OVERLEGEN

DESEMBER | 2017

4

Tema:
Seier i Arbeidsretten
Tidspress

5

16

23

47

3 Kjære kolleger
4 Vi vant, vi vant
5 Ta tiden på meg
6 Dommen - et viktig skritt på veien
8 Bent Høie: Fortsatt mye ugjort
11 Har vi solgt vernebestemmelser for sølvpenger?
12 «Haukugla»
14 Utvikling i arbeidstid i samfunnet
15 Arbeidslogg for en invasiv kardiolog en onsdag i november
16 Plunder og heft
18 Direkte pasientarbeid
22 Erfaringer vedrørende pakkeforløp
23 Tid til veiledning
24 Tid til veiledning innen indremedisinske fag
25 Ny spesialistutdanning for leger: Veien dit, og tilbake igjen...
28 Veiledning i endring?
28 Engangsstønad ved død fra SOP – også etterlatte etter sykehusleger kan ha rett
29 Veiledning i spesialistutdanningen
31 Saman om framtidas utfordringar
34 Overlæger efterlyser læger i ledelsen
36 - De svake kan tape kampen om helsekronene
38 Dette er den nye Helse- og omsorgskomiteen
40 Krav om tilbakebetaling av lønn
42 Når pasientene krever erstatning
44 Samordning av offentlig tjenestepensjon med alderspensjon fra folketrygden
45 Vinner av Akademikerprisen 2017: Når pasienten kan hackes
48 Forfatterdebutant bryter tabu
51 Kokostopper med dansk vri
51 Bokomtaler
54 FaMe: Kjernejournalen - nytte og utfordringer

Forsidebilde: Vintertid | ***Frist for innlegg til neste utgave 15.01.2018***

Bladet foreligger i nettutgave på foreningens nettside der alle lenker er direkte tilgjengelige

Norsk overlegeforening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Utgiver:
Norsk overlegeforening
Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo
Telefon 23 10 90 00 /
Fax 23 10 91 50
of@legeforeningen.no
www.legeforeningen.no /
overlegeforeningen

Redaktør:
Arild Egge
E-post: arild.egge@ous-hf.no

Redaksjonskomité:
Jon Helle, Arne Laudal Refsum og Edith Stenberg.

Annonser:
Media-Aa Marketing
Postboks 240, 1401 Ski
T: 64 87 67 90/ 900 43 282
arne@aamedia.no

Foto:
Jon Helle, Edith Stenberg, Thomas Barstad Eckhoff, privat, Scanpix, Shutterstock

Forsiden:
Shutterstock

Opplag:
10.000 eks.

Grafisk produksjon:
Merkur Grafisk AS
Postboks 25, Kalbakken, 0901 Oslo

SVANEMERKET
Trykksak
2041 0672

Merkur Grafisk er godkjent som svanemerket bedrift.

Copyright - Gjengivelse av innhold er kun tillatt med skriftlig tillatelse fra forfatter(e) og redaksjon

Kjære kolleger

Det skal ikke være tvil om hva som er den viktigste hendelsen siden forrige utgave, i denne årgangen eller for den sakens skyld - på mange år: Seieren i Arbeidsretten 6. november. Dommen slo fast at Rikslønnsnemnda ikke kunne videreføre de ulike unntakene om arbeidstid, mot Legeforeningens vilje. Streiken kom derfor i et helt nytt offentlig lys og det var en seier for det kollektive vernet fagforeningene har arbeidet for det siste hundreåret. At Legeforeningen «tok kampen» og fikk støtte fra alle andre forbund og foreninger har vakt offentlig oppmerksomhet og tjener samholdet til gode. Det ble en markering av hvor grensen går og i den grad arbeidsgiversiden var i tvil så ble den kjent med det. Individuelle avtaler er ønsket først og fremst av *arbeidsgiver* som under et skinn av at dette er «unikt» og individuelt tilpasset den enkelte ansattes behov, får planlagt bemanningen slik det blir *billigst*. Arbeidsretten sier altså at Rikslønnsnemnda ikke kan tillate Spekter å gjøre det de aller helst vil – å få aksept for kontraktsforhandlinger med én og én av oss. Dommen er i større detalj kommentert behørig i denne utgaven.

Ellers er tema denne gang «den tapte tid» – i en mer *konkret* betydning enn hos Proust. For i vår hverdag finns konkrete tidstyver og jeg har mange ganger tidligere vist til de studier som viser at tiden som medgår til dokumentasjon øker jevnt, på bekostning av pasienttid – noe som burde være en uønsket utvikling. Fordi vi f eks i fjorårets «julenummer» fokuserte på den teknologiske utviklingen og pekte på de vanvittige utviklingsmuligheter som ligger foran eller rett rundt hjørnet, syns vi det var jordnært og presist det Kvistad skrev i Dagens medisin om «Plunder og Heft», som gjengis her. Vi har nemlig betydelige problemer før vi kommer så langt at vi trer inn i den moderne digitaliserte medisinen der tid og rom ikke lenger setter grensene – for å si det slik. I det daglige er arbeidsdagen temmelig fjernt fra det vi har i våre hjem av tidsriktig digitalt leketøy. *Vår* virkelighet er preget av Windows 7 - etter en oppgradering – rett og slett fordi så mange kliniske applikasjoner er såpass mye eldre at de ikke tåler nyere plattformer. I tillegg kommer et grunnleggende mangelfullt IKT-vedlikehold. Det er klart at ledelsen ikke *kan* våge å interessere seg for å kartlegge omfanget av hva all daglig plunder og heft betyr i penger, tapt arbeidstid og mindre pasientarbeid.

Det er klart at den gangen vi gikk over fra papirjournal og «bladfilm» til digitaliserte versjoner av både journal og bilder, så skjedde det noe radikalt nytt! Bare tenk på at en journal kom fra arkivet tidligst neste dag og bilder kom i tunge konvolutter som også krevde en eller annen form for lystavle. Men, etter dette har vi ikke opplevd særlig store «sprang», er min påstand. Jeg vil vel heller si at vi har stått stille, fått nye systemer som ikke snakker sammen eller er så omstendelige at det man før gjorde effektivt unna, må læres på nytt og krever superbrukere – innen rekkevidde. Vi har avansert utstyr på operasjonsstuer, intensiver og laboratorier – men det vi bruker til dokumentasjon, rekvisisjon, prøvesvarhåndtering osv er 90-talls og fullt av kontraintuitivitet og meningsløse ordsalater som gjør at man tenker dette vel også skal egne seg for bruk i skatteetaten eller annet offentlig byråkrati?

En annen tidstyv er et *økende internt byråkrati,* som lenge opererte i utkanten av faget og rundt deg på alle kanter. En stund tok man det for gitt at det ikke ville ete seg inn i selve faget, ti det lå naturlig utenfor hva byråkratiet kunne/skulle beherske. Men - bevares hvorfor så naiv? I det siste året har flere anledninger gjort meg oppmerksom på at dette ikke er noen naturlig grense, «Byråkratitis» (O H Iversen) er en smittsom sykdom som ikke kjenner grenser, og en kan derfor ikke undre seg over det grenseoverskridende heller i dette tilfellet. Dersom byråkratiet skal jobbe side om side på linje med fagfolkene – med deres saker og tema, kan det jo hende at eksperten ikke trengs lenger og det hele blir en meningsløshet?

Digitaliserte journaler som ikke oppleves bedre enn skrivemaskin og papir, budsjett som aldri kommer i mål og hvert år ender i investeringsstopp slik at nytt utstyr som «Robot» i 2017 framstår som en barnslig, uoppnåelig drøm – og et byråkrati som tar fra deg avgjørelsene dine – er kanskje ikke *det* det offentlige helsevesenet trenger nå i en globalisert helseverden med et raskt voksende privat tilbud og politikere som lar pengene følge pasienten? Det må en loftsrydding til i vårt offentlige helsevesen og blant våre politiske og byråkratiske ledere. ●

» Av Overlegeforeningens leder **Jon Helle**

Foto: Thomas Barstad Eckhoff

Vi vant, vi vant

Vi kjempet for noe vi hadde kjært, som vi var i ferd med å miste.
Vi streiket for det kollektive vernet, fordi vi måtte, men ble stoppet.
Vi gikk til Arbeidsretten.
Vi visste vi hadde gode juridiske poeng.
Vi satt der i fire dager og lyttet, og reiste oss i respekt for retten.
Vi støttet våre som sto i ilden.
Vi hadde mange med oss, som håpet på seier, men ikke turte tro.
Vi hadde en tro som aldri forsvant.

Vi vant. Det kollektive vernet seiret. Dommen er endelig og kan ikke ankes.

Vi takker dommerne for en grundig og modig dom.
Vi takker dem som streiket og tok belastninger på vegne av oss alle.
Vi takker dem som ikke streiket, men som drev sykehusene og støttet på så mange vis.
Vi takker våre støttespillere i alle fagforeninger og lag.

Vi vil jobbe videre for at dommen skal få konsekvenser i arbeidslivet.
Vi vil vekk fra stadige konflikter.
Vi vil jobbe for likeverdigheten mellom partene.
Vi vil ta ansvar for de beste løsningene på partenes utfordringer.
Vi vil stå skulder ved skulder med fagorganiserte i dette land.

Vi er blitt et stort vi. Et fellesskap. Et arbeidsfellesskap på tvers.

Vi vil jobbe med pasientene.

Takk til alle som vil legge sin flid i å bli med på den nye veien som dommen har skapt muligheten for.

Ta tiden på meg

Det er ikke mye erfaring vi mennesker har til felles, om man ser bort fra været og tiden. Derfor snakker vi knapt om annet, uten at vi egentlig merker det.

» Av **Arne Berggren**, forfatter og tv-produsent

Det vil si, vi pludrer om det vi fyller tiden med - hvor lenge det er til noe eller siden sist, hvor fort tiden går, eller hvordan sekundene kan slepe seg av gårde - vi snakker om ferier og avspasering og køkultur og matvarehandling og rushtrafikk og bilkjøring og matlaging og hvordan det er å bli eldre eller hvordan det var å være ung. Vi tar oss tid og vi sparer tid, og lengter litt tilbake til før i tiden eller drømmer oss inn i fremtiden. Men tiden er relativ. Det er derfor vi i det hele tatt er i stand til å snakke om den, tror jeg. Eller orker. Vi opplever den forskjellig, og det fins jo forskjell på tid - dårlig tid, kjenner vi alle, og drømmer innerst inne om kvalitetstid. Dårlig tid, å løpe fra det ene til det andre, er i ferd med å bli lavstatus. Eliten prioriterer familie og venner, sitter ikke og sjekker mailen på trikken eller i bilen, men kobler seg av i ovale weekender med langsom mat og dype samtaler, hva nå enn det er for noe - det er oppmerksomt nærvær som gjelder, lære av dyrene, ikke flakking med blikk og telefoner og personsøkere som vibrerer lydløst i innerlommer, krysspress og småløping mellom møter er blitt ustilig. Men det merkelige er at jo mer tid du har, desto dårligere tid får du. Eldre mennesker, gjerne med én fot i graven, tar seg veldig god tid, prater og prater og legger beslag på tiden din. Yngre derimot, er hele tiden på farten, vekk fra alle eldre.

Det som kjennetegner mennesker med dårlig tid, er pussig nok at de rekker mye. Samtidig skulle de ønske at de rakk mer. Jeg har aldri møtt noen som føler at de har akkurat passe nok med tid. Tiden er hele tiden et problem - allerede som liten begynner voksne å ta tiden på deg, og av en eller annen grunn lar du deg lure til å sprinte ned i kjellere og ut i postkasser eller bort i butikken og tilbake igjen, uten å avsløre at sluttiden bare er jug de voksne finner på i farten - det ble nøyaktig 137 sekunder, sier de, og du er fornøyd, uten egentlig å ha noe å sammenlikne med - man benchmarker ikke som syvåring, det er noe man blir utsatt for senere, når noen premissleverandører ønsker å se hva du får ut av tiden som bare går og går.

En god venn av meg har alltid vært flink til å prioritere. Hver helg har han dratt på turer med barna, i skog og mark, i kano, på sykkelferier, tindbestigning, klatrevegger, teatersport, kor, korps, interrail - han har kort sagt vært irriterende flink til å prioritere de tingene som er viktige i livet; familie, høytlesning, fingermaling, trolldeig og kvalitetstid i huet og ræva. Når han en sjelden gang lar seg lokke ut for en kaffe eller pils, kan han ikke brukes til annet enn å produsere skyldfølelse hos resten av gutta. Jeg har i grunnen tenkt at han lever det perfekt balanserte liv, at var det én som kunne legge seg ned og dø, vel vitende om at han hadde gjort alt det riktige og vært så inn i helvetes tilstede i hvert sekund av kvalitetstidslivet sitt, så var det ham. Hva skulle du ønske du hadde gjort annerledes i livet, spurte jeg ham en gang, nærmest for å få tiden til å gå, og det var da han så på meg med triste øyne og sa at han så gjerne skulle vært mer sammen med barna.

Så der har du det; kvalitetstid er som heroin - etter en stund slutter den å virke. Jo mer kvalitetstid du har, desto dårligere samvittighet får du. Jeg dømmer utfra et veldig svakt empirisk grunnlag, det vet jeg, men er det ikke frydefull tanke, dette at de som er flinkest til å gjøre de riktige greiene med pølser på spidd og pinnebrød og kanodritt, de plages av skyldfølelse de også, kanskje til og med i større grad enn oss andre stressa unnasluntrere. Mulig de mangler vår evne til å gi helt faen?

Kan hende det beste du gjør for mentalhygienen din er å prokrastinere, fortrenge eller være så travel at du blir så nummen og stressa og ikke merker noe som helst og lar deg plage av skyldfølelsen? Kanskje det kommer noe som representerer det motsatte av mindfullness? Mindlessness? En teknikk som hjelper oss å kvitte oss med det fordømte nuet, disse slitsomme øyeblikkene fullt av nærvær og skyldfølelsen du får ved ha tid til å gruble på om du ikke kunne vært enda mer nærværende? Ja, la oss lære av dyrene, da. De blåser i oppmerksomt nærvær, men svinser rundt uten mobil, klokke eller selvhjelpsbøker til de faller utfor en skrent, blir kjørt ned på E6 eller henger på en krok hos Gilde. ●

DOMMEN – et viktig skritt på veien

Seieren i Arbeidsretten er ikke bare en merkestein i kampen for godt kollektivt vern, men også en ny mulighet for partsforholdet. Retten satte en grense, men kom ikke med løsningen. Mye eller lite gjenstår, avhengig av hva partene gjør før en eventuell ny behandling i Rikslønnsnemnda.

» Av **Jon Helle**, leder Overlegeforeningen

For å forstå alvoret i kampen som har vært kjempet, må man gå tilbake til en vesentlig side ved konfliktens opphav. Det dreier seg om mer enn bare de siste års forsøk på å innføre individuelle planer («kalenderplaner»). Et sentralt utgangspunkt er de ansattes eskalerende opplevelse over flere år, uansett yrkesbakgrunn i sykehusene, av å bli drevet fra skanse til skanse, undergitt arbeidsgivers sterke tro på at styringsretten trumfer alt.

Ansatte er mer blitt brikker, til dels styrt av noen som ikke godt nok kjenner den kliniske hverdagen. Motviljen, utryggheten og belastningen har steget, og på mange måter har frustrasjoner fått bre om seg hos både klinikere og ledere.

Opplevelsen av mangel på likeverdighet i partsforholdet og nødvendig innflytelse over arbeidstidsplanleggingen var tema i 2014-forhandlingene. Da var vi millimetere fra brudd og streik, men i tolvte time fikk vi en enighet. Videre skulle vi se om partsforholdet kunne utvikles til det bedre både sentralt og lokalt fram til 2016-oppgjøret.

Så gikk det som det gikk. Arbeidstidsplanleggingen ble pushet ytterligere et hakk, og innflytelsen ble heller redusert. Ja, slik at vi ikke en gang skulle få ha nødvendig innflytelse over de vide unntakene Legeforeningen en gang ga,

Sentrale punkter i Arbeidsrettens dom:

Arbeidsretten under forhandlingene.

på vegne av sine medlemmer. Da var grensen nådd.

Den lange prosessen med streik, tvungen lønnsnemnd, Rikslønnsnemnd og Arbeidsrettssak har gitt oss tilbake både myndighet og håp.

Til sakens nåværende kjerne: Den beste måten å sikre det kollektive vernet på er at arbeidsplanene settes opp etter et fast mønster basert på antall leger i vaktsjiktet. Da blir belastningen jevnt fordelt og forutsigbar, og kontrollerbar for tillitsvalgte opp mot lover og regler. Det skaper trygghet. Men det vil kunne være slik at partene lokalt skal kunne bli enige om noe annet i det enkelte sykehus/foretak. Medbestemmelse er altså nøkkelordet.

Noen fra arbeidsgiversiden synes å frykte at ansatte får for mye makt etter denne dommen. Det mener jeg er helt feil. Et skjevt partsforhold, som vi har hatt, er ugunstig for alle over tid fordi det ikke gir nødvendig tillit og grunnlag for gode avtaler som ivaretar partenes interesser. Dommen styrker de ansattes makt, men ikke mer enn det som er nødvendig for å få et mer likeverdig partsforhold og kunne bygge tillit. Arbeidsretten har gitt oss tilbake den nødvendige innflytelsen over arbeidstidsplanleggingen.

Hvis alle aktører nå utviser klokskap både juridisk, politisk og psykologisk, blir dommen en viktig seier også for den norske trepartsmodellen.

Det er som regel slik at en løsning som partene selv finner fram til, er å foretrekke. Fordi enighet er det som best balanserer partenes behov. Og fordi det er en investering i partsforholdet.

Å bli pådyttet noe utenfra er mest av alt en nødløsning.

I skrivende stund, to uker før Overlegen kommer i posten, prøver partene å se om man kan enes om en løsning på konflikten. Ender saken på nytt i Rikslønnsnemnda, blir det trolig en gang tidlig i 2018.

De mange utfordringene i årene som kommer løses best med nært samarbeid om stort og smått på alle nivå. Dommen har lagt et grunnlag. Nå gjelder det for alle parter å forvalte muligheten over tid.

- Rikslønnsnemnda manglet hjemmel til å videreføre de avtalte unntakene fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser uten Legeforeningens samtykke
- Inngrep i organisasjons- og forhandlingsfriheten krever klar lovhjemmel, jf. blant annet Grunnloven § 101 og EMK artikkel 11.
- 2016-loven som henviste tvisten mellom Spekter og Legeforeningen til tvungen lønnsnemndbehandling oppfylte ikke kravet til klar lovhjemmel.
- 2016-loven og dens forarbeider gikk verken inn på forholdet til unntaksbestemmelsen i arbeidsmiljøloven § 10-12(4) eller forholdet til EUs arbeidstidsdirektiv
- Unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsregler etter §10-12 (4) forutsetter tariffavtale.
- En kjennelse fra Rikslønnsnemnda er etter norsk rett ikke å anse som en tariffavtale.
- Rikslønnsnemndas kjennelse hva angår Legeforeningen ble kjent ugyldig i sin helhet.
- Tvisten mellom Akademikerne/Legeforeningen og Spekter er henvist til fornyet behandling hos Rikslønnsnemnda

Fortsatt mye ugjort

OVERLEGEN har fått intervjue Bent Høie hvert år han har sittet som helseminister. Han er i gang med sitt 5. år, og er den helseministeren som har sittet lengst sammenhengende. Bare Dagfinn Høybråten har sittet lenger, men delt på 2 perioder. Dersom Venstre kommer inn i regjeringen og taburettene deles ut på ny, håper han å få fortsette som helseminister. «Jeg har fortsatt mye ugjort, og jeg vil gjerne gjennomføre satsingene vi har startet».

» Intervjuet av **Arne Laudal Refsum**, redaksjonskomitéen

Foto: Edith Stenberg

Det er visjonen om pasientens helsetjeneste, det er etableringen av pakkeforløp i rus og psykiatri og det er endringer i primærhelsetjenesten, hvor kvalitetsreformen for eldreomsorgen, «Leve hele livet» står på trappene.

Det er vel på tide at også primærhelsetjenesten får et tydelig krav om omstilling? Til nå har de gått under radaren, enda det brukes like mye midler der som i sykehusene.
Det vil nok ikke fastlegene si seg enig i. Samtidig med at sykehusene har endret sin måte å drive på, har det krevd tilsvarende endringer i kommunene. Pasientene som før ble behandlet lenge på sykehusene, kommer nå raskere ut, og må behandles videre av fastlegene, sykehjem og hjemmetjenesten. Dette er endringer som berører hele helsetjenesten.

Neste Nasjonal sykehusplan og nytt «Magnussen-utvalg»

Nasjonal sykehusplan er vedtatt, og akuttfunksjonene og strukturen for sykehusene er lagt. Det mangler bare for Innlandet og Helgeland. Nå starter arbeidet med neste planperiode, og den kommer til å bygge på de regionale utviklingsplanene som nå utarbeides i alle sykehus og i de 4 regionene. De skal være ferdige i løpet av 2018. Deretter vil også de politiske føringene for den kommende planperioden innarbeides. Det vil være personell og kompetanse, det vil være *digitalisering,* og det trengs en *ny utredning om fordelingen av midler mellom regionene.*

Et nytt Magnussenutvalg?
Ja, du kan si det, selv om det ikke er bestemt hvem som skal lede denne utredningen.

Digitaliseringen er voldsomt kostbar, ser vi gevinster av dette som rettferdiggjør de store investeringene?
Det som er helt sikkert, er at det er helt nødvendig! Men det er vanskelig å beregne gevinst. Da må vi sammenligne noen som har digitalisert med noen som ikke har digitalisert i det hele tatt, og de finnes jo ikke. Vi kan ikke la være å digitalisere, selv om det kommer til å bli kostbart. Det vil gi helsepersonell bedre verktøy og pasientene bedre tjenester. Med dagens meget raske kunnskapsproduksjon må neste fase i digitaliseringen gi god og effektiv beslutningsstøtte til de som behandler pasientene, noe som vil gi bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

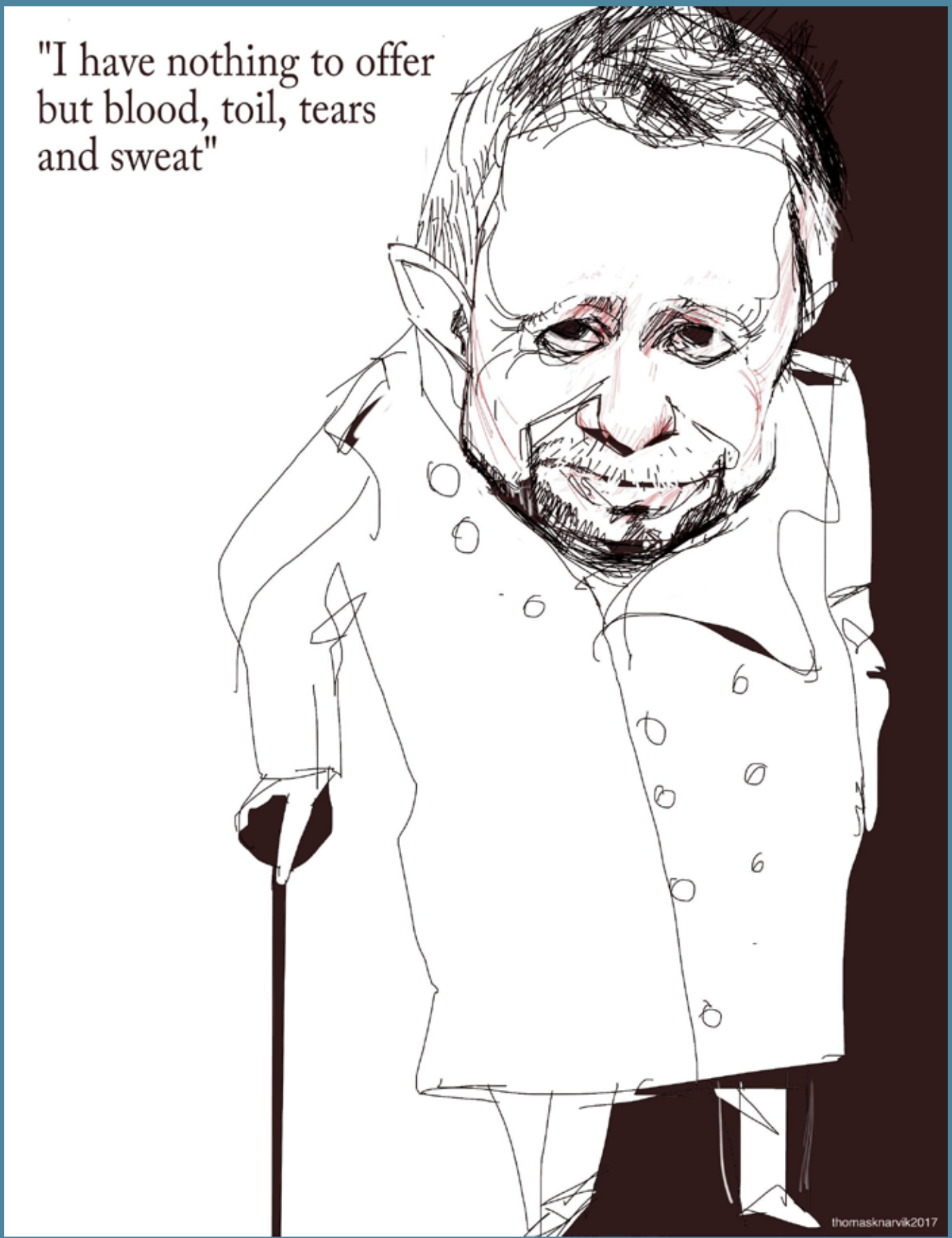
Arbeidsrettsaken - Kjente ikke til brevet til Arbeidsretten

Da vi intervjuet deg i fjor pågikk legestreiken, og du ville ikke kommentere situasjonen. Nå er streiken over, Rikslønnsnemndens kjennelse har vært prøvet i Arbeidsretten. Like før saken tok til sendte Arbeidsdepartementet et brev til Arbeidsretten som av mange er blitt oppfattet som et forsøk på å instruere Arbeidsretten. Tidligere leder av Arbeidsretten har omtalt brevet som meget uvanlig.

Kjente du til dette brevet på forhånd?
Nei.

Vet du om Helsedepartementet ble konsultert om dette brevet på forhånd?
Nei, Helsedepartementet var ikke konsultert om dette brevet på forhånd.

Hva tenker du om samarbeidsforholdene i sykehus fremover? Det virker jo


"I have nothing to offer
but blood, toil, tears
and sweat"
thomasknarvik2017

nærmest som det er noe strukturelt galt, siden man ikke kommer over i et konstruktivt spor?
Det er utrolig viktig å jobbe seg tilbake til tillit mellom partene. Når jeg reiser rundt og besøker sykehusene, har jeg inntrykk av at samarbeidet lokalt fungerer godt i det daglige arbeidet. Dette er det viktig å ta vare på, og det er et ansvar for lederne i helseregionene. Jeg har gitt et tydelig styringsignal om dette.

Samtidig merker Legeforeningen at det er stadig vanskeligere å rekruttere tillitsvalgte lokalt. De orker ikke mere, og de har mer følelse av å være gissel enn å ha påvirkningsmulighet på arbeidsplassene.
Det er viktig at de tillitsvalgte får rom til å fylle rollen sin. Her må man ha en klar rollebevissthet, og det skal ikke telle negativt for fremtidige karrieremuligheter at man har påtatt seg et slikt verv.

Det er som ordrett å høre hovedavtalen i Spekter. I Statens hovedavtale står det mer ambisiøst, der skal det telle positivt at man har påtatt seg slike verv. Kanskje det er noe for Spekter?

«Jeg forstår det er slitsomt, men det kommer til å fortsette», uttalte du til Dagens Medisin, og som forventet har dette vakt sterke reaksjoner, kanskje mest på sosiale medier som Facebook.
Det er viktig å være ærlig. Oljeindustrien er på vei tilbake og nye arbeidsplasser vil trolig ikke være like lønnsomme. Det må vi forholde oss til. Regjeringen gjør tydelige prioriteringer: Helse, samferdsel, undervisning og forsvar. Men selv om helse prioriteres, kan jeg ikke kaste blår i øynene på folk. Situasjonen kommer til å kreve omstillinger, og selv om helse er en av budsjettvinnerne i år og i årene som kommer, så blir dette krevende.

Arbeidsforskningsinstituttet viste at de statlige sykehusene skårer like lavt som store internasjonale selskaper når det gjelder ansattes mulighet til å påvirke situasjonen på egen arbeidsplass. Er ikke dette egentlig litt flaut?
Det er viktig i kunnskapsorganisasjoner at man kan påvirke egen arbeidssituasjon. Derfor skal det i 2018 gjennomføres en felles arbeidsmiljøundersøkelse og pasientsikkerhetskulturundersøkelse. Planleggingen av dette er i gang i alle helseforetakene.

Statsbudsjettet- vanskelig å forstå. Ventetider

Statsbudsjettet er komplisert å forstå, noen summer øker, andre minsker, og det er vanskelig å følge helheten. Det skal være en aktivitetsøkning, nye dyre medisiner tas i bruk, ventetidene skal ned og det investeres store summer i nye bygg, men disse skal betales...
Jeg synes ikke det er vanskelig. Sykehusene får en 2% økning. 1,5% dekker opp for demografisk utvikling, resten er reell vekst. Disse midlene fordeles etter en modell. Så enkelt er det.

Men du forventer en reduksjon i ventetid ned til 50 dager (i gjennomsnitt), noe som krever et skippertak, som igjen koster penger?
Nei, det har vært en kraftig reduksjon de siste årene, og det er ikke realistisk å få til en like kraftig reduksjon fremover. Derfor er målet satt til 50 dager innen 2021, og du må huske at mange har nådd det målet allerede, eller er svært nær. Vel så viktig som dette målet, er det å se på om man holder avtalene underveis i et behandlingsforløp. Det er urealistisk å nå 100%, noe skjer hele tiden, men målet skal kanskje være 95%. Det er 90% i dag.

Er dette å gi Torgeir Micaelsen og Dagens Medisin rett i at ventelistetallene ikke har vært reelle.
Nei. Ventelistehåndteringen i foretakene er i det store og hele god. Men vi ønsker en kvalitetsindikator på hvordan forløpene går, ikke bare starttidspunkt og dette arbeidet startet mye før Torgeir Micaelsen og Dagens Medisin rettet oppmerksomheten mot dette. Gjennomgangen har vist at loven er komplisert, og det er satt i gang arbeid for å se på dette.

