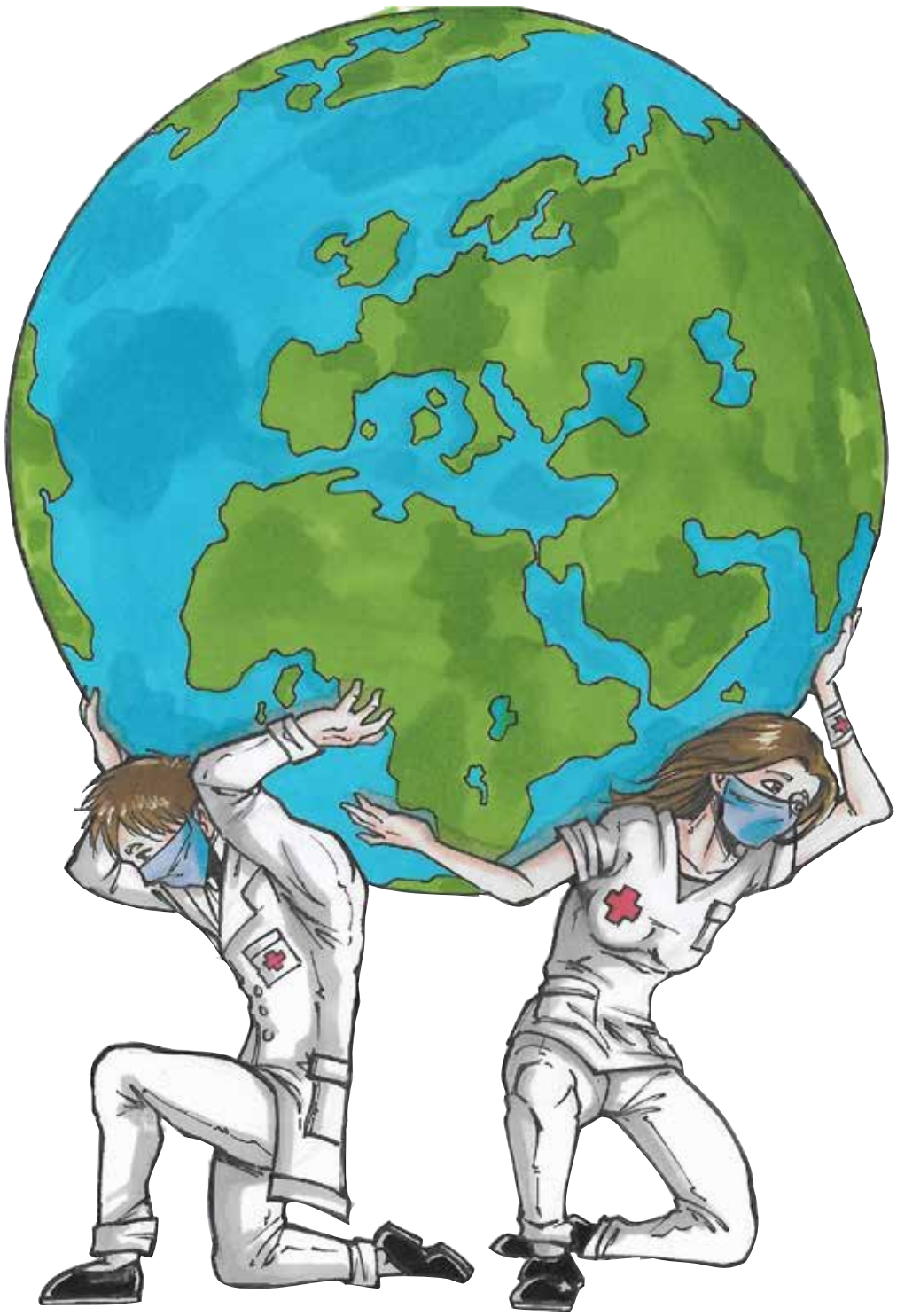
OVERLEGEN 2

JUNI | 2020 ÅRGANG 20



Tema:
Pandemi | Jobbglidning

3 Kjære kolleger
4 Legekunst og faglig troverdighet
5 Lederutvalget for overleger i lederstillinger på sykehusene – tid for seminar!
8 Intervju med ass. helsedirektør Espen Rostrup Nakstad
10 Korona på kvinneklinikken
13 Koronapandemien
14 Pandemirespons på et lokalsykehus
16 Livet i limbo – mens vi venter på covid del 2
20 Kan vi bevege oss fra jobbglidning til ny oppgavefordeling?
22 Hvem gjør jobben best? – om veldefinert jobbglidning i norsk helsevesen
24 Legevakter bør bemannes med leger, men sykepleiere kan sy sår
25 Radiologi: Ikke hvem, men hva
26 Oppgaveglidning: Hvem bør utføre endoskopier?
27 «Haukugla»
28 Oppgaveglidning fra leger til sykepleiere ved St. Olav
29 «Haukugla»
30 Covid-19, et startskudd på adekvat oppgaveløsning for helsetjenestene mot 2030
32 Delegering og dokumentasjonsplikt
34 Akutt kirurgi og sentralisering
36 Fra tillitsvalgt til toppleder
37 Det spesielle nord
38 Brynjulf Ystgaard
40 Presentasjon av foretakstillitsvalgte for overlegene
41 Ferie – i en tid med Covid-19
44 Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) og Trasoppklinikken
45 Legehelse - Villa Sana
47 60 års jubileum for Norsk overlegeforening
52 De fagmedisinske foreninger og covid-19-epidemien
54 Norsk Forening for Rus- og Avhengighetsmedisin (NFRAM)

Forsidebilde:
Pandemi

Frist for innlegg til neste utgave 01.09.2020

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:
Anne-Karin Rime, 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:
Edith Stenberg,
Thomas Barstad Eckhoff,
privat, Scanpix, Adobe Stock

Forsiden:
Johann Oberhollenzer

Opplag:
10.500 eks.

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

SVANEMERKET
Trykksak
2041 0672

Merkur Grafisk er godkjent som svanemerket bedrift.

TRYKT I NORGE
NO - 123

Miljøfyrtårn®

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

Kjære kolleger

Sist vi jobbet med «Overlegen» var det vanskelig å ikke la seg prege av alvoret bak temaet. Vi ante ikke da hva som sto like foran oss! På den tiden var Covid 19 og Coronaviruset et problem de slet med i Kina. Man tenkte med gru på de scener man bare så vidt var blitt presentert for gjennom media – nedstengning og klappjakt på smittede. Heldigvis så er dette utfordringer *andre har* og de gangene vi har sett liknende i horisonten, er vi blitt spart; det har ebbet ut på vår dørstokk i verste fall.

Nå sitter vi her midt i en fullrigget pandemi – som ikke denne gang gikk vårt hus forbi. Redaktøren fant umiddelbart fram igjen «Pesten» av Camus – en tidsriktig gjenlesning i en omorganisert hverdag der også kirurger fikk hjemmekontor(!). En annen innfallsvinkel midt i en flom av forvirret og motstridende informasjon på ulike nettsteder. Grupper ble dannet på sosiale medier som skulle sikre nøktern informasjon, men utartet ganske raskt til det uinteressante, i det mange plutselig fant grunn til å hevde skråsikre regnestykker, tallknusing og derav standpunkter – selv i startfasen av noe ingen av oss har særlig erfaring med. Vel – ingen kan klage på engasjementet og svarene skal komme senere. Var vår strategi den beste - eller kommer Sverige med sin Statsepidemiolog Tegnell best ut av det?

Nettopp med bakgrunn i en travel klinisk hverdag vet vi mye om hvor svak vår beredskap er for denne type avvik fra det vi kjenner. Intensivkapasiteten er nedbygd til «det vi trenger» når vi får drive uforstyrret. I jakten på budsjettbalansen og effektiviseringen er lager «død kapital». Helt dagligdags er strykninger av operasjoner på grunn av intensiv og intermediærkapasitet – likevel får man i dette klimaet ikke gehør for sine bekymringer for denne svakheten i vårt system!

Når vi så rammes, er det ingen tvil om at *de strengeste tiltak måtte iverksettes* fra myndighetenes side – for at et ellers godt helsevesen ikke skulle «knele» av mangel på smittevernutstyr, intensiv og respiratorkapasitet. Fra innsiden vet vi at *vi hadde bare det valget* når vi sto *foran* denne ukjente krisen og så hva andre europeiske land slet med. Det er dog veldig vanskelig å ikke minne om at både mangelen på smittevernsutstyr og at intensivkapasiteten er marginal og ved kriser bare kan delvis skaffes ved at elektiv virksomhet innstilles – slik vi nå gjorde i 3-4 uker. Hvordan dette ser ut i foretaksregnskapet er lett å tenke seg. Hvilken pris nedstengningen av hele samfunnet har hatt, bare aner vi.

Spørsmålet er nå hva vi har lært, så langt. Granskninger er så klart varslet, allerede er vi i gang med å så tvil om nødvendigheten av tiltakene, graden av dem. Noen mener å vite at vi tok for hardt i – med den kostnaden vi kunne spart oss om vi hadde moderert oss. Vel, det er mulig, men beslutninger må tas og en foretrekker å tro at det lå en erkjennelse bak at marginene slik vi har stilt oss, ville være for små og at regjeringen ikke *kunne* gjøre annet. DET kan gi håp om refleksjon og nye signaler fra myndighetene for planlegging av sykehuskapasitet framover; om at vi skal bryte den tradisjonen vi har for å bygge for lite og kreve at det skal jobbes smart for å kompensere for mangel på – egentlig alle typer rom. Det var også interessant å bli kjent med at Finland som har gjort noen dyrekjøpte historiske erfaringer, holder seg med kriselager i fjell hvorfra de en stund kan være selvforsynt og ikke være så totalt avhengig av at det eventuelt bare kommer en epidemi – og ikke en pandemi. I et globalt marked skal jo da nemlig ALLE ha det samme og kilden er tørr!

Vi hadde jobbglidning som tema i tankene *før* dette brøt løs. Vi har beholdt det – og på en måte ble det veldig aktuelt – mange ble forberedt for andre oppgaver om vi skulle få tilstander som var helt reelle i noen andre land. Noen FIKK virkelig stå i stormen og noen ble også syke – i starten da ikke alt var på plass. Vi får være glade for at vi har en foreløpig kontroll og verdsette det faktum at vi ikke har måttet se helsepersonell dø på sin post – som i de hardest rammede landene. Vi har mer et praktisk problem med å ta igjen det forsømte og begrense skadene for de som fikk sin behandling utsatt og ellers forberede oss på de kostnadene hele samfunnet vil måtte slite med. ●

SPALTEN TIL OF-LEDER

» Av Overlegeforeningens leder **Anne-Karin Rime**

Legekunst og faglig troverdighet

Inntoget av et usynlig, lite virus har på kort tid satt hele verden på hodet. Det har vist oss hvor sårbare menneskeheten er og hvor viktig vår medisinske kunnskap er.

Kjære kollegaer, dere har vist under pandemien, at det å ha gode leger er viktig for enkeltindividet og ikke minst for samfunnet og fellesskapet. Ulike roller har vært bekledd av gode fagfolk. Espen Rostrup Nakstad dukket opp fra «intet» og har gjennom faglig troverdighet og god kommunikasjon trollbundet hele det norske folk til å gjøre som han sier. Det er vel også en legekunst?

Han er ikke alene.

Leger i alle spesialiteter har denne våren bidratt med medisinsk kunnskap som har ført til at vi har kommet godt igjennom starten av pandemien. Nå må vi alle holde fortet, mens vi heier på legene som forsker døgnet rundt for å finne en vaksine som er trygg og effektiv mot koronaviruset. Inntil den foreligger må vi holde avstand og vaske hender.

Noen vil fortsatt bli syke av koronaviruset. Da er det viktig at vi har plass på sykehusene og enda viktigere: Kompetanse til å behandle pasientene slik at de overlever og blir friske.

De sykeste har fått respiratorbehandling ved intensivavdelingene våre. Grunnet god behandling og godt samarbeid mellom leger og sykepleiere har de fleste overlevd. Ved en så høyteknologisk og avansert avdeling som en intensivavdeling er, har et tverrfaglig samarbeid vært naturlig i mange år. Ikke bare samarbeid mellom sykepleiere og leger, men med mange ulike yrkesgrupper. Oppgavene løses ikke av en yrkesgruppe alene, men gjennom unik kunnskap fra de ulike faggruppene.

Oppgaveglidning er noe vi kontinuerlig må forholde oss til både innad på sykehuset og ut mot kommunene og fastlegene. «Helsefellesskap», som er den nye samhandlingsarenaen, skal være en arena hvor man diskuterer hvor og hvem det er hensiktsmessig at utfører ulike oppgaver mellom sykehus og kommuner. Prinsippene Of har vedtatt står seg fortsatt godt:

1. Ansvarsforholdene må være klare på alle nivåer

Helsepersonelloven skiller mellom selvstendig ansvar og delegerte oppgaver. Det er viktig at både pasienten og den som utfører oppgaven vet hvem som er ansvarlig.

2. Medisinsk ledelse av helsetjenesten på alle nivåer

Målet for medisinsk ledelse er å sikre faglig forsvarlighet i pasientbehandlingen. Det må skapes trygghet for at helsetjenestene er forsvarlige og av høy kvalitet. Tjenestene må organiseres slik at ansvaret for det helhetlige pasientforløp er tydelig.

3. Gode prosesser ved endringer og flytting av oppgaver

Prosessene må være systematiske og åpne, motivene tydelige og pasientenes beste må stå i sentrum.

Bedre kvalitet, mer hensiktsmessig ressursutnyttelse og frigjøring av tid til andre spesialiserte oppgaver er gode begrunnelser for å flytte oppgaver.

Overlegene har og skal ha en nøkkelrolle i faglige vurderinger og beslutninger. Vi vil bidra konstruktivt for å sikre et godt faglig behandlingstilbud. Høy faglig kvalitet fører til god pasientsikkerhet. Det er det beste for pasientene. ●

Overlegen 1-2012 – hadde tema «Oppgaveglidning – Task-shift». De fleste av disse artiklene er fortsatt like aktuelle.
Les hele utgaven her:
https://www.legeforeningen.no/contentassets/64392179f28542eaabd09f1c52d5d997/overlegen-1-2012.pdf

Vi må ikke være for sultne på helse,
For grådige etter sikkerhet,
Da får vi sure liv
og strenge samfunn

For å få sjelefred må menneskene godta det
ufullkomne og tåle at det forferdelige kan skje.

Per Fugelli

Lederutvalget for overleger i lederstillinger på sykehusene – tid for seminar!

» Av **Marieke Claessen,** leder, Ofs lederutvalg

Overlegeforeningen (Of) har i mange år hatt et lederutvalg som har jobbet med saker som omhandler overleger i lederstillinger. Fra organisering av en intern lederutdanning i Legeforeningen til stipendordninger for ulike lederutdanninger og fra innlegg i «Overlegen» til organisering av større og mindre seminarer for lege-ledere. Det har ikke vært så lett å overbevise leger i lederposisjoner at Of har ledelsen på agenda. Deltakelsen til miniseminarene har ikke vært stort de siste årene, men det kan skyldes flere ting at den type samling prioriteres ned i en travel hverdag. På samme måte som Of arbeider for høy faglig standard i spesialisthelsetjenesten i tillegg til å fremme gode rettslige og økonomiske interesser for sine medlemmer, er Of en forening som deltar i opplæring av tillitsvalgte i tillegg til å stå for gode vilkår for medisinsk ledelse i helsetjenesten.

Fra årsmeldingen til landsrådet i Of under punktet «Fokusområder 2019 -2021»

LEDELSE: Lege-ledere i klinikken skal ivareta pasientbehandling, egne ansatte og krav fra ledelsen i sykehusene. Har lederne det handlingsrommet og de ressursene de trenger for å ivareta ansatte og utvikle pasientbehandlingen? Hvordan kan vi sikre god og stedlig ledelse i sykehusene? Vi trenger ledere som ikke føler seg maktesløse, men har handlingsrom til å utføre dette viktige samfunnsoppdraget.

Til slutt vil jeg takke Siri Tau Ursin for hennes innsats som leder i lederutvalget gjennom flere år, hun har vært drivkraften bak flere mini-seminarer og har kommet med mange kloke refleksjoner rundt ulike lederutfordringer. Jeg er glad for at hun fortsetter som medlem i lederutvalget i to år til, mens jeg overtar stafettpinnen som leder for utvalget.

For Lederutvalget,
Marieke Claessen;
Avdelingssjef Vestre Viken HF, Drammen

De andre medlemmer i lederutvalget:
Solveig Nergård
Avdelingsoverlege
- Styrets representant
– UNN, Tromsø
Siri Tau Ursin
Enhetsdirektør PHT
– Helgelandssykehuset, Sandnessjøen
Jeanne Mette Goderstad
Avdelingssjef - Sørlandet Sykehus, Arendal
Rune Heggedal
Avdelingsoverlege
- Helse Møre og Romsdal, Volda

Lederutvalget ble i år enig om å prøve noe nytt etter flere år med mini-seminar for lege-ledere i Oslo.

Utvalget har foreslått å organisere et årlig seminar for lege-ledere på alle nivåer i sykehusene og foretak. Fra seksjonsoverleger med økonomi og personalansvaret til direktører i regionale helseforetak. Seminaret er inkludert 1 overnatting, som forhåpentligvis gjør det attraktivt for ledere fra alle regioner i landet å melde seg på. Forslaget ble meldt inn til styret som vedtok på styremøtet i januar at det skal arrangeres en ledersamling i november 2020. Dato ble deretter satt til 26. og 27. november, på Gardermoen. Samlingen skal gi mulighet for å bygge nettverk og finne tid til utveksling av erfaringer og utfordringer. Samtidig ønsker lederutvalget å sette sammen en agenda med innlegg og foredrag som gir merverdi i deres hverdag og sender dere hjem med nye tanker og muligheter.

Vi ber herved alle overleger i lederstillinger å holde av **26. og 27. november** for å treffe flere leder-kollegaer, å få påfyll i deres hektiske hverdag og muligheten til å komme hjem med nye ideer og forbedringsområder til deres organisasjon.

