

Utposten



BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

7 2020
ÅRGANG 49

Ressurs og risiko ved legerollen
Intervju med Anette Fosse
Biologiske legemidler

TEMA:
Døden

RMR/UTPOSTEN**v/Tove Rutle**

Sjøbergveien 32

2066 Jessheim

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no**REDAKTØRENE
AV UTPOSTEN****Laila Didriksen**

MOBIL: 951 15 815

E-POST: dr.lailadidriksen@gmail.com**Inga Marthe Grønseth**

MOBIL: 980 83 115

E-POST: i.m.gronseth@gmail.com**Kjell-Arne Helgebostad**

MOBIL: 416 74 290

E-POST: helgebos@gmail.com**Kristina Riis Iden**

MOBIL: 951 08 932

E-POST: kristina.iden@gmail.com**Jan Håkon Juul**

MOBIL: 905 91 341

E-POST: janhakonjuul@gmail.com**Kari Thori Kogstad**

MOBIL: 900 28 812

E-POST: k-tkogs@online.no**Marit Tuv**

MOBIL: 975 66 647

E-POST: marittuv@hotmail.com**FAGLIG
MEDARBEIDERE:****Eli Berg**

MOBIL: 913 18 180

Tom Sundar

MOBIL: 454 84 047

Mona S. Søndena

MOBIL: 476 44 519

FORSIDEFOTO:**Helle Dunker****DESIGN/LAYOUT:****Morten Hernæs
07****REPRO OG TRYKK:**
07**07****TRYKT
I NORGE**
NO - 1470Du finner Utposten på
www.utposten.no**1 LEDER: Memento mori***Jan Håkon Juul***2 UTPOSTENS DOBBELTTIME:****Stemmen som løfter opp det andre helst snakker lavt om***Anette Fosse intervjuet av Laila Didriksen***6 ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER:****Legerollen – ressurs og risiko***Ingunn Amble og Karin Isaksson Rø***9 Resolusjon om medisinsk overaktivitet i livets slutfase***Tom Sundar***TEMA: DØDEN****12 En tid for å leve, en tid for å dø, en tid for å gi slipp***Aart Huurnink***15 Diagnose: Død***Morten Horn***18 Få fastleger følger pasienter som dør hjemme***Lisbeth Nilsen***22 Antall hjemmebesøk ikke avgjørende***Lisbeth Nilsen***24 Døden – venn eller fiende?***Odd J. Eidner***26 Dødshjelp i Norge?***Morten Horn***30 Om død og liv – kirkelig
perspektiv på død, sorg og begravelse***Kristine Sandmæl***32 Om å møte barn som skal dø
og foreldre som står i en ensom sorg***Catharina Dørumsgard***35 Så stengte landet igjen***Margit Steinholt***38 Morsnotat.***Dikt av Klara Døving***39 Sakset fra allmennt medisinsk forskning.***Kompilert av Lisbeth Nilsen***40 BOKANMELDELSE: Klargjørende for dødshjelpsdebatten!***«Dødshjelp i Norden?» anmeldt av Målfrid Holmaas Bjørgaas***41 BOKANMELDELSE: Nyutgivelse av viktig 'helsetjeneste-almanakk'***«Helsetjenesten i Norge – et overblikk» anmeldt av Tom Sundar***42 BOKANMELDELSE: Trygge hender***«Ars parienti» anmeldt av Kjell-Arne Helgebostad***43 FASTE SPALTER****HVA LESER LEGEN 43****RELIS 46****LYRIKKSTAFETTEN 48**

Memento mori

I skrivende stund er det allehelgensdag, og i går kveld var det allehelgensaften, eller *all hallows eve* (halloween). Opprinnelig var dette en keltisk folketro, at akkurat denne kvelden var det kortere avstand mellom vår verden og de dødes verden, slik at vi kunne merke de dødes nærvær. Kirken minnes alle døde og ikke minst alle navnløse helgener. Det er en fin skikk å bruke allehelgensdag til å minnes sine kjære og sette lys på gravene.

Det faller naturlig å tenke på døden i denne årstiden. Høsten er langt framskredet, planter visner og dør og vi blir minnet på at livet en gang skal ta slutt.

I dette nummeret av *Utposten* berører vi tema døden fra forskjellige vinkler. Vi får innblikk i kirkens arbeid med døden, i artikler av prost Kristine Sandmæl i Lofoten og prest Odd Eidner i Bodø. De gir oss den viktige påminnelsen

om at døden er en naturlig del av livet. Vi må unngå å se på døden som noe unaturlig, men lære oss å håndtere det som en gang skal skje med oss alle, memento mori! I pandemien som er over oss, blir vi daglig presentert dødstill fra koronainfeksjon, som minner oss om hvor skjørt livet er. Vi kan lese om det viktige arbeidet som blir gjort for at pasienter skal få dø hjemme. Dessverre involverer fastleger seg i mindre og mindre grad. Dette kan du lese om i intervjuet med Camilla Kjellstadli, som har disputert på tema hjemmedød. Vi håper at dette tema-nummeret skal hjelpe deg og øke din kompetanse i palliasjonsarbeid, både de etiske aspektene ved dette, men ikke minst praktiske metoder for en verdig palliasjonsbehandling inn mot livets avslutning. Artikler om barnepalliasjon får du av Catharina Dørumsgard og palliasjon generelt av Aart Huurnink.



Du kan også lese om dødsdiagnostikk. For diagnosen skal settes, men er det så enkelt? Nevrolog Horn forklarer oss at døden diagnostiseres på ulike måter avhengig av konteksten. Hans oppfordring er å ta dødsdiagnostikken på alvor, verdsette oppgaven som samfunnet har gitt oss og den tillit som ligger i dette.

Døden er et alvorlig tema. Jeg håper du vil ha nytte av dette temanummeret. Vi har alle noe vi kan lære. Også om døden.

God lesning!

JAN HÅKON JUUL



Stemmen som løfter opp det andre helst

Anette Fosse ■ INTERVJUET AV LAILA DIDRIKSEN

Bak ei blå dør i Mo i Rana hører jeg kjappe fottrinn ned ei trapp. Løpende fottrinn. Det er slik jeg fra før kjenner Anette Fosse. Løpende fra en plass i salen opp på en talerstol på allmennlegeforeningens årsmøte. Lett joggende opp på podiet på ALIS-Nord-konferansen.

Den blå døra åpner seg. Og et stort smil kommer til syne. Replikkene kommer like kjapt som føttene som småløper opp trappa.

«Velg deg en kopp!» En hel vegg på kjøkkenet består av hyller fulle av kopper. Et helt liv av kopper. Alle fylt med hver sin klunk med minner. Og en av dem, i hånda mi, nå fylt med te som Anette serverer sammen med steinovnsbakt brød fra småbruket. Småbruket som nå er hjemmet til henne og mannen. Det hjemmekoselige kjøkkenet på Mo er bare sekundærbolig.

Mot nord

En dag i -89 kjørte et ungt par over Offersøya. På vei mot Ylvingen. Landskapet utenfor bilen gled forbi. Anette så på mannen og sa: – en gang skal vi bo her. Her er vi hjemme!

Under studiet trengte Anette en pause. Medisinstudiet ble ikke helt det hun så for seg. Sykehuset, klinikken, faget. Var det dette hun skulle bruke livet til? Hun brukte et år på andre ting. Blant annet skuespill på Studentersamfundet. Langt borte fra sykehusets hvite verden. Etter et år gav hun medisinen en ny sjanse. Heldigvis. Møtet med allmennmedisinen på studiet ble et vendepunkt. Litt som å komme hjem. Det var her hun hørte til, tross alt. Og da turnus sto for døra ville Anette nordover. Bodø ble både et tilfeldig og et bevisst valg. Alle plassene lenger nord var valgt da Anette skulle velge. Bodø ble så langt nord hun kom.

Anette trivdes i Bodø. Selv om man knappest kan kalle turnustiden i allmennmedisin i Bodø for distriktsturnus, ble turnustiden med Tor Anvik som veileder en god forankring i det som resten av livet skulle bli Anettes fag.

Men når man er to, må begge trives. Da Anettes mann fikk tilbud om en stilling ved Nasjonalbiblioteket i Mo i Rana brygget det opp til parets første og eneste noe opphetede diskusjon. Flytte til Mo i Rana? Aldri! Men hva ofrer man ikke for kjærligheten? I -91 pakket Anette og mannen flytteeskenene og flyttet til Mo, og til svigermor. Og det Anette i utgangspunktet gav et år, ble et liv. Hus ble bygget. Det er ikke bare de to som bygger

hus i gata. Det er flere. Dugnadstimer i hverandres tomter og nybygg danner grunnlag for gode vennskap og naboskap. Ei egen «Bakkebygrend» vokser frem der barn fremover skal løpe inn og ut hos hverandre. Inn i det nye huset flytter nemlig en familie på tre. Et ekte *nystubarn* må vite.

Anette startet i praksis på Yttern legesenter. 50 prosent fastlege, 50 prosent sykehjemslege. Og sykehjemsmedisin ble et nytt sted der Anette kjente at hun hørte til.

Mange jern i ilden

Anette har en forkjærlighet for det andre ser litt ned på. Det andre ikke bryr seg så mye om og gjerne ikke snakker om. De tingene løfter Anette opp og snakker varmt om. Sykehjem, distrikt, allmennmedisin. Døden.

Å ha bare en jobb passer ikke Anette. Dama med de kjappe beina og de velformulerte og kjappe replikkene trenger flere jern i ilden. Fastlege, sykehjemslege. Hun er engasjert og er heller ikke spesielt god til å si nei når hun blir spurt om noe. Så hun havner inn i styret i NSAM. Om det er et steg opp eller til siden kan sikkert diskuteres, men hun får også en plass i sentralstyret i legeföreningen. Den lille dama med kjappe ben er en mester i å formulere seg kjapt og konsist når hun står på talerstolen. Poengene kommer frem.

Familien ble fire og de flyttet til Oslo. Anette spesialiserte seg i allmennmedisin og tar sykehusåret på geriatrik avdeling på Ullevål. I leiligheten de leier, hos et vennepar på jordomseiling, finner familien samme følelse av fellesskap med naboene som de har hjemme i sin egen lille «bakkebygrend». Borte bra, men hjemme best. Etter et år ute setter familien på fire snuten hjem til Mo igjen



snakker lavt om



Anette på småbruket i Skjelosen. Hun er en allsidig dame med mange interesser. Hun snakker varmt om det mange andre ikke er opptatt av: sykehjem, distrikt, allmennmedisin og døden, som er tema for denne utgaven av Utposten.

Også lokalt er hun engasjert. Hun sitter i kommunestyret i to perioder. Og å bo på Mo uten å befatte seg med sykehusstriden på Helgeland er vanskelig. Fra 2005 og til 2013 er Anette praksiskoordinator ved Helgelandssykehuset. Å bygge bro mellom den hvite verdenen på sykehuset og den mer mangefargede på utsiden er både givende og utfordrende.

Fastlegen og sykehjemslegen

Selv om Anette først og fremst plasserer seg i fastlegeyrket og i allmennmedisinen, så har alltid sykehjemmet fulgt henne. Det er godt å bryte opp uka med å være på sykehjemmet. Skjønt Anette har med seg sykehjemmet hvor hun enn går. For skjer det noe, kan de ringe henne.

Og siden Anette flyttet til Mo og startet

å jobbe på sykehjem, har det skjedd mye innen sykehjemsmedisinen. Fra å være et sted med bare pleie og omsorg, er det nå ganske så spesialisert behandling som gjøres.

Og hvorfor ikke? Det er sykehjemmet som kjenner pasientene sine best. Det er her pasientene er trygge. Teamarbeid, med sykepleiere og andre er noe Anette brenner

for. Å kunne gi pasienten den beste behandlingen. Der de er. Å være sykehjemslege er hele tiden en balansegang mellom å behandle det som skal behandles, men også å se når man skal gi seg. Man må aldri bli så kynisk at man tenker at alle gamle skal dø, men man må heller ikke gå i mot-satt felle og drive behandling av det som ikke skal behandles.

Å kunne gi pasientene en verdig død. Og ikke minst tørre å snakke om døden. Med pasientene, med pårørende. Å la legen finne sin plass i terminalomsorgen. Dette er essensen av Anettes budskap.

I 2018 disputerte Anette med doktorgraden *Livets slutt i sykehjem – pasientens ønsker og legens rolle*.

For Anette er det viktig å kunne ha to tanker i hodet på samme tid når det kommer til pasienter på sykehjem. For det er jo en gang slik at om man blir innlagt på sykehjem, så er det ofte siste stoppested før døden. Men dagene dit skal fylles med liv, med godt liv. Samtidig som man skal ha et avklart forhold til hva som skal skje når slutten nærmer seg.

Gode forhåndssamtaler er viktig. Å snakke sammen. Å vite hva pasienten ønsker, hva pårørende ønsker. Hva sykehjemmet og sykehjemslegen kan bistå med. Å ha tanker om når vi skal si stopp, det holder nå. Å tørre å snakke om det vonde og det triste. Å være forberedt på døden. I den grad vi kan.

Og når vi har snakket om det, når vi har en plan, da kan vi legge den bort en stund. Fylle dagene med levd liv, til vi trenger å hente den frem igjen. Det er lov å ombestemme seg underveis, endre planen. Men uansett så er det den gode samtalen som er viktig. Og legen må tørre å ta plass i den samtalen. Ta plass i livets avslutning. På samme selvfølgelige måte som legen tar plass når det handler om å redde liv og behandle sykdom.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin

Aldri i verden om jeg tør, var tanken som slo Anette da hun ble spurt om å overta etter Helen Brandstorp som leder for Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM).

Det er for alle en forståelig tanke. Den gamle klisjeen hoppe etter Wirkola presser seg unektelig frem i pannen.

Men Anette gikk i tenkeboksen. Gikk på fjelltur med gode venninner. Hadde lange samtaler med mannen. «Anette! Om du skal gjøre noe mer, så må du gjøre det nå!» Det er aldri pent av en mann å påpeke en kvinnes alder, men det fungerte. Anette tok sats, hoppet og landet fjellstøtt. Hun har nå ledet NSDM i et år og tar fatt på det nye med godt mot. Korona og pandemi har tatt mye tid, og NSDM har gjort flere spennende undersøkelser rundt dette. Blant annet på hvordan kommuneoverlegers rolle har vært og er.

Som døden er distriktsmedisin noe ikke så mange snakker høyt om og løfter frem. Således har NSDM funnet rette dama. Det er jo det hun gjør best. Løfter frem og opp det andre glemmer.

Men selv for Anette ville 150 prosent jobb være litt i overkant. 1 mars i år sluttet hun derfor som fastlege. En avgjørelse hun ikke tok med lett hjerte. Men det føltes allikevel riktig.





Men sykehjemmet har Anette beholdt. Og bredden av pasienter hun der får følge gjør at savnet etter pasientene i allmennpraksis blir lettere. Demensutredning, korttidsplasser og ikke minst palliasjon. De fine samtalene om døden får Anette fortsatt ha.

Hjem

Den dagen i 89, da et ungt par kjørte over Offersøya ble ikke glemt. I dag har Anette og mannen et lite småbruk i Skjelosen.

På fødestedet til Anna Rebekka Hofstad, bedre kjent som Svarta Bjørn, har de ikke

bare satt opp minnebauta etter rallarkokka som ble en legende. De har laget steinovn til å lage brød og pizza, de har pallekarmen med gulrøtter, og de dyrker poteter. De har jordkjeller der over 200 kg poteter i høst ligger til lagring.

Her samler de storfamilien til latter, liv og gode dager, og her sitter to og ser ut vinduet og finner fred når dagene ellers rommer litt for mye. Barnebarn, livets dessert har begynt å melde sin ankomst. Anette er hjemme. På så mange vis. Og lever som hun prediker med å fylle dagene med godt og levd liv.

Når jeg forlater det hjemmekoselige kjøk-

kenet på Mo, får jeg øye på et tre i stua. Et avokadotre. Eller, rettere sagt to avokadotrær. Krokete og viklet inn i hverandre. Med en masse pynt og rariteter.

Anette forklarer. Rett før jul har de solsnufest. Da skal huset være pyntet med gult, og treet blir pyntet deretter. Jeg får ta et bilde av Anette foran avokadotreet. For meg er Anette og livet hennes litt som dette treet. Sterk, med et klart mål oppover, med avstikkere og svinger som er vanskelig å forutse og med pynt som har kommet til ad omveier og til slutt skapt en fantastisk helhet.

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Legerollen

– ressurs og risiko

■ **INGUNN AMBLE** • Leder av Villa Sana – seksjon arbeidshelse Modum Bad, ph.d

■ **KARIN ISAKSSON RØ** • Lege ved Villa Sana – seksjon arbeidshelse Modum Bad og seniorforsker ved LEFO-Legeforskningsinstituttet, ph.d, spesialist i arbeidsmedisin, MHA

Leger som opplever at forventninger fra andre og en selv i stor grad overstiger de ressurser og den kompetanse og kapasitet man har til rådighet, vil oppleve stress. Det tåler de fleste godt om det er over kort tid, men dersom energi-ubalansen vedvarer, kan legen utvikle belastningsplager og stresssymptomer som på sikt kan gi utbrenthet.

«Jeg håper å få noen verktøy til hvordan gå videre for å kunne bli i jobben. Jeg har ikke ønske om å bytte jobb, men kan ikke fortsette som dette resten av arbeidslivet. Det er ikke et godt liv, selv om jeg har mange gode mennesker rundt meg. Medarbeidere, familie, venner og jeg selv fortjener en bedre utgave av meg. Pasientene får stort sett det jeg kan gi, men det siste året har jeg kjent at det butter, empatibanken tømmes. Om den blir tom, tror jeg ikke jeg kan arbeide her mer.»*

Ressurssenter Villa Sana er et kollegialt rådgivnings- og kurstilbud for leger som jobber i Norge. Formålet er å «bidra til å styrke yrkesidentiteten, forebygge utbrenthet og fremme helse og livskvalitet (1).» Siden 1998 har mer enn 4000 leger vært på Villa Sana, enten til seks timers dagsrådgivning eller på et fem dagers ukeskurs. Mange har kommet individuelt, noen har kommet sammen med partner til parrådgivning eller parkurs. Fra mars 2020 har det også vært tilbud om video og telefonrådgivninger på opptil tre timer. Det har da vært mulighet for flere rådgivninger for samme lege. For hvert år har antall hen-

vendelser økt. I 2019 var det over 300 leger som benyttet tilbudet.

Er det grunn til å være opptatt av og bekymret for om legene i Norge tar godt nok vare på seg selv? Har de mulighet og rammer til det? Trengs det en bevisstgjøring for å kunne legge til rette for bedre egenomsorg og for å forebygge slitasje og utbrenthet?

Mange leger rapporterer at de ikke søker hjelp eller behandling for behandlingstrengende symptomer, men går på jobb med somatiske, og i enda større grad psykiske plager, som de ville ha sykemeldt egne pasienter for (2). Det kan være mange grunner til dette; for mange er det å gå på jobb helsebringende og positivt og bidrar til raskere bedring. Likevel er det grunn til å anta at sykenærveret er for stort og bidrar til forverring av plager.

«I over ti år har jeg slitt med søvnvansker, spenning og uro i kroppen. Det er vanskelig å koble ut. Jeg synes likevel jeg har fungert greit frem til siste halvår, hvor det har vært gradvis økende/økning av symptomer med kroppslig utmattelse. Nå er det ikke mye igjen på batteriet. Fysisk aktivitet utover lett belastning gir symptomforverring. Jeg har vansker med å konsentrere meg utover et par-tre timer, blir svimmel, tung i kroppen, tåkete i hodet og voldsomt trøtt og utmattet. Jeg føler meg helt tom, dette har vart lenge.»

Geneve-deklarasjonen

I 2017 ble det gjort en revisjon av Geneve-deklarasjonen (3) hvor det kom et tillegg: «Jeg vil ivareta min egen helse, mitt velvære og mine evner, for å kunne gi omsorg av den høyeste standard.» Mange er ikke kjent med dette. For noen oppleves tillegget som en støtte og en vekker. Det kan legitimere behov for å snakke om arbeidsbelastningen de opplever og planlegge tiltak for bedre egenomsorg. For andre oppleves dette som enda et krav, enda noe de skal få til. Intensjonen er neppe at det kun er legen selv som personlig er ansvarlig for å sørge for egen helse og velvære. Dette er et system- og ledelsesanliggende.

Forventninger til leger

Forventninger til legerollen kan komme utenfra, fra pasienter, pårørende, arbeidsplass og fra samfunnet. Det forventes at legen er empatisk, har evne til innlevelse, er engasjert i mennesker og faget sitt. Det forventes også at man holder seg oppdatert og er både grundig og effektiv. Det er viktig å kunne stole på at legen er tilgjengelig, ansvarlig og pliktoppfyllende, så pasienter følges opp forsvarlig og raskt.

Men forventningene kan også komme innenfra, fra legen selv. De kan samsvare med dem utenfra, eller ofte være enda høyere. Mange har et sterkt ønske om å tilfredsstillte forventninger og opplever det viktig å sørge for at de rundt er fornøyd, enten det er pasienter eller andre. Mange er nøyaktige og omhyggelige og kan stå i fare

* Sitatene markert med lodde rett lysblå strek er klipp og omskrivninger av utsagn og henvendelser til Villa Sana de siste årene.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

for å bli perfektjonistiske. Det kan være vanskelig å vite hva som er bra nok.

«Jeg har dårlig selvfølelse i perioder; jeg tenker at det meste av det som oppstår av problemer skyldes min egen utilstrekkelighet. Jeg sover for lite. Det er ofte selvforskyldt, fordi jeg jobber om natten for å ta igjen det jeg ikke rekker om dagen. Jeg blir nedfor, får nedsatt hukommelse, trekker meg sosialt og fra alt som kan bli konfliktfylt. Arbeidsmengden er for stor, jeg klarer ikke følge med på alle kravene. Jeg strekker meg langt for å tilfredsstille pasienter og medarbeidere og trives best når ingen er misfornøyd. Da blir søvn mindre viktig.»

Personlighetstrekk

For å komme inn på medisinstudiet er det en fordel å være arbeidsom og flink. For å være en god lege er det en fordel å ha evne til grundighet, engasjement og forpliktelse overfor pasienter. Det er positivt å ha evne til lære seg nye ting og ha et ønske om å holde seg oppdatert. Det er en god ting å være en som lett tar ansvar og innser ansvaret som ligger i pasientens tillit. Mange vil sette pris på en lege som ønsker at pasienten skal bli fornøyd og gjerne strekker seg langt. Disse personlighetstrekkene og egenskapene forekommer ofte hos mange leger.

- Samtidig er det de samme trekkene som gir økt risiko for slitasje og utbrenthet.
- Den grundige og nøyaktige legen synes nesten aldri det er bra nok og plages av dette.
- Den engasjerte og dedikerte legen kan ha vanskelig for å slappe av, ta fri og få tid til familie og fritid.

- Den ansvarlige legen kjenner ansvar også for det en ikke har kontroll over eller skal ta ansvar for.

- Den som ønsker å tilfredsstille, som trener bekreftelse og gjerne vil at alle skal være fornøyd, vil ha vansker med å sette grenser og vil stadig strekke seg langt for å unngå misnøye eller kritikk.

Den oppofrende vil lett bli selvanklagende, og oppleve seg som en egoistisk person og tenke «jeg kunne vel tålt og klart litt til», om han/hun tar hensyn til egne behov og ønsker.

«Arbeidet sluker meg, familien sluker meg. Jeg stresser for å komme hjem for å bidra, men hjemme er det vanskelig å være tilstede. Ofte blir det slik at jeg blir sint fordi jeg ikke klarer å holde små frustrasjoner inne. Eller jeg sitter med hodet i PC-skjermen for å 'bedøve hjernen'. Jeg sover dårlig fordi jeg kverner på pasienters tunge skjebner og vanskelige behandlingsbeslutninger. Jeg føler meg utilstrekkelig på jobb, og har begynt å tro at jeg er udugelig.»

Å være i flytsonen

Hvis man har en rimelig god balanse mellom krav og forventninger som stilles til en, og som en også stiller til seg selv, og den kompetansen og ressursene man har til rådighet for å kunne fylle disse kravene, er man i flytsonen. Man trives, har energi, entusiasme og arbeidsglede.

Dersom forventningene i stor grad overstiger de ressurser og den kompetanse man har til rådighet, opplever man stress og belastning. Det tåler de fleste godt om det er

over kort tid, men det vil være fare for at det kan utvikle seg belastningsplager og stresssymptomer om dette blir en tilstand som vedvarer.

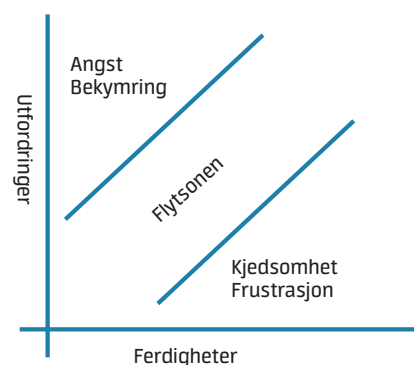
På den annen side, dersom forventningene og kravene ligger under det man mener å ha av kompetanse og ressurser, vil man lett kunne bli frustrert og kjede seg. Dersom det som forventes i stor grad er å utføre arbeidsoppgaver som man opplever meningsløse og på siden av det man har kompetanse på, vil dette kunne oppstå.

Er diskrepansen stor over tid, vil dette gi risiko for slitasje og utbrenthetssymptomer (SE GRAF) (4).

Det kan derfor være viktig å tenke gjennom og analysere egen arbeidssituasjon og i hvilken grad krav og forventninger står i forhold til ressurser man har til rådighet, enten det er tid, kompetanse eller rammer.

Bevisstgjøring, både på faresignaler som tyder på langvarig stress, og på hvilke mest-

GRAF. Flytsonen



ringsstrategier en tar i bruk i pressede situasjoner, kan bidra til å peke på behov for endring, både organisatorisk og individuelt.

Faresignaler som kan tyde på langvarig stress

- **Jobben tar mer tid og krefter.** Det går langsommere, man får ikke ting unna på samme måte som tidligere. Man kan, over tid, oppleve tap av mening og engasjement.
- **Glemsomhet.** Man glemmer prosedyrer, navn på medisiner. Man blir usikker på ting man egentlig kan godt, må sjekke. Dette kan progrediere til konsentrasjonsvansker og bekymring for «demensutvikling».
- **Ulike somatiske plager.** Man blir kvalm, smerter i muskler, anspenhet.
- **Relasjoner blir annerledes.** Man kan bli fortere irritabel og utålmodig, i første omgang kanskje særlig på hjemmebane. Man kan miste gleden over å være sammen med andre og trekke seg tilbake sosialt.
- **Lavere toleranse for stress.** Det skal lite til før man kjenner at det blir for mye.
- **Mer negative tanker og følelser.** Man kan bli enda mer selvkritisk, usikker på egen kompetanse, bli oppgitt og motløs. Det som pleide å gi glede, gjør ikke det lenger. Dette kan føre til følelser av håpløshet, skyldfølelse og verdiløshet.
- **Søvnvansker.** Man får ikke sove eller blir ikke uthvilt. Selv etter normal mengde søvn opplever man seg like utmattet. Etter en lang ferie går det bare få dager før man kjenner seg like sliten som man var før ferien.
- **Utvikling av dårlige vaner.** Man mister vanlig struktur på dagene.
 - Man går senere fra jobb, eller kommer tidligere på morgenen.

- Man dropper trening eller andre aktiviteter som man vanligvis deltar på og har glede av.
- Måltidene blir mer uregelmessige og det blir mer junkfood.
- Man sover til ulike tider og på andre steder, f.eks. på sofaen i stedet for i senga.
- Det sklir ut med alkohol eller eventuelt sovemedisiner eller smertestillende.
- Man trekker seg fra sosiale sammenhenger man vanligvis trives i og deltar på.
- Noen merker også at den vanlige profesjonaliteten, tydeligheten og selvdisiplinen avtar, mindre tydelige grenser, f.eks. at de «lekker» mer i samtaler.

Mestringsstrategier

Gjennom oppvekst, studier og arbeidsliv har vi tilegnet oss et knippe strategier for å mestre utfordringer. Disse fortsetter vi gjerne å bruke i møte med krevende situasjoner i arbeidshverdagen og i livet generelt.

Å stoppe litt opp og gjøre seg bevisst hvilke teknikker man bruker mest, og om det er de mest hensiktsmessige strategiene, kan være nyttig i krevende tider.

Det tiltaket eller den teknikken det er flest holdepunkter for forebygger slitasje og utbrenthet, er å søke støtte. Støtte fra kollegaer kan være avgjørende. Å være en støtte for en kollega er en meningsfull og viktig oppgave.

Mange har krevende arbeidssituasjoner, med omorganisering, arbeidspress og arbeidsstress. Det er viktig å være seg bevisst at omsorg for pasienten forutsetter omsorg for hjelperen (5), og at dette i stor grad er et organisatorisk ansvar på arbeidsplassen. Det er viktig at leger, ledere og andre personalgrupper sammen drøfter og diskuterer hvordan man kan få best mulig kvalitet i

pasientbehandlingen og samtidig ivareta hjelperne (6, 7). Utover den støtten kollegaer kan gi hverandre i arbeidssammenheng, har Legeforeningen, ved Sykehjelps og pensjonsordningen – SOP, organisert særskilte tiltak for leger. De fleste av disse er ikke behandlingstiltak, men kollegiale støtteordninger der legen kan ta direkte kontakt, uten henvisning (SE FAKTABOKS).