Mange pasienter får rett til utredning, og dermed knyttet rettighet til første time på poliklinikken, mens hadde rettigheten vært knyttet til behandling, så ville fristen vært knyttet til for eksempel tidspunktet for en operasjon.
Jeg tror dette stort sett praktiseres klokt i dag. Mange pasienter som søkes inn skal ha mer utredning, eller de skal ikke opereres, og det ville da være feil å knytte rettighetene til en behandling de ikke skal ha. Men det er blitt mer oppmerksomhet rundt hva som er riktig å behandle, og det er bra.

Fritt behandlingsvalg. Mine leger synes det er meningsløs bruk av tid å sitte å rettighetsvurdere henvisninger på pasienter som allerede har fått tid til behandling på en privat institusjon. Dette er byråkrati.
Det er viktig for pasientene å kunne velge rask behandling. Det blir ikke flere pasienter som skal vurderes på grunn av fritt behandlingsvalg. Disse pasientenes henvisninger måtte jo blitt vurdert uansett.

Bygges nye sykehus for små?

Ahus er for lite, Kalnes er for lite, og nå planlegges Drammen. De ansatte mener det planlegges for lite. Er det et oppheng vi har her i Norge at vi skal fokusere på antall kvadratmetere mer enn på en størrelse som gir god effektivitet og gode arbeidsprosesser?
Vi har opprettet Helsebygg, slik at vi skal gjenbruke kunnskapen fra tidligere byggeprosjekter. Dette gir betydelige besparelser, som kan brukes til å gjøre byggene bedre og billigere slik at det er mindre lån å tilbakebetale. Det vil alltid være slik at nye store bygg, som for eksempel Kalnes, også krever en ny organisasjon og en ny måte å arbeide på. Dette tar tid å få til å fungere.

Skylder du på de ansatte for at Kalnes ikke fungerer?
Nei. Akuttmottaket på Kalnes ble for lite. Det er ikke de ansattes feil, det er ledelsens ansvar. Men nye bygg, ny teknologi og ny organisasjon tar tid for å fungere. Vi er for opptatt av kvadratmetere og senger, og for lite opptatt av kapasitet og organisering av arbeidet. Like viktig som antall operasjonsstuer er utnyttelsen av hver enkelt stue. Vi må finne den riktige kombinasjonen. ●

Har vi solgt vernebestemmelser for sølvpenger?

Petter Jensen, sentralstyremedlem

«Har noe forandret seg på 20 år? Er legene fortsatt enten arbeidskåte eller livsglade?»

«... hensynet til forsvarlighet, faglighet, kvalitet, pasientsikkerhet og legenes egen helse tilsier at det må være en øvre grense for arbeidstidens og vaktenes lengde.»

Underordnede sykehusleger fikk et godt lønnsoppgjør i 1995. Dette skyldes bl. a. dyktige tillitsvalgte på alle plan og en aktiv medlemsmasse. Svakhetene i lønnsoppgjøret må søkes løst ved de neste lønnsforhandlingene. Bl.a. må det gjøres noe med stipendiatenes lønnsforhold.

Svakheter i KS-avtalen

Som sentralstyremedlem var jeg med å vedta forhandlingsresultatet i KS-sektoren, og mener fortsatt at det var riktig å gjøre det. Økonomien i avtalen var for god til å gå imot.

Vedtaket ble fattet med erkjennelsen av at avtalen inneholdt mange svakheter. Bl.a. er avtalen særdeles komplisert, noe som gjør den vanskelig å tolke for medlemmene og de lokale tillitsvalgte. Personalkontorene ved sykehusene har ofte for svak kompetanse til å håndtere slike kompliserte avtaler. Bortfallet av §10 (om ekstraordinær klinisk virksomhet) gjør det umulig for sykehusene å igangsette ekstraordinære tiltak for å få ned ventelister. At avtale om forlenget utvidet arbeidstid (FUA) skal inngås med den enkelte lege og ikke med Legeforeningens hovedtillitsvalgte, var arbeidgiversidens påfunn. De håpet vel at dette ville frata Legeforeningen noe av sin makt.

Kamelsvelging

Den største kamelen jeg måtte svelge med KS-avtalen, var likevel fraværet av en øvre grense for den samlete arbeidstid den enkelte lege kan avtale med arbeidsgiver. Dette strider med de mest fundamentale prinsipper for mitt eget fagforeningsengasjement, og som jeg tror også dagens Ylf stiller seg bak: Avtaleverket må inneholde bestemmelser som ikke gir mulighet for at den enkelte lege får et forventningspress om å gå med på uforsvarlige vaktordninger, eller at de som er villig til det, skal få anledning til det.

Ylf's schizofreni

Børs og katedral - arbeidskåte og livsglade. Ylf's medlemmer har fortsatt ulike syn på spørsmål knyttet til arbeidstid og vaktlengde. Denne innebygde schizofreni må vi leve med.

Mitt syn er at hensynet til forsvarlighet, faglighet, kvalitet, pasientsikkerhet og legenes egen helse tilsier at det **må** være en øvre grense for arbeidstidens og vaktenes lengde. Denne grensen bør settes såpass høyt at de arbeidskåte i rimelig grad får boltre seg. Dessuten må vaktreglene være slik at man kan opprettholde fornuftige vaktordninger med 24-timers tilstedevakt eller hjemmevakt på sykehus og i fag der arbeidsbelastningen på vakt er liten. På mer arbeidsintense sykehus og fag må man innføre delte vaktdøgn uten passiv vakt.

Jeg er glad for at Ylf's styre signaliserer fortsatt fokus på forsvarlighet i arbeidsforhold og vaktordninger. Dette tilsier at man må arbeide for å gjeninnføre et øvre tak for arbeidstidens og vaktenes lengde. Ylf's troverdighet innad og utad er avhengig av det.

Trykket første gang i Ylf-Forum nr. 12/1996
Gjengitt med tillatelse av forfatter og av Ylf

Etter dommen

Nå har alle fått tid til å glede seg, til å triumfere, feire eller sørge. Nå er det på tide å starte med «blanke ark og fargestifter tel».

Så er det ikke slik at vi kan starte på nytt, her er det en lang historie bak, med mange små og store kompromisser underveis, og det er rammebetingelser som også endrer seg over tid.

Mer enn 70 % av medisinerstudentene er nå kvinner, som naturlig nok vil få barn og dermed permisjoner. Pappaene skal også ha permisjon. Overlegene har ikke lenger lyst til å jobbe 50 timer i uken, og eier gir tydelige signaler om effektivisering.

Kanskje man skulle starte med å være ærlige?

Eier kan fortelle at man tvinger frem en effektivisering ved å ikke fullfinansiere ny aktivitet, og i tillegg krever de 2 % i ABE, avbyråkratiserings- og effektiviseringskravet. Noen av midlene kommer tilbake til effektivisering, men ikke alle. Investeringer i nybygg må betales av ytterligere effektivisering av den pasientnære driften.

Overlegene kan for eksempel klargjøre om de virkelig ønsker de vernebestemmelsene man har i dag, eller om man kun ønsker disse når de ikke går ut over antall helger man må bruke på jobb?

Yngre leger kan slutte å fremstille det slik at prinsippet om faste stillinger gjør at vikariater blir borte. Det blir de ikke. Nesten alle skal ha foreldrepermisjon og de skal ha permisjon til sentral tjeneste, og da må noen fylle jobben så lenge. Det blir det vikariater av, det blir det også når en LIS konstitueres som overlege. Det er vel ingen som ikke vil konstitueres fordi det kan føre til at en fersk Lis får et vikariat.

Spekter kan slutte å .....

Det er viktig å være konstruktiv etter dommen, så jeg sier ikke mere.

«Haukugla»

TRULICITY «LILLY»
C Antidiabetikum. ATC-nr.: A10B J05

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt penn *0,75 mg:* *Hver ferdigfylte penn (0,5 ml) inneh.:* Dulaglutid 0,75 mg, natriumsitrat, vannfri sitronsyre, mannitol, polysorbat 80, vann til injeksjonsvæsker. **INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt penn *1,5 mg:*** *Hver ferdigfylte penn (0,5 ml) inneh.:* Dulaglutid 1,5 mg, natriumsitrat, vannfri sitronsyre, mannitol, polysorbat 80, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Til voksne med diabetes type 2 for bedring av glykemisk kontroll. *Kombinasjonsbehandling:* I kombinasjon med andre glukosesenkende legemidler, inkl. insulin, når disse sammen med diett og trening ikke gir tilstrekkelig glykemisk kontroll (se SPC for tilgjengelige data om kombinasjoner som er studert). *Monoterapi:* Når diett og trening alene ikke gir tilstrekkelig glykemisk kontroll hos pasienter der metformin ikke kan benyttes pga. intoleranse eller kontraindikasjoner. **Dosering:** ***Kombinasjonsbehandling:*** *Voksne:* Anbefalt dose er 1,5 mg 1 gang ukentlig. Ved tillegg til eksisterende metformin- og/eller pioglitazonbehandling kan gjeldende doseringer opprettholdes. Ved tillegg til et eksisterende sulfonylureapreparat eller måltidsinsulin, kan dosereduksjon av sulfonylureapreparatet eller insulin vurderes for å redusere risikoen for hypoglykemi. Egenmåling av blodglukose er ikke nødvendig med unntak av ved kombinasjon med sulfonylureapreparater eller måltidsinsulin, der egenmåling kan være nødvendig for å justere dosen av sulfonylureapreparat eller måltidsinsulin. ***Monoterapi:*** *Voksne:* Anbefalt dose er 0,75 mg 1 gang ukentlig. ***Glemt dose:*** Hvis en dose glemmes, bør den administreres så snart som mulig dersom det er minst 3 dager (72 timer) til neste planlagte dose. Er det <3 dager (72 timer) til neste planlagte dose, skal den glemte dosen utelates, og neste dose administreres på opprinnelig planlagt dag. Pasienten kan i begge tilfeller gjenoppta sin vanlige ukentlige doseringsplan. Hvis nødvendig kan ukedag for administrering endres, så lenge siste dose ble administrert ≥3 (72 timer) tidligere. ***Spesielle pasientgrupper:*** *Nedsatt leverfunksjon:* Dosejustering er ikke nødvendig. *Nedsatt nyrefunksjon:* Dosejustering er ikke nødvendig ved lett/moderat nedsatt nyrefunksjon. Anbefales ikke ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon/terminal nyresvikt, pga. svært begrenset erfaring. *Barn og ungdom <18 år:* Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. Tilgjengelige data foreligger ikke. *Eldre >65 år og potensielt sårbare pasienter:* Dosejustering er ikke nødvendig på grunnlag av alder. Erfaring med behandling hos eldre ≥75 år er imidlertid svært begrenset. Startdose 0,75 mg 1 gang ukentlig kan vurderes til potensielt sårbare pasienter, som eldre ≥75 år. ***Tilberedning/Håndtering:*** Bruksanvisningen i pakningsvedlegget må følges nøye. Skal ikke brukes hvis oppløsningen er uklar og/eller farget eller inneholder partikler. Frosset preparat skal ikke brukes. ***Administrering:*** S.c. injeksjon i abdomen, låret eller overarmen. Skal ikke administreres i.v. eller i.m. Dosen kan administreres når som helst på dagen, uavhengig av måltider. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Skal ikke brukes ved diabetes type 1 eller til behandling av diabetisk ketoacidose. Anbefales ikke ved alvorlig gastrointestinal sykdom. Ev. dehydrering som følge av gastrointestinale bivirkninger bør tas med i vurdering mht. forverring av nedsatt nyrefunksjon. Bruk av GLP-1-reseptoragonister er forbundet med risiko for å utvikle akutt pankreatitt. Pasienten skal informeres om symptomene. Ved mistanke om pankreatitt skal dulaglutid seponeres. Dersom pankreatitt bekreftes, skal dulaglutidbehandling ikke gjenopptas. I fravær av andre tegn og symptomer på akutt pankreatitt, er forhøyede verdier av pankreasenzymer alene ikke prediktivt for akutt pankreatitt. Ved kombinasjon med sulfonylureapreparater eller insulin, kan risiko for hypoglykemi økes. Risikoen kan reduseres ved å redusere dosen av sulfonylureapreparater eller insulin. Begrenset erfaring ved kongestiv hjertesvikt. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Dulaglutid forsinker magetømmingen og har potensiale til å påvirke absorpsjonshastigheten av samtidig administrerte orale legemidler. Bør brukes med forsiktighet hos pasienter som får orale legemidler som krever hurtig gastrointestinal absorpsjon. For visse depotpreparater kan forlenget tid i magesekken øke frigivelse, og kan slik øke eksponering for legemidlet noe. Dosejustering av paracetamol, atorvastatin, digoksin, lisinopril, metoprolol, warfarin, orale antikonseptiva eller metformin er ikke nødvendig. DPP-4-hemmeren sitagliptin kan redusere nedbrytningen av dulaglutid, og samtidig administrering økte eksponering og C_{max} for dulaglutid med hhv. ca. 38% og 27%, og median T_{max} økte med ca. 24 timer. Økt eksponering kan forsterke effekten på blodglukosenivåer og bivirkninger. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Anbefales ikke. *Amming:* Bør ikke brukes. *Fertilitet:* Effekt på fertilitet er ukjent. **Bivirkninger:** Hyppigst rapportert er gastrointestinale, inkl. kvalme, oppkast og diaré. Disse reaksjonene er som regel milde eller moderate i alvorlighetsgrad, og forbigående. *Svært vanlige (≥1/10):* Gastrointestinale: Kvalme, diaré, oppkast, magesmerter. Stoffskifte/ernæring: Hypoglykemi[1] (når brukt i kombinasjon med insulin, glimepirid, metformin eller metformin pluss glimepirid). *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Nedsatt appetitt, dyspepsi, forstoppelse, flatulens, abdominal oppblåsthet, gastroøsofageal reflukssykdom, raping. Stoffskifte/ernæring: Hypoglykemi[1] (når brukt som monoterapi eller i kombinasjon med metformin pluss pioglitazon). Undersøkelser: Sinustakykardi, AV-blokk grad I. Øvrige: Fatigue. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Immunsystemet: Hypersensitivitet. Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Gastrointestinale: Akutt pankreatitt. Hud: Angioødem. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon. *Utvalgte bivirkninger:* 1,6% dannet antistoffer mot dulaglutid, generelt lave nivåer. Hypersensibilitet (f.eks. urticaria, ødem) er rapportert hos 0,5%, ingen utviklet antistoffer mot dulaglutid. [1]Dokumentert, symptomatisk hypoglykemi og blodglukose ≤3,9 mmol/liter. For mer informasjon om forekomst av hypoglykemi, se SPC.[2] **Overdosering/ Forgiftning:** *Symptomer:* Gastrointestinale lidelser og hypoglykemi. *Behandling:* Støttende iht. kliniske tegn og symptomer. Se Giftinformasjonens anbefalinger A10B X-. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Langtidsvirkende glukagonlignende peptid 1 (GLP-1) reseptoragonist med ukentlig dosering. GLP-1-analogdelen har ca. 90% homologi med humant GLP-1. *Virkningsmekanisme:* Dulaglutid utviser flere av virkningene til inkretinhormonet GLP-1: Insulinsekresjonen stimuleres ved forhøyet blodglukose, mens glukagonsekresjonen hemmes. Fastende og postprandiale blodglukoseverdier reduseres. Effekt inntreffer etter første dose. Glykemisk kontroll målt ved HbA_{1c} forbedres signifikant. Magetømminghastigheten reduseres. Kroppsvekten reduseres. Reduksjon i systolisk blodtrykk er vist. Økning i kardiovaskulær risiko er ikke vist. *Absorpsjon:* C_{max} nås etter 48 timer. Gjennomsnittlig C_{max} og total AUC er hhv. ca. 114 ng/ml og 14 000 ngh/ml etter flere 1,5 mg-doser. Steady state nås etter 2-4 uker (1,5 mg). Gjennomsnittlig absolutt biotilgjengelighet etter en enkeltdose er 65% (0,75 mg) og 47% (1,5 mg). *Fordeling:* Gjennomsnittlig Vd ved steady state er ca. 19,2 liter (0,75 mg) og ca. 17,4 liter (1,5 mg). *Halveringstid:* Clearance ved steady state er i gjennomsnitt 0,111 liter/time (0,75 mg) og 0,107 liter/time (1,5 mg) med en halveringstid på hhv. 4,5 og 4,7 dager. Dulaglutid er motstandsdyktig mot degradering av DPP-4, og molekylets størrelse forsinker absorpsjon og reduserer renal clearance. Halveringstid er forlenget i forhold til GLP-1, hvilket gjør den egnet for s.c. administrering 1 gang ukentlig. *Metabolisme:* Dulaglutid antas å degraderes til aminosyrekomponenter ved generell proteinkatabolisme. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. Oppbevares i originalpakningen for å beskytte mot lys. Kan oppbevares utenfor kjøleskap i inntil 14 dager ved høyst 30°C.
Pakninger og priser: *0,75 mg:* 4 stk.[1] (ferdigfylt penn) kr 1240,40. ***1,5 mg:*** 4 stk.[1] (ferdigfylt penn) kr 1240,40.
Refusjon:
[1]. A10B J05_2. Dulaglutid
Refusjonsberettiget bruk:. Behandling av type 2 diabetes mellitus i kombinasjon med metformin og/eller sulfonylurea 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	232

Vilkår:. (232). Refusjon ytes i kombinasjon med metformin til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin.
Sist endret: 03.07.2017 **Pris per:** 07.11.2017 **Basert på SPC godkjent av SLV:** 16.06.2017

Referanse:
1. Trulicity SPC avsnitt 4.2, 16.06.2017. 2. Matfin G, Van Brunt K, Zimmermann A.G, et. al., Safe and Effective Use of the Once Weekly Dulaglutide Single-Dose Pen in Injection-Naive Patients With Type 2 Diabetes; J Diabetes Sci Technol 1-9; April, 2015. 3. Trulicity SPC avsnitt 5.1, 16.06.2017. 4. Trulicity SPC avsnitt 4.8, 16.06.2017. 5. Trulicity SPC avsnitt 4.4, 16.06.2017.

Lilly
Eli Lilly Norge A.S, Innspurten 15, 0663 Oslo. Postboks 6090 Etterstad, 0601 Oslo
Tlf: 22 88 18 00, Faks: 22 88 18 50, www.lilly.no

PP-DG-NO-0011 November 2017

trulicity®

dulaglutid – injeksjon én gang ukentlig

GLP-1 analog, én gang i uken[1]

Enkel og brukervennlig engangspenn[2]

HbA_{1c} Reduksjon inntil 1,5 %[3]

GLP-1 analog med en enkel injeksjonsklar engangspenn[1,2]

- refunderes nå også i kombinasjon med insulin.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

VANLIGSTE BIVIRKNINGER[4]
De hyppigst rapporterte bivirkningene i kliniske studier var gastrointestinale, inkludert kvalme (21,2%), diaré (13,7%) og oppkast (11,5%). Disse reaksjonene var som regel milde eller moderate i alvorlighetsgrad og forbigående.

FORSIKTIGHETSREGLER[5]
Bruk av GLP-1-reseptoragonister kan være forbundet med gastrointestinale bivirkninger. Dette bør tas med i vurderingen ved behandling av pasienter med nedsatt nyrefunksjon ettersom f.eks. kvalme, oppkast og/ eller diaré, kan forårsake dehydrering som igjen kan forårsake forverring av nyrefunksjonen.Akutt pankreatitt har blitt rapportert ved bruk av GLP-1-reseptoragonister. Pasienter skal informeres om symptomene på akutt pankreatitt, og ved mistanke om pankreatitt skal Trulicity seponeres. Dersom pankreatitt bekreftes, skal Trulicitybehandling ikke gjenopptas. Ved kombinasjon med sulfonylureapreparater eller insulin, kan risiko for hypoglykemi økes. Risikoen for hypoglykemi kan reduseres ved å minske dosen av sulfonylureapreparater eller insulin.

Indikasjon
Trulicity er indisert hos voksne med type 2-diabetes for bedring av glykemisk kontroll.

Refusjon
Refusjonsberettiget bruk: Behandling av type 2 diabetes mellitus i kombinasjon med metformin og/eller sulfonylurea og/eller basalinsulin hos pasienter som ikke har oppnådd tilstrekkelig glykemisk kontroll på høyeste tolererte dose av disse legemidlene 232: Refusjon ytes i kombinasjon med metformin til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin.

Dosering
Tilleggsbehandling: Anbefalt dose er 1,5 mg én gang ukentlig.
For potensielt sårbare populasjoner, som pasienter ≥ 75 år, kan en startdose på 0,75 mg én gang ukentlig vurderes.

Monoterapi: Anbefalt dose er 0,75 mg én gang ukentlig.

Lilly

Utvikling i arbeidstid i samfunnet

Den første arbeidervernlovgivningen i Norge stammer fra slutten av 1800-tallet, og det første forslag til maksimalarbeidsdag ble lansert av flertallet i Arbeiderkommisjonen i 1888. Det tok 4 år før fabrikktilsynsloven ble vedtatt. I denne perioden var arbeidstid stadig et tema, men det ble ikke vedtatt en lovfestet generell grense for maksimal arbeidstid i loven. Loven inneholdt imidlertid regler om helgefri, og det ble satt grenser for arbeidstiden for barn og unge.

» Av **Fredrik Lorck,** forhandlingsøkonom, Avdeling for jus og arbeidsliv, Dnlf

Først i 1915, i lov om arbeiderbeskyttelse i industrielle virksomheter, ble det lovfestet en grense på 10 timers arbeidsdag og 54 timers arbeidsuke. Loven inneholdt dessuten regler om flere forhold som står sentralt i arbeidstidsregelverket også i dag, blant annet bestemmelser om gjennomsnittsberegning av arbeidstiden for visse typer arbeid, timebegrensninger pr uke og 4 uker, betaling for overtid samt regler for ukehvile, nattarbeid og søn- og helgedagsarbeid. I 1918 hadde ca 20 % av de arbeidstakerne som var omfattet av arbeidervernlovens virkeområde en ukentlig arbeidstid på 48 timer eller kortere, og i 1919 ble det innført en generell regel i loven om 8 timersdag og 48 timersuke.

Med små justeringer holdt grensene for arbeidstiden seg stabile i mange år. Den største endringen i lovgivningen skjedde i 1936, hvor den tidligere særlovgivningen ble avløst av en generell arbeidervernlov som omfattet de fleste norske arbeidstakere og ikke som tidligere, kun arbeidere i industrien.

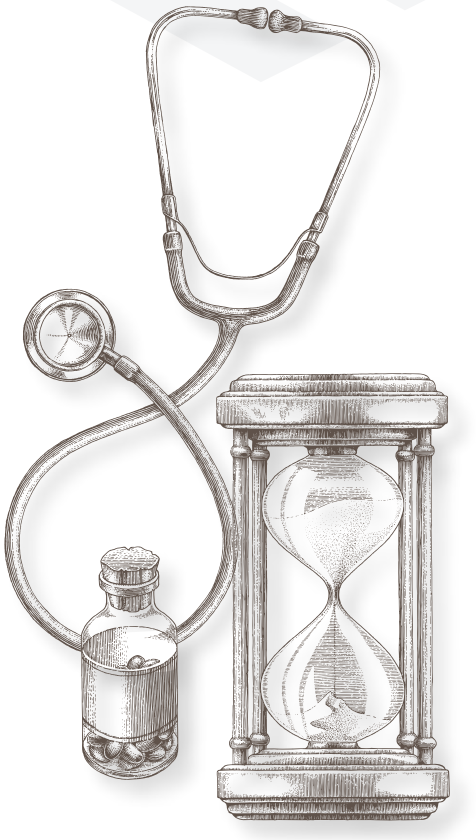
I 1968 ble grensen for den ukentlige arbeidstiden senket til 42,5 timer. Samtidig fikk fagforeninger med innstillingsrett adgang til å inngå tariffavtale om ordning av den alminnelige arbeidstiden, uten hinder av lovens grenser for arbeidstidens lengde. Det er dette unntaket fra hovedregelen som er utgangspunktet for avtalene om arbeidstid for leger mellom Legeforeningen og Spekter, og som var et sentralt element i arbeidsrettssaken i høst.

Reglene om alminnelig arbeidstid på 40 timer pr uke ble innført i arbeidervernloven ved en endring i 1976. Den sentrale reformen i perioden, lov om arbeidervern og arbeidsmiljø mv fra 1977, (arbeidsmiljøvernloven) videreførte arbeidstidsbestemmelsene, og bestemmelsens virkeområde ble utvidet til også å gjelde typer arbeid som tidligere var unntatt, f eks skogsarbeid, dykkerarbeid og arbeid ved teatre og lignende.

I de neste årene var det jevnlig diskusjoner om ytterligere reduksjon i ukentlig arbeidstid, og 37,5 timers uke ble innført som følge av tariffoppgjøret i 1986, i første omgang mellom LO og NAF. Løsningen i dette oppgjøret ble så fulgt opp i de øvrige oppgjør, både i privat og offentlig sektor. I dag er denne grensen i praksis gjort gjeldende for så godt som hele det norske arbeidslivet, selv om den ikke er lovfestet.

Legeforskningsinstituttet (LEFO) har gjennomført spørreundersøkelser av legers arbeidstid hvert annet år fra 1994 til 2014. Utvalget har bestått av omtrent 1 600 yrkesaktive leger. To forskere ved instituttet, Judith Rosta og Olaf G. Aasland, har bearbeidet og analysert resultatene. For overlegene ved sykehus har arbeidstiden i hele perioden vært relativt stabil på mellom 46 og 47 timer i uken.

En OECD studie med data fra 2013 viste at 2,8 % av heltidsansatte arbeidstakere i Norge hadde en gjennomsnittlig arbeidstid på over 50 timer i uken. LEFOs tall fra 2014 viste at andelen leger som arbeidet mer enn 40 timer i uken var fra 13 % til 42 %, avhengig av legegruppe. Legene arbeider altså betydelig mer enn norske arbeidstakere generelt. Totalt sett var det legeledere i sykehus, fastleger og leger i akademiske stillinger som hadde lengst arbeidstid. Selv om total arbeidstid er relativt uendret i perioden, har tiden som benyttes til direkte pasientarbeid blitt redusert, spesielt blant sykehusansatte leger. ●



Arbeidslogg for en invasiv kardiolog en onsdag i november

» Av **Bjørn Bendz**,
Invasiv kardiolog
Rikshospitalet

0715:	Oppmøte på Rikshospitalet etter å ha gjort PCI på tre akutte hjerteinfarkter siste 12 timer.
0730:	Morgenmøte som avtroppende vakthavende og deretter nytt morgenmøte med thoraxkirurgene for å demonstrere koronare angiografier.
0800:	Previsitt på Kardiologisk overvåkning/intensiv og overtakelse av dagvakt-calling (PCI vakt).
0830–0930:	TAVI (kateterbasert utskifting av aortaklaff) på Intervensjonssenteret på en pasient tiltrengende øyeblikkelig hjelp.
0930–1100:	Arbeid med pasientene på Kardiologisk overvåkning/ intensiv.
1100–1130:	Personalmøte med sykepleiere på Kardiologisk overvåkning/intensiv.
1130–1200:	Går gjennom dagens poliklinikkprogram.
1200–1500:	Kardiologisk poliklinikk hvorav to pasienter er bestilling av second opinion fra andre sykehus.
Ca kl 1400:	Akutt hovedstamme-disseksjon (= kritisk) på angiolab hvor jeg overtar for en yngre kollega.
1500–1600:	«Hjertemøte» med thoraxkirurger.
1600–1630:	Vaktrapport + LUNCH
1630–1730:	Planlegging av morgendagens tre TAVI pasienter og koordinere inntak av pasienter fra andre sykehus som trenger halv-øyeblikkelig hjelp innen 24–48 timer for hjerteinfarkt, arytmier, hjertesvikt etc.
2100:	Starter arbeid med å bli ajour med E-mails, forberede foredrag til internundervising og studentforelesning (UiO).

Hele dagen har vært avbrutt med ca 20 callinger (personlig calling, vakt-calling, mobiltlf) om ulike medisinske problemstillinger.

Plunder og heft

Politikere og helseledere er svært ambisiøse i sine visjoner om framtidens digitale løsninger i helsesektoren. Det snakkes om roboter, kunstig intelligens og en revolusjon som skal gjøre Norge ledende innen e-helse. Dette er vel og bra. Men som sykehuslege savner jeg fokuset på de nåværende og mer hverdagslige IT-problemene i helsesektoren. Jeg kunne ønske meg en nasjonal «plunder og heft»- satsning for å få bukt med de mange tidstyvene som daglig stjeler tid fra pasientene.

Teksten er opprinnelig trykket i Dagens Medisin 9.5.2017. Gjengitt med tillatelse av forfatter og av Dagens Medisin

» Av Christopher Elnan Kvistad

Tungvinte systemer stjeler tid

NRK skrev for noen uker siden om kirurg Inge Glambek som i løpet av de siste årene har gått fra å behandle 30 til 20 pasienter om dagen. Tungvinte datasystemer som ikke kommuniserer godt nok med hverandre er blant årsakene til at han stadig tilbringer mer tid foran dataskjermen i stedet for på operasjonssalen. Dette er nok en situasjon mange leger og annet helsepersonell kjenner seg igjen i. Det samme finner man igjen i statistikken. En undersøkelse fra 2014 viser at legers pasientrettede tid de siste 15 årene har falt fra 60 % til 42 %. En annen undersøkelse viste at 9 av 10 leger opplever at de hindres i jobben sin på grunn av mangelfulle IT-løsninger.

Hva skal til?

Samtidig planlegger toppolitikere og helseledere for framtiden. Herlof Nilssen, administrerende direktør i Helse Vest og styreleder i Spekter, snakker varmt om roboters inntog i helsetjenesten, mens Ap og Jonas Gahr Støre ønsker at Norge skal bli en pionernasjon innen kunstig intelligens og helseteknologi. I siste utgave av Dagens medisin (9/2017) inviterer Torgeir Micaelsen (Ap) sågar legene til et samarbeid om konkrete løsninger og spør om hva som skal til for at Norge kan bli fremst i Europa innen e-helse.

Etter min mening er det et nokså åpenbart svar på dette spørsmålet: Begynn IT-revolusjonen med å løse de dagligdagse IT-problemene som skaper frustrasjon og stjeler tid. Her er noen få eksempler fra min egen arbeidshverdag:

Christopher Elnan Kvistad (f.1982) er konstituert overlege ved Nevrologisk avdeling på Haukeland Universitetssykehus og har doktorgrad innen nevrologi. Han er tidligere styremedlem i Ylf. Han har også tidligere vært foretakstillitsvalgt for Ylf i Helse Bergen.