Invitasjonen og agenda sendes ut i «lederlinjen» før sommeren.

Fragmin Pfizer

C INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 12 500 IU anti-Xa/ml og 25 000 IU anti-Xa/ml: 1 ml inneh.: Dalteparinnatrium (anti-faktor Xa) 12 500 IU, resp. 25 000 IU, natriumklorid, vann til injeksjonsvæsker til 1 ml. Uten konserveringsmiddel.

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 10 000 IU anti-Xa/ml: 1 ml inneh.: Dalteparinnatrium (anti-faktor Xa) 10 000 IU, benzylalkohol, vann til injeksjonsvæsker til 1 ml. med konserveringsmiddel. **Indikasjoner:** Tromboseprofylakse ved kirurgi. Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi. Behandling av akutt dyp venetrombose og lungeemboli når trombolytisk behandling eller kirurgi ikke er indisert. Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon. Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk. Profylakse hos pasienter med kraftig økt risiko for venøs tromboembolisme (VTE) og som er immobilisert pga. akutte medisinske tilstander, som f.eks. ved hjertesvikt, respirasjonssvikt og alvorlige infeksjoner. Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter. **Dosering:** ***Tromboseprofylakse ved kirurgi:*** Ved generell kirurgi med risiko for tromboemboliske komplikasjoner: 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og deretter 2500 IU s.c. hver morgen. Behandlingen fortsetter til pasienten er mobilisert, vanligvis 5-7 døgn eller lenger. Ved kirurgi med høy risiko for tromboemboliske komplikasjoner: 5000 IU s.c. kvelden før operasjon og deretter 5000 IU s.c. hver kveld. Behandlingen fortsetter til pasienten er mobilisert, vanligvis i 5-7 døgn eller lenger. Alternativt gis 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og 2500 IU s.c. 8-12 timer senere. De påfølgende dager 5000 IU s.c. hver morgen. ***Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi:*** 5000 IU s.c. kvelden før operasjonen og deretter 5000 IU s.c. hver kveld. Behandlingen fortsetter i 5 uker. Alternativt gis 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og 2500 IU s.c. 8-12 timer senere. De påfølgende dager 5000 IU s.c. hver morgen i 5 uker. ***Behandling av akutt dyp venetrombose:*** Doseringen er individuell. Kan administreres s.c. enten som 1 daglig injeksjon, eller som 2 daglige injeksjoner. Administrering 1 gang daglig: Følgende initiale doseringer anbefales: 200 IU/kg kroppsvekt gis s.c. 1 gang daglig. Maks. s.c. dose (maks. engangsdose) bør ikke overstige 18000 IU. Monitorering av antikoagulant effekt er ikke nødvendig. Tabell 1. Følgende vektintervall anbefales:

Vekt (kg):	*Dose (IE)*
46-56	10 000 (0,4 ml sprøyte)
57-68	12 500 (0,5 ml sprøyte)
69-82	15 000 (0,6 ml sprøyte)
83-90	18 000 (0,72 ml sprøyte)
>90 kg:	Se Spesielle pasientgrupper, Overvektige.

Administrering 2 ganger daglig: For pasienter med komplisert trombosesykdom eller økt blødningsrisiko, kan doseringen 100 IU/kg 2 ganger daglig s.c. gis. Monitorering av behandlingen er vanligvis ikke nødvendig, men ved behov kan aktiviteten følges med funksjonelle metoder for anti-Xa. Etter s.c. administrering nås Cmax etter 3-4 timer. Da bør første måling av plasmanivå gjøres. Plasmanivået etter dosering 2 ganger daglig bør ligge mellom 0,5-1 IU anti-Xa/ml. Ev. behandling med vitamin K-antagonister startes samtidig som en starter behandling med Fragmin. Behandling med Fragmin bør fortsette i minst 5 døgn, eller inntil nivåene av protrombinkompleksets faktorer (F II, F VII, F IX, F X) har sunket til terapeutisk nivå. Det er liten klinisk erfaring med behandling av alvorlige, proksimale tromboser. ***Behandling av lungeemboli:*** Fragmin administreres s.c. 1 eller 2 ganger daglig som angitt for behandling av dyp venetrombose. Ved dosering 2 ganger daglig gis 100-120 IU/kg kroppsvekt hver 12. time. Ved valg av dose og administreringsmåte tas det hensyn til tilstandens alvorlighetsgrad og eventuelle risikofaktorer for blødning. Monitorering av behandlingen er vanligvis ikke nødvendig, se for øvrig behandling av akutt venetrombose. ***Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon:*** Ved kronisk nyresvikt, pasienter uten kjent blødningsrisiko: Hemodialyse og hemofiltrasjon i inntil 4 timer: I.v. bolusinjeksjon av 5000 IU, eller tilsvarende dosering som ved varighet over 4 timer. Hemodialyse og hemofiltrasjon i >4 timer: I.v. bolusinjeksjon av 30-40 IU/kg kroppsvekt, deretter 10-15 IU/kg/time som i.v. infusjon. Plasmanivået bør ligge i intervallet 0,5-1 IU anti-Xa/ml. Ved akutt nyresvikt, pasienter med stor blødningsrisiko: I.v. bolusinjeksjon av 5-10 IU/kg kroppsvekt, deretter 4-5 IU/kg/time som i.v. infusjon. Plasmanivåer må ligge i intervallet 0,2-0,4 IU anti-Xa/ml. ***Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk:*** 120 IU/kg kroppsvekt gis s.c. 2 ganger i døgnet (maks. 10 000 IU 2 ganger i døgnet) til pasienter som oppfyller følgende kriterier: Ustabil angina pectoris eller vedvarende brystsmerter ledsaget av EKG-forandringer i form av forbigående eller vedvarende ST-senkninger (0,1 mV eller mer) og T-takkinversjon (0,1 mV eller mer) i minst 2 tilgrensende avledninger uten at det foreligger patologiske Q-takk i de samme avledningene. Vanlig behandlingstid er 6 dager. Lengre behandlingsperiode må vurderes individuelt. For pasienter som har hatt stigning av troponin T eller I og som venter på revaskularisering, kan Fragmin gis frem til dagen for det invasive inngrepet (PTCA eller CABG), men ikke utover 45 dager. Etter en initial stabilisering på 5-7 dager, med dosen 120 IU/kg 2 ganger daglig, gis en fast dose på 5000 IU (kvinner ≤80 kg og menn ≤70 kg) eller 7500 IU (kvinner ≥80 kg og menn ≥70 kg) 2 ganger daglig. Fragmin bør gis i tillegg til standardbehandling av ustabil angina pectoris (f.eks. lavdose acetylsalisylsyre, betablokkere og nitrater). ***Tromboseprofylakse til pasienter som er immobilisert pga. akutt sykdom:*** 5000 IU gis s.c. 1 gang daglig inntil pasienten er oppegående, maks. 14 dager. ***Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter:*** 1. måned: 200 IU/kg kroppsvekt gis s.c. 1 gang daglig de første 30 dagene. Den totale dosen bør ikke overstige 18 000 IU (se tabell 1). 2.-6. måned: 150 IU/kg bør gis s.c. 1 gang daglig ved bruk av forhåndsfylte engangssprøyter (se tabell 2). Pasienter med kjemoterapiindusert trombocytopeni: Ved blodplatetall <50 000/µl, bør behandlingen avbrytes inntil blodplatetallet er >50 000/µl. Ved blodplatetall 50 000-100 000/µl, reduseres dosen med 17-33% avhengig av pasientens vekt (se tabell 2). Ved blodplatetall ≥100 000/µl, bør full dosering gjenopptas. Tabell 2. Dosereduksjon ved trombocytopeni (50 000-100 000/µl):

Vekt (kg)	Dose (IE)	Redusert dose (IE)	Gjennomsnittlig dosereduksjon (%)
≤56	7500	5000	33
57-68	10 000	7500	25
69-82	12 500	10 000	20
83-98	15 000	12 500	17
≥99	18 000	15 000	17

Nyresvikt: Ved kreatininnivå >3 ganger øvre normalområde, bør dosen tilpasses for å opprettholde et terapeutisk nivå av anti-Xa på 1 IU/ml (0,5-1,5 IU/ml) målt 4-6 timer etter injeksjon. Dersom anti-Xa-nivået er utenfor det terapeutiske området bør dosen justeres til nærmeste engangssprøyte og anti-Xa-målinger bør gjentas etter 3-4 nye doser. Dosejusteringen gjentas til det terapeutiske nivået av anti-Xa nås. ***Spesielle pasientgrupper:*** Alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CICR <30 ml/minutt): Ved bruk av doser på ≥10 000 IU og ved behandling >3 dager, bør anti-Xa-nivåene overvåkes. Barn: Ingen doseringsanbefaling kan gis. Det bør vurderes å foreta måling av maks. anti-Xa-nivå ca. 4 timer etter dosering. For terapeutisk behandling med dosering én gang daglig skal maks. anti-Xa-nivå generelt ligge mellom 0,5-1 IU/ml. Ved tilfeller av lav og varierende fysiologisk nyrefunksjon, som hos nyfødte, se Fordeling under Egenskaper, må det sikres nøye kontroll av anti-Xa-nivå. For profylaktisk behandling skal anti-Xa-nivå generelt vedlikeholdes ved 0,2-0,4 IU/ml. Overvektige: Ved profylaktisk behandling mot VTE bør det gis høyrisikodoser med Fragmin, 5000-7500 IU daglig. Ved behandling av VTE/lungeemboli er det begrenset erfaring med dosering 200 IU/kg hos pasienter med normal nyrefunksjon med en kroppsvekt opp til 190 kg. Ingen tilgjengelige data fra pasienter >190 kg. For pasienter >90 kg bør det brukes en kombinasjon av ferdigfylte sprøyter som er tilpasset den totale dosen pasienten trenger. ***Tilberedning/Håndtering:*** Fragmin injeksjonsvæske er blandbar med isoton natriumklorid og isoton glukose. Blandbarhet med andre oppløsninger er ikke undersøkt. Skal ikke blandes med andre legemidler. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene eller andre lavmolekylære heparinер og/eller heparin, f.eks. tidligere bekreftet eller mistanke om immunologisk mediert heparinindusert trombocytopeni (type II). Akutt gastroduodenal ulcus og hjerneblødning, eller andre aktive blødninger. Alvorlige koagulasjonsforstyrrelser. Akutt eller subakutt septisk endokarditt. Skader og operasjoner i sentralnervesystemet, øyet og øret. Ved behandling av akutt dyp venetrombose, lungeemboli og ustabil koronararteriesykdom, der pasientene samtidig får behandling med høye doser Fragmin, er spinal- og epiduralanestesi kontraindisert pga. økt fare for blødning. Positivt eller ukjent resultat av in vitro-test for trombocyttantistoff i nærvær av dalteparin eller andre lavmolekylære heparinер og/eller heparin. Epiduralanestesi ved fødsel er absolutt kontraindisert hos kvinner som blir behandlet med høydose antikoagulantia. Injeksjonsvæsken som inneholder benzylalkohol må ikke brukes hos premature eller nyfødte babyer. **Forsiktighetsregler:** Ved bruk av spinal-/epiduralanestesi eller spinalpunksjon er det risiko for at pasienter som er antikoagulert eller som planlegges antikoagulert med lavmolekylære heparinер eller heparin for å forhindre tromboemboliske komplikasjoner kan utvikle spinalt eller epiduralt hematom. Tilstanden kan føre til langtids- eller permanent paralyse. Risikoen øker ved bruk av inneliggende epiduralkateter for administrering av analgetika eller ved samtidig inntak av legemidler som påvirker hemostasen, som f.eks. NSAID, platehemmere eller andre antikoagulantia. Risikoen ser også ut til å øke ved traumatisk eller gjentatt epidural- eller spinalpunksjon. Innsetting eller fjerning av epidural-/spinalkateter bør først skje 10-12 timer etter administrering av dalteparin for tromboseprofylakse, og etter minst 24 timer hos personer som får høyere dalteparindoser (f.eks. 100-120 IU/kg hver 12. time eller 200 IU/kg én gang daglig). Ved administrerering av antikoagulasjon i forbindelse med epidural- eller spinalanestesi, skal det utvises særskilt oppmerksomhet og foretas hyppig overvåkning for å se etter tegn eller symptomer på nevrologisk svekkelse, f.eks. ryggsmerter, sensorisk eller motorisk svikt (nummenhet og svakhet i benene) samt tarm- eller blæredysfunksjon. Sykepleiere bør være trent til å fange opp slike tegn og symptomer. Pasienten bør instrueres om umiddelbart å informere sykepleier/lege ved ovennevnte tegn/symptomer. Ved mistanke om tegn/symptomer på epiduralt eller spinalt hematom vil rask diagnose og behandling kunne omfatte ryggmargsdekompresjon. Legen må vurdere potensiell nytte mot risiko før spinal-/epiduralanestesi gis til pasienter som er antikoagulert for tromboseprofylakse. Sikkerhet og effekt ved bruk av Fragmin i forebygging av klaffetrombose hos pasienter med kunstige hjerteklaffer er ikke klarlagt. Profylaktiske doser Fragmin er ikke tilstrekkelig for å forhindre klaffetrombose hos pasienter med kunstige hjerteklaffer og anbefales ikke brukt til dette formålet. Forsiktighet anbefales i forbindelse med trombocytopeni og blodplatefunksjonsforstyrrelser, alvorlig lever- og nyreinsuffisiens, ukontrollert hypertensjon, hypertensiv eller diabetesretinopati. Forsiktighet bør også utvises ved høydosebehandling (f.eks. ved behandling av akutt dyp venetrombose, lungeemboli og ustabil koronararteriesykdom) hos nyopererte pasienter og andre tilstander som medfører mistanke om forhøyet blødningsrisiko, f.eks. perinatalt. Forsiktighet skal utvises ved bruk av høye doser hos nylig opererte pasienter pga. risiko for systemisk blødning. Etter at behandling er initiert skal pasienten kontrolleres nøye for blødningskomplikasjoner. Det kan gjøres ved jevnlig fysisk undersøkelse av pasient, nøye observasjon av kirurgisk innlagt dren og regelmessige målinger av hemoglobin- og anti-Xa-nivå. Klinisk erfaring med Fragmin ved lungeemboli med allmenn sirkulasjonsforstyrrelse, lavt blodtrykk og sjokk mangler. Heparinер kan undertrykke sekresjon av aldosteron fra binyrene, som igjen kan føre til hyperkalemi, spesielt hos pasienter som har diabetes mellitus, kronisk nyresvikt, tidligere har hatt metabolsk acidose, økt kalium i plasma eller tar kaliumsparende legemidler. Risiko for hyperkalemi synes å øke med behandlingslengden, men er vanligvis reversibel. Risikopasienter bør måle kaliumnivå i plasma før oppstart av behandling med heparinер og kontrolleres regelmessig, spesielt hvis behandlingen varer i >7 dager. Det er anbefalt å bestemme antall trombocytter før behandlingsstart og jevnlig under behandling. Generell kontroll av den antikoagulerende effekten bør vurderes for spesifikke pasientgrupper slik som hos barn, pasienter med nyresvikt, eller hos veldig tynne eller sykelig overvektige, gravide eller ved økt risiko for blødning eller retrombose. Risiko for antistoffmediert heparinindusert trombocytopeni er til stede. Slik trombocytopeni oppstår vanligvis mellom 5. og 21. dag etter behandlingsstart. Det anbefales derfor å bestemme antall trombocytter før og jevnlig under behandlingen. I løpet av behandlingstiden bør det utvises forsiktighet ved rask utvikling av trombocytopeni og alvorlig trombocytopeni (<100 000/µl). Koagulasjonstiden, målt som APTT, og hemningen av trombin påvirkes bare i liten grad. For monitorering av effekt anbefales måling av anti-Xa. Pasienter som får kronisk hemodialyse med Fragmin trenger normalt bare noen få dosejusteringer og dermed noen få undersøkelser av anti-Xa-nivåene. Pasienter som får akutt hemodialyse har et smalere terapeutisk doseringsområde og bør få omfattende monitorering av anti-Xa-nivåene. Den biologiske aktiviteten til forskjellige lavmolekylære heparinер, ufraksjonert heparin eller syntetiske polysakkarider kan ikke uttrykkes i en prøve som gir en enkel sammenligning av dose mellom de forskjellige preparatene. Det er derfor viktig at retningslinjene for bruk av hvert enkelt produkt følges. Hvis et myokardinfarkt oppstår hos pasienter med ustabil koronararteriesykdom (ustabil angina og hjerteinfarkt uten Q-takk), kan trombolytisk behandling være nødvendig. Det betyr ikke nødvendigvis at Fragmin må seponeres, men kombinasjonen kan gi risiko for blødning. Eldre (særlig ≥80 år) kan ha økt risiko for komplikasjoner med blødninger innenfor terapeutisk doseringsområde. Nøye klinisk overvåkning anbefales. Det er begrenset erfaring mhp. sikkerhet og effekt hos barn. Ved bruk hos barn skal anti-Xa-nivå kontrolleres. Administrering av legemidler som inneholder benzylalkohol til premature nyfødte er assosiert med fatalt «gasping syndrom». Benzylalkohol kan gi toksiske reaksjoner og anafylaktoide reaksjoner hos spedbarn og barn opp til 3 år. Må ikke administreres i.m. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se B01A B04. Samtidig behandling med preparater som har effekt på hemostase, som blodplatehemmere, NSAID, GP IIb/IIIa-hemmere, vitamin K-antagonister, trombolytiske legemidler og dekstran kan øke den antikoagulerende effekten av Fragmin. Spesielt forsiktighet bør utvises når dalteparin gis samtidig som NSAID eller høydose acetylsalisylsyre hos pasienter med nyresvikt, da disse i smertestillende/anti-inflammatoriske doser reduserer produksjon av vasodilatoriske prostaglandiner og derved renal blodstrøm og renal ekskresjon. Fragmin kan likevel kombineres med lavdose acetylsalisylsyre (75-160 mg) hos pasienter med ustabil koronararteriesykdom. Det er vist interaksjoner mellom heparin og i.v. nitroglyserin, høye doser penicillin, sulfinpyrazon, probenecid, etakrynsyre, cytostatika, kinin, antihistaminer, digitalis, tetrasykliner, askorbinsyre og røyking av tobakk. Interaksjon kan derfor ikke utelukkes med dalteparin. Pga. risiko for hematom skal i.m. injeksjon av andre legemidler unngås ved dalteparindoser >5000 IU i løpet av 24 timer. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Dalteparin går ikke over i placenta. Data på gravide indikerer ingen misdannende eller føto-/neonatal toksisitet. Kan benyttes under graviditet. Da benzylalkohol kan passere over i placenta, bør Fragmin uten konserveringsmiddel brukes under graviditet. Forsiktighet anbefales ved økt risiko for blødninger, f.eks. hos perinatale kvinner *Amming:* Små mengder med dalteparinnatrium går over i brystmelk. Hittil har studier vist anti-Xa-nivå på 2-8% av plasmanivå i brystmelk. Det er lite trolig at det oppstår en antikoagulerende effekt hos spedbarn. Risiko for spedbarn som ammes kan ikke utelukkes. Fordelene av amming for barnet må avveies mot fordelene av behandling for moren. *Fertilitet:* Det foreligger ingen dokumentasjon på at fertiliteten påvirkes. **Bivirkninger:** Ca. 3% av profylaksebehandlede pasienter rapporterte bivirkninger. *Blod/lymfe:* Vanlige: Mild trombocytopeni (type I) som vanligvis er reversibel i løpet av behandlingsperioden. Ukjent frekvens: Immunologisk mediert heparin-indusert trombocytopeni (type II, med eller uten ledsagende trombotiske komplikasjoner). *Gastrointestinale:* Ukjent frekvens: Retroperitoneale blødninger, noen med dødelig utgang. *Generelle:* Vanlige: Smerte på injeksjonsstedet, subkutant hematom på injeksjonsstedet. *Hud:* Sjeldne: Forbigående alopesi, hudnekrose. Ukjent frekvens: Utslett. *Immunsystemet:* Mindre vanlige: Overfølsomhet. Ukjent frekvens: Anafylaktisk reaksjon. *Kar:* Vanlige: Blødning. *Lever/galle:* Vanlige: Forbigående, mild til moderat økning av levertransaminaser (ASAT, ALAT). *Nevrologiske:* Ukjent frekvens: Intrakranielle blødninger, noen med dødelig utgang. *Skader/komplikasjoner:* Ukjent frekvens: Spinalt eller epiduralt hematom. De fleste blødningene er milde, risiko avhenger av dose. Heparin kan forårsake hypoaldosteronisme som kan føre til økt kalium i plasma. I sjeldne tilfeller kan klinisk signifikant hyperkalemi oppstå delvis hos pasienter med kronisk nyresvikt eller diabetes mellitus. Langtidsbehandling med heparin er assosiert med en risiko for osteoporose. Selv om dette ikke er observert med dalteparin, kan ikke risiko for osteoporose utelukkes. **Overdosering/ Forgiftning:** Den antikoagulerende effekten indusert av dalteparinnatrium kan nøytraliseres av protamin. Den induserte forlengelse av koagulasjonstiden blir helt nøytralisert, mens anti-Xa-aktiviteten vil bli nøytralisert til 25-50%. 1 mg protamin nøytraliserer effekten av 100 anti-Xa-enheter (100 IU) av Fragmin. Protamin har i seg selv en inhibitorisk effekt på den primære hemostasen og bør bare brukes i nødstilfeller. Se Giftinformasjonens anbefalinger for heparin B01A B01. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 25°C. Etter fortynning høyst 12 timer. **Pakninger og priser: 12 500 IU anti-Xa/ml:** (0,2 ml = 2500 IU) 10 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 269,90, (0,2 ml = 2500 IU) 25 x 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) 633,00. **25 000 IU anti-Xa/ml:** (0,2 ml = 5000 IU) 10 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 417,60, (0,2 ml = 5000 IU) 25 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 989,50, (0,3 ml = 7500 IU) 10 × 0,3 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 635,60, (0,4 ml = 10 000 IU) 5 × 0,4 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 407,60, (0,5 ml = 12 500 IU) 5 × 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 492,00, (0,6 ml = 15 000 IU) 5 × 0,6 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 577,90, (0,72 ml = 18 000 IU) 5 × 0,72 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 678,40, **10 000 IU anti-Xa/ml:** 10 ml (hettegl.) kr. 731,10. **Refusjonsberettiget bruk:** Tromboseprofylakse ved kirurgi. Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi. Behandling av akutt dyp venetrombose og lungeemboli, når trombolytisk behandling eller kirurgi ikke er indisert. Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon. Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk. Profylakse hos pasienter med kraftig økt risiko for venøs tromboembolisme og som er immobilisert pga akutte medisinske tilstander som for eksempel ved hjertesvikt, respirasjonssvikt og alvorlige infeksjoner. Behandling av symptomgivende venøs tromboembolisme (VTE) med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos pasienter med kreft. **Refusjonskode:** ICPC: -20 Tromboseprofylakse ved kirurgi (vilkår 136), -51 Organtransplantasjon (vilkår 136), -90 Palliativ behandling i livets sluttfase (vilkår 136), B83 Koagulasjonsdefekt INA (vilkår 136), B83 Koagulasjonsdefekt spesifisert, K74 Angina pectoris ustabil, K75 Akutt hjerteinfarkt, K93 Lungeemboli, K94 Dyp venetrombose, U28 Redusert funksjonsevne nyredialyse. ICD: -20 Tromboseprofylakse ved kirurgi (vilkår 136), -90 Palliativ behandling i livets sluttfase (vilkår 136), D68.8 Andre spesifiserte koagulasjonsforstyrrelser, D68.9 Uspesifisert koagulasjonsforstyrrelse (vilkår 136), I20.0 Ustabil angina, I21 Akutt hjerteinfarkt, I22 Påfølgende hjerteinfarkt, I26 Lungeemboli, I80 Flebitt og tromboflebitt, I82 Annen emboli og trombose i vener, Z94 Status etter transplantert organ og vev (vilkår 136), Z99.2 Avhengighet av nyredialyse. Vilkår: 136 Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.

