA: Første medisinerkull UiB cand.med. i 1949. Kjell W. Skarsten er nummer sju øverst fra venstre. Foto: Atelier KK/UiB.

assistanse fra oss erfarne. Så vi hadde et vell av gode søkere som har fått sin spesialistutdannelse hos oss.

Etter 24 år i Stavanger, i 1990, var det imidlertid tid for Skarsten å gå av med pensjon.

– For å gjøre historien kort, da jeg som 67-åring og temmelig utslitt sa takk for meg, tenkte jeg at jeg kanskje var heldig og fikk et par gode år som pensjonist – og nå er det gått over 30.

– *Er det noe du er spesielt stolt over å ha fått til?*

– At vi samlet alle de småskumle fødestuene og fødslene hos oss. For eksempel ute på Jæren, hvor det skjedde mye galt. Og at vi klarte å tilknytte oss mange flinke folk og fikk en klinikk med høy standard.

– *Hva synes du om retningen helsevesenet vårt har utviklet seg siden du ble pensjonist?*

– Jeg er nesten glad jeg er ute av det. Jeg tror jeg med hånden på hjertet kan si at mange ting tyder på at min generasjon opplevet, jeg vil ikke akkurat si gullalderen, men en tid hvor vi ikke ble hengt ut i aviser og lignende om legetabber og dårlige hensikter. Og hvor vi ble respektert for at vi gjorde en jobb så godt vi kunne.

– *Hva tror du har blitt bedre for leger?*

– Jeg har jo inntrykk av at sykehuslegene betales mye bedre i dag enn de gjorde i min tid. Og at de kan få sin utdannelse mye på samme sted uten å flytte frem og tilbake alle steder som vi måtte gjøre. Jeg flyttet 16 ganger for å bli spesialist.

– Men hele samfunnet har jo forandret seg, ikke minst dette med ektefellen, eller livsledsageren om vi skal kalle det for det. I min tid var det en selvfølge at når du giftet deg så skulle konen din være din støtte, og hun skulle følge med på alt. Hun skulle ta seg av barna og alt, og du skulle arbeide både dag og natt. Nå er det likestilling. Det går ikke an å ha den innstillingen overfor kvinnene. Det sier seg selv at det ikke går an å legge et slikt press på leger med vakt døgn rundt når man har familie hjemme.

– Faget blir jo også mer og mer spesialisert. Man vet mer og mer om mindre og mindre. Dessuten faller det pyramidale systemet vekk – og det er jo helt riktig! Det var helt uutholdelig at én mann på toppen skulle beherske og bestemme alt. Det faglige ansvaret må spres utover.

– *Hva har vært morsomt med å være lege?*

– Det kan du jo kanskje si var alle de vellykkede fødslene. På en fødeavdeling var det mye mer glede enn det var sorg!

– Du spurte meg om jeg vil anbefale å bli lege. Jeg vil ikke fraråde det, men jeg er nok noe mer skeptisk enn jeg var den gangen. Men det var ikke tvil i min sjel, jeg ville bli lege. Jeg kunne gått over lik for det.

Denne artikkelen var først på trykk hos yngreleger.no tidligere i år. En lengre utgave kan leses der.

MIKAL JACOB HOLE

yjf:redaktor@legeforeningen.no
Redaktør for yngreleger.no

Revidert nasjonalbudsjett 2022: Alarmerende for fastlegeordningen

– Det er oppsiktsvekkende ambisjonsløst og skuffende at regjeringen ikke evner å prioritere en eneste krone til en kriserammet fastlegeordning, sier Anne-Karin Rime, president i Legeforeningen.

Regjeringen la torsdag 12. mai fram sitt forslag til revidert nasjonalbudsjett. Her ble det klart at det ikke kommer midler til fastlegeordningen. Til tross for at regjeringen Støre gikk til valg på å redde fastlegeordningen, står ytterligere 30 000 personer uten fastlege siden valget i fjor høst. Nå er det totalt over 150 000 som ikke får oppfylt retten til fastlege.