Det vil i et senere nummer av *Utposten* komme en oppfølgingsartikkel med fokus på utbrenthet som fenomen, hensiktsmessige og mindre hensiktsmessige mestringsstrategier og konkrete tiltak mot utbrenthet.

REFERANSER

1. Isaksson RØ KE, Gude T, Aasland OG. Does a self-referral counselling program reach doctors in need of help? A comparison with the general Norwegian doctor workforce. *BMC Public Health* 2007; 7: 36.
2. Sendén MG, Løvseth LT, Schenck-Gustafsson K, Fridner A. What makes physicians go to work while sick: a comparative study of sickness presenteeism in four European countries (HOUPE). *Swiss Med Wkly*. 2013; 143: w13840.
3. Parsa-Parsi R. The revised declaration of geneva: A modern-day physician's pledge. *JAMA*. 2017; 318(20): 1971–2.
4. Csikszentmihalyi M. Happiness, flow, and economic equality. *American Psychologist*. 2000; 55(10): 1163–4.
5. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *The Annals of Family Medicine*. 2014; 12(6): 573–6.
6. Baathe F, Rosta J, Bringedal B, RØ KI. How do doctors experience the interactions among professional fulfilment, organisational factors and quality of patient care? A qualitative study in a Norwegian hospital. *BMJ Open*. 2019; 9(5):e026971.
7. Swensen S, Shanafelt T. *Mayo Clinic Strategies To Reduce Burnout: 12 Actions to Create the Ideal Workplace*. New York: Oxford University Press Inc; 2020.

■ INGUNN.AMBLE@MODUM-BAD.NO
■ KARIN.RØE@MODUM-BAD.NO

HVILKE TILTAK FINNES FOR LEGER?

- ① **Lege-for-leger.** Fastleger som har sagt seg villig til å ha kolleger som pasienter.
- ② **Støttekollegaer.** De finnes i alle fylker, og man kan få inntil tre støttesamtaler. Dette er kollegiale samtaler, ikke behandling.
- ③ **Avtale mellom SOP og Trasoppklinikken;** Aktuell lege med rusproblemer eller dennes representant tar kontakt med Trasoppklinikken. Legen trenger ikke formell henvisning. Det avtales rask konsultasjonstid. Ut ifra en individuell vurdering kan det gis mellom én til fem samtaler. Hvis legen ønsker det, kan han/hun få en skriftlig rapport på kontakten, som enten gis til legen selv eller sendes dit legen ønsker.
- ④ **Villa Sana:** Rådgivningsdag å seks timer eller ukeskurs mandag til fredag. Begge deler enten individuelt eller sammen med partner.

Se <https://www.legeforeningen.no/om-oss/helse-og-omsorgstilbud-for-alle-leger-og-medisinstudenter/>



VILLA SANA

Resolusjon om medisinsk overaktivitet i livets slutfase

Legeforeningens faglandsråd vedtok nylig en resolusjon som tar til orde for nyansert og formålstjenlig behandling i livets slutfase, med sikte på å unngå overbehandling.

«Overbehandler vi langt inn i døden?» var tittelen på Faglandsrådets fagtemasesjon under sitt årlige møte, som denne gangen ble holdt digitalt 3. november. Utgangspunktet for å ta opp tematikken var et forslag fra Norsk forening for geriatri, som ønsket å drøfte utfordringer knyttet til kliniske beslutninger i livets siste fase, samt overbehandling av den gamle pasient – det være seg i sykehus, sykehjem eller i andre kontekster. Da fagstyret behandlet forslaget tidligere i år, besluttet man å utvide problemstillingen til flere grupper enn bare geriatriiske pasienter.

Som innledning til diskusjonen rundt medisinsk overaktivitet på faglandsrådsmøte, var det fem innledere: Anette Fosse (leder av NSDM og tidligere allmenn- og sykehjemslege), som representerte primærhelsetjenesten; geriater Paal Naalsund, onkolog Daniel Heinrich og anestesilog Jon Henrik Laake som representerte fagmiljøer i spesialisthelsetjenesten, samt spesialrådgiver Bente Øverli fra Kreftforeningens seksjon for strategi og analyse. Alle «leverte» og formidlet ulike perspektiver på et komplekst, men viktig temaområde.

Faglandsrådets resolusjon – gjengitt nedenfor – er først og fremst en henstilling til Legeforeningens egne medlemmer og fagmiljøer om å ta problemstillingene rundt overbehandling og medisinsk overaktivitet på alvor.

Medisinsk overaktivitet i livets slutfase – resolusjon:

All helsehjelp skal være basert på gode medisinske, helsefaglige og etiske vurderinger som respekterer og ivaretar pasientens ønsker og rettigheter. Beslutninger om medisinsk behandling skal være faglig forsvarlige og omsorgsfulle. All behandling må være til pasientens beste. Medisinsk overaktivitet i behandling av pasienter i livets siste fase kan forlenge livet, men en forlengelse vil ikke være til pasientens beste dersom behandlingen bare bidrar til å forlenge lidelse. Norske undersøkelser har vist at bruken av sykehustjenester for en eldre person var særlig intensiv de siste to levemånedene, og at åtte prosent av alle pasienter som dør av kreft, får kjemoterapi mindre enn åtte uker før dødstidspunktet.

Muligheten for en verdig avslutning med best mulig livskvalitet skal vektlegges i vurderinger om hva som er til pasientens beste. Leger som behandler pasienter med alvorlig sykdom bør gjennomføre samtale om livsmål, holdning til livsforlengende behandling, mv. Pasienten skal få informasjon om fordeler og ulemper ved fortsatt behandling, og pasientens ønsker skal vektlegges. Beslutninger om behandling i livets siste fase medfører behov for vurdering av medisinske, psykososiale og etiske problemstillinger.

Faglandsrådet oppfordrer alle fagmedisinske foreninger til:

- å fremme anbefalinger for å sikre gode beslutningsprosesser i livets slutfase
- å foreslå tiltak innen eget fagfelt for å redusere medisinsk overaktivitet som kan medføre overbehandling i slutfasen
- å formulere kriterier for å målrette tiltakene nevnt over.

TOM SUNDAR

leder for Norsk samfunnsmedisinsk forening

Kombinasjonsbehandling ved B-vitaminmangel

TrioBe®

B₁₂ / B₆ / folsyre

TrioBe® - kombinasjonsbehandling med sentrale B-vitaminer

TrioBe® er et kombinasjonspreparat som inneholder 0,5 mg B₁₂ (cyanokobalamin) i tillegg til 0,8 mg folsyre og 3 mg vitamin B₆ (pyridoksin).¹ Mengden folsyre, vitamin B₆ og vitamin B₁₂ er valgt for å gi beskyttelse mot symptomgivende mangel spesielt hos eldre som ofte har malabsorpsjon av folsyre og vitamin B₁₂.²

Indikasjon: Forebygging av symptomgivende mangel på vitamin B₆, vitamin B₁₂ og folsyre ved utilstrekkelig inntak av føde eller malabsorpsjon, spesielt hos eldre.³

Utvalgt sikkerhetsinformasjon⁴

- TrioBe® er kontraindisert som sekundærprevensjon av nevralrørsdefekt.
- Effektiv behandling av manifest megaloblastisk anemi og pernisiøs anemi kan kreve parenteral administrering av vitamin B₁₂ i begynnelsen av behandlingen.
- TrioBe® skal ikke anvendes til pasienter som har gjennomgått en større tynntarmsreseksjon.



TrioBe «Meda»

C B-vitaminpreparat.

TABLETTER: Hver tablett inneh.: Folsyre 0,8 mg, cyanokobalamin (B₁₂) 0,5 mg, pyridoksinhydroklorid (B₆) 3 mg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Forebygging av symptomgivende mangel på vitamin B₆, vitamin B₁₂ og folsyre ved utilstrekkelig inntak av føde eller malabsorpsjon, spesielt hos eldre. **Dosering:** 1 tablett daglig. **Administrering:** Svelges hele med et glass vann. Kan ev. tygges. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Skal ikke brukes som folattilskudd for å redusere gjentagelsesrisikoen hos kvinner som tidligere har født barn med nevralrørsdefekt. **Forsiktighetsregler:** Ikke indisert for behandling av symptomgivende mangel på vitamin B₆, vitamin B₁₂ og folsyre. Effektiv behandling av manifest megaloblastisk anemi og pernisiøs anemi kan kreve parenteral administrering av vitamin B₁₂ i begynnelsen av behandlingen. Skal ikke brukes til pasienter som har gjennomgått en større tynntarmsreseksjon. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Folsyre kan øke metabolismen av enkelte antiepileptika, som fenobarbital og fenytoin. Folsyre kan også interferere med effekten av folsyreantagonister, f.eks. metotreksat, trimetoprim og pyrimetamin. **Graviditet, amming og fertilitet:** Ingen kjent risiko ved bruk under graviditet eller amming. **Bivirkninger:** Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hud: Aknelignende utslett, allergiske reaksjoner som urticaria, pruritus, erytem. **Ukjent frekvens:** Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon. **Overdosering/Forgiftning:** Folsyre har lav toksisitet. Det er ikke registrert bivirkninger hos voksne som har inntatt enten 400 mg/dag i 5 måneder eller 10 mg/dag i 5 år. Ved langtids høydosebehandling med pyridoksin har en del personer utviklet perifer nevropatier. Cyanokobalamin har lav toksisitet. Selv ikke ved høye doser forventes symptomer. Se Giftinformasjonens anbefalinger vitamin B-kompleks, usammensatte preparater A11E A på www.felleskatalogen.no. **Egenskaper:** **Virkningsmekanisme:** Folsyre og vitamin B₁₂ er nødvendig for visse transmetalyteringsprosesser, bl.a. ved syntesen av DNA og RNA. Folsyremangel gir opphav til megaloblastisk anemi av samme type som forårsakes av mangel på vitamin B₆. Preparatet reduserer forhøyede plasmanivåer av homocystein. Høye homocysteinverdier er assosiert med økt risiko for f.eks. hjerte- og karsykdom. **Absorpsjon:** Vitamin B₁₂ absorberes passivt i tynntarmen uten nærvær av intrinsisk faktor. Absorpsjonsgrad ca. 1% uavhengig av dosens størrelse. Folsyre absorberes raskt fra mage-tarmkanalen. Vitamin B₆ absorberes godt. **Utskillelse:** Renalt. **Pakninger og priser:** 100 stk. (boks) 279,10. **Sist endret:** 21.09.2018 **Basert på SPC godkjent av SLV:** 17.08.2018

Referanser: 1.TrioBe SPC (17.08.2018) avsnitt 2., 2.TrioBe SPC (17.08.2018) avsnitt 5.1., 3. TrioBe SPC, (17.08.2018) avsnitt 4.1., 4.TrioBe SPC (17.08.2018) avsnitt 4.3. og 4.4

Vi er inne i adventstiden, en god tid, og en tid for ettertanke.

Lys skal tennes og håp skal deles. Derfor dette diktet som en innledning til dette dobbeltnummeret som omhandler livets avslutning.

Tenn lys!

Et lys skal brenne for denne lille jord,
den blanke himmelstjerne, der vi og alle bor.
Må alle dele håpet så gode ting kan skje.
Må jord og himmel møtes. Et lys er tent for det.

Tenn lys!

To lys skal skinne for kjærlighet og tro,
for dem som viser omsorg og alltid bygger bro.
Må fanger få sin frihet og flyktninger et hjem.
Tenn lys for dem som gråter
og dem som trøster dem.

Tenn lys!

Tre lys skal flamme for alle som må slåss,
for rettferd og for frihet. De trenger hjelp av oss.
Må ingen miste motet før alle folk er ett.
Tenn lys for dem som kjemper for frihet og for rett.

Tenn lys!

Nå stråler alle de fire lys for ham
som elsker alt som lever, hver løve og hvert lam.
Tenn lys for himmelkongen som gjeterflokken så!
Nå møtes jord og himmel i barnet lagt på strå!

EYVIND SKEIE

En tid for å leve, en tid for

■ AART HUURNINK • Overlege kommunalt palliativt team, Stavanger kommune

Palliasjon handler i stor grad om prosess og relasjoner. I prosessen legger en vekt på hva en kan gjøre noe med og å gi slipp på det som en ikke kan gjøre noe med.

Hvordan ser min verden ut når jeg tar innover meg at livet er skjørt og at jeg skal dø tidligere enn jeg trodde? Hvordan blir livskvaliteten – nå og i nær framtid? Hvordan kommer relasjonene til å være? Og hvordan skal jeg leve med tap og eksistensiell usikkerhet?

Dette er spørsmål som dukker opp i møtet med en livstruende sykdom, enten hos en selv eller de nærmeste. Og dette er også kjerneområdene man jobber med i palliasjon.

Gode beslutningsprosesser: gjenkjenne, erkjenne og akseptere

Gode beslutningsprosesser inngår i den palliative verktøykassen. På den ene siden forsøker en å gjenkjenne et mønster, basert på den forventede utviklingen i sykdommen. Samtidig må man lytte og skape rom for pasientens egen stemme og agenda (1). En god prosess kjennetegnes av helhetlig tilnærming, hvor en vurderer de fysiske, psykososiale, åndelige og eksistensielle behovene. Målet med prosessen er at de involverte skal føle seg trygge. En god prosess skal gjenkjenne mulige vendepunkter i sykdomsforløpet, erkjenne at det er kortere forventet levetid enn tidligere antatt, og innebærer aksept for at livet går mot slutten.

Hvor i sykdomsforløpet er pasienten?

Sykdomsforløpet og den palliative prosessen kan deles inn i sju faser, for bedre overordnet forståelse for pasient, familie og behandlere.

1 Diagnose, krise og den første behandlingen

Den første fasen er preget av usikkerhet. Fasen begynner før diagnosen stilles, deretter skal pasienten forholde seg til en alvor-



ILLUSTRASJONSFOTO: COLURBOX MANIPULERT

lig diagnose og krisen som dette medfører. Noen ganger går den første fasen inn i den initiale behandlingsfasen.

2 Å tilpasse seg til et liv med sykdom

I den andre fasen lever pasienten med sykdommen og tilpasser seg den som en ny normalsituasjon. Denne fasen kan vare fra

noen måneder til mange år. Allerede i denne fasen bør behandlerne starte prosessen med en palliativ plan (2). Forhåndssamtaler for å få fram pasientens ønsker og preferanser er et nyttig verktøy, men samtidig må en trø varsomt. Ikke alle ønsker å snakke om det som vil komme av sykdom og død.

å dø, en tid for å gi slipp

Behandleren kan utforske dette ved å spørre:

- Hva er viktig for deg, nå og i tiden framover?
- Du har en alvorlig sykdom, hva gjør det med deg?
- Har du snakket med familien om det, hva sier de?
- Mange har gjort seg tanker om framtiden og de ønsker å sette ord på det. Har du noen tanker rundt det? Vil du si noe om det?

I dokumentasjonen kan en gjerne benytte de ordene eller korte setningene som ble brukt.

For mange kan det også være viktig å få informasjon om trygderettigheter og støtte for pårørende og barn. For noen kan det være relevant å få skriftlig materiale som omhandler økonomiske spørsmål, fremtidsfullmakt og ev. testament.

3 Langtkommen sykdom og nedadgående funksjon med økt hjelpebehov

Den tredje fasen preges av at nye medisinske hendelser gir gradvis lavere funksjonsnivå, og behovet for hjelp øker. Det er ofte i denne fasen at behovet for palliative tiltak blir synlig. Å gjenkjenne denne fasen starter ofte med spørsmål om endring, for deretter å kartlegge behov (3).

- Hva har endret seg den siste tiden?
- Hva opplever pasienten som sine problem og behov?
- Hvor i sykdomsforløpet er pasienten?
- Er behandlingsintensiteten avklart?
- Hva er pårørendes behov?

Ut fra dette kan en skissere framtidsscenarier, basert på diagnose, komorbiditet og endringstempo hos pasienten. Forhåndsamtaler inngår også i denne fasen, og svarene kan gi innsikt i sammenhengen mellom livshendelser og sykdomsforløp. Noen pasienter ønsker ikke å sette ord på sykdommen, men kan sette ord på hva som har endret seg i livet, i aktivitetsnivå, i relasjon til pårørende. Livskvalitet blir for mange et overordnet perspektiv. Hva er viktig for pasienten og for pårørende? Lytt til pasienten også når det tar lengre tid, eller når det er en viss grad av kognitiv svikt. Når pasienten ikke er i stand til å sette ord på det som er viktig, kan en bruke spørsmålet: Hva gjør dagen til en god dag?

4 Sen palliativ fase med irreversibel forandring

I den fjerde fasen skjer endringene raskere og i større omfang. Funksjonsnivået går nedover og avveiningen i nytte/effekt og belastning/risiko endres (4). Her kan den palliative arbeidsmåte bidra til å få en felles forståelse, å gjenkjenne et mønster og vurdere behandlingsintensiteten.

Hvor lenge tror du at jeg kommer til å leve? Svaret ligger i å se hva som har endret seg over tid. La pasienten og pårørende sette ord på det. Deretter kan en bekrefte utviklingen, og kommentere at vi ofte tar utgangspunkt i at den samme utviklingen fortsetter i samme tempo. Samtidig kan en åpne for at situasjonen kan stabilisere seg, alternativt at det kan komme nye komplikasjoner.

5 Livets slutfase

Den femte fasen starter når det er overveiende sannsynlig at gjenværende levetid er betydelig begrenset, ofte definert som uker eller dager. For å bistå helsepersonell har Helsedirektoratet utgitt faglige råd for lindring i livets slutfase (5).

Samtaler i livets slutfase er halvøyeblikkelig-hjelp samtaler. De må tas samme dag eller neste dag, og det er kanskje behov for oppfølging innen en uke. Ofte stiller pårørende spørsmålet om en skal kontakte de andre pårørende. Vanligvis er det greit å svare at en kan videreformidle den informasjonen som de har fått og at de kan ta en avgjørelse selv på grunn av det. Samtidig er det lurt å formidle at en ikke bør utsette et besøk, hvis det er ønskelig.

I denne fasen kommer også spørsmålene om mat og drikke. Som hovedregel tilbys pasienten mat og drikke så lenge han eller hun ønsker det. Hvis personalet eller pårørende ikke har erkjent og ikke har akseptert at pasienten er i livets slutfase, vil det ofte være et ønske om mer aktiv behandling. Derfor er det viktig at en tilstreber gode prosesser over tid, slik at alle involverte får mulighet til å erkjenne og akseptere at livet går mot slutten. I livets slutfase fortsetter tiltak som sannsynlig bidrar til at pasienten har det bra, mens tiltak som gir pasienten ubehag, avsluttes.

6 Pasienten er døende

Når det er enighet om at pasienten er døende, kan det være aktuelt å bruke en tiltaks-

TABELL. De fire viktigste medikamenter for lindring i livets slutfase.

INDIKASJON	MEDIKAMENT	DOSERING	MAKSIMAL DØGNDOSE	ADM.MÅTE
Smerte Dyspné	Morfin eller Oksykodon (opioidanalgetikum)	Smerte: 2,5–5 mg eller 1/6 av døgndosen (po:sc=3:1) Dyspné: 1–2,5* mg Gjentas ved behov, inntil hvert 30. minutt	Avhengig av effekten (sjelden >400 mg)	sc = subkutan
Angst, uro, panikk, Dyspné, muskelrykninger, kramper, agitert delir	Midazolam (benzodiazepin, sedativum)	1 mg til gamle/skrøpelige, ellers start med 2–2,5 mg Gjentas ved behov, inntil hvert 30. minutt (titrering)	Avhengig av effekten (sjelden >20 mg)	sc
Kvalme, uro, agitasjon, delir	Haloperidol (Haldol [®] , lavdose-neuroleptikum)	Kvalme: 0,5–2 mg Mot uro/agitasjon: 2 mg x 3–5	10 mg	sc
Surkling i øvre luftveier, ileus, kolikk	Glykopyrron, (Robinul [®] , antikolinergikum)	0,2 mg inntil 1x/t, maks x 6 / d	1,2 mg (sjelden nødvendig)	sc

* Dersom pasienten bruker opioider mot smerter brukes samme behovsdosering mot dyspné.

plan spesifikt utviklet for den døende pasient. Planen heter «Livets siste dager», og er en videreutvikling av Liverpool Care Pathway. Bruk av planen forutsetter lokal forankring og opplæring, og registrering hos sentral koordinator ved kompetansesenteret i lindrende behandling, Helse Vest (6). Planen er beskrevet i helsebibliotekets fagprosedyre (7).

Tiltaksplan livets siste dager begynner med å gjøre en systematisk kartlegging og vurdering basert på individuelle behov og preferanser, deretter god helhetlig oppfølging mens pasienten er døende. Den legger til rette for at den avdøde og de etterlatte ivaretas på en måte som er i samsvar med deres verdier, livssyn og preferanser.

For å få til en verdig avslutning ved forventet hjemmedødsfall, er det viktig å planlegge samarbeidet mellom fastlegen og hjemmesykepleien i forkant (8). Det bør avklares at en lege kan komme hjem for å bekrefte dødsfallet, og skrive dødsmeldingen og at hjemmesykepleien kan legge til rette for stell av den døde i tråd med avdødes og pårørendes ønsker.

7 Perioden etter dødsfallet: de etterlatte

Den syvende fasen er perioden etter dødsfallet. Det er gode erfaringer med å avtale kontakt med de etterlatte etter noen uker for å høre hvordan det går, spørre litt om tiden som har vært og om det er behov for oppfølging eller støtte i tiden framover. Da er det viktig å ha oversikt over muligheter som finnes lokalt.

Symptomlindring

Kompetanse i symptomlindring innebærer en pro-aktiv holdning for å vurdere når symptomlindrende tiltak bør iverksettes. Dette innebærer:

- felles forståelse for bruk av hastegrad ved symptomlindrende tiltak
- å kunne forordne og administrere symptomlindrende medikamenter, også subkutant
- hyppig evaluering av symptomlindrende tiltak og aktiv holdning ved justering/titrering av medikamentelle tiltak
- å kunne bruke subkutane pumper
- aktiv vurdering og bruk av ikke-medikamentelle tiltak
- å hele tiden styrke pasientens egne mestingsstrategier

De aktuelle medikamenter som brukes i livets slutfase, og doseringsintervallene ved behov, er oppsummert i figuren (9). I praksis krever god symptomlindring daglig evaluering til en har oppnådd tilfredsstillende symptomkontroll. Medikamenter, blant annet opiat, kan titreres ved å øke fastdosen med halvparten til 60 prosent av behovsmedikasjon gitt siste døgnet. Da vet en at eventuelle endringer i pasientens tilstand ikke skyldes pasientens medikasjon, fordi hun eller han dagen før allerede har tålt mer enn det.

Det anbefales at formuleringen som brukes i figuren under dosering, også brukes i pasientens medikamentliste. Dette gjør det tydelig når behovsmedikasjon kan gjentas.

Hva kan vi gjøre noe med?

God symptomlindring forutsetter:

- enighet om vurdering av hastegraden. Det kan defineres med fargene rød/gul/grønn, eventuelt ved å bruke tidskategorier – det må gjøres/gis med engang, i løpet av én time, når en får tid.
- at teamet (inkludert legen) har nødvendig kompetanse
- at kompetent personell er tilgjengelig 24/7 og legens tilgjengelighet avklart: hvem kan vi kontakte når vi ikke kommer i mål?

I møte med pasient og pårørende må en også ha fokus på å avdekke og løfte frem pasientens psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle behov. Erfaringene er at dette er behov som ofte ikke blir tatt opp, men samtidig er svært viktige for å kunne gi helhetlig omsorg og behandling.

Fastlegens rolle

Det er stor variasjon i kompetanse og tilbud som gis hos fastleger. En undersøkelse basert på norske nasjonale data viste at flere

fastleger ikke hadde vært aktivt involvert ved forventede hjemmedødsfall (10). Men noen fastleger legger til rette for god omsorg ved livets slutt: det er laget gode planer, tilgjengeligheten er avklart, også ved endringer og når en ikke kommer i mål, medikamenter i livets slutfase er på plass, samarbeidet med hjemmesykepleien er godt organisert og samarbeidet med både pasient og pårørende fungerer bra. Fastleger kan spille en aktiv rolle ved å delta i tverrfaglige møter, og – basert på pasientens behov – involvere den palliative kompetansen som er tilgjengelig, både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. En pro-aktiv tilnærming gir ofte best resultat, fordi endringer i pasientens tilstand og behov kan skje raskt.

Døden er en del av livet. Det å gi slipp er hardt arbeid. Ofte er det pasienten som først setter ord på, og aksepterer, at livet går mot slutten. På den måten får de pårørende og de nærmeste god hjelp fra den som er syk, og etter hvert døende.

Som helsepersonell kan vi hjelpe pasient og pårørende ved å lytte, få fram hva vi kan gjøre noe med, bidra med praktisk tilrettelegging og ved behov tre tilbake.

Av og til er savnet og sorgen så stor at en ikke kan gi slipp. Det å gi slipp kan være en form for modning, innsikten i at det å gi slipp ikke er å la være å elske. Det å gi slipp er et steg i å komme videre, leve videre og åpne nye dører.

REFERANSER

1. Mannix K, With the end in mind. London: William Collins; 2017. Contents: Patterns and My Way
2. <https://helse-mr.no/fag-og-forskning/samhandling/palliativ-plan>
3. https://kvalitet.sus.no/forlop/docs/doc_32433/index.html
4. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling>
5. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/erkjennelse-av-at-livet-gar-mot-slutten-og-at-dodennaermer-seg#vurder-om-pasienten-er-i-livets-siste-dager-og-om-doden-er-naert-forestaende>
6. <https://helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrende-behandling/palliasjon-verktoy-for-helsepersonell/livets-siste-dagar-plan-for-lindring-i-livets-slutfase>
7. <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/livets-siste-dager>
8. <https://tidsskriftet.no/2020/06/originalartikkel/forventet-dodsfall-i-hjemmet-en-kvalitativ-studie-om-samarbeid>
9. https://helse-bergen.no/seksjon/KLB/Documents/Medikamentskrin/De_fire_viktigste_medikamentene.pdf
10. <https://academic.oup.com/fampra/article/37/3/340/5717352>



Diagnose: Død



■ MORTEN HORN • Spesialist i nevrologi, medlem av Legeforeningens råd for legeetikk

Døden diagnostiseres på ulike måter, avhengig av hvilken kontekst den foregår i. Men under dette ligger, litt ubevisst, en felles, cerebrosentrisk dødsdefinisjon. Vi leger bør ta oppgaven med å diagnostisere død på alvor.

Som legestudent på 90-tallet lærte jeg at to (presumptivt edru!) voksne personer kunne erklære at de hadde funnet et lik. Men etter at Likbehandlingsloven av 1898 ble opphevet i 2016 er det kun leger som har myndighet til å stadfeste at en person er død, jamfør helsepersonelloven § 36 (1).

Det å bli erklært død har enorme konsekvenser for individet. Man mister de fleste sivile rettigheter, inkludert de under pasientrettighetsloven. Ens eiendeler blir fordelt til arvingene. Kroppen kan brukes til organdonasjon, og disponeres slik de etterlatte finner det for godt. Den som er død har ikke lenger rett til liv under artikkel II i den europeiske menneskerettskonvensjonen.

Det hviler derfor et stort ansvar på oss leger når vi diagnostiserer død. Et paradoks er da hvor liten vekt vi som profesjon har lagt på faget dødsdiagnostikk. Det er vel ofte slik at jobben med å syne et lik på sen-

geposten overlates til yngste assistentlege. Hva du skal gjøre lærer du av en annen underordnet lege. I kommunehelsetjenesten må legevaktlege ofte rykke ut for å stadfeste døden, noe som kan oppleves som en strevsom byrde som ikke akkurat fremmer liv og helse (2). Noen leger har stilt spørsmål ved om dette bør være en legeoppgave, om det kan delegeres til sykepleiere, eller om det for eksempel kan gjennomføres digitalt.

En gang i turnus ble jeg, på min fridag, utkommandert av lensmannen for å skrive en dødserklæring. Der og da følte det meningsløst, som et formalistisk rituale ingen egentlig hadde glede av. Men de ganger dødsdiagnostikken skjærer seg – som da en hypoterm kvinne i Molde feilaktig ble erklært død, for senere å våkne til liv (3) – ser vi hvor avgjørende det er at diagnosen død er korrekt. Det at denne oppgaven er lagt til oss leger, er en anerkjennelse av at lege-

vitenskap og -erfaring trengs for korrekt tolkning av biologiske tegn på liv og død, og det å avklare omstendighetene rundt dødsfallet.

Hvordan stiller norske leger diagnosen død?

Det er påfallende hvor lite konkrete føringer medisinen gir for diagnostikk av død. Det er nærmest taus kunnskap som går fra lege til lege. En konsensusrapport i WHO-regi fra 2014 foreslo en operasjonell definisjon av døden:

«The permanent loss of capacity for consciousness and all brainstem functions, as a consequence of permanent cessation of circulation or catastrophic brain injury» (4).

Men forskning viser at det varierer fra land til land – kanskje fra lege til lege – hvordan praktisk dødsdiagnostikk foregår (5).