Sist endret: 20.11.2019

Kreftpasienter bør kjenne til symptomer på venøs tromboembolisme (VTE)

Opp mot 1 av 4 kreftpasienter vil få VTE

- Opp mot 1 av 4 kreftpasienter vil få kreftsassosiert trombose i løpet av sykdomsforløpet[1]
- Risikoen er høyest de første månedene etter diagnostisering[2]
- Kreftassosisert trombose er den nest hyppigste årsak til død hos pasienter med kreft[3]

Fragmin®
dalteparinnatrium

PP-FRA-NOR-0210

Indikasjon for Fragmin:
Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter.

Viktig sikkerhetsinformasjon:
Bivirkninger: vanligste bivirkninger er blødninger, subkutan hematom og smerte ved injeksjonsstedet, mild trombocytopeni og forbigående, mild til moderat levertransaminaseøkning. **Kontraindikasjon**: Fragmin er kontraindisert ved akutt ulcus, hjerneblødning, andre aktive blødninger, alvorlige koagulasjonsforstyrrelser, samt ved akutt/subakutt septisk endokarditt eller skader og operasjoner i CNS, øyet og øret. **Advarsler og forsiktighetsregler**: Særskilt oppmerksomhet kreves ved antikoagulasjon i forbindelse med epidural- eller spinalanestesi. Forsiktighet i forbindelse med trombocytopeni og blodplate-funksjonsforstyrrelser, alvorlig lever- og nyreinsuffisiens, ukontrollert hypertensjon, hypertensiv- eller diabetes retinopati, og ved tilstander som kan medføre forhøyet blødningsrisiko.

Referanser: 1. Brose KMJ, Lee AYY, Cancer-associated thrombosis: prevention and treatment, current Oncology – Volume 15, supplement 1, S58-S67, 2. Chew H.K, Wun, T., Harvey, D., et al. Incidence of Venous Thromboembolism and Its Effect on Survival Among Patients With Common Cancers, Arch Intern Med. 2006; 166;458-464, 3. Khorana AA, Venous Thromboembolism and Prognosis in Cancer, Thromb Res 2010;125/6:490-493

Pfizer

Pfizer AS · Postboks 3 · 1324 Lysaker Tlf. 67 52 61 00 · www.fragmin.no

Intervju med ass. helsedirektør *Espen Rostrup Nakstad*

» Intervjuet av
Anne-Karin Rime,
Of-leder

Mye kunne vært håndtert annerledes

Foto: TV2 Nyhetskanalen

Kan du nevne en hendelse som var definerende for at du begynte å studere medisin?
- Det var nok ikke en bestemt hendelse, mer summen av inntrykk og en interesse som utviklet seg over tid tror jeg.

Kan du nevne en hendelse som var definerende for at du begynte å studere jus?
- Det var samfunnsinteressen som styrte det valget, og hadde jeg vært fornuftig hadde jeg kanskje latt det bli med det. Men lysten på å studere medisin ble for stor, så da bestemte jeg meg etter hvert for å heller ta ferdig jusen over litt lenger tid.

På hvilken måte henger disse fagområdene sammen, og hvilken nytte har du av denne todelte fagkombinasjonen i din nåværende jobb?
- Medisin og rettsvitenskap (jus) henger ikke veldig tett sammen som fagområder. Det som er felles er at begge fag gir et bredt perspektiv på verden, om enn med ganske ulike briller. Og så finnes det veldig samfunnsengasjerte mennesker i begge leire. Jeg har nok hatt god bruk for begge fag i videreutviklingen av det nasjonale CBRNE-senteret fra 2013, og ikke minst etter at jeg steppet inn i Helsedirektoratet under koronakrisen.

Du har sagt at å formidle er å lage ting enkelt: Har det ført til overforenkling?
- Det er alltid en fare for overforenkling. Man må alltid kontekstualisere et budskap og verken gjøre ting enklere eller vanskeligere enn det de trenger å være.

Hva har gjort mest inntrykk på deg i løpet av de ukene du har hatt denne jobben?
- Hvor lojalt folk har fulgt anbefalingene som er gitt knyttet til smittebegrensing. Det har kostet mye for mange, men heldigvis har de fleste også sett at innsatsen deres har båret frukter. Det hadde nok vært vanskelig å holde motivasjonen oppe hvis man ikke så at innsatsen reduserte smittespredningen.

Du får mye ros for din måte å kommunisere på. Har du noen tips til leger som ønsker å ytre seg i offentligheten?
- Jeg tror det er lurt å være seg selv når man kommuniserer. Jeg ordlegger meg i alle fall omtrent på samme måte offentlig som jeg gjør til daglig - også ovenfor pasienter og studenter.

Er det noe du allerede ser nå man kunne ha håndtert annerledes?
- Det er mange ting vi har sett både på forhånd, under koronakrisen og i ettertid at kunne vært håndtert annerledes og kanskje bedre. Men det aller meste som virkelig betyr noe har gått omtrent som vi håpet. Nå må vi først og fremst ta med oss videre både det som gikk bra og det som vi kan lære av til neste gang.

I motsetning til i Sverige (fagpersoner/byråkratiet) er det politikerne som bestemmer i Norge. Fra media vet vi at både Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet har gitt råd til politikerne som ikke er blitt fulgt. Hvordan har du opplevd disse beslutningsprosessene?

- Det er nok en stor misforståelse at kun fagpersoner bestemmer i Sverige og politikerne i Norge. Det er ikke slik prosessene fungerer i noe land. Men Norge skiller seg kanskje ut ved at vi har en enda bredere faglig tilnærming til krisehåndteringen enn mange andre land. Den 12. mars var det for eksempel Helsedirektoratet som formelt fattet beslutningene om strenge smittebegrensende tiltak med hjemmel i smittevernloven og helseberedskapsloven. Det skjedde etter en bred tverrfaglig prosess der også andre sektoretater var involvert. To uker senere videreførte Regjeringen mange av de samme tiltakene basert på mye av det samme faglige grunnlaget. Men fra dette tidspunktet var det altså Regjeringen som fattet beslutningene. Det er helt naturlig når krisen er så stor og sektorovergripende som den er. Men det betyr ikke at vi har fått mindre å gjøre i Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, de regionale helseforetakene eller helsetjenesten for øvrig. Tvert imot.

Granskningskommisjonene etter 22. juli pekte på en rekke faktorer for å lykkes, men flere i helsevesenet føler vel at det ikke har skjedd så mye.

- Slik jeg ser det har det skjedd enormt mye innen helseberedskap og tverrsektorielt samvirke de siste ni årene, ikke minst har vi fått mange nasjonale og lokale planverk, betydelig bedre samøving og et bedre operasjonelt og operativt pre-hospitalt samvirke ved større og mindre hendelser. PLIVO[1]-prosedyren og masseskadeveilederen er bare to eksempler på nye planverk, den nye nasjonale planen mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer et annet. In-hospital virksomhet er også langt sterkere integrert i dette enn tidligere. Men det betyr ikke at det er lite å lære av denne pandemien i ettertid.

Hvilke forventninger har du til kommisjonen ledet av Stener Kvinnsland?

- En bred og åpen tilnærming til forbedringspunkter både på lokalt og overordnet nivå.

Burde helsevesenet hatt en egen kommisjon til å vurdere hvor godt vi var rustet til det som møtte oss?

- Hvor mange kommisjoner vi egentlig trenger, får andre uttale seg om. Jeg tror det viktigste er at vi går inn i et evalueringsarbeid med et åpent sinn og ønsker å gjøre flest mulig forbedringer så vi blir enda bedre rustet til neste pandemi eller helsekrise. Den kan komme før vi aner det.

Hva er dine viktigste erfaringer med å ha vært med å bygge opp CBRNE[2]-senteret ved OUS?

- Jeg overtok ansvaret for CBRNE-senteret etter at Dag Jacobsen og Helge Opdahl ved OUS hadde bygget opp en veldig solid behandlingstjeneste gjennom mange år. Mine viktigste erfaringer fra tiden etter at jeg overtok stafettpinnen har nok vært betydningen av å samarbeide med andre fagmiljøer for å styrke vår egen tjeneste på et relativt spesialisert fagområde. Norge er tross alt et lite land og mange undervurderer betydningen av å slippe andre til og samarbeide om forskning og utvikling. Det kommer vanligvis flere til nytte og er aldri negativt.

Hva har vært mest utfordrende med å være leder ved et sykehus?

- Mange beslutningsledd og lange ledelseslinjer.

Hva er de viktigste egenskapene til de som ønsker å bli gode ledere i helsetjenesten?

- Å sette seg inn i saker med andres perspektiv og forstå hva og hvorfor de tenker som de gjør.

Trenger vi leger i ledelse og i så fall hvorfor?

- Vi trenger ledere med bred helseprofesjonsbakgrunn i sykehusene, inkludert leger som bidrar til å trekke den medisinske utviklingen framover. Amerikansk forskning har dokumentert at sykehus som ledes av leger drives bedre enn sykehus som ledes av direktører uten helsebakgrunn. Det er egentlig ikke så underlig siden sykehus er uhyre kompliserte virksomheter som det er vanskelig å forstå hvis man ikke kjenner dem fra innsiden.

Hvor viktig er det at vi under en pågående krise setter av ressurser til forskning?

- Det er svært viktig, og her har norske forskningsmiljøer vært veldig aktive i pandemiens første fase, både innen medikamentell og klinisk forskning samt på laboratoriesiden. Vaksineutviklingen i verden pågår også med enormt tempo. Jeg hadde personlig også håpet at et land som Sverige hadde benyttet muligheten til å gjøre gode prevalensstudier for covid-19 og kartlegge smitte i barnehager og barneskoler. Det er forskning som hadde kommet hele verden til nytte i møtet med en eventuell ny smittebølge.

Dere varslet en mulig smittetoppbølge nummer 2, kanskje allerede i høst. Samtidig meldes det nå om nye ebolatilfeller. Ved forrige ebolautbrudd fikk vi 1 helsearbeider hjem til Norge, fulgt av politikortesje fra Gardermoen til Ullevål: Er vi klare til begge deler?

- Koronapandemien har nok gjort oss bedre rustet til å håndtere det vi kaller «høyrisikosmittesykdommer», som for eksempel ebola, selv om det er langt mer krevende enn covid-19 og stiller større krav til sentralisert behandling.

Hva annet er det du kunne tenkt deg å jobbe med innenfor legeyrket ?

- Jeg har vært heldig og fått fordype meg både innen klinikk, forskning, undervisning, ledelse og nasjonal helseberedskap. Og jeg har gledet meg til å gå på jobb hver eneste dag i snart 20 år. Så da kan jeg ikke forlange så mye mer, synes jeg. ●

– Intervjuet er gjort med skriftlige spørsmål og svar per e-post.

[1] **PLIVO** (en forkortelse for pågående livstruende vold) er en prosedyre for samvirke mellom politiet, brannvesenet, redningstjenesten og helsevesenet ved hendelser der det utøves livstruende vold mot flere personer.[1]Prosedyren ble utviklet for en bedret nasjonal beredskap etter terrorangrepet 22. juli 2011.

[2] **Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin**
Den nasjonale behandlingstjenesten er etablert for å ivareta forebygging og håndtering av personskade knyttet til ulykker og uhell/hendelser med kjemiske stoffer (C - Chemical), biologiske agens (B - Biological), radioaktiv stråling (R - Radioactive) kjernefysisk stråling (N - Nuclear) og brannfarlige/eksplosive kjemikalier (E - Explosives).

Korona på kvinneklinikken

«Kanskje du kan skrive noko om å være leiar når store delar av staben havner i karantene?» Spørsmålet kom i midten av mai. I grunnen hadde eg lyst til å svare kort; «supertravelt, men kjekt på ein rar måte».

Foto: SUS/Svein Lunde

» Av **Marit Halonen Christiansen**, avdelingssjef Kvinneklinikken Stavanger universitetssjukehus, og tidlegare mangeårig tillitsvald i Dnlf

Vi skriv no juni 2020

Smittevernrestriksjonane har smått om senn blitt lempa på, Noreg opnar, mange er kanskje litt lei korona. Heldige oss, får ein seie, vi er ikkje Storbritannia eller Italia. Det er likevel ei nyttig øving, å sjå tilbake. Nokre ting klarte vi relativt bra, og andre ting må vi definitivt jobbe meir med neste gong. For der kjem fleire pandemiar, kanskje meir korona òg.