– Vi er innforstått med at fastlegekrisen ikke løses i revidert nasjonalbudsjett. Men det er full enighet om at det haster med et betydelig løft for å løse den kritiske situasjonen i fastlegeordningen. Vi forventer derfor at regjeringen bruker enhver anledning til å styrke ordningen. Vi har etterlyst en offensiv og varig satsing. Hittil har den uteblitt, understreker Rime.

Tynnslikt tillit

Helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol sa i valgkampen at det mest effektive tiltaket er



ALVORLIG: President Anne-Karin Rime og visepresident og leder av Allmennlegeforeningen, Nils Kristian Klev, mener regjeringen fremstår handlingslammet overfor utfordringene i fastlegeordningen. Foto: Thomas B. Eckhoff/Legeforeningen



å øke basistilskuddet, og det kunne man raskt gjøre i en tilleggsproposisjon.

– Regjeringen fremstår helt handlingslammet. Nå vil enda flere miste fastlegen sin. Det er regjeringens ansvar, uttaler Nils Kristian Klev, leder i Allmennlegeforeningen.

Helsedirektoratet slår nå fast at det haster med umiddelbare tiltak på både kort og lang sikt. Direktoratet frykter at ordningen vil falle sammen.

– Pasientene og fastlegene har smurt seg

med tålmodighet lenge nok. Tilliten er tynnslikt, advarer Rime.

Legeforeningen støtter tiltakene i handlingsplanen for allmennlegetjenesten.

– Det trengs mer midler. De skulle kommet nå. Vi trenger ikke en ny handlingsplan, men nok penger slik at tiltakene får effekt, avslutter Klev.

TOR MARTIN NILSEN

tor.martin.nilsen@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling

Jørn Einar Rasmussen ble årets Buskerudlege 2022

Buskerud legeforening deler hvert år ut prisen «Årets lege i Buskerud». Prisen tildeles et medlem som har utmerket seg som tillitsvalgt og/eller gjennom sin faglige virksomhet har synliggjort legerollen på en positiv måte.

Seks leger var foreslått som kandidater til prisen «Årets Buskerudlege 2022», som ble tildelt Jørn Einar Rasmussen. Han er spesialist i indremedisin, kardiologi og akutt- og mottaksmedisin, og jobber som seksjons-overlege ved ortopedisk avdeling og akutt-mottaket ved Drammen sykehus i Vestre Viken.

Rasmussen er også ansatt som sjefslege i Hæren. Han er tidligere utdannet sykepleier og hjelpepleier og jobber også hyppig

som ambulansarbeider. Han lever og ånder for jobben som lege i Buskerud og hans ambisjoner er høye. Han har som konkret mål å gjøre akutt-mottaket ved Drammen sykehus til Norges beste akutt-mottak.

Årlige øvelser

Jørn Einar Rasmussen ble Norges første spesialist i akutt- og mottaksmedisin. Som primus motor for utviklingen av det moderne akutt-mottaket i Drammen, har han vært sentral i drift og beredskapsarbeid i en vanskelig tid. Han er profilert i media, og bidrar til positiv omtale av Drammen sykehus, helsevesenet og akutt-mottaket. Han har synliggjort legenes innsats og stå-på-vilje igjennom pandemien med regelmessige fremtredener i media og samfunnsbildet.

Han har årlig arrangert øvelser for sykehuset og prehospitaltjenester, og vært pådriver for trening og simulering av masse-

skadeøvelser. I samarbeid med Forsvaret har disse øvelsene vært svært lærerike og nyttige i utviklingen av samfunnsberedskapen og de har fått nasjonal oppmerksomhet.

Rasmussen fikk nasjonal oppmerksomhet for opprettelsen av Norges første tverrfaglige team for å ta imot og behandle komplekse ortogeriatriske skader og sykdommer, populært kalt «Silverteam».

Jørn Einar Rasmussen fortjener heder for utrettelige innsats for å øke kompetanse, effektivitet og pasientsikkerhet, samt for å profilere kolleger og innsatsen som utøves i Buskeruds helseinstitusjoner. Det er derfor en stor ære og glede for styret i Buskerud Legeforening å kunne tildele ham hedersbevisningen som «Årets Buskerudlege» 2022.