Norsk lov gir heller ingen generell, kontekstuaavhengig definisjon for når en person er å anse som død. Vi har i grunnen bare to offisielle kilder: i den ene enden av spekteret *Legevakthåndboka*s prosedyre for syning av lik (6) og i den andre kriteriene for diagnostikk av død etter nevrologiske kriterier («hjernerød») i forskriften til transplantasjonsloven (7).



Dette er to vidt forskjellige situasjoner – den ene pasienten finnes kanskje død i sitt hjem når ektefellen kommer hjem, den andre pasienten dør under kontrollerte forhold på intensivavdelingen, og blir organ-donor. Men interessant nok har dødsdiagnostikken mange likhetstrekk.

Legevaktboka foreslår:

«Kjenn på halsen etter carotispuls. Auskultér hjerte og trakea. Hold hånden, et speil eller et par briller foran avdødes munn for å undersøke respirasjon (kondens). Undersøk pupillene med lys. Sjekk kornearefleksen. Se etter postmortale forandringer (dvs. dødsflekker og dødstivhet).»

Ved organdonasjon skal fem kriterier alle være oppfylt for å erklære en person hjernedød, slik at organer kan doneres:

- ❶ Kjent sykdom eller skade i skallehulen.
- ❷ Total bevisstløshet som ikke kan forklares med hypotermi, sederende medikamenter eller andre reversible tilstander.
- ❸ Opphør av eget åndedrett.
- ❹ Opphør av alle hjernestammereflekser.
- ❺ Objektiv (dvs. billedmessig) påvisning av opphørt blodtilførsel til hjernen.

I mai 2019 avholdt Rådet for legeetikk, sammen med Norsk Nevrologisk Forening (NNF), Norsk ressursgruppe for organdonasjon (NOROD) og Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo (SME), et seminar om dødsdiagnostikk. Videoopptak er tilgjengelig på Facebook (8). Kommuneoverlege Siri Brelín beskrev hvordan døden diagnostiseres på et sykehjem. Overlege

Oona Dunlop beskrev dødsdiagnostikken på intensivavdelingen. Som nevrolog beskrev jeg den intrikate hjernedødsdiagnostikken ved organdonasjon. Det interessante var at selv om dette er vidt forskjellige settinger, så inneholder all dødsdiagnostikk prinsipielt sett de samme elementene. Det som skiller er detaljnivået, og bruken av tilleggsundersøkelser.

En cerebrosentrisk dødsdefinisjon

I diskusjoner om dødsdiagnostikk får man ofte høre at leger historisk sett har diagnostisert døden ved fravær av åndedrett og puls, og at dette liksom er den opprinnelige dødsdiagnostikken. Dette er riktig – og det er helt feil. Ikke et eneste menneske har vel blitt diagnostisert som død bare pga. fravær av pust og puls. Alle som har fått diagnosen død på denne måten, må vi tro, har oppfylt det aller viktigste kjenne-tegnet på at en person er død: Nemlig at personen er livløs. Det er kanskje selvsagt – så selvsagt at leger og jurister ikke en gang har tenkt på å nevne det. Men livløsheten er selve inngangsporten til dødsdiagnostikken. Hvis en person ikke framstår som livløs, er all annen dødsdiagnostikk irrelevant¹. Livløshet er, i medisinske termer, et dypt, irreversibelt koma. Og det er det fremste tegn på at personens hjerne er

¹ Et viktig forbehold her er det såkalte Lazarus-fenomenet, spinale reflekser hos hjernedøde pasienter, som kan skape usikkerhet om hvorvidt pasienten faktisk er død.

alvorlig skadet, kanskje allerede hjernedød.

I forskriften til transplantasjonsloven står det i §2:

«En person er død når det foreligger sikre tegn på total ødeleggelse av hjernen med et komplett og irreversibelt opphør av alle funksjoner i storehjerne, lillehjerne og hjernestamme. Varig hjerte- og åndedrettsstans er sikre tegn på total ødeleggelse av hjernen.»

Når varig hjertestans er tegn på død, er det primært fordi langvarig sirkulasjonsstans med nødvendighet framkaller hjernedød. For fravær av åndedrett gjelder det samme, men i tillegg er manglende evne til å trekke pusten, det viktigste tegnet på at hjernestammen, som vi trenger for å være i live, er skadet. Man tenker kanskje ikke på at en person som er livløs, som ikke puster, og som over en viss tidsperiode er pulsløs, er en «hjernedød» person. Det er liksom noe vi forbinder med organdonasjonssettingen. Men den personen vil, med forbehold om normotermi og fravær av sedasjon/intoksikasjon, være hjernedød – og dermed død.

Dette henger sammen med at vi i Norge, og i de fleste vestlige land, har det jeg vil kalle en «*cerebrosentrisk dødsdefinisjon*». Døden defineres, som i de internasjonale retningslinjene nevnt over, ved at hjernens kapasitet for funksjon i form av bevissthet og åndedrett er totalt og varig opphørt. Vi vet at nær sagt alle kroppens organer kan

svikte, likevel kan individet leve. Mange organer kan skiftes ut, fortsatt er det det samme individet. Bare hjernen kan ikke dø eller byttes, uten at selve individet er tapt for alltid.

Det går an å diskutere en slik dødsdefinisjon. Ett internasjonalt kjent eksempel er jenta Jahi McMath, som 13 år gammel ble erklært hjernedød i California (9). Foreldrene godtok ikke dette, og fikk kroppen hennes – ventilt på respirator – flyttet til New Jersey, der man aksepterer tros-baserte, personlige dødsdefinisjoner. Her «levde» Jahi i fem år, inntil hjertet stoppet. Da var hun både «hjernedød» og «hjetedød». Hun våknet aldri opp, men over disse årene modnet kroppen hennes, og det hevdes at hun begynte å menstruere. Jahi McMath-saken og lignende saker vekket stor oppmerksomhet, og diskusjon om hvorvidt vi egentlig er enige om at det er hjernens tilstand som avgjør om man er død eller levende (10).

Dette er en krevende debatt, som kan skje avspeiler at virkeligheten aldri er så sort-hvit som vi av klassifikasjonshensyn skulle ønsket oss. Men dersom vi skulle gå bort fra vår cerebrosentriske dødsdefinisjon, og akseptere at en person kan leve selv om hjernen er død, medfører dette nye etiske og faglige problemer. En hjernedød kropp kan ikke leve på egen hånd, men må holdes ved like av en respirator (fordi varig fravær av egenrespirasjon er ett av kriteriene for hjernedød). Kroppen vil aldri kunne vise tegn til spontane, viljestyrte bevegelser, og man vil aldri kunne oppnå kontakt med personen i kroppen – fordi organet som huser personen har gått til grunne. Kroppen kan ha potensial for å utvikle seg fysisk, men vil ha mistet alt potensial for selvstendig fungering eller interaksjon med omgivelsene. Jeg tror det brede lag av nordmenn faktisk vil være enig med legestanden i at når hjernen er død, er personen død.

Hva bør dødsdiagnostikk innebære?

- 1 En grunn til at nettopp leger bør diagnostisere død, er at man helst bør ha en formening om hva som var dødsårsaken. Ved organodonasjon er det oftest en ødeleggende hjerneskade, demonstrert på CT eller MR. Ved ARDS med respiratorisk kollaps, når respiratoren avvikles, blir hjernen uopprettelig skadet av anoksi. Det samme skjer ved plutselig hjer-testans på gata, eller når en kreftpasient trekker sitt siste sukk.
- 2 Alle døde skal være livløse, det vil si i et dypt, irreversibelt koma. Dette diagnos-

tiserer vi ved tilsnakk, risting og smertestimulering. Koma skal ikke skyldes alvorlig hypotermi («ingen er død før man er varm og død») (11), og legen må vurdere om det kan foreligge forgiftning eller effekter av sedativa.

- 3 Fravær av eget åndedrett, generert av respirasjonssenteret i medulla oblongata, skal foreligge ved død. Dette kan vi teste med «apnoe-test» i forbindelse med hjernedødsdiagnostikk. Men i andre kontekster holder det å inspisere brystkassen for respirasjonsbevegelser, lytte på trakea og kjenne etter luftstrøm og kondens over munn og nese. Ved mistanke om intoksikasjon eller påvirkning av sedativa bør man være særs akt-pågivende.
- 4 All dødsdiagnostikk bør inkludere testing av de viktigste og mest robuste hjer-nestammerefleksene: pupillenes reaksjon på lys og cornearefleks. Pupillene vil typisk være i midtstilling eller dilaterte. Små pupiller kan tale for opiatfor-giftning og er ikke forenlig med død. Ved hjernedødsdiagnostikk i forbindelse med organodonasjon gjør vi mer omfattende hjernenervetesting, inkludert oculo-cephal refleks og kalorisk prøve med isvann.
- 5 Hjernen vil med nødvendighet dø etter en periode med sirkulasjonsstans, enten det er regional intrakranial sirkulasjonsstans som ved hjernetamponade, eller global sirkulasjonsstans som ved hjertestans. Det siste kan vi påvise ved palpasjon av puls og stetoskopi av hjertet, eventuelt andre metoder som ekkokardiografi. Ved hjernedødsdiagnostikk hos pasienter som ligger på respirator vil hjertet slå, men da kan vi påvise opphevet hjernesirkulasjon med angiografiundersøkelser.

Det vesentlige er at sirkulasjonsstansen har vart lenge nok til at vi kan sannsynliggjøre at hjernen er totalt og uopprettelig ødelagt. Hvor lenge det er, er faglig sett uavklart.

Medisinen vil aldri bli en helt eksakt vitenskap, men gjennom denne multimodale tilnærmingen vil vi teste ulike aspekter av hjernen, og vi vil med stor grad av trygghet kunne fastslå at pasienten er død. Det vil variere hvor detaljerte undersøkelser vi gjør av den døde. Men all dødsdiagnostikk bør inneholde disse fem elementene². Det ville styrket dødsdiagnostikken i Norge

² For å gjøre det vanskelig: Ifølge internasjonale minimumskriterier for diagnostikk av hjernedød er det ikke strengt nødvendig å dokumentere opphevet hjernesirkulasjon dersom fullstendig klinisk dødsdiagnostikk er forenlig med hjernedød. Det er ikke gitt at vi i Norge bør holde fast ved dette kravet.

dersom vi kunne få en universell dødsdefinisjon, med konteksttilpasset dødsdiagnostikk, slik at vi diagnostiserer død ut fra de samme prinsipper uansett hvilken kontekst det foregår i.

En personlig ytring til slutt: Jeg synes vi leger skal verdsette denne oppgaven samfunnet har gitt oss, og den tilliten vi blir vist. Vi bør ta dødsdiagnostikken på alvor. Når en pasient dør på sengeposten synes jeg overlegen selv bør ta turen opp og syne liket, og gjerne lære assistentlegene hvordan det gjøres. Ved dødsfall på sykehjem eller i hjemmet bør legevakts- eller fastlege rykke ut. Dette er legearbeid, og det er både faglig og etisk viktig at det gjøres skikkelig. For min del føles det riktig å stoppe litt opp ved den dodes bære, et lite minuts stillhet. Dels for å se etter tegn til liv og pustebeve-gelser. Men også for å vise den siste respekt til et medmenneske som, for alltid, har trådt ut av flokken.

REFERANSER

1. LOV-1999-07-02-64. Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven). https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_7_#%C2%A736 Lest 28.10.2020
2. Helsedirektoratets svar til Molde kommune 9.2.2018. Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---forslag-til-enderinger-i-helsepersonelloven-36-og-dodsarsaksregisterforskriften-mv.-elektronisk-dodsmelding/id2606187/Download/?vedleggId=45f6d792-5e0e-40f8-be41-b030c0e45633> Lest 28.10.2020.
3. Rovick A. «Død» pasient skrevet ut fra Molde sjukehus. TV2 18.3.2019. <https://www.tv2.no/a/10488441/> Lest 28.10.2020.
4. Shemie S, Hornby L, Baker A, et al. International guideline development for the determination of death. *Intensive Care Med* 2014;40:788-797.
5. Wahlster S, Wijdsicks EFM, Patel PV, et al. Brain death declaration. Practices and perceptions worldwide. *Neurology* 2015;84:1870-1879.
6. Legevaktåndboka. Naturlig dødsfall. https://lvh.no/administrative_forhold/doedsfall_og_annen_rettmedisin/doedsfall/naturlig_doedsfall Lest 28.11.2020.
7. FOR-2017-04-18-470. Forskrift om dødsdefinisjon ved donasjon av organer, celler og vev. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-12-21-1813> Lest 28.10.2020.
8. Rådet for legeetikk. Seminar om dødsdiagnostikk på Litteraturhuset 21. mai 2019. (Facebook-side). <https://www.facebook.com/watch/?extid=erxCnHf3Ba6raeqv&v=366164970999924> Lest 28.10.2020.
9. Aviv R. What does it mean to die? *The New Yorker* 5.2.2018. <https://www.newyorker.com/magazine/2018/02/05/what-does-it-mean-to-die> Lest 28.10.2020.
10. Troug R. Defining death – making sense of the case of Jahi McMath. *JAMA* 2018;319:1859–1860.
11. Øvreberg E. Du er ikke død før du er varm og død. *Forskning.no* 18.4.2014. <https://forskning.no/hjertet-partner-uit-norges-arktiske-universitet/du-er-ikke-dod-for-du-er-varm-og-dod/535751> Lest 28.10.2020.

■ MORTEN_HORN@HOTMAIL.COM

Få fastleger følger pasien

■ LISBETH NILSEN • Frilansjournalist

Det er sjelden at fastleger er involvert mot slutten av livet til pasienter som velger å dø hjemme. – Fastlegene er i en unik posisjon til å kunne ta denne rollen, mener lege og forsker Camilla Kjellstadli.

Hun er lege ved Kreftavdelingen på Haukeland universitetssjukehus og postdoktor ved Folkehelseinstituttet.

Camilla Kjellstadli disputerte i juni, og avhandlingen omfatter tre publiserte studier på hjemmedød, planlagt hjemmedød, omfang av hjemmesykepleie og oppfølging fra fastleger.

I den siste studien, som ble publisert i *Family Practice* i sommer, finner hun at 14,3 prosent av de døde fikk minst ett hjemmebesøk fra fastlegen de siste tre månedene de levde. De siste fire ukene fikk 9,2 prosent ett eller flere fastlegebesøk hjemme. Bare 4,6 prosent så fastlegen sin den siste uken før de døde.

– To eller flere hjemmebesøk fra fastlegen de siste ukene før død var forbundet med mer enn tre ganger høyere sannsynlighet for å dø hjemme sammenlignet med ingen hjemmebesøk, sier Camilla Kjellstadli til *Utposten*.

En dansk studie, med førsteforfatter Nagel Larsen publisert i *Danish Medical Journal* i september i år, finner ni ganger høyere sannsynlighet for å dø på sykehus enn hjemme eller på sykehjem, hvis fastlegen ikke hadde vært direkte involvert i den palliative fasen. Det var ingen forskjell mellom de som døde hjemme eller på sykehus når det gjaldt antallet kontakter med fastlegen.

FAKTA OM HJEMMEDØD

- 15 prosent av alle dødsfall i Norge i 2012 og 2013 skjedde i hjemmet.
- Snaut 12 prosent av de over 70 år døde hjemme.
- Bare ett av ti kreftdødsfall forekom hjemme.
- Av samtlige dødsfall, var mellom 4,4 og 6,3 prosent en potensielt planlagt hjemmedød.

KILDE: LEGE OG FORSKER CAMILLA KJELLSTADLI

– Hva må til for at fastlegen blir mer involvert den siste levetiden til pasienten?

– Vi trenger helsepersonell med palliativ kompetanse til å ta hånd om hjemmeboende i livets slutt, men de fleste uhelbredelig syke trenger ikke spesialisert behandling. Fastlegene er i en unik posisjon til å kunne ta denne rollen. Nederland er et eksempel på et land der fastleger i større grad legger til rette for palliasjon i hjemmet og hjemmedød. Også i Storbritannia er det jobbet systematisk med tilrettelegging for hjemmedød; de har et palliativt register og egne verktøy for oppfølging av pasienter som ønsker å dø hjemme.

Planlagt hjemmedød

De færreste som dør i Norge dør hjemme. Forskningen til Kjellstadli er basert på registerdata fra samtlige 80 908 dødsfall i Norge i 2012 og 2013. Ifølge dødsårsaksregisteret var 15 prosent registrert som hjemmedød.

Fire av ti dødsfall hjemme ble estimert å være planlagt. Andelen potensielt planlagte dødsfall utgjør derimot en liten del av alle dødsfall totalt, i studien estimert til mellom 4,4 og 6,3 prosent.

– Vi vet at det er få som dør hjemme, så det var ikke så overraskende – men vi hadde kanskje ikke forventet at det var så få estimert planlagte hjemmedødsfall. Skulle vi gradert sannsynligheten for at den estimerte andelen er reell, tror jeg snarere at antallet planlagte hjemmedødsfall er lavere enn høyere, kommenterer Kjellstadli.

En stor andel havnet på sykehus siste uken av livet, og ni av ti innlagte døde på sykehuset.

Kontinuitet av hjemmesykepleie

Et høyt nivå av hjemmesykepleie kontinuerlig siste tre måneder av livet var forbundet med høyere sannsynlighet for å dø hjemme.



– Slik fastlegeordningen er nå, kan vi ikke bare lempe dette på toppen av en hektisk hverdag, sier lege og forsker Camilla Kjellstadli, som har en doktograd på hjemmedød.

FOTO: INGRID HAGERUP/UJB

– De som døde hjemme, hadde stabilt høyeste nivå på hjemmesykepleie de siste tre månedene de levde, selv om antallet timer var relativt lite – med median rett under syv timer i uken. Den samme kontinuiteten så vi ikke for andre forløp, så kontinuitet fremstår som viktig for å legge til rette for hjemmedød. De som hadde en økning i hjelp de siste ukene før de døde, hadde ikke samme omfang eller kontinuitet, og det var heller ikke forbundet med å dø hjemme, forteller forskeren.

ter som dør hjemme



– Jeg tror de fleste pasienter vil takke ja til samtaler om livets slutt og til muligheten for å dø hjemme. Noen fastleger er kjempeflinke på dette.

– Antallet timer økte jo ikke mot slutten av livet. Ville ikke det være naturlig å tenke seg at behovet ble større?

– Jo, samtidig kan dette ha vært personer med et stort pleiebehov over tid, som kan ha kjent seg trygge på den hjelpen de fikk fra kjent helsepersonell.

– Hvor mener du man bør starte for å kunne legge bedre til rette for å dø hjemme?

– Det må jobbes på flere nivåer. Det handler også om å snakke om døden og preferan-

ser for behandling og omsorg. Vi trenger en bevisstgjøring både hos helsepersonell og i befolkningen, og helsepersonell trenger opplæring, tid og ressurser til å kunne følge opp.

Studien kan ikke si noe om kvaliteten på behandlingen som gis hos syke som er hjemmeboende.

– Spesialisert palliativ behandling er mest vanlig ved kreft, men disse pasientene har høyere sannsynlighet for å dø en annen plass enn hjemme. Ofte har kreftpasienter en

åpen retur til sykehuset, og kanskje mister pasienten kontakt med fastlegen sin. Alle pasienter i livets slutt, uavhengig av diagnose, bør få tilbud om palliativ behandling hjemme dersom de ønsker det, mener Kjellstadli.

Tre millioner i statsbudsjettet

«Regjeringen ønsker å legge til rette for at mer hjemmetid og hjemmedød kan bli en valgmulighet for den enkelte.» «Det offentlige må ha tilstrekkelig kapasitet og

kompetanse for å legge til rette for hjemmetid og hjemmedød.»

Sitatene er hentet fra stortingsmeldingen om lindrende behandling og omsorg, som regjeringen la frem tidligere i år. Ifølge stortingsmeldingen skal Helsedirektoratet gjennomføre et treårig program med utvikling av ulike modeller for at flere kan være hjemme i siste fase av livet og få muligheten til å dø hjemme. I statsbudsjettet for 2021 foreslår regjeringen å bevilge tre millioner kroner til dette programmet. Det er en tidel av beløpet som foreslås til søkbare tilskudd til lindrende enheter/hospice.

– Myndighetene skriver fine dokumenter om livets slutt, men dette blir ikke fulgt opp med tilstrekkelige ressurser, mener Kjellstadli.

Urealistisk

– Hvordan kan fastlegene fange opp behovet for mer pleie så det blir mulig å dø hjemme?

– Det finnes ingen enkel måte å gjøre det på. Vi har diskutert en del bruk av forhåndssamtaler mellom fastlegen og pasienten. Det finnes flere verktøy for fastleger, som hjelper å identifisere pasienter som kan ha nytte av lindrende behandling og som kan gjøre det lettere å lage en plan.

– Jeg tror de fleste pasienter vil takke ja til samtaler om livets slutt og til muligheten for å dø hjemme. Pasienten må bli spurt om hva som er viktig for ham eller henne. Kanskje er det ikke å få enda en behandlingsrunde eller enda en kontroll på sykehuset. Kanskje kan oppfølgingen, med litt planlegging, gis hjemme. Vi bør ikke være så redde for å snakke om døden, og de fleste pasientene synes det er bra hvis fastlegen tar det opp. Det kan være en god start.

– Hva er til hinder i dag for at fastlegene får en mer aktiv rolle ved planlagt hjemmedød?

– Det hviler ikke bare på allmennlegene, selv om de er veldig viktige brikker. Slik fastlegeordningen er nå, kan vi ikke bare lempe dette på toppen av en hektisk hverdag. Det er ikke realistisk, svarer Camilla Kjellstadli, som selv har jobbet som allmennlege.

– Jeg tror du skal være ganske bevisst og standhaftig og ha godt nettverk av pårørende for å få til en planlagt hjemmedød i dag. Tjenestene som tilbys må være tilpasset hjemmebehandling. I de fleste kommuner i dag er det ikke lagt til rette for dette, og både hjemmesykepleien og fastlegene er presset arbeidsmessig.

Antall hjemme

■ LISBETH NILSEN • Frilansjournalist

– Jeg tror bare det å ha vært hjemme hos pasienten er viktig. Antallet besøk er ikke avgjørende for å få til hjemmedød, mener fastlege Hanne Boksasp Bryn.

Hun er opptatt av å snakke med pasienter om muligheten for hjemmedød.

– Veldig ofte har denne samtalen foregått på hjembesøk. Pasienten føler seg trygget, og jeg synes samtalen blir enklere i en annen setting, hjemme hos pasienten. Ofte vil pasienten ha to planer; de ønsker å dø hjemme, men vil ha sikkerheten i å kunne komme på sykehjem. Og for pasientene handler det også om hva de pårørende or-

ker å stå i, sier Hanne Boksasp Bryn, fastlege i Heim kommune.

På listen hennes står 700 pasienter, og hun er involvert i tre til fire planlagte hjemmedød i året.

– Er det vanskeligere for fastleger med lange lister å bidra til at pasienter kan dø hjemme?

– Jeg mener dette er realistisk for alle

Jeg har gitt privatnummeret mitt til pasienter, og det er aldri blitt misbrukt, sier fastlege Hanne Boksasp Bryn ved Halså legekontor. FOTO: PRIVAT



besøk ikke avgjørende



– Koordinering rundt døende pasienter kan være svært krevende, sier overlege Anne Fasting, leder av Nasjonalt forskningsnettverk for palliasjon i primærhelsetjenesten. FOTO: LISBETH NILSEN

fastleger. Jeg tror bare det å ha vært hjemme hos pasienten er viktig. Antallet besøk er ikke avgjørende for å få til hjemmedød, og behovene hos pasienter og pårørende varierer. Jeg har gitt ut privatnummeret mitt til pasienter, og det er aldri blitt misbrukt. For pasientene har det vært en stor trygghet.

Mulig hinder

Anne Fasting er overlege ved palliativt team i Kristiansund og Molde og leder av Nasjonalt forskningsnettverk for palliasjon i primærhelsetjenesten. I likhet med Camilla Kjellstadli mener hun fastlegenes

arbeidspress kan gjøre det vanskelig å legge til rette for hjemmedød.

– Funnene i den norske studien kan tyde på at hjemmebesøk fra fastlegen vil være viktig for å oppnå større andel hjemmedød. Koordinering rundt døende pasienter kan være svært krevende, og fastlegenes presederte arbeidssituasjon kan være et hinder for både hjemmebesøk og god samhandling, sier Fasting, som er spesialist i allmennmedisin.

Redde

Hanne Boksasp Bryn mener et godt samarbeid innad i kommunene er den viktigste

faktoren for at flere alvorlig syke kan få dø hjemme.

– Jeg har samarbeidet godt med hjemmesykepleien, og vi er ofte på hjemmebesøk sammen. Jeg får også god støtte fra palliativt team ved sykehuset i Kristiansund. Det gjør meg tryggere at jeg ikke står helt alene. Å være involvert ved livets slutt hos pasienter gir meg mye som fastlege, og pårørende forteller at det betyr mye for dem. Jeg tror noen fastleger er redde for å kaste seg ut i det. Men jeg mener vi får kompetanse ved rett og slett å gjøre det, sier Hanne Boksasp Bryn.

■ BETHNIL17@GMAIL.COM

▼ ITULAZAX® Smeltetablett. Standardisert allergenekstrakt av pollen fra bjørk (Betula verrucosa) 12 SQ-Bet.

Indikasjon: Voksne: Moderat til alvorlig allergisk rhinitt og/eller konjunktivitt induert av pollen fra den homologe bjørkegruppen¹. Pasienter med en klinisk anamnese med symptomer til tross for bruk av symptomlindrende legemidler, og en positiv test for sensibilisering til et medlem av den homologe bjørkegruppen (pricktest og/eller spesifikk IgE).¹ Bjørk, or, agnbøk, hassel, eik, bøk.

Dosering: Behandling bør initieres av lege med erfaring i behandling av allergiske sykdommer. Voksne: 1 smeltetablett daglig. Behandling initieres utenfor pollensesongen og fortsettes i trepollensesongen. Klinisk effekt i trepollensesongen (homolog bjørkegruppe) er vist når behandling startes minst 16 uker før forventet start av trepollensesongen (homolog bjørkegruppe), og fortsettes gjennom hele sesongen. Internasjonale behandlingsretningslinjer for immunterapi mot allergi viser til en behandlingsperiode på 3 år for å oppnå sykdomsmodifikasjon. Dersom det ikke sees forbedring i løpet av 1. behandlingsår, er det ingen indikasjon for å fortsette behandlingen. Første smeltetablett bør tas under medisinsk tilsyn, og pasienten bør overvåkes i minst 30 minutter for å kunne diskutere, og ev. behandle, ev. umiddelbare bivirkninger. Glemt dose: Dersom behandlingen stoppes i >7 dager, anbefales det å kontakte lege før behandlingen fortsetter.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for hjelpestoffene. FEV1 <70% av anslått verdi (etter tilfredsstillende farmakologisk behandling) ved behandlingsstart. Alvorlig astmaeksaserbasjon eller ukontrollert astma i løpet av de siste 3 månedene før behandlingsstart. Aktive systemiske autoimmune lidelser (responderer ikke på behandling) og immundefekter, -svikt eller -suppresjon. Malign neoplastisk sykdom med aktuell sykdomsrelevans. Akutt alvorlig oral betennelse eller munnår.

Advarsler og forsiktighetsregler: Alvorlig systemisk allergisk reaksjon: Behandlingen seponeres og lege skal kontaktes umiddelbart ved alvorlig systemisk allergisk reaksjon, alvorlig astmaeksaserbasjon, alvorlig faryngealt ødem, svelgevansker, pustevansker, stemmeendring, hypotensjon eller følelse av at halsen er tykk. Systemiske symptomer kan begynne som rødme, pruritus, varmekfølelse, generelt ubehag og agitasjon/angst. Et alternativ for å behandle alvorlige systemiske allergiske reaksjoner er adrenalin. Effekten av adrenalin kan forsterkes hos pasienter som behandles med TCA, MAO- og/eller COMT-hemmere, noe som kan få fatale følger. Adrenalineffekten kan reduseres hos pasienter som behandles med betablokkere. Pasienter med hjertesykdom kan ha økt risiko ved alvorlig systemisk allergisk reaksjon, klinisk erfaring er begrenset, og immunterapi mot allergi bør forskrives med forsiktighet til pasienter med alvorlig hjerte- og karsykdom. Oppstart bør vurderes nøye hos pasienter med tidligere systemisk allergisk reaksjon ved s.c. immunterapi mot trepollenallergi, da risiko for alvorlige allergiske reaksjoner kan være økt. Preparater for behandling av potensielle reaksjoner må være tilgjengelig. Astma: Astma er en kjent risikofaktor for alvorlige systemiske allergiske reaksjoner. Alvorlig astmaeksaserbasjon i løpet av de 12 siste månedene er en kjent risikofaktor for fremtidig eksaserbasjon. Astmatikere må informeres om behovet for å søke medisinsk hjelp umiddelbart ved plutselig astmaforverring. Hos pasienter med astma som får en akutt luftveisinfeksjon bør behandlingsstart utsettes til infeksjonen er løst. Betennelse i munnen: Hos pasienter med alvorlig betennelse i munnen (f.eks. oral lichen planus, sår i munnen eller trøske), munnår eller etter munnkirurgi inkl. tanntrekking eller etter tannløsning, bør behandlingsoppstart utsettes og pågående behandling midlertidig avbrytes for å bedre helningen av munnhulen. Lokale allergiske reaksjoner: Kan forventes under behandlingsperioden. Disse reaksjonene er vanligvis milde eller moderate, men mer alvorlige reaksjoner kan forekomme. De første dagene med administrering i hjemmet kan det forekomme bivirkninger som ikke er sett 1. behandlingsdag. Ved signifikante lokale bivirkninger bør antiallergisk behandling (f.eks. antihistaminer) vurderes. Eosinofil øsofagitt: Hos pasienter med alvorlige eller vedvarende gastroøsofageale symptomer må medisinsk hjelp søkes. Autoimmune sykdommer i remisjon: Forsiktighet utvises. Samtidig vaksinerings: Vaksinerings kan gis uten å avbryte behandlingen, etter medisinsk evaluering av allmenntilstanden.