Kvinneklinikken ved Stavanger Universitetssjukehus (SUS) er ein av dei større i landet, med drygt 4300 fødslar i 2019. Vi har over 300 tilsette, fordelt på 7 einingar. Av desse er førti legestillinger, inkludert avdelingsoverlegen. Det er to fødeavdelinger, ei låg-risikoeining med ca 1200 fødslar per år, og ei høgrisikoeining med resten. SUS har nyfødtintensiv som tar premature med alle gestasjonsaldrar.

Foto: Marit Halonen Christiansen

Spol tilbake tre månader

I starten av mars hadde vi starta å planlegge, hadde vore på besøk på pandemiposten, planlagt for fødsel og akuttransport til operasjonsstove frå smitteisolat, organisert datapunkter for STAN og ultralyd, og begynt å fortelje om smittevern. Som på andre sjukehus hang det plakatar – «har du vore i Wuhan eller Iran?»

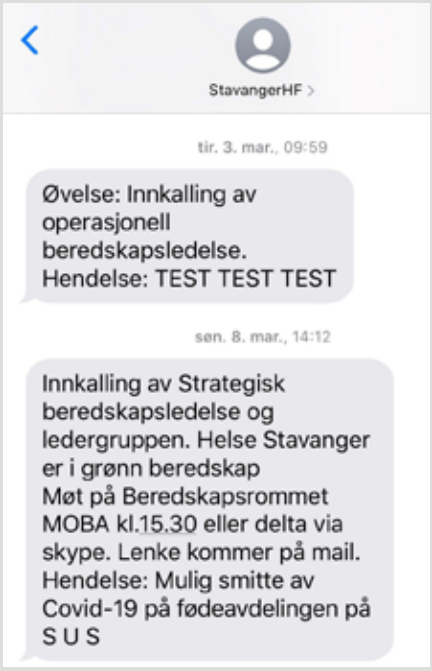
Vi var budde på at det kunne komme pasientar med smitte. Det vi ikkje var budde på, var at det kunne være tilsette som viste seg å være smitta. Søndag 8. mars fekk vi påvist smitte hjå ein av våre tilsette. I løpet av eit par timar omkalfatra vi heile drifta parallelt med smittesporing av tilsette og organisering av kven som måtte i karantene.

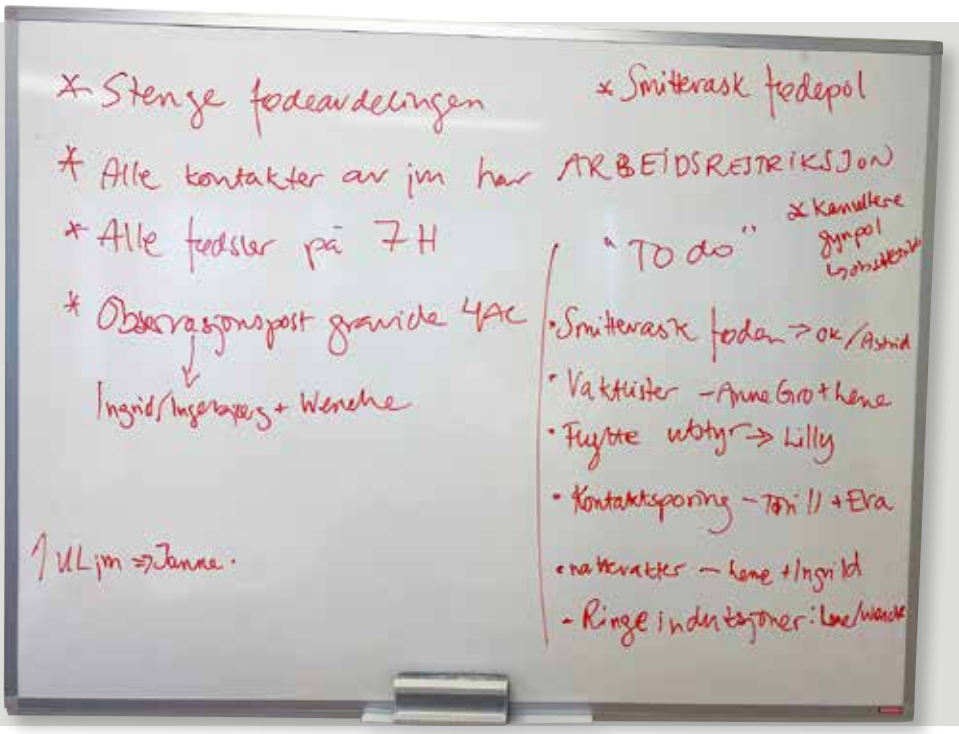
Det første vi erfarte var at systemet fungerer

Innan ein time etter at telefonen om smitte kom var alle avdelingssjukepleierar, avdelingsjordmødre, avdelingsoverlege og HMS-kvalitetskoordinator på jobb. Å drive omorganisering, smittesporing og intens informasjonsverksemd er ikkje noko ein gjer åleine. Etter eit par dagar flytta vi koronaansvaret frå den vanlege leiarlinja og inn i eit koronateam. Svært mange jordmødre var i karantene, og avdelingsjordmødrene trengtes direkte i drift. Koronateamet består for vår del av HMS-KP (HMS- og kvalitets og pasientsikkerhetskoordinator), jordmor/sjukepleiefagleg koordinator, to dedikerte legar, avdelingsoverlege, ein obstetrisk og ein gynekologisk overlege og avdelingssjefen. Ein lege og HMS-KP brukte 100% av tida på dette. Initialt hadde vi to skypemøter til dagen. Koronateamet reviderte prosedyrar, organiserte opplæring og informasjon, og svarte på spørsmål. Dette frigjorde tid for alle andre leiarar. Legane utan leiaransvar svarer i tillegg ut spørsmål frå tilsette som rekner seg for å være i risikogrupper. Dette var òg nyttig for informasjonsflyt.

Det neste vi erfarte, er kor godt avdelinga faktisk fungerer

Alle jordmødre ved KK jobber ved to einingar. Dette gjer at folk er gode på





rutinar, og kjenner kvarandre. Fødeavdelingane vart slått saman fyrst på lågrisikoeininga, deretter på den smittevaska fødeavdelinga. Uforløyste kvinner vart flytta til gynekologisk sengepost. Begge desse tiltaka vart gjort av mangel på personell; initialt havna 45 personar i karantene, på det meste var 90 tilsette ved KK i heimekarantene.

I lokalane for observasjonspost for gravide etablerte vi avklaringsmottak for alle KK sine pasientar med mistenkt korona. Vi hadde aldri fått dei løysingane vi har hatt under pandemien utan at alle tilsette har kome med innspel og løysingsforslag. Vi har hatt in-situ-simuleringar fleire gonger per veke. Fokus har vore vante situasjonar komplisert av isolasjon, i tillegg til det reint smittevernmessige.

Når eg snakkar om tilsette, må eg nytte høvet òg her til å skryte

Folk står på og jobbar. Dei to overlegane som var i utdanningspermisjon fekk denne inndratt, og all forskningsaktivitet vart innstilt – alt som eit resultat av at vi sendte 13 legar rett i karantene 8. mars. Avdelinga og eg personleg vart kontakta av avtalespesialistar og privatpraktiserande gynekologar og jordmødre som tilbaud seg å hjelpe.

Skjermdump fra NRK

Overlegar i karantene svarte på telefonar frå LIS og fastlegar. Jordmødre i karantene svarte på fødetelefonen. Dette siste inkluderte nattestid – det var mykje telefonar frå urolege gravide då vi måtte legge om drifta. Å jobbe under uvante omstende er ikkje berre uvant, det er óg veldig slitsomt.

Etter nye smittetilfelle ved fødeavdelinga avgjorde vi i samråd med smittevern at vi skulle bruke smittevernutstyr på fødeavdelinga. Tiltaket er drastisk – når 1 av 3 som føder i Noreg ikkje sjølve er fødde i Noreg, er det ekstra utfordrande å skulle kommunisere utan bruk av mimikk. Det er uvisst om det var smittevernutstyr i seg sjølv, eller alle dei andre smitteverntiltaka som vart innskjerpa, men etter to veker med munnbind og smittefrakkar vart fødeavdelinga «avisolert».

Informasjonsbehovet er enormt.

Vi delegerte relativt raskt kontakten med tilsette i karantene (på det meste hadde vi 90 tilsette i heimekarantene) til ei som sjølv var i karantene. I tillegg etablerte vi koronanytt, og koronavakt. Koronanytt vart publisert på intranett, og delt til «karantistar». Koronavakta var tilgjengeleg på telefon i helger. Den fyrste veka var ingen av leiarane eller assisterande leiarar innafor AML sine grenser. Å ha ei koronavakt som kunne svare på spørsmål, drive smittesporing, og soleis avlaste leiarane, var eit grep for å hindre utbrenthet – som så langt ser ut til å ha virka.

«Det aller viktigaste er sjølvsagt å stole på teamet. Ingen driv avdelingar åleine, det er berre saman alle kjem seg velberga gjennom. Velberga, som i «ikkje utbrent».

Foto: Marit Halonen Christiansen

Som så mange andre har vi lært oss å bruke videomøter. Høgdepunktet så langt var ekstern morgonundervisning frå Karolinska. Ei nyttig påminning om at sjølv om vi er litt leie av å bekymre oss for korona, er vi svært heldig stilt samanlikna med naboane i aust. (KK SUS har per 31. mai ikkje hatt gravide med koronasmitte.)

Så kva burde vi gjort betre?

Kommunikasjon med tillitsvalde og vernetenesta vart litt gløymt. Rett nok laga tillitsvald for Ylf og eg koronatil-passa arbeidsplan 9. mars, men dei formelle møta vart ikkje tatt opp att før 31. mars.

Informasjonen til dei som vart flytta, men ikkje i korona-delen, var for dårleg. Å samlokalisere gynekologisk senge-post med observasjonspost for gravide, der ein samstundes stal rom frå gyne-kologisk poliklinikk er ei vesentleg endring, som burde vore kommunisert betre.

Informasjonen kring smittevernut-styr var vanskeleg. Eg er uviss på om vi kunne gjort det betre, det var òg mykje vi ikkje visste. Frå motstand då vi inn-førte smittevernutstyr på fødeavde-linga, gjekk vi til redsle og motstand då vi fjerna smittevernutstyret. Her kunne vi nok hatt enda meir informasjon, sjølv om vi følte vi ikkje gjorde anna enn å informere om smittevernutstyr.

Så til slutt – kva skal vi gjenta ved neste pandemi?

Koronateamet – å ha eit dedikert team som kan jobbe parallelt med den vanlege drifta og ha oversikt, hente informasjon og legge til rette for simulering var eit av dei beste grepa vi gjorde.

Ikkje uventa er eit godt samarbeid med tillitsvalde og verneteneste veldig nyttig. Særleg i diskusjonen kring smittevernutstyr var dette viktig. KK innførte aldri koronaplaner – vi har heile vegen jobba innanfor dei etablerte arbeidsplanane med vakans-vakt for dei vaktene som vart ledige. Koronavakter vart løna som heimevakt.

Innspel frå tilsette var uvurderleg. Det er kort veg ved KK (ikkje fysisk!), og mange av endringane vi gjorde, som at sjukepleiarar ved gynekologisk senge-post ein periode hadde hovudansvar for sectiopasientar med bistand frå jordmor, var direkte forslag frå tilsette.

Det aller viktigaste er sjølvsagt å stole på teamet. Ingen driv avdelingar åleine, det er berre saman alle kjem seg velberga gjennom. Velberga, som i «ikkje utbrent».

Det er det eg meiner med det korte svaret: ja, eg bikka 70 timer frå 7. til 12.mars. Ja, eg har laga usannsynleg mange flytprosedyrar nattestid for gravide med og utan koronamistanke, både i vaken og halvsovande tilstand. Men samarbeidet med kolleger frå alle faggrupper, omsorgen frå tilsette og kolleger både i og utanfor sjukehus, innspela som kjem ut av det blå og som løyser ei utfordring eg ikkje sjølv kan løyse – det er moro òg. ●

Koronapandemien

Legeforeningen har gjennomført sitt første digitale landsstyremøte. Legeforeningens president Marit Hermansen kom i sin hilsningstale til landsstyret selvfølgelig inn på situasjonen for helsevesenet under denne store utfordringen for oss, og «Overlegen» har fått lov til å klippe ut dette fra talen hennes, som jo er en hyllest av alle dere som har stått på og omstilt dere for å klare å få til å gi best mulig behandling for alle som trengte det. ***(Red.)***

» Utdrag fra president **Marit Hermansens** tale til landsstyremøtet 27.5.2020

Det viktigste først. Koronapandemien. Dere har alle kjent hvordan dette viruset har preget oss og satt hele samfunnet vårt på prøve. Våre medlemmer - har gått foran - og vist fram sitt aller beste; faglig spisskompetanse, omstillingsevne, samarbeid og kreativitet.

Legeforeningen, ved yrkesforeningene og de fagmedisinske foreningene, har vært i fortløpende dialog med helsemyndighetene. For det er vi som kjenner virkeligheten der ute. Gjennom våre bidrag, og våre anbefalinger har vi tatt ansvar og oppnådd høy grad av tillit. Ikke bare blant politikerne og fagmyndighetene, men også ute i sykehusene, i kommunene og i befolkningen. I denne krisesituasjonen, har vi virkelig sett betydningen av en styrket fagakse. Med Cecilie Risøe i spissen, har vi og fagmiljøet gjort en forskjell. For faget. For helsetjenesten. Og for pasienten.

Det var mye usikkerhet i denne situasjonen. Medlemmer har tatt kontakt med spørsmål på mange ulike områder. Om økonomi, juridiske rettigheter, smittevern og mye annet. Sekretariatet og de tillitsvalgte vært tilgjengelige i alle kanaler, for å bistå medlemmene.

I tillegg etablerte vi tidlig en egen koronaside på hjemmesiden vår, for hele tiden å oppdatere viktig informasjon. Hvordan er permitteringsreglene? Hva skjer med spesialistutdanningen? Hvordan vurderes forsvarlighet under pandemien? Trafikken på sidene er stor, som viser at dette er viktig informasjon for medlemmene.

Hvor store de endelige konsekvensene av pandemien vil bli, er fortsatt uvisst. Men utbruddet har allerede lært oss mye. Legeforeningen var en pådriver for kraftfulle tiltak i starten av pandemien. Vi var også tidligst ute med å sette et tak for hvor mange som kunne være samlet på våre arrangementer. Men vi er like opptatt av balansen vi i disse dager må finne mellom mer normalisert drift og fortsatt beredskap.

I alle tilfeller evalueringen av hvordan regjeringen og helsetjenesten har håndtert situasjonen, blir veldig viktig. Men det blir like viktig å se på prioriteringen av helsetjenesten før pandemien brøt løs. Vi kan allerede si at en sterk offentlig helsetjeneste er nøkkelen. Men vi kan også allerede si at vi manglet mye og var for dårlig forberedt.

Pandemien har vist oss med all mulig tyngde at beredskap koster. Men dårlig beredskap koster enda mer.

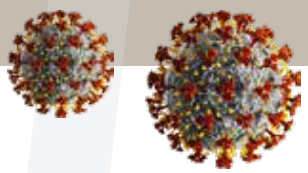
Legeforeningen var i starten av koronautbruddet opptatt av særlig tre områder: hindre smitte i befolkningen, nok kapasitet i helsetjenesten for å håndtere smittebølgen og sørge for medlemmenes sikkerhet.

Og disse tre områdene henger godt sammen med satsingsområdene til sentralstyret.

Og det var også grunnen til at vi tidlig innførte restriksjoner på arrangementer i regi av Legeforeningen.

Dere fulgte våre anbefalinger. Og jeg vet veldig godt hvilken krevende situasjon dette satte mange av dere i. Likevel har dere avholdt årsmøter og samlinger, og dermed holdt aktiviteten i foreningen oppe, på digitalt vis.

Denne store omstillingsevnen har imponert meg. Deres fleksibilitet og stå-på-vilje har vært avgjørende for å holde hjulene våre - i gang. ●



Pandemirespons på et lokalsykehus

Første pasient i Norge ble påvist den 26. februar 2020. Noen få dager etter hadde vi sannsynligvis vår første pasient på Bærum, men altfor rigide testkriterier fra FHI gjorde at vi ikke fikk testet pasienten.

» Av **Monica Thallinger**, spesialist i barnesykdommer, PhD, LIS i anestesi ved Bærum, 9 feltoppdrag med Leger Uten Grenser

Den 9. mars fikk vi offisielt vår første pasient og det åpenbarte seg raskt at mange i Asker og Bærum hadde lagt vinterferien til smitteutsatte områder. Antallet nye uavklarte og positive pasienter økte raskt fra dag til dag. Smittede pasienter med foreløpige ukjente symptomer glapp gjennom og sendte stort antall ansatte ut i karantene når smitten ble oppdaget sent. Raskt trengte alvorlig syke pasienter intensiv behandling. Bærum sykehus stod midt i et episenter av utbruddet. Det presset seg frem en prekær omstilling av sykehusets struktur og ressurser for å kunne ta imot alle pasientene.