STYRET I BUSKERUD LEGEFORNING

leder@buskerudlegeforening.no
Buskerud legeforening

– Økende sosiale helseforskjeller er den største utfordringen for folkehelsen

Regjeringen er i gang med arbeidet med en ny folkehelsemelding. Legeforeningen har store forventninger til at meldingen skal inneholde konkrete tiltak for å gi folkehelse et helt nødvendig løft.

Helse- og omsorgsdepartementet har startet arbeidet med stortingsmelding om folkehelsepolitikken, som vil fremmes våren 2023. Målet med regjeringens helse- og velferdspolitik er å skape helsefremmende samfunn, forebygge sykdom og sikre en desentralisert helsetjeneste som yter gode og likeverdige tjenester i hele landet. Den nye folkehelsemeldingen skal sammen med stortingsmeldingen «Nasjonal helse- og samhandlingsplan» danne de overordnede rammene for regjeringens helse- og omsorgspolitik.

Nasjonal helse- og samhandlingsplan vil handle om regjeringens ambisjoner om å videreutvikle vår felles helse- og omsorgstjeneste, mens brede folkehelse tiltak på tvers av sektorer vil behandles i folkehelsemeldingen. Legeforeningen har store forventninger til at dette blir en folkehelsemelding som skal inneholde konkrete tiltak for å gi folkehelse et helt nødvendig løft.

Må prioritere barn og unge

I forbindelse med arbeidet med folkehelsemeldingen har regjeringen bedt om innspill fra alle samfunnssektorer. Legeforeningen har i den sammenheng hatt en bred høring og involvert alle foreningsledd. Saken har skapt stort engasjement i foreningen, og sekretariatet har mottatt i alt 17 høringsinnspill.

– Legeforeningen mener den største utfordringen for folkehelsen er økende helseforskjeller. En god folkehelsepolitikk må bekjempe sosial ulikhet i helse. Sosial ulikhet i helse er solid dokumentert og beskrevet, men utfordrende å gjøre noe med. Igjen og igjen viser forskning at lavere sosioøkonomisk status gir økt risiko for dårligere helse og desto større behov for helsetjenester, påpeker president i Legeforeningen, Anne-Karin Rime.

Hun påpeker at flere foreningsledd har løftet frem at sårbare barn og unge er en viktig gruppe og må prioriteres i folkehelsemeldingen.



VIL FREMME FOLKEHELSEN: – Viktige tiltak er å sikre gode oppvekstvilkår, redusere sosial ulikhet i helse og hindre frafall i utdanning og arbeidsliv, understreker president i Legeforeningen, Anne-Karin Rime. Foto: Thomas B. Eckhoff/Legeforeningen

– Viktige tiltak for å fremme folkehelsen er å sikre gode oppvekstvilkår, redusere sosial ulikhet i helse og hindre frafall i utdanning og arbeidsliv, understreker Rime.

«Å sikre kontinuitet i lege-pasient-forholdet er et folkehelse tiltak av stor betydning»

ANNE-KARIN RIME,
PRESIDENT I LEGEFORNINGEN.

Fastlegeordningen er viktig

Helsetjenesten har en viktig rolle i å drive helsefremmende og forebyggende arbeid. Den offentlige helsetjenesten er en av velferdsstatens viktigste bærebjelker, og innbyggerne skal ha et like godt tilbud uavhengig av hvem man er eller hvor man bor.

Legeforeningen peker på at fastlegeordningen er en sosialt rettferdig ordning. Utarming av primærhelsetjenesten er en stor trussel mot helsetilbudet til de minst ressurssterke pasientene.

– Pasienter som har hatt den samme fastlegen gjennom 15 år eller mer har 25 prosent

lavere risiko for å dø sammenlignet med pasienter som har hatt samme fastlege i under ett år. Det er mindre sannsynlighet for å bli innlagt på sykehus eller bruke legevakt hvis du har hatt din fastlege lenge. Det å sikre kontinuitet i lege-pasient-forholdet er et folkehelse tiltak av stor betydning, sier Rime.