Eksempel

- **MANGE IT-PROGRAMMER = MYE TID TIL INNLOGGING**

Når jeg har vakt er det ofte travelt fordi det er mange pasienter som skal tas imot i akuttmottaket. For hver pasient er det mye som skal dokumenteres og sjekkes på dataen. Problemet er at dette tar uforholdsmessig mye tid ettersom det ofte er mange IT-programmer som må involveres. Først må man logge seg inn på den stasjonære PCen med brukernavn og passord slik at man i det hele tatt får tilgang til alle programmene. Deretter er det et eget IT-program for pasientjournal, et annet program for radiologi, et tredje program for legemiddelkurve, et fjerde for operasjonsplanlegging etc. Alle programmene krever en egen innlogging med egne brukernavn og passord. Når man er ferdig med dokumenteringen på den ene pasienten og skal starte på neste, må man bytte til en annen stasjonær pc. Da må samme prosedyre gjentas pånytt.

Jeg vil tro at prosessen med å åpne IT-programmene tar ca 1 minutt i snitt per gang (og da er jeg snill, siden det varierer hvor mange programmer som må åpnes fra gang til gang) Dette høres kanskje ikke så urovekkende ut. Men multipliser dette minuttet med antall pasienthenvendelser på hver vakt, deretter på antallet leger som til enhver tid er på vakt i løpet av ett døgn på alle sykehus (det er ikke stort bedre andre steder i landet) og til sist med antall vaktdager i året (det vil si 365). Regnestykket er nok ikke helt matematisk perfekt, men poenget er at resultatet blir nokså mange minutter som i løpet av ett år kunne blitt brukt til noe mer fornuftig enn å glane på en skjerm.

Illustrasjon: Rasmus Sand Høyer, Jyllands-Posten

En nasjonal «Plunder og heft»-satsning

Det skal understrekes, det foregår også en del som er positivt. Blant annet er utviklingen av kjernejournal et løft på flere vis. Med kjernejournal har man som sykehuslege på vakt blant annet mulighet til å sjekke opp pasientenes faste medisiner i akutte tilfeller. Videre er Helse-Midt i gang med å lage en felles pasientjournal for sykehus og kommuner i Midt-Norge, noe som vil føre til mer samkjørte systemer der. Samlet sett er det imidlertid mye arbeid som gjenstår og mye uforløst potensiale på IT-fronten i Helse-Norge.

Per Bleikelia, tidligere administrerende direktør ved Ringerike sykehus, har vunnet flere lederpriser for sin omvendte pyramidevisjon hvor helsepersonellet rager øverst, siden det er disse som faktisk yter pasientbehandlingen. Ved sitt sykehus innførte han et såkalt «plunder og heft»-prosjekt som handlet om å få vekk unødvendige tidstyver og andre hverdagslige forstyrrelser. I ettertid ble underskudd snudd til overskudd ved Ringerike sykehus og undersøkelser viste at både ansatte og pasienter var mer fornøyde på arbeidsplassen sin.

Så hva med å lære av dette og innføre en egen nasjonal «plunder og heft»-satsning som tar sikte på å modernisere og samkjøre IT-systemene i helsesektoren? Jeg er sikker på at man med relativt få grep kunne spart helseansatte for mange tastetrykk (og frustrasjon!) og dermed frigjort tid som vil komme pasienten til gode.

Det klinger kanskje ikke like godt som «kunstig intelligens» eller «digitale revolusjoner» fra talerstolen, men ville likevel garantert ha representert et massivt løft for helsetjenesten. ●

Eksempel

- **FOR SEPARATE IT-SYSTEMER PÅ LEGEVAKT OG SYKEHUS**

Ikke sjelden blir jeg på vakt ringt opp fra forskjellige legevakter der legevaktslegen har behov for opplysninger fra pasientens sykehusjournal. I beste fall kan jeg da avbryte arbeidet jeg holder på med, logge meg inn i systemet og deretter pasientjournalen (1 min!), og gi legevaktslegen de aktuelle opplysningene. I verste fall er jeg opptatt med mottak av en pasient med akutt hjerneslag og har ikke mulighet til å prioritere annerledes. I slike tilfeller kan det være at legevaktslegen må sende pasienten inn på sykehus for en avklaring, selv om det kunne vært unngått dersom legevaktslegen hadde hatt kjennskap til opplysninger i sykehusjournalen. Tid og ressurser kunne blitt spart dersom IT-systemene på legevakt og sykehus i større grad var koordinerte.

Eksempel

- **DÅRLIG KOMMUNIKASJON MELLOM IT-LØSNINGER HOS PRIVATE VS. SYKEHUS**

På vakt er det ikke uvanlig at pasienter har vært på private røntgeninstitutter og tatt MR eller CT-bilder hvor det er et funn som krever rask innleggelse og avklaring. I slike tilfeller regner pasientene det som en selvfølge at jeg som vakthavende lege automatisk har tilgang på bildene som er tatt. Men slik er det ikke. For at jeg skal kunne vurdere bildene må det legges inn en henvisning i pasientjournalen med anmodning om innhenting. Alternativt må man ringe til ekspedisjonen ved det aktuelle røntgeninstituttet og be om en overføring av bildene. En slik overføring er ekstra vanskelig å få til samme dag dersom pasienten kommer inn på ettermiddag eller kveld. I praksis går uforholdsmessig mye tid og krefter bort på å få tak i bildene og ikke sjelden ender det med at pasienten må gjennomgå nøyaktig samme bildeundersøkelse pånytt. Dette er lite effektiv ressursbruk og kunne vært unngått dersom IT-løsningene mellom private institusjoner og sykehus kommuniserte bedre med hverandre.

Hva er egentlig DIREKTE PASIENTARBEID

Studier beskriver at tid brukt til direkte pasientarbeid kan ha positiv effekt på behandlingskvaliteten og gi fornøyde pasienter og leger [1, 2]. Man kan spørre seg om det finnes en allmenngyldig definisjon av hva leger mener med direkte pasientarbeid.

» Av **Judith Rosta**, seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet (LEFO) og **Karin Isaksson Rø**, instituttsjef ved Legeforskningsinstituttet (LEFO)

En studie ved medisinsk avdeling og kvinneklinikken ved Regionsykehuset i Trondheim fra 1999 definerte visitt, tekniske undersøkelser og poliklinikk som «direkte kontakt med pasienten» [3]. I en studie fra 2015 blant allmennleger fra ti land, der Norge var med, målte man «ansikt-til-ansikt» kontakt med pasienter [4].

I Legeforskningsinstituttets Legepanel, et tilnærmet representativt utvalg på omtrent 1600 yrkesaktive leger, har vi kartlagt tidsbruk. I skjemaene, som er blitt sendt ut annethvert år siden 1994, har nokså identiske spørsmål om arbeidstid alltid vært inkludert. Arbeidstidskomponentene i svaralternativene er blitt noe presisert over tid, men spørsmålet om antall timer til pasientarbeid og samlet uketimetall har vært de samme [5, 6]. Spørsmålene fra 2016-17 finnes i tabell 1.

For noen år siden spurte vi også hva den enkelte lege inkluderte i begrepet pasientarbeid (se tabell 2). Fastleger og privatpraktiserende spesialister anga i større grad «kun ansikt-til-ansikt kontakt med pasienter» som pasientarbeid, mens leger i administrative stillinger og ledere i større grad inkluderte «alt arbeid direkte relatert til enkeltpasienter, også journalarbeid, telefoner og møter» og «annet» som pasientarbeid. Disse variasjonene i hva den enkelte lege inkluderer i begrepet «pasientarbeid» kan utgjøre en svakhet

ved tolkning av resultatene, men siden det i stor grad er de samme legene som rapporterer ved hvert måletidspunkt, øker reliabiliteten på disse dataene betydelig ettersom hver lege dermed også blir sin egen kontroll [6].

Legepanelets styrke er de gjentatte målingene og at respondentene er tilnærmet representative for yrkesaktive leger i Norge. Dette gir en godt grunnlag for generalisering av resultatene og for beskrivelse av endringer over tid for alle yrkesaktive leger i Norge.

En studie med Legepanelets data fra 1994 til 2014 dokumenterer stabilitet i den samlede ukearbeidstiden for de fleste heltidsarbeidende leger i Norge. Andelen tid til direkte pasientarbeid har gått ned i alle stillingsgrupper. Nedgangen var marginal for fastleger (73 % versus 69 %) og privatpraktiserende spesialister (75 % versus 72 %), men betydelig for legeledere (50 % versus 29 %) og overleger og LIS (61 % til 46 %) i sykehus. Det var variasjon mellom sykehusspesialiteter [6].

De foreløpige analysene av data fra 2016-17 sammenlignet med data fra 2014 viser en fortsatt reduksjon av andel tid brukt på direkte pasientarbeid for heltidsarbeidende fastleger (til 68 %; 33t./uke) og for overleger og LIS (til 42 %; 19t/uke), men en lett økning for privatpraktiserende leger (til 74 %; 35t./uke) og legeledere i sykehus (til 30 %; 14t./uke).

Noen av endringene vi ser i legers tid til pasientarbeid kan forklares med strukturelle endringer i organisering av helsetjenesten og samfunnsmessige endringer som påvirker legers arbeidsforhold [6]. Det finnes per i dag ingen gullstandard for definisjon av pasientarbeid. Dette betyr også at arbeidstidskomponentene i svaralternativene må presiseres over tid i tråd med utviklingen. ●

Litteratur

[1] Dugdale D, Epstein R, Pantilat S. Time and the patient-physician relationship. Journal of General Internal Medicine 1999; (Suppl. 1): 34-40.

[2] Bovier P, Perneger T. Predictors of work satisfaction among physicians. European Journal of Public Health 2003; 13: 299-305.

[3] Røhme K, Kjekshus L. Når tiden telles - sykehuslegers tidsbruk og arbeidsoppgaver. Tidsskrift for Den norske legeforening 2001; 121: 1458-61.

[4] Steiro A, Haugum M, Sjetne IS, Bjertnæs OA, Lindahl AK og Nylenna M. Commonwealth Fund-undersøkelse blant allmennleger i ti land: norske resultater i 2015 og utvikling over tid. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 26, 2015.

[5] Aasland OG, Rosta J. Fastlegenes arbeidstid 2000-08. Tidsskrift for Den norske legeforening, 2011;131:1076-9.

[6] Rosta J, Aasland OG. Legers arbeidstid og tid til pasientarbeid. Tidsskrift for Den norske legeforening 2016; 16: 1355-9.

TABELL 1. SPØRSMÅL OM TIDSBRUK I LEFOS LEGEPANEL 2016-17

	I en gjennomsnittlig arbeidsuke, inkludert vakter og eventuelt bistilling(er), omtrent hvor mange timer bruker du på:	Timer per uke
1	**Pasientarbeid** *(all direkte kontakt med enkeltpasienter eller deres pårørende, inkludert telefoner etc.)*	⌊__⌋
2	**Møtevirksomhet** *(tverrfaglige teammøter, journalmøter, veiledningsmøter etc.)*	⌊__⌋
3	**Papirarbeid/skjermarbeid, telefoner, e-post, dataregistrering** *(journaler, attester, epikriser, annet dokumentasjonsarbeid)*	⌊__⌋
4	**Faglig oppdatering**	⌊__⌋
5	**Annet, skriv:**	⌊__⌋
6	**Til sammen** *(1 til 5)*	⌊__⌋

TABELL 2. SPØRSMÅL OM PASIENTARBEID I LEFOS LEGEPANEL 2002

Hva har du inkludert i begrepet pasientarbeid? Sett ring rundt ett tall.	
1	Kun ansikt-til-ansikt kontakt med pasienter
2	All direkte kontakt med enkeltpasienter, inkl. telefoner, e-post m.m.
3	Alt arbeid direkte relatert til enkeltpasienter, også journalarbeid, telefoner og møter
4	Annet, skriv

▼Cosentyx «Novartis»

C Immunsuppressiv, interleukinhemmer. ATC-nr.: L04A C10

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt penn 150 mg: Hver ferdigfylte penn inneh.: Sekukinumab 150 mg, trehalosedihydrat, L-histidin, L-histidinhydrokloridmonohydrat, L-metionin, polysorbat 80, vann til injeksjonsvæsker. **INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt sprøyte 150 mg:** Hver ferdigfylte sprøyte inneh.: Sekukinumab 150 mg, trehalosedihydrat, L-histidin, L-histidinhydrokloridmonohydrat, L-metionin, polysorbat 80, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Behandling av moderat til alvorlig plakkpsoriasis hos voksne som er aktuelle for systemisk behandling. Cosentyx alene eller i kombinasjon med metotreksat er indisert til behandling av aktiv psoriasisartritt hos voksne, når respons på tidligere sykdomsmodifiserende antirevmatisk legemiddelbehandling ikke har vært tilstrekkelig. Behandling av aktiv ankyloserende spondylitt hos voksne som har hatt utilstrekkelig respons på konvensjonell behandling. **Dosering:** Beregnet til bruk under veiledning og tilsyn av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av tilstander som indisert. Klinisk respons oppnås vanligvis etter 16 uker med behandling. Seponering bør vurderes ved fraværende respons etter 16 uker. Delvis respons innledningsvis kan senere bedres dersom behandlingen fortsetter utover 16 uker. Plakkpsoriasis: Anbefalt dose: 300 mg s.c., hvor det innledningsvis gis 1 dose hver uke i 5 uker (uke 0, 1, 2, 3 og 4), deretter 1 dose hver måned som vedlikeholdsbehandling. Hver dose på 300 mg gis som 2 s.c. injeksjoner på 150 mg. Psoriasisartritt: Pasienter med samtidig moderat til alvorlig plakkpsoriasis eller som ikke responderer tilstrekkelig på TNFα: Anbefalt dose: 300 mg s.c., hvor det innledningsvis gis 1 dose hver uke i 5 uker (uke 0, 1, 2, 3 og 4), deretter 1 dose hver måned som vedlikeholdsbehandling. Hver dose på 300 mg gis som 2 s.c. injeksjoner på 150 mg. Andre pasienter: Anbefalt dose: 150 mg s.c., hvor det innledningsvis gis 1 dose hver uke i 5 uker (uke 0, 1, 2, 3 og 4), deretter 1 dose hver måned som vedlikeholdsbehandling. Ankyloserende spondylitt: Anbefalt dose: 150 mg s.c., hvor det innledningsvis gis 1 dose hver uke i 5 uker (uke 0, 1, 2, 3 og 4), deretter 1 dose hver måned som vedlikeholdsbehandling. Spesielle pasientgrupper: Nedsatt lever- og nyrefunksjon: Ikke undersøkt. Ingen doseringsanbefalinger kan gis. Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. Eldre ≥65 år: Ingen dosejustering nødvendig. Tilberedning/Håndtering: Se pakningsvedlegg. Administrering: Skal gis som s.c. injeksjon. Hvis mulig, skal hudområder med psoriasis unngås som injeksjonssted. Etter avtale med egen lege kan pasienten injisere Cosentyx selv, så fremt opplæring i s.c. injeksjonsteknikk er gitt. Legen skal imidlertid sørge for hensiktsmessig oppfølging av pasienten. Pasienten skal instrueres i å injisere hele mengden iht. instruksjonene i pakningsvedlegget. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Klinisk viktig, aktiv infeksjon (f.eks. aktiv tuberkulose). **Forsiktighetsregler:** Sekukinumab kan øke risikoen for infeksjoner; de fleste av disse er milde eller moderate øvre luftveisinfeksjoner slik som nasofaryngitt, og krever ikke seponering. Ikke-alvorlige mukokutane candidainfeksjoner er rapportert. Forsiktighet bør utvises når bruk vurderes hos pasienter med kronisk infeksjon eller historie med gjentatte infeksjoner. Pasienten skal anmodes om å søke medisinske råd dersom tegn på infeksjon oppstår. Ved alvorlig infeksjon skal pasienten overvåkes nøye og sekukinumab ikke gis før infeksjonen opphører. Skal ikke gis ved aktiv tuberkulose. Behandling mot tuberkulose skal vurderes før oppstart ved latent tuberkulose. Forsiktighet bør utvises ved Crohns sykdom, da sykdomsforverring, i noen tilfeller alvorlig, er sett (også i placebogruppen). Pasienter med Crohns sykdom bør følges opp nøye. Sjeldne tilfeller av overfølsomhetsreaksjoner er observert. Dersom en anafylaktisk reaksjon eller andre alvorlige allergiske reaksjoner oppstår, skal administrering avbrytes umiddelbart og nødvendig behandling startes. Nålehetten til den ferdigfylte sprøyten og pennen inneholder et derivat av naturgummilateks. Naturgummilateks er ikke påvist i nålehetten, men bruk er ikke undersøkt hos lateks-følsomme personer, og risiko for overfølsomhetsreaksjoner kan derfor ikke fullstendig utelukkes. Levende vaksiner bør ikke gis samtidig. Pasienten kan få inaktiverte eller ikke-levende vaksiner. Data antyder at sekukinumab ikke undertrykker den humorale immunresponsen overfor meningokokk- eller influensavaksiner. Sikkerhet og effekt i kombinasjon med immunsuppressiver, inkl. biologiske, eller fototerapi er ikke undersøkt i psoriasis-studier. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. **Graviditet, amming og fertilitet:** Fertile kvinner skal bruke effektiv prevensjon under behandling og i minst 20 uker etter behandling. Graviditet: Tilstrekkelige data foreligger ikke. Dyrestudier indikerer ingen direkte eller indirekte skadelige effekter mht. graviditet, embryonisk/føtal utvikling, fødsel eller postnatal utvikling. Som et forsiktighetstiltak anbefales det å unngå bruk under gravi¬ditet. Amming: Ukjent om sekukinumab utskilles i morsmelk eller tas opp systemisk ved amming. Pga. potensialet for bivirkninger hos diende spedbarn, må det tas en beslutning om amming skal opphøre under og i opptil 20 uker etter behandling, eller behandling avsluttes, basert på nytte-/risikovurdering. Fertilitet: Ikke undersøkt. Dyrestudier viste ingen direkte eller indirekte skadelige effekter på fertilitet. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Infeksiøse: Øvre luftveisinfeksjoner. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Diaré. Infeksiøse: Munnherpes. Luftveier: Rennende nese. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Blod/lymfe: Nøytropeni. Hud: Urticaria. Infeksiøse: Oral candidiasis, fotsopp, ekstern otitt. Øye: Konjunktivitt. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Immunsystemet: Anafylaktiske reaksjoner. Ukjent frekvens: Infeksiøse: Slimhinne- og hud-candidiasis (inkl. øsofageal candidiasis). **Overdosering/Forgiftning:** Ved overdose anbefales det at pasienten overvåkes for tegn eller symptomer på bivirkninger, og at nødvendig symptomatisk behandling startes umiddelbart. Se Giftinformasjonens anbefalinger for interleukinhemmere L04A C side c. **Egenskaper:** Klassifisering: Fullstendig humant monoklonalt antistoff (IgG1/κ). Virkningsmekanisme: Bindes selektivt til og nøytraliserer proinflammatorisk cytokin interleukin-17A (IL-17A) og hemmer interaksjonen med IL-17-reseptoren, som er uttrykt på forskjellige celletyper, inkl. keratinocytter. Som et resultat hemmes frigjøringen av proinflammatoriske cytokiner, kjemokiner og mediatorer for vevsskade, og det IL-17A-medierte bidraget til autoimmune og inflammatoriske sykdommer reduseres. Som et direkte resultat reduseres erytem, hudfortykkelse og flassing som forekommer i lesjoner med plakkpsoriasis. Absorpsjon: Cmax ved steady state etter s.c. administrering av 150 mg eller 300 mg er hhv. 27,6 µg/ml og 55,2 µg/ml. Steady state nås etter 20 uker. Biotilgjengelighet: 73%. Fordeling: Vd etter en enkelt i.v. administrering: 7,10-8,60 liter. Halveringstid: Clearance etter en enkelt i.v. administrering: 0,13-0,36 liter/dag; t1/2: 27 (18-47) dager ved i.v. administrering. Metabolisme: Via intracellulær katabolisme, etterfulgt av væskefase eller reseptormediert endocytose. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Kan oppbevares utenfor kjøleskap i en enkeltperiode på inntil 4 dager ved romtemperatur (høyst 30°C). Skal ikke fryses. Oppbevares i originalpakningen for å beskytte mot lys. **Pakninger og priser:** Injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt penn: 2 × 1 ml (ferdigfylt penn) kr. 15310,30. Injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt sprøyte: 2 × 1 ml (ferdigfylt sprøyte) kr. 15310,30. **H-resept: L04A C10_1 Sekukinumab**. ***Refusjonsberettiget bruk:*** Rekvirering skal gjøres i tråd med nasjonal faglig retningslinje for bruk av TNF-a hemmere og andre biologiske betennelsesdempende legemidler og føringer fra RHF/LIS spesialistgruppe.

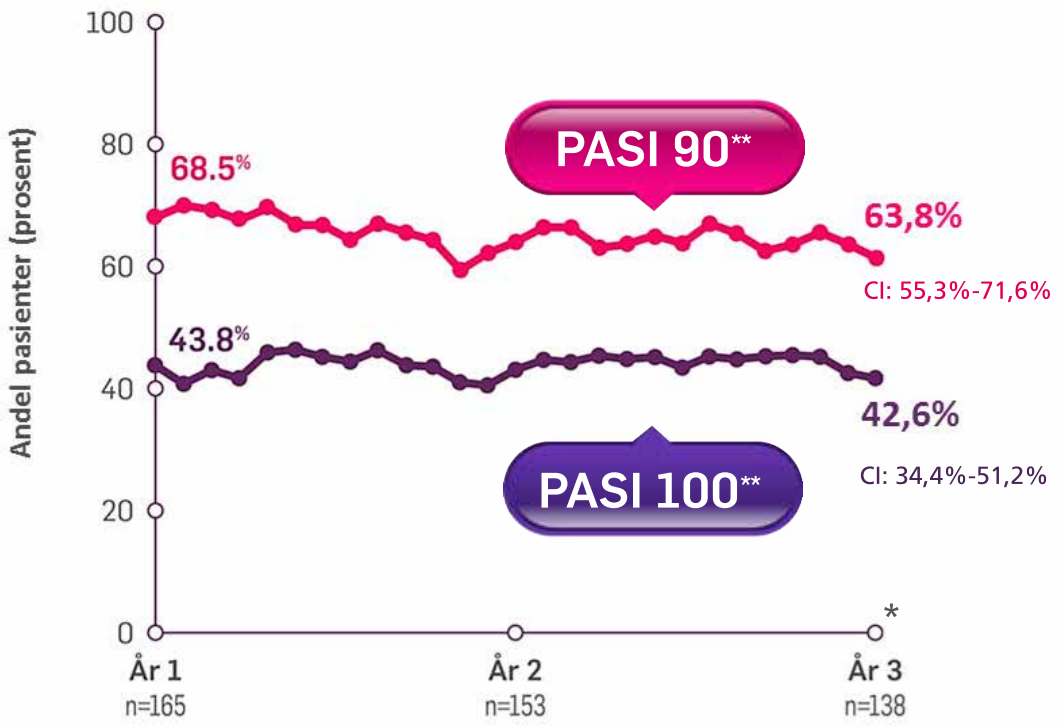
Vilkår: 216 Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller spesialist i revmatologi, nevrologi, indremedisin, barnesykdommer eller hud og veneriske sykdommer

Sist endret: 17.10.2017 (SPC godkjent 15.08.2017)

NOVARTIS
Novartis Norge AS • PB. 4284 Nydalen • 0401 Oslo
Tlf.: 23 05 20 00 • Faks: 23 05 20 01 • www.novartis.no

Cosentyx®
sekukinumab

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



* Cosentyx® 300mg. Graf utarbeidet av Novartis og tilpasset etter Bissonnette R et al. 20171.As observed analyse av Cosentyx 300mg fixed interval dosing arm i SCULPTURE.
** PASI (Psoriasis Area Severity Index)

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

Referanse:

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

NOVARTIS

NO1709707510

Erfaringer vedrørende pakkeforløp

Ahus har lang erfaring i utredning og behandling av pasienter med lungekreft. Gjennom årene har vi gjort fortløpende endringer i måten vi jobber på i takt med økende antall pasienter og med nye behandlingsmetoder.

» Av overlege **Anne Siri Gløersen**, lungeavdelingen, Ahus

Tidskravene for pakkeforløp lungekreft fra henvisning mottas til start behandling henholdsvis 35 (medisinsk behandling) og 42 dager (kirurgi og strålebehandling). Det er flere frister underveis som registreres, men vi måles foreløpig på om frist for start behandling oppfylles. Det er ofte mange undersøkelser pasientene må igjennom før histologi, stadium og mutasjonsanalyser er på plass.

Dedikerte ressurser

Før pakkeforløpene ble innført hadde vi en organisasjonsform som var godt tilpasset dette. Alle pasientene ble håndtert i egen utredningsenhet med kontinuerlig legebemanning, slik at prøvesvar kunne følges opp fortløpende. Man skulle ikke risikere å miste dager i påvente av ny poliklinisk time. Allikevel kunne utredningstiden være lang. Tidsfristene i pakkeforløp «tvang oss» til å tenke effektivitet i tillegg til kvalitet.

Henvisninger fra primærhelsetjenesten må oppfylle bestemte kriterier for at det skal utløses pakkeforløp. Det er mye å organisere rundt et pasientforløp. For å kunne lykkes er det alfa og omega å ha noen med dedikert ansvar og som hele tiden følger opp. Betydningen av en erfaren og interessert forløpskoordinator er stor, likeledes en dedikert lege.

Vi har måttet prioritere økte legeressurser til utredningsenheten for å opprettholde en daglig stabil legebemanning, noe som går på bekostning av for eksempel ordinær poliklinikk.

Ekstern radiologi en utfordring

Det er ofte funn på radiologiske undersøkelser som gir mistanke om kreft og starter utredning i pakkeforløp. Erfaringsmessig er det stor diskrepans mellom beskrivelse av CT undersøkelser eksternt og vurdering som gjøres av thoraxradiolog hos oss.

Fristen er 1 uke fra mottatt henvisning til første oppmøte. Vi vurderer tilsendte radiologiske undersøkelser på rtg.møte denne dagen.

Det å ha bildene på plass i systemet slik at de er tilgjengelig for vurdering har hele tiden vært en utfordring. For å ha mulighet for å oppfylle forløpstidene var nettopp dette viktig. Man kan da tidlig skissere en utredningsplan ut fra funn. Vi har nå fått en god logistikk på dette. I stedet for å få tilsendt undersøkelsene pr. post fra eksterne institutter bringes de med budbil. Sekretær må personlig levere de til radiologisk avdeling med informasjon om innen hvilken dag bildene må være tilgjengelig for vurdering. Det går ikke å sende i internpost slik det ble gjort tidligere, det innebærer en god del merarbeid for merkantil personell.

Intern radiologisk kapasitet

De fleste av pasientene i pakkeforløp for lungekreft må igjennom radiologisk biopsi og den største utfordringen for å klare tidsfristene ligger her.

På Ahus har radiologisk avdeling ikke vokst i takt med pasientmengden og større opptaksområde. Nye behandlingsmetoder og nye analyser krever mer biopsimateriale. Oppbygging av onkologisk avdeling med alle radiologiske evalueringer dette innebærer har også vært med på å presse kapasiteten.

Før innføring av pakkeforløpene og underveis har vi hatt samarbeidsmøter med radiologisk avdeling. og vi har fått avsatt et antall øremerkede timer for radiologiske biopsier og CT undersøkelser merket pakkeforløp. Disse slotene øker ikke i samme grad som behovet øker. Dette er svært sårbart i forhold til ferieavvikling eller periodevis driftsstans i forbindelse med vedlikehold etc.

På Ahus har vi har heller ikke CT-PET scan som er nødvendig for en optimal stadium vurdering der pasientene skal vurderes for kurativt rettet behandling.

Vi har et godt samarbeid med Nukleærmedisinsk avdeling på Ullevål, men dette innebærer mye jobb for koordinator som må ringe og faxe henvisning, og få oversendt radiologiske us.

Skal forløpsfristene ivaretas går det ikke å sende henvisningene med post.

Erfaringer- betydelig forbedring

Vi har nå erfaring fra snart tre år med å bli målt på tidsfrister. Vi som jobber med dette er, til tross for noe merarbeid og lite tilførte ressurser, svært fornøyd med ordningen.

Ventetiden fra kreftmistanke til konklusjon og start behandling oppleves som den største psykiske påkjenning for pasientene. Her har vi opplevd en betydelig bedring med innføring av pakkeforløp.

Det har også medført besparelse av radiologiske undersøkelsen. Tidligere måtte vi i betydelig grad gjenta CT undersøkelser før oppstart behandling da lang utredningstid hadde medført at undersøkelser var blitt for gamle.

Grunnet lite tilførte ressurser og en god del ekstra oppgaver pålagt få personer er systemet sårbart ved sykdom og stadig økende andel pasienter.

Korte tidsfrister medfører at man rekvirerer en del undersøkelser som ikke hadde vært nødvendig. CT-PET rekvireres før histologisk avklaring, og en del pasienter ender med benign sykdom og således en kostbar unødvendig undersøkelse. «Unødvendige» undersøkelser som igjen genererer opp til flere nye utredninger grunnet funn som må avklares. ●

Ny spesialistutdannelse – har vi kapasitet til det?

Det er lagt ned et stort arbeid for å etablere en ny spesialistutdanning, og formålet med å vrake den eksisterende er å lage en som er bedre tilpasset nye behov og forutsetninger. Det er ingen tvil om at den nye modellen er krevende både økonomisk og personalmessig. I et nummer der vi fokuserer på tidstyver er det ikke riktig å framstille dette som én, men det er ikke tvil om at det vil kreve tid – av mange. Utdanning er en av våre tre sentrale oppgaver, og den må få de nødvendige ressurser. Likevel, det kan se ut som regnskapet her er gjort opp uten vertskap – for dette krever skolering av de som tidligere har gjort oppgavene i kraft av sin stilling, regelmessig møtevirksomhet for veiledning og moduloppgaver. Det beste kan være det godes fiende – utgifter til implementering er det ikke gjort rede for og hvor man skal ta tiden fra, *må* man nesten spørre seg.