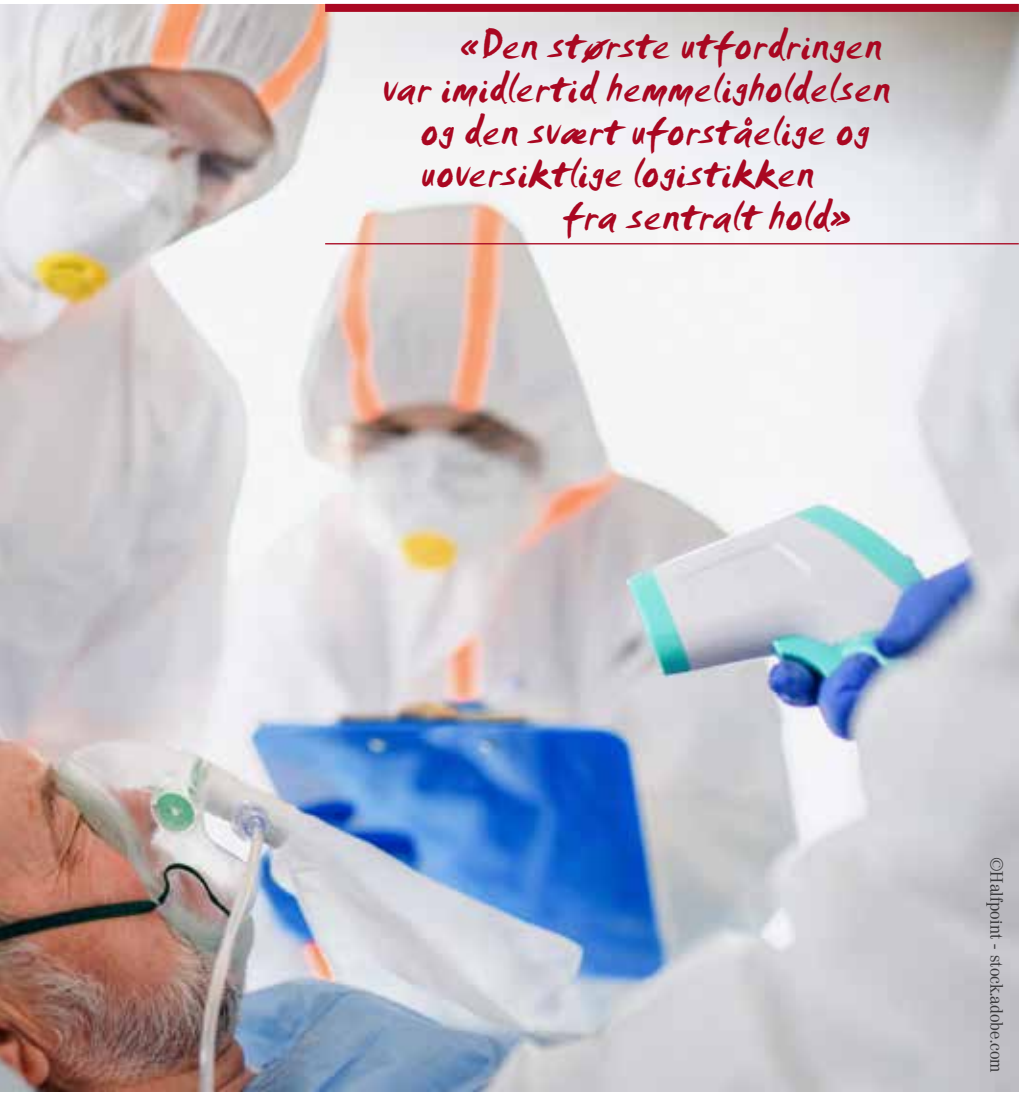
Pandemiplanene strakk ikke til for denne situasjonen. Med erfaring fra epidemihåndtering og arbeid i krisesituasjoner foreslo jeg for ledelsen et eksternt samarbeid med Leger Uten Grenser. Ledelsen så på dette som en verdifull tilførsel i den ekstraordinære situasjonen og inviterte organisasjonen inn. Med lang erfaring i krise- og epidemihåndtering kunne nødhjelpskoordinatorene fra Leger Uten Grenser komme med verdifulle innspill i oppsett, metodikk og struktur av responsen til sykehuset. Sammen med sykehusledelsen satte vi ned et beredskapsteam bestående av fem lokale ansatte ved Bærum (og Martina Hansens Hospital, MHH), samt en rådgivende nødhjelpskoordinator fra Leger Uten Grenser. Det var to sykepleiere fra akuttmottaket og intensiv, en lege i akutt og mottaksmedisin, en ortoped fra MHH og undertegnede som teamleder. Beredskapsteamet samarbeidet tett med sykehusledelsen og var en del av den taktiske ledelsen som holdt møter hver dag. Den 18. mars var teamet godt i gang med arbeidet og det ble noen hektiske uker med jobb døgnet rundt. De første to ukene arbeidet teamet over 200 timer.

Et møterom ble tilrettelagt som operasjonssentral med store plantegninger av sykehuset på veggene. Byggeteknisk ekspertise, smittevern, ledere og kolleger ble invitert inn for innspill og kommentarer underveis. Smittevern ble lagt som grunnstein for alt arbeid. Sykehusets infrastruktur ble nøye kartlagt. Plantegninger ble brukt til kartlegging av strategiske punkter som innganger, heiser, oksygenuttak, vann og kloakk, samt ventilasjonsanlegg og tilgjengelige luftisolat m.m. Antall respiratorer, ventilatorer og medisinskteknisk utstyr for intensivbehandling ble kartlagt. De første dagene etablerte vi scenarioer og regnet ut hvor stor økning av antall pasienter som kunne komme og hva dette ville si for infrastrukturen på sykehuset. Sykehuset var allerede i gul beredskap og vi etablerte beredskapsplaner for gul, rød og rød + beredskap. De forskjellige scenarioene innebar eksponentiell økning av pasienter og på det meste kunne så mange

som 200 COVID-19 pasienter være innlagt.

Løsningene lå i sykehusets infrastruktur og utfordringen var å komme dit på best mulig måte. Vi så på hvordan vi kunne omfordele ressurser for å ivareta smittevern med å isolere uavklarte og smittede pasienter samt ivareta akuttfunksjon og andre pasienters behov for helsehjelp. Noe bygningstekniske endringer måtte gjøres, men vi innså at det ikke var tid til store endringer på den fronten. Avdelinger måtte omdisponere sine arealer og slåes sammen med andre avdelinger. Intensiv, postoperativ og operasjon ble slått sammen for kohort-isolering av smittede. På et tidspunkt diskuterte vi å sette opp et telt for over 20 pasienter på parkeringsplassen foran sykehuset. Etter nøye vurderinger kom vi frem til at tilbudet fra leverandør ikke tilfredsstilte behovene og de smittevernmessige hensyn. Forslaget ble derfor forkastet. Vi så på arealutnyttelse innomhus isteden. Og i løpet av perioden ble fire COVID19 avdelinger tatt i bruk i tillegg eget COVID19 akuttmottak, to satellitt akuttmottak samt en avdeling for utvidet intensiv. Det ble raskt klart at bemanning og tilgang på nok hender og menneskelige ressurser ville være det mest begrensende faktoren i epidemiresponsen, og et eget separat bemanningsteam ble etablert for å ivareta dette.

FHIs risikovurderinger ble kalkulert ut i fra Asker og Bærums befolkningsgrunnlag og vi gjorde daglige beregninger ut i fra antall nye pasienter innlagt. Rett før påske lå pasientantallet godt over FHIs sine beregninger og Bærum var et av sykehusene med flest korona-pasienter. Veien ble til mens vi gikk og alle ansatte brettet opp ermene og gjorde en enorm innsats.



En av de største utfordringene i arbeidet var kartlegging av smittevernsutstyr og logistikk rundt forsyning fra sentralt hold. Den 9. mars hadde vi 140 stk. FFP3-masker tilgjengelig på hele sykehuset. Vi opparbeidet tett samarbeid med lagersjefen og smittevernsavdelingen. Beholdning og forbruk ble telt opp daglig. Mye arbeid ble lagt ned i å formidle informasjon om riktig bruk av utstyr til de ansatte. Den største utfordringen var imidlertid hemmeligholdelsen og den svært uforståelige og uoversiktlige logistikken fra sentralt hold. En gang i uken kom det en pall med smittevernutstyr fra det sentrale forsyningslageret uten at vi hadde noen råderett eller fikk vite når eller hva som kom.

Varene ble levert etter prinsippet «ta det eller la det være», og med svært varierende kvalitet på smittevernsutstyret utfordret det tilliten til de ansatte. Hvis formålet rundt hemmeligholdet var å skåne, var strategien fra HSØ totalt feilslått. I kriser må man ha tett kommunikasjon med raske forsyningslinjer, lik situasjonsforståelse som de medisinske frontlinjearbeiderne, daglig oversikt over forbruk av utstyr, lagerbeholdning og innovasjon for å kunne sørge for kontinuerlig god forsyning av smittevernsutstyr. Medisinsk behandling skal ikke gå på bekostning av dårlig logistikk. Her sviktet helseforetaket og HSØ totalt.

Siden mars har over 70 COVID-19 pasienter vært innlagt ved Bærum sykehus. Beredskapsteamet har i perioden jobbet kontinuerlig med sykehusets respons i tett samarbeid med ledelsen. Rammeverk for ulike scenarioer er ferdigstilt og vi har fått dyrbar kunnskap og erfaringer på veien. Skulle det komme en ny bølge med pasienter er vi klare til å håndtere eventuelle utfordringer som måtte komme. ●

LIVET I LIMBO – *mens vi venter på covid del 2*

Akershus universitetssykehus (Ahus) fikk sin første covidpasient 5. mars. Tre uker senere hadde vi 62 pasienter innlagt med covid, og behovet for intensivplasser var tre ganger normalen. Nedtrappingen har gått langsommere, og i dag, 14. mai, er det kun ti slike pasienter på huset. Så tilsiget minker, men hva nå?

» Av **Silje Bakken Jørgensen**, seksjonsleder og smittevernoverlege
Avdeling for mikrobiologi og smittevern Akershus universitetssykehus

Organisasjonen har mobilisert alle gode krefter og gjort gjennomgripende endringer på rekordtid for å lage et glatt løp for trygg og god håndtering av covidpasienter. Nå har vi fått en liten time-out, og den bør brukes godt. Men hva er viktigst nå? Å ta igjen etterslep? Å drifte mest mulig normalt for å få en slags pause fra unntakstilstanden? Eller å terpe på basale smittevernrutiner og utdanne intensivpersonell?

Enten vi bruker dette lille pusterommet til finpuss av ferdigheter til neste omgang, eller tar oss en velfortjent pust i bakken, så bør vi oppsummere lærdommer fra første runde og ha gode planer for hvordan vi raskt kan tilpasse oss en ny koronabølge.

På Ahus opprettet vi egne covidposter for pasienter med covid som

primærdiagnose. Pasientene ble ellers plassert etter fagtilhørighet dersom de ikke primært søkte hjelp for infeksjon eller pustebesvær. Dermed har de fleste sengepostene hatt befatning med covid-pasienter. Også på covidpostene opprettholdt vi smitteisolering på hvert enkelt rom, for at personalet ikke skulle gå i beskyttelsesutstyr i en smittekohort hele arbeidsdagen. En slik arbeidsform innebærer mye av- og påkledning, men gir også anledning til å puste fritt og uten munnbind det meste av dagen, og gjør at ikke alle arealer på posten blir potensielt kontaminert. Det har vært viktig med høy bemanningen på covidpostene, fordi det tar mye tid å ta av og på beskyttelsesutstyr, og fordi pasientene er dårlige og krever hyppig tilsyn. Videre var det vesentlig at det ikke var fullt belegg, slik at man kunne holde enerom ledig til mistenkte covidpasienter, mens de som var bekreftet positive ble isolert sammen på flersengsstuer. Denne «trekkspillmodellen» har fungert bra.

Intensivavdelingen ble omorganisert på rekordtid, det ble bygd sluser og opprettet undertrykksrom. Avdelingen este raskt ut over sine vanlige arealer og tok imot omplasserte operasjonssykepleiere og anestesipersonell for opplæring.

Ekstra sorteringsfunksjoner i akuttmottak kom tidlig på plass, og vi flyttet akuttmottak for pasienter uten covid-mistanke til andre lokaler. Samtidig ble det gamle akuttmottaket delt i én sone for pasienter med kjent smitte eller høy mistanke om covid, og en annen sone for dem med lavere mistanke. På denne måten fikk vi et effektivt og nesten vanntett sorteringssystem i akuttmottaket. Det var nyttig når vi på det meste mottok 28 covidpasienter på to døgn, og samtidig skulle håndtere dobbelt så mange med mulig smitte. Av totalt ca. 150 pasienter med påvist covid som har blitt innlagt via mottak, er det kun sju som ikke er blitt fanget opp initialt. Disse har hatt symptomer som forvirring, intox, ryggsmerter, brystsmerter og hodepine. Av testene som er rekvirert i mottak, var andelen positive på 13 % i mars og 3 % i april. Hittil i mai er positivandelen 0,4 %. Tester vi da for mange nå, eller er det her vi bør ligge for ikke å få sykehus-

«Vi må forberede oss på en lang periode der smittepresset svinger og ikke bare opptrapping, men også nedtrapping av beredskapen må trimmes»

utbrudd? Når blir antallet unødvendige isolasjonsdøgn for stort i forhold til gevinsten ved å unngå uoppdagede tilfeller?

At vi raskt må kunne oppdage når smittepresset øker er det bred enighet om. Iherdig smitteoppsporing skal frelse oss fra fortapelsen. Men hvordan blir etterlevelsen når du ilegges karantene for tredje gang? Blir du hjemme i ti dager hvis smittestopp-appen tikker inn med varsel uten at du kan etterprøve hvor nær du faktisk var smittekilden og om han hadde symptomer eller ikke?

Vi må forberede oss på en lang periode der smittepresset svinger og ikke bare opptrapping, men også nedtrapping av beredskapen må trimmes. En trinnvis modell for alle enheter som beskriver hvordan aktiviteten reguleres avhengig av korona-aktivitet, vil bli nyttig. Høstens influensavaksinasjon blir en praktisk øvelse i pandemibekjempelse. I forberedelsene til nye koronarunder vil jeg videre oppfordre alle sykehusledere til planlegging rundt følgende problemstillinger som gjelder smittevern:

1. Hvordan skal dere, når det blir mange smittede, skille pasientgrupper som må skjermes fra de som er smittet?
2. Hvordan skal dere raskt kunne øke bemanningen på de enhetene som blir mest presset?
3. Hva gjør dere når det fylles opp; holder dere pasientene isolert på rom, eller jobber dere med hele sengeposter som smittesone?
4. Hvis hele enheter opprettes som smittesone med urene arbeidsbaser, medisinrom og fellesarealer – hvordan gjør dere så med nedtrapping/avvikling av kohorten og hvordan sikrer dere at mistenkte covid-pasienter ikke blir smittet hvis de i utgangspunktet ikke var det?
5. Har dere kontroll på forsyning av smittevernsutstyr og kritiske varer til intensivbehandling når forbruket igjen tar seg opp?

Første koronarunde begynte med et sykehusutbrudd som satte store deler av et fagmiljø ut av spill. Det er slett ikke usannsynlig at runde to kan sparkes i gang på samme måte. Terskelen må være svært lav for testing av ansatte i sykehus og sykehjem. Tilbudet må være lett tilgjengelig. Vi har sett mange eksempler på positive prøver hos presymptomatiske og hos ansatte med svært milde symptomer. Det må ikke bli slik at du velger å ikke teste deg fordi det betyr at du først må være hjemme i to dager. Følg anbefalingene fra FHI om at helsearbeidere må testes på liberal indikasjon.

Så kan vi håpe at tiden i limbo blir lang nok til at vi kanskje får svar på noen av de vesentlige spørsmål som gjenstår om SARS-CoV-2: Hvor lenge er man smittsom? Er det grunn til å ta forholdsregler for luftsmitte ved aerosolgenererende prosedyrer? Kan virus smitte via andre kroppsvæsker enn luftveissekret? Den som lever får se. ●

Referenser. 1. https://www.felleskatalogen.no/medisin/blaarev-register/a10ae56-1 (Lest 13.05.2020) **2.** Xultophy® SPC, avsnitt 5.1 (Sist oppdatert 04.05.2020). **3.** Xultophy® SPC, avsnitt 4.1 (Sist oppdatert 04.05.2020). **4.** Xultophy® SPC, avsnitt 4.2 (Sist oppdatert 04.05.2020). **5.** Xultophy® SPC, avsnitt 4.3 (Sist oppdatert 04.05.2020). **6.** Xultophy® SPC, avsnitt 4.2, 4.4, 4.8 og 5.1 (Sist oppdatert 04.05.2020).

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 utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 for å forbedre glykemisk kontroll, som tillegg til diett, fysisk aktivitet og andre orale legemidler til behandling av diabetes. Se SPC for resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll og populasjoner som ble undersøkt.

Dosering: For å bedre sporbarheten skal navn og batchnr. protokollføres. 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. ***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 ethvert insulinregime som inkluderer en basalinsulinkomponent:*** Behandling med andre insulinregimer skal seponeres før behandling med Xultophy påbegynnes. Ved overgang fra annen insulinbehandling som inkluderer en basalinsulinkomponent, er anbefalt startdose 16 dosetrinn (insulin degludec 16 enheter og liraglutid 0,6 mg). Anbefalt startdose skal ikke overskrides, men kan reduseres for å unngå hypoglykemi i enkelte tilfeller. 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. ***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. ***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, moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon skal måling av glukose intensiveres og dosen justeres individuelt. Anbefales ikke ved terminal nyresykdom. *Barn og ungdom <18 år:* Bruk ikke relevant. *Eldre ≥65 år:* Kan brukes. Glukosemåling må intensiveres og dosen justeres individuelt. ***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 rådes 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:* Akutt pankreatitt er observert ved bruk av GLP-1-reseptoragonister, inkl. liraglutid. Pasienten bør informeres om karakteristiske symptomer, og ved mistanke om pankreatitt bør preparatet seponeres. Bekreftes akutt pankreatitt, bør behandling ikke gjennopptas. *Thyreoidea:* Thyreoideabivirkninger, slik som struma, er rapportert, spesielt ved allerede eksisterende thyreoideasykdom. 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. Ingen erfaring med behandling av pasienter med kongestiv hjertesvikt NYHA klasse IV, og preparatet anbefales derfor ikke til bruk hos disse pasientene. **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: Abdominal distensjon, diaré, dyspepsi, forstoppelse, gastritt, gastroøsofageal refluksykdom, kvalme, magesmerte, oppkast. Generelle: Reaksjon på injeksjonsstedet[2]. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt appetitt. Undersøkelser: Økt amylase, økt lipase. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Flatulens, gulping/raping. Hud: Ervervet lipodystrofi[3], hudutslett, kløe. Immunsystemet: Overfølsomhet, urticaria. Lever/galle: Gallestein, kolecystitt. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering. Undersøkelser: Økt hjerterytme. *Ukjent frekvens:* Gastrointestinale: Pankreatitt (inkl. nekrotiserende pankreatitt). Generelle: Perifert ødem. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon. [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 bevissthet, anbefales perorale karbohydrater for å forhindre tilbakefall. Se Giftinformasjonens anbefalinger for insulin og analoger A10A og liraglutid A10B J02 på www.felleskatalogen.no. **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. insulineffekt. Kardiovaskulær sikkerhet av insulin degludec er bekreftet, se SPC for ytterligere informasjon. 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. Liraglutid er vist å forebygge kardiovaskulære hendelser hos pasienter med type 2-diabetes og høy kardiovaskulær risiko. 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 1341,40.