Måltrettede tiltak for fysisk aktivitet

Legeforeningen er også opptatt av at det må satses mer på fysisk aktivitet i alle livets faser. Det innebærer økt tilrettelegging for fysisk aktivitet på alle arenaer hvor folk ferdes. Presidenten påpeker at god fremkommelighet og trygg ferdsel til fots og på sykkel er en forutsetning for en aktiv hverdag for barn, voksne og eldre.

– Idrettshaller og andre fellesområder kan bidra til å øke sannsynligheten for en mer aktiv livsstil. Pandemien har også vist hvor viktig natur og grøntområder er for aktivitet og trivsel. Frafallet fra organisert idrett for barn og unge og vektøkning i befolkningen etter pandemien, kan føre til betydelige helseutfordringer som må møtes med målrettede tiltak, understreker hun.

LINDA MARKHAM

linda.markham@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling

Gjennomført årsmøte for yngre leger

Yngre legers forening avholdt årsmøte 4. og 5. mai i Tromsø. På agendaen stod blant annet en engasjert debatt om oppgaveglidning.

Det var ikke mye som minnet om vårstemning da Yngre legers forening (Ylf) samlet delegatene til årsmøte på Scandic Ishavshotel i Tromsø i mai. Men snø og kulde til tross – stemningen var god innendørs.

På programmet stod flere organisatoriske poster som budsjett og forretningsorden, men også en debatt om oppgaveglidning, samt styrets årsberetning og orienteringer om blant annet foreningens internasjonale arbeid og innføringen av IT-løsningen Helseplattformen i Midt-Norge.

Engasjert landsråd

Ylf-leder Kristin Utne åpnet årsmøtet med å ønske alle delegatene velkommen.

– Velkommen til nok et årsmøte i Ylf. Og for et år vi har bak oss; fra pandemi til krigsberedskap. Våre medlemmer og tillitsvalgte har hatt få pauser i året som har gått. Men her er vi endelig, sammen, sa hun.

Det var et engasjert landsråd som diskuterte utfordringer med horisontal oppgaveglidning (overføring av oppgaver mellom grupper av leger med ulik faglig bakgrunn

red.anm.) og vertikal oppgaveglidning (overføring av oppgaver fra leger til helsepersonellgrupper med mindre utdanning red. anm.) i helsevesenet. Denne debatten var også på programmet under Legeforeningens landsstyremøte i månedsskiftet mai/juni.

– Politisk er dette et svært aktuelt tema, sier Ylf-lederen. Hun legger til:

– Jeg er opptatt av at vi som fagpersoner har et aktivt forhold til hvilke oppgaver som må løses av oss, og hvilke som bedre kan løses av andre. Det er viktig å sikre en riktig kompetansesammensetning i alle nivåer av helsetjenesten.

Leger må være fagpersoner

Under debatten på årsmøtet ble det blant annet slått fast at det er flere premisser som må legges til grunn for at oppgaveglidning skal kunne gjennomføres på en forsvarlig og bærekraftig måte.

Ylf mener at oppgaveglidning ikke skal medføre redusert kvalitet på oppgavene som utføres, og at leger skal være fagpersoner som bruker sin tid på pasienter. I tillegg er det et vesentlig poeng at merkantilt arbeid utført av leger må tilbakeføres til merkantilt personell før medisinske oppgaver overføres til andre helsepersonellgrupper.