» Av **Arild Egge**, redaktør

Tid til veiledning

Veiledning er et nødvendig element i spesialistutdanningen av leger. I en travel klinisk hverdag vil mangel på tid være en vesentlig hindring i forhold til hvor godt det fungerer. Bedret veiledning er en målsetting i den nye spesialitetsstrukturen, jamfør Spesialistforskriften som trådte i kraft 1. mars 2017.

» Av **Helge Haarstad** og **Leif Martin Hokstad**,
Regionalt utdanningssenter for legers spesialistutdanning i Midt-Norge

Helge Haarstad er medisinsk fagsjef ved St. Olavs Hospital. Han er også leder av Regionalt utdanningssenter for legers spesialistutdanning i Midt-Norge.

Leif Martin Hokstad er pedagogisk rådgiver i RegUt og ved Medisinsk simulatorsenter, St. Olavs Hospital. Han er også ansatt ved Seksjon for universitetspedagogikk, NTNU.

Forskriften spesifiserer at hovedansvaret for spesialistutdanningen er tillagt helseforetakene, og at det skal utarbeides planer for hvordan veiledning organiseres og gjennomføres. Det forutsettes at det gis tilstrekkelig veiledning av kvalifiserte leger. Nasjonalt er det gitt anbefalinger om at alle som veileder leger i spesialisering skal ha gjennomført veilederutdanning. I forskriftens rundskriv er det imidlertid lagt føringer om at læringsaktiviteter og veiledning *«skal tilpasses den daglige virksomheten slik at det ikke går på bekostning av kvalitet, sikkerhet, ventetider mv»*.

Tilpassing av tid til veiledning er ikke uproblematisk sett i lys av alle andre arbeidsoppgaver en kliniker daglig skal rekke over. Føringer har blitt gitt om at veiledning bør gjennomføres månedlig. Med 1:1 veiledning legger dette beslag på tid. Det foreligger imidlertid gode erfaringer med gruppeveiledning innen allmennmedisin og psykiatri. I forhold til 1:1 veiledning er gruppeveiledning tidsbesparende, men byr også på en rekke fordeler i forhold til diskusjon, feedback, læring og egenutvikling. Gruppeveiledning legger vekt på at kunnskap, ferdigheter, holdninger og verdier utvikles best nært eget praksisfelt gjennom dialog, relasjoner og refleksjon. Deltagere lærer av hverandre og det åpnes for flere synspunkter. Det gis mulighet for *feedback*, men også for *feed forward* som legger vekt på det som kunne ha vært gjort annerledes. Gruppeveiledning vil også bidra til å utvikle profesjonell identitet gjennom opplevelse av yrkestilhørighet. I forhold til kun 1:1 veiledning vil gruppeveiledning redusere behovet for veiledertid, og ved det minske total bruk av tid til veiledning. Individuelle forhold tilsier fortsatt et behov for 1:1 veiledning, men en kan med fordel alternere dette med gruppeveiledning. Det er viktig at en har fokus på veiledning i den forstand at også denne aktiviteten integreres i virksomhetens arbeidsplaner. Systematisk planlegging av tid til veiledning er en forutsetning for at en skal lykkes. ●

Tid til veiledning innen indremedisinske fag

Veiledning får en tydeligere rolle i ny modell for spesialistutdanning. Dagens 1:1-veiledning av leger i spesialisering (LIS) opprettholdes, og veiledningskvaliteten skal styrkes.

» Av **Cecilie Risøe,** overlege, kardiologisk avdeling OUS Rikshospitalet

I tillegg er gruppeveiledning en anbefalt læringsaktivitet for å nå flere av læringsmålene innen felles kompetansemoduler der 24 læringsmål er lagt til del 2 og del 3. Alle dagens utdanningssteder må søke resertifisering, og godkjenning forutsetter en plan for veiledning ved hver enkelt avdeling. Økt vekt på god veiledning representerer en kvalitetsforbedring, men reiser også noen utfordringer.

Mange LIS er lite fornøyd med dagens 1:1-veiledning. Dette skyldes delvis at det kan være vanskelig for to klinikere å finne felles tid i en travel hverdag. Selv i de beste avdelingene der veiledning er lagt inn i tjenesteplanen for LIS, kan veileder være bortreist, ha vakt eller et nødvendig møte, og omrokkering av avtalen kan vise seg svært vanskelig. Videre kan oppnevnt veileder være lite motivert, mangle veilederkurs og ha uklare forestillinger om hva oppgaven går ut på. God veiledning har i dag lav status.

En kvalitetsforbedring av individuell veiledning vil kreve kursing av veiledere. Det er ikke gitt at alle overleger skal veilede. Dyktige klinikere som er gode læremestre i spesialiserte prosedyrer, er ikke nødvendigvis også best på veiledning. Dersom oppgaven konsentreres på færre overleger i avdelingen, vil det synliggjøre at veiledning tar tid og ikke kan videreføres som en fritidsoppgave. Veiledning av mange LIS vil måtte medføre redusert klinisk virksomhet for veileder i perioder. Dette er en kostnad for avdelingen som det neppe er tatt høyde for.

Gruppeveiledning og eventuell simulatortrening vil representere tilsvarende utfordringer. LIS utfører en betydelig del av helt nødvendig rutinearbeid i indremedisinske avdelinger. Dersom mange av dem skal fristilles samtidig, må driften dekkes på annen måte. Lederne vil måtte gjøre noen prioriteringer for å få dette til.

Et kvalitetsløft innen veiledning forutsetter at budsjettene helt ned på avdelingsnivå synliggjør at sykehusene har ansvar både for pasientbehandling og spesialistutdanning. Nøkkelen til en kvalitativt bedre LIS-utdanning ligger i en solid forankring hos lederne - fra øverste toppnivå og nedover. ●

Ny spesialistutdanning for leger:
Veien dit, og tilbake igjen...

De siste årene har det pågått et stort arbeid fra både Legeforeningen og myndighetene for å endre innhold og organisering av spesialitetsutdanningen i Norge. I korte trekk var lang tid til ferdig spesialitet – gjennomsnittlig 9 år – og samtidig spesialistmangel innen mange fagfelt bakgrunnen for endringsønsket.

» Av **Kristin Kornelia Utne**, nestleder i Yngre legers forening

Hvis vi spoler litt tilbake i tid leverte Helsedirektoratet (Hdir) rapporten «Fremtidens legespesialister. En gjennomgang av legers spesialiststruktur og innhold» 30. november 2014. Rapporten var utarbeidet på oppdrag fra Helse og omsorgsdepartementet og den skapte mye bekymring i Legeforeningen. Bekymringen var knyttet til både innholdet og til Legeforeningens manglende rolle i ny spesialitetsstruktur.

Siden den gang har mye skjedd og mange artikler er skrevet.

Spesialistforskriften ble publisert 09.12.16. Turnustjenesten er lagt ned. Første kull LIS-1 begynte i ny spesialistutdanning 1. September i år.

Den nye spesialistutdanningen medfører store endringer i utdanning av spesialister. Strukturen skiller seg fra dagens ordning, med en tredeling av spesialistutdanningen: Del 1 tilsvarer det som til er felles for alle fag og inkluderer et år på sykehus og 6 måneder i kommunehelsetjenesten, del 2 er en felles del for henholdsvis kirurgiske og medisinske fag, mens del 3 er den fagspesifikke delen av utdanningen innen hver enkelt spesialitet. For spesialiteter utenom de kirurgiske og medisinske spesialitetene, går man direkte fra del 1 til del 3.

Den største endringer ligger nok allikevel ikke i strukturen, men heller i kompetansevurderingen som ligger til grunn i ny ordning. Prosedyrekrav og tid erstattes med læringsmål, som angir hva en legespesialist skal kunne, forstå og være i stand til å utføre. I tillegg foreslås det hvordan læringsmålene skal oppnås (læringsaktiviteter) og hvordan det skal vurderes om et læringsmål er oppnådd (metode for kompetansevurdering). Læringsaktivitetene inkluderer både klinisk arbeid og tjeneste under supervisjon, veiledning, teoretisk undervisning (for eksempel kurs og internundervisning) og selvstudium. Det er viktig påpeke at læringsaktivitetene ikke forskriftsfestes i ny ordning, og hver HF kan selv velge hvilke læringsaktiviteter de mener er nødvendige for å oppnå læringsmål.

Det legges vekt på mer tid til veiledning, både en til en og i grupper, læring ved bruk av simulering, og ikke minst er det utarbeidet kompetansemoduler som går parallelt med faglig utdanning. Kompetansemodulene er felles for alle spesialiteter og omhandler tema som brukermedvirkning, tverrfaglig samarbeid, forskningsforståelse, og etikk.

Endringene i utdanningens innhold og utforming vil utvilsomt få store konsekvenser, særlig for legebemanningsbehov, og dermed for hele sykehusdriften. Endringene vil kreve mer tid ute av daglig drift for LIS og mer bruk av overlegenes tid til veiledning. Det er ikke satt av midler til omlegging av utdanningen, og ikke lempet på krav om effektivitet i drift.

Hvordan dette skal gå opp i en klinisk hverdag er usikkert, og Ylf er bekymret for at utdanningen blir en salderingspost. Allerede i dag prioriteres tid til utdanning og faglig fordypning ned i møte med krav om effektiv drift i spesialiseringsperioden, på tross av obligatoriske læringsaktiviteter. Prosedyrekrav er på mange steder det eneste midlet leger i spesialisering har for å sikres tid til utdanning og når disse faller bort er vi avhengig av at arbeidsgiver fokuserer på og prioriterer tid til utdanning.

Det synes som om myndighetene har lyttet til en del av Legeforeningens innspill, da Helseforetakene har blitt anbefalt å videreføre læringsaktiviteter som fungerer godt i dag og koble eksisterende læringsaktiviteter til vedtatte læringsmål. Det har også kommet innspill om at dagens kurs vil videreføres, i alle fall inntil videre.

Sammenlignet med rapporten fra 2014 har vi allikevel kommet langt. Spesialistkomiteenes rolle er forskriftsfestet og samarbeidsarenaer er etablert.

Etter forskriften har Helsedirektoratet ansvaret for å beslutte læringsmål i ny spesialistutdanning for leger. Helsedirektoratet har i samarbeid med spesialitetskomiteene for hver enkelt av de 44 medisinske spesialitetene utviklet forslag til læringsmål for del 2 og del 3.

Dette har vært hard arbeid. Spesialistkomiteene har jobbet på spreng på fritiden for å levere læringsmål i alle spesialiteter med korte tidsfrister.

Fagpersoner i spesialistkomiteene har kjempet hardt for å sikre at faglige hensyn ikke tilsidesettes og talt med klar stemme. De fortjener takknemlighet fra fremtidens overleger. ●

Spiolto Respimat «Boehringer Ingelheim»
Adrenergikum + antikolinergikum
ATC-nr.: R03A L06 **C**

INHALASJONSVÆSKE, oppløsning *2,5 µg/2,5 µg i Respimat inhalator:* *Hver levert dose inneh.:* Tiotropiumbromidmonohydrat tilsv. tiotropium 2,5 µg, olodaterolhydroklorid tilsv. olodaterol 2,5 µg, benzalkoniumklorid, dinatriumedetat, saltsyre, vann.[1]

Indikasjoner: Bronkodilaterende vedlikeholdsbehandling for å lindre symptomer hos voksne med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols).

Dosering: ***Voksne inkl. eldre:*** 2 inhalasjoner 1 gang pr. døgn, til samme tid hver dag. Anbefalt dosering bør ikke overskrides. ***Barn og ungdom <18 år:*** Bruk ved kols er ikke relevant. ***Administrering:*** Kun til inhalasjon. Inhaleres vha. Respimat inhalator.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene, atropin eller dets derivater, f.eks. ipratropium eller oksitropium.

Forsiktighetsregler: Bør ikke brukes ved astma, da effekt og sikkerhet ved astma ikke er undersøkt. Ikke indisert for behandling av akutt bronkospasme, dvs. som akuttbehandling. Legemidler som inhaleres kan gi paradoksal bronkospasme som kan være livstruende. Behandlingen må da avbrytes umiddelbart og erstattes med alternativ behandling. Brukes med forsiktighet ved trangvinkelglaukom, prostatahyperplasi eller blærehalsobstruksjon. Pasienten bør advares mot å få sprayen i øynene. Dette kan utløse eller forverre trangvinkelglaukom, gi øyesmerter eller ubehag, forbigående tåkesyn, halo eller fargefenomen sammen med røde øyne som følge av økt blodtilførsel i konjunktiva eller ødem i kornea. Ved symptomer på trangvinkelglaukom skal behandlingen avbrytes og lege kontaktes umiddelbart. Munntørrhet, som er sett ved antikolinerg behandling, kan over lengre tid gi karies. Plasmakonsentrasjonen øker ved nedsatt nyrefunksjon. Skal derfor kun brukes ved moderat til alvorlig nedsatt nyrefunksjon (ClCR ≤50 ml/minutt) hvis forventet nytte oppveier potensiell risiko. Brukes med forsiktighet ved nylig hjerteinfarkt, ustabil eller livstruende hjertearytmi, paroksysmal takykardi eller nylig sykehusinnleggelse med hjertesvikt, pga. begrenset erfaring. Kan gi klinisk signifikant kardiovaskulær effekt hos enkelte, målt som økning i hjertefrekvens, blodtrykk og/eller symptomer. Seponering bør vurderes dersom dette oppstår. Langtidsvirkende β2-agonister bør brukes med forsiktighet ved kardiovaskulære lidelser, spesielt iskemisk hjertesykdom, alvorlig dekompensert hjertesvikt, hjertearytmier, hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati, hypertensjon og aneurisme, ved krampelidelser eller tyreotoksikose, kjent eller mistenkt forlengelse av QT-intervallet, og hos pasienter som er uvanlig følsomme overfor sympatomimetiske aminer. β2-agonister kan føre til hypokalemi, som er en potensiell risikofaktor for utvikling av kardiovaskulære bivirkninger. Ved alvorlig kols kan dette forsterkes av hypoksi og samtidig behandling som øker faren for hjertearytmi. Inhalasjon av høye doser kan gi økt glukosenivå i plasma. Forsiktighet bør utvises ved planlagte operasjoner der det skal brukes halogenert hydrokarbon som anestesi, da det er økt risiko for kardielle bivirkninger av betaagonistiske bronkodilatatorer. Preparatet skal ikke brukes sammen med andre langtidsvirkende β2-agonister. Akutte hypersensitivitetsreaksjoner kan forekomme etter inhalasjon. Svimmelhet eller tåkesyn kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse.Samtidig bruk av tiotropiumbromid og andre antikolinergika er ikke undersøkt og anbefales derfor ikke. Samtidig bruk av andre adrenerge preparater (alene eller i kombinasjon) kan forsterke bivirkningene av preparatet. Samtidig behandling med xantinderivater, steroider eller ikke-kaliumsparende diuretika kan forsterke enhver hypokalemisk effekt av olodaterol. Betablokkere kan svekke eller blokkere effekten av olodaterol. Kardioselektive betablokkere kan vurderes, men bør gis med forsiktighet. Effekten av olodaterol på det kardiovaskulære systemet kan forsterkes av MAO-hemmere, TCA eller andre legemidler som kan forlenge QTC-intervallet. Samtidig bruk av ketokonazol, en potent P-gp- og CYP3A4-hemmer, øker systemisk eksponering av olodaterol med ca. 70%. Ingen dosejustering er nødvendig.

Graviditet, amming og fertilitet: *Graviditet:* Begrensede data. Det anbefales å unngå bruk under graviditet. *Amming:* Ukjent om tiotropium eller olodaterol går over i morsmelk. Det må tas en beslutning om amming skal opphøre eller behandling avstås fra basert på nytte-/risikovurdering. *Fertilitet:* Ingen data.

Bivirkninger: *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Munntørrhet. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Forstoppelse. Hjerte/kar: Atrieflimmer, palpitasjoner, takykardi, hypertensjon. Luftveier: Dysfoni, hoste. Nevrologiske: Svimmelhet, søvnløshet, hodepine. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Gastrointestinale: Gingivitt, kvalme, orofaryngeal candidiasis. Hjerte/kar: Supraventrikulær takykardi. Hud: Angioødem, urticaria, kløe. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Infeksiøse: Nasofaryngitt. Luftveier: Epistakse, laryngitt, faryngitt. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerter, artralgi. Nyre/urinveier: Urinretensjon, urinveisinfeksjon, dysuri. Øye: Tåkesyn. *Ukjent frekvens:* Gastrointestinale: Intestinal obstruksjon, paralytisk ileus, karies, dysfagi, gastroøsofageal reflukssykdom, glossitt, stomatitt. Hud: Utslett, tørr hud, hudinfeksjon og hudsår. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon. Luftveier: Bronkospasme, sinusitt. Muskel-skjelettsystemet: Hevelse i ledd. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering. Øye: Glaukom, økt intraokulært trykk. Økt antikolinerg effekt kan forekomme med økende alder. *Bivirkninger relatert til langtidsvirkende β2-agonister:* Arytmi, myokardial iskemi, angina pectoris, hypotensjon, tremor, nervøsitet, muskelkramper, tretthet, sykdomsfølelse (malaise), hypokalemi, hyperglykemi og metabolsk acidose.

Overdosering/Forgiftning: *Symptomer:* Høye doser tiotropiumbromid kan gi antikolinerge tegn og symptomer. Overdose av olodaterol kan gi forsterkning av bivirkninger typiske for β2-agonister. *Behandling:* Støttende og symptomatisk. Alvorlige tilfeller bør innlegges på sykehus. Kardioselektive betablokkere kan vurderes med ytterste forsiktighet. Se Giftinformasjonens anbefalinger for tiotropiumbromid R03B B04 side c og olodaterol R03A C19 side c.

Egenskaper: *Klassifisering:* Kombinasjon av langtidsvirkende spesifikk muskarinreseptorantagonist og langtidsvirkende β2-agonist (LAMA/LABA). *Virkningsmekanisme:* Kombinasjonen gir additiv bronkodilatasjon pga. ulike virkningsmekanismer. Tiotropiumbromid bindes til muskarine reseptorer. I luftveiene vises en selektiv, kompetitiv og reversibel antagonisme til M3-reseptorene, som hemmer de kolinerge effektene av acetylkolin (bronkokonstriksjon) og fører til relaksering av bronkienes glatte muskulatur. Effekten er doseavhengig og varer i >24 timer. Olodaterol aktiverer β2-reseptorer, noe som fører til forhøyet nivå av cAMP, som induserer bronkieutvidelse ved å relaksere glatt muskulatur i luftveiene. *Absorpsjon:* Tiotropium: Ca. 33% av inhalert dose når systemisk sirkulasjon. C_{max} nås etter 5-7 minutter. Olodaterol: C_{max} nås innen 10-20 minutter. Absolutt biotilgjengelighet er ca. 30%. *Proteinbinding:* Tiotropium: 72%, olodaterol: Ca. 60%. Fordeling: Vd for tiotropium er 32 liter/kg og for olodaterol 1110 liter. *Halveringstid:* Effektiv t1/2 for tiotropium etter inhalasjon er 27-45 timer hos kolspasienter. Total clearance: 880 ml/minutt. Olodaterol plasmakonsentrasjon etter inhalasjon har en multifasisk nedgang, med en terminal t1/2 på ca. 45 timer. Total clearance: 872 ml/minutt. *Metabolisme:* Tiotropium metaboliseres i liten grad. Esteren av tiotropiumbromid gjennomgår ikke-enzymatisk spalting til inaktive metabolitter. Olodaterol metaboliseres hovedsakelig ved direkte glukuronidering og O-demetylering, etterfulgt av konjugering. *Utskillelse:* Tiotropium: Ca. 20% via urin, resten via feces. Olodaterol: Det meste i feces. 5-7% utskilles uforandret i urin hos friske.

Oppbevaring og holdbarhet: Skal ikke fryses. Holdbarhet etter anbrudd: 3 måneder. Respimat inhalator skal kastes etter 3 måneders bruk.

Pakninger og priser: 60 doser (1 patron + Respimat inhalator). Varenr. 075140. Pris kr. 588,20.

Refusjon: ***Kols:*** Refusjon ytes kun til pasienter med moderat til alvorlig KOLS (FEV1 ≤ 65 % av forventet verdi).

Refusjonskoder: ICPC. R95 Kronisk obstruktiv lungesykdom. ICD. J44. Annen kronisk obstruktiv lungesykdom. ICD. J43 Emfysem.

Vilkår 90: Refusjon ytes kun til pasienter med etablert KOLS. Diagnosen må være verifisert ved spirometri. Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres.

Sist endret: 21.03.2017
Basert på SPC godkjent av SLV: 01.03.2017

Referanser:

1. SPIOLTO RESPIMAT SPC, avsnitt 5.1, 21/03/16
2. Lyseng-Williamson KA, Keating GM. Tiotropium RESPIMAT® Soft Mist™ inhaler: a guide to its use in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in the EU. Drugs Ther Perspect 2015;31(2):39– 44.
3. Anderson P. Use of Respimat Soft Mist inhaler in COPD patients. International journal of COPD. 2006;1(3):251-259
4. Hodder R, Price D. Patient preferences for inhaler devices in chronic obstructive pulmonary disease: experience with Respimat Soft Mist inhaler. International journal of COPD. 2009;4:381-390.

Boehringer Ingelheim
Boehringer Ingelheim
Postboks 405, 1373 Asker
Tlf 66 76 13 00 Faks 66 90 25 33

SPIOLTO® RESPIMAT®
TIOTROPIUM & OLODATEROL

KOLS kombinasjonsbehandling

SPIOLTO® RESPIMAT®

TIOTROPIUM & OLODATEROL

Spiolto® Respimat®

- *Fast dosekombinasjon (LAMA/LABA):*
  - *Langtidsvirkende muskarin-antagonist tiotropium (Spiriva®)*
  - *Langtidsvirkende β_2-agonist olodaterol (Striverdi®)*
- *Kombinasjonen bør gi en optimal bronkodilatasjon i alle deler av lungene.*[1]

Gis via Respimat® Soft Mist™ inhalator

- *Uavhengig av pasientens inspiratorisk kraft.*[2]
- *Sørger for god lungedeponering og fordeling av virkestoff til alle deler av lungene.*[3]
- *Oppleves som enkel i bruk av pasientene uavhengig av alder.*[4]
- *Inneholder ikke laktose.*

Indikasjon:
Spiolto Respimat er indisert som bronkodilaterende vedlikeholdsbehandling for å lindre symptomer hos voksne pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS).

Vanlige bivirkninger (≥ 1/100 til < 1/10):
Munntørrhet

Mindre vanlige (≥ 1/ 1000 til < 1/100):
Palpitasjoner, takykardi, hypertensjon, svimmelhet, søvnløshet, hodepine, hoste og forstoppelse.

Kontraindikasjoner:
Overfølsomhet overfor tiotropium eller olodaterol. Tidligere overfølsomhet overfor atropin eller dets derivater, f. eks ipatropium eller oksitropium.

Advarsler og forsiktighetsregler:
Spiolto Respimat skal brukes ved forsiktighet hos pasienter med alvorlig hjertesykdom og alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Spiolto Respimat brukes kun til vedlikeholdsbehandling av KOLS og ikke ved akutte symptomer. Bør ikke brukes ved astma, da effekten og sikkerheten ikke er undersøkt.

Interaksjoner
Effekten av Spiolto Respimat kan svekkes ved samtidig bruk av beta-blokkere. Selektive beta-blokkere kan vurderes, men bør administreres med forsiktighet

** Utdrag fra sikkerhetsinformasjonen utarbeidet av Boehringer Ingelheim. Se fullstendig oversikt i SPC*

SPI160918

Boehringer Ingelheim

Boehringer Ingelheim
Postboks 405, 1373 Asker
Tlf 66 76 13 00 Faks 66 90 25 33

SPIOLTO® RESPIMAT®
TIOTROPIUM & OLODATEROL

Veiledning i endring?

I ny *«forskrift om spesialistutdanning»* tydeliggjøres lederansvaret for LIS utdanningen. Leder skal sørge for å legge til rette for at LIS får nødvendig veiledning og supervisjon, samt at det oppnevnes individuell veileder [1]. Veilederkompetanse og veilederutdanning er lagt som forskriftsfestede læringsmål for del 2 og 3 i ny spesialistutdanning.

» Av Elisabeth Søyland

Leder av utdanningsavdelingen ved OUS, Direktørens stab. Tidligere overlege og professor i hudsykdommer, Rikshospitalet. Siste året jobbet med ny LIS utdanning nasjonalt, regionalt og lokalt.

I Forskriften defineres veiledning slik: Veiledning forstås som refleksjon, råd, oppfølging av faglig progresjon under spesialiseringen og bidrag i vurderingen av leger i spesialisering. Veiledningen innebærer planlagte og regelmessige samtaler mellom lege i spesialisering og veileder.

Det er forskriftsfestet at leder skal godkjenne at læringsmålene er oppnådd, mens det vil være supervisører og veileder som godkjenner læringsaktivitetene som ligger til grunn for at et læringsmål skal kunne oppfylles. Når leder skal godkjenne læringsmål, skal dette gjøres i samarbeid med veileder og en eller flere overleger som er tett på LIS i det daglige [1].

Det påhviler veileder et utvidet og tydelig ansvar i ny ordning.

Hva gjøres for å styrke veiledningen?

Helsedirektoratet nedsatte en arbeidsgruppe i 2014 som utarbeidet læringsmål for veilederutdanning av leger. Rapporten dannet grunnlaget for arbeidet i en nasjonal kurskomite oppnevnt av de fire Regionale Utdanningssentrene (RegUT) i 2016/17.

Kurskomiteen kom frem til at kursene skulle bestå av to dager, omhandle både en-til-en veiledning og gruppeveiledning, inneholde noe sentral teori, men fortrinnsvis være basert på interaktive diskusjoner og øvelser. Gruppeveiledning er forslått som læringsaktivitet innen flere tema i «felleskompetansemodulene» (etikk, kommunikasjon, brukermedvirkning etc). Veilederne vil ha en viktig rolle mht til å legge noe av veiledningen inn som gruppeveiledning for å diskutere/reflektere over f.eks etiske dilemmaer LIS opplever i sin hverdag.

De fire RegUt`ene har nå alle holdt veilederkurs for veiledere som skal veilede LIS 1. Behovet er stort for flere veilederkurs, noe det jobbes med. RegUt HSØ har avholdt 7 veilederkurs siste halve år og planlegger nye kurs. Målet er å etablere lokale kursholdere som med hjelp av RegUt kan utvikle sin kompetanse som kursholdere.

I ny ordning blir veiledersamtalene tydeliggjort i kompetanseportalen Dossier. Ledere må sørge for at både veileder og den som skal veiledes har dette i sin arbeidsplan. Dette er en forutsetning for at veiledersamtalene skal kunne gjennomføres.

Med ny modell skal læringsmål vurderes underveis (formativ vurdering), hvilket betyr at veileder og supervisører må være bevisste på å gi konkrete tilbakemelding; hva er bra... hva kan LIS gjøre bedre og hvorfor... På den måten er vi med å utvikle en god læringskultur til beste for pasientene. ●

[1] Forskrift 8. desember 2016 nr. 1482 om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)

Engangsstønad ved død fra SOP
– også etterlatte etter sykehusleger kan ha rett

SOP
Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger

Alle som driver eller har drevet legevirksomhet i Norge, og vært medlem av folketrygden i minst tre år, er medlem av Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP).

Veiledning i spesialistutdanningen

Veiledningen skal løftes i ny ordning for spesialistutdanningen. Ansvaret for veiledningen blir tydeliggjort gjennom den nye Spesialistforskriften [1], og helseforetakene bygger nå opp systemer for å styrke veilederkompetansen. Veiledning av leger i spesialisering er en forpliktelse sykehusavdelinger tar på seg ved å bli godkjent utdanningsinstitusjon [2]. Alle leger i spesialisering skal ha oppnevnt veileder som er spesialist i faget, og det forutsettes gjennomføring av planlagte veiledningssamtaler.

» Av **Nina Evjen**, utdanningssjef, medisinsk fagavdeling, Dnlf

Veiledning er en viktig forutsetning for legers kompetansebygging, og skal bidra til å sikre kvalitet i utdanningen og yrkesutøvelsen. Veiledningen skal bidra til refleksjon over egen praksis. Legen i spesialisering skal gis mulighet til å bearbeide og drøfte erfaringer fra det praktiske arbeidet og forankre erfaringene i teoretisk kunnskap og etiske vurderinger. Legen skal få tilbakemelding på utførelsen av faget og progresjonen i utdanningen. Veiledningen er et viktig virkemiddel for å nå målsettingen med spesialiseringen og sikre at legen opplever mestring i yrkesrollen.

Legeforeningen har helt siden 1980-tallet arbeidet aktivt for å styrke veiledningen av leger i spesialisering gjennom arbeid med utvikling av medisinsk veiledningspedagogikk og ved utvikling av kurs og annet undervisningsmateriell. Kursene har vært arrangert både sentralt og på sykehus- eller avdelingsnivå.

Veiledningen gis også stor oppmerksomhet ved kvalitetssikringen av utdanningssystemet; spesialitetskomiteene vektlegger gjennomføringen av veiledning når de vurderer utdanningstilbudet ved den enkelte avdeling gjennom årlige rapporter og avdelingsbesøk.

I 2013 utga Legeforeningen heftet «Hva er god veiledning? En praktisk innføring i veiledning av leger i spesialisering i sykehus ». Formålet med heftet er å stimulere og motivere til god, strukturert veiledning i sykehus og å gi leger praktiske råd om gjennomføringen av veiledning.

Heftet er tilgjengelig på Legeforeningens nettsider: https://legeforeningen.no/Fag-og-fagutvikling/Fagutvikling/Veiledning/

Veiledning blir gjennomført med god kvalitet ved mange sykehusavdelinger. Men gjennom kvalitetssikringen av utdanningsavdelingene vet vi også at veiledningen ved mange avdelinger ikke gjennomføres i tråd med kravene og intensjonene. En forutsetning for at man skal lykkes med å styrke veiledningen, er at arbeidsgiver tar denne forpliktelsen på alvor, og legger til rette for at både veiledere og leger i spesialisering får avsatt tid til å gjennomføre denne viktige oppgaven. ●

1) Forskrift 8. desember 2016 nr. 1482 om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)
2) Krav til utdanningsinstitusjoner Nasj Råd 2005

SOP er primært innrettet mot privatpraktiserende leger, men medlemskapet favner vidt, og også sykehusleger er medlemmer av SOP.

Når et medlem dør, kan det foreligge rett til engangsstønad fra SOP. Engangsstønaden er den eneste ytelsen som tilstås uavhengig av hvilken type legevirksomhet medlemmet har drevet.