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: 12.05.2020 **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 04.05.2020 **Pris per** mai 2020

Novo Nordisk Norway AS
Nydalsveien 28
Postboks 4814 Nydalen
0484 Oslo
Telefon: +47 22 18 50 51

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

Xultophy®
insulin degludec/liraglutid

NO20XUM00006 Mai 2020

Forhåndsgodkjent refusjon[1] | **Diabetes type 2**

Xultophy® – Basalinsulin- og GLP-1-analog i én penn på blå resept[1]

Insulatard®
(NPH-insulin)

Har du pasienter som ikke kommer i mål med Insulatard® eller andre basalinsuliner?
Overgang til Xultophy® fra 20-50 enheter basal-insulin/døgn er under-søkt i klinisk studie[2]

Avslutt nåværende behandling med basalinsulin og start opp med:

16 dosetrinn[4*]
Xultophy®

i kombinasjon med metformin

For bedre glykemisk kontroll[3]

Xultophy®
(Insulin degludec + liraglutid)

Xultophy®:

1 injeksjon daglig[4]
Kan tas uavhengig av måltid[2]

1 blodglukosemåling daglig
Juster Xultophy®-dosen som vanlig basalinsulin basert på måling av fastende plasma-glukose før frokost[2]

Se under for refusjonsbetingelser[1]

*Anbefalt startdose skal ikke overskrides og det anbefales streng glukosekontroll i overgangsperioden og i de påfølgende ukene.

Xultophy® er et kombinasjonspreparat som består av den langtidsvirkende insulinanalogen insulin degludec og GLP-1-analogen liraglutid som har komplementære virknings-mekanismer for å forbedre glykemisk kontroll[2]

Indikasjon[3]
Xultophy® er indisert til behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 for å forbedre glykemisk kontroll som tillegg til diett, fysisk aktivitet og andre orale legemidler til behandling av diabetes. For resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll og populasjoner som ble undersøkt, se SPC pkt. 4.4, 4.5 og 5.1.

Kontraindikasjon[5]
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[1]
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[6]

- **Xultophy®** er et kombinasjonspreparat og består av insulin degludec og liraglutid, som har komplementære virkningsmekanismer for å forbedre glykemisk kontroll
- **Kardiovaskulær sikkerhet** bekreftet for både insulin degludec (DEVOTE) og liraglutid (LEADER)
- **Til subkutan injeksjon** (lår, overarm eller abdominalvegg) 1 gang daglig, når som helst i løpet av dagen, til eller utenom måltid
- **Glemt dose:** Ta dosen når man oppdager det, og gjenoppta deretter vanlig doseregime. Det skal alltid være minst 8 timer mellom hver injeksjon
- **Gastrointestinale bivirkninger**, inkludert kvalme, oppkast og diare er vanlige (≥1/100 til <1/10 brukere). 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
- **Overføring** til Xultophy® fra doser av basalinsulin <20 og >50 enheter er ikke undersøkt
- **Skal ikke brukes** hos pasienter med diabetes mellitus type 1 eller til behandling av diabetisk ketoacidose

	Xultophy® kan benyttes	Xultophy® anbefales ikke
Alder	**Voksne, inkludert eldre (≥65 år)** Hos eldre (≥65 år): Måling av glukose må intensiv-eres, og dosen justeres individuelt	**Barn/ungdom under 18 år**
Nyrefunksjon	**Lett, moderat eller alvorlig nedsatt.** Ved nedsatt nyrefunksjon: Måling av glukose må intensiveres, og dosen justeres individuelt	**Terminal nyresykdom** (eGFR < 15 – og behov for dialyse/transplantasjon)
Hjertesvikt	**NYHA klasse I-III**	**NYHA klasse IV**
Leverfunksjon	**Mild og moderat nedsatt** Ved nedsatt leverfunksjon: Måling av glukose må intensiveres, og dosen justeres individuelt.	**Alvorlig nedsatt**

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 rapporteres til Statens Legemiddelverk eller Novo Nordisk. Les preparatomtalen før forskrivning av Xultophy®.

NO20XUM00006 Mai 2020

novo nordisk®
Novo Nordisk Norway AS
Nydalsveien 28
Postboks 4814 Nydalen
0484 Oslo
Telefon: +47 22 18 50 51
www.novonordisk.no
E-post: Kundeservice-norge@novonordisk.com

Xultophy®
insulin degludec/liraglutid

Kan vi bevege oss fra jobbglidning til ny oppgavefordeling?

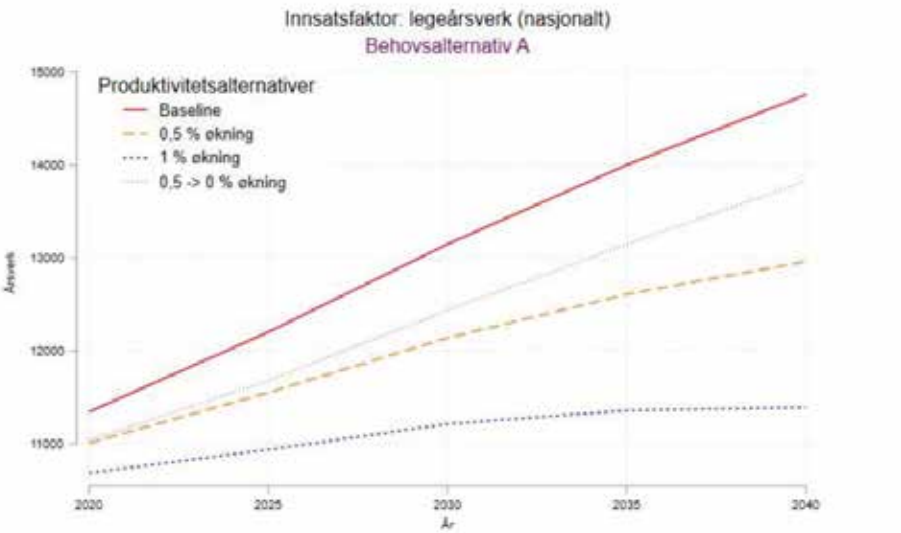
Åtte år er gått siden Overlegen sist hadde jobbglidning som hovedtema.[1] Mange innlegg var preget av forventninger om at vi sto foran store endringer, at vi var midt oppe i en spennende brytningstid. Jobbglidning fremsto som et sentralt element for å løse morgendagens utfordringer i tjenestene.

» Av **Christian Grimsgaard**, styremedlem Of, konserntillitsvalgt Helse Sør-Øst

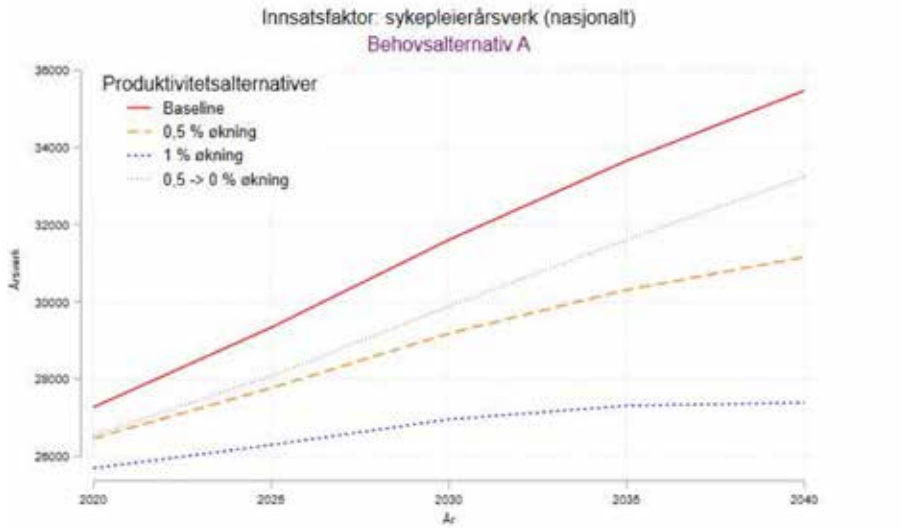
Ved gjennomlesing nå slår det meg at vi like gjerne kunne gjenutgitt nummeret – for situasjonen i helsetjenesten er nærmest uendret etter disse årene. Hvordan løse morgendagens utfordringer er stadig et uløst spørsmål. Men optimismen knyttet til at ny organisering ville være et viktig bidrag for å løse våre utfordringer fremstår nå som naiv. Ganske enkelt fordi det ikke har skjedd stort.

Selve begrepet jobbglidning kan leses som et symptom på tilstanden. En uoverveid oversettelse av «task-shift». Begrepet jobbglidning rommer både ønsket endring av oppgavefordeling, og det motsatte, det som av og til omtales som negativ jobbglidning. At sykepleierne opptas med sekretæroppgaver og at jeg til slutt begynte å vaske kontor-vinduet selv. Et begrep som rommer så ulike betydninger burde strengt tatt vært faset ut. I stedet lever det videre som en nokså treffende sarkasme over tilstanden – en viljeløs bevegelse. Vi slenger videre uten klar formening om hvor ferden går.

Men utfordringsbildet er enda mer påtrengende enn det var ved forrige korsvei. De store etterkrigskullene nærmer seg 75 år. I løpet av de nærmeste årene vil behovet for helsetjenester øke kraftig. Sykehusene i området rundt Oslo venter en behovsvekst på mellom 40 og 50 prosent fram til 2035. Fortsetter vi i det samme sporet vet vi at behovet for leger og sykepleiere (og andre) vil øke i samme størrelses-



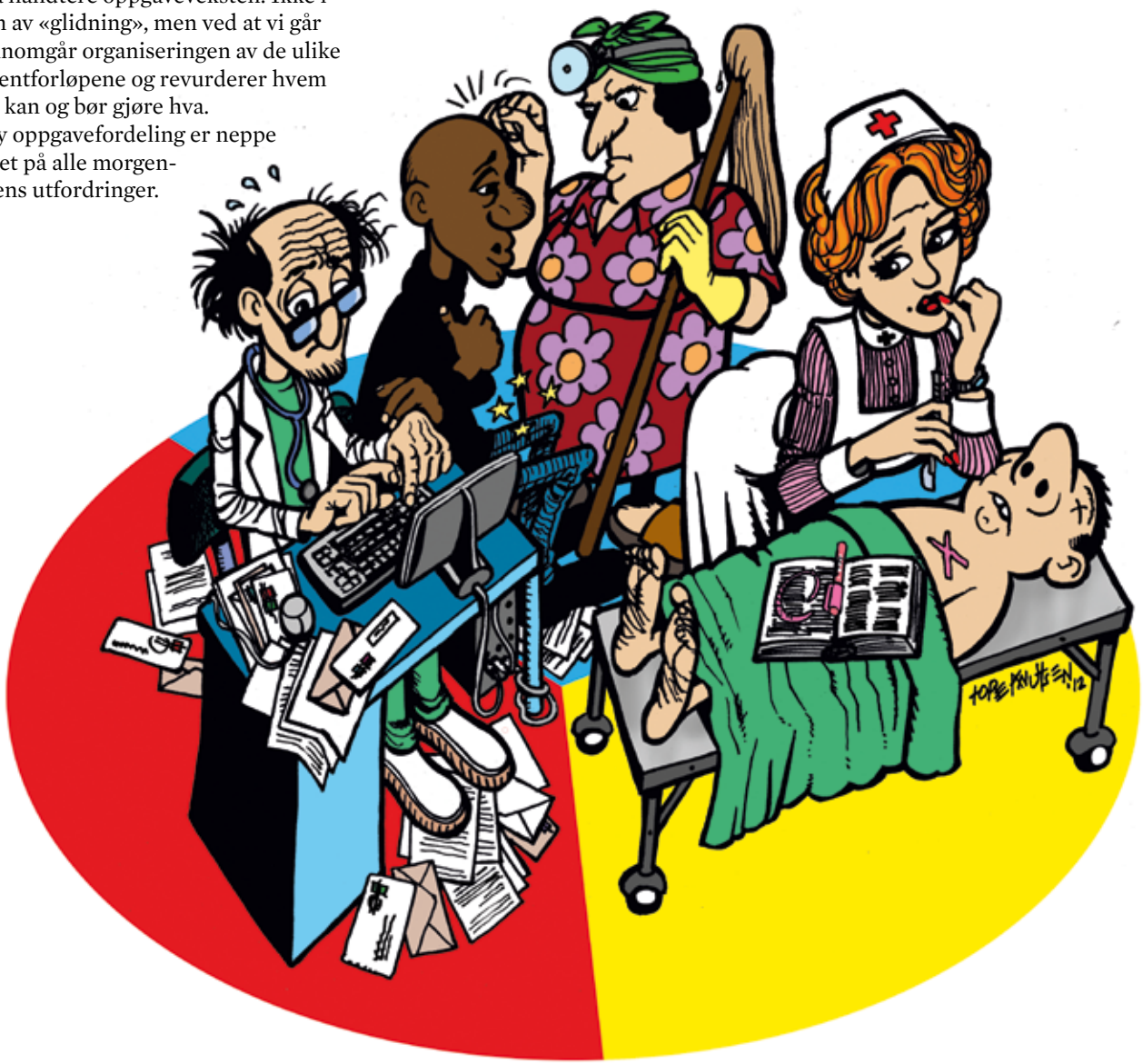
Fra rapport utarbeidet for Legeforeningen, Godager, Hagen og Torjussen; Framskrivninger av tjenestebehov, senger og årsverk i somatiske spesialisthelsetjenester, 2018-2040



orden,[2] ja faktisk enda mer fordi vi opplever «negativ jobbglidning». Vi trenger altså en god plan – mer konkret enn de mange drømmerier om at ny teknologi eller hjemme-sykehus skal redde oss.

Mange med lang fartstid i sykehus kan huske tilbake til tider da pasientbehandlingen var organisert langt mer effektivt enn vi opplever i dag. Forskning støtter en slik oppfatning; fra 2001 til 2013 falt produktiviteten blant norske sykehusleger med seks prosent.[3] Fortsetter denne trenden blir morgendagen helt uhåndterlig. Jeg tror stadig at god organisering av pasientbehandlingen ved endret oppgavefordeling bør være det viktigste tiltaket for å håndtere oppgaveveksten. Ikke i form av «glidning», men ved at vi går gjennomgår organiseringen av de ulike pasientforløpene og revurderer hvem som kan og bør gjøre hva.

Ny oppgavefordeling er neppe svaret på alle morgendagens utfordringer. Men det bør være hovedgrepet i en helhetlig plan med siktemål å legger bedre til rette for at leger og annet personell kan jobbe effektivt. Andre sentrale tiltak er effektive IKT systemer og tilstrekkelig plass til å utføre oppgavene våre (tenk bare på hva vi kunne utrettet hvis hver behandler disponerte to poliklinikkrom i stedet for ett!). Vi kunne startet med å utrydde begrepet «jobbglidning», i språk og praksis, og erstattet det med veloverveide tiltak med et klart siktemål mot bedre organisering av pasientbehandlingen – ny oppgavefordeling. ●



Referanser

1 https://www.legeforeningen.no/contentassets/64392179f28542eaabd09f1c52d5d997/overlegen-1-2012.pdf

2 https://www.legeforeningen.no/contentassets/c238e4c77fbb487c9283c01877c7be32/rapport_2018_1_legeforeningen_1des.pdf

3 https://www.frisch.uio.no/publikasjoner/pdf/2017/Postprint/JohannessenKittelsenHagen2017_accepted_36months%20embargo.pdf

Hvem gjør jobben best?

– om veldefinert jobbglidning i norsk helsevesen

Jobb- eller oppgaveglidning («physician-nurse task shifting») har de siste årene blitt et mye omdiskutert tema i helsevesen. Knappe legeressurser og en aldrende befolkning med endrede og på mange områder økte behov har ført til at spesialiserte sykepleiere (nurse practitioner (NP)) flere steder har overtatt tradisjonelle legeoppgaver – og dette har ofte vært vellykket, både fra et faglig og økonomisk/ressursutnyttelsesperspektiv.

» Av **Mathis Heibert**, styremedlem Of og gastroenterolog, Sykehuset Namsos

I nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 foreslås det en personell- og kompetanseplanlegging for sykepleiere. Sett i sammenheng med implementering av master i avansert klinisk sykepleie er det et åpenbart politisk ønske at flere legeoppgaver overtas av annet klinisk helsepersonell, både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Tema «jobbglidning» har vært omtalt i «Overlegen» i 2012. Det er interessant å se på utviklingen som har skjedd siden:

Helse Midt-Norge har i omstillingsprosess 2012-2017 utlyst 20 millioner kroner i prosjektmidler til blant annet jobbglidningsprosjekter. Det nevnes flere områder hvor det er «behov og sannsynligvis mulighet» for en slik glidning, for eksempel gastroenterologiske endoskopipoliklinikker, generelle ultralydundersøkelser og ekkokardiografi, der spesialopplært annet helsepersonell kan undersøke pasientene med en lege «nært tilgjengelig», og med mulighet for intervensjon. Dette har blitt innført i flere andre land som for eksempel Hong Kong, USA og Storbritannia der annet helsepersonell utfører både diagnostisk gastroskopi og koloskopi.