VILDE BAUGSTØ

vilde.baugsto@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

SENTRALSTYRET 2021–2023

President Anne-Karin Rime
Visepresident Nils Kristian Klev
Kristin Kornelia Utne
Ole Johan Bakke
Marit Karlsen
Ståle Clemetsen
Kristin Hovland
Ingeborg Henriksen
Geir Arne Sunde

SEKRETARIATSLEDELSEN

Generalsekretær Siri Skumlien
Samfunnspolitisk avdeling,
avdelingsdirektør Jorunn Fryjordet
Jus og arbeidsliv, avdelingsdirektør
Lars Duvaland
Medisinsk fagavdeling, avdelings-
direktør Kari Jussie Lønning
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



ENGASJEMENT: Flere av Ylfs landsrådsdelegater meldte seg på i debattene under årsmøtet i Tromsø.
Foto: Lars Magnus Aker

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

Andreassen, Ole A.
Aurlien, Dag
Austad, Joar
Bachmann, Ingeborg Margrethe
Backe, Bjørn
Bakken, Inger Johanne
Bartnes, Kristian
Berentsen, Sigbjørn A.
Berg, Tore Julsrud
Bergan, Stein
Berild, Dag
Berntsen, Erik Magnus
Berntsen, Gro Karine Rosvold
Birkeland, Kåre Inge
Bjørner, Trine
Bramness, Jørgen Gustav
Brantsæter, Arne Broch
Bratlid, Dag
Brattebø, Guttorm
Braut, Geir Sverre
Bretthauer, Michael
Brodal, Per Alf
Brustugun, Odd Terje
Braarud, Anne-Cathrine
Bøhmer, Ellen
Chaudhry, Farrukh Abbas
Christiansen, Rolf Espen Falk
Dale, Ola
Dietrichs, Espen
Døllner, Henrik
Ebbing, Cathrine
Ellingsen, Christian Lycke
Engelsen, Bernt
Eri, Lars-Magne
Eskild, Anne
Faiz, Kashif
Flottorp, Signe Agnes
Flægstad, Trond
Fredheim, Olav Magnus
Fretheim, Atle
Fønnebo, Magne Vinjar

Førde, Reidun
Gilbert, Mads
Gilhus, Nils Erik
Gisvold, Sven Erik
Gradmann, Christoph
Grimsrud, Tom Kristian
Grydeland, Thomas B.
Gulbrandsen, Pål
Gulseth, Hanne Løvdal
Hagve, Tor-Arne
Hannestad, Yngvild Skåtun
Hanoa, Rolf
Hansen, John-Bjarne
Hartmann, Anders
Hasle, Gunnar
Haug, Jon Birger
Haugen, Trine B.
Haugaa, Kristina H.
Helland, Åslaug
Hilt, Bjørn
Hjartåker, Anette
Hjelmesæth, Jøran Sture
Hofmann, Bjørn
Hokland, Bjørn M.
Holme, Øyvind
Holmøy, Trygve
Houge, Gunnar
Hunskår, Steinar
Husebekk, Anne
Høye, Anne
Høye, Sigurd
Høymork, Siv Cathrine
Haave, Per
Haaverstad, Rune
Ihle-Hansen, Hege
Iversen, Ole-Erik
Jacobsen, Geir Wenberg
Jakobsen, Jarl Åsbjørn
Jenum, Anne Karen
Johansen, Rune
Johansen, Truls E. Bjerklund

Juel, Niels Gunnar
Jørgensen, Anders Palmstrøm
Kerty, Emilia
Kiserud, Torvid Waldemar
Kran, Anne-Marte Bakken
Kristiansen, Ivar Sønbo
Krohg-Sørensen, Kirsten
Krohn, Jørgen Gitlesen
Kurz, Kathinka Dæhli
Kvestad, Ellen
König, Marton
Kørner, Hartwig
Lang, Astri M.
Larsen, Alf Inge
Larsen, Øivind
Lassen, Kristoffer
Lie, Anne Kveim
Lillebø, Kristine
Lærum, Ole Didrik
Løberg, Magnus
Madsen, Steinar
Mahesparan, Rupavathana
Manner, Ingjerd W.
Meisingset, Tore Wergeland
Meland, Eivind
Midelfart, Anna
Mørch, Kristine
Nakken, Karl Otto
Nakstad, Per Hjalmar
Nessa, John N.
Nestaas, Eirik
Nielsen, Rune
Nilsen, Kristian Bernhard
Nissen-Meyer, Lise Sofie H.
Nordbø, Svein Arne
Nordrehaug, Jan Erik
Nylenna, Magne
Olsen, Anne Olaug
Paulssen, Eyvind J.
Paus, Benedicte
Pihlstrøm, Lasse
Prescott, Trine
Pukstad, Brita Solveig
Raknes, Guttorm
Randsborg, Per-Henrik
Ranhoff, Anette Hylene
Reed, Wenche
Reikvam, Håkon
Reiso, Harald