Interaksjoner: Samtidig behandling med symptomlindrende antiallergiske legemidler kan øke pasientens toleransenivå for immunterapi. Dette må vurderes ved seponering av slike legemidler.

Graviditet og amming: Behandling bør ikke startes under graviditet. Det er ikke forventet noen effekt på spedbarn som ammes.

Bivirkninger: Primært forventes det at milde til moderate lokale allergiske reaksjoner oppstår i løpet av de første dagene og forsvinner innen noen måneder (i mange tilfeller innen 1-2 uker). I de fleste tilfeller må reaksjonen forventes å starte innen 10 minutter etter inntak, og avta innen 1 time. Alvorligere lokale allergiske reaksjoner kan oppstå. Svært vanlige: Pruritus i øret, halsirritasjon, munnødem, oral pruritus, oral parestesi, tungepruritus. Vanlige: Rhinitt, oralt allergisyndrom, dysgeusi, hoste, tørr hals, dysfoni, orofaryngealsmerter, faryngealt ødem, faryngeal parestesi, abdominalsmerter, diaré, dyspepsi, dysfagi, gastroøsofageal reflukssykdom, glossodyn, oral hypoestesi, leppeødem, leppepruritus, munnplager, blemmer i munnslimhinnen, stomatitt, hevelse i tunge, urticaria, ubehag i brystet, følelse av fremmedlegeme.

Reseptgruppe: C

Pakninger og priser: 30 stk. (blister), Vnr 08 13 44, 1147,00 kr; 90 stk. (blister), Vnr 46 25 44, 3368,40 kr.

Innehaver av markedsføringstillatelsen: ALK-Abelló A/S, Bøge Allé 6-8, 2970 Hørsholm, Danmark.
Basert på SPC godkjent av SLV 05.06.2020.

ITULAZAX® refunderes etter blåreseptforskriftens § 2, jf 1b

Refusjonsberettiget bruk: Til behandling av voksne pasienter med moderat til alvorlig allergisk rhinitt og/eller konjunktivitt, med en sykehistorie med symptomer til tross for symptomlindrende behandling og en positiv hudpricktest og/eller spesifikk IgE-test.

Refusjonskoder:					
ICPC			ICD		
Kode	Sykdomsområde	Vilkår	Kode	Sykdomsområde	Vilkår
F71	Allergisk konjunktivitt	248, 250	H10.1	Allergisk (akutt atopisk) konjunktivitt	248, 250
R97	Allergisk rhinitt	248, 250	J30	Vasomotorisk og allergisk rinitt	248, 250

Vilkår:	
248	Refusjon ytes kun når følgende vilkår er oppfylt: • Pasienten har hatt moderat til alvorlig sesongavhengig bjørkepollenindusert rinitt eller konjunktivitt i minst to år. • Optimal symptomatisk behandling gir ikke tilstrekkelig sykdomskontroll eller kan ikke brukes av tungtveiende medisinske grunner. • Allergi er påvist med positiv hudpricktest og/eller spesifikk IgE-test for bjørkepollen. • Ved oppstart skal injisert bjørkepollen velges fremfor Itulazax hvis pasienten samtidig får injeksjon med andre allergenekstrakter.
250	Refusjon ytes kun til voksne fra og med 18 år

Denne sesongen er det bjørk som gjelder!

Med ITULAZAX® finnes det nå et behandlingsalternativ for de med bjørkepollenallergi som ikke får tilstrekkelig effekt av symptomlindrende behandling.^{1,2}

ITULAZAX® er den første allergivaksinasjonen i tablettform for behandling av allergisk rhinitt forårsaket av pollen fra den homologe bjørkegruppen.*

ITULAZAX®
er godkjent for
blåresept.

1. Biedermann T et al. J Allergy Clin Immunol. 2019;143:1058–66

2. ITULAZAX® SmPC, juni 2020

* Homologe bjørkegruppen inkluderer: *Betula verrucosa* (europisk hvit bjørk), *Alnus glutinosa* (or), *Corylus avellana* (hassel), *Carpinus betulus* (agnbøk), *Quercus alba* (hvit eik), *Castanea sativa* (kastanje), *Fagus sylvatica* (vanlig bøk).

Døden

– venn eller fiende?

■ ODD J. EIDNER • Prest i Bodø



Jeg leser daglig dødsannonser i avisa. Kanskje er det en yrkesskade jeg er blitt påført som prest?

Men i tillegg til nyttig informasjon, gir de korte linjene i en dødsannonse et interessant innblikk i hvordan folk tenker om døden: «Han sovnet stille inn, hun tapte kampen mot kreften, han valgte å forlate oss...» Jeg leste et sted om ei dame på 95 år som døde – «brått og uventet», som det stod.

Døden passer aldri

Da tenkte jeg: «Brått – ja, det kan hende. Det er mange spreke nitti-åringer! Men uventet? Har de ikke tenkt på at et menneske i nittiårene kommer til å dø en gang?!»

Døden passer aldri inn i livet til det moderne mennesket. Vi er vant til å mestre det meste og finne løsninger på de fleste utfordringer. Moderne levestilskap har gjort det mulig å forlenge livet i begge ender. «Vi vil leve lenge, vi – og gammel vil vi aldri bli!» synger Halvdan Sivertsen, og det er så sant. Grensen for hva som er gammelt, flytter vi stadig foran oss. Min svigermor snakket om «de eldre» til hun ble 90 – men da sluttet hun med det. Hun skjønnte nok at da tilhørte hun selv den gruppen.

Vi vil leve lenge, og liker ikke tanken på å bli gammel. Men når vi blir gammel og syk, fins det alltid medisinsk hjelp å få for å forlenge livet. Og hvis noen skulle komme til å dø, så må det være noen sin skyld. Da er det noen som har gjort en dårlig jobb, og

som må stilles til ansvar for det. Det kan for eksempel være fastlegen eller andre som jobber i Helsevesenet.

Vi lever som om vi ikke skal dø. Mine kollegaer som jobber i begravelsesbyrå ser den samme tendensen. Mange pårørende er helt uforberedt når døden kommer på besøk. Og døden spør aldri om det passer. Den bare kommer – nådeløs og ugjenkallelig. Derfor våger jeg å påstå at den største utfordringen for det moderne mennesket er å akseptere døden som en naturlig realitet i livet!

Hvorfor må vi dø?

Jeg ble en gang spurt av min datter: «Du pappa, hvorfor må vi dø?!» Hun var ute i hagen og lekte, da hun fant en død fugl på marka. Nå stod hun med den livløse fuglen i handa og så på meg. Det hører med til historien at hun hadde mistet lillebroren sin da hun var tre år, og skjønnte nok at det var en sammenheng.

Hva skal man svare en seksåring som nettopp har oppdaget at det er noe som heter død? Jeg husker at jeg tenkte meg godt om. Først hadde jeg lyst til å si at jeg synes døden er en utrolig dårlig oppfinnelse! Uansett hvem som har funnet den opp, så er det dårlig gjort. Det beste hadde jo vært hvis vi kunne leve bestandig og slippe å ta farvel med hverandre. Men da ville det jo bli ganske fullt på denne jorda – hvis det stadig kom nye til og ingen naturlig avgang. Så jeg tenkte at jeg kunne ta en slik rasjonell forklaring. Jeg var også innom tanken på å ta en teologisk forklaring med

Adam og Eva og syndefallet, og hele bibelhistorien. Men det er jo en ganske heavy story for en seksåring. Så jeg endte opp med å si det som vi foreldre ofte bruker å si når ungene spør om noe som det egentlig ikke finnes svar på: «Det bare er sånn!»

Det beste svaret på spørsmålet til min datter står egentlig i ei gammel bok som heter *Predikerens bok*: «Alt har sin tid – ei tid til å fødes, og ei tid til å dø!» Dette bibelverset leser jeg i hver eneste begravelse som jeg forretter i, for her presenteres hele sannheten om menneskelivet i ei fortettet setning. Og så har jeg lyst til å føye til: «Det bare er sånn!»

Døden er egentlig det eneste sikre i livet. Det er noen som har forsket på dette også, og de har funnet ut at overlevelseshypotesen i dette livet holder seg konstant – på null. Det må vi akseptere og godta!

Derfor har Piet Hein helt rett når han proklamerer i et av sine mange dikt:

«Av jord er du kommet, til jord skal du bli. Når dette er sagt, er ei mere å si. Du ville vel holdt på evindeligh. Så tok det slutt, det er ganske almindelig!»

Døden kan være en venn

Jeg møter ofte døden i jobben min som prest. Mange tror at det er veldig trist å stå i dette livet holder seg konstant – på null. Det må vi akseptere og godta! Derfor har Piet Hein helt rett når han proklamerer i et av sine mange dikt: «Av jord er du kommet, til jord skal du bli. Når dette er sagt, er ei mere å si. Du ville vel holdt på evindeligh. Så tok det slutt, det er ganske almindelig!»



en positiv funksjon i livet. Kanskje er det også en yrkesskade, men i så fall er det helt greit, synes jeg.

I stedet for å se på døden som en fiende vi skal være redd for, eller som vi skal bekjempe – går det an å se på døden som en venn?? Ja, det går an! På to måter, har jeg funnet ut. En farlig måte, og en god måte.

Noen mennesker opplever i en kortere eller lengre periode at Livet blir en fiende. De bor i et mørkt rom, og alt blir et ork. Til slutt har de mistet håpet om at det kan bli bedre. Det er da de oppdager at det fins en nødutgang. Jo mer de tenker på muligheten for å flykte fra livet, desto mer blir tanken på døden en venn. Men det er en farlig venn. For i kjølvannet av et selvmord er det alltid mye sorg - og ofte en komplisert sorg, for dem som blir igjen. De menneskene som blir fristet til å benytte seg av nødutgangen, trenger hjelp til å se at livet kan bli bedre. Livet kan bli en venn igjen.

Men døden kan være en venn når den kommer som en naturlig avslutning på et langt liv. Helsevesenet har et godt motto i så måte: «LEVE – og la dø!» Vi skal gjøre hva vi kan for å forlenge livet. Men vi kommer alltid til et punkt der den livsforlengende behandlingen blir feil, og da gjelder det å gi dette mennesket en verdig avslutning på livet. Og etter et langt og kanskje slitsomt sykeleie går det an å si: «Det var godt at han fikk slippe!» Da kan døden være en venn.

Den gamle kirkefader Frans av Assisi, som har gitt navn til den nåværende paven, sier i sin vakre hyllest til moder Jord og søster Sol også dette:

«Takk, gode Gud, for søster Død – den siste hjelper i vår nød. Hun kjører vognen stille frem når det er kveld, og vi skal hjem!»

Vi er trekkfugler

Vi mennesker er som trekkfuglene, tror jeg. Det er rart med disse trekkfuglene – de kommer tilbake hver vår og fyller luften med skrik og skral og liv og glede. Så bruker de sommeren til å lage reir og få fram et nytt kull med unger. Men når høsten kommer – ut i september og oktober, så begynner de å bli urolige. De samler seg i større og mindre flokker og gjør seg klare for avreise. Instinktet gir melding om at de har et annet hjem på sørligere breddegrader. – Jeg tror at vi mennesker også er som trekkfuglene. Vi har også et annet hjem, og når tiden nærmer seg for oppbrudd, gjør vi oss klare til å ta farvel.

Som ung og nyutdannet prest besøkte jeg ei gammel dame på det lokale sykehjemmet. Det var hun som hadde bedt meg om å komme. Hun skulle snart dø, og det visste hun. Det var ikke mange ordene å få ut av henne. Til slutt greide hun å presse fram: «E vil heim!» Jeg var som sagt ung og fersk i faget, og spurte nysgjerrig: «Kor du bor hen?» Jeg tenkte at hun lengtet tilbake til barndomsheimen sin. Men da løftet hun en krokete pekefinger og pekte oppover. Hun hadde heimlengsel, men det var til en annen heim. Hun hadde himmellengsel. Den leksjonen i praktisk teologi har jeg aldri glemt.

I møte med døden blir vi utfordret på våre egne verdier og vårt livssyn. Og da lurer jeg på om det er lettere å akseptere dø-

den når man har et livssyn som er åpent for at det er et liv etter døden? Døden er ikke slutten – bare en overgang, til noe annet, kanskje til noe bedre. Jeg har også møtt mennesker på dødsleiet med et erklært ateistisk eller humanetisk livssyn, og som hadde forsonet seg med at døden var det siste. Uansett blir hver enkelt av oss utfordret til å tenke gjennom vårt eget forhold til døden.

Jeg hørte om en kar som kalte sammen barna sine for å planlegge sin egen begravelse. Han hadde tenkt nøye gjennom alt, og hadde et avklart forhold til alle praktiske detaljer. Det skulle være en kirkelig begravelse, og han hadde ønske om både kirke, prest og salmer som skulle synges. Minnesamvær skulle det også være, og der skulle de feire det livet som var levd – mer enn å sørge over at han var død. Da han var ferdig med å snakke, var det bare ett spørsmål som gjenstod. En av sønnene spurte forsiktig: «Vil du ha kistebegravelse eller kremasjon?» Da sa han ettertenksomt, med et glimt i øyet: «Nei, det kan nu være en overraskelse!»

Det heter vanligvis: «Den som lever, får se.» Men her passer det bedre å si: «Den som dør, får se!»

Odd J. Eidner (64) jobber til daglig som prest i Bodø. Han er i tillegg forfatter, og har til sammen skrevet sju bøker. Han er dessuten en mye brukt foredragsholder, også i Helsevesenet.

■ OE734@KIRKEN.NO

Dødshjelp i Norge?

■ MORTEN HORN • Spesialist i nevrologi, medlem av Legeforeningens råd for legeetikk

**Mange nordmenn ønsker at dødshjelp skal innføres i Norge.
De fleste forutsetter at leger skal ha rollen som dødshjelpere.
Vi leger bør diskutere hva vi mener om saken.**

I Norge, som i de fleste vestlige land, viser meningsmålinger at minst to tredeler av befolkningen stiller seg positivt til innføring av dødshjelp. Omvendt er det bare om lag en tredel av legene som er positive, og i en fersk undersøkelse var bare ni prosent av norske leger udeelt positive til å legalisere dødshjelp (1). Tilsvarende er det bare ca. ni prosent av legene som selv ville være villig til å utføre dødshjelp, om det blir tillatt i Norge.

I vår ble antologien *Dødshjelp i Norden? Etik, klinikk og politikk* utgitt på Cappelen Damm Akademisk (2). Boka tar sikte på å samle de beste faglige argumentene mot legalisering av dødshjelp. Den er gratis nedlastbar på www.dødshjelp.org. Jeg vil i denne artikkelen hente fram noen av de argumentene mot dødshjelp som kan ha betydning for norske leger, og da kanskje spesielt leger i allmennhelsetjenesten utenfor de store byene. Referanser i teksten viser til relevante kapitler i boka.

Dødshjelperens rolle

Dødshjelpsdebatten (kap. 1) tar ofte – naturlig nok – utgangspunkt i pasientperspektivet: Det er mitt liv, min død, jeg vil bestemme selv. Men hvis det skal bli noe

dødshjelp av det, så trengs en dødshjelper. I nær sagt alle eksisterende og foreslåtte modeller spiller legen en sentral rolle: Der hvor en pasient har bestemt seg for at hun ønsker å avslutte livet, er det legens ja eller nei som avgjør om det blir død eller videre liv. Enten man tenker det er riktig at pasienten får hjelp til å dø, eller at pasienten heller burde fått hjelp til å ville leve videre, så legges det altså et tungt ansvar på legens skuldre. Det er derfor rimelig at vi leger engasjerer oss i samfunnsdebatten om dødshjelp – og at vi i tillegg til pasientperspektivet også drøfter hvordan dette vil påvirke oss som yrkesutøvere og som profesjon (kap. 9).

Norske leger er vant til å stå i liv-og-dødsituasjoner, der det er snakk om å avstå fra eller avslutte livsforlengende behandling. Det kan oppleves enkelt eller vanskelig, lett eller tungt, men det gir mening at vi leger bruker vår kunnskap og vår erfaring til å vurdere hvilken nytte livsforlengende behandling kan ha for pasienten. Det er uansett en plikt vi har, for pasientrettighetsloven slår klart fast at vi ikke kan behandle pasientens kropp, uten et eksplisitt eller antatt samtykke (3). Vi har ingen juridisk eller profesjonsetisk plikt til å holde en pasient i live med alle midler, hvis vi ikke kan begrunne at pasienten ville ha samtykket. Hvis en pasient med langt fremskreden demens får en pneumoni, bør vi ikke starte med antibiotika bare fordi vi kan, vi må begrunne at det er riktig.

Det er noe helt annet for en lege å ta stilling til om en pasient som ønsker å dø, skal få legens hjelp til å ta sitt liv (legeassistert selvmord) eller at legen skal avlive pasienten med en dødelig injeksjon (eutanasi). Det er disse to tilstandene som faller inn under betegnelsen (aktiv) dødshjelp (kap. 2). I Norge har vi, så vidt vites, ingen tradisjon for at leger utfører slike handlinger (kap. 3). Ved anonymiserte undersøkelser blant et stort antall norske leger får man inntrykk av at illegal dødshjelp riktignok

forekommer, men at det er meget uvanlig. Dersom dødshjelp innføres i Norge, vil det dramatisk endre måten leger forholder seg til syke, døende og døds-søkende pasienter på.

En ung kollega av meg uttalte en gang at hun var positiv til dødshjelp – men sa samtidig at det måtte avgjøres og utføres av en erfaren overlege, hun selv ville ikke kunne gjøre noe slikt. Studier av meningsmålinger om dødshjelp viser noe av det samme fenomenet: At når folk er positive til dødshjelp, så forutsetter de ofte (implisitt) at dette skal håndteres av erfarne og kompetente leger, som skal stå inne for forsvarligheten og den grundige vurderingen av hver enkelt pasient.

Andre lands erfaringer med dødshjelp

Da er det edrueliggjørende å se at i de fleste land hvor dødshjelp er legalisert, så er det ikke slik det fungerer. I f.eks. Nederland, landet med uovertruffent størst erfaring med dødshjelp, er det allmennleger som står for de aller fleste tilfellene (kap. 13). Legen får en second opinion – enten fra en kollega eller fra et korps av dødshjelps-råd-

FAKTA OM DØDSHJELP

- **Dødshjelp** (tidligere kalt aktiv døds-hjelp) er samlebetegnelsen for eutanasi og assistert selvmord (se kapittel 2 i *Dødshjelp i Norden*).
- **Eutanasi:** At helsepersonell forårsaker personens død med hensikt, ved å injisere dødbringende medikamenter, på personens forespørsel.
- **Assistert selvmord:** Å bidra til å forårsake personens død med hensikt, ved å bringe til veie dødbringende medikamenter som personen kan innta selv, på personens forespørsel.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX (MANIPULERT)

givende leger (kalt Support and Consultation on Euthanasia in the Netherlands, SCEN). Sistnevnte er spesialisert på selve dødshjelpsprosessen, men har ingen forutgående kjennskap til pasienten. Hovedbyrden for avgjørelsen om at pasienten skal dø ligger fortsatt på fastlegens skuldre.

Erfaringen fra Nederland er at selv om et stort flertall av leger der fortsatt støtter prinsippet om legal eutanasi, så er stadig flere leger skeptiske til selv å utføre dødshjelpen. Det har oppstått et behov for spesialiserte, mobile dødshjelpsklinikker som kan betjene pasienter der fastlegen ikke vil bistå med dødshjelp. I takt med at de regionale review-komiteene, som skal overvåke praksisen blant nederlandske leger, i økende grad aksepterer psykisk lidelse og demens som grunnlag for dødshjelp, har motstanden mot dødshjelp økt blant nederlandske psykiatere.

Studier blant nederlandske leger viser at mange tiår med legalisert dødshjelp har hatt en dyp effekt på samfunnet. Opprinnelig kunne nederlandske leger påberope seg en slags nødrett for å unngå straff for dødshjelp: Legen følte seg revet mellom hensynet til å følge lovens forbud mot

drap, og behovet for å avhjelpe pasientens uutholdelige lidelse. Dødshjelp har siden vært et redskap legen selv kunne ta i bruk, når legen følte seg overbevist om at ingen annen utvei fantes. Men i dag blir det å få en kontrollert og smertefri utgang på livet, gjennom en dødelig injeksjon fra en lege, i økende grad sett på som en pasientrettighet. Noen leger opplever at de føler seg presset til å yte dødshjelp, selv om det kan være vanskelig å forstå at pasienten lider uutholdelig.

Enda mer bekymringsfullt er det at leger kan oppleve pårørende som tar en mer aktiv rolle i dødshjelpsprosessen. Dette, koblet med at review-komiteene (bekreftet av Høyesterett) aksepterer dødshjelp utført på pasienter uten samtykkekompetanse (i et berømt tilfelle måtte den gamle damen med demens sederes med sovemiddel i kaffen, og holdes fast når hun skulle eutanaseres (4))* , gjør at leger kan komme i tvil: Er det virkelig dette pasienten ønsker og tren-

ger, eller er jeg blitt tannhjul i et maskineri som avliver gamle og syke mennesker fordi samfunnet ikke synes de bør leve?

For noen år siden var dette svartmaling. I dag er det reelle problemstillinger nederlandske leger står i. Dette viser at «skråplanseffekten» i dette tilfellet ikke bare er skremsepropaganda, det er en mekanisme vi bør forholde oss seriøst til, dersom vi vil legalisere dødshjelp i Norge.

Canada legaliserte dødshjelp mye senere, først i 2016 (kap. 15). Fordi Canada demografisk og geografisk ligner mye på Norge, er det verd å lære av deres erfaringer – og de bekymrer. Canada vedtok en dødshjelpslov som med hensikt skulle være fleksibel og gi leger (og «nurse practitioners», tilsvarende omtrent den nye yrkesgruppen avansert klinisk sykepleie, AKS, i Norge) handlingsrom. Lovens motivasjon var å innføre dødshjelp som en opsjon for håpløst lidende ved livets slutt. Men etter bare få år har kriteriene for dødshjelp blitt utfordret, til dels via rettsaker. Legers adgang til å reservere seg mot å bidra til dødshjelp har blitt truet av pålegg om «effective referral». Tallene for dødshjelp i Canada har langt oversteget det man så for seg,

* Praksisen ble erklært lovlig etter dom i Høyesterett i Nederland. Begrunnelsen var at pasientens forhåndsønske om dødshjelp måtte respekteres, og fordi det var hennes ønske som samtykkekompetent, måtte det få forrang for hennes vegring, som dement.

i rettsapparatet og blant politikerne, da dødshjelpsloven ble debattert. Og særlig vanskelig har det vært å sikre adgang til dødshjelp for pasienter bosatt i distriktene i Canada – samtidig som de samme pasientene heller ikke har fått det tilbudet om god palliasjon, som skulle gå hånd i hånd med dødshjelpsloven.

Dødshjelp i Norge?

Hvordan ville legalisering av dødshjelp slå ut for norske leger, framfor alt norske allmennleger utenfor de store byene? Dette kan vi selvsagt ikke si at vi vet, men vi har grunnlag for å anta.

For det første – det er ingen grunn til å tro på dem som hevder at dødshjelp vil forbli en sjeldenhet hvis det først blir legalisert. I Nederland (kap. 13) har omfanget av dødshjelp bygget seg opp til nesten 7000 tilfeller årlig, tilsvarende drøyt 2000 tilfeller i Norge. Den amerikanske delstaten Oregon registrerer 188 tilfeller årlig, men tallet øker jevnt og trutt. Delstaten Oregon i USA (kap. 14) har en restriktiv lov som neppe ville blitt akseptert i Norge (den krever at pasienten selv må kunne svelge giftstoffet, og forbyr dødshjelp til personer med forventet levetid over et halvt år), samtidig som forekomsten av illegal dødshjelp i Oregon ikke er kartlagt. Da Canada skulle legalisere dødshjelp, baserte politikerne seg på Oregon-tallene. Men de laget en dødshjelpslov som lå nærmere Nederlands – og tallmessig har de da også lagt seg nærmere Nederland enn Oregon.

Dette innebærer at dødshjelp i Norge ikke bare vil berøre noen få, dødshjelpsvillige leger. Man må forvente betydelig pågang av pasienter som vil vurderes for dødshjelp – i andre land minst dobbelt så mange som de som faktisk får det innvilget – og som norske leger vil måtte forholde

seg til. Dette vil typisk være syke, svake og immobiliserte pasienter, som ikke uten videre vil kunne reise til f.eks. en dødshjelps-klinikk i Oslo (det kan være mer strevsomt å reise fra Balsfjord til Tromsø, enn å ta flyet fra Oslo til Sveits).

«Alle» sier at selvsagt skal ingen leger tvinges til å utføre dødshjelp mot sin vilje. Men realiteten for leger bosatt i Distrikts-Norge vil være at deres pasienter ber dem om det – sårbare, svake pasienter som ikke har noe annet sted å henvende seg, og som legen allerede har en lang og tett relasjon til. Det er ikke sikkert det blir så lett, da, å si at «nei, jeg vet det er lov, men jeg vil ikke gjøre det for deg.» Hvem vet – kanskje det ikke engang er riktig, å sette sine egne etiske standarder foran det pasienten oppfatter som sitt eget beste.

Den opphetede «reservasjonsstriden» viste oss hva nordmenn forventer av norske leger: Er du ansatt i det offentlige, plikter du å yte de lovlige helsetjenester pasienten har behov for. Det å reise inn til byen for en abortkonsultasjon – eller bare gå til legen på nabokontoret – var åpenbart uakseptabelt. Hvor stor forståelse vil befolkningen ha for fastleger som setter seg på sin høye hest, og tvinger døende kreftpasienter til å reise langt av sted for å få sin siste vilje? Jeg tror ikke på det. Jeg tror leger vil bli pålagt å hjelpe pasientene med det de har behov for – og som et minimum plikten til å henvise pasienten til en dødshjelpsvillig kollega. Men som i Nederland tror jeg også det vil bli krav om at pasienter som ønsker en resept på selvmordsmiddel skal kunne få det, uten at legen skal stille seg til doms over om man lider nok eller har levd lenge nok.

Dette er et viktig argument for at leger som selv ikke ønsker å utføre dødshjelp, har en «rett» til å mene at heller ikke villige kolleger bør få denne muligheten. Dersom

dødshjelp legaliseres, vil det trolig påvirke hverdagen også for leger som, i teorien, har adgang til å reservere seg.

Også leger som faktisk er villige til å yte dødshjelp, vil få utfordringer dersom det legaliseres. Fram til nå har legens rolle i møtet med pasienter som ønsker å dø vært ganske grei: Vår jobb er å gjøre det vi kan for å snu fortvilelse til håp, finne praktiske løsninger eller medisinske tiltak som kan gjøre livet lettere å bære. Hvis dødshjelp legaliseres, vil legen måtte avgjøre, for hver enkelt pasient, hva hun skal gjøre: Skal jeg her motarbeide selvmordet, eller skal jeg legge til rette for det?

Det finnes ikke noe faglig fundert svar på det dilemmaet. Ikke i noe land foreligger veiledere som kan hjelpe legen med å avgjøre om en pasient bør få lov til å dø, eller få hjelp til å ville leve. De kriterier som foreligger (kap. 15) er vage og handler mest om hvilken prosedyre man bør følge – den faglige beslutningen står legen alene med. Jeg tror selv leger som i utgangspunktet er positive til å ha dødshjelp som et redskap nederst i legekofferten – og leger som tenker at pasientens autonomi må respekteres – vil oppleve det som vanskelig å velge: Et annet menneskes liv eller død.

REFERANSER

1. Gaasø OM, Rø KI, Bringedal B et al. Legers holdning til aktiv dødshjelp. Tidsskr Nor Legeforen 2019; 139: 31–35.
2. Horn MA, Kleiven DJH, Magelssen M, red. Dødshjelp i Norden? Etik, klinikk og politikk. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2020.
3. LOV-1999-07-02-63. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> Lest 28.10.2020.
4. Euthanasia: Dutch court expands law on dementia cases. BBC 21.4.2020. <https://www.bbc.com/news/world-europe-52367644> Lest 28.10.2020.

■ MORTEN_HORN@HOTMAIL.COM

Les
Utposten på nett og papir
www.utposten.no

Ukentlig dosering med 5 600 IE gir en S-konsentrasjon på 25 (OH) D₃ tilsvarende den for doseringen 800 IE per dag.