Det er utført flere studier med ulike vinklinger på resultater mellom endoskopiske undersøkelser utført av leger eller spesialsykepleier. De viktigste studiene har svakheter, og ingen av studiene har kunnet gi svaret på «hvem gjør jobben best». Det er viktig å merke seg at man i disse (eldre) studiene kun har evaluert selve prosedyren - og ikke vurderingen som følger med ved en legekonsultasjon. Det rapporteres også om avtagende antall endoskopier utført av sykepleier. [1,2]

Tilpasning og endringer i Helse-Norge er en viktig del av medisinsk videreutvikling. Helsevesenet kommer til å møte store utfordringer de nærmeste årene, og jeg støtter forandringer som forbedrer kvalitet og logistikk i et behandlingsforløp. I Norge har i dag spesialopplærte sykepleiere overtatt noen oppgaver som tidligere var legedomene, for eksempel i hjertesvikt- og diabetespoliklinikker. Dette har frigjort tid for overleger, som slik får mulighet til å utføre andre oppgaver.

En totalvurdering av pasienten er viktig og man må være klar over at også en endoskopi eller ultralydundersøkelse burde skje i en kontekst med totalvurdering av problemstillingen. I den grad annet helsepersonell utfører en slik undersøkelse, kan dette vanskelig bli mer enn en teknisk prosedyre, uten den samme kliniske vurderingen, som er en sentral del i «bestillingen» i en konsultasjon i spesialisthelsetjenesten. Om denne vurderingen må eventuelt gjøres i en ekstra timeavtale, fører det til venting for pasientene og at et initialt argument for jobbglidning i dette prosjekt - ønsket om å vinne tid, forbedre logistikk og frigjøre økonomiske midler - faller bort.

Det er viktig at betydningen og forskjellene av både legeutdanningen og andre yrkesgruppers utdanning ikke undervurderes - det er forskjellige utdanninger og det er forskjellige faggrupper som gjør en god jobb innenfor sitt område. I tillegg til definerte prosedyrer og poliklinikker skjer tradisjonell jobbglidning i praksis hver eneste dag, for eksempel i møtet mellom en erfaren sykepleier og uerfaren lege, eller omvendt. Det finnes tallrike andre muligheter or jobbglidning innenfor helsevesenet, som ville gitt leger mer tid til prosedyrer og økning av faglig kompetanse, med bedre behandling av pasienter som resultat.

Lege- og sykepleierutdanning som universitets- og høyskoleutdanning er bygd opp forskjellig og fører til ulik tilnærming til en medisinsk problemstilling. Legeyrket er basert på en lang utdannelse med et diagnostisk og behandlingsmessig fokus. Sykepleieryrket har alltid vært et praktisk yrke med fokus på observasjon, og de senere år har studiet fått status som høyskoleutdanning, mye på grunn av overbevis-

«En kompetansesatsing som beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan er viktig, men må rettes mot samtlige grupper helsepersonell og spesielt sykepleiere og leger»

ningen om at praksis og erfaring også gir kunnskap. Sykepleiernes observasjonsevne i egen poliklinikk, med legenes diagnostisk kunnskap i bakhånd fører til en forbedret behandling, men for å lukkes er det essensiell med veldefinerte ansvarsområder og klare prosedyrer.

Som eksempel for en sykepleierbasert poliklinikk vil jeg bruke et pasienttilbud som har blitt etablert i Helse Nord-Trøndelag. Irritabeltarm-syndrom (IBS) er en symptomkompleks som kjennetegnes av abdominelle smerter, forstyrrelser i avføringsmønster og nedsatt livskvalitet, ofte hos yngre pasienter. Disse blir henvist til endoskopisk undersøkelse av tykktarm som muligens krever sedasjon. Både dette og undersøkelsen kan føre til komplikasjon, i tillegg oppleves undersøkelsen for mange som ubehagelig.

Innkomne henvisninger vurderes av spesialist. Pasienter som ikke har «red flags» som vekttap, blod i avføring eller mistanke om inflammatorisk tarmsykdom tar en standard blodprøvepakke som inkluderer matintoleranse-prøver og som vurderes av spesialist før pasienten kommer til konsultasjon med spesialsykepleier som etter konsultasjon skriver og signerer notat selv og konfererer med legen etter behov (resepter, videre utredning). Legen får alle notat til gjennomsyn.

Denne modellen kan være et eksempel på veldefinerte ansvarsområder og klare prosedyrer som gjør en vurdering av selekterte nyhenviste pasienter av spesialsykepleier mulig.

Disse områder må defineres for hver (gren)spesialitet. I kardiologi kan det være aktuelt med sykepleier eller tekniker for å utføre prosedyrer etter definerte parameter (ekkokardiografi, pacemakerkontroll). Også i endokrinologi er kontroll av diabetessykepleier veletablert. Sykepleierbasert poliklinikk bidrar til å frigjøre legeressurser, men det er viktig å merke seg at det dreier seg om kontroller og ikke nyhenviste pasienter.

I andre grenspesialiteter derimot, for eksempel gastroenterologi (gastro-/colonoskopi) eller pulmonologi (bronkoskopi) krever prosedyrene samtidig en kompleks klinisk vurdering som etter min mening må utføres av en lege. Et litteratursøk viser at alle nyere studier fokuserer hovedsakelig på sykepleiernes støtterolle som kan forbedre den faglige kvaliteten av en legekonsultasjon (eksempel: høyere polypp-deteksjonsrate når en erfaren sykepleier assisterer ved colonoscopi).[3]

Et viktig moment som diskuteres lite i forbindelse med jobbglidning er utdanning av fremtidige spesialister (LIS) og en slik tilpasning bør ikke gå utover utdanning og opplæring av disse. Vi ser spesielt at tilgangen til å lære prosedyrer kan bli vanskeligere for leger i spesialisering, som igjen kan føre til svekket kompetanse hos disse legene. Det er viktig øke antall utførte prosedyrer og vurderinger på dagtid, og dermed øke kompetansen hos fremtidige spesialister og det kan være hensiktsmessig å opprette en poliklinikk med faste stillinger for LIS, som ønsker en spesialisering innenfor en grenspesialitet med mulighet for opplæring i prosedyrer.

Går man bort fra spesialisthelsetjenesten og i et internasjonalt perspektiv så har jobbglidning vært etablert i mange land og i varierende utstrekning og ofte i mangel av tilgjengelige legeressurser. Den faglige kvaliteten har vært varierende og i en oversiktsartikkel påpekes det viktigheten for standardisering av behandling og definisjon av utdannings- og praksiskrav for spesialsykepleier. [4]

Prognoser viser at mangel på spesialister(leger) og (spesial)sykepleiere er store. En kompetansesatsing som beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan er viktig, men må rettes mot samtlige grupper helsepersonell og spesielt sykepleiere og leger. CoVid19-utfordringsbilde viser oss at vi må ha mer reservekapasitet på sykehusene og det krever mer bemanning – som vi i dag ikke har.

Det er derfor ingen tvil om at en veldefinert og veldrevet spesialsykepleierpoliklinikk med spesiell fokus på kontroll og oppfølging av kroniske sykdommer, i tett dialog med spesialisten (legen) kan være et faglig godt og velegnet modell som både leverer tjeneste av høy faglig kvalitet, bedre ressursutnyttelse og samtidig gir økt pasienttilfredshet. Sammen gjør vi jobben best. ●

Kilder:

(1) Gastrointest Endosc. 1988 Sep-Oct;34(5):390-4. Video endoscopy by nurse practitioners: a model for colorectal cancer screening. Schroy PC et al.

(2) World J Gastroenterol. 2015 Apr 28; 21(16): 5056–5071. Non-physician endoscopists: A systematic review Maximilian Stephens et al.

(3) Int J Colorectal Dis. 2018 May;33(5):561-566. doi: 10.1007/s00384-018-3003-0. Epub 2018 Mar 14. Differences with experienced nurse assistance during colonoscopy in detecting polyp and adenoma: a randomized clinical trial. Wang W et al.

(4) European Journal of Public Health, Volume 26, Issue 6, December 2016, Pages 927–934, Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study Claudia B. Maier et al.

Legevakter bør bemannes med leger, men sykepleiere kan sy sår

I arveoppgjøret etter min bestefar dukket det opp et sett med trepanasjonsinstrumenter. Som lege i Lofoten på 40-tallet kunne evakuering av intrakranielle hematom stå på dagsorden, om enn sjeldent. I dag er vel dette et utenkelig scenario.

» Av **Christian Grimsgaard**, styremedlem Of, konserntillitsvalgt Helse Sør-Øst

Medisinfaget endres og med det endres kravene til faglig praksis og organisering av pasientforløpene. Men rollene og den tilhørende oppgavedelingen endres ikke i samme takt. Under studiet måtte også jeg gjennom kadaverøvelse i å evakuere intrakranielle hematom. Allerede da visst vi at treningen neppe ville komme til nytte, med mindre vi skulle ende opp som nevrokirurger. Like unyttig var øvelsene i å skille ulike lymfomer basert på blodutstryk.

Utviklingen i retning av sub-spesialisering og dedikerte pasientforløp er en av flere forklaringer på stadig bedre resultater i helsetjenesten. Bredden i utdannelsen er ikke lenger påkrevet for at vi skal kunne behandle et bredt spekter av tilstander, men for å gjenkjenne symptomer og sykdomstilstander som ligger utenfor det vi selv skal stelle med, og lose pasientene videre til riktig behandlingsnivå. Vi må kunne identifisere trykk-symptomene og avvikende blodprøvesvar, men ikke selv evakuere hematomet eller skille Hodgkin fra non-Hodgkin på kontoret.

Tidligere var generalist-kompetanse påkrevet i de langt flere roller og tilfeller i helsevesenet enn det som er tilfellet i dag. Helsetjenesten organiseres i økende grad med pasientforløp som følger etablerte linjer. Mange kirurger beskjeftiger seg med et avgrenset fag-område i store deler av karrieren. Tilsvarende gjelder mange sykepleiere og ulike støttepersonell. I mitt fagområde er det opplagt av mange enklere

Georgiy Datsenko - stock.adobe.com

oppgaver på operasjonsstua kunne vært håndtert av sykepleiere, og at mange oppgaver i poliklinikken kunne vært håndtert av fysioterapeutene vi jobber i team med. Hvorfor skulle ikke lukking av et sår inngå i operasjonssykepleiernes kompetanseområde? Og hvorfor skulle ikke kursede helsefagarbeidere kunne bistå i enklere inngrep eller «gå til hånde» på operasjonsstuene?

Ny oppgavefordeling kan være et viktig bidrag for å håndtere økte behov i tjenesten. Men skal vi lykkes må vi stake ut riktig kurs. Medisinutdannelsen ivaretar en bredde-kompetanse som andre yrkesgrupper ikke har, og i mange sammenhenger er dette den mest avgjørende kvalifikasjonen for å kunne stille rett diagnose og iverksette innledende tiltak. Regjeringens tiltak med å framskynde allmennsykepleieutdannelsen er derfor å starte i feil ende etter mitt syn. I møtet med uavklarte tilstander er en bredere og grundigere kompetanse og erfaringsbakgrunn avgjørende. Legevaktsarbeid er mer utfordrende og risikofylt enn de fleste øvrige områder vi beskjeftiger oss med.

Det er i de avklarte og forut beregnelige pasientforløpene oppgaver trygt kan overføres mellom ulike yrkeskategorier. Her er det mye ugjort, og vi kan høste store gevinster i form av mer effektiv bruk av kompetanse. Det krever imidlertid en klarere tanke og et tydeligere forsett enn vi har sett fram til nå. ●

Radiologi:
Ikke hvem, men hva

Norsk radiologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

For en del år tilbake, ble fenomenet jobbglidning et aktuelt og engasjerende tema. Emnet ble diskutert i mange ulike miljøer, og ulike utredninger og strategier utarbeidet. Innen radiologi har samtalen rundt jobbglidning vært todelt: Både horisontal jobbglidning - der oppgavene overføres til andre spesialiteter og vertikal jobbglidning - der oppgaver overføres til radiografer, har vært diskutert.

Foto: Ellen Juul Andersen/Dnlf

» Av **Helga M. Brøgger**, leder av Norsk radiologisk forening

Når det gjelder horisontal jobbglidning, er bredden på grensesnittet mellom diagnostiske spesialiteter og behandlende spesialiteter økende. Dette gjelder særlig for radiologi og de kirurgiske spesialitetene. Diskusjonen om jobbglidning har til tider vært høylytt og dette er et tema som engasjerer og vekker sterke følelser. Behovet for læringsaktiviteter og læringsarenaer, særlig innen endovaskulære prosedyrer, er stort. For å imøtekomme dette behovet har Norsk forening for intervensjonsradiologi og Norsk forening for karkirurgi, i samarbeid med medisinsk fagavdeling i Den norske legeforening, innledet et arbeide med å utforme et rammeverk for opplæring i endovaskulær prosedyrer for interesserte LIS og overleger, med utgangspunkt i en avtale som er i bruk ved St. Olavs hospital.

Det økte behovet for radiologisk kompetanse reflekteres også gjennom nye læringsmål for LIS i flere ulike spesialiteter. I forbindelse med omlegging av utdanningsløp for LIS, tilføyde en rekke spesialiteter til dels ambisiøse læringsmål innen radiologi.

Når det gjelder fenomenet vertikal jobbglidning, dreier det seg hovedsakelig om overføring av definerte diagnostiske oppgaver til såkalte beskrivende radiografer innen radiologien. Eksempler på dette er tolkning av røntgenbilder av skjelettet eller thorax.

Den mest sentrale debatten om jobbglidning innen radiologi dreier seg ikke lenger om hvem som utfører oppgavene, men om hva. Ny teknologi, særlig innen software, i form av kunstig intelligens (AI), selges inn og omtales som det som skal overta radiologenes oppgaver og roller.

Sterkest kom dette til utrykk hos en av informatikkens «grand old men», Geoffrey Hinton, som vant Turingprisen i 2018. I 2016 uttalte han på et seminar at: «...People should just stop training radiologists now. It´s just completely obvious that in five years time deep learning is going to do better than radiologists» (referanse- video fra seminaret der dette berømte utsagnet ble ytret: https://www.youtube.com/watch?v=2HMPRXstSvQ).

I ettertid har man sett at denne troen på at dyp læring vil erstatte radiologer er svært overdrevet. Det vil fortsatt være radiologiske avdelinger ved norske sykehus i 2021 og i all overskuelig fremtid. Behovet for radiologisk diagnostikk er økende. Et økende tilbud av nye og ofte dyre behandlingsmetoder er en av driverne for dette (referanse: Brustugun OT, Sørhaug S, Grønberg BH, et al. Lungekreft: Forbedret prognose gir kapasitetsutfordringer. Tidsskr Nor Laegeforen. 2020;140(5):10.4045/tidsskr.20.0014. Published 2020 Mar 26.)

For å møte dette behovet og for å kunne tilby bedre og mer presis diagnostikk og behandling av pasienter er vi nødt til å ta i bruk ny teknologi, som ulike AI produkter. Denne teknologien vil bli brukt i alle deler av arbeidsflyten i en radiologisk avdeling. Eksempler på dette er: Til å ta bedre bilder med mindre stråling og lavere doser med intravenøs kontrast, til triagering av ferdige undersøkelser ved å screene undersøkelsene for funn som krever raskt handling fra radiolog og klinikere. Denne nye teknologien vil kunne bidra med ytterligere informasjon av betydning for risikostratifisering og behandlingsvalg for pasienter, særlig innen kreftomsorg (såkalt «radiomics»).

Denne utviklingen vil kreve sitt ytterste av både radiologer og radiografer. Vi må trekke på våre styrker og sammen anvende denne teknologien til det beste for pasienter og for klinikerne. Horisontal jobbglidning slik vi kjenner det fra tidligere diskusjoner står ikke lenger så høyt på agendaen. Det som nå har hovedfokus for radiologene, er å ta i bruk sin domenekunnskapinnsikten i alle aspekter ved bildediagnostikk, på en ny måte. At vi anvender vår kunnskap om radiologi til å forbedre og utvikle nye bildediagnostiske metoder. Å finne nye måter å jobbe på, i tett samspill med andre diagnostiske spesialiteter, som gir pasienter både bedre helse og bedre opplevelser av helsevesenet. ●

Oppgaveglidning: Hvem bør utføre endoskopier?

Utrullingen av det nasjonale tarmscreeningprogrammet for kolorektal kreft som nå er i gang, vil medføre en økning i skopiaktiviteten – på toppen av en allerede formidabel økning i antall endoskopier i Norge de siste 10 år. Bør vi vurdere opplæring av sykepleiere til å utføre koloskopi?

» Av **Mette Vesterhus**, Leder av Norsk Gastroenterologisk Forening
Overlege PhD, Gastroseksjonen, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Førsteamanuensis UiB

I følge Norsk Pasientregister ble det i 2018 utført om lag 95 000 koloskopier ved helseforetak i Norge mot om lag 42.000 i 2007 – en økning med ca 5000 undersøkelser årlig. Til sammenlikning økte antall yrkesaktive spesialister i fordøyelsessykdommer <70 år i Norge med ca 5 per år (netto tilvekst) fra ca 190-230 i perioden 2010-2018. Med forventninger om ytterligere vekst i skopiaktiviteten som følge av en aldrende befolkning og innføringen av tarmscreeningprogrammet, synes det klart at behovet for flere skopører er meget stort. Et fullt utrullet tarmscreeningprogram vil medføre et årlig behov på mellom 20 000 og 50 000 koloskopier, avhengig av hvilken screeningmetode som velges[1-4]. Enkelte har tatt til orde for å utdanne andre yrkesgrupper til å utføre koloskopi – såkalt jobbglidning. Flere land, blant andre Sverige og Danmark, har utdannet sykepleier-skopører.

Norsk Gastroenterologisk Forening (NGF) er skeptiske til jobbglidning. Vi mener løsningen er å utdanne flere gastroenterologer. Allerede i 2012 diskuterte NGF om sykepleiere kan eller bør utføre endoskopier, og konkluderte med at det ikke var faglig tilrådelig at andre yrkesgrupper enn leger utfører endoskopi[5]. Diskusjonen dukket opp igjen i 2013 i forbindelse med et forprosjekt for nasjonalt screeningprogram for kolorektal kreft. Siden har saken blusset opp med jevne mellomrom, både i møter med HOD, Helsedirektoratet og i styringsgruppen for Tarmscreeningprogrammet. Argumentene fra myndighetene og regionale helseforetak har vært at oppgaveglidning vil være kostnadsbesparende og løse ressursmangel (for få skopører).