Retterstøl, Kjetil
Risnes, Kari Ravndal
Risøe, Cecilie
Rogne, Tormod
Rosvold, Elin Olaug
Ræder, Johan C.
Rørtveit, Guri
Salvesen, Kjell Åsmund
Salvesen, Rolf
Samersaw-Lund, Miriam May Brit
Sandberg, Mårten
Simonsen, Gunnar Skov
Skjeldestad, Finn E.
Slagstad, Ketil
Slørdal, Lars Johan
Solberg, Steinar K.
Sorteberg, Angelica
Spigset, Olav
Staff, Annetine
Steinsvåg, Sverre K.
Stray-Pedersen, Asbjørg
Sundsford, Arnfinn S.
Søreide, Kjetil
Tanbo, Tom G.
Thommessen, Bente
Tjønnfjord, Geir E.
Tysnes, Ole-Bjørn
Uhlig, Tillmann Albrecht
Ulvstad, Elling
Valeur, Jørgen
Viste, Kristin
Vettrhus, Morten
Wallenius, Marianne
Wergeland, Ebba
Wiseth, Rune
Wold, Cecilie Bendiksen
Wyller, Torgeir Bruun
Zahl, Per-Henrik
Zeiner, Pål
Øiesvold, Terje
Øksengård, Anne Rita
Ørstavik, Kristin
Øymar, Knut
Aasen, Tor
Aasland, Olaf
Aasly, Jan
Aavitsland, Preben



Tidsskriftet

DEN NORSKE LEGEFORENING

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
Medisinske redaktører
Lars Frich, Petter Gjersvik, Inge Rasmus Groote, Mette Kalager, Tor Rosness, Øyvind Stople Sivertsen, Kari Tveito, Liv-Ellen Vangsnes, Sigurd Ziegler, Elena V. Aandstad
Produksjonssjef Berit Seljebotn
Visuell ansvarlig Peder Bernhardt
Grafisk designer Henrik Hjorth Austad
Journalister Lisa Dahlbak Jacobsen, Caroline Ulvin Johansson
Manusredaktører
Marit Fjellhaug Been, Stig Rognes
Tekniske redaktører Julie Didriksen, Gunn Marit Seberg
Redaksjonskonsulent
Jorunn B. Kvarme
Produktsjefer
Njål H. Anderssen, Tina Bjørnstad
Faste bidragsyttere
Haakon B. Benestad, Kristoffer Brodwall, Jon Michael Gran, Ruth Halsne, Tori Flaatten Halvorsen, Martin Hotvedt, Rita Gamlem Kristiansen, Lise Skogstad Loftsgaard, 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 Rikshem Stavseth, Mats Julius Stensrud, Christina Svanstrøm, Elisabeth Swensen, Magne Thoresen, Kari Toverud, Marit Tveito
Redaksjonskomité
Jeanette Bjørke, Mette Brekke (leder), Cathrine Ebbing, Ane Brandtzæg Næss, Per Henrik Randsborg, Marte Syvertsen, Torben Wisborg

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 32 930
Antall utgivelser 18 numre per år
ISSN 0029-2001

Grafisk produksjon 07 Media

I NESTE NUMMER

Mitokondriesykdom

Kunstig intelligens

Digital patologi

ADHD

Er hjernen alt vi har?



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 Tidsskriftforeningen (www.tidsskriftforeningen.no).





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

Kontaktperson

HR-direktør
Knut Sandvold
mobil: 91 62 40 10
e-post: knut.sandvold@aleris.no

Bli en del av Aleris du også! Send en søknad til rekruttering@aleris.no