Til etterlatt ektefelle/registrert partner/samboer eller barn under 20 år, utgjør stønaden 2 G som per 1.1. 2017 tilsvarer kr 185 152.

Dersom engangsstønaden skal utbetales til boet, vil det utbetales ½ G, som per 1.1. 2017 tilsvarer kr 46 288.

De oppgitte beløp forutsetter full opptjeningstid, som er 35 år som lege i Norge. Ved kortere opptjeningstid reduseres engangsstønaden forholdsmessig.

For å ha rett til utbetaling av stønaden, må SOP ha mottatt søknad innen seks måneder etter dødsfallet. For mer informasjon om engangsstønad ved død, se www.sop.no. •

Ikke helt fornøyd med lederen din?

Kanskje kunne **DU** gjort det bedre selv?

Of støtter deg
Søk Ofs lederstipend

Se mer på www.overlegeforeningen.no

Vårkurset 2018 i Bergen

Sett av tiden 25. - 27. april

Kurskomiteene i Ylf og Of jobber nå for å lage et spennende program for disse dagene. Følg med på nettsidene www.overlegeforeningen.no for oppdatert informasjon.

Saman om framtidas utfordringar

For kvar time aukar den gjennomsnittlege levealderen vår med tolv minutt. Dette er eit enormt framsteg, men ein 70-åring forbruker om lag dobbelt så mykje helsetenester som ein 40-åring. Difor må vi endre måten vi jobbar på.

» Av Herlof Nilssen,
administrerande direktør i Helse Vest RHF

Behovet blant kronikarar og eldre vil auke enormt. Vi må sjå på korleis vi organiserer oss for effektivt å levere helsetenester meir skreddarsydd kvar enkelt pasient. Pakkeforløp er eit vellykka eksempel og ei støypeskei for organiseringa av pasientbehandling innan mange fagområde.

Ulik kompetanse

Krava til kompetanse hos helsepersonell vil endre seg. Vi treng nokre med breiare kompetanse, slik at dei i større grad kan sjå heile pasienten med alle sine sjukdommar. Og vi treng nokre som blir endå meir spesialiserte.

Robotar og kunstig intelligens

Teknologien gjer sitt inntog i sjukehusa i rasande fart. For eksempel Dr. Watson-teknologi, der datamaskiner hjelper helsepersonell i å stille diagnosar og finne rett behandling (kunstig intelligens). Smarte dataprogram som tek over rutinearbeid og registreringar. Robotassistert teknologi innan kirurgi. Sjølvbetente løysingar der pasientar oppdaterer eigne opplysningar, og kommuniserer med sjukehuset.

Vekk med plunder og heft!

For mange legar, trur eg den største teknologiske revolusjonen, vil vere den som fjernar plunder og heft frå arbeidsdagen: Felles innlogging og sømlaus navigering mellom ulike system. For å finne dei beste løysingane for dette, treng vi at de legar engasjerer dykk og bidreg i utforminga av nye løysingar.

Rivande medisinsk utvikling

Budsjetta våre blir strammare, og det krev omstillingsevne. Eg forstår at det blir slitsamt, men slik vil det vere i all overskueleg framtid. Vi vil i større grad måtte prioritere fordi vi ikkje har råd til alt. Det gjeld ikkje minst nye, dyre medikament. Tenk gjennom kven sitt ærend de spring når de argumenterer for innføring av nye medisinar. Legemiddelfirma kan krevje akkurat den prisen dei vil for medisinane sine. Skal vi ha eit godt grunnlag for forhandling og sikre god tilgang til nye legemidlar, så må vi stå saman.

Alle må få brød for nokre kan få kake

Vi må prioritere innanfor eit fagområde, og på tvers av alle fagområde. Difor må vi sjå på kor pengane kan gjere mest nytte for seg. Legar har som regel forståing for dette, men når det kjem til praksis er det ofte ei haldning om at «Ver vennleg å halde mine pasientar utanfor.» Men som fagdirektøren vår, Baard-Christian Schem så treffande seier det «Alle må få brød før nokre kan få kake.». Vi må ha eit system som sikrar at fordelinga av ressursane blir mest mogleg rettferdig.

Vil setje oss på prøve

Ei av dei største utfordringane vi har framfor oss er å få til ei god oppgåvedeling og godt samarbeid mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. Her står utfordringane i kø, og dei er av både juridisk, teknologisk og «kulturell» karakter.

Andre utfordringar er eksplosjonen i livsstilsrelaterte og kroniske sjukdommar, samt auken i kreft og demens. Dette vil setje oss på prøve. Antibiotikaresistens er ei anna dyster utfordring. Klarer vi ikkje å få bukt med dette, vil sjukdommar som i dag er nærmast utrydda ta fleire liv enn kreft i ei ikkje fjern framtid.

Berre ved å spele på lag, kan vi finne dei beste løysingane. Eg vil ha dykk med! ●

Victoza® indikasjon[1]

Victoza® er indisert til 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

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

Refusjonsberettiget bruk[7]

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

Refusjonskode:

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

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

Victoza® utvalgt sikkerhetsinformasjon[6]

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

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

Les fullstendig preparatomtale før forskrivning av Victoza®
Det er viktig at alle bivirkninger og uønskede medisinske hendelser som oppstår under behandling rapporteres til Statens legemiddelverk eller Novo Nordisk

Referanser:
1. Victoza® SPC avsnitt 4.1 (sist oppdatert 25.07.2017)
2. Victoza® SPC avsnitt 5.1 (sist oppdatert 25.07.2017)
3. Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K et al. Liraglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2016;375(4):311-322
4. Nasjonal faglig retningslinje for diabetes. Valg av blodsukkersenkende legemiddel etter metformin ved diabetes type 2. Oslo: Helsedirektoratet, sist oppdatert 01.06.2017. https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes (01.11.2017)
5. Victoza® SPC avsnitt 4.2 (sist oppdatert 25.07.2017)
6. Victoza® SPC avsnitt 4.2, 4.4 og 4.8 (sist oppdatert 25.07.2017)
7. https://www.felleskatalogen.no/medisin/victoza-novo-nordisk-565190 (01.11.2017)

Victoza «Novo Nordisk»

C ***Antidiabetikum.*** ATC-nr.: A10B J02

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

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:** For å bedre gastrointestinal toleranse er startdosen 0,6 mg liraglutid daglig. Etter minst 1 uke bør dosen økes til 1,2 mg. Noen pasienter forventes å ha fordel av en økt dose fra 1,2 mg til 1,8 mg, og basert på klinisk respons kan dosen økes etter minst 1 uke til 1,8 mg for å bedre den glykemiske kontrollen ytterligere. Daglige doser over 1,8 mg anbefales ikke. Gjeldende dose av metformin og tiazolidindion kan beholdes uforandret. Når preparatet gis i tillegg til sulfonylureabehandling eller insulin, bør det vurderes å redusere dosen med sulfonylurea eller insulin for å redusere risikoen for hypoglykemi. Egenmålinger av blodglukose er ikke nødvendig for å justere liraglutiddosen. Ved oppstart av behandling med preparatet i kombinasjon med et sulfonylureapreparat eller insulin kan det imidlertid være nødvendig med egenmålinger av blodglukose for å justere dosen av sulfonylureapreparatet eller dosen med insulin. ***Spesielle pasientgrupper:*** *Nedsatt leverfunksjon:* Ingen dosejustering ved lett eller moderat nedsatt leverfunksjon. Anbefales ikke ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. *Nedsatt nyrefunksjon:* Ingen dosejustering ved lett, moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Preparatet anbefales ikke ved terminal nyresykdom pga. manglende erfaring. *Barn og ungdom <18 år:* Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. *Eldre >65 år:* Ikke nødvendig med dosejustering pga. alder. ***Tilberedning/Håndtering:*** Bruksanvisningen i pakningsvedlegget må følges nøye. Oppløsning som ikke fremstår klar og fargeløs, eller nesten fargeløs, skal ikke brukes. Preparat som har vært frosset skal ikke brukes. Utformet til bruk sammen med NovoFine engangsnåler med lengde opptil 8 mm. *Blandbarhet:* Skal ikke blandes med andre legemidler. ***Administrering:*** Injiseres s.c. 1 gang daglig i abdomen, låret eller overarmen. Gis når som helst på dagen på omtrent samme klokkeslett hver dag, uavhengig av måltider. Skal ikke administreres i.v. eller i.m. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Skal ikke brukes ved diabetes mellitus type 1 eller til behandling av diabetisk ketoacidose. Preparatet er ikke et erstatningspreparat for insulin. Det er ingen erfaring med behandling av pasienter med kongestiv hjertesvikt, NYHA klasse IV, og liraglutid anbefales derfor ikke til bruk hos disse pasientene. Det er begrenset erfaring ved inflammatorisk tarmsykdom og diabetisk gastroparese og bruk av preparatet anbefales ikke til disse pasientene da dette er forbundet med forbigående gastrointestinale bivirkninger, inkl. kvalme, oppkast og diaré. Akutt pankreatitt er observert ved bruk av GLP-1-reseptoragonister. Pasientene bør informeres om de karakteristiske symptomene på akutt pankreatitt. Ved mistanke om pankreatitt bør preparatet seponeres; dersom akutt pankreatitt bekreftes, bør behandling med preparatet ikke gjenopptas. Thyreoideabivirkninger, slik som struma, er rapportert, spesielt hos pasienter med allerede eksisterende thyreoideasykdom, og liraglutid bør derfor brukes med forsiktighet hos disse pasientene. Kombinasjon med et sulfonylureapreparat eller insulin kan gi økt risiko for hypoglykemi. Risikoen for hypoglykemi kan reduseres ved å minske dosen av sulfonylurea eller insulin. Tegn og symptomer på dehydrering, inkl. nedsatt nyrefunksjon og akutt nyresvikt er rapportert. Pasienten bør informeres om den potensielle risikoen for dehydrering i forbindelse med gastrointestinale bivirkninger og ta forholdsregler for å unngå væskemangel. Liraglutid har ingen eller ubetydelig påvirkning på evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner. Forholdsregler må tas for å unngå hypoglykemi under bilkjøring og ved bruk av maskiner, særlig i kombinasjon med et sulfonylureapreparat eller et basalinsulin. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. In vitro har liraglutid vist svært lavt potensiale for farmakokinetiske interaksjoner med andre virkestoffer relatert til CYP450 og plasmaproteinbinding. Den lille forsinkelsen i magetømming som liraglutid medfører, kan påvirke absorpsjon av orale legemidler som tas samtidig. Interaksjonsstudier viste ingen klinisk relevant forsinkelse av absorpsjonen, og dosejustering er derfor ikke nødvendig. Noen få pasienter behandlet med liraglutid rapporterte minst én episode med kraftig diaré. Diaré kan påvirke absorpsjon av orale legemidler som tas samtidig. En klinisk relevant interaksjon med virkestoffer med dårlig løselighet eller med smal terapeutisk indeks, slik som warfarin, kan ikke utelukkes. Ved oppstart av liraglutidbehandling hos pasienter på warfarin eller andre kumarinderivater, anbefales hyppigere monitorering av INR. Ingen interaksjoner er observert mellom liraglutid og insulin detemir ved administrering av en enkeltdose insulin detemir 0,5 E/kg til pasienter med type 2-diabetes som var i steady state med liraglutid 1,8 mg. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Utilstrekkelige data. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksiske effekter. Risikoen for mennesker er ukjent. Preparatet skal ikke brukes under graviditet, i stedet anbefales bruk av insulin. Hvis en pasient ønsker å bli gravid eller blir gravid, skal behandlingen seponeres. *Amming:* Overgang i morsmelk er ukjent. Dyrestudier har vist liten overgang til morsmelk for liraglutid og strukturelt sett lignende metabolitter. Prekliniske studier har vist en behandlingsrelatert reduksjon av neonatal vekst hos diende rotter. Pga. manglende erfaring, bør ikke preparatet brukes under amming. *Fertilitet:* Bortsett fra en svak reduksjon i antall levende implantat, indikerte dyrestudier ingen skadelige effekter mht. fertilitet.

Bivirkninger: De hyppigst rapporterte bivirkningene var gastrointestinale bivirkninger, disse forekommer hyppigere i begynnelsen av behandlingen og reduseres vanligvis i løpet av få dager eller uker med fortsatt behandling. Hodepine og nasofaryngitt var også vanlig. Hypoglykemi: De fleste tilfeller av hypoglykemi var milde. Alvorlig hypoglykemi var mindre vanlig og primært observert med liraglutid kombinert med sulfonylureapreparat (0,02 tilfeller/pasientår). Kombinasjonsbehandling med basalinsulin gir lav risiko for hypoglykemi (1 tilfelle/pasientår). *Svært vanlige (≥1/10):* Gastrointestinale: Kvalme, diaré. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Oppkast, dyspepsi, øvre magesmerter, obstipasjon, gastritt, flatulens, abdominal distensjon, gastroøsofageal reflukssykdom, abdominalt ubehag, tannpine. Hjerte/kar: Økt hjertefrekvens. Hud: Hudutslett. Infeksiøse: Nasofaryngitt, bronkitt. Nevrologiske: Hodepine, svimmelhet. Stoffskifte/ernæring: Hypoglykemi, anoreksi, redusert appetitt. Undersøkelser: Økt amylase, økt lipase. Øvrige: Tretthet, reaksjoner på injeksjonsstedet. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Hud: Urticaria, kløe. Lever/galle: Gallesten, kolecystitt. Nyre/urinveier: Nedsatt nyrefunksjon, akutt nyresvikt. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering. Øvrige: Malaise. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Gastrointestinale: Intestinal obstruksjon. Øvrige: Anafylaktiske reaksjoner. *Svært sjeldne (<1/10 000):* Gastrointestinale: Pankreatitt (inkl. nekrotiserende pankreatitt). **Overdosering/Forgiftning:** Fra kliniske studier og ved bruk etter markedsføring er det rapportert overdoser med opptil 40 × anbefalt vedlikeholdsdose (72 mg). Generelt rapporterte pasientene sterk kvalme, oppkast og diaré. Ingen rapporterte alvorlig hypoglykemi. Alle pasientene ble restituert uten komplikasjoner. *Behandling:* Egnet støttebehandling iht. pasientens kliniske tegn og symptomer. Se Giftinformasjonens anbefalinger A10B J02 på www.felleskatalogen.no. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Glukagonlignende peptid-1 (GLP-1)-analog fremstilt ved rekombinant DNA-teknologi, 97% homologi for inkretinhormonet humant GLP-1. *Virkningsmekanisme:* GLP-1-reseptoren er målet for naturlig GLP-1, som forsterker glukoseavhengig insulinutskillelse fra pankreatiske betaceller. Virkningen til liraglutid medieres via en spesifikk interaksjon med GLP-1-reseptorer. Ved høy blodglukose blir insulinutskillelse stimulert og glukagonutskillelse hemmet. Omvendt vil liraglutid under hypoglykemi redusere insulinutskillelse og ikke svekke glukagonutskillelse. Mekanismen med blodglukosesenking involverer også en mindre forsinkelse i magetømming. Liraglutid reduserer kroppsvekt og mengde kroppsfett via mekanismer som involverer redusert sult og nedsatt energiinntak. Liraglutidbehandling har vist forbedring av HbA_{1C}, fastende plasmaglukose og postprandial glukose. Liraglutid er vist å forebygge alvorlige kardiovaskulære hendelser hos pasienter med type 2-diabetes og høy kardiovaskulær risiko. Se SPC for ytterligere informasjon. *Absorpsjon:* Langsom, T_{max} oppnås etter 8-12 timer. Beregnet C_{max} var 9,4 nmol/liter for en s.c. enkeltdose med liraglutid 0,6 mg. Ved 1,8 mg liraglutid ble gjennomsnittlig steady state-konsentrasjon av liraglutid ($AUC_{\tau/24}$) ca. 34 nmol/liter. Liraglutideksponeringen økte proporsjonalt med dosen. Den intraindividuelle variasjonskoeffisienten for liraglutid AUC var 11% etter administrering av en enkeltdose. Absolutt biotilgjengelighet er ca. 55%. *Proteinbinding:* >98%. *Fordeling:* Vd er 11-17 liter. *Halveringstid:* Gjennomsnittlig clearance etter en s.c. enkeltdose er ca. 1,2 liter/time med en t1/2 for eliminasjon på ca. 13 timer. Liraglutidekspонering ble redusert ved lett til moderat nedsatt leverfunksjon. Liraglutidekspонering ble redusert med 33%, 14%, 27% og 26% ved hhv. lett (Cl_{CR} 50-80 ml/minutt), moderat (30-50 ml/minutt) og alvorlig (<30 ml/minutt) nedsatt nyrefunksjon og ved terminal nyresykdom som krever dialyse. *Metabolisme:* Liraglutid metaboliseres på lignende måte som store proteiner uten at noe spesifikt organ er identifisert som hovedeliminasjonsvei. *Utskillelse:* Intakt liraglutid ble ikke sett i urin eller feces etter en radiomerket liraglutiddose. Kun en mindre del av administrert radioaktivitet ble utskilt som liraglutidrelaterte metabolitter i urin eller feces (hhv. 6% og 5%). Radioaktiviteten i urin og feces ble hovedsakelig skilt ut i løpet av de første 6-8 dagene og korresponderte med 3 mindre metabolitter. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved 2-8°C (i kjøleskap). Holdes borte fra fryseseksjonen. Skal ikke fryses. La hetten sitte på pennen for å beskytte mot lys. Etter første gangs bruk: Oppbevares ved høyst 30°C eller ved 2-8°C (i kjøleskap) i maks. 1 måned. **Pakninger og priser:** 3 × 3 ml (ferdigfylt penn) kr 1594,30.

Refusjon:
A10B J02_2 Liraglutid
Refusjonsberettiget bruk: Behandling av type 2 diabetes mellitus i kombinasjon med metformin og/eller sulfonylurea 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	232

Vilkår: (232) Refusjon ytes i kombinasjon med metformin til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin.
Sist endret: 21.08.2017
Basert på SPC godkjent av SLV: 25.07.2017
Pris og refusjon per november 2017

Victoza® er et registrert varemerke eid av Novo Nordisk A/S. NOVVT/0917/0617a November 2017.

novo nordisk®
Novo Nordisk Scandinavia AS
Nydalsveien 28 · 0484 Oslo
www.novonordisk.no
E-post: Kundeservice-norge@novonordisk.com

VICTOZA®
liraglutid

Victoza® (liraglutid)

Forebygger alvorlige kardiovaskulære hendelser*[2]

– til behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 som tillegg til diett og fysisk aktivitet[1]

* Kardiovaskulær endepunktsstudie: 9340 pasienter med type 2-diabetes og høy kardiovaskulær risiko, Victoza® (liraglutid) ble studert i tillegg til standardbehandling, inkludert endring av levevaner, blodtrykksenkning og statiner[2,3].
Primært endepunkt: kardiovaskulær død, ikke-fatalt hjerteinfarkt eller ikke-fatalt hjerneslag (HR 0,87 95% KI 0,78-0,97; p = 0,01) 13% relativ og 1,9% absolutt risikoreduksjon[2,3].

Gjennomsnittlig HbA_{1c}-reduksjon**[2]
1,0–1,8 %

Noen pasienter forventes å ha fordel av en økt dose fra 1,2 mg til 1,8 mg[5]

Gjennomsnittlig vekttap**[2]
2,6–4,3 kg

Victoza® er ikke indisert for vektreduksjon

Kan gi tilleggsfordeler til blodsukkerreduksjon med redusert risiko for tidlig død og hjerte- og karsykdom hos pasienter med hjerte- og karsykdom[4]

Nasjonal faglig retningslinje for diabetes[4]

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

** Victoza® i kombinasjon med metformin. Intervallene viser gjennomsnittsverdier fra ulike studier.
† = Kardiovaskulær sykdom. Både forbedring av glykemisk kontroll og reduksjon i kardiovaskulær morbiditet og mortalitet er en integrert del av behandlingen av diabetes type 2[2]

Victoza® er et registrert varemerke eid av Novo Nordisk A/S. NOVI/0917/0617a November 2017.

novo nordisk®

Novo Nordisk Scandinavia AS
Nydalsveien 28 · 0484 Oslo

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

VICTOZA® liraglutid

Overlæger efterlyser læger i ledelsen

- men de færreste har lyst til selv at søge en stilling som f.eks. klinikchef eller direktør

«Manglende indflydelse, for meget detailstyring oppefra og for stærkt fokus på produktionskrav, behandlingsgarantier og dokumentation», lyder begrundelserne. Overlægeforeningen sætter i denne weekend fokus på ledelse.

» Af **Klaus Larsen,** Journalist, Ugeskrift for Læger, kll@dadl.dk

Landets overlæger efterlyser på den ene side flere læger i sygehusledelserne.

På den anden side siger et stort flertal, at de ikke selv har appetit på at påtage sig jobbet som ledende overlæge, klinikchef, centerchef eller lægelig direktør – betingelserne er ganske enkelt for dårlige:

- Alt for store forventninger til, hvad der skal leveres i forhold til størrelsen af ressourcerne.
- For meget fokus på bundlinjen og for lidt på patienter, personale og kvalitet.
- Lægelig ledelse udover afdelingsledelsen «modarbejdes» af Djøf'er.
- Lønnen er ikke passende set i forhold til f.eks. professorer.
- Manglende ledelsesrum, topstyring, kvalitetsstyring fra andre ikke-sundhedsfaglige personalegrupper.

Det er blot en håndfuld af de begrundelser der gives i svarene fra Overlægeforeningens medlemspanel i en dugfrisk undersøgelse som optakt til foreningens årsmøde i Vejle denne fredag og lørdag.

Problem på alle niveauer

Ifølge undersøgelsen, der bygger på svar fra Overlægeforeningens medlemspanel, peger 63 procent af overlægerne fra alle fem regioner på, at der mangler læger i sygehusenes ledelser.

Men kun 24 procent svarer, at de overvejer at søge en lederstilling.

Årsagen til den manglende interesse er manglende indflydelse, mener 44 procent.

Det er ikke opgjort, præcis hvor mange læger, der mangler. Men når der opslås nye typer lægelige lederstillinger, ser vi jo, at der er en ret beskeden søgning fra lægerne. Selv i Københavnsområdet er det ikke altid lige let at besætte ledende overlægestillinger, siger Overlægeforeningens formand Anja Mitchell.

- På min egen arbejdsplads indtil for ganske nylig i Herlev, kørte afdelingen i længere tid med en konstitueret overlæge, fordi første ansøgningsrunde resulterede i for få kvalificerede ansøgninger. Så det sker endda også på større afdelinger.

- Hvilke funktioner er især vanskelige at få besat med en læge?

- Der er udfordringer på alle niveauer. Men de fleste afdelinger har nu ledende overlæger i afdelingsledelsen. Så selv om det kan tage tid, bliver stillingerne besat. Men når det gælder de tværgående funktioner – noget, der f.eks. har med kvalitet at gøre – er der ikke stor søgning fra lægeside. Og det gælder også lægelige direktører, siger Anja Mitchell.

- Hvorfor er det så svært?

- Vores undersøgelse peger på, hvad vi også har hørt fra andre sider – at flere og flere lægelige ledere føler sig klemt og ikke mener, at de har indflydelse svarende til det ledelsesjob, de skal bestride. Rammen er så stram og styret af økonomitænkning, at det ikke giver meget rum til også at være innovativ, visionær, motivationsskabende. Alt det, man gerne vil som leder.

Artikkelen er tidligere trykket i Ugeskrift for Læger i Danmark.
Den omtaler en medlemsundersøkelse blant danske overleger.
http://ugeskriftet.dk/nyhed/overlaeger-efterlyser-laeger-i-ledelsen
https://www.laeger.dk/sites/default/files/leder_undersoegelse.pdf

Vigtigt: Giv plads til at være leder

Anja Mitchell mener, at styrken ved lægelige ledere især består i evnen til at bygge bro mellem den kliniske og den administrative verden:

- Ud fra deres indgående kendskab til en klinisk hverdag, kan de også hurtigt sige, hvilke initiativer, der vil have en god effekt, og hvilke initiativer, der vil være barrierer for på afdelingsniveau, siger hun.

- Men også på de højere niveauer har de et indgående kendskabet til, hvordan klinikker skal fungere, og hvordan forskellige specialer påvirker hinanden. Her har den lægelige leder en unik viden at spille ind med i ledelsen, siger Anja Mitchell.

- *Hvad skal der til for at få flere overlæger til at søge de ledende stillinger?*

- For det første rammebetingelserne – at man har et ledelsesrum, og selv kan sætte sit præg på det. Man skal selv kunne få indflydelse på, hvordan afdelingen eller sygehuset udvikler sig inden for sundhedsvæsenet.

I den forbindelse mener Anja Mitchell, at fjernelsen af 2 pct.-kravet kan få en positiv effekt:

- Vi ved godt, at det ikke løser alle problemer. Men det kan sende et vigtigt signal om, at der er plads for visioner, siger hun.

Foruden vigtigheden af at give plads til «ledelsesrum» peger overlægeformanden på vigtigheden af at skabe «karriereveje», især for speciallæger:

- Alle er enige om, at der skal undervises i ledelse helt fra begyndelsen, allerede på studiet. Men det er ekstra vigtigt at sørge for relevant lederuddannelse til speciallæger for at få dem interesseret i at gå ind i ledelsesrollerne, siger Anja Mitchell.

Deres kliniske kompetencer kan blive det ekstra, vigtige element, der kommer ind i ledelsesrummet. Og jeg tænker ikke kun på de store, forkromede stillinger som ledende overlæge eller klinikchef. Også de tværgående ledelsesfunktioner kan blive rigtig spændende.- For eksempel er det utrolig vigtigt, at der også kommer lægelige ledere ind på kvalitetsområdet.

Behovet for lægelige ledere er temaet på FAS' årsmøde fredag og lørdag. ●

Undersøgelsen bygger på svar fra 72 pct. af deltagerne i Overlægeforeningens medlemspanel, der består af 210 overlæger.

UiO : Universitetet i Oslo

Norges fremste lederutdanning for helsesektoren:

Erfaringsbasert mastergrad i helseadministrasjon

Søknadsfrist: 1. mars 2018

Det erfaringsbaserte masterprogrammet i helseadministrasjon (MHA) har 30 studieplasser. Gjennom studiet skal studentene utvikle ferdigheter som er nødvendige for ledelse i helsesektoren. Det blir lagt vekt på egenutvikling som leder, ledelse av utviklings- og omstillingsprosesser, analyse og forståelse av endringer i befolkningens bruk av helsetjenester, helseøkonomi, helserett og vurdering av kvalitet og effektivitet i helsesektoren.

Spennende fagmiljø
Ved avdelingen vil du møte de fremste forskerne innen helseledelse, helseadministrasjon og helseøkonomi i Norge. Våre forskere arbeider med aktuelle helsepolitiske spørsmål i nært samarbeid med helseforvaltningen og helsesektoren for øvrig.

Opptak
Det kreves utdanning på minimum bachelornivå, samt minst 3 års fulltidserfaring fra helsesektoren. I søknaden legger du ved et motivasjonsbrev, som begrunner hvorfor du søker studiet og som beskriver dine erfaringer med, og interesse for, ledelse.

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Postboks 1089 Blindern, 0317 Oslo

Inspirerende studentmiljø
Studieperioden gir deg en unik mulighet til å møte andre fremtidige ledere i helsetjenesten gjennom gruppeprosesser, samarbeid og ekskursjoner. Du blir del av et nettverk som møtes etter studiet, bl.a. gjennom årlige samlinger.

Studiets oppbygging
Mastergraden teller 90 studiepoeng. For informasjon om studiets oppbygging, innhold og omfang, samt opptak, gå til:
http://www.uio.no/studier/program/helseadministrasjon-master/oppbygging/

Studiet er gratis med unntak av UiOs semesteravgift på ca. kr 650,-

http://www.uio.no/studier/program/helseadministrasjon-master/

Det er oppsiktsvekkende at en RHF styreleder er så sterkt kritisk til sykehusbudsjettene. Det samme har direktør Nils Kvernmo ved St. Olavs Hospital vært tidligere, og det har prof. Jon Magnussen vært når det gjelder finansiering av nye sykehusbygg: «Regnestykket går ikke opp» *(Se Ofs nettsider) Redaksjonen*

- De svake kan tape kampen om helsekronene

Framover må vi belage oss på langt tøffere prioriteringer i helsevesenet. Hvis politikerne ikke prioriterer bedre enn de gjør nå, kan taperne bli de svake pasientene, frykter Terje Vareberg, styreleder i Helse Vest.

Trykket første gang i Stavanger Aftenblad 30.09 2017.
Gjengis med tillatelse av Terje Vareberg og av Stavanger Aftenblad

» Intervjuet av **Ina Gundersen**, journalist

– Det passer seg ikke for en styreleder å vikle seg inn i valgkampen, sier Terje Vareberg.

Nå når valgkampen er over snakker Vareberg derimot gjerne. Styrelederen i Helse Vest er forarget over politikere som ivrer for en omorganisering av sykehusene - i stedet for å ta inn over seg at pengesekken ikke er stor nok til å innfri alles ønsker og forventninger.

– Politikere, som før valget ropte på endringer og bedre rammer, var selv med på å tvinge helsebudsjettet i en enda strammere retning så seint som for ti måneder siden. Men disse kuttene kan ikke tolkes som noe annet enn et signal om at vi må skjære ned i helsevesenet.

Han minner om at det er politikernes jobb å prioritere. Det innebærer også å bestemme hva det skal brukes mindre penger på. Men i stedet har politikerne foretatt kuttene - og overlatt resten til helseforetakene, mener han.

– Det er bred folkelig og politisk enighet om at vi skal ha offentlig finansierte sykehus. Innbyggerne betaler for sykehusene gjennom skatteseddelen. Det er Stortinget som bevilger hvor mange penger som skal gå til sykehusene. Når et sykehus stenger en avdeling, betyr det at en ikke har penger til å drive den, sier han.

68 år gamle Vareberg er utdannet siviløkonom og har tidligere vært både direktør og styreleder i Sparebank 1 SR-Bank. Han har hatt og har fortsatt en rekke styreverv. Han har også vært styreleder i Statkraft – et verv han ble kastet fra fordi styret mente at staten tok for mye utbytte i forhold til det som var vedtatt.

«Elefanten i rommet er at det uansett er for lite penger i systemet i forhold til Stortingets ambisjoner og befolkningens ønsker.»

«Jeg er egentlig pensjonist, men som bevisst samfunnsborger skal du ha en god grunn til å si nei når regjeringen spør om du kan ta en jobb.»