Benferol[®] er et legemiddelregistrert vitamin D i halal- og kosherertifiserte myke kapsler tilgjengelig i styrker på 400 IE, 800 IE for daglig dosering, 5600 IE for ukentlig dosering, 25 000 IE for månedlig dosering og 50 000 IE som startdose.

www.benferol.nu



... designet for å passe inn i din ukentlige rutine!

Salagatan 18A 753 30 Uppsala. Sverige. Tel: +46 08 626 20 17.
E-post: infonordic@consilienthealth.com. www.consilienthealth.nu

Benferol «Consilient Health»

C D-3 Vitaminpreparat. ATC-nr.: A11C C05

KAPSLER, myke 400 IE, 800 IE, 5600 IE, 25 000 IE og 50 000 IE: Hver kapsel inneh.: Kole-kalsiferol (vitamin D₃) 400 IE tilsv. 10 µg (0,01 mg), resp. 800 IE tilsv. 20 µg (0,02 mg), 5600 IE tilsv. 140 µg (0,14 mg), 25 000 IE tilsv. 625 µg (0,625 mg) og 50 000 IE tilsv. 1250 µg (1,25 mg), hjelpestoffer. Fargestoff: Alle styrker: Tifandioksid (E 171). Alle styrker unntatt 400 IE: Allurarød (E 129). Kun 5600 IE: Paraoransje (E 110).

Indikasjoner: 400 IE: Forebygging og behandling av vitamin D-mangel. Som supplement ved spesifikk osteoporosebehandling hos pasienter med risiko for vitamin D-mangel, fortrinnsvis i kombinasjon med kalsium. 800 IE og 5600 IE: Forebygging og behandling av vitamin D-mangel hos voksne og ungdom med identifisert risiko. Som supplement ved spesifikk osteoporosebehandling hos pasienter med risiko for vitamin D-mangel, fortrinnsvis i kombinasjon med kalsium. 25 000 IE og 50 000 IE: Forebygging og behandling av vitamin D-mangel hos voksne og ungdom ≥12 år. Vitamin D-mangel er definert som serumnivåer av 25-hydroxyskolekalsiferol (25(OH) D) <25 nmol/liter. Som supplement ved spesifikk osteoporosebehandling hos pasienter med vitamin D-mangel eller risiko for vitamin D-mangel, fortrinnsvis i kombinasjon med kalsium.

Dosering: 400 IE: Forebygging og behandling av vitamin D-mangel: Voksne og ungdom >12 år: 1-2 kapsler daglig. Barn 6-12 år: 1 kapsel daglig. Bør brukes med forsiktighet da barn kan ha svelegvasker og kan sette kapselen fast i halsen. Andre legemiddelformer kan være bedre egnet. Osteoporose hos voksne og ungdom >12 år: 2 kapsler daglig. Generelt: Høyere doser kan være nødvendig for å oppnå ønskede 25(OH)D-serumnivåer. Døgn-dosen bør ikke overskride 10 kapsler (4000 IE). 800 IE: Voksne og ungdom >12 år: 1 kapsel daglig. Høyere doser kan være nødvendig ved vitamin D-mangel der dosen skal justeres i forhold til ønsket 25(OH) D-serumnivå, sykdommens alvorlighetsgrad og behandlingsrespons. Døgn-dosen bør ikke overskride 5

kapsler (4000 IE). 5600 IE: Voksne og ungdom >12 år: 1 kapsel pr. uke. Høyere dose kan være nødvendig for å oppnå ønsket 25(OH)D-serumnivå. Ukentlig dose bør ikke overskride 5 kapsler (28 000 IE). 25 000 IE og 50 000 IE: Voksne og ungdom >12 år: 1 kapsel å 25 000 IE pr. måned. Behandling av vitamin D-mangel: Dosen skal justeres i forhold til ønsket 25(OH)D-serumnivå, sykdommens alvorlighetsgrad og behandlingsrespons. Behandling av symptomatisk vitamin D-mangel: Startdose på 100 000 IE (2 kapsler å 50 000 IE) pr. uke. Vedlikeholdsdose på 25 000 IE pr. måned bør vurderes etter 1 måned. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt leverfunksjon: Ingen dosejustering nødvendig. Nedsatt nyrefunksjon: Bør ikke brukes ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Se også Forsiktighetsregler. Barn <12 år: Bruk av styrkene 800 IE, 5600 IE, 25 000 IE eller 50 000 IE anbefales ikke. **Administrering:** Bør svelges hele med vann. Kapsler 25 000 IE: Tas helst med mat. Kapsler 50 000 IE: Tas helst med mat.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Sykdommer og/eller tilstander som gir hyperkalsemi eller hyperkalsiuri. Nefrolittiasis. Nefrokalsinose. Hypervitaminose D.

Forsiktighetsregler: 25 000 IE og 50 000 IE: Pasienter som behandles med månedlige doser bør rådes til ikke å bruke andre preparater inneholdende vitamin D samtidig. Alle styrker: Bør forskrives med forsiktighet ved sarkoidose pga. risiko for økt metabolisme av vitamin D til aktiv form. Disse pasientene bør kontrolleres mht. kalsiuminnhold i serum og urin. Ved langtidsbehandling bør kontroll av kalsiumnivå i serum og nyrefunksjon ved måling av serumkreatinin foretas. Overvåkning er spesielt viktig hos eldre som samtidig behandles med hjerteglykosider eller diuretika, og pasienter med stor tendens til calculusdannelse. Ved hyperkalsiuri (>300 mg (7,5 mmol)/24 timer) eller tegn på nedsatt nyrefunksjon bør dosen reduseres eller behandlingen seponeres. Bør brukes med forsiktighet ved nedsatt nyrefunksjon, og effekt på kalsium- og fosfatnivå bør overvåkes. Det må tas hensyn til risiko for kalsifikasjon av bløtvev. Kolekalsiferol metaboliseres ikke normalt ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon, og andre former for vitamin D skal der-

for benyttes. Det må tas hensyn til kapslenes vitamin D-innhold ved forskrivning av andre legemidler inneholdende vitamin D. Tilleggsdoser med vitamin D skal inntas under nøye medisinsk tilsyn, med hyppig kontroll av kalsiumnivå i serum samt utskillelse av kalsium i urin. **Hjelpestoffer:** Kapsler 800 IE, 5600 IE, 25 000 IE og 50 000 IE inneholder allurarød (E 129) som kan gi allergiske reaksjoner. Kapsler 5600 IE inneholder i tillegg paraoransje (E 110) som også kan gi allergiske reaksjoner.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Tiaziduretika reduserer utskillelse av kalsium i urin, og pga. økt risiko for hyperkalsemi bør kalsiumnivået i serum overvåkes regelmessig ved samtidig bruk. Samtidig bruk av fenytoin eller barbiturater kan redusere vitamin D-effekten pga. økt metabolisme. Store doser vitamin D kan gi hyperkalsemi og økt risiko for toksisitet av hjerteglykosider og alvorlige arytmier pga. additive inotrope effekter. Pasienten bør overvåkes ved EKG og måling av kalsiumnivå i serum. Glukokortikoider kan øke metabolisme og eliminasjon av vitamin D. Ved samtidig bruk kan det være nødvendig å øke vitamin D-dosen. Samtidig behandling med ionebæyterresiner som kolestyramin eller avføringsmidler som parafinolje kan redusere gastrointestinal absorpsjon av vitamin D. Orlistat kan potensielt svekke absorpsjonen av kolekalsiferol da det er fettløselig. Actinomycin og imidazol-antimykotika interfererer med vitamin D-aktiviteten da de hemmer omdannelse av 25-hydroxysyvitamin D til 1,25-dihydroxysyvitamin D.

Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet: 400 IE, 800 IE og 5600 IE: Vitamin D-mangel er skadelig for mor og barn. Overdosering må unngås da langtids hyperkalsemi kan gi fysisk og mental retardasjon, supraventrikulær aortastenose og retinopati hos barnet. Kan brukes kun ved vitamin D-mangel, i doser <2000 IE/dag eller etter legens henvisning, 11 200 IE/uke. Anbefales ikke dersom det ikke foreligger vitamin D-mangel, da daglig inntak ikke bør overskride 600 IE (15 µg). 25 000 IE og 50 000 IE: Kan brukes under graviditet kun ved vitamin D-mangel. Anbefales ellers ikke, da daglig inntak ikke bør over-

skride 600 IE (15 µg). **Amming:** Kan brukes under amming i anbefalte doser ved vitamin D-mangel. Vitamin D₃ går over i morsmelk som må tas hensyn til når det gis vitamin D-tilskudd til barnet. **Fertilitet:** Normale endogene vitamin D-nivåer forventes ikke å ha noen negativ effekt.

Bivirkninger: Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Stoffskifte/emæring: Hyperkalsemi og hyperkalsiuri. **Spjeldne** (≥1/10 000 til <1/1000): Hud: Pruritus, utsløtt og urticaria. **Ukjent frekvens:** Overfølsomhetsreaksjoner som angioødem eller larynksødem.

Overdosering/Forgiftning: Overdose kan føre til hypervitaminose D, som kan gi unormalt høye kalsiumverdier i blod og skader i bløtvev og nyrer. Øvre daglig vitamin D-grense er 4000 IE (100 µg). **Symptomer:** Symptomer på hyperkalsemi kan inkludere anoreksi, tørste, kvalme, oppkast, forstoppelse, abdominalsmerte, muskelsvakhet, fatigue, mentale forstyrrelser, polydipsi, polyuri, skjelettsmerter, nefrokalsinose, nyresten og i alvorlige tilfeller hjertearytmier. Ekstrem hyperkalsemi kan gi koma og død. Vedvarende høye kalsiumnivåer kan gi irreversibel nyreskade og kalsifikasjon av bløtvev. **Behandling:** Vitamin D skal seponeres. Tiaziduretika, litium, vitamin A og hjerteglykosider skal også seponeres. Rehydrering og, avhengig av alvorlighetsgrad, isolert eller samtidig behandling med loopdiuretika, bisfosfonater, kalsitonin og kortikosteroider, skal vurderes. Serumelektrolytter, nyrefunksjon og diurese må monitoreres. I alvorlige tilfeller bør EKG og sentralt venetrykk overvåkes. Se tilleggsinformasjonen anbefalinger A11C C05 på www.felleskatalogen.no.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares ved høyst 25°C i originalpakningen for å beskytte mot lys.

Pakninger og priser (pr. Jan 2018): 400 IE: 90 stk. (blister) kr. 124,60. 800 IE: 90 stk. (blister) kr. 152,90. 5 600 IE: 12 stk. (blister) kr. 136,40. 25 000 IE: 3 stk. (blister) kr. 83,70. 50 000 IE: 3 stk. (blister) kr. 97,80.

Basert på SPC godkjent av SLV 22.12.2016 (400 IE), 23.12.2016 (800 IE / 5600 IE) og 08.12.2016 (25 000 IE / 50 000 IE)

Om død og liv

– kirkelig perspektiv på død, sorg og

■ KRISTINE SANDMÆL • Prost i Lofoten

I vår kultur er døden noe man helst ikke snakker om. Samtidig er det viktig for de fleste av oss at kirkegården og gravplassen er et vakkert, stille, fredelig og velstelt sted. I denne artikkelen presenteres prestens og kirkens rolle ved død og begravelse.

De siste 30 årene har også kirkegårdene og gravplassene blitt et sted for lystenning og kontemplasjon. Våre tradisjoner står av og til i sterk kontrast til andre kulturers forhold til både døden og gravplassen. Det er ikke tvil om at vår kristne kulturarv har formet vårt forhold til døden og kirkegårds-/gravplasskultur.

Kristen tro tar menneskenes kår på alvor. Mennesket vet at det skal dø, og i kristen tro er døden en realitet, det samme er håpet om at døden ikke er det siste som skal skje. Kristen oppstandelsestro handler om en fysisk, legemlig oppstandelse. Ikke av den kroppen som vi har her på jorda, men et nyskapt legeme. Det jordiske blir til jord, slik ordene lyder ved gravkanten «Av jord er du kommet. Til jord skal du bli», men oppstandelsehåpet finner gjenklang i ordene «Av jorden skal du igjen oppstå.» Det dødelige må bli kledd i udødelighet (1. Korinterbrev 15).

Tidligere var en skjebnetro at våre dager var talte på forhånd og alt det som skjer er Guds vilje. «Det er en tid for alt» (Forkynneren 3). Slik forkynnelse er det lenger og lenger mellom i Den norske kirke. Det skjer stadig at kirkens representanter utfordrer skjebnetroens «Det var vel en mening med det.» Kirken våger å sette ord på det meningsløse. Samtidig som kirken holder fram håpet om at livet nå er gjemt hos Gud til oppstandelsens morgen, da alle skal reises opp til dom og de troende skal få leve evig i Guds evige rike. «Å komme til himmelen», som man sier.

I gamle dager døde folk hjemme. I dag dør de fleste på en institusjon eller et sykehus. Døden i dag er «hygienisert». Døden overlates til de profesjonelle. Kirkens rolle i forbindelse med død er gjerne når døden er nært forestående eller når den nettopp er skjedd. Kirkens prester har stor kompetanse på død og på sorg og på ritualer knyttet til død og sorg.

Prestens omsorg for døende

Mange sykehus har en egen prestetjeneste, i tillegg til at det i de siste årene også er tilfelle f.eks. sykehusimamer og –humanister, en selvfølge i et livssynsåpent samfunn. En prest i tjeneste på et sykehus vil aldri drive oppsøkende prestetjeneste, men står i nært samarbeid med personalet for øvrig. Når presten kommer inn i bildet, er det fordi hun er tilkalt av pasient eller nærmeste pårørende. Sykehusets prestetjeneste bidrar til både psykiske og åndelige behov. På dødsleiet vil ofte behovet være av mer rent åndelig art hvis presten tilkalles. Da kan det skje at en samtale ender med en liten andaktsstund ev. med salmesang og nattverd etter den døendes ønske, men alltid med bønn, Fadervår og velsignelse med håndspåleggelse. Den fysiske nærhet er viktig og gir mening både for den døende og for presten. Mangelen på muligheten for fysisk nærhet er, og har vært, utfordrende under covid-19-pandemien, men sykehusprestene har funnet gode løsninger på dette. På sykehus uten sykehusprestetjeneste, og på sykehjem og andre institusjoner uten fast prestetjeneste, er det stedets menighetsprest som ivaretar disse ordningene.

Når barn står i fare for å dø før de er døpt, kan også sykehuspresten tilkalles, etter foreldrenes ønske, for såkalt nøddåp. Som regel vil det være en sykehusprest som døper, men skulle det være slik at man ser at presten ikke når fram i tide, kan en hvilken som helst person som selv er døpt, døpe barnet. Ved dåp av kuvøsebarn vil den som

døper føre hånden inn i kuvøsen og ha litt vann på barnets panne mens dåpsordene leses. Dåpsritualets «Gud styrke deg med sin nåde til det evige liv», oppleves ekstra sterkt i en slik situasjon. Overlever barnet, vil nøddåpen bli stadfestet i hjemmekirken når barnet er friskt nok til at det kan gjennomføres.

En viktig forutsetning for prestetjeneste på sykehus og institusjon er en bevissthet blant personalet for øvrig om ivaretagelse av pasientens religiøse og livssynsmessige behov og rettigheter, samt mot til å ta slike spørsmål opp med pasienten. Her finner man ofte en blygsel for å ta opp spørsmål som død og religiøse behov, særlig blant yngre.

Menighetsprester kan også utøve den samme omsorg for døende i private hjem, og står til tjeneste gjennom en vaktordning organisert i prostiet for behov etter normalarbeidstid.

Prestens omsorg for de døde/ sorgarbeid

Det er fremdeles vanlig mange steder med såkalt utsynging og/eller bæreandakt, en enkel samlingsstund for den nærmeste familien. Dette kan kombineres med synging av avdøde. Mange pårørende som har sett den døde, etter at han/hun er lagt i kiste, er – i ettertid – takknemlig for det. Det å se den døde er viktig for sorgprosessen og er en hjelp til å akseptere det som har skjedd. Derfor er det verdifullt, men det er pårørende selv som avgjør om man ønsker dette. Utsyngingen har sine røtter i skikken med å synges den døde ut av hjemmet. Ved dødsfall er det fremdeles slik at de pårørende ønsker en opprettholdelse av denne skikken ved en liten andaktsstund enten ved dødsleiet rett etter at døden har inntruffet, eller seinere i et kapell eller bærehus.

Prestene er også en del av samfunnets kriseberedskap, og prester går på oppdrag for politiet med såkalt «dødsbud». Å gå med dødsbud er nok en av de tyngste opp-

begravelse

gavene for en prest. Det handler ofte om brå og uventet død, men også om ensomme mennesker som dør alene. Når presten ringer uanmeldt på en dør, forstår de fleste at det handler om død i nære relasjoner. Reaksjonene vil variere, fra sjokk og vantro til sinne og fortvilelse og til apati. Prestens viktigste oppgaver blir å formidle faktaopplysninger og bare være der for de berørte og eventuelt være behjelpelig med å kontakte andre som kan komme og være sammen med de sørgende. Mange prester sitter i kommunale kriseteam.

Når de pårørende ønsker kirkelig gravferd, blir presten kontaktet. Møtet med sørgende er en av kirkens viktigste oppgaver. Sammen med de pårørende planlegges gravferden.

Gravferden som ritual

Kirken har gått en lang vei fra betalt sjelering og jordpåkastelse bare forbeholdt de rike, slik det var for 500 år siden. Kirken har siden reformasjonen og fram til 2017 vært en del av statsapparatet, og har og er dermed også til en viss grad preget av en sosialdemokratisk holdning. Kirkens ritualer skal ikke koste noe for soknets innbyggere. I dag er kirken de fleste steder gravplassmyndighet på vegne av kommunen, og besørger gravplassforvaltning for alle innbyggere uavhengig av hvilken livssynsseremoni som er forutgående.

Alterboken av 1889 har i all hovedsak lagt premissene for dagens kirkelige ritualer for gravferd. Fra middelalderens under-ritualisering uten plikt til verken salmer eller tale, til dagens ganske formalistiske ritual. Tidligere gikk gravferden fra hjemmet, men fra 1920-årene ble det mer og mer vanlig at gravferden foregikk fra kirke eller bedehus. Fra samme tid overtok presten den rollen som familie og naboer tidligere hadde hatt i gravferden. I 1860 kom landets første gravferdsbyrå.

Gravferd etter Den norske kirkes ordning er en kirkelig handling av gudstjenstlig ka-

rakter. Den nåværende ordningen kom i 2002. Selv om ordningen er fastlagt, er det fullt mulig for de sørgende å sette sitt personlige preg på det som skal skje i kirken/kapellet, og bestemmelsene understreker at det bør være rom for de pårørendes medvirkning i seremonien. Seremonien har en del for minnetale, hvor de pårørende, andre sørgende eller presten forteller om livet til den avdøde og hvilke spor vedkommende har satt. Det er rom for diktlesing og lesing av sløyfer på blomster, og gjennom musikkvalg kan også det personlige preget settes. Den norske kirke søker så langt som råd er å være lydhør for de pårørendes ønsker, samtidig som prest og organist også kan gi råd om innhold av ulik art.

En gravferd er en avskjed med den døde, men for kirken har gravferds-seremonien også en gudstjenestelig karakter. Kirken hjelper de pårørende, venner og lokalsamfunn å ta farvel med et menneske, og kirken forkynner sin oppstandelsestro inn i sorgens landskap. Sentralt i seremonien står overgivelsen av den døde til Guds kjærlige hender. Gravferdens hensikt er å gi et verdig farvel, samtidig som den gir hjelp til de sørgende til å gå videre uten den som er død. Håpet om gjensyn står ofte sterkt hos de pårørende, og kirken søker å

sette ord på dette håpet. Dette gjøres ved bibeltekster og salmer om Guds kjærlighet og det kristne håp, ved trøstende ord i andakten, og gjennom musikk og ulike symboler. Dobbeltheten i å minnes levd liv og forkynnelse av håp, løper som en rød tråd gjennom gravferdsritualet. På kirkegården ved gravferd, og ved båren ved bisettelse, lyder ordene ved jordpåkastelsen, som uttrykker den kristne tanke om livets forgjengelighet og livets seier. «Av jord er du kommet. Til jord skal du bli. Av jorden skal du igjen oppstå»

Den store majoriteten av Norges befolkning bruker Den norske kirkes tjenester i forbindelse med gravferd, men kirken må selv vise at den også i framtida er relevant for mennesker som vurderer hvorvidt de ønsker å benytte seg av kirkens tjenester. Hvordan kan kirken på best mulig måte holde fast på gravferds-seremoniens dobbelthet som fellesskapets farvel, og et sted hvor kirkens oppstandelsestro forkynnes på adekvat måte? Dette spørsmålet må kirken stille seg selv, lyttende til sine medlemmer og til den tradisjon den står i.

■ PROST@LOFOTKATEDRALEN.NO



ILLUSTRASJONS FOTO: CLOUDBOX

Om å møte barn som skal dø og foreldre som står i en

■ CATHARINA DØRUMSGARD • Løvemammaenes Barnepalliasjonskomité

Å jobbe med barn som skal dø og deres familier er ingen enkel oppgave. Det krever systemer som fungerer, døgnbemannede tverrfaglige barnepalliative team og høy kompetanse.

Det er ikke den døende sønnens siste pust som har festet seg sterkest hos Anne Kristine. Det er smerten fra dem som elsket ham høyest. Uttrykkene for bunnløs fortvilelse fra søsken som ikke fikk noen sorgstøtte gjennom 13 år med en svært alvorlig syk bror, og som heller ikke i etterkant får hjelp med å takle sorgen sin. Bom fast sitter den umulige tiden etterpå da hun etter å ha mistet det fineste hun hadde, skulle forsøke å finne igjen den hun en gang var.

Jermund var 13 år da han døde. Han var syk hele livet. Så syk at Rikshospitalet fulgte ham opp hele veien fra fødsel til terminal fase. Da det ikke fantes flere behandlinger han kunne få, ble det bestemt at han skulle få dø hjemme. Da det aller siste minuttet var der, stod hun og familien helt, helt alene. Det ble en traumatisk og trist død. En lite verdig slutt på et strevsomt liv.

DET ER ET SKRIKENDE BEHOV for mer kunnskap i kommunene, og for et system med stabilitet rundt disse pasientene og deres familie. Det gjelder både praktisk og medisinsk. Men særlig også i den krevende eksistensielle nærheten som kommer av å skulle være menneskelig nær.

Jeg heter Catharina Dørumsgard, og min historie er omtrent den samme som Anne Kristines. I artikkelen «Målet vårt var å gi Oscar gode øyeblikk» (1) forteller jeg om en reise fra å være mamma til et friskt barn til å lede et avansert hjemmesykehus med 23 ansatte, mens jeg bar et barn med fire stomier og koblet til seks intravenøse pumper.

I artikkelen beskriver jeg hver enkelt stomi og en eller flere utfordringer knyttet til



Catharina Dørumsgard sammen med sønnen Oscar, som ble 14 år. FOTO: PRIVAT

denne, både fakta og foreldrefølelser. Jeg skildrer også noen av utfordringene ved å være både mamma og omsorgsutøver i et system som ikke er rigget for den avanserte medisinske hjemmebehandlingen stadig flere foreldre får ansvar for. Min Oscar ble 14 år. Det var år preget av lek, ablegøyer, humor og dyp kjærlighet. Men dessverre også av at han var et barn som ikke fulgte oppskriftsboka når det kom til progredierende sykdom og det var derfor vanskelig å

skaffe ham den medisinske hjelpen han trengte frem til vi endelig fikk komme til Oslo universitetssykehus.

Det jeg ikke skriver om i artikkelen er kommunehelsetjenestens bidrag. Årsaken til dette var at samarbeidet med kommunen var svært utfordrende, og at til tross for en meget dyktig fastlege, var min sønns medisinske behandling av en så avansert karakter at det var lite denne legen følte han kunne bidra med. Jeg orket ikke å skri-

dø ensom sorg

ve om mine møter med kommunalt ansatte fortvilelse. De møter utfordringer i et system som de ikke hadde kompetanse til å håndtere. Eller legevaktlegens første møte med et dødt barn, mens jeg selv fortsatt var i sjokk over det som hadde skjedd.

MITT EGET SKRIK da han døde, brorens voldsomme sorg, at hele livet vårt slik vi kjente det ble med Oscar dit han dro, alt dette har jeg valgt å bære alene. Det er for tøft å snakke om hvordan det opplevdes å stille det tomme skallet av den lille gutten min, det er ingen som orker å høre på. Det er en ensom del av livet mitt, til tross for at jeg kjenner flere i samme situasjon. Og jeg var tross alt heldig. Oscar var heldig. Vi var omgitt av meget kompetente ansatte, og i de siste ukene Oscar levde fikk vi hjelp av et voksenpalliativt team. Det gjorde at han slapp å gå umedisinert eller feilmedisinert gjennom de siste dagene av livet sitt. Det gjorde at jeg og de ansatte slapp å ha ansvar for sterke intravenøse medisiner helt alene. Det gjorde at vi fikk stoppet de hundrevis av myoklonier som plutselig oppstod, fikk senket feberen hans og redusert surklingen. Disse plagsomme tingene som kan skje når man dør, men som ingen snakker om. Dette som vil rive deg i stykker i etterkant om du stod der så helt alene med barnet.

Gjennom arbeidet i Løvemammaenes Barnepalliasjonskomité forstod jeg at mine

erfaringer slett ikke var unike når et barn er i ferd med å dø. Svært få opplever at kommunene klarer å bidra medisinsk, menneskelig og organisatorisk på den måten familien og det døende barnet har behov for. Den manglende støtten Anne Kristine og jeg forteller om her, koster oss mye å snakke om. Det river opp sår som har lukket seg litt, det vekker skrik som innimellom har stilnet. Vi føler begge på en irrasjonell skam over å ikke klare å skaffe den hjelpen de levende barna våre behøver. Men gudene skal vite vi har forsøkt. Et indre sinne over leger som vi opplevde at egentlig ikke orket å stå i våre barns død slik de skulle, over å få refs fra kommunen for at vi ikke hadde nok medfølelse med leger som måtte til sjelesorg etter vårt barns død fordi det var så tøft for dem. Sorg er på mange måter en ensom ting, men sinnet og avmakten vi føler ovenfor det systemet som ikke evnet å hjelpe oss, er så voldsomt mye mer. Særlig skyldes det opplevelsen av å bli utnevnte til fiender i relasjonen med dem som skulle hjulpet oss.

VI HÅPER AT Å DELE foreldreperspektivet i dette krevende møtet, vil øke innsikten hos den som står på den andre siden og plutselig får familier som våre som sitt ansvar. Vi ønsker så inderlig et system som makter å spørre; hva er viktig for dere nå? Og som iverksetter bevegelse for å komme oss så langt i møte som overhodet mulig.

Det følelsesmessige aspektet for de ansatte i kommunens helsetjeneste blir det snakket lite om. At barn blir alvorlig syke og dør er en sjelden hendelse i landets mange kommuner. Å oppnå solid erfaring på dette området er vanskelig. Vi har i samarbeid med Barnekreftforeningen og Handikappede Barns Foreldreforening skrevet en kronikk om dette (2).

Det at hjelperne ikke kunne hjelpe, forsterket den overveldende følelsen Anne Kristine og jeg hadde av å stå alene med et barn som skulle dø, med søsken som skulle leve med hans smertefulle liv og langsomme død, og vår egen kropp og psyke i etterkant. Det blir vanskelig for pasient og pårørende når støtteapparatet rundt de kommunalt ansatte ikke fungerer hensiktsmessig. Profesjonell og medmenneskelig opptreden på et dødsleie, selv om det er hos et barn man kjenner, burde være en selvfølge. At den som kommer for å bistå kan håndtere situasjonen. At det finnes prosedyrer som gjør at foreldre ikke alene må håndtere morfin og andre intravenøse preparater som kan lindre døds kampen.

Teamene som skal hjelpe til må være døgnbemannede, fordi døden er en døgnbegreip. Arbeidet med palliasjon kan ikke basere seg på ildsjeler som jobber langt mer enn de får betalt for, fordi de vet at døden sjelden kommer planlagt. Et godt opplegg rundt familien til den som skal dø forutsettes også at man har hatt gode samtaler og

– Svært få opplever at kommunene klarer å bidra medisinsk, menneskelig og organisatorisk på den måten familien og det døende barnet har behov for.

CATHARINA
DØRUMSGARD

blitt kjent i forkant av den terminale fasen. Vi ønsker å øke kunnskapen om hvordan familier med barn med sammensatte medisinske behov lever, og å øke forståelsen for hvordan det kan være hensiktsmessig å bygge samarbeid med mennesker som lever i konstante kriser.

VI LEVER LIV som ikke ligner deres, pleier jeg å si når jeg snakker til studenter om barnepalliasjon. En lett parafrasering over tittelen på Jan Grues bok *Jeg lever et liv som ligner deres*. Forskjellen på å leve et liv med funksjonsnedsettelse, men være frisk, og et liv med funksjonsnedsettelse, men i tillegg være alvorlig syk, slo meg sterkt da jeg leste boka. Våre barns liv, og dermed våre liv, er så fundamentalt annerledes enn andres at å forklare blir tilnærmet umulig.