Terje Vareberg

Ingen greier målene sine

– Innen helsesektoren er det slik at alle bevilgningene til sektoren blir her. Sykehusene har ikke en markedsstyrt økonomi slik mange vil ha de t til. Innsparingene er en konsekvens av et kutt som kom i salderinge n av årets statsbudsjett som ble vedtatt av Stortinget rett før jul. Kuttene slo ut i hele landet.

– På Vestlandet fikk sykehusene om lag 80 millioner kroner mindre å drive for. En rask kikk på de andre helseforetakene viser at alle har betydelige negative budsjettavvik så langt i år. I tillegg kommer nye og dyre medisiner

som sykehusene ikke har fått dekket fullt ut, sier han.

– Da henger det ikke på greip at de samme politikere foreslår egne medisinfond og at de vil flytte investeringene bort fra sykehusene. Men det blir ikke mer penger til sykehus av å fordele elendigheten på tre, sier han oppgitt. I Helse Stavanger ser ledelsen seg nødt til å legge ned sykehussenger, blant annet for å spare penger til nytt sykehus på Ullandhaug.

– Helse Stavanger må spare fordi det er for lite penger i systemet i forhold til det som var forutsatt da alle disse planene ble lagt. Det vesentlige dreier seg om avvik som sykehuset ikke selv er herre over, sier han og ram ser opp:

- Kuttet i statsbudsjettet utgjør 23 millioner.
- Dyre og nye medisiner som ikke er inndekket via statlige overføringer utgjør like mye.
- I tillegg går Helse Stavanger i front med å vri behandlingen fra døgn til dag, men dette er mye dårligere betalt av staten. Derfor taper sykehuset i år 25 millioner kroner i inntekter på raskere og medisinsk bedre pasientbehandling.
- I fjor ble det også bestemt å overføre medisiner mot hepatitt c fra folketrygden til sykehusene. Dette er dyre medisiner som ikke er fullfinansiert. Det gir minus 18 millioner kroner i år.

240 mill for lite i Helse Vest

Vareberg har hatt vervet som styreleder i Helse Vest de siste tre årene.

– Jeg er egentlig pensjonist, men som bevisst samfunnsborger skal du ha en god grunn til å si nei når regjeringen spør om du kan ta en jobb. Jeg syntes ikke jeg hadde den grunnen. Så ble det sånn. Jeg trives godt.

Vervet gjør ham til en av helse-Norges mektigste personer. Årlig budsjett for sykehu sene på Vestlandet, som er underlagt Helse Vest, er på hele 30 mill iarder kroner.

Med sine totalt om lag 150 milliarder kroner står sykehusene for nærmere ti prosent av statsbudsjettet.

– Det er kolossalt mye penger. Likevel øker behovet for helsetjenester hele veien. Elefanten i rommet er at det uansett er for lite penger i systemet i forhold til Stortingets ambisjoner og befolkningens ønsker. Helse Bergen er i omtrent samme situasjon som Helse Stavanger. Når Helse Vest i år har en underdekning på om lag 240 millioner kroner, er det mye fordi mesteparten av utgiftene er låst. De går til lønn og løpende drift. En debatt om prioriteringer i helsevesenet er derfor viktig, sier han.

Nye medisiner koster

En ting er at befolkningen blir eldre. En 70-åring bruker dobbelt så mye helsetjenester som en 40-åring. Et annet og mer betent forhold er nye og svært kostbare medisiner, for eksempel innen kreftbehandling.

– Vi får bedre medisiner som jo er fantastisk. Men de er dyrere også. For den enkelte er det hjerteskjærende når Bes lutningsforum (består av direktørene i de fire helseforetakene i Norge red.anm.) sier nei til en ny og kostbar medisin. Men det dreier seg om penger vi ikke har. Å si ja går ut over noen andre, sier han og forklarer:

– Hvis jeg fikk en dødelig sykdom der det fantes en medisin som gjorde at jeg kunne leve tre-seks måneder lenger, ville jeg satt himmel og jord i bevegelse for å få tak i den medisinen. Men hvis denne medisinen koster to-fem millioner kroner per vunne leveår, blir dette svært store summer for samfunnet. Framover vil det komme flere og flere kostbare medisiner som gjør at kostnadene kommer til å eksplodere.

– Vi må faktisk sette penger på folks helse, uten at det er snakk om å si nei til gjennombrudd i nye behandlingsformer og medisin som helbreder folk. Men vi må passe på at de som sitter nederst ved bordet ikke blir salderingspost. Det er ikke vårt samfunn verdig.

Todelt helsevesen

– Hvem er du bekymret for?

– Jeg er bekymret for at vi , ved ikke å ta tak i dette og prioriterer tydeligere, kan få en ut vikling mot et todelt helsevesen. Får vi en ukontrollert utvikling, er det ofte de svake gruppene som lider fordi de mangler sterke talspersoner eller organisasjoner. Det kan for eksempel dreie seg om mennesker med kroniske sykdommer, sjeldne diagnoser og psykiatri. Bedre og dyrere behandlingsmetoder avdekker relativt store ulikheter i tilbudet til publikum.

– Kartlegginger viser også at det er store geografiske forskjeller i bruk av helsetjenester. Fastlegers praksis med henvisning til spesialisthelsetjenesten varierer svært mye. I noen kommuner er forbruket av helsetjenester dobbelt så stort som i nabokommunen. For eksempel er forbruket innen revmatisk behandling i Sør-Rogaland halvparten av forbruket på resten av Vestlandet. Jeg tror ikke slike forskjeller kan vare ved. Folk vil ikke finne seg i det.

Men pengesekken blir mindre i årene framover.

– Et dokument folk leser altfor sjelden perspektivmeldingen fra Finansdepartementet som kommer hvert fjerde år. Den v iser at gapet mellom inntekter og utgifter vil øke med fem milliarder kroner hvert år framover. Vi går mot mer krevende tider. Det er en grunnleggende avgjørelse hvor stor del av statsbudsjettet som skal gå til helse versus andre formål. Det er enormt viktig at politikerne tar det ansvaret.

Håper på svar i statsbudsjettet

– I stedet viker de unna for mye og skyver oss såkalt ansiktsløse byråkrater foran seg. Jeg har sagt til de tre politikerbenkene på Vestlandet at systemet ikke går i hop. Hva vi skal gjøre mindre av, er en kolossalt krevende diskusjon.

– Helse Stavanger går svært krevende tider i møte for å finansiere det nye sykehuset. Hva mener du bør gjøres?

– Å skille investeringer og drift synes jeg ikke er et godt forslag. Investeringer er en kostnad du får som en klump som fordeler seg over investeringens levetid. Helseforetakene har tatt et initiativ for å justere litt på innholdet i modellen ved å forlenge avdragstiden og kanskje innf øre avdragsfri periode samt redusere kravet til egenandel fra 30 til 20 prosent. Dette endrer ikke kostnadsbildet, men demper den økonomiske belastningen ved å smøre den ut i tid. Jeg håper vi får positivt svar på dette i statsbudsjettet i høst. ●

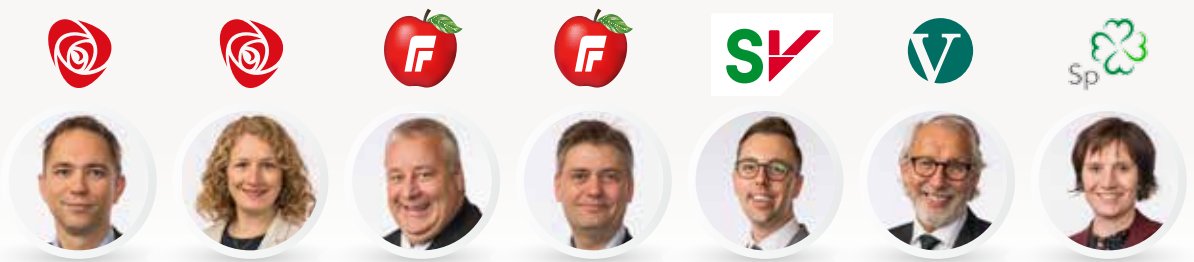
Dette er den nye Helse- og omsorgskomiteen

Trykket første gang i Dagens medisin 12.10.2017. Gjengitt med tillatelse av Dagens Medisin.

Den nye Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget ledes av en intensivsykepleier – og består ellers av blant andre en lege, en farmasøyt og en bioingeniør.

» Av Anne Grete Storvik, ags@dagensmedisin.no

Olaug Bollestad | Sveinung Stensland | Torill Eidsheim | Marianne Synnes | Erlend Larsen | Ingvild Kjerkol | Tore Hagebakken | Elise Bjørnebekk-Waagen



Tellef Inge Mørland | Tuva Moflag | Bård Hoksrud | Jan Steinar Engeli Johansen | Nicholas Wilkinsson | Carl-Erik Grimstad | Kjersti Toppe

KRISTELIG FOLKEPARTI
Leder: **Olaug Bollestad** (f.1961), Rogaland. Er intensivsykepleier og var medlem av Helse- og omsorgskomiteen i forrige periode.

HØYRE
Sveinung Stensland (f.1972), Rogaland. Blir fraksjonsleder i kommende periode. Er farmasøyt og har sittet i Helse- og omsorgskomiteen siste periode.

Torill Eidsheim (f.1970), Hordaland. Er utdannet i organisasjonspsykologi og ledelse og har sittet som varamedlem i Valgkomiteen og medlem i Transport- og kommunikasjonskomiteen siste periode.

Marianne Synnes (f.1970), Møre og Romsdal. Bioingeniør og molekylærbiolog. Har vært viserektor ved NTNU i Ålesund.

Erlend Larsen (f.1965), Vestfold. Trafikkflyger. Har blant annet vært ordfører i Stokke kommune, 2011–2017.

ARBEIDERPARTIET
Ingvild Kjerkol (f.1971), Nord-Trøndelag. Har blant annet psykologi mellomfag ved NTNU, har jobbet som lærer i fransk på ungdomstrinnet i Stjørdal kommune (2003-2007), og har vært næringspolitisk rådgiver i Allskog BA 2009.

Tore Hagebakken (f.1961) Oppland. Journalist og redaktør, medlem i blant andre Valgkomiteen og Finanskomiteen i forrige periode.

Elise Bjørnebekk-Waagen (f.1990), Østfold. Hun har vært utvalgsleder i Sarpsborg kommune etter valget i 2015. Tidligere sentralstyremedlem i AUF. Er utdannet ved Universitetet i Nord og Universitetet i Oslo.

Tellef Inge Mørland (f.1980), Aust-Agder. Jobber i bank og er fylkesordfører i Aust-Agder.

Tuva Moflag, (f.1979), Akershus. Har vært ordfører i Ski kommune.

FREMSKRITTSPARTIET
Bård Hoksrud (f.1973), Telemark. Utdanning/yrke: VK1 og 2 Handel og kontor, har vært butikkmedarbeider og butikksjef. Medlem i blant annet Helse- og omsorgskomiteen fra 2015.

Jan Steinar Engeli Johansen (f.1972), Møre- og Romsdal. Daglig leder i SG Metallteknikk AS.

SOSIALISTISK VENSTREPARTI
Nicholas Wilkinsson (f.1988), Akershus. Har studert økonomi og politikk ved the University of Manchester i England. Har vært leder i Sosialistisk Ungdom.

VENSTRE
Carl-Erik Grimstad (f:1952), Vestfold. Utdannet statsviter og har jobbet som førsteamanuensis og medieforsker ved Høyskolen Kristiania.

SENTERPARTIET
Kjersti Toppe (f. 1967) Hordaland. Er utdannet lege og har arbeidet som kommunelege. Hun var nestleder i Helse- og omsorgskomiteen i forrige periode.

NORSK OVERLEGEFORENINGS LEDERSTIPEND 2017 – UTLYSNING

Norsk overlegeforening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Formål

Norsk overlegeforening (Of) arbeider for at overleger vil ta på seg og bli værende i lederfunksjoner. Of prioriterer lederutdanning og lederutvikling.

Ofs landsrådsmøte 2016 vedtok i forbindelse med behandling av budsjett for 2017 å øremerke kr. 400 000 av egenkapitalen til å etablere en ordning med lederstipend til videre- og etterutdanning for ledere etter retningslinjer som godkjennes av styret. Ordningen er en prøveordning som vil bli evaluert og videreutviklet.

Stipendkomite

Stipendkomiteen består av 2 representanter fra Ofs lederutvalg og en fra Ofs styre. Stipendkomiteen vurderer søknader fortløpende og gir tilbakemelding til styret når stipend er innvilget. I tvilstilfeller kan søknader legges fram for styret til endelig avgjørelse.

Kriterier for å søke stipend

- Lederstipend er et tilbud til medlemmer av Norsk overlegeforening.
- Det kan søkes stipend for lederutdanning som gir studiepoeng eller annen lederutdanning.
- Program med bekreftelse på opptak må vedlegges utfylt søknadsskjema. Alternativt kan det søkes stipend som innvilges under forutsetning av senere opptak.
- Leger som innehar lederstillinger og andre som har interesse for ledelse og/eller innehar tillitsvalgtverv kan søke.
- Mulighet for dekning hos arbeidsgiver må være forsøkt, slik at stipendet fra Of blir et supplement. Det må framlegges skriftlig dokumentasjon på at det er søkt om støtte hos arbeidsgiver, samt svaret fra arbeidsgiver. Det vises i denne sammenheng til arbeidsgivers ansvar når det gjelder videre- og etterutdanning for leger i lederstillinger.
- Totalbeløpet for den enkelte søker er begrenset oppad til kr. 40.000,- i dokumenterte utgifter.
- Stipendet skal primært dekke kostnader/utgifter til selve lederkurset. Utgifter til datautstyr og bredbånd/nettilgang dekkes ikke. Søknad om dekning av eventuelle reiseutgifter og hotell, må skje på grunnlag av dokumenterte faktiske kostnader.

Mottak av stipend forutsetter

- Bekreftelse på gjennomført kurs/utdanning.
- Innsendelse av utfylt sluttrapport i samsvar med sluttrapportmal.
- Utgifter må dokumenteres med originalbilag. Disse originalbilagene skal først oversendes etter at utdanningen er sluttført.

Eventuelle spørsmål kan rettes til Norsk overlegeforenings sekretariat.
Søknader med vedlegg kan sendes på e-post til of@legeforeningen.no

Informasjon og søknadsskjema etc

https://legeforeningen.no/yf/overlegeforeningen/Medisinsk-ledelse/lederstipend/

Har du spørsmål du ønsker besvart i bladet, send en mail til redaktør arild.egge@ous-hf.no

Krav om tilbakebetaling av lønn

Juridisk avdeling i Legeforeningen får jevnlig inn saker som omhandler feilutbetaling av lønn og arbeidsgivers krav om tilbakebetaling. I enkelte av sakene er kravene basert på angivelige feilutbetalinger som ligger langt tilbake i tid, og ofte er det snakk om krav på flere titalls tusen kroner. Spørsmålet blir da hvilke regler som gjelder.

» Av **Jørgen Hiim Stålhane**, juridisk rådgiver i Overlegeforeningen

I utgangspunktet er det klart at det er arbeidsgiver som har hovedansvaret for at riktig lønn blir utbetalt til riktig tid. Utbetaling av lønn er på mange måter arbeidsgivers hovedforpliktelse i arbeidsforholdet. Det er derfor arbeidsgiver som skal sørge for at lønnen som utbetales til arbeidstaker både er i tråd med den enkeltes individuelle arbeidsavtale, og med eventuelle tariffavtaler.

Rettslig utgangspunkt – læren om condictio indebiti

Erfaringen viser imidlertid at feilutbetalinger ofte forekommer, ikke minst innenfor sykehussektoren der legers lønn gjerne består av en rekke ulike komponenter og varierende tillegg. Når det er på det rene at det har skjedd en feil, blir derfor spørsmålet om, og eventuelt i hvilket omfang, arbeidsgiver kan kreve tilbakebetaling. Dette må besvares etter en konkret vurdering med utgangspunkt i den ulovfestede læren om «condictio indebiti». Læren er basert på en rettstanke fra romerretten om at restitusjon må kunne kreves der en ytelse har blitt ytt uten at det har foreligget en rettslig forpliktelse, og yteren kan vise til en unnskyldelig villfarelse.

Ved anvendelsen av condictio indebiti må det foretas en avveining mellom det såkalte oppgjørshensynet, dvs. at partene (og da særlig mottaker) skal kunne innrette seg etter at endelig oppgjør er foretatt, og korreksjonshensynet, dvs. hensynet til at utbetalingen skyldes en feil og at feil i alminnelighet bør korrigeres. Ved denne avveiningen skal det i henhold til omfattende norsk rettspraksis på området foretas en konkret helhetsvurdering der det blant annet ses hen til følgende:

Partenes subjektive forhold

Partenes egne forhold, dvs. graden av aktsomhet og utvist skyld hos både arbeidsgiver og arbeidstaker, vil være et helt sentralt moment ved vurderingen av om arbeidsgiver kan kreve tilbakebetaling i saker som gjelder utbetaling av for mye lønn.

Sett fra arbeidstakers ståsted blir gjerne spørsmålet om han eller hun burde skjønt at utbetalingen var feil, eksempelvis fordi det utbetalte beløpet var vesentlig høyere enn den lønnen arbeidstaker pleier å få utbetalt. Hvis så er tilfellet er dette noe som klart taler for at tilbakebetalingskravet er i behold, ettersom arbeidstaker da ikke kan sies å ha hatt en berettiget forventning om at utbetalingen var riktig. Har arbeidstaker også oppdaget feilen, men unnlatt å gi beskjed, kan det i tillegg anføres at det også vil kunne foreligge et tilbakebetalingskrav på bakgrunn av avtalelovens regler om uredelighet og krav til god tro, jf. avtaleloven § 33.

Hvilket aktsomhetskrav som kan stilles er det ikke mulig å gi et generelt svar på. Det må vurderes konkret i det enkelte tilfellet. Alle som har sett en sykehusleges lønnsslipp vet imidlertid at disse fremstår som til dels svært uoversiktlige. Dette gjør det vanskelig for den enkelte lege å ta stilling til om det beløpet vedkommende får utbetalt den enkelte måneden er korrekt. Etter vår oppfatning kan det heller ikke stilles krav om at legen hver måned skal gjennomgå lønnslippen i detalj og foreta en egen kontrollregning av de ulike lønnskomponentene.

Derimot må det kunne forventes at legen foretar en ekstra sjekk dersom den totale lønnsutbetalingen fremstår som høyere enn vanlig. Videre bør legen være ekstra påpasselig dersom han eller hun har grunn til å tro at det kan ha oppstått misforståelser i forbindelse med bytte av vakt eller avdeling, endring av stilling etc. Dersom feilutbetalingen skyldes at legen har gitt arbeidsgiver

misvisende eller uriktig informasjon om egen arbeidssituasjon, er dette noe som i alle tilfeller klart taler for at arbeidsgiver bør kunne kreve tilbakebetaling.

Motsatt vil det faktum at arbeidsgiver gjennomgående er den sterke part i arbeidsforholdet ofte være et moment som tillegges vekt i arbeidstakers favør (og arbeidsgivers disfavør). Arbeidstaker må generelt sett kunne stole på at arbeidsgiver har oversikt over og utbetaler riktig lønn, særlig dersom det er snakk om en stor og profesjonell arbeidsgiver slik de fleste helseforetak er.

Ettersom utbetaling av riktig lønn først og fremst er arbeidsgivers ansvar, kan det dessuten anføres at det er mest rimelig og rettferdig at arbeidsgiver bærer risikoen for eventuelle feilutbetalinger. Hvem som er skyld i den aktuelle feilutbetaling er også trukket frem i rettspraksis som et relevant moment ved vurderingen av om tilbakebetaling kan kreves.

Tidsmomentet

Feilbetalinger bør av hensyn til de berørte partene bli forsøkt rettet opp i så fort som mulig. I tillegg til partenes subjektive forhold og spørsmålet om utvist skyld, er det ved vurderingen av arbeidsgivers tilbakebetalingskrav derfor naturlig å se hen til tidsmomentet.

Dersom den aktuelle feilutbetalingen først blir oppdaget lenge etter at feilen ble begått, taler oppgjørshensynet for at tilbakebetaling ikke kan kreves, ikke minst når det er snakk om feilutbetaling av lønn. Lønnsmidler vil for de fleste av oss forsvinne fort ut av bankkontoen, og for den berørte arbeidstakeren vil det derfor oppleves som svært urimelig å bli møtt med et tilbakebetalingskrav lenge etter at det aktuelle beløpet er brukt opp. Sett fra arbeidsgivers ståsted vil tilbakebetaling i slike tilfeller også kunne fremstå som en tilfeldig fordel, all den tid man i utgangspunktet hadde innrettet seg etter at utbetalingen var riktig.

Det er vanskelig å si noe generelt om hvor langt tilbake i tid feilutbetalingen bør ligge før tidsmomentet i seg selv tilsier at tilbakebetaling ikke kan kreves. Rettspraksis på området oppstiller ingen absolutt grense. Oppgjørshensynet og det faktum at det er snakk om feilutbetaling av lønnsmidler, tilsier imidlertid at arbeidsgiver bør ha gode grunner for å kunne kreve restitusjon av lønnsutbetalinger som ligger mer enn ett år tilbake i tid.

En annen side av dette er at et krav om tilbakebetaling også bør fremsettes kort tid etter at feilen faktisk ble oppdaget. En arbeidsgiver som oppdager at den ansatte har mottatt for mye i lønn, bør derfor ta kontakt med den ansatte og informere om kravet umiddelbart, særlig dersom feilen ligger noe tilbake i tid. Forholder arbeidsgiver seg derimot passiv i en lengre periode, vil dette etter omstendighetene kunne medføre at et ellers berettiget krav går tapt.

Krav kan være foreldet

Uavhengig av det som er sagt ovenfor om læren om condictio indebiti og spørsmålet om skyld og tidsforløp, vil tilbakebetalingskrav som ligger mer enn tre år tilbake i tid som klar hovedregel være foreldet i henhold til bestemmelsene i foreldelsesloven. Foreldelsesreglene gjør seg imidlertid gjeldende «begge veier», slik at også en ansatts krav om etterbetaling av lønn vil være foreldet dersom feilutbetalingen skjedde for mer enn tre år siden.

Foreldelse avbrytes gjennom erkjennelse fra den kravet retter seg mot, alternativt ved at man går til rettslige skritt som beskrevet i foreldelsesloven.

Automatisk lønnstrekk?

Mange arbeidsavtaler, også innenfor sykehussektoren, inneholder standardklausuler om at arbeidsgiver ved eventuell feilutbetaling av lønn forbeholder seg retten til å foreta korrigerende lønnstrekk ved etterfølgende lønnsutbetalinger. I mange saker om tilbakebetaling anfører arbeidsgiver at en slik klausul gir hjemmel for lønnstrekk, også der arbeidstaker motsetter seg dette.

Etter Legeforeningens oppfatning gir ikke slike standardklausuler arbeidsgiver en automatisk rett til å foreta et korrigerende lønnstrekk i etterkant av en feilutbetaling. Etter vår oppfatning må det derimot inngås en avtale om tilbakebetaling i etterkant av hver enkelt feilutbetaling. En slik rettsoppfatning mener vi samsvarer best med lønnstrekkbestemmelsen i arbeidsmiljøloven § 14-15 bokstav c, som fastslår at arbeidsgiver bare kan trekke i lønn og feriepenger «når det på forhånd er fastsatt ved skriftlig avtale». Videre mener vi at vår forståelse har støtte i en uttalelse fra Sivilombudsmannen (Somb-2001-22), som gjaldt en tilsvarende bestemmelse i den gamle arbeidsmiljøloven.

Under enhver omstendighet følger det av arbeidsmiljøloven § 14-15 (3) at et eventuelt lønnstrekk etter bokstav c ikke må overstige «det arbeidstaker med rimelighet trenger til underhold for seg og sin husstand». Arbeidsgiver kan derfor ikke kreve tilbakebetaling av et større beløp enn det arbeidstakers privatøkonomi kan takle. Dersom arbeidstaker ikke lenger har pengene i behold, og kravet gjelder et større beløp må arbeidsgiver eventuelt gå i dialog med arbeidstaker om ulike nedbetalingsordninger. ●

TA KONTAKT!

Medlemmer som blir møtt med krav om tilbakebetaling av lønn, anbefales å ta kontakt med juridisk avdeling Legeforeningen, for bistand dersom de opplever kravet som urimelig. Legeforeningens jurister vil da se nærmere på saken og vurdere hvor vidt arbeidsgivers krav fremstår som berettiget. Legeforeningen vil også kunne bistå ved en eventuell videre rettslig prosess, dersom det ikke lykkes å komme til enighet med arbeidsgiver.
E-post: legeforeningen@legeforeningen.no

Når pasientene krever erstatning

» Av **Frode Solberg**, ass.direktør og sjefadvokat, Jus og arbeidsliv

Hvilke forsikringsordninger er leger dekket av? Og hvilke forsikringer er det lurt å tegne i tillegg?

Leger har et yrke som alltid vil innebære en risiko for at andre kan bli skadet og lide økonomiske tap. For å sikre at pasienter kan få dekket tapet som oppstår som følge av feilbehandling og svikt i helsetjenesten, ble Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) opprettet i 1988.

Legeforeningen mottar jevnlig henvendelser fra medlemmer som opplever å få krav om erstatning fra sine pasienter. De aller fleste krav om erstatning i helsetjenesten håndteres til syvende og sist av NPE, men i noen tilfeller må krav vurderes opp mot legens eget ansvar. Da er det en stor fordel å ha tegnet Legeforeningens ansvarsforsikring.

Ikke krav om subjektiv skyld

NPE er en statlig etat som er erstatningsansvarlig for alle pasientskader i Norge etter de regler som følger av pasientskadeloven. NPE har tre hovedoppgaver: Å avgjøre om det er grunnlag for erstatning og størrelsen på denne, bidra med statistiske data til kvalitetsforbedring og skadeforebygging, samt å informere befolkningen om ordningen.

Et viktig poeng er at det er lavere terskel for å få erstatning fra NPE enn etter alminnelig erstatningsrett. Årsaken er at pasienten ikke nødvendigvis må påvise uaktsomhet. Det stilles ikke krav om subjektiv skyld hos helsepersonellet. Når skaden for eksempel skyldes smitte eller teknisk svikt, vil det også kunne gi rett på erstatning.

Må foreligge økonomisk tap

For å få utbetalt erstatning fra NPE, må skaden ha medført et dokumentert økonomisk tap. Dette bør alle leger være klar over. Hvis pasienten får vite at det er enklere å få erstatning fra NPE enn fra legen som har gjort en feil, kan legen ofte unngå å gå gjennom en lang og omstendelig rettsprosess. Informasjon om NPE kan derfor hjelpe pasienten til en erstatning, uten at det innebærer noen økonomisk risiko for pasienten.

Å rette et krav mot NPE koster ingenting for pasienten, i motsetning til en rettslig prosess som kan koste hundretusenvis av kroner. NPE dekker også kostnader til sakkyndige der det er behov for det.

Slik sett er informasjon om NPE til det gode for både pasienten og legen. Likevel er det slik at mange av våre medlemmer ikke er kjent med at pasienten ved alvorlige skader og komplikasjoner skal informeres om blant annet NPE. Dette følger av pasientrettighetsloven § 3-2 fjerde ledd:

«Dersom pasienten eller brukeren blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, skal pasienten eller brukeren informeres om dette. Det skal samtidig informeres om adgangen til å søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning, til å henvende seg til pasient- og brukerombudet og adgangen til å anmode tilsynsmyndigheten om vurdering av eventuelt pliktbrudd etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4.»

Det er altså en lovbestemt plikt å informere om NPE.

Kan gå direkte på legen

Det er viktig å presisere at pasienten ikke er avskåret fra å rette kravet direkte mot legen. Slik sett kan pasienten velge hvem han vil holde ansvarlig. Noen få pasienter ønsker å «ta» legen de mener har begått feilen, og slike krav kan ikke avvises med den begrunnelse at NPE er rette adressat for erstatningskravet. I disse sakene trenger medlemmet juridisk bistand.

Litt forenklet er rollen til helsepersonellet som har bidratt til feilbehandlingen å gi informasjon om hva som er skjedd, og så håndterer og vurderer NPE resten. Noen ganger er legen/sykehuset uenig i at det skal utbetales erstatning, men disse har ingen klagerett.

Noen ganger vil det bli reist tilsynssak mot legen (eller annet helsepersonell), og da er det viktig å være klar over at erstatning fra NPE ikke nødvendigvis innebærer at legen har gjort noe som helst feil. De vurderingstemaene som ligger til grunn for henholdsvis NPEs og Helsetilsynets saksbehandling, er ulike. Faktum er likevel ofte felles for disse to instansene, slik at leger alltid bør ta en henvendelse fra NPE alvorlig, selv om man er trygg på at man ikke har gjort noen feilvurderinger.

Pliktig tilskudd for private

NPE finansieres over statsbudsjettet, samt gjennom tilskudd fra regionale helseforetak, fylkene og kommunene. Alle virksomheter og autorisert helsepersonell som gir helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten, er også pliktig til å betale tilskudd til NPE.

Det er viktig å være klar over at overleger som driver helprivat virksomhet som bierverv skal betale tilskudd til NPE. For eksempel må en psykiater som jobber som næringsdrivende uten

I 2016 mottok NPE 5.629 erstatningskrav. Det ble gitt medhold i 1.423 saker. Den såkalte medholds-andelen var på 32 prosent. Utbetalingene fra NPE har gradvis økt, og var i 2016 på 987 millioner kroner.

offentlig avtale betale tilskudd i henhold til fastsatte satser. For å gjøre det enda mer komplisert kan det nevnes at en virksomhet som ikke er en del av avtalepraksisen, må betale tilskudd. Det betyr at dersom en avtalespesialist med øye-hjemmel driver med nærsynt-operasjoner, skal det betales tilskudd for denne delen av virksomheten.

I 2016 mottok NPE 5.629 erstatningskrav. Det ble gitt medhold i 1.423 saker. Den såkalte medholds-andelen var på 32 prosent. Utbetalingene fra NPE har gradvis økt, og var i 2016 på 987 millioner kroner. Dette er økonomiske tap pasienter har hatt som følge av feilbehandling og svikt. Risikoen for feil øker med økt tempo i helsetjenesten, og når man leser om utfordringer blant annet i sykehusene, er det liten grunn til å tro at utbetalingene ikke vil øke i årene som kommer.