For meg opplevdes hele livet med Oscar som å bevege seg på en dårlig bygget hengesbru. Hver eneste lille feil jeg gjorde kunne medføre enorme konsekvenser for barnet mitt. Ingen instanser samarbeidet, jeg var bindeleddet mellom alle. Formulerte jeg meg dårlig, var for trøtt til huske et møte eller glemte et stell, var vi rett over i en akutt situasjon som krevde legebesøk, tur til sykehus, akuttmedisinering, ventilering av knapper, sonde i stomi eller kirurgi. Og kommunen kunne når som helst velge å endre politikk, trekke tilbake vedtak, bytte ut ansatte. Trygghet var noe jeg måtte skape for barna mine, men aldri opplevde selv. Det hadde betydning alt for meg om noen hadde vært der som en støtte i dette. Noen med kompetanse og ydmyk lydhørhet.

Etter hvert som Oscar fikk CVK og flere stomier, ble lista over samarbeidspartnere mangedoblet. Hjernen min var helt full.

Og jeg tenker mye på at ikke noe av dette syntes utenpå. Jeg tok det for gitt at fagpersonene jeg møtte visste hva slags liv vi levde, mens de derimot trodde at vi levde et liv som lignet deres.

I MIN KOMMUNE var jeg det siste året så heldig å ha en saksbehandler som kom hjem til oss, tok tiden som trengtes til å bli kjent og få god nok kjennskap til saken. Hun oppførte seg på menneskelig og anstendig vis. Det betyr ikke at jeg kunne diktere henne i mine ønsker, hun var meget profesjonell. Men jeg liker å tro at hun møtte meg på en måte hun kunne tenkt seg å bli møtt på selv. Hun ringte meg for å vise sin medfølelse i sorgen.

Anne Kristine og mannen ble også oppringt av kommunen de bor i. Det skjedde da de bar sitt kalde, døde barn ned trappa for å legge ham i kista. Kommunen ringte ikke fordi de ikke visste at Jermund var død, men for å opplyse om at all praktisk bistand nå var opphørt med umiddelbar virkning.

Det er en hel verden, men bare noen få ord, noen få handlinger, noen få tanker mellom disse to hendelsene. Enkeltmennesker kan alltid gjøre en forskjell selv om systemene de arbeider i ikke oppmuntrer til det.

VÅRE OPPLEVELSER er så hudløse og så rå at vi forstår om du ikke orker å ta det inn over deg. Men vi tror det er viktig at vi vet nok om hverandre for at samarbeid kan bli mulig. Vi forstår om du føler deg makteløs, men vi kunne ønske vi slapp å hjelpe deg med det. Vi skjønner at livene våre ikke er så enkle å sette seg inn i, men vi vil gjerne formidle dersom du stiller de riktige

spørsmålene eller lager skjemaer vi kan fylle ut.

Vi vet at foreldre strever i etterkant av barns død. Vi vet at foreldre til langvarig, alvorlig syke barn kan få PTSD og kompliserte sorgreaksjoner, og at de dør oftere enn andre av hjerteinfarkt og andre somatiske sykdommer. Atle Dyregrov skrev i 2015 dette:

«Etterlatte foreldre i Skottland hadde dobbelt så stor risiko for å dø i de første 15 årene etter sitt barns død som andre foreldre. Etterlatte mødre i England var fire ganger så utsatt for å dø de første 15 årene etter sitt barns død enn foreldre som ikke mistet barn. For mødre var risikoen for å dø øket i de 35 år studien dekket.»

KILDE: HARPER, O'CONNOR, & O'CARROLL (2011) ©

Likevel blir vi stående alene før, under og etter våre barns død.

Å jobbe med barn som skal dø og deres familier er ingen enkel oppgave. Det krever systemer som fungerer, døgnbemannede tverrfaglige barnepalliative team og høy kompetanse. Men det krever også kommunalt ansatte som er sitt ansvar bevisst og som våger å gå inn i oppgaven med ydmykhet og respekt. Det krever et nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten som kjenner barnet best og gjennom disse forsøke å forstå hva familiene står i.

Og det krever tid til å lytte. Til foreldrene, men ikke minst til barna. Til barnet som skal dø og barna som skal leve videre.

Vi trenger dere.

REFERANSER

1. <https://sykepleien.no/meninger/innsjikt/2020/01/malet-vart-var-gi-oscar-gode-oyeblikk>
2. <https://www.vg.no/nyheter/meninger/i/pA66yj/hvem-skall-hjelpe-hjelperne-i-norsk-barnepalliasjon>

■ CATHARINA.D73@GMAIL.COM

Jermund og moren hans, Anne Kristine. Han var syk hele livet og var 13 år da døden inntraff. FOTO: PRIVAT



Så stengte landet igjen

I skrivende stund er det bare et par dager siden Høie og Nakstad på nytt sto fram i media og ga uoversiktlige råd om hvor mange personer jeg har lov til å treffe på privaten i løpet av ei uke. Til tross for at jeg bor i en kommune og i en del av landet der det omtrent ikke har vært påvist korona siden mars 2020, skal jeg påføres dårlig samvittighet fordi jeg nå kjenner at trassen i meg vokser. Dette vil jeg ikke finne meg i – faktisk! Jeg er et voksent menneske som raskt nærmer meg ei risikogruppe pga. alder, men jeg orker ikke dette maset lenger.

Tenåringen i huset har i hele sommer hatt ekstrajobb på matbutikk. Eneste tiltak for å beskytte de ansatte er pleksiglass i kassa og oppfordring til kundene om å sprite hender. Ungdommene har jobbet lange dager og seine kvelder for at hyllene er velfylte til enhver tid, men har de fått risikotillegg? Nei, det samme gjelder bussjåførene som streiket tidlig i høst. Til sist fikk de et symbolsk lønnsplag og gikk tilbake til arbeid. Reinholderne får heller ikke noen bonus for at de vasker mer grundig og nøye enn noen gang, og helsearbeiderne snakker ingen om lenger.

Den såkalte dugnaden krever så visst ikke det samme av Kong Salomo som av Jørgen Hattemaker. Det er enkelt for noen av oss å fortsette med heimekontor i uoverskuelig framtid. For andre er det omtrent uhåndterlig pga. dårlig plass og unger som stadig må være heime fra barnehage og skole fordi de har symptomer som **kan** være korona. Og hva med kulturarbeiderne og småbedriftene og kafeene? Gud, som jeg lengter etter å kunne gå ut og spise uten å føle at jeg setter andres liv og helse i fare!

Og ikke minst; hva skjer i andre land? Verdens gynekologer (www.figo.org) er overmåte bekymret for jenter og kvinner som bor i land der helsevesenet i utgangspunktet er vaklende. FIGO antar at korona og nedstenging i mer enn seks måneder vil føre til 15 millioner flere uønska graviditeter. Det igjen vil gi ei økning på 3,5 millioner utrygge aborter. Hvem står klar til å rettlede og hjelpe disse kvinnene? Det mest sannsynlige er ingen. FIGO regner med at antall svangerskapsrelaterte dødsfall kommer til å stige med 100 000 dersom håndteringen av korona fortsetter i samme spor. Sett i lys av hva som skjer med abort-

rettigheter i land som Polen og USA, veit vi dessverre at kvinner som ønsker svangerskapsavbrudd, sees på som de usleste av pasienter uansett... Kombinasjonen av korona og sittende president i USA kan bli en dødelig kombo for kvinner i fattige deler av verden.

Det er estimert at 150 millioner flere barn er skjøvet ut i fattigdom på grunn av korona og nedstenging av land og samfunn (1). I mange land utgjør uformell sektor en stor del av arbeidslivet. Når foreldre mister jobb og inntekt, fins det ikke dagpenger eller permitteringsordninger. Familiene har ikke lenger råd til å sende ungene på skole, og barna kommer neppe tilbake til skolebenken når dette en gang er over. Fattigdomsskruen har tatt en ytterligere omdreining for dem som i utgangspunktet har minst.

Så har noen modige kolleger med tidligere redaktør i *Tidsskrift for Den norske legeförening*, Charlotte Haug, tatt til orde for en justering av kursen, spesielt med henvisning til nedstengingens negative effekter både nasjonalt og globalt (2). Det er ikke lett å snakke Høie og Nakstad imot, men kritiske røster er nødvendige i en situasjon der svært lite av tiltakene som innføres faktisk har dokumenterte virkning.

Ingen sitter på fasiten om hvordan denne pandemien bør håndteres. Svaret får vi nok ikke før om flere år. Jeg er redd vi må

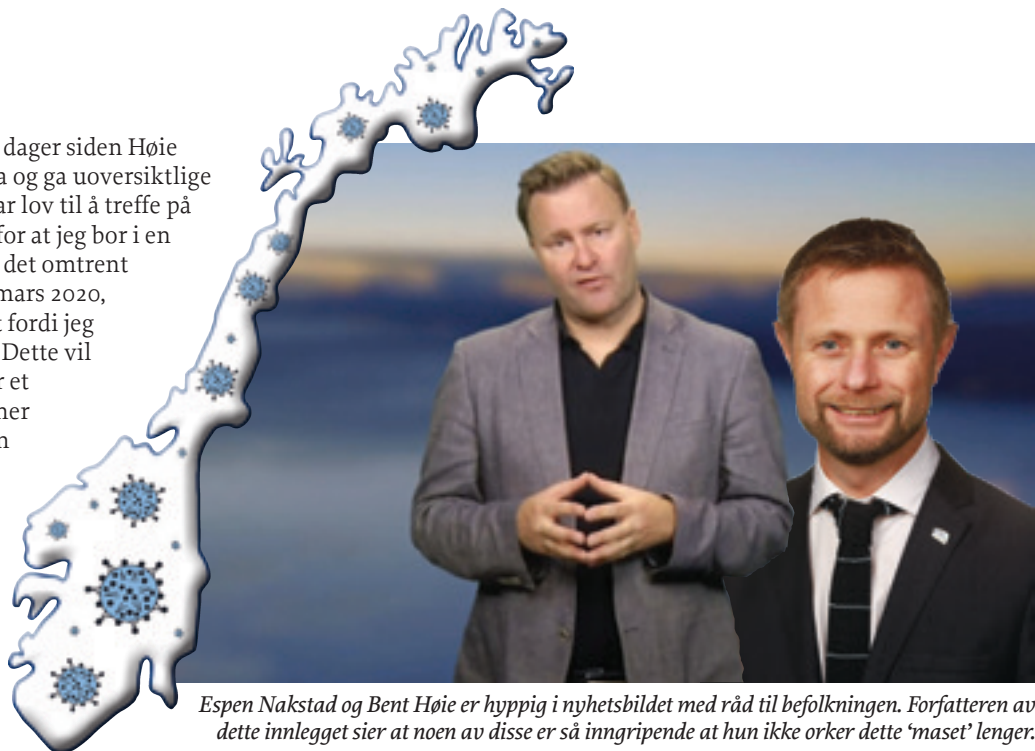
leve med periodevise restriksjoner i lang tid framover sjøl om det kommer en vaksine. Nettopp derfor kreves at våre fremste politiske og faglige myndigheter behandler oss – folket – med respekt og forståelse når noen blir slitne, forbanna og fortvilte over at jobben gikk fløyten, forelesningene er over Zoom eller at bestemor døde aleine på sykehjemmet. Vi er ikke egoister når vi protesterer. Vi bruker også hodet og hjertet, men har vanskeligheter med å forstå at det er mer «verdig» å dø av korona enn i ei trafikkulykke som skyldes underfinansiering i veibudsjetten. Politikk er å prioritere, og det gjelder også i koronaens tid. Gi kommunene mer midler sånn at bemaninga på sjukeheimene og barnehagene er god nok til å overholde smittevern **alltid** og ikke bare nå. Hev lønna for dem som holder hjula i gang, og gi reell kompensasjon til småbedriftene som nå stirrer konkursspøkelset i kvitauet. Ikke kom med tulleforslag som folk gjennomskuer.

Jeg har vært lojal lenge, Bent Høie, men nå holder det hardt!

MARGIT STEINHOLT
Gynekolog og org kjerring

REFERANSER

- <https://www.dn.no/utenriks/koronaviruset/uni-cef/fattigdom/covid-19-har-skjovet-150-millio-ner-barn-ut-i-fattigdom/2-1-876721>
- <https://www.dagbladet.no/nyheter/ikke-doku-mentert-effekt/72985067>



Espen Nakstad og Bent Høie er hyppig i nyhetsbildet med råd til befolkningen. Forfatteren av dette innlegget sier at noen av disse er så inngripende at hun ikke orker dette 'maset' lenger.

Ozempic® skal administreres én gang per uke, subkutan i abdomen, i låret, eller i overarmen, når som helst på dagen til måltid eller utenom måltid¹

START

0,25 mg
én gang pr uke
i 4 uker

TITRÉR

0,5 mg
én gang pr uke
i minst 4 uker

VEDLIKEHOLD

0,5 mg én gang pr uke
eller
1 mg én gang pr uke
for ytterligere glykemisk kontroll

Refusjonsberettiget bruk²

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

Refusjonskode:

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

Vilkår:

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

Utvalgt sikkerhetsinformasjon³

Gastrointestinale bivirkninger: Hyppigst rapporterte bivirkninger er gastrointestinale, inkludert kvalme (svært vanlig $\geq 1/10$), diaré (svært vanlig $\geq 1/10$) og oppkast (vanlig $\geq 1/100$ til $< 1/10$). De fleste tilfellene var milde eller moderate i alvorlighetsgrad og av kort varighet.

Hypoglykemi: Kombinasjon med SU-preparater eller insulin kan øke risiko for hypoglykemi. Egenmåling av blodglukose er nødvendig for å justere dosen av sulfonyleurea og insulin, spesielt når behandling med Ozempic® startes opp og insulin reduseres. En trinnsvis tilnærming til dosereduksjon av insulin anbefales.

Diabetisk retinopati: Rask forbedring av glukosekontroll er blitt forbundet med midlertidig forverring av diabetisk retinopati. Økt risiko observert hos pasienter med eksisterende diabetisk retinopati som behandles med insulin og Ozempic®, og forsiktighet bør utvises.

Diabetisk ketoacidose: Diabetisk ketoacidose har blitt rapportert hos insulinavhengige pasienter etter rask seponering eller dosereduksjon av insulin når behandling med en GLP-1 reseptoragonist ble startet.

	Kan benyttes uten dosejustering	Anbefales ikke
Alder	Ikke nødvendig med dosejustering Begrenset erfaring hos pasienter ≥ 75 år	Barn/ungdom under 18 år
Nyrefunksjon	Lett, moderat eller alvorlig nedsatt Begrenset erfaring med alvorlig nedsatt nyrefunksjon	Terminal nyresykdom*
Hjertesvikt	NYHA klasse I-III	NYHA klasse IV
Leverfunksjon	Mild, moderat og alvorlig nedsatt Begrenset erfaring ved alvorlig nedsatt leverfunksjon, forsiktighet bør utvises	

* eGFR (ml/min $1,73 \text{ m}^2$) < 15

Referanser: 1. Ozempic® SPC, avsnitt 4.2 (sist oppdatert 30.09.2020) 2. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/blaaev-register/a10bj06-1> (20.10.2020) 3. Ozempic® SPC, avsnitt 4.2, 4.4 og 4.8 (sist oppdatert 30.09.2020)

▼ Ozempic «Novo Nordisk»

C Antidiabetikum, GLP-1-reseptoragonist.

ATC-nr.: A10B J06

T INJEKSJONSVEÆSKE, oppløsning i ferdigfylt penn 0,25 mg, 0,5 mg og 1 mg: Hver dose (0,19 ml, resp. 0,37 ml og 0,74 ml) inneholder: Semaglutid 0,25 mg (1,34 mg/ml), resp. 0,5 mg (1,34 mg/ml) og 1 mg (1,34 mg/ml), dinatriumfosfatdihydrat, propylenglykol, fenol, saltsyre/natriumhydroksid (for pH-justering), vann til injeksjonsveæsker. 0,25 mg-penn inneholder 1,5 ml oppløsning og gir 4 doser $\geq 0,25$ mg, 0,5 mg-penn inneholder 1,5 ml oppløsning og gir 4 doser $\geq 0,5$ mg, 1 mg-penn inneholder 3 ml oppløsning og gir 4 doser ≥ 1 mg.

Indikasjoner: Behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 som tillegg til diett og fysisk aktivitet. -Som monoterapi når metformin er vurdert uegnet grunnet intoleranse eller kontraindikasjoner. -I tillegg til andre legemidler til behandling av diabetes. Se SPC for resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll, kardiovaskulære hendelser og populasjoner som ble undersøkt.

Dosering: Mht. sporbarhet skal preparatnavn og batchnr. noteres i pasientjournalen. Startdose 0,25 mg 1 gang pr. uke. Etter 4 uker skal dosen økes til 0,5 mg 1 gang pr. uke. Etter minst 4 uker med dose 0,5 mg 1 gang pr. uke kan dosen økes til 1 mg 1 gang pr. uke for å bedre glykemisk kontroll ytterligere. Ukentlige doser > 1 mg anbefales ikke. Når semaglutid gis i tillegg til eksisterende behandling med sulfonyleurea eller insulin, bør det vurderes å redusere dosen av sulfonyleurea eller insulin for å redusere risikoen for hypoglykemi. Egenmåling av blodglukose for å justere semaglutiddosen er ikke nødvendig. Egenmåling av blodglukose er nødvendig for å justere dosen av sulfonyleurea og insulin, spesielt når semaglutidbehandling startes opp og insulin reduseres. En trinnsvis tilnærming til dosereduksjon av insulin anbefales. **Glemt dose:** Injiseres så snart som mulig, og innen 5 dager etter at dosen ble glemt. Hvis det er gått > 5 dager, skal glemt dose utelates, og neste dose injiseres på den opprinnelige planlagte dagen. I begge tilfeller kan vanlig regime med dosering 1 gang pr. uke gjenopptas. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt leverfunksjon: Dosejustering ikke nødvendig. Forsiktighet bør utvises ved alvorlig nedsatt leverfunksjon pga. begrenset erfaring. Begrenset erfaring ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Anbefales ikke ved terminal nyresykdom. Barn og ungdom < 18 år: Sikkerhet og effekt ikke fastslått. Ingen data. Eldre: Dosejustering pga. alder ikke nødvendig. Begrenset erfaring hos eldre ≥ 75 år. **Tilberedning/Håndtering:** Skal ikke brukes dersom preparatet ikke fremstår som klart og fargeløst eller nesten fargeløst. Skal kun brukes av én person. Bruksanvisningen i pakningsveiledning må følges nøye. Pennene kan administreres med nåler opptil en lengde på 8 mm og er utformet til bruk sammen med NovoFine eller NovoTwist engangs nåler. NovoFine Plus-nåler 4 stk. er inkludert i hver pakning. Injeksjonsnålen skal alltid fjernes etter hver injeksjon, pennen skal oppbevares uten påsatt injeksjonsnål. Dette kan forhindre tette nåler, urenheter, infeksjon, lekkasje av oppløsningen og uønsket dosering. **Blandbarhet:** Skal ikke blandes med andre legemidler da det ikke er gjort studier på uforlikeligheter. **Administrering:** Gis 1 gang pr. uke når som helst i løpet av dagen, til eller utenom måltid. Skal injiseres s.c. i abdomen, låret eller overarmen. Injeksjonsstedet kan endres uten å justere dosen. Skal ikke gis i.v. eller i.m. Dagen for ukentlig administrering kan om nødvendig endres så lenge tiden mellom de 2 dosene er minst 3 dager (> 72 timer). Etter at ny doseringsdag er valgt, skal regimet med dosering 1 gang pr. uke fortsettes. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Skal ikke brukes ved diabetes mellitus type 1 eller til behandling av diabetisk ketoacidose. Semaglutid er ikke et erstatningspreparat for insulin. Diabetisk ketoacidose er rapportert hos insulinavhengige pasienter etter rask seponering eller dosereduksjon av insulin når behandling med GLP-1-reseptoragonist ble startet. Ingen erfaring hos pasienter med kongestiv hjertesvikt, NYHA klasse IV, og semaglutid anbefales derfor ikke til disse. Bruk av GLP-1-reseptoragonister kan være forbundet med gastrointestinale bivirkninger. Dette bør tas i betraktning ved nedsatt nyrefunksjon, da kvalme, oppkast og diaré kan forårsake dehydrering, noe som kan gi svekket nyrefunksjon. Akutt pankreatitt er sett ved bruk av GLP-1-reseptoragonister. Pasienten bør informeres om typiske symptomer. Ved mistanke om pankreatitt bør semaglutid seponeres; dersom pankreatitt bekreftes, bør behandlingen ikke gjenopptas. Forsiktighet bør utvises ved tidligere pankreatitt. Kombinasjon med sulfonyleurea eller insulin kan gi økt risiko for hypoglykemi. Risikoen kan reduseres ved å minske dosen sulfonyleurea eller insulin når semaglutidbehandling initieres. Hos pasienter med diabetisk retinopati som behandles med insulin og semaglutid er det sett økt risiko for å utvikle komplikasjoner av diabetisk retinopati, forsiktighet bør utvises hos pasienter med diabetisk retinopati som behandles med insulin. Disse pasientene bør følges opp nøye og behandles iht. kliniske retningslinjer. Rask forbedring av glukosekontroll er forbundet med midlertidig forverring av diabetisk retinopati, men andre mekanismer kan ikke utelukkes. **Hjelpetoffer:** Inneholder < 1 mmol natrium (23 mg) pr. dose, dvs. praktisk talt natriumfritt. **Bilkjøring og bruk av maskiner:** Ingen/ubetydelig påvirkning på evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner. Ved bruk i kombinasjon med sulfonyleurea eller insulin, bør pasienten rådes til å ta forholdsregler for å unngå hypoglykemi. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Semaglutid forsinket magetømming og kan potensielt påvirke absorpsjonshastigheten av orale legemidler som gis samtidig. Semaglutid bør brukes med forsiktighet hos pasienter som får orale legemidler som krever hurtig gastrointestinal absorpsjon. Ved oppstart av semaglutid hos pasienter på warfarin/andre kumarinderivater anbefales hyppig INR-monitorering. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Begrenset data. Dyrstudier har vist reproduksjonstoksisk effekt. Skal ikke brukes under graviditet. Hvis en pasient ønsker å bli gravid eller blir gravid, skal behandlingen seponeres. Pga. lang halveringstid skal semaglutid seponeres minst 2 måneder før en planlagt graviditet. **Amming:** Utskilles i melk hos rotte. Risiko for barn som ammes kan ikke utelukkes, skal ikke brukes ved amming. **Fertilitet:** Kvinner i fertil alder anbefales å bruke prevensjon. Effekten på fertilitet hos mennesker er ukjent. Semaglutid påvirket ikke fertiliteten hos hannrotter. Hos hannrotter sees en økning i brunstperiodens lengde og en liten reduksjon i antall egglossninger ved doser forbundet med vektøkning hos moren. **Bivirkninger:** Hyppigst er gastrointestinale bivirkninger, som generelt er milde eller moderate i alvorlighetsgrad og av kort varighet. **Svært vanlige ($\geq 1/10$):** Gastrointestinale: Diaré, kvalme. Stoffskifte/ernæring: Hypoglykemi ved bruk sammen med insulin eller sulfonyleurea. **Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$):** Gastrointestinale: Abdominal distensjon, dyspepsi, flatulens, forstoppelse, gastritt, gastroøsofageal reflukssykdom, magesmerte, oppkast, raping. Generelle: Fatigue. Lever/galle: Gallestein. Nevrologiske: Svimmelhet. Stoffskifte/ernæring: Hypoglykemi ved bruk sammen med andre orale antidiabetika, redusert appetitt. Undersøkelser: Redusert vekt, økt amylase, økt lipase. **Øye:** Komplikasjoner av diabetesretinopati. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$):** Gastrointestinale: Akutt pankreatitt. Generelle: Reaksjon på injeksjonsstedet. Hjerte: Økt hjertetytning. Immunsystemet: Overfølsomhet. Nevrologiske: Dysegeusi. **Sjeldne ($\geq 1/10000$ til $< 1/1000$):** Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon. **Overdosering/Forgiftning:** Overdoser på opptil 4 mg i én enkelt dose, og opptil 4 mg på én uke, er rapportert i studier. Vanligste bivirkning var kvalme. Alle pasientene ble restituert uten komplikasjoner. **Behandling:** Eget støttebehandling iht. kliniske tegn og symptomer. En lengre periode med observasjon og behandling for disse symptomene kan være nødvendig, tatt i betraktning semaglutid sin lange halveringstid på ca. 1 uke. Se Giftinformasjonens anbefalinger A10B J06 på www.felleskatalogen.no. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Glukagonlignende peptid-1 (GLP-1)-analog fremstilt ved rekombinant DNA-teknologi. 94% sekvenshomologi for hormonet humant GLP-1. **Virkningsmekanisme:** GLP-1-reseptoragonist som forlenget effekt som bindes selektivt til og aktiverer GLP-1-reseptoren, målet for endogen GLP-1. Hovedmekanismen bak forlenget effekt er binding til albumin, denne bindingen resulterer i redusert renal clearance og beskyttelse mot metabolsk nedbrytning. Dessuten stabiliseres semaglutid mot nedbrytning av DPP-4-enzymet. Semaglutid reduserer blodglukose på en glukoseavhengig måte ved å stimulere insulinsekresjon og senke glukagonsekresjon når blodglukosen er høy. Mekanismen med blodglukose senkning involverer også en mindre forsinkelse i magetømming i den tidlige postprandiale fasen. Ved hypoglykemi reduserer semaglutid insulinutskillelse, og svekker ikke glukagonutskillelse. Semaglutid reduserer fastende og postprandial glukosekonsentrasjon og HbA1c. Semaglutid reduserer kroppsvikt og kroppsfetthet ved nedsatt energiinntak, noe som involverer en generell redusert appetitt og reduserer i tillegg preferansen for mat med høyt fettinnhold. Semaglutid er vist å redusere risiko for alvorlige kardiovaskulære hendelser med 26%. Se SPC for ytterligere informasjon. **Absorpsjon:** Tmxx 1-3 dager. Steady state nås etter 4-5 uker. Absolutt biotilgjengelighet er 89%. **Proteinbinding:** $> 99\%$. **Fordeling:** Gjennomsnittlig Vd ca. 12,5 liter. **Halveringstid:** Ca. 1 uke. Semaglutid vil være til stede i sirkulasjonen i ca. 5 uker etter siste dose. Clearance ca. 0,05 liter/time. **Metabolisme:** Semaglutid blir i høy grad metabolisert ved proteolytisk spaltning av peptidkjeden og sekundært betaoksidasjon av fettresidene. Enzymet nøytral endopeptidase (NEP) antas å være involvert i metabolismen. **Utskillelse:** Ca. 2/3 utskilles i urin (3% uomdannet) og ca. 1/3 i feces. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap ($2-8^{\circ}\text{C}$). Holdes borte fra kjøleelementet. Skal ikke fryses, og skal ikke brukes dersom preparatet har vært frosset. **Etter første gangs bruk:** Oppbevares ved høyst 30°C eller i kjøleskap ($2-8^{\circ}\text{C}$). La pennenheten sitte på når pennen ikke er i bruk, for å beskytte den mot lys. Holdbarhet etter å ha blitt tatt i bruk: 6 uker. **Pakninger og priser:** **0,25 mg:** 1,5 ml¹ (ferdigfylt penn) kr 1161,40. **0,5 mg:** 1,5 ml¹ (ferdigfylt penn) kr 1161,40. **1 mg:** 3 ml¹ (ferdigfylt penn) kr 1161,40.

Refusjon:

¹A10B J06 1. Semaglutid

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

Refusjonskode:

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

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

Sist endret: 12.10.2020 Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 30.09.2020 Pris per: Oktober 2020



Du kan lese mer om Ozempic® på vår nettside:

www.ozempic.no



1 GANG PER UKE
OZEMPIC®
semaglutid injeksjon

▼ **OZEMPIC[®]** (semaglutid) – **ukentlig GLP-1-analog¹**



Tilgjengelig på blå resept til behandling av voksne med diabetes type 2 etter metformin²

- har vist bedre glykemisk kontroll og større vektreduksjon enn Januvia[®], Bydureon[®], Trulicity[®] og Lantus^{®3*}
- har vist reduksjon i alvorlige kardiovaskulære hendelser^{3**}



**STØRRE
HbA_{1c}-REDUKSJON^{3*†}**

13-20 mmol/mol (1,2-1,8%)*



**STØRRE
VEKTREDUKSJON^{3*†#}**

3,5-6,5 kg[‡]



**REDUKSJON I ALVORLIGE
KARDIOVASKULÆRE
HENDELSER^{3**†}**

26% RRR^{##}

Indikasjoner⁵ Ozempic[®] er indisert til behandling av voksne med tilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 som tillegg til diett og fysisk aktivitet:

- Som monoterapi når metformin er vurdert uegnet grunnet intoleranse eller kontraindikasjoner
- I tillegg til andre legemidler til behandling av diabetes.