Legeforeningens ansvarsforsikring

Legeforeningen har i en årrekke tilbudt sine medlemmer en ansvarsforsikring. De aller fleste medlemmene velger å tegne denne da den er rimelig og gir dekning som NPE ikke gir. Prisen er 400 kroner.

Ansvarsforsikringen gir sikkerhet for inntil 5 millioner kroner for erstatning for økonomisk tap. Dette er til dels samme type tap som NPE dekker. Forsikringen er likevel viktig der legen saksøkes direkte, fordi legen ved ansvar ellers må betale pasienten erstatning, og deretter be om å få dette refundert av NPE.

Dette vil for mange oppleves som likviditetsmessig krevende situasjon, samtidig som det i grensetilfeller kan være uklart hvordan NPE vil vurdere kravet. Det må sies at dette er en lite praktisk problemstilling, men regelverket kan gi åpning for slike situasjoner.

Oppreisningserstatning

En mer praktisk situasjon er at pasienten har fått erstatning for økonomisk tap fra NPE, men i tillegg ønsker såkalt oppreisningserstatning. Dette er en erstatning for ikke-økonomisk tap. Noen kaller det erstatning for «tort og svie». Erstatningen skal kompensere for den følelsesmessige belastning pasienten har vært utsatt for.

Oppreisningserstatning finner vi også innenfor andre rettsområder enn pasientskader, for eksempel ved uriktige oppsigelser i arbeidsforhold, diskriminering og fornærmede i straffesaker. Oppreisningserstatning dekkes ikke av NPE. Ansvarsforsikringen dekker slike krav inntil 200.000 kroner. Vilkårene for å få denne typen erstatning er strengere enn for økonomisk tap, da skyldkravet er grov uaktsomhet. Legen må ha gjort noe kvalifisert klanderverdig for at denne type erstatning er berettiget.

Dekker utgifter til advokat

Like viktig er at ansvarsforsikringen også gir dekning for nødvendige advokatutgifter for inntil 500.000 kroner. Utgangspunktet er at forsikringsselskapet ordner advokat, men i flere tilfeller har Legeforeningens egne advokater (i samarbeid med forsikringsselskapet) håndtert erstatningssaker mot våre medlemmer.

Ofte kan det være slik at medlemmet har henvendt seg til Legeforeningen før pasienten retter krav mot legen, og at interne advokater allerede kjenner saken. Noen medlemmer har - av ulike grunner - også et særskilt ønske om at Legeforeningens egne advokater skal håndtere saken. Legeforeningens advokater har også god kompetanse på helserettslige problemstillinger, slik at erstatningskravet raskere kan settes inn i en riktig juridisk sammenheng.

Planer om utvidet dekning

Legeforeningen arbeider kontinuerlig for å bedre medlemsfordelene. Det pågår nå et arbeid mellom sekretariatet og Tryg for å vurdere om dekningen skal bedres og utvides. Tanken er at dekningsnivåene må økes, både for erstatning for økonomisk tap, oppreisningserstatning og advokatutgifter.

I tillegg vurderes det en ny dekning for rene formuestap. Formuestap dekkes i dag også, men bare der det er en følge av ting eller personskade. Den nye dekning vil være aktuell der det ikke er en pasientskade, men at legen har opptrådt uaktsomt og pasienten som følge av uaktsomheten lider et økonomisk tap. Videre ses det nærmere på å inkludere hacker-forsikring og dekning ved MRSA-smitte. Det siste vil særlig kunne hjelpe studenter og leger mellom jobber i en vanskelig økonomisk situasjon.

Et mål for arbeidet er at premien helst ikke skal øke, og i hvert fall ingen prisvekst av betydning. I tillegg arbeides det med en tilleggsforsikring med enda bedre dekning for de legene som ønsker det. Idrettsmedisinere har vært pådrivere for dette, ikke minst sett i lys av Johaug-saken. En slik tilleggsforsikring eksisterer allerede i dag, men er egentlig bare myntet på idrettsleger. Ordningen er imidlertid ikke stengt for andre leger som ønsker den. Legeforeningen er ikke part i denne ordningen, men det kan altså bli tilfelle i 2018. ●

De som ønsker nærmere informasjon om ordningen, kan se på Legeforeningens hjemmesider:
https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Medlem/Bank-og-forsikring/ansvarsforsikring/

Samordning av offentlig tjenestepensjon med alderspensjon fra folketrygden

Det ble i 2011 innført nye regler for alderspensjon i folketrygden. Regelverk for beregning av OTP for personer født senest i 1953 ble samtidig utformet. Det er nå behov for å utforme regelverk for personer født i 1954 og senere for å kunne foreta beregninger av alderspensjon OTP, og også regelverk for hvordan tjenestepensjonen skal levealderjusteres. Forslaget som er ute på høring inneholder følgende momenter:

» Av **Fredrik Lorck,** forhandlingsøkonom, Avdeling for jus og arbeidsliv, Dnlf

Ny alderspensjon fra folketrygden

- Pensjonsbeholdning
  - o All pensjonsgivende inntekt opptjent i alderen 13 – 75 år.
    - 0 – 6 G
      Full pensjonsgivende inntekt
    - 6 – 12 G
      1/3 av inntekten er pensjonsgivende
    - Over 12 G
      Ikke pensjonsgivende inntekt
  - o 18,1 % av den pensjonsgivende inntekten er pensjonsbeholdningen
- Pensjonen levealderjusteres.
- Fleksibel start på uttak av pensjon, fra 62 til 75 år.
  - o Høyere årlig utbetaling ved senere starttidspunkt da det da blir færre år å fordele pensjonen på.
  - o Da levealderen øker må man arbeide lenger enn tidligere for å få like mye i pensjon som tidligere årskull.
- Det kan tas ut hel eller gradert alderspensjon, og pensjonen kan kombineres fritt med arbeid uten at den avkortes.

Offentlig tjenestepensjon

- Bruttopensjon fra OTP er 66 % av sluttlønn.
- Brutto tjenestepensjon samordnes med folketrygden.
- Det er samordningsfordeler,
  -> ikke alt i folketrygden samordnes
  - o Samordningsfritt: 2,5 G + 2 % av pensjonsbeholdningen
    - Med disse parameterne blir det en jevnere fordeling av samordningsfordelene, «kompensasjonsgraden» enn tidligere.

Av den samordningsfrie delen er 2,5 G lik for alle, mens 2 % av pensjonsmidlene gir større samordningsfordeler desto større pensjonsgivende inntekt man har hatt. Det siste elementet, 2% av pensjonsmidlene er

- ➔ Fordel for våre medlemmer
- ➔ Incitament for å stå lenger i arbeid

- Det er overgangsregler for personer født mellom 1954 og 1963:
  - ➔ 1954: 90 % gammel ordning, 10 % ny ordning
  - ➔ 1963: 10 % gammel ordning, 90 % ny ordning

Tekniske forhold/tall

- Forholdstall:
  Forventet levealder ved pensjonsalder
- Delingstall:
  Forventet levealder ved pensjonsalder, men da hensyntatt de som er døde før pensjonsalder
- Justeringstall:
  Folketrygdens delingstall : 13,42
  - 13,42 = hypotetisk delingstall for 1943-kullet ved 67 år.
  - Årsak til at dette tallet benyttes er at folketrygden er dimensjonert med utgangspunkt i pensjonsnivået for 1943-kullet ved 67 års alder.
  - Justeringstallet kan etter reglene ikke bli mindre enn 1. Konsekvensen er at de som arbeider utover den alder der begrensningen blir effektiv taper tjenestepensjon. Høyere alderspensjon fra folketrygden som skyldes færre år som pensjonsmottaker, gir tilsvarende reduksjon i netto tjenestepensjon. ●

Vinner av Akademikerprisen 2017:

Når pasienten kan hackes

» Av **Marie Moe,** PhD, Seniorforsker og forskningsleder for Informasjonssikkerhet, SINTEF Digital

Foto: Jon Helle

Ny medisinsk teknologi skaper en kompetanseutfordring. Når pasienten blir en kyborg med implantater og sensorer som kommuniserer over internett vil helsepersonell møte nye utfordringer relatert til sikkerhet og personvern. Hvordan skal helsepersonellet forholde seg til sårbarheter og sikkerhetshull i programvare? Hvem har kunnskapen som trengs for å gjøre en kost-nytte analyse av om en sikkerhetsoppdatering skal installeres på en pacemaker? En oppdatering som tetter et sikkerhetshull og senker risikoen for hacking, men som samtidig medfører en liten risiko for at koden i implantatet slår krøll på seg og slutter å gi riktig behandling.

Dagens pacemakere og implanterte hjertestartere har allerede trådløs kommunikasjon og kan kobles på internett. I fjor høst ble pacemaker-produsenten St. Jude Medical (nå Abbot) sterkt kritisert av forskere som hadde funnet sårbarheter. De amerikanske sikkerhetsforskerne publiserte en rapport som viste at den trådløse ruteren som står hjemme hos brukeren og kommuniserer med pacemakeren, hadde sikkerhetshull. Disse kunne åpne for at en hacker via internett kunne logge seg på og sende kommandoer til implantatet. Den amerikanske tilsynsmyndigheten FDA har gransket saken og bekreftet at sårbarhetene eksisterte. I verste fall kunne noen ha utnyttet dette til å tømme batteriet på pacemakeren, eller endre programmeringen slik at hjerterytmen hos brukeren ikke fikk nødvendig stimulering, med dødelig utfall som en mulighet.

I august i år, et helt år etter at sårbarhetene ble gjort kjent, kom en sikkerhetsoppdatering som skulle fikse sårbarheter i pacemaker-implantatene, 465 000 pasienter i USA og anslagsvis 750 000 pasienter på verdensbasis hadde implantert pacemakere med disse sårbarhetene. Sikkerhetsoppdateringen sendes ikke over internett, slik som når man oppdaterer en PC eller mobiltelefon, men utføres av helsepersonell via programmereren som kommuniserer trådløst med implantatet. Oppdateringen av programvaren i pacemakeren tar ca. 3 minutter, så er sikkerhetshullet tettet og pasienten kan ikke hackes via dette. Men, programvareoppdateringen medfører også en liten risiko for at noe går galt med koden under oppdateringen. Pacemakeren kan få slettet konfigurasjonen eller pacemakeren kan slutte å fungere. Det er derfor viktig at pasienten blir informert om risikoen det innebærer å få utført en programvareoppdatering, og at legen og pasienten sammen har nok informasjon tilgjengelig til å vurdere om nytten av å utføre oppdateringen er større enn risikoen for at noe går galt.

Risikoen for at en hacker forsøker å bryte seg inn i pacemakeren til en pasient kan kanskje høres ut som science fiction, og heldigvis finnes ingen kjente tilfeller av denne typen hacking utenfor kontrollerte forsøk på lab i dag. Men, hvor alvorlig man skal ta trusselen avhenger av hvor kritisk sårbarheten er og hvilken teknisk kompetanse og utstyr som kreves for å utføre angrepet. Jeg tør påstå at å vurdere hvor kritisk et sikkerhetshull i en pacemaker er krever kompetanse som verken legen eller den vanlige pasienten besitter. Hvordan kan man da vurdere nødvendigheten av å installere sikkerhetsoppdateringen? Hvilken informasjon kreves for å utføre denne risikovurderingen og hvordan skal man snakke med pasienter om cybersikkerhet i deres medisinske implantat? Dette er viktige tema og noe som leverandører, helseforetak og myndigheter må ta tak i umiddelbart. Heldigvis begynner bransjen å røre på seg. Jeg var så heldig å få delta på et møte hos Heart Rhythm Society (HRS) i min rolle som både pacemakerpasient og sikkerhetsforsker. Hva trenger leger å vite om cybersikkerhet? Hvordan kan man best kommunisere risikoen forbundet med sikkerhetshull og sårbarheter i implantatet? Hvem skal bli varslet om sårbarheter og hvordan skal varslingen utføres i praksis? Dette er noen av de viktige spørsmålene vi diskuterte på dette møtet og som skal inngå i et dokument som planlegges å publiseres offentlig av HRS i mai neste år. ●

Ref. 1. Xultophy® SPC, avsnitt 4.2 og 5.1. (12.10.2017). **2.** Xultophy® SPC, avsnitt 4.1 (12.10.2017). **3.** Lingvay I, Manghi FP, Garcia-Hernandez P, et al. Effect of insulin glargine up-titration vs insulin degludec/liraglutide on glycated hemoglobin levels in patients with uncontrolled type 2 diabetes: the DUAL V randomized controlled trial. JAMA. 2016;315(9):898-907. **4.** Xultophy® SPC, avsnitt 5.1 (12.10.2017). **5.** Xultophy® SPC, avsnitt 4.2, 4.4 og 4.8. (12.10.2017). **6.** Victoza® SPC avsnitt 5.1 (sist oppdatert 25.07.2017) **7.** Tresiba® SPC avsnitt 5.1 (sist oppdatert 12.10.2017)

▼ **Xultophy «Novo Nordisk»**

C ***Langtidsvirkende insulinanalog + GLP-1-analog.*** ATC-nr.: A10A E56

T **INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt penn *100 enheter/ml + 3,6 mg/ml:*** *1 ml inneh.:* Insulin degludec 100 enheter (E), liraglutid 3,6 mg, glyserol, fenol, sinkacetat, saltsyre, natriumhydroksid, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 for å forbedre glykemisk kontroll i kombinasjon med orale glukosesenkende legemidler, når disse alene eller kombinert med en GLP-1-reseptoragonist eller basalinsulin ikke gir adekvat glykemisk kontroll (se SPC for tilgjengelige data for de ulike kombinasjonene).
Dosering: Administreres 1 gang daglig, når som helst i løpet av dagen, fortrinnsvis til samme tid hver dag. Administreres som dosetrinn. 1 dosetrinn inneholder insulin degludec 1 enhet og liraglutid 0,036 mg. Maks. daglig dose er 50 dosetrinn (insulin degludec 50 enheter og liraglutid 1,8 mg). Doseres iht. pasientens individuelle behov. Optimalisering av glykemisk kontroll anbefales vha. dosejustering basert på fastende plasmaglukose. Dosejustering kan være nødvendig ved økt fysisk aktivitet, endret kosthold eller annen samtidig sykdom. ***Glemt dose:*** Anbefales tatt så snart den oppdages, og deretter gjenopptas vanlig doseringsregime med 1 daglig dose. Det skal alltid gå minst 8 timer mellom injeksjonene. Gjelder også når administrering til samme tid hver dag ikke er mulig. ***Ved overgang fra GLP-1-reseptoragonist:*** Behandling med GLP-1-reseptoragonist skal seponeres før behandling med Xultophy påbegynnes. Anbefalt startdose er 16 dosetrinn (insulin degludec 16 enheter og liraglutid 0,6 mg). Anbefalt startdose skal ikke overskrides. Ved overgang fra langtidsvirkende GLP-1-reseptoragonist (f.eks. dosering 1 gang/uke), skal det tas hensyn til forlenget effekt. Behandlingen skal initieres på tidspunktet som neste dose av den langtidsvirkende GLP-1-reseptoragonisten skulle tas. Streng glukosekontroll anbefales i overgangsperioden og i påfølgende uker. ***Overgang fra basalinsulin:*** Behandling med basalinsulin skal seponeres før behandling med Xultophy påbegynnes. Ved overgang fra behandling med basalinsulin er anbefalt startdose 16 dosetrinn (insulin degludec 16 enheter og liraglutid 0,6 mg). Anbefalt startdose skal ikke overskrides. Streng glukosekontroll anbefales i overgangsperioden og i påfølgende uker. ***Som tillegg til orale glukosesenkende legemidler:*** Kan gis i tillegg til eksisterende oral antidiabetikabehandling. Anbefalt startdose er 10 dosetrinn (insulin degludec 10 enheter og liraglutid 0,36 mg). Som tillegg til sulfonylureapreparat bør dosereduksjon av sulfonylurea vurderes. ***Spesielle pasientgrupper:*** *Nedsatt leverfunksjon:* Kan brukes ved lett eller moderat nedsatt leverfunksjon. Måling av glukose skal intensiveres og dosen justeres individuelt. Anbefales ikke ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. *Nedsatt nyrefunksjon:* Ved lett eller moderat nedsatt nyrefunksjon skal måling av glukose intensiveres og dosen justeres individuelt. Anbefales ikke ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CICR <30 ml/minutt), inkl. terminal nyresykdom. *Barn og ungdom <18 år:* Bruk ikke relevant. *Eldre ≥65 år:* Kan brukes. Glukosemåling må intensiveres og dosen justeres individuelt. Erfaring med eldre ≥75 år er begrenset. ***Tilberedning/Håndtering:*** For detaljert bruksanvisning, se pakningsvedlegget. Oppløsning som ikke fremstår som klar og fargeløs skal ikke brukes. Preparat som har vært frosset skal ikke brukes. Den ferdigfylte pennen skal kun brukes av én person. Den ferdigfylte pennen kan gi fra 1-50 dosetrinn i én injeksjon, i trinn på ett dosetrinn. Dosetelleren viser antall dosetrinn. For å unngå feildosering og potensiell overdosering skal det aldri brukes en sprøyte til å trekke legemidlet opp fra sylinderampullen som er i den ferdigfylte pennen. Utformet til bruk sammen med NovoFine injeksjonsnåler med lengde opptil 8 mm. Det skal alltid settes på en ny nål før hver bruk. Nåler skal ikke brukes om igjen: Gjenbruk av nåler øker risikoen for tette nåler, noe som kan føre til under- eller overdosering. Pasienten skal kaste nålen etter hver injeksjon. *Blandbarhet:* Skal ikke blandes med andre legemidler eller tilsettes infusjonsvæsker. ***Administrering:*** Kun til s.c. injeksjon i lår, overarm eller abdomen. Injeksjonssted skal alltid varieres innen samme område for å redusere risiko for lipodystrofi. Skal ikke gis i.v. eller i.m. Kan injisereres uavhengig av måltid. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Skal ikke brukes ved diabetes mellitus type 1 eller til behandling av diabetisk ketoacidose. *Hypoglykemi:* For høy dose i forhold til behovet, utelatelse av et måltid eller ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet, kan gi hypoglykemi. Ved behandling i kombinasjon med sulfonylurea kan risikoen for hypoglykemi reduseres ved å redusere sulfonylureadosen. Samtidig sykdom i nyre, lever eller sykdom som påvirker binyre, hypofyse eller thyreoidea, kan kreve doseendring. Pasienter som oppnår betydelig forbedring av blodglukosekontrollen (f.eks. ved intensivert behandling), kan oppleve endring i sine vanlige varselsymptomer på hypoglykemi, og må informeres om dette. Vanlige varselsymptomer kan forsvinne hos pasienter som har hatt diabetes lenge. Preparatets forlengede effekt kan forsinke restitusjonen etter hypoglykemi. Hypoglykemi kan svekke konsentrasjons- og reaksjonsevnen, og pasienten må råde til å ta forholdsregler for å unngå hypoglykemi ved bilkjøring. Det bør vurderes om bilkjøring er tilrådelig for pasienter med nedsatt eller manglende forvarsler på hypoglykemi eller som opplever hyppige hypoglykemianfall. *Hyperglykemi:* Utilstrekkelig dosering og/eller avbrytelse av diabetesbehandlingen kan føre til hyperglykemi og potensielt til hyperosmolært koma. Ved seponering skal det sikres at retningslinjer for initiering av alternativ diabetesbehandling blir fulgt. Annen samtidig sykdom, især infeksjoner, kan føre til hyperglykemi og dermed føre til økt medisineringsbehov. Administrering av hurtigvirkende insulin bør vurderes ved alvorlig hyperglykemi. Ubehandlede hyperglykemiske tilfeller fører etter hvert til hyperosmolært koma/diabetisk ketoacidose, som er potensielt dødelig. *Kombinasjon med pioglitazon:* Hjertesvikt er rapportert ved samtidig bruk av pioglitazon og insulin, spesielt ved risikofaktorer for hjertesvikt. Dette må tas i betraktning hvis kombinasjonen vurderes. Hvis kombinasjonen benyttes skal pasienten observeres for tegn/symptomer på hjertesvikt, vektøkning og ødem. Pioglitazon skal seponeres ved forverring av kardiale symptomer. *Øyesykdom:* Intensivering av insulinbehandlingen med umiddelbar forbedret glykemisk kontroll kan være forbundet med forbigående forverring av diabetisk retinopati, mens langvarig forbedret glykemisk kontroll reduserer risikoen for progresjon av diabetisk retinopati. *Antistoffer:* Bruk av preparatet kan forårsake dannelse av antistoffer mot insulin degludec og/eller liraglutid. I sjeldne tilfeller kan forekomsten av slike antistoffer kreve dosejustering for å korrigere tendens til hyper- eller hypoglykemi. *Akutt pankreatitt:* Bruk av GLP-1-reseptoragonister inkl. liraglutid, er forbundet med risiko for å utvikle akutt pankreatitt. Få tilfeller av akutt pankreatitt er rapportert. Pasienten bør informeres om karakteristiske symptomer, og ved mistanke om pankreatitt bør preparatet seponeres. Bekreftes akutt pankreatitt, bør behandling ikke gjennopptas. Forsiktighet bør utvises ved tidligere pankreatitt. *Thyreoidea:* Thyreoideabivirkninger, inkl. økt kalsitonin i blodet, struma og thyreoideaneoplasme, er rapportert, spesielt ved allerede eksisterende thyreoideasykdom, og preparatet bør derfor brukes med forsiktighet til disse pasientene. *Inflammatorisk tarmsykdom og diabetisk gastroparese:* Ingen erfaring, og preparatet anbefales derfor ikke til disse pasientene. *Dehydrering:* Tegn/symptomer på dehydrering, inkl. nedsatt nyrefunksjon og akutt nyresvikt, er rapportert. Pasienten bør informeres om potensiell risiko for dehydrering i forbindelse med GI-bivirkninger og ta forholdsregler for å unngå væskemangel. *Feilmedisinering:* Pasienten skal informeres om alltid å kontrollere etiketten på pennen før hver injeksjon for å unngå utilsiktet forveksling med andre injiserbare diabetespreparater. Antall valgte dosetrinn på pennens doseteller skal kontrolleres visuelt, og det kreves derfor at pasienter som skal injisere selv kan lese av dosetelleren. Blinde/svaksynte skal alltid få hjelp/assistanse fra annen person med godt syn, og som har fått opplæring i bruk av pennen. *Ikke-undersøkte populasjoner:* Overføring til preparatet fra doser av basalinsulin <20 og >50 enheter er ikke undersøkt. Preparatet er ikke undersøkt i kombinasjon med DPP-4-hemmere, glinider eller måltidsinsulin. Begrenset erfaring hos pasienter med kongestiv hjertesvikt, NYHA I-II, og preparatet bør derfor brukes med forsiktighet. Ingen erfaring hos pasienter med kongestiv hjertesvikt, NYHA III-IV, og preparatet anbefales derfor ikke. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Farmakodynamiske interaksjonsstudier er ikke utført. In vitro-data tyder på at potensialet for farmakokinetiske interaksjoner knyttet til CYP og proteinbinding er lav for både liraglutid og insulin degludec. En rekke stoffer påvirker glukosemetabolismen og kan kreve dosejustering. Betablokkere kan maskere symptomer på hypoglykemi. Oktreotid/lanreotid kan enten øke eller redusere behovet for Xultophy. Alkohol kan forsterke eller redusere den hypoglykemiske effekten av preparatet. Følgende kan redusere behovet for preparatet: Antidiabetika, MAO-hemmere, betablokkere, ACE-hemmere, salisylater, anabole steroider og sulfonamider. Følgende kan øke behovet for preparatet: Orale antikonseptiva, tiazider, glukokortikoider, thyreoideahormoner, sympatomimetika, veksthormoner og danazol. Liraglutid kan gi en liten forsinkelse i magetømmingen, som kan påvirke absorpsjonen av orale legemidler som tas samtidig. Farmakokinetiske interaksjonsstudier viser ingen klinisk relevant forsinkelse av absorpsjon, men klinisk relevant interaksjon med virkestoff med dårlig oppløselighet eller med lav terapeutisk indeks, slik som warfarin, kan ikke utelukkes. Hyppigere monitorering av INR anbefales ved oppstart av Xultophy-behandling hos pasienter på warfarin eller andre kumarinderivater. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Ingen klinisk erfaring. Hvis pasienten ønsker å bli gravid eller blir gravid, skal behandlingen seponeres. Dyrestudier med insulin degludec har ikke vist forskjell mellom insulin degludec og humant insulin når det gjelder embryotoksisitet og teratogenisitet. Dyrestudier med liraglutid har vist reproduksjonstoksiske effekter. Human risiko er ukjent. *Amming:* Ingen klinisk erfaring. Ukjent om insulin degludec eller liraglutid utskilles i human morsmelk. Bør ikke brukes under amming pga. manglende erfaring. Insulin degludec utskilles i melk hos rotter, men konsentrasjonen i melk var lavere enn i plasma. Dyrestudier har vist liten overgang til morsmelk for liraglutid og strukturelt lignende metabolitter. Prekliniske studier med liraglutid har vist behandlingsrelatert reduksjon av neonatal vekst hos diende rotter. *Fertilitet:* Ingen klinisk erfaring. Reproduksjonsstudier på dyr med insulin degludec har ikke indikert negativ effekt på fertilitet. Bortsett fra en svak reduksjon i antall levende embryo etter implantasjon, indikerte dyrestudier med liraglutid ingen skadelige effekter mht. fertilitet. **Bivirkninger:** Hyppigst rapportert er GI-bivirkninger (kan forekomme hyppigere ved behandlingsstart og avtar vanligvis i løpet av få dager/uker ved fortsatt behandling) og hypoglykemi. *Svært vanlige (≥1/10):* Stoffskifte/ernæring: Hypoglykemi[1]. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Kvalme, diaré, oppkast, obstipasjon, dyspepsi, gastritt, magesmerte, gastroøsofageal reflukssykdom, abdominal distensjon. Stoffskifte/ernæring: Redusert appetitt. Undersøkelser: Økt amylase, økt lipase. Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet[2]. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Gulping/raping, flatulens. Hud: Hudutslett, kløe, ervervet lipodystrofi[3]. Immunsystemet: Urticaria, overfølsomhet. Lever/galle: Gallesten, kolecystitt. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering. Undersøkelser: Økt hjertefrekvens. *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Gastrointestinale: Pankreatitt (inkl. nekrotiserende pankreatitt). Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon. Øvrige: Perifert ødem.

[1] Alvorlig hypoglykemi kan føre til bevisstløshet og/eller krampeanfall, og kan gi forbigående eller permanent hjerneskade eller t.o.m. dødsfall.
[2] Inkl. hematom, smerte, blødning, erytem, knuter, hevelse, misfarging, kløe, varmefølelse samt klump på injeksjonsstedet. Vanligvis milde og forbigående, forsvinner normalt ved fortsatt behandling.
[3] Inkl. lipohypertrofi, lipoatrofi. Kontinuerlig variasjon av injeksjonssted innenfor det bestemte injeksjonsområdet kan bidra til å redusere risikoen.

Overdosering/Forgiftning: Begrensede data. Hypoglykemi kan utvikles ved høyere dose enn det er behov for. *Symptomer:* Varierer fra matthet, sult, svette og kramper til bevisstløshet (insulinsjokk). *Behandling:* Ved mild hypoglykemi gis glukose eller sukkerholdige produkter oralt. Det anbefales derfor at pasienten alltid har med seg glukoseholdige produkter. Ved alvorlig hypoglykemi der pasienten er bevisstløs, injiseres glukose i.v. eller glukagon (0,5-1 mg) i.m. eller s.c. Glukose skal gis i.v. hvis pasienten ikke reagerer på glukagon innen 10-15 minutter. Når pasienten igjen er ved bevisstthet, anbefales perorale karbohydrater for å forhindre tilbakefall. Se Giftinformasjonens anbefalinger for insulin og analoger A10A og liraglutid A10B J02. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Langtidsvirkende insulinanalog (insulin degludec) og glukagonlignende peptid-1 (GLP-1)-analog (liraglutid), begge fremstilt ved rekombinant DNA-teknologi. Liraglutid har 97% homologi for inkretinhormonet humant GLP-1. *Virkningsmekanisme:* Kombinasjonspreparat som består av insulin degludec og liraglutid som har komplementære virkningsmekanismer for å forbedre glykemisk kontroll. Forbedrer glykemisk kontroll via varig reduksjon av fastende plasmaglukosenivåer og postprandiale glukosenivåer etter alle måltider. Insulin degludec bindes spesifikt til humaninsulinreseptoren og gir samme farmakologiske effekt som humant insulin. Blodglukosesenkende effekt av insulin degludec skyldes at opptaket av glukose lettes ved at insulinet bindes til reseptorer i muskel- og fettceller, samtidig som utskillelse av glukose fra lever hemmes. Etter s.c. injeksjon danner insulin degludec oppløselige multiheksamerer som danner et insulindepot hvorfra insulin degludec kontinuerlig og langsomt absorberes over i sirkulasjonen. Dette gir en flat og stabil glukosesenkende effekt med lav dag-til-dag-variasjon mht. insuleffekt. Virkningen av liraglutid medieres via en spesifikk interaksjon med GLP-1-reseptorer. Ved høy blodglukose blir insulinutskillelse stimulert og glukagonutskillelse hemmet. Omvendt vil liraglutid under hypoglykemi redusere insulinutskillelse og ikke svekke glukagonutskillelsen. Mekanismen med blodglukosesenking involverer også en mindre forsinkelse i magetømming. Liraglutid reduserer kroppsvekt og mengde kroppsfett via mekanismer som involverer redusert sult og nedsatt energiinntak. Se SPC for ytterligere informasjon. *Absorpsjon:* Steady state-konsentrasjon av insulin degludec og liraglutid nås etter 2-3 dager. *Proteinbinding:* Insulin degludec: >99%. Liraglutid >98%. *Halveringstid:* Insulin degludec: Ca. 25 timer. Liraglutid: Ca. 13 timer. *Metabolisme:* Insulin degludec metaboliseres på lignende måte som humant insulin. Alle metabolitter som dannes er inaktive. Liraglutid metaboliseres på lignende måte som store proteiner uten at noe spesifikt organ er identifisert som hovedeliminasjonsvei. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Holdes borte fra fryseelementet. Skal ikke fryses. La pennehetten sitte på for å beskytte mot lys. Etter anbrudd: Oppbevares ved høyst 30°C eller i kjøleskap (2-8°C). La pennehetten sitte på for å beskytte mot lys. Preparatet skal kasseres 21 dager etter anbrudd. **Pakninger og priser:** 3 × 3 ml[1] (ferdigfylt penn) kr 1474,70.

Refusjon:
[1]A10A E56_1 Insulin degludec og liraglutid
Refusjonsberettiget bruk: Behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 i kombinasjon med metformin når metformin kombinert med en GLP-1-reseptoragonist eller basalinsulin ikke gir adekvat glykemisk kontroll.
Refusjonskode:

ICPC		*Vilkår nr*	*ICD*		*Vilkår nr*
T90	Diabetes type 2	225	E11	Diabetes mellitus type 2	225

Vilkår: (225) Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin.
Sist endret: 10.11.2017 **Basert på SPC godkjent av SLV:** 12.10.2017. Pris per november 2017

NO/XT/0911/0287b

novo nordisk®
changing diabetes®
Novo Nordisk Scandinavia AS
Nydalsveien 28
0484 Oslo
www.novonordisk.no
E-post: Kundeservice-norge@novonordisk.com

Xultophy®
insulin degludec/liraglutid

Forhåndsgodkjent refusjon

Type 2-diabetes

Xultophy® – én gang daglig[1]

For bedre kontroll[2]

Studie viste bedre resultater sammenliknet med Lantus® (insulin glargin 100 enheter/ml)[4]:

- **1,8 %-poeng versus 1,1 %-poeng reduksjon i HbA_{1c}[‡,3]**
- **Vektnedgang* med Xultophy®. Forskjell på 3,2 kg versus Lantus®[Δ,3]**
- **57 % lavere forekomst av hypoglykemi[ΤΤ,3]**

I studien ble alle pasienter behandlet med metformin.

Basalinsulin- og GLP-1-analog i én penn

*** Vektnedgang er ikke godkjent indikasjon.**

‡ Estimert forskjell -0,59 (95 % KI: -0,74; -0,45), p<0,001.[Δ] -3,2kg (95 % KI: -3,77; -2,64), p<0,001.[ΤΤ] Bekreftet hypoglykemi (alvorlig og/eller < 3,1 mmol/l) 2,23 vs 5,05 per pasientår. Estimert ratio: 0,43 (95 % KI: 0,30;0,61), p<0,001.

Xultophy® er et kombinasjonspreparat som består av insulin degludec og liraglutid som har komplementære virkningsmekanismer for å forbedre glykemisk kontroll[4]

Indikasjon

Xultophy® er indisert for behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 for å forbedre glykemisk kontroll i kombinasjon med orale glukosesenkende legemidler når disse alene eller kombinert med en GLP-1-reseptoragonist eller basalinsulin ikke gir adekvat glykemisk kontroll (se SPC for tilgjengelige data for de ulike kombinasjonene).

Kontraindikasjon:

Overfølsomhet overfor ett av eller begge virkestoffene eller overfor noen av hjelpestoffene glyserol, fenol, sinkacetat, saltsyre (for justering av pH), natriumhydroksid (for justering av pH), vann til injeksjonsvæsker.

Refusjonsberettiget bruk

Behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 i kombinasjon med metformin når metformin kombinert med en GLP-1-reseptoragonist eller basalinsulin ikke gir adekvat glykemisk kontroll.

Refusjonskode:

ICPC		Vilkår nr
T90	Diabetes type 2	225
ICD		Vilkår nr
E11	Diabetes mellitus type 2	225

Vilkår:

225	Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon[5]

- Xultophy® inneholder en kombinasjon av insulin degludec og liraglutid. Xultophy® administreres i dosetrinn. Ett dosetrinn inneholder 1 enhet insulin degludec og 0,036 mg liraglutid.
- Kun til s.c. injeksjon i lår, overarm eller abdominalvegg. Injeksjonsstedene skal alltid varieres innen samme område for å redusere risikoen for lipodystrofi.
- Kan tas når som helst på dagen, uavhengig av måltider. Pasienter som glemmer en dose, anbefales å ta den når de oppdager det, og deretter gjenoppta det vanlige doseregimet med en daglig dose. Det skal alltid være minst 8 timer mellom injeksjonene også når administrasjon på samme tidspunkt hver dag ikke er mulig.
- Gastrointestinale bivirkninger, inkludert kvalme, oppkast og diare er vanlige (≥1/100 til <1/10 brukere). Disse forekommer oftest i begynnelsen av behandlingen og reduseres vanligvis i løpet av få dager eller uker med fortsatt behandling. Ta forhåndsregler for å unngå væskemangel.
- Hypoglykemi er en hyppig rapportert bivirkning (≥1/10 brukere). For høy dose i forhold til behovet, utelatelse av et måltid eller ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet kan gi hypoglykemi. Vurdér dosereduksjon av sulfonylurea ved samtidig bruk.
- Hos eldre ≥ 65 år: kan brukes. Måling av glukose intensiveres, og dosen justeres individuelt. Erfaring med behandling hos pasienter ≥75 år er begrenset.
- Ved lett eller moderat nedsatt nyrefunksjon, skal måling av glukose intensiveres og dosen justeres individuelt.
- Bruk av Xultophy® anbefales ikke ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CrCl <30ml/min), alvorlig nedsatt leverfunksjon eller hjertesvikt NYHA-klasse III-IV
- Overføring til Xultophy® fra doser av basalinsulin < 20 og > 50 enheter er ikke undersøkt.
- Kardiovaskulære sikkerhetsstudier er gjennomført for liraglutid og for insulin degludec[6,7].

Skal ikke brukes hos pasienter med diabetes mellitus type 1 eller til behandling av diabetisk ketoacidose.
Unngå feilmedisinering. Pasienter skal gis beskjed om alltid å kontrollere etiketten på pennen før hver injeksjon for å unngå utilsiktet forveksling mellom Xultophy® og andre injiserbare diabetespreparater.
Det er viktig at alle bivirkninger og uønskede medisinske hendelser som oppstår under behandling rapporteres til Statens Legemiddelverk eller Novo Nordisk.
Les preparatomtalen før forskrivning av Xultophy®.

NO/XT/0917/0287b

novo nordisk®

changing diabetes®

Novo Nordisk Scandinavia AS
Nydalsveien 28
0484 Oslo
www.novonordisk.no
E-post: Kundeservice-norge@novonordisk.com

Xultophy®
insulin degludec/liraglutid

Forfatterdebutant bryter tabu

Kjetil Karlsen mener det har vært tabu å lage fiksjon av terrorhandlingene 22. juli. Nå debuterer overlegen som forfatter med en bok hvor handlingen kretser rundt den mørkeste dagen i norsk etterkrigstid.

» Intervjuet av **Arne Vatnøy**, journalist i Overlegeforeningen

La oss begynne med handlingen i Jeg, Tuva og stemmen til Iron Maiden. Rammefortellingen er en familie som opplever tilbakevendende dramatiske hendelser. Til daglig jobber du med anestesi, som mange vil påstå er der mye av dramatikken i sykehus finner sted. Er det et mønster her? Hvor mye av jobben tar du med deg inn i forfatterskapet?

For meg er yrkeslivet som lege en god plattform for å observere og forstå det som er viktig og dramatisk i folks liv. Slik tror jeg det er for alle leger – ikke bare i anestesi. Jeg synes at erfaringene fra jobb, dramatiske situasjoner og møter med pasienter og pårørende er viktig stoff som jeg kan ta med meg inn i forfatterskapet. Jeg hører at en del unge forfattere føler de mangler stoff å skrive om. Slik sett føler jeg meg privilegert som lege som får tilgang til så mye stoff.

Utøya står sentralt i boken din. Hvilke tanker gjør du deg rundt å skape fiksjon rundt en så fersk hendelse?

Jeg er forbauset over at det ikke er skrevet mer skjønnlitterært om Utøya. Jeg begynte å skrive om det straks etter tragedien, og forventet at hvis jeg noen gang ble ferdig med manus, ville det være et mylder av romaner om dette nasjonale traumet. Slik ble det ikke. Det er som om det på et vis er tabu å skrive om 22. juli. Samtidig har det vært etterlyst litterær fiksjon om 22. juli. Det har vært skrevet en mengde sakprosabøker og laget mange dokumentarer om 22. juli. Romanene som omhandler 22. juli har ikke berørt selve terrorhendelsen, selve dagen. Fokus har vært på sorgen og ettertanken etterpå. Så vidt jeg kjenner til er min roman den første som handler om selve dagen 22. juli.

Foto: Thomas Barstad Eckhoff

JEG, TUVA OG STEMMEN TIL IRON MAIDEN

Som gutt er Thomas Nordvik og storesøster Veronica vitne til at nabogutten Ola blir påkjørt og drept av toget. Det er faren deres som kjører toget, og denne hendelsen forandrer alt for familien. Thomas og Veronica holder hemmelig for faren at de lekte ved jernbanelinja. Hemmeligheten binder søsknene tettere og tettere sammen, samtidig som den lille familien rammes av en rekke dramatiske hendelser. Skjer alt dette fordi Thomas er skyld i Olas død?

Thomas er svært flink til å synge, og flykter inn i drømmer om å bli vokalist i Iron Maiden.

Nesten tretti år etter er datteren Tuva på Utøya. Datoen er 22. juli 2011. Thomas Nordvik har kontakt med henne på telefon da katastrofen treffer den lille øya, men han har ingen mulighet til å hjelpe henne.

Klart jeg er spent på hvordan dette mottas. Jeg vil ikke såre noen. Jeg vil ikke tråkke de overlevende og etterlatte på tærne. Jeg har prøvd å gjøre alt så respektfullt jeg kan, gjøre alt for at det ikke skal virke spekulativt.

Boken beskrives som en generasjonsroman. Hva er det som fascinerer deg ved generasjoner?
Det er alltid vanskelig å sette en presis merkelapp på en fortelling. Min roman vil jeg karakterisere både som en generasjons- og oppvekstroman. Hovedpersonen Thomas Nordvik føler seg skyldig i en yngre gutts død. De har lekt på jernbanelinja. Far hans, leder av det lokale arbeiderlaget og fagforeningsboss, kjører toget. Denne hendelsen forandrer alt for familien.

I min roman er det tre generasjoner arbeiderpartifolk, far til Thomas, Thomas som er aktiv AUFer i kretsen rundt Trond Giske, og datteren Tuva som er på Utøya 22. juli 2011. Relasjonen mellom foreldre og barn er kanskje den viktigste av alle relasjoner. Den er sentral i alle menneskers liv. Det er klart det er masse litterært stoff i det. Du kan spørre en hvilken som helst allmennlege: Hva er fascinerende med generasjoner – de vil antakelig holde et lite foredrag for deg.

Mange kjente fortellinger er generasjonsfortellinger, selv om man kanskje ikke tenker på dem som det. Eksempler på det er Gudfaren-filmene og Star Wars.

Er det noe selvbiografisk å spore?
Virkelighetslitteratur er i vinden nå. Min bok er jo ikke det. Det er heller ikke en nøkkelroman – en slik bok der forfatteren omskriver eget liv og fyller det med selvbiografiske elementer. Samtidig tror jeg det alltid vil være slik at litterær fiksjon er noe som i bunn og grunn bygger på forfatterens tankeverden. Man bygger inn ting man har lest, sett på filmer, serier, på TV, historier man har hørt, egne opplevelser, og så videre. Alt dette er råstoff for å skape en fortelling. Romanen er lagt til et miljø som ligner, men ikke er helt likt stedet der jeg vokste opp. Familien som beskrives er veldig forskjellig den familien jeg vokste opp i. Samtidig kan jeg ikke unngå at det jeg skriver sier noe om hva jeg tenker, og dermed noe om hvem jeg er.

Iron Maiden er også en rød tråd her. Hva slags forhold har du til dem?
Hovedpersonen i romanen er svært flink til å synge, og drømmer om å bli vokalist i et stort heavy metal band. Iron Maiden er favorittbandet hans. I romanen dikter jeg fritt rundt en høyst reell historisk hendelse. Vokalisten i Iron Maiden sluttet i 1993, og det innledet rockehistoriens kanskje mest omfattende talentjakt: Jakten på Bruce Dickinsons etterfølger. Mitt eget forhold til Iron Maiden: Et av mange heavy metal band som jeg likte godt da jeg vokste opp på 80-tallet. Jeg har nok utstyrt hovedpersonen med en musikksmak som ligner den jeg selv hadde. Hardrock og heavy metal var mainstream musikk på 80-tallet. Det var spektakulære frisyrer, kostymer og glamour. Tidlig på nittitallet forsvant nærmest musikksjangeren. Iron Maiden og Metallica er eksempler på to band som overlevde, og fortsatte å være store. Men i hovedsak er Iron Maiden med i romanen fordi det passet godt inn i fortellingens struktur og plott.

Så var det dette med tid. Du er overlege, sitter i styret i Overlegeforeningen, og har en hektisk arbeidshverdag. Når skriver du?
Jeg tror det viktigste for meg ligger i å skrive litt om gangen, men gjøre det ofte. En halvtime på kvelden – kanskje det gir fem setninger. På ei uke blir det ei side. På et år femti.

Jeg begynte å skrive på de første elementene av fortellingen i 2010. Etter Utøya-tragedien ble det klart for meg hvordan fortellingen burde være.

Ellers skriver jeg ikke en fortelling fra start til slutt. Kanskje jeg begynner å skrive på noe som viser seg å havne langt ut i fortellingen. Slutten av boka skrev jeg et førsteutkast til ganske tidlig. Jeg trenger noen merkesteiner i fortellingen. Jeg må vite hvor jeg skal. Gjør jeg det slik, er det lettere å kunne bruke lang tid. Det er vel det egentlige svaret på spørsmålet – skrive litt om gangen jamt og trutt over mange år. Da blir det til slutt en roman.

Dette er din debutroman. Hvordan er det egentlig å kalle seg forfatter?
Jeg er jo først og fremst lege. Det er det jeg lever av. Det er yrkesidentiteten min. Jeg har skrevet i mange år. Jeg har i grunnen skrevet helt siden jeg var barn. Nå gir jeg ut bok og det synes jeg er morsomt. Det er et synlig resultat av alle timene jeg har brukt på dette. Samtidig har jeg ikke skrevet for å plage meg selv. Jeg liker det jo. Det er hobby som andre hobbyer. Noen binder fluer, andre går på jakt, driver med musikk, håndarbeid, friluftsliv, ser på TV og alt mulig annet. Jeg skriver. I den store sammenhengen er det kanskje ikke så viktig om det ender opp med et konkret resultat som en bok er, så lenge jeg har glede av prosessen. Men for all del: Jeg synes det er kjempemorsomt å få gitt ut en roman. Vet ikke helt hva som skal til for å kalle seg forfatter. Forfatterforeningens definisjon av forfatter er en skribent som har gitt ut to verk av litterær kvalitet. Etter den definisjonen er jeg jo ikke forfatter. Men det høres jo bra ut da: lege og forfatter – jeg får snike meg til forfattertittelen.

Hvilke forventninger har du nå som boken er ute i eteren?
Jeg er godt fornøyd hvis noen leser boka og liker den. Det trenger ikke være så mange. De fleste debutromaner selger elendig. Det viktigste for meg er at jeg har klart et personlig mål: Å få utgitt ei bok.

En bok er ute, er det slik at du allerede går med nye prosjekter i tankene?
Jeg skriver som sagt litt hele tiden. Jeg pusler med tekster i flere sjangre: Tekster for barn, noveller og jeg prøver også å skrive tekster i sjangeren fantasy/science fiction. Om det blir bøker av det vet jeg ikke. Når det er sagt, så skal jo bok nummer to være den store bøygen. Halvparten av alle debutanter kommer aldri med bok nummer to. Hvis bok nummer én egentlig er en selvbiografi fordekt som fiksjon – så kanskje det skorter med stoff til bok nummer to? ●

TARIFFKURS PÅ DANSKEBÅTEN
(Oslo-København-Oslo)

Tillitsvalgte!

7. – 9. februar 2018

Tillitsvalgte og landsrådsrepresentanter
blir igjen invitert av Of til tariff-kurs på Danskebåten. Det er sendt ut invitasjon til den enkelte,
se også www.overlegeforeningen.no
evt. https://legeforeningen.no/yf/overlegeforeningen/Begivenheter/Ofs-tariffkurs-2018/

Merk tidsrommet, sett av tid.
Send påmeldingsskjema snarest:
helst per e-post: of@legeforeningen.no

De største sykehusene kan sende 2-3 tillitsvalgte, vara-hovedtillitsvalgte
eller medlemmer av tillitsvalgtutvalg.

Kurset vil som vanlig evaluere forhandlingssituasjonen og planlegge vårens forhandlinger.

KOKOSTOPPER

med dansk vri

» Oppskrift og foto **Anne-Karin Rime**

Du trenger:
3 egg
300 g sukker
300 g kokosmasse
150 g grovt revet marsipan
evt 3 ts finrevet ingefær
ca 200 g smeltet 70% sjokolade

Bland alle ingrediensene, bortsett fra sjokoladen. Ønsker man ikke ingefærsmaken er de «nesten» like gode uten. Sett deigen i kjøleskapet minst 1 time. Sett ovnen på 175 grader. Lag ca 20 porsjoner på et bakepapir og form dem som topper med hendene. Stek kakene i 10-15 min til de er gyldne, ta de ut og avkjøl.

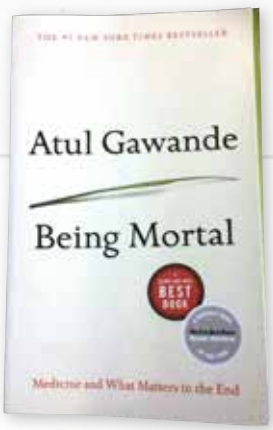
Når du har tid smelter du sjokoladen over vannbad og dypper bunnen av kokkostoppene med sjokolade. Kakene oppbevares i kjøleskapet.

BOKOMTALER:

ATUL GAWANDE, ANCHOR, CANADA, 263 SIDER

«Being Mortal»

» Av **Arild Egge**, redaksjonen



Denne boken har en undertittel som oppsummerer; «Medicine and what matters in the end». Flere vil kjenne hans tidligere utgivelser «Complications», «Better» og «The checklist Manifesto»; han har skrevet engasjert og ærlig fra starten av sin karriere som kirurg. Denne siste boken (2014) omhandler fra ulike vinkler det oversette, men banale faktum at «døden er en del av livet» og alderdommen en livsfase som bare delvis kan mestres medisinsk. Boken er en beretning om selverkjennelser i møter med enkeltpasienter, observasjoner av aldringsprosess i egen familie og den kjente geriateren han får bli kjent med å følge inn i hans egen alderdom - Felix Silverstone som hadde publisert mer enn 100 studier av aldring i sin egen yrkeskarriere. Kapittelet «Things fall apart» har nødvendige perspektiver på hvilken viktig, men også beskjeden rolle medisinen kan ha i møte med denne biologiske prosessen, «Dependence» om tap av verdighet når avhengighet av andre oppstår. Alle kapitlene vekker refleksjon og under det hele ligger budskapet om å ha dette perspektivet mye høyere opp i bevisstheten som behandlere. «Less is more» – oftere en vi kanskje tenker i vår vante tilnærming til medisinske utfordringer. Det siste kapitelet «Courage» formidler dette sterkt, særlig i skildringen av hans egen fars siste tid. Denne skal man unne seg å lese. ●

FANNY DUCKERT OG KIM E KARLSEN
GYLDENDAL AKADEMISK

«I medienes sø

» Av **Arne Laudal Refsum**, redaksjonen

Boken tar utgangspunkt i personer som har vært utsatt for medienes nådeløse kritiske omtale. Boken tar ikke stilling til om det var rett å omtale sakene, eller om saksfremstillingen var riktig eller gal. Det er ikke en bok som stiller seg til dommer over hvordan media opptrer, men den viser hvordan «ofrene» opplever og mestrer, eller ikke mestrer situasjonen.

Alle vi som har fulgt saker som Sofienbergpark-saken hvor en ambulansesjåfør ble fremstilt som en rasist som ikke ville frakte en pasient fordi vedkommende ikke var etnisk norsk, eller Nordlandssykehussaken, hvor (utenlandske) kirurger ble beskyldt for å operere på friske mennesker, har sett hvilke enorme personlige omkostninger dette har. Boken har flere eksempler fra helsevesenet som Bærum Sykehus-saken om terminal sedering, hvor både legen og helsedirektøren måtte forlate stillingene sine, og saken hvor Haukelanddirektøren måtte forsvare at sykehuset ville avslutte behandlingen av et alvorlig skadet barn.

Boken er et resultat av et forskningsprosjekt fra psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo. Noen av intervjuobjektene er anonyme, men mange har valgt å stå frem med fullt navn. Sakene er kjente, slik at det er lett å relatere seg

kelys»

CHRISTOPHER HOOD & RUTH DIXON, OXFORD

«A government that worked better and cost less?»

» Av **Arild Egge**, redaksjonen

til det enorme mediedrevet hver sak genererte.

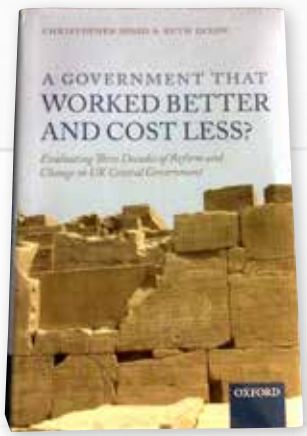
Hvem takler dette? Det synes klart at personer som er vant til å være i medias søkelys, som mediafolk selv, politikere og idrettsstjerner takler det bedre enn personer som ikke har den erfaringen. Det er nok lettere å takle når du har en organisasjon i ryggen, som er vant til å håndtere media, men ofte er jo også jobben (og dermed karriere og inntekt) i fare, samtidig som det profesjonelle støtteapparatet forsvinner. Den medievante kan nok klare å legge en strategi og takle media offensivt, mens den uerfarne føler seg ofte overkjørt, misbrukt, bevisst feilfremstilt og har et behov for å skjerme seg fra eksponeringen.

Boken er lettlest, og med oppsummerende refleksjoner etter de enkelte kapitlene. Den bør leses av ledere, HR-avdelinger og ressurspersoner i Legeforeningens sekreteriat. ●

Denne boken vil kanskje bli et «referanseverk» i analyselitteraturen som evaluerer New Public Management (NPM). Forfatterene vil med denne fylle et foreløpig hull i samfunnsvitenskapelig evaluering av denne reformen som nå daterer seg 30 år tilbake. Christopher Hood var blant de som engasjert argumenterte for behov for ny organisering av offentlige tjenester – for å skape en bedre offentlig styring som også skulle koste mindre. Derav tittelen i spørsmålsform. Hood sier i innledningen at «writing this book was a return to the scene of earlier crimes».

Deres motivasjon var den nærmest totale mangel på studier av hvilke effekter disse gjennomgripende omorganiseringene i det godes tjeneste faktisk har hatt: Fikk man bedre styring og bedre offentlige tjenester for mindre penger? Det har vært skrevet svært mye både for og i mot, men svært lite akademisk analyse er gjort basert på tilgjengelige offentlige statistikker og tallmaterialer for å dokumentere hvor vellykket dette prosjektet har vært. Mange land i Europa har gjort tilsvarende omorganisering av offentlig sektor, men de begrenser sitt case til England.

For veldig mange vil dette være en «tung lektyre» med all sin samfunnsøkonomiske begrepsverden og tolkning av offentlig statistikk. Men, det er interessant lesning, fordi de finner få holdepunkter for at siktemålene er oppnådd – selv når funnene er tolket edruelig. Man kan si at resultatet ligger innefor mulighetsrommet: Worked the same, cost the same/ Worked the same, cost more/ Worked worse, cost the same and Worked worse, cost more! Altså litt nådeløst – les en forfatter «drepe» sin egen baby. ●



De 45 fagmedisinske foreningene utgjør en av Legeforeningens 3 akser, (lokalforeningene og yrkesforeningene er de 2 andre aksene) og de er representert i Landsstyret med 20 representanter. Denne gruppen kalles FaMe-gruppen. Leder av FaMe-gruppen og en fagmedisinsk forening skriver innlegg i hvert nummer.

» Av leder i FaMe **Cecilie Risøe**

KJERNEJOURNALEN - nytte og utfordringer

Kjære kolleger

Jeg arbeider ved en avdeling som daglig mottar akutt syke pasienter med ambulanse direkte fra hjemmet. For enkelte pasienter blir innkomstjournalen mangelfull. Det gjelder særlig bruk av medikamenter før innleggelse, men også andre viktige bakgrunnsopplysninger kan mangle. Av og til står det at «sykepleier innhenter medisinliste fra fastlegen». Dette burde være unødvendig i 2017 og har fått meg til å undres over om det er det godt nok kjent at kjernejournal eksisterer, og hvis så: er det logistiske eller andre forhold som hemmer bruken av verktøyet?

Forskriften om nasjonal kjernejournal ble vedtatt i 2013. Det skal nå være opprettet kjernejournal for alle norske innbyggere. Kun de som aktivt reserverer seg, vil mangle kjernejournal. En sperret kjernejournal kan åpnes av helsepersonell i kritiske tilfeller, men tilgangen loggføres slik at pasienten kan se hvem som har gjort oppslag.

Kjernejournalen er tilgjengelig for både primær- og spesialisthelsetjenesten og skal inneholde opplysninger som er av betydning ved akutt sykdom. Nærmeste pårørende er hentet fra Folkeregisteret. Kroniske sykdommer som det vil være viktige å kjenne til i en akuttsituasjon, for eksempel Addisons sykdom og pågående behandling med cytostatika eller dialyse, skal legges inn av behandlende helsepersonell, likeledes smitte som tilsier isolering (MRSA, VRE, ESBL). Implantater som pacemaker, hjertestarter, stent i ureter eller i sentralnervesystemet skal fremgå, det samme skal kritisk eller alvorlig legemiddelallergi og for eksempel tidligere problemer ved intubasjon. Opplysninger om besøkshistorikk i spesialisthelsetjenesten (innleggelser og polikliniske kontakter) fremgår av kjernejournal, men sykehusene rapporterer til NPR månedlig, så om pasienten er utskrevet fra sykehus kort tid forut, vil dette ikke nødvendigvis fremkomme. Likeledes tar det tid fra etablering av kjernejournal til legemiddellisten er komplett. Hvis det er mindre enn 4 måneder siden journalen ble opprettet, varsles det at medikamentlisten kan være mangelfull.

Helsedirektoratet oppfordrer oss til å bruke kjernejournalen hver gang vi er usikre på om vi har god nok informasjon om pasienten til å yte forsvarlig helsehjelp. Oppfordringen til å åpne journalen er spesielt sterk dersom symbolet er rødt (kritisk informasjon), pasienten bruker medikamenter han eller hun ikke husker navnet på eller pasienten ikke kan gjøre rede for seg.

Tilgang til kjernejournal krever gjennomført nettkurs og bestått kursprøve. Ved mange sykehus har leger i primærvakt opparbeidet seg mye praktisk erfaring i bruken av kjernejournal. Dette er potensielt et meget nyttig verktøy, men begeistringen for det nye IT-verktøyet synes å være litt blandet.

> «Intensjonen bak kjernejournal er bra, men vi kunne ønske oss et mer sømløst system som kommuniserte med pasientjournalen»
>
> Cecilie Risøe

En av ulempene som fremheves, er at kjernejournalen representerer enda et IT-system å logge seg inn i. Leger og sykepleiere i spesialisthelsetjenesten har riktignok tilgang på kjernejournal for de pasienter de ellers har tilgang til, men åpning av journalen krever ytterligere en innlogging med smartkort og pinkode. Ved noen sykehus kan dette være den fjerde IT-innloggingen som eventuelt må til for å skrive innkomstjournal. Ledere kan beslutte at kjernejournalen skal tas i bruk, men det blir ikke satt av mer tid til journalopptak. En travel kliniker kan derfor i akuttsituasjoner måtte gjøre en avveiing av nytte i forhold til tidsbruk.

Kjernejournalen er best på de opplysningene som hentes automatisk fra andre kilder, som informasjon om pårørende og besøk i spesialisthelsetjenesten, men besøkshistorikk gir ofte for lite detaljer i forhold til behovet. Ettersom pasientene nå skal ha elektronisk tilgang på egne epikriser, burde man vurdere om kjernejournalen også kunne gi tilgang på disse.

Kjernejournalen tilstreber å være et godt verktøy for å skaffe seg oversikt over pasientens medikamenter. Bruken er litt enklere enn å slå opp pasientens e-resepter i Reseptformidleren der man (i tillegg til enda en separat innlogging) må bekrefte at pasienten har gitt sitt uttrykkelige samtykke. Mange leger sender e-resept uten å samtidig gå inn i Reseptformidleren og sette seponerte legemidler eller doseringer ut av bruk. Det har nylig vært en kampanje for å få oss til å bli bedre på dette. Begge IT-systemene viser også resepter der legemiddelet ikke er hentet ut av pasienten («ikke utlevert»), men ikke muntlige beskjeder om dose-endring etter siste forskrivning. De fleste mottaksleger bruker derfor medikamentopplysningene i kjernejournal eller Reseptformidleren som et hjelpemiddel der pasientene kan bekrefte medikamentnavn de ikke husker spontant.

Opplysningene om kroniske sykdommer, implantater, alvorlig allergi og smitte kan være mangelfulle ettersom informasjonen ikke hentes direkte fra pasientjournal, men forutsetter at behandlende lege har registrert dette i kjernejournalen. Systemet forutsetter følgelig tidkrevende dobbeltregistrering, utført av en spesialist som trolig sjelden bruker kjernejornalen og som ikke kjenner systemet godt. Registreringen kan ikke delegeres til støttepersonell med unntak av utvalgte opplysninger (cytostatika, dialyse, strålebehandling) som kan registreres av sykepleier. Fastlegen kan selvsagt registrere, men det er urimelig å velte arbeidet over på andre kolleger som også arbeider under tidspress. Dette gir en sårbarhet som må forbedres i fremtiden.

Intensjonen bak kjernejournal er bra, men vi kunne ønske oss et mer sømløst system som kommuniserte med pasientjournalen. Pr i dag er det dette hjelpemiddelet vi har å bruke, og det er et steg i riktig retning. Overleger kan bidra til å bedre nytten av kjernejournal ved å registrere kritisk pasientinformasjon som bør være kjent i en akuttsituasjon. Men det er bekymringsverdig at vi må forholde oss til stadig flere IT-verktøy som ikke snakker sammen, og enda mer bekymringsfullt at det ikke synes å være noen som arbeider med å få IT-systemene våre mer sømløse. ●

Returadresse
Norsk overlegeforening
Postboks 1152, Sentrum
0107 Oslo