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

****Kardiovaskulær sikkerhetsstudie:** 3297 pasienter med type 2-diabetes og høy kardiovaskulær risiko ble tilfeldig randomisert til Ozempic[®] eller placebo, begge i tillegg til standardbehandling for HbA_{1c} og kardiovaskulære risikofaktorer for å nå behandlingsmål.⁴

Primært endepunkt: Kardiovaskulær død, ikke-fatal hjerteinfarkt, ikke-fatal hjerneslag (HR 0,74 95% KI 0,58-0,95, p=0,001 for non-inferiority, p=0,02 for superiority, testing for overlegenhet var ikke forhåndsdefinert) 26% relativ og 2,3% absolutt risikoreduksjon.⁴

Ozempic[®] er ikke indisert for vekttap

Relativ risikoreduksjon

***** Behandling med Ozempic[®] viste vedvarende, statistisk overlegen og klinisk relevant reduksjon i HbA_{1c} og kroppsvekt i opptil 2 år sammenlignet med placebo og behandling med Januvia[®], Lantus[®], Trulicity[®] og Bydureon^{®3}

† Ozempic[®] vedlikeholdsdose 0,5 og 1 mg. Dosen kan økes til 1 mg én gang per uke for å bedre den glykemiske kontrollen ytterligere.¹

‡ Intervallene viser gjennomsnittsverdier fra ulike studier.³

Referanser: 1. Ozempic[®] SPC, avsnitt 4.2 (sist oppdatert 30.09.2020) 2. <https://www.felleskatalogen.no/t/medisin/blaarev-register/a10bj06-1> (20.10.2020) 3. Ozempic[®] SPC, avsnitt 5.1 (sist oppdatert 30.09.2020)

4. Marso SP, Bain SC, Consoi A, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes. N Engl J Med. 2016;375:1834-1844 5. Ozempic[®] SPC avsnitt 4.1 (sist oppdatert 30.09.2020)

Morsnotat

Rommet kjennes tomt selv om
det ligger et menneske på senga.
Et ikkeeksisterende
nærvær.

«Syning av liket kl. 04.30»

To varme fingre over et kaldt händledd
Ingen myke dunk av liv.
Stetoskopets membran
mot hvit hud. Jeg lytter til
stillheten.

«Opphøring av all egenrespirasjon og sirkulasjon»

Løfter øyeløkkene forsiktig
det harde, faste, ugjennomtrengelige blikket
som ikke møter mitt.

«Lysstive pupiller, neg. cornealrefleks»

Jeg må ha hjelp til å snu henne over, for hun er tung.

«Av sikre dødstegn sees dødsflekker som
samsvarer med pasientens stilling»

Jeg blikker bort på vinduet

Forsikrer meg om at det er åpent, bare i tilfelle,
i tilfelle det finnes en sjel
som vil ut.

«U.t. erklærer herved pasienten for død.»

KLARA DØVING

FASTLEGER OG SYKEHUSLEGER

Ikke samstemt kommunikasjon

I hvilken grad informerer sykehusleger fastlegene om hva pasienter, som utskrives med en dårlig prognose, ønsker av videre behandling og omsorg? Det er en av problemstillingene nederlandske forskere har sett på. Nær 84 prosent av sykehuslegene svarte at de alltid eller ofte gir fastlegen denne typen informasjonen, men bare 29 prosent av fastlegene mente de alltid eller ofte ble informert. Artikkel-forfatterne fant også at de fleste legene i studien, hvorav 259 var allmennleger, mente de kunne anslå forventet levetid til alvorlig syke pasienter. Hos pasienter med forventet levetid på under ett år, svarte tre av fire leger at de snakket med pasienten om hva de ønsket. Leger som var skolert i palliativ omsorg, gjorde dette i større grad enn mer utrente leger.

● BJGP Open, september 2020 (Marijanne Engel et al.)



ILLUSTRASJONSPOTO: CALUDORIX

ETTERLATTE

Hjelp til å kunne hjelpe

«Bereavement Care in the Wake of COVID-19: Offering Condolences and Referrals» er tittelen på en artikkel av amerikanske klinikere og forskere. De gir råd til legekolleger om hvordan etterlatte kan møtes, og hvordan et eventuelt behov for helsehjelp kan avdekkes. CARE-modellen, Communicate compassionately, Assess risk for acute bereavement challenges, Refer when appropriate, and Educate about resources, gir konkrete forslag til hva legen kan si. Forfatterne viser til at rådene er basert på årelang forskning og klinisk erfaring, selv om det ikke er dokumentert at anbefalingene gir et bedre utfall.

● Annals of Internal Medicine, juni 2020 (Wendy Lichtenthal et al.)



ILLUSTRASJONSPOTO: CALUDORIX

KARTLEGGINGSVERKTØY

Sammenlignet SQ og SPICT

Nederlandske forskere har sammenlignet fastlegers bruk av Surprise Question (SQ) – Ville du blitt overrasket om en av dine pasienter døde det nærmeste året? – med det mer omfattende kliniske verktøyet SPICT, Supportive & Palliative Care Indicators Tool. Den prospektive studien fulgte legene ett år frem i tid. Ifølge konklusjonen ser SPICT ut til bedre å fange opp pasienter med behov for palliativ omsorg. Legene synes, ikke så overraskende, at SPICT var tidkrevende. I studien hadde SQ en sensitivitet på 69 prosent og en spesifisitet på 99 prosent. Tilsvarende for SPICT var henholdsvis 81 prosent og 98 prosent. Med sensitivitet menes sannsynligheten for at et reelt behov fanges opp, mens spesifisitet i denne sammenhengen betyr evnen til å utelukke et reelt behov.

● Family Practice, oktober 2020 (Matthijs van Wijmen et al.)



Klargjørende for dødshjelpsdebatten!



Morten A. Horn, Daniel Joachim H. Kleiven, Morten Magelssen

**Dødshjelp i Norden?
Etikk, klinikk og politikk**

NOASP: Nordic Open Access Scholarly Publishing, Cappelen Damm akademisk, 2020
ISBN: 9788202677640
309 sider. Paperbackutgave
NOK 329,- eller gratis på nett.

Aktiv dødshjelp diskuteres stadig, med sterkt engasjement fra både tilhengere og motstandere av legalisering. Debatten preges av sterke følelser og mange enkelt-skjebner som berører og vekker empati. Trender og verdier i tiden er i endring og er med på å forme holdninger. Flere mennesker i Norge er positive til legalisering av dødshjelp nå enn for 20 år siden, selv om helsepersonell fortsatt er betydelig mer tilbakeholdne enn den generelle opinionen.

Selv har jeg ofte kjent på frustrasjon i dødshjelpdebatter, både som tilhører og deltaker. Hva snakker vi egentlig om? Hvilke argumenter teller? Hvorfor snakker vi forbi hverandre?

Etter å ha lest denne boka har jeg fått bedre forståelse for, og innsikt i, problemstillingene rundt dødshjelp, og jeg tror jeg kan delta i debatten på en ryddigere måte enn før.

Boka er en samling av artikler som belyser temaet dødshjelp fra forskjellige vinkler. Modeller fra bl.a. Nederland, Canada og Oregon i USA belyses, hvordan dødshjelpen der startet og utviklingen fram mot dagens praksis. Hva kan vi lære av andres erfaringer på godt og vondt? Hva skjedde underveis?

Et annet interessant hovedtema er hvordan dødshjelp begrunnes. Autonomi og barmhjertighet (uutholdelig lidelse) er to hovedlinjer. Ingen av dem er lette, verken å definere eller avgrense. Er det i det hele tatt mulig å lage en lov som både er rettferdig, forsvarlig og entydig?

Kan fullgod lindrende behandling fjerne behovet for dødshjelp? Jeg arbeider selv med lindrende behandling, og dette er en spennende tilnærming jeg gjerne hører mer om!

Boka gir god hjelp til etisk refleksjon over kompliserte temaer. Hva vil det bety for forholdet mellom pasient og lege hvis legen skal lindre i dag og gi dødshjelp i morgen? Hva vil en dødshjelpslov bety for synet på svakhet, lidelse og hjelpeløshet? Hva er et verdig liv?

Forfatterne legger ikke skjul på at de ikke ønsker at aktiv dødshjelp skal bli lov i Norge. De faller imidlertid ikke for fristelsen til å gå i «skyttergravene», men klargjør begreper og argumentasjon alle kan ha nytte av, uansett ståsted.

Som forventet er boka både grundig og saklig. At den samtidig er spennende og drivende å lese var kanskje litt mer uventet. Denne boka er rett og slett spennende lesning på tross av en litt grå forside (ja, ja, grønn, da) og at den mangler illustrasjoner.

Boka henvender seg til alle som interesserer seg for temaet, fra vanlige samfunnsengasjerte borgere til aktive deltakere i faglige og politiske prosesser. Språket og argumentasjonsrekkene krever en viss akademisk skolering, men egentlig ikke spesifikk faglig forhåndskunnskap.

Flere av artiklene er på dansk og svensk. Her kunne jeg ønsket meg norsk oversettelse.

Denne boka ser kanskje umiddelbart litt tung ut å ta fatt på, men den er absolutt lesevennlig, givende og spennende. Et «must» for fagfolk involvert i liv- og død-problematikk, journalister, politikere og alle engasjerte dødshjelpsdebattanter!

Boka anbefales på det varmeste!

MÅLFRID HOLMAAS BJØRGAAS
Spesialist i allmennmedisin og kompetanse-
område palliativ medisin

Nyutgivelse av viktig 'helsetjeneste-almanakk'



Magne Nylenna.
Helsetjenesten i Norge
 – et overblikk
 Gyldendal Akademisk
 2. utgave, 2020
 244 sider, bokmål
 ISBN/EAN: 9788205525061

Da jeg anmeldte den første utgaven av denne boken for seks år siden i *Utposten*, skrev jeg følgende: «Å gi et overblikk over noe så komplekst som den norske helsetjenesten er et ambisiøst prosjekt, men få andre enn Magne Nylenna er i stand til å gjøre den jobben.» Det står jeg fast ved, nå som annenutgaven i 2020 foreligger. Nylenna innehar både fagkompetansen og fagoversikten som skal til for å skrive en lærebok om helsetjenestens oppgaver og strategier, ansvars- og styringslinjer og finansieringsmodeller.

Annenutgaven er bygd over samme lest som førsteutgaven, men med noen flere sider – og et nytt og betimelig kapittel 11 med tittelen Den digitale helsetjenesten. Selv om boken gikk i trykken ved covid-pandemiens begynnelse, har forfatteren i dette kapittelet rukket å påpeke nødvendigheten av digital informasjonsdeling i smittesporingsarbeidet for å få oversikt over den epidemiologiske situasjonen i kommunene. Etter at pandemien kom, og etter at boken ble trykket, har vi sett hvordan covid-19 har katalysert utviklingen av digitale kommunikasjonsplattformer som muliggjør en tryggere informasjonsutveksling mellom ulike helseaktører – offentlige som private. At Helse Midt-Norges digitale samhandlingssystem Helseplattformen så vel som den storstilte offentlige satsingen Akson er omtalt, tilfører boken både tidsaktualitet og tidslegitimitet.

Forfatterens mål har vært å lage en «håndbok» som på en lettfattelig måte beskriver det norske helsevesenets organisering og innretninger for å innfri målet om likeverdige helsetjenester til hele befolkningen. For lesere som liker kortversjoner av «de

lange» historiske linjene, fra 1600-tallets første offentlige lege Villads Nielsen via 1800-tallets gjentakende koleraepidemier og det forrige århundreskiftets tuberkulose-trussel og frem til dagens pandemi – som på nytt utfordrer vårt helsevesen og vårt levestett – er dette en bok som svarer på mange grunnleggende spørsmål.

Bokens målgruppe er bred, fra helsefagstudenter til pasienter, brukere og pårørende. At tannhelsetjenesten er viet et eget kapittel er prisverdig, ettersom denne viktige delen av helsevesenet ofte blir utelatt i den offentlige debatt om helsehjelp og pasientrettigheter. Igjen vil jeg fremheve kapitlene om finansieringsordninger og om helsetjenesten som kunnskapsvirksomhet som forbilledlig instruktive.

2020 blir et skjellsettende år i medisins historie. Koronapandemien er den mest alvorlige pandemien siden spanskesyken i 2018–20; den har satt fart i utviklingen av digital medisinsk teknologi og samtidig understreket hvor viktig den offentlige beredskapen er for befolkningens helse. Fra mitt «kommunale ståsted» som samfunnsmedisiner registrerer jeg med glede at forfatteren peker på kommunenes sentrale operative rolle innen beredskap og smittevernarbeid, men fortsatt mener jeg at kommunenes omfattende myndighets- og tilsynsrolle innen smittevern, miljørettet helsevern og psykisk helsevern bør løftes frem i enda større grad. Om forfatteren tar sikte på nok en utgivelse, håper jeg ved neste korsvei at den operative samfunnsmedisins instrumentelle rolle blir tillagt enda større vekt. For den har pandemiåret 2020 til fulle demonstrert.

TOM SUNDAR



Jette Led Sørensen, Marianne Johansen, Tom Weber og Bent Ottesen (red.)
Ars pariendi. Håndgreb og akut behandling ved fødsler
 Munksgaard 2. udgave, 2020

Trygge hender

Fødsler kan være fantastiske, men også fryktinngyende. Alle legevakter har minst en dramatisk lokal fødeanektode, på Røst går det gjetord om da doktor Broch med stoisk ro og heroiske håndgrep forløste et barn i ambulanselyet. Den lille jenta kom til verden midt over Vestfjorden, med skulderen først. Leger, spesielt de av oss som jobber langt fra sykehus, kan få høy puls bare av tanken på «akut behandling ved fødsler». Kan 2020-versjonen av professor Dyre Trolles legendariske lærebok fra 1964 dempe vaktangsten?

I forordet uttrykker forfatterne et håp om å bidra med en oppdatert, nyttig og praktisk anvendelig oppslagsbok. Dette har de klart på en veldig god måte, spesielt imponerende er de mange tydelige tegningene. Med perfekt balanse mellom enkelhet og anatomisk presisjon bidrar tegner Randi Iversen til oversikten som kjenner tegner hele denne boka. Særlig er håndgrepene forbilledlig fremstilt, fødselshjelpens hanskekledde hender fremstår målrettede, omsorgsfulle, tålmodige og trygge. Sammenstilt med klare instruksjoner og oversiktlige punktlistor gir de leseren ro og mestringstro. Språket er generelt klart og

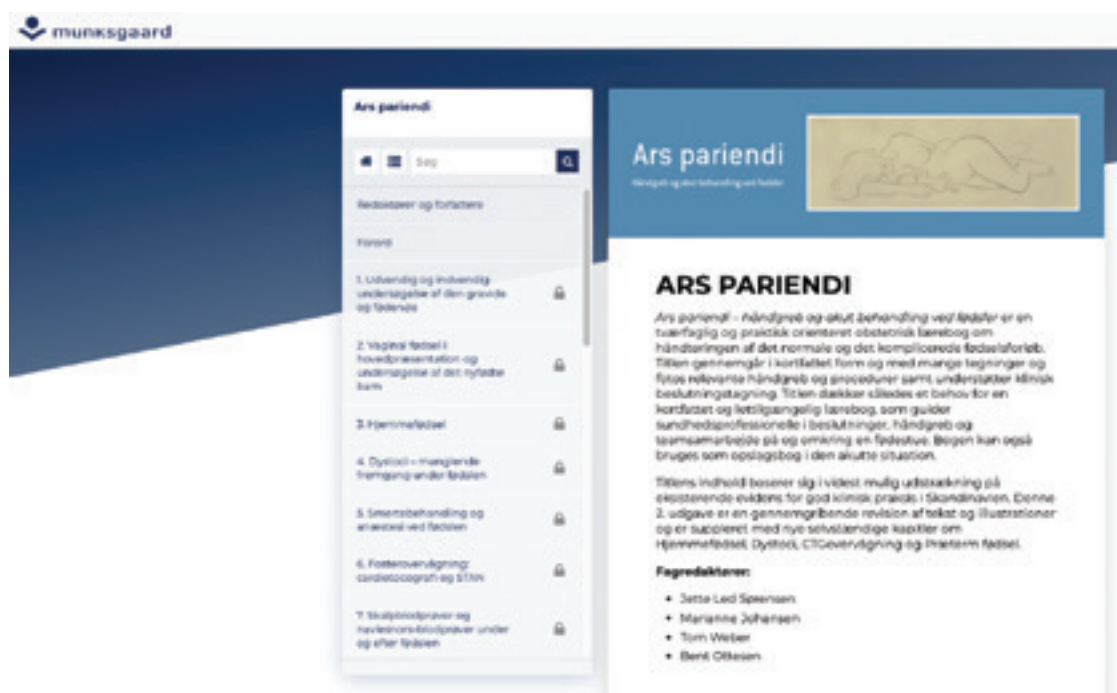
konsist og det er lett å finne fram i boka.

Enkelte temaer som keisersnitt og måling av blodgassverdier i navlesnoren er åpenbart ikke så aktuelle for allmennleger, men det meste av boka kan være relevant lesning for legevaktspersonell. Kommunikasjonsmodellen ISBAR, som brukes på mange norske sykehus og legevakter, forklares på en god måte med illustrerende eksempler. Tabellen med referanseverdier for blodprøver gjennom graviditeten øker bokas bruksverdi.

Håndgrep og andre ferdigheter som inngår i kunsten å føde (ars pariendi) lærer man selvsagt best gjennom praktisk, veiledet trening på en fødeavdeling eller på en anatomisk modell. Dette er imidlertid ikke alltid mulig å få til. Ordet kokebokmedisin har blitt brukt på en nesten nedsettende måte, men denne boka er et eksempel på at en samling av gode og letteste oppskrifter kan være svært nyttige, spesielt for dramatiske situasjoner som ikke forekommer så ofte. Legekontoret kjennes faktisk litt tryggere med *Ars pariendi* i hylla.

KJELL-ARNE HELGEBOSTAD

Boken foreligger også i digital utgave
<https://arspariendi.digi.munksgaard.dk/>



Leger leser hver dag, journaler, rapporter, epikriser og fagblader. Men hva leser legen utenom faglig relatert litteratur? Og når leser legen dette – om kvelden, i helgene, i feriene, lydbok i bilen på vei fra jobb? I denne spalten ønsker vi å lese om akkurat det, om boka legen leser og hvorfor akkurat den boka ble valgt.

HVA LESER Magne Nylenna?



Hva leser du nå?

Færre aviser, flere bøker. Det har vært mitt resirkulerte nyttårsforsett i mange år. Med dagens nyhetsflom er det ikke lett å realisere. Jeg er nemlig avisoman. Både for aviser, tidsskrifter og bøker sverger jeg fortsatt til det analoge, og håper at papiret overlever meg. Som verden omkring, er også lesingen blitt fragmentarisk og mangfoldig. Det er bøker overalt; på nattbordet, ved godstolen i stua, og ikke minst i årets mest brukte rom; hjemmekontoret (aka «hulen»).

«Something old, something new, something borrowed, something blue» gjelder ikke bare overtroiske bruder. Det er også dekkende for bøkene jeg leser akkurat nå: Alex Brinchmanns snart hundre år gamle kriminalromaner, *Kaptein på egen skute* av debutanten Kjetil Nordengen, *Krigen mot bakteriene* av Erik Martiniussen og *Rage* av Bob Woodward.

Hvorfor leser du disse bøkene?

Jeg har et livslangt forhold til krim, og er særlig opptatt av forholdet mellom medisinske og kriminallitteratur. I sommer oppdaget jeg at jeg ikke hadde lest noen av bøkene til den norske legen som fortsatt har skrevet flest kriminalromaner, nemlig barnelegen Alex Brinchmann (1888–1978). Jeg har identifisert ti av hans mange bøker mellom 1927 og 1971 som krim, og har skaffet dem gjennom antikvariat.net; et favorittnettsted. Jeg er nettopp ferdig med

den sjuende, *Mann i gul frakk*, der handlingen er lagt til 1937. Det er verken stor litteratur eller mye medisinsk innhold, men fascinerende skildringer av mellomkrigstiden i Oslo. Slike leseprosjekter liker jeg.

Kaptein på egen skute representerer både det nye og det lånte. En bokkveld på mitt lokale bibliotek (der jeg var eneste mann!) presenterte mange av årets romandebutanter, og jeg falt for denne. Ære være alle biblioteker, forresten. Denne boka er for øvrig lånt fra Deichmans nye hovedbibliotek i Oslo, en katedral for litteraturinteresserte og et reisemål i seg selv. I boka møter vi Andor Leine, en aleneboende samfunnsøkonom i tredveårene fra innlandet, som arbeider i Næringslivets Hovedorganisasjon. Han blir plutselig normcore-kjendis og stilikon på grunn av sin alminnelighet. Andor reflekterer over sitt eget liv og utvikler en slags identitetskrise. Hvordan hadde han blitt den han var? Nordengen skriver lett og morsomt, og det er mye å humre over. En mannlig forfatter med mannlig hovedperson er i seg selv verdt oppmerksomhet i disse tider. Ekstrapoeng for omfanget på knapt 300 sider. Bøker blir ikke bedre jo lengre de er.

Krigen mot bakteriene er en tidsaktuell og kritikerrost populærvitenskapelig bok som ble utgitt i vår. Den er allerede kommet i andre opplag med et forord om koronapandemien, og den leser jeg fordi jeg skal

omtale den i tidsskriftet *Michael*, der jeg er en av redaktørene.

I skrivende stund er det amerikanske presidentvalget bare noen dager unna, og Bob Woodwards biografi om Donald Trump får representere det blå i ordtaksanalogien min (selv om jeg vet godt at den republikanske fargen i USA er rød). Det er publisert utallige bøker om Trump. Watergate-journalisten Woodward, som har et tosifret antall presidentbiografier på samvittigheten, har selv allerede skrevet to, hvorav den seneste altså ligger på nattbordet mitt. Bursdagsgave fra min søster, på engelsk. Amerikansk politikk forblir uforståelig for de fleste nordmenn, men ingen kan beskylde oss for manglende interesse.

Hvor leser du?

I våken tilstand leser jeg stort sett på et eller annet hvor jeg enn er, når jeg ikke gjør noe annet. Men det blir mye aviser og tidsskrifter, manuskripter og fag. Når det kommer til skjønnlitteratur, er jeg periodeleser. Ferier er høysesong, og jo lenger borte fra jobben i tid og rom, jo bedre anledning. Jeg gleder meg til pensjonistlivet. Den gang det gikk an å reise var en uke i varmen mer en leseuke enn en badeuke. Sommerhuset på Nesodden er også godt egnet. Og når høstmørket og kulda setter inn og peisveden knitrer, konkurrerer bøkene med TV-skjermen. Ofte blir det uavgjort. Jeg har lært først barna, senere barnebarna, at når du har lært å lese, trenger du aldri mer å kjede deg!

Har du en anbefaling til *Utpostens* lesere?

Vær lystleser! Ikke vær redd for å avslutte lesingen om ikke boka fenger. Det er ingen fullføringsplikt. Lev bredt og variert på alle områder, og les gjerne flere bøker parallelt. Husk at ikke alt nytt er godt, og at ikke alt gammelt er dårlig – heller ikke i bøkene verden.

Tre av bøkene Magne Nylenna leser for tiden.



Alex Brinchmann skrev under pseudonymet Roy Roberts.

Bexsero «GlaxoSmithKline»

C Meningokokkvaksine.

ATC-nr.: J07A H09

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: 1 dose (0,5 ml) inneholder: Neisseria meningitidis gruppe B NHBA fusjonsprotein^{1,2,3} 50 µg, Neisseria meningitidis gruppe B NadA protein^{1,2,3} 50 µg, Neisseria meningitidis gruppe B fHbp fusjonsprotein^{1,2,3} 50 µg, yttermembranvesikler (OMV) fra Neisseria meningitidis gruppe B stamme NZ98/254 målt som mengde av totalprotein som inneholder PorA P1.4 2 25 µg, natriumklorid, histidin, sukrose, vann til injeksjonsvæsker.

¹Produsert i E. coli-celler med rekombinant DNA-teknologi.

²Adsorbert på aluminiumhydroksid (0,5 mg Al³⁺).

³NHBA (neisseria-heparinbindende antigen), NadA (neisseria adhesin A), fHbp (faktor H-bindende protein).

Indikasjoner: Aktiv immunisering av personer ≥2 måneder mot invasiv meningokokksykdom forårsaket av Neisseria meningitidis gruppe B. Følgene av invasiv sykdom i forskjellige aldersgrupper samt variasjonen i antigenepidemiologi for gruppe B-stammer i forskjellige geografiske områder bør overveies ved vaksinerings. Se SPC for informasjon om beskyttelse mot bestemte gruppe B-stammer. Brukes i samsvar med offisielle anbefalinger.

Dosering:

Alder ved 1. dose	Primær immunisering	Intervaller mellom primærdoser	Påfyllingsdoser
Spedbarn, 2-5 måneder ^a	3 doser på 0,5 ml hver	Ikke <1 måned	Ja, 1 dose mellom 12 og 15 måneders alder
Spedbarn, 3-5 måneder	2 doser på 0,5 ml hver	Ikke <2 måneder	med et intervall på minst 6 måneder mellom primærserien og påfyllingsdosen ^{b,c}
Spedbarn, 6-11 måneder	2 doser på 0,5 ml hver	Ikke <2 måneder	Ja, 1 dose i det 2. levedret med et intervall på minst 2 måneder mellom primærserien og påfyllingsdosen ^c
Barn, 12-23 måneder	2 doser på 0,5 ml hver	Ikke <2 måneder	Ja, 1 dose med et intervall på 12 til 23 måneder mellom primærserien og påfyllingsdosen ^c
Barn, 2-10 år, ungdom (≥11 år) og voksne ^d	2 doser på 0,5 ml hver	Ikke <1 måned	En påfyllingsdose bør vurderes hos personer ved fortsatt risiko for eksponering for meningokokksykdom, basert på offisielle anbefalinger

^a1. dose skal ikke gis tidligere enn ved 2 måneders alder. Sikkerhet og effekt hos spedbarn <8 uker er ikke fastslått, ingen tilgjengelige data finnes.

^bVed forsinkelse skal påfyllingsdosen gis senest etter 24 måneders alder.

^cBehov og tidspunkt for påfyllingsdoser er ikke fastslått.

^dIngen data for voksne >50 år finnes.

Tilberedning/Håndtering: Ved oppbevaring kan en fin off-white avleiring sees. Før bruk skal sprøyten ristes godt for å få homogen suspensjon. Vaksinen skal inspiseres visuelt mht. partikler og misfarging. Vaksinen skal kasseres ved observasjon av fremmedpartikler og/eller variasjon i fysisk utseende. Ikke anvendt legemiddel samt avfall bør destrueres i overensstemmelse med lokale krav. **Administrering:** Vaksinen gis ved dyp i.m. injeksjon, fortrinnsvis i anterolateral del av låret hos spedbarn eller i deltamuskelområdet av overarmen hos barn, ungdom og voksne. Skal ikke injiseres intravaskulært. Separate injeksjonssteder skal brukes ved administrering av flere vaksiner samtidig. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Vaksinerings skal utsettes ved alvorlig, akutt febersykdom. Ved mindre infeksjoner, f.eks. forkjølelse, skal vaksinerings ikke utsettes. Eget medisinsk behandling og tilsyn skal alltid være lett tilgjengelig i tilfelle anafylaktisk reaksjon etter administrering. Nervøse reaksjoner, inkl. besvimelse, hyperventilering eller stressrelaterte reaksjoner kan forekomme ved vaksinerings, som psykogen respons på injeksjonen (se Bivirkninger). Det er viktig å ha prosedyrer for å unngå skade som følge av besvimelse. Skal ikke gis ved trombocytopeni eller annen koagulasjonsforstyrrelse som kontraindiserer i.m. injeksjon, med mindre potensiell fordel uten tvil overgår risikoen. Beskyttelse vil ikke nødvendigvis oppnås hos alle vaksinerte. Vaksinen forventes ikke å gi beskyttelse mot alle sirkulerende meningokokkgrupper B-stammer. Temperaturøkning kan forekomme etter vaksinerings av spedbarn og barn (<2 år). Profylaktisk administrering av antipyretika samtidig med og rett etter vaksinerings kan redusere insidensen og intensiteten av febrile reaksjoner. Antipyretika skal brukes i tråd med lokale retningslinjer hos spedbarn og barn (<2 år). Individuer med svekket immunrespons, som enten skyldes immunsuppressiv behandling, en genetisk sykdom eller andre årsaker, kan ha redusert antistoffrespons ved aktiv immunisering. Immunogenisitsdata er tilgjengelig for individer med komplementdefekter, aspleni eller manglende milffunksjon. Individuer med arvelig betingede komplementdefekter og individer som får behandling som hemmer terminal komplementaktivering (f.eks. eculizumab) har økt risiko for invasiv sykdom forårsaket av N. meningitidis gruppe B, selv om de utvikler antistoffer etter vaksinerings. Ingen data fra bruk hos personer >50 år, og begrenset med data fra bruk hos pasienter med kroniske medisinske tilstander. Potensiell apnérisiko og behovet for respiratorisk overvåking i 48-72 timer må vurderes når primær immuniseringsserie administreres til svært premature spedbarn (født i ≤28. svangerskapsuke), og spesielt ved tidligere

respiratorisk umodenhet. Ettersom fordelene ved vaksinerings er høy for denne gruppen, skal vaksinerings ikke tilbakeholdes eller utsettes. Sprøyteheten kan inneholde naturgummilæte. Selv om risikoen for å utvikle allergiske reaksjoner er svært liten, skal nytte/risiko vurderes før administrering ved tidligere kjent lateksfølsomhet. Kanamycin brukes tidlig i produksjonsprosessen og fjernes senere i prosessen, og kanamycinivået i ferdig vaksine er <0,01 µg/dose. Sikkerhet ved bruk hos kanamycinsensitive personer er ikke fastslått.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Bexsero kan gis samtidig med følgende vaksineantigener, enten som monovalente eller kombinerte vaksiner: Difteri, stivkrampe, acellulær kikhoste, Haemophilus influenzae type B, inaktivert poliomyelitt, hepatitt B, heptavalent pneumokokk konjugat, meslinger, kusma, røde hunder, vannkopper og meningokokk gruppene A, C, W, Y konjugat. Immunresponsen på koadministrerte rutinevaksiner påvirkes ikke av samtidig administrering av Bexsero. Motstridende resultater er observert mht. respons på inaktivert poliovirus type 2 og pneumokokk konjugat serotype 6B, og lavere antistoffnivåer mot kikhosteantigenet pertaktin er også registrert, men dataene tyder ikke på klinisk signifikant interferens. Pga. økt risiko for feber, ømhet på injeksjonsstedet, endring i spisevaner og irritabilitet ved administrering sammen med ovenfor nevnte vaksiner, kan separat vaksinerings vurderes, hvis mulig. Profylakse med paracetamol påvirker ikke immunogenisiteten for Bexsero eller rutinemessige vaksiner. Virkningen av andre antipyretika er ikke studert. Samtidig administrering av Bexsero og andre vaksiner enn de som er nevnt ovenfor, er ikke studert. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Utilstrekkelige data. Mulig risiko for gravide er ukjent. Vaksinerings skal uansett ikke tilbakeholdes når det foreligger klar risiko for eksponering for meningokokkinfeksjon. Det er ikke funnet holddepunkter for toksisitet hos mor eller foster, og ingen virkninger på graviditet, morsatferd, fertilitet hos hunner eller postnatal utvikling hos hunnkaniner eksponert for ca. 10 x tilsv. humandose basert på kroppsvekt. *Amming:* Ingen tilgjengelig informasjon om sikkerhet hos kvinner og barn under amming. Nytte/risiko må vurderes før man beslutter å vaksinere under amming. Skadelige effekter er ikke observert hos vaksinerte morkaniner og deres avkom t.o.m. dag 29 med diegiving. Vaksinen er immunogen hos mordyr vaksinert før diegiving, og antistoffer er funnet hos avkom, men antistoffnivå i melk er ikke fastslått. *Fertilitet:* Ingen data. Fertilitetspåvirkning hos hunner i dyrestudier er ikke sett. **Bivirkninger: Spedbarn og barn (≤10 år):** Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Diaré, oppkast (mindre vanlig etter påfyllingsdose). Generelle: Erytem på injeksjonsstedet, feber (≥38°C), hevelse på injeksjonsstedet, indurasjon på injeksjonsstedet, irritabilitet, ømhet på injeksjonsstedet (inkl. alvorlige tilfeller definert ved gråt når injisert lem beveges). Hud: Utslett (barn 12-23 måneder, mindre vanlig etter påfyllingsdose). Nevrologiske: Somnolens, uvanlig gråt. Stoffskifte/ernæring: Spiseforstyrrelse. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Hud: Utslett (barn 2-10 år). Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Generelle: Feber (≥40°C). Hud: Eksem. Kar: Blekhet (sjelden etter påfyllingsdose). Nevrologiske: Konvulsjoner (inkl. feberkramper). Ukjent frekvens: Generelle: Reaksjoner på injeksjonsstedet (inkl. blemmer på/rundt injeksjonsstedet, nodul som kan vare i >1 måned og omfattende hevelse av vaksinert lår/overarm). Immunsystemet: Allergiske reaksjoner (inkl. anafylaktiske). Nevrologiske: Hypoton-hyporesponsiv episode, meningeal irritasjon (milde og forbigående symptomer som nakkestivhet eller fotofobi er sporadisk rapportert kort tid etter vaksinerings). **Ungdom (≥11 år) og voksne:** Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Generelle: Erytem på injeksjonsstedet, hevelse på injeksjonsstedet, indurasjon på injeksjonsstedet, malaise, smerte på injeksjonsstedet (inkl. alvorlige tilfeller definert ved manglende evne til å utføre normal daglig aktivitet). Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myalgi. Nevrologiske: Hodepine. Ukjent frekvens: Generelle: Feber, reaksjoner på injeksjonsstedet (inkl. blemmer på/rundt injeksjonsstedet, nodul som kan vare i >1 måned og omfattende hevelse av vaksinert lår/overarm). Immunsystemet: Allergiske reaksjoner (inkl. anafylaktiske). Nevrologiske: Meningeal irritasjon (milde og forbigående symptomer som nakkestivhet eller fotofobi er sporadisk rapportert kort tid etter vaksinerings), synkope eller vasovagal respons på injeksjon. **Overdosering/Forgiftning:** Begrenset erfaring. **Behandling:** Overvåking av vitale funksjoner og ev. symptomatisk behandling. **Egenskaper: Klassifisering:** Meningokokk gruppe B vaksine (rDNA, komponent, adsorbert). **Virkningsmekanisme:** Effekten er ikke evaluert i kliniske utprøvinger. Vaksinsens effekt er utledet gjennom påvisning av fremkalte bakteriedrepende serumantistoffresponser på vaksinsens antigener. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. Oppbevares i originalpakningen for beskyttelse mot lys. **Pakninger og priser:** 1 stk. (ferdigfylt sprøyte) kr 996,80.

Sist endret: 20.06.2019

Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 28.03.2019

Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på tlf. 22 70 20 00



GSK, Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo.
Telefon: 22 70 20 00. www.gsk.no
©2020. GSK group of companies or its licensors.
Trade marks are owned by or licensed to the GSK group of companies.

PM-NO-BEX-ADVT-190001. Desember 2019



.....fra spedbarnsalder til ungdomstid

Bexsero – vaksine mot smittsom hjernehinnebetennelse,
forårsaket av meningokokk serogruppe B

Indikasjon

Aktiv immunisering av personer ≥ 2 måneder mot invasiv meningokokksykdom forårsaket av *Neisseria meningitidis* gruppe B. Følgene av invasiv sykdom i forskjellige aldersgrupper samt variasjonen i antigenepidemiologi for gruppe B-stammer i forskjellige geografiske områder bør overveies ved vaksinerings. Se preparatomtale for informasjon om beskyttelse mot bestemte gruppe B-stammer. Brukes i samsvar med offisielle anbefalinger.

Refusjon

Meningokokk B-vaksine utleveres på §4 blåreseptforskriften til personer med nedsatt eller manglende miltfunksjon, med alvorlig medfødt eller ervervet komplementdefekt og til nærkontakter av personer med meningokokk B-sykdom.

Viktig sikkerhetsinformasjon

- Kontraindisert ved overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Beskyttelse vil ikke nødvendigvis oppnås hos alle vaksinerte. Vaksinerings skal utsettes ved alvorlig, akutt febersykdom.
- Temperaturøkning kan forekomme etter vaksinerings av spedbarn og barn (< 2 år). Profylaktisk administrering av antipyretika samtidig med og rett etter vaksinerings kan redusere insidensen og intensiteten av febrile reaksjoner.
- Hos spedbarn og barn (yngre enn 2 år) var ømhet og erytem på injeksjonsstedet, feber og irritabilitet de vanligste bivirkningene. Hos ungdom og voksne var smerte på injeksjonsstedet, sykdomsfølelse og hodepine de vanligste bivirkningene. Individuer med svekket immunrespons pga. immunsuppressiv behandling, en genetisk sykdom eller andre årsaker kan ha redusert immunrespons ved bruk av Bexsero.
- Det foreligger ikke tilstrekkelige kliniske data på bruk under graviditet. Vaksinerings skal uansett ikke tilbakeholdes når det foreligger klar risiko for eksponering for meningokokkinfeksjon.

Les preparatomtale før forskrivning!



BEXSERO
Vaksine mot meningokokk B

RELIS

Nord-Norge: 77 75 69 98
 Midt-Norge: 72 82 91 10
 Sørøst-Norge: 23 07 55 00
 Vest-Norge: 55 97 53 60
www.relis.no

Regionale legemiddelinformasjonssentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsentavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøyter og kliniske farmakologer og besvarer spørsmål fra helsepersonell om legemiddelbruk. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens lesere.

Spørsmål om biologiske legemidler

Stadig flere biologiske legemidler kommer på markedet og RELIS mottar jevnlig henvendelser knyttet til disse. Her har vi plukket ut noen eksempler. Ved søk på www.relis.no kan du finne svar på en rekke spørsmål knyttet til dette spennende feltet.

Betegnelsen «biologiske legemidler» viser til at virkestoffene er fremstilt av levende organismer, vanligvis bakterier eller dyreceller. Disse legemidlene skiller seg fra de konvensjonelle, syntetiske legemidlene blant annet ved at molekylene er større og mer komplekse, og at den molekylære strukturen kan variere grunnet naturlige variasjoner i produksjonsprosessen.

De biologiske legemidlene ble tradisjonelt tilvirket ved opprensning av biologisk materiale fra dyr eller mennesker. Eksempler er vaksineproduksjon i starten av 1900-tallet og utvinning av insulin fra bukspyttkjertelen til svin fra 1920-tallet. Fra

1980-tallet har rekombinant DNA-teknologi gjort seg gjeldende som et verktøy i legemiddelutviklingen, og dette er nå den dominerende metoden.

De siste 20 årene er det innen den sistnevnte kategorien lansert et stort antall legemidler som er monoklonale antistoff, der virkestoffene har fått navn som ender på «-mab». Disse legemidlene har fått en svært stor, og økende, betydning innenfor stadig nye fagfelt.

Vi ser i henvendelser til RELIS at det er mange spørsmål knyttet til disse legemidlene. Mange spørsmål er knyttet til bruk under graviditet og amming. RELIS skrev

derfor i fjor en artikkel der dette omtales (1). Under har vi klippet inn tre nylige saker fra RELIS og våre svenske kollegaer i ULIC i Uppsala (oversatt), som illustrerer noen grunnleggende aspekter som er relevante i bruken av biologiske legemidler: Hvordan omsettes egentlig de legemidlene som er monoklonale antistoff i kroppen? Hva ligger i uttrykket «biotilsvarende» legemidler? Og hva med vaksiner til pasienter som står på et immunsupprimerende biologisk legemiddel?

Vi håper dette er noen nyttige innspill i arbeidet med å holde oversikt i dette raskt voksende feltet. Om det er konkrete problemstillinger du står i som behandler, er selvsagt RELIS tilgjengelig for videre rådslagning og rådgivning.

REFERANSER

1. Widnes S, Erdal H. Biologiske legemidler ved graviditet og amming – en oppdatering. Norsk Farmaceut Tidsskr 127(5): 27–9.

Infliksimumab og samtidig vaksiner

RELIS database 2020; spm.nr. 13940, RELIS Vest. (www.relis.no)

SPØRSMÅL

Allmennlege spør angående en pasient som får infliksimumab grunnet inflammatorisk leddsykdom. Det skal da ikke gis levende vaksiner. I forbindelse med reise anbefales boosterdose av vaksine mot difteri, stivkrampe, kikhoste og polio, for eksempel Boostrix Polio. Er dette OK?

SVAR

Boostervaksinasjon mot difteri, stivkrampe, kikhoste og polio inneholder kun inaktiverte (ikke-levende) vaksinekomponenter (1a). Slike vaksiner (Boostrix Polio,

Repevac, Tetravax) kan altså gis til pasienter som behandles med immunsuppressive legemidler, som infliksimumab. Vi har ikke funnet informasjon om noen spesielle forholdsregler.

Generelt gjelder at inaktiverte (ikke-levende) vaksiner ikke innebærer noen økt risiko for pasienter med nedsatt immunforsvar, men effekten av vaksinene kan bli mindre enn hos immunfriske. Responsen mot difteri-, tetanus- og inaktivert polio-vaksine oppgis imidlertid ofte å være god (1b). Det er holdepunkter for at biologiske

legemidler kan føre til dårlig respons på vaksiner, men kunnskapen om det er begrenset. Mistanke om risiko for dårlig vaksinerespons utgjør ikke kontraindikasjon mot en vaksine som er indisert (1c).

REFERANSER

1. Folkehelseinstituttet. Vaksinasjonsveilederen for helsepersonell (Vaksinasjonsboka). a: Immunitet og hvordan vaksiner virker (Sist oppdatert: 17. oktober 2019), b: Vaksinasjon ved immunsvikt (Sist oppdatert: 19. februar 2020), c: Vaksinasjon og samtidig bruk av andre legemidler (Publisert: 5. februar 2018). www.fhi.no/

Metabolisme og utskilling av infliksimab, vedolizumab og ustekinumab

RELIS svensk database 2020; spm.nr. 386, RELIS ULIC. (www.relis.no)

SPØRSMÅL

Hvordan metaboliseres og utskilles infliksimab (Remicade), vedolizumab (Entyvio) og ustekinumab (Stelara)? Behøver man å redusere dosen ved nedsatt nyrefunksjon?

SVAR

Oppsummering

De aktuelle legemidlene tilhører gruppen monoklonale antistoffer. De er alle for store til å filtreres og utskilles via nyrene. Det foreligger derfor ingen generelle anbefalinger om dosejustering ved nedsatt nyrefunksjon. Disse legemidlene elimineres i stedet hovedsakelig via lysosomal nedbrytning i cellene, der de omdannes til peptider og aminosyrer. Det forekommer store forskjeller i eliminasjonshastighet, både mellom og innen individer, og det kan derfor være behov for å individualisere behandlingen med hjelp av konsentrasjonsmålinger av både legemiddel og antistoffer mot legemidlene (såkalte autoantistoff).

Bakgrunn

Infliksimab (Remicade), vedolizumab (Entyvio) og ustekinumab (Stelara) tilhører gruppen monoklonale antistoffer (MAb) av typen IgG, men virkningsmekanismen skiller seg ved at de bindes til ulike målproteiner (henholdsvis TNF-alfa, $\alpha 4\beta 7$ -integrin og interleukin 12/23) (1–3). Alle er de såkalte biologiske legemidler, men til forskjell fra mange andre legemidler som er små molekyler, er monoklonale antistoffer for store til å kunne filtreres og utskilles via nyrene.

IgG-antistoffer elimineres hovedsakelig via lysosomal nedbrytning i cellene der de omdannes til peptider og aminosyrer. Transporten inn i cellene skjer via pinocytose, uspesifikk endocytose eller via reseptormediert endocytose. Sistnevnte kalles også for «target-mediated drug disposition», hvilket betyr at selve bindingen til målproteinene også utgjør en eliminasjonsvei. Ettersom antallet målprotein ofte er begrenset, kan den reseptormedierte endocytosen nå et metningspunkt, noe som gjør at disse legemidlene ofte utviser en ikke-lineær farmakokinetikk, der eksponeringen øker mer enn proporsjonalt med økende dose (4–6).

Denne typen legemidler utviser stor variabilitet i eliminasjonskapasitet (clearance, CL), både mellom individer og innad i samme individ over tid. Dette medfører at samme dose kan resultere i svært varierende legemiddelkonsentrasjoner, og dermed variasjon i effekt og bivirkninger. Noen faktorer som er

vist å påvirke eliminasjonen av monoklonale antistoffer er for eksempel pasientens sykdomsaktivitet (økt CL med økt sykdomsaktivitet), antistoffdannelse (økt CL med økte nivåer av antistoffer), kroppsvekt (økt CL med økt kroppsvekt), albuminnivåer (økt CL ved lavere albuminnivåer), og samtidig behandling med immundempende legemidler (redusert CL ved samtidig immundempende behandling) (4–6).

Fordi man i studier har vist at det finnes en klar sammenheng mellom konsentrasjonen av legemiddelet i serum og den biologiske effekten, kan behandlingen optimaliseres hos den enkelte pasient gjennom å dosere ut fra målte legemiddelkonsentrasjoner (5, 6).*

* For repertoar i Norge: se www.farmakologiportalen.no

REFERANSER

1. www.fass.se Remicade, (hentet 20-06-02)
2. www.fass.se Entyvio, (hentet 20-06-02)
3. www.fass.se Stelara, (hentet 20-06-02)
4. Clinical Pharmacokinetics of Therapeutic Monoclonal Antibodies, R Keizer et al, Clin Pharmacokinetics 2010.
5. Pharmacokinetics of Monoclonal Antibodies, JT Ryman and B Meibohm, CPT Pharmacometrics Syst. Pharmacol. 2017.
6. Tutorial on Monoclonal Antibody Pharmacokinetics and Its Considerations in Early Development, M Ovacik and K Lin, Clin Transl Sci, 2018.

Hva betyr bioekvivalent legemiddel?

RELIS database 2020; spm.nr. 8268, RELIS Midt-Norge. (www.relis.no)

SPØRSMÅL

Hva betyr det at et legemiddel er bioekvivalent med et annet?

SVAR

To legemidler er bioekvivalente når biotilgjengeligheten er så lik at effekt og sikkerhet i det store og hele er den samme (1). For et generisk (likeverdig) legemiddel settes på byttelisten, som apotekene benytter, vurderer Statens legemiddelverk om legemidlene er bioekvivalente og medisinsk likeverdige. Bioekvivalensundersøkelser utføres etter et europeisk regelverk. En vanlig undersøkelse foregår ved at to grupper forsøkspersoner vekselvis får doser av originallegemiddel og generisk legemiddel. Blodprøver som analyseres på innhold av legemiddel brukes til å beregne ulike farmakokinetiske verdier. De vanligste verdiene er: AUC (areal under tidskonsentrasjonskurven), Cmax (maksimal konsentrasjon etter en dose), Tmax (tid fra inntak

av dose til Cmax oppnås) og Cmin (minste konsentrasjon etter en bestemt tid) (2, 3).

Bioekvivalens foreligger når det er 90 prosent sannsynlighet for at forholdet mellom gjennomsnittsverdiene for AUC og Cmax ligger innenfor 0,8–1,25. I spesielle tilfeller kan kravene justeres, som ved smalt terapeutisk vindu og ved stor individuell variasjon (< 30 prosent) (2, 3).

Biotilsvarende legemiddel er et biologisk legemiddel tilnærmet likt et tidligere godkjent biologisk legemiddel. Dette sikrer at det er samme molekyl, sammensatt av samme aminosyresekvens, men ikke nødvendigvis at molekylstrukturene er fullstendig like. Produksjons- og opprensningsmetoder kan medføre ulik struktur mellom originalen og det biotilsvarende legemidlet, som kan medføre ulik virkning. Dette gjelder også ved endret produksjon av originallegemidlet. I de fleste tilfeller er det ikke forventet at immunogenisiteten vil være vesentlig annerledes for de biotilsvarende enn for de

originale produktene, men dette må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Alle biotilsvarende legemidler er underlagt særlig overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig (4).

Konklusjon

Bioekvivalens foreligger når det er 90 prosent sannsynlighet for at forholdet mellom gjennomsnittsverdiene for AUC og Cmax ligger innenfor 0,8–1,25.

REFERANSER

1. Statens legemiddelverk. Oppdatert informasjon om bytte av biologiske legemidler i apotek. <https://legemiddelverket.no/> (Publisert: 31. mai 2017).
2. Nitteberg-Sørensen B, Madsen S. Bioekvivalens og medisinsk likeverdighet. Nor Farmaceut Tidsskr 2009; 38(2): 17–8.
3. Madsen S, Nitteberg-Sørensen B et al. Byttelisten – et legemiddelpolitisk verktøy. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 837–9.
4. Roland PDH, Spigset O. Biotilsvarende legemidler – indikasjoner og byttbarhet med infliksimab som eksempel. www.relis.no. (Publisert: 7. mai 2014).

TROND TRÆTTEBERG SERKLAND
konstituert overlege i klinisk farmakologi, RELIS Vest

TINA BAKKEBØ
cand.pharm og rådgiver, RELIS Vest

I den lyriske stafetten vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydd noe for dem, enten i arbeidet eller i livet ellers. Den som skriver får i oppdrag å utfordre en etterfølger. Slik kan mange kolleger få anledning til å ytre seg i lyrikkspalten.

Velkommen og lykke till  Tove Rutle – lagleder

Vent og se...

Jeg vokste opp i en søskenflokk som nummer fem av sju. Far var lege og når vi var syke eller hadde vondt et sted, fikk vi alltid høre; – vent og se, det går over. Det kunne være ganske irriterende der og da, men etterhvert var det i grunnen det vi gikk for å høre. Det var et håp, en forhåpning om at ting skulle bli bedre, det ville ordne seg; – vent og se, det går over. Jeg fikk nylig tilsendt dette diktet fra en ung poesivenn. Jeg ble veldig berørt, mer enn noen gang venter vi på at ting skal gå over, at alt vil bli bedre. Den som venter har ikke gitt opp. Det er skrevet av Linda Klakken og er avslutningsdiktet i hennes skjønnlitterære debut *Mamma, kone, slave*, 2013. Jeg er glad for å kunne dele det med dere her i *Utposten*. Hilsen fra Kari Ersland, og jeg sender stafettpippen videre til en ung og poesiglad kollega; Marie Sollie Slaattebræk

Hilsen fra KARI ERSLAND

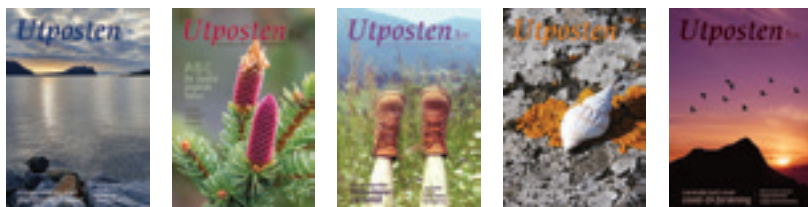
jeg venter

jeg venter på at sola skal stå opp
og jeg venter
på en kjærlighet som er større
enn politikk og religion
på at noen skal oppdage
at et menneske er et menneske
og strekke ut ei hånd
og jeg venter
på at noen skal gjøre plass
til homseponkeren på T-banen
og jeg venter
på riksvåpenet
at løven skal strekke på beina
og brøle
og jeg venter
på psykiaterne
som mener at angsten for å bli forlatt
er en god grunn til å ta seg sammen
og jeg venter
på at Pave Frans skal sette seg ned
og holde kjeft
og jeg venter
på usynlige landegrenser
for de som trenger en pause
fra bomberegnet
og jeg venter, sa jeg det
på en større kjærlighet
jeg venter på en ny sjanse
og jeg venter
på det faderlige klappet
fra den gamle universitetsprofessoren
som nylig spytta etter meg
og jeg venter på det stille regnet
etter lyn og torden
og jeg venter
på at noen skal gripe mikrofonen
og jeg venter
på bevis for at din Gud virkelig
elsker alle barna
min Gud spiller Bach
og elsker hagefester
og jeg venter
på at han fyren som sitter
sammenkrøket
i et smug bak Slottet
skal få et ledig værelse
og jeg venter

på en større kjærlighet
sa jeg det?
og jeg venter utenfor Perleporten
og jeg venter
i suppekøen utenfor Blå Kors
og jeg venter
på at Margreth Olin
skal komme til makta
og dele ut hester til kidsa
i de fattige strøka i byen
og jeg venter
på at noen skal reise seg
når andre ligger
og blør i hjel
utenfor en homseklubb
og jeg venter
på et vennlig skuldertrekk
og jeg venter
på at Buddha skal ombestemme seg
og snakke om noe annet enn lidelse
og jeg venter
på at stormen skal legge seg
og jeg venter på å sette seil
mot et litt bedre sted
og jeg venter
på at noen skal gi lillebroren min
en sjanse
og jeg venter
på at fuglesangen skal overdøve
maskinene
og på at Charlie Chaplin
skal stå opp fra de døde
og sparke oss i ræva
og jeg venter
på den hellige dagen
da vi forstår at det er forskjell
på dyr og mennesker
og jeg venter
på at de som sprer frykt
skal gå i seg selv
og tenke på
hvem vil de være
for lyset kan bli blåst ut
når som helst
og jeg venter
på at noen skal smadre
det jævla skapet

og sette fyr på det
og se det brenne
en gang for alle
og venter på
at en homofil gutt på 11 år
i Springfield, Massachusetts
skal ombestemme seg
og fjerne kabledningen
han har strammet til rundt halsen
det var ikke din feil, Carl Joseph
Hoover-Walker
og jeg venter
på at Wenche Foss
skal våkne til live
og springe ut i omfavnelser
utenfor Nationaltheatret
og jeg venter
på at noen skal rekke opp hånda
og jeg venter
på en smellvakker transvestitt
som kan lære meg å sminke meg
og jeg venter
på at noen skal spille om igjen
et lykkelig øyeblikk
i barndommen til en junkie
og jeg venter
på en gul og fiolett morgen
og jeg venter
på at selvfølelsen
skal falle ned i hodene
på de skeive ungdomsskolejentene
først som en varm regndråpe
og siden et helt styrtregn
og jeg venter på at noen skal skrive
SKEIV ER DET NYE STREIT
på en post it-lapp
og feste den på ryggen til
Nina Karin Monsen
og jeg venter
på at de første snøklukkene
skal overdøve brølet fra motorveien
og jeg venter
på at noen skal plukke dem
og gi dem til en streiting
eller en skeiving
og ikke noe mer

LINDA KLAKKEN



Utposten

annonseinfo 2021

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin har et opplag på 2000 og utkommer sju ganger årlig med dobbelt julenummer. Åtte primærleger er redaktører.

ABONNEMENT: Kr 650,- i året

TEKNISK

ANNONSEANSVARLIG: Tove og Karianne Rutle

RMR, Sjøbergvn. 32, 2066 Jessheim

☎ 913 08 747 ✉ karianne.rutle@gmail.com | rmrtove@online.no

MATERIELL:

Elektronisk (e-post/07 filoverføringstjeneste, se: www.07.no)

FORMAT: A4, 210 x 297 mm + 3 mm for utf. helside

SATSFLATE: 185 x 249,5 mm 3 spalter

TRYKKERI: 07 Media, Aurveien 14, 1930 Aurskog. www.07.no

KONTAKTPERSON: Morten Hernæs ☎ 916 98 412 ✉ morten.hernaes@07.no

UTGAVE	BESTILLINGSFRIST	MATERIELLFRIST	UTSENDELSE
①	20. januar	3. februar	15. februar
②	24. februar	10. mars	22. mars
③	26. mars	14. april	26. april
④	19. mai	2. juni	14. juni
⑤	18. august	1. september	13. september
⑥	29. september	13. oktober	25. oktober
⑦/⑧	3. november	24. november	6. desember

ANNONSEINFO

FORMAT		MÅL	MÅL UTF.	4-FARGER	S-HV
1/1		185 x 238,2	210 x 297*	12 000,-	6 900,-
4. omslag		-	210 x 237*	16 000,-	-
2/3	↕	122 x 238,2	136 x 297*	10 000,-	6 100,-
1/2	↔	185 x 122	210 x 147,5*	8 100,-	4 300,-
1/3	↕	59 x 238,2	73 x 297*	7 400,-	3 700,-
1/3	↔	185 x 92	210 x 117*	7 400,-	3 700,-
1/4	↔	185 x 61	210 x 87*	6 500,-	2 800,-

* +3 mm for utfallende alle sider

BILAG: Pris ved forespørsel.

RABATT: Annonsebestilling i hver utgave – siste annonse gratis.

WEB

annonser på Utposten's nettsider

FORMAT OG PLASSERING

Annonse vil vises gjennomgående på alle sider på utposten.no.

Ta kontakt for info vedrørende formater og plassering.

STANDARDPRIS

- Standardrullering (visningsperiode er fra utleggingsdato for utgave av Utposten og to måneder onlinetid): 3500,- ekskl. mva pr. annonse
- Ta kontakt for andre visningsalternativer

For å nå ut til flest mulig lesere kan det være en god kombinasjon å ha annonser både på nettet og i papirutgaven av tidsskriftet.

DATO FOR UTLEGGING PÅ NETT:

- 20.12.2020: 8-2020
- 1.2.2021: 7-2020
- 12.4: 1-2021
- 18.5: 2-2021
- 21.6: 3-2021
- 9.8: 4-2021
- 15.11: 5-2021
- 6.12: 6-2021
- 13.12: 8-2021
- 31.1.2022: 7-2021

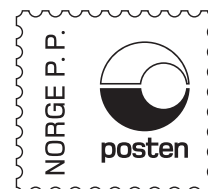
WEB ANNONSEANSVARLIG:

Karianne Rutle

☎ 913 08 747

✉ karianne.rutle@gmail.com

WWW.UTPOSTEN.NO



Avsender:
RMR Utposten
Sjøbergveien 32
2066 Jessheim



Ødelegger
rusmidlene
livskvaliteten?

Nå kan du få hjelp til å snakke om det

Legeforeningen, Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) og Trasoppklinikken har opprettet et hjelpetilbud til leger med rusproblemer. Målet er å kartlegge legens ruslidelse og psykiske helse, for deretter å komme med forslag til videre behandling.

Er du lege med et rusproblem, eller er du pårørende til en?

Da kan du ta direkte kontakt med Shahram Shaygani, 920 51 842 / s.shaygani@trasoppklinikken.no eller Anders Gaasland, 924 24 324 / a.gaasland@trasoppklinikken.no.

Henvising er ikke nødvendig. Dere avtaler konsultasjonstid så raskt som mulig, og du får tilbud om 1 til 5 gratis samtaler ut fra en individuell vurdering. Dekning av reiseutgifter for leger som kommer til samtale skjer etter fastsatte satser.



Støttekollegaordningen
DEN NORSKE LEGEFORENING