> «En utbredt misforståelse blant beslutningstakere er at man kan skille mellom rene undersøkelser og undersøkelser med prosedyrer som medfører komplikasjonsrisiko. Det er i praksis ikke mulig å trekke et slikt klart skille»

Det synes ikke klart hvordan mangel på personell løses ved å lære opp sykepleiere – som er mangelvare i like stor grad som leger; underskuddet på sykepleiere er økende. En del steder kunne skopivirksomheten vært drevet mer effektivt med bedre tilgjengelighet av undersøkelsesrom og gastrosykepleiere. Man bør også se nøye på om skopikyndige, erfarne gastroenterologer som ressurs benyttes optimalt. Jobbglidning i form av overføring av sekretærarbeid til leger har medført at tid som kunne vært benyttet til endoskopi, isteden går med til papirarbeid.

Økonomi og misforståelser

Mye av motivasjonen bak forslagene om sykepleierskopier beror på en misforstått tro på at dette vil gi økonomiske besparelser. En systematisk oversiktsartikkel basert på studier primært fra USA, Storbritannia og Nederland, viser at sykepleierskopier tvert imot er mindre kostnadseffektive enn legeskopier[6]. Dette til tross for stor lønnsforskjell mellom sykepleiere og leger i disse landene i motsetning til Norge, der innsparing i form av lønnsforskjell må forventes å være betydelig mindre.

Hovedårsaken til økte kostnader ved sykepleierskopier er et økt behov for oppfølgende endoskopier for å håndtere funn og komplikasjoner. En utbredt misforståelse blant beslutningstakere er at man kan skille mellom rene undersøkelser og undersøkelser med prosedyrer som medfører komplikasjonsrisiko. Det er i praksis ikke mulig å trekke et slikt

klart skille. Endoskopi er en invasiv undersøkelse som medfører risiko for komplikasjoner, særlig knyttet til tarmperforasjon og blødninger ved polyppektomi[7]. NGF mener at det er et legeansvar å håndtere slike komplikasjoner og at polyppektomier derfor skal utføres av lege. Gitt at polypper kan oppdages hos opp til 70% av pasienter som undersøkes i et screeningprogram, med tilsvarende behov for polyppektomi, betyr dette at lege ofte må være tilgjengelig for å overta koloskopien i tarmscreeningprogrammet. For å unngå store forsinkelser i programmet og lang ventetid med skopet i tarmen for pasienten, eller ny snarlig time for koloskopi med polyppektomi med økt belastning på pasienten, kreves det da en lege i beredskap. Det er også et legeansvar å vurdere histologisvar og videre kontroller.

Utdanningsstillinger for gastroenterologer

Det er opp til sykehusene å ansette de legene de har behov for, for eksempel leger i spesialisering i fordøyelsessykdommer som gis opptrening til å bli selvstendige skopører. Ressurser som rom og erfarne instruktører er begrensende for opplæringskapasiteten, slik at hvis man velger å lære opp sykepleierskopører kan man utdanne tilsvarende færre legeskopører. Leger i spesialisering utgjør mer fleksibel arbeidskraft som kan brukes til allsidige oppgaver på en gastromedisinsk avdeling.

NGF finner ikke faglige argumenter for at endoskopier skal utføres av andre enn leger, og det synes heller ikke økonomisk hensiktsmessig. Det er imidlertid et stort behov for flere skopører, og vi vil oppfordre helseforetakene til å opprette flere utdanningsstillinger innen gastroenterologi og å legge til rette for god og effektiv skopiopplæring for disse. ●

Referanser:

1. Holme Ø. Nasjonalt screeningprogram for tarmkreft – statusrapport. NGF-nytt. 2020;01:https://gastroenterologen.no/2020/2003/nasjonalt-screeningprogram-for-tarmkreft-statusrapport/.
2. Schult AL, Randel KR, Barua I, et al. Screening mot tarmkreft i hele Norge. Indremedisineren. 2018;02.
3. Helsedirektoratet. Nasjonalt screeningprogram mot tarmkreft – status og anbefalinger. Rapport oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet 30.6.2017. . https://helsedirektoratetno/Documents/Rapport%20om%20et%20Nasjonalt%20screeningprogram%20mot%20tarmkreftpdf Lest 3042019.
4. Helse-og-omsorgsdepartementet. Oppdragsdokument 2018, Helse Sør-Øst RHF. https://wwwregjeringenno/contentassets/bd8a11644b-744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2018-helse-sor-ost-rhfpdf.
5. Fossmark R, Bretthauer M, Gustafsson BI. Hvem bør utføre endoskopier? Tidsskr Nor Laegeforen. 2013;133(11):1171.
6. Stephens M, Hourigan LF, Appleyard M, et al. Non-physician endoscopists: A systematic review. World journal of gastroenterology. 2015;21(16):5056-5071.
7. Whitlock EP, Lin JS, Liles E, Beil TL, Fu R. Screening for colorectal cancer: a targeted, updated systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2008;149(9):638-658.

Markedstenkningens dødskyss

Vi kan ikke evaluere coronahåndteringen uten å måtte revurdere den avhengigheten vi har satt i når det gjelder import av viktige innsatsfaktorer. Dette er jo en varslet krise. De siste årene har det vært vanlig at det er leveringsproblemer for essensielle legemidler, produsert i Kina, India eller et annet lavkostland. Nå er det smittevernprodukter vi mangler.

Det evige jaget etter det billigste har konsekvenser. Trygt, kjapt og billig viste seg å ikke være så trygt allikevel. Regjeringen vil bruke 1 milliard kroner på å etablere bufferlager av medisiner. Men kanskje det er bedre å reetablere farmasøytisk industri i Europa? Betale litt mer, men ha sikkerhet for levering.

Coronaepidemien har satt hele driften av det norske helsevesenet under press. Vi har vist oss omstillingsdyktige, men mange års sulteforing av budsjetter har ført til alt for få senger og for få intensivplasser. Men dette er jo bare resultater av en markedstenkning som gjennomsyrer sykehussektoren etter foretaksreformen. Nye sykehus blir bygd for små, og nybygg må finansieres ved å generere overskudd av den pasientrelaterte driften. Sengetallet er for lavt, liggetiden for kort. Som om skolene skulle undervist fortere, slik at de frigjorde klasserom, eller at man økte fartsgrensene så bilene var kortere på veien.

«Haukugla»

Intervju med Dordi Austeng, overlege og førsteamanuensis, St. Olavs Hospital /NTNU

Oppgaveglidning fra leger til sykepleiere ved St. Olav

De siste to årene har sykepleiere injisert medisiner inn i øynene til pasienter ved St. Olavs hospital. Tradisjonelt er det leger som har utført slike operasjoner, i Trondheim som ved alle andre av landets øyeavdelinger.

» Intervjuet av **Lindy Jarosch-von Schweder**, Of-styret

Denne oppgaveglidningen, fra leger til sykepleiere, kom i gang etter at resultatene fra den randomiserte kontrollerte studien «Øyenstikker» viste at sykepleieradministrerte injeksjoner ikke er noninferior. De hadde ikke dårligere synseffekt enn behandlinger utført av leger. Effekt måles her som synsfunksjon hos pasienter før og etter ett års behandling, og pasientene i denne studien fikk behandling enten av sykepleiere eller av leger gjennom studieperioden.

Hva er forhistorien?

Forhistorien var at antallet intravitreale injeksjoner med anti-VEGF økte fra et par hundre i 2006 til over 4000 injeksjoner i 2014 (over 6000 i 2019). Behandlingen har vært en revolusjon for øyefaget og pasientgruppen, men den ble en arbeidsbelastning for øyeavdelingen. Det var ikke bare i Trondheim man opplevde dette. I tillegg til behandling fikk pasientene en grundig vurdering før behandling startet, og også kontroller før hver injeksjon med tanke på behandlingseffekten og for å vurdere tidspunkt for neste besøk. En vanlig pasient får 8 injeksjoner det første behandlingsåret. I dette pasientforløpet var 2 leger i spesialisering sysselsatt med å gi injeksjoner, og i tillegg kom altså alle kontrollene av pasientgruppen. Ved St Olavs hospital merket vi at seksjonen for netthinnesykdommer etter hvert slukte store deler av ressursene til avdelingen, og at dette gikk ut over opplæringen av LiS. Vi kom til et punkt der noe måtte skje.

Har dere hentet inspirasjon fra noen?

Ja, i 2013 hørte vi om øyeavdelinger i Storbritannia som testet ut sykepleierdrevne injeksjonsklinikker, og samme år kom «The Royal College of Ophthalmologists Statement on intra-ocular injections by non-medical health care professionals». Med støtte fra avdelings- og sykehusledelsen fikk vi midler til å

gjennomføre «Øyestikker»-prosjektet og vi utarbeidet et opplæringsprogram etter rådene fra britiske Royal College. Disse viste seg å fungere godt. Du kan si at studien på en måte testet om opplæringen av sykepleierne var god nok eller ikke.

Hvordan ivaretas kvalitet og pasientsikkerhet?

I opplæringsprogrammet vårt må sykepleierne sertifiseres før de får lov til utføre selvstendige injeksjoner. Sertifiseringen utføres av en øyelege som ikke har deltatt i opplæringen. Det siste året har LiS fått samme opplæring og trening i injeksjonsteknikk som sykepleierne og

Lenke til artikkel:

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aos.14184

Lenke til oppslag i NRK, også med video av behandlingen: https://www.nrk.no/trondelag/ved-st.-olavs-hospital-gjor-sykepleierne-norges-vanligste-oyeoperasjon-i-stedet-for-leger-1.14702493

«I opplæringsprogrammet vårt må sykepleierne sertifiseres før de får lov til utføre selvstendige injeksjoner»

de er også blitt sertifisert på samme måten. I tillegg hadde vi i vinter en dag med workshop og resertifisering av alle sykepleierne. Dette opplevdes positivt, og for å sikre kvaliteten på behandlingen har vi planlagt årlig resertifisering for de som deltar i behandlingen.

Hvordan påvirker dette arbeidsmiljø og samarbeid mellom yrkesgrupper?

«Prosjekt Øyenstikker» var et omfattende og stort prosjekt for Øyeavdelingen vår. Vi hadde 342 pasienter inkluderte i studien og logistisk sett var dette krevende da pasientene enten hørte til sykepleier- eller lege-gruppa og måtte komme til injeksjoner på riktig ukedag. Studien krevde noe ekstra av alle yrkesgrupper som måtte fylle i daglige skjema og svare på mange spørsmål de årene studien pågikk. Belønningen fikk vi både i de gode resultatene og i det gode samholdet vi fikk etter å ha gjennomført studien. Å kunne overlate injeksjoner til sykepleierne har kun vært positivt for avdelingen.

Blir utdanning, opplæring og undervisning styrket?

Gjennom studien har vi fått systematisert opplæringen i injeksjoner både for sykepleier og LiS. Vi har også sett nytten av å gjenta opplæringen årlig og sikre at vi utfører oppgaver på samme måte. Ja, på den måten kan du si at utdanning, opplæring og undervisning er styrket. Det siste året har vi i tillegg hatt sykepleiere fra to andre øyeavdelinger hos oss for opplæring i injeksjoner. Det var ekstra spennende å se om opplegget fungerte for dem også.

Blir det mer forskning, utdanning og innovasjon av dette?

Jeg har tenkt at vi burde alltid ha en studie gående i avdelingen. For det første så skjerper det oss og gjør oss bevisste på hvordan vi utfører oppgaver. Og for det andre så styrker det samarbeidet i avdelingen og gir oss mål å jobbe mot. Når det gjelder prosjekt Øyenstikker, så er den et godt eksempel på det som kalles tjenesteinnovasjon – en ny måte å organisere arbeidet på til god nytte for øyeavdelingen og kanskje for samfunnet. ●

Sjimpanser

En krise kan få frem det beste i folk. Koronakrisen har satt helsevesenet på prøve, og det er sikkert mye som kunne blitt gjort annerledes, både på forhånd og underveis.

Noe som forundrer er sykepleierens fremtreden under pandemien. De har benyttet sjansen til å fremheve seg selv som gruppe, og spesielt i sosiale medier er den økte oppmerksomheten (6000 oppslag i norske medier i mars) blitt benyttet til å argumentere for høyere lønn og fulle stillinger. Den positive omtalen ble for eksempel kommentert av sykepleieforbundets nye leder Lill Sverresdatter Larsen på følgende måte i Klassekampen: «Jeg er så lut lei uttrykket varme hender. Så fuckings lei. Sjimpanser har varme hender. Det er ikke varme hender sykepleierne skal tilby, det er faglig kompetanse».

Sykepleierne sloss på alle fronter. Først har de presset ut hjelpepleierne fra sykehusavdelingene, «turnusen blir så mye mer fleksibel med bare sykepleiere». Nå klager de over å måtte gjøre hjelpepleieroppgaver som å servere mat. De vil ha fulltidsstillinger, men svært mange vil frivillig ha redusert stilling. De vil ha høyere lønn, og sammenligner seg med ingeniører, men ikke med det mannsdominerte politiet. Det er spådd meget stor mangel på sykepleiere i årene som kommer, men ingen gruppe er så ivrig på å overta for eksempel oppgaver fra leger, enten det er på sykehus eller i kommunehelsetjenesten.

I diskusjoner på for eksempel Facebook om oppgaveglidning fra leger til sykepleiere er det heldigvis mange i medlemsmassen som sier NEI, vi har nok å gjøre som det er. La oss være sykepleiere, så kan leger være leger.

«Haukugla»

Covid-19, et startskudd på adekvat oppgaveløsning for helsetjenestene mot 2030

» Av Lill Sverresdatter Larsen, leder Norsk Sykepleierforbund

«Sykepleiere overtar legeoppgaver i en del sammenhenger, men sykepleiere vil ikke gi fra seg noen arbeidsoppgaver – hvorfor det?». **Dette spørsmålet fikk jeg her om dagen, og begrepet «profesjonskamp» hvilte dårlig skjult i journalistens spørsmål.**

Siden jeg ble utdannet sykepleier for snart tjue år siden har jeg arbeidet for adekvat oppgaveløsning. Jeg har lenge både undervist og skrevet kronikker om hva sykepleie er, og hva sykepleiere gjør. Vi utdanner sykepleiere til pasientnært arbeid, mens forskning viser at opptil 70% av arbeidet er knyttet til organisering, koordinering, logistikk og faglig ledelse. En undersøkelse gjennomført i 2019 av Tidsskriftet Sykepleien viste hvordan sykepleiere ble benyttet til renhold, transport, merkantile oppgaver og bestillinger. Noen ganger kan det å rulle hår på en gammel dame på sykehjem være sykepleie fordi det gir mulighet til å observere pasientens fysiske og psykiske helse. Selv har jeg vasket leiligheta hos en pasient med bipolar lidelse for å skape rom for den nødvendige samtalen. Å se til at lakenet i sykehussenga er strukket godt kan redusere risiko for liggesår. Derimot, alle de timene jeg har benyttet til å vaske senger oppfatter jeg som økonomisk motivert effektivisering og ikke sykepleieroppgaver.

I Dagens Medisin 18. april 2020 skrev Aud Obstfelder, Bente Norby og jeg en artikkel om å legge vekk den historiske tvangstrøyen knyttet til helseprofesjoners roller, ansvar, oppgaver og samhandling. Å diskutere oppgaveløsninger er ikke profesjonskamp, det er å ta ansvar for nødvendig samhandling for pasienten.

Vi snakker om «fastlege-krisen». «Sykepleierkrisen» er minst like stor. Vi mangler 6000 sykepleiere i Norge i dag. Skal samfunnet sikres forsvarlige og gode helsetjenester i 2021 og 2030 må myndigheter og arbeidsgivere sørge for lønnsbetingelser og stillingsbrøker som kan bidra til økt rekruttering, og ikke minst arbeidsforhold som gjør at sykepleierne blir værende i yrket. Mangel på sykepleiere gjør at det haster med å diskutere hva som er riktig oppgaveløsning. Glidning av ansvar og oppgaver skjer ikke bare mellom lege og sykepleier, men også mellom lege, sykepleier, helsefagarbeider, andre helseprofesjoner og også teknologi.

Helsesystemene er belastet i normalsituasjon. Covid-19 pandemien krever mer av oss. Prosjekt «oppgaveløsning» skjer nå i samtid, eksempelvis spesialutdannede innenfor hvert sitt felt – anestesi, operasjon og intensiv – finner nye måter å løse oppgaver på. I en nylig gjennomført medlemsundersøkelse av Norsk Sykepleierforbund ble teamarbeid og nye oppgaver trukket frem som et aspekt ved pandemien som bidro til mer læring og faglig inspirasjon. Breddekompetanse og lang erfaring har fått ny renessanse. Sykepleiere blir flyttet fra faste avdelinger til nytt ansvar og nye oppgaver ved avdelinger som har særlige behov. For eksempel dialyse på sykehus, smittesporing, opplæring og smittetiltak i kommunene. Sykepleiere i sykehjem har fortalt om Covid-19 pasienter med store pusteproblemer og angst, og stort behov for smertestillende. For sykepleierne har det vært viktig å ha fullmakt til å kunne dosere nødvendige legemidler uten å måtte vente på en lege om pandemien eskalerer. Samhandling mellom lege og sykepleier beskrives som særs tidkrevende, mye fordi digitale samhandlingsverktøy ikke er gode nok og fordi legens tilgjengelighet er begrenset.

I kommunene vet vi at antallet ufaglært helsepersonell er stort. Sykepleiere og helsefagarbeidere beskriver manglende kompetanse på smittevern blant de ansatte. Kompetanse på smittekjeder, bruk av smittevernutstyr, oppmerksomhet og forståelse av symptomer, samt tilgjengelig smittevernutstyr, er frontlinjeforsvar i kamp mot en pandemi. Sjelden har behovet for masterutdannede avanserte, kliniske sykepleiere vært større.

Oppgaveglidning er ikke nytt. Det bare skjer langt raskere under koronapandemien.

Forskning gjennom to tiår viser ingen signifikant forskjell mellom lege og

«Oppgaveglidning er ikke nytt. Det bare skjer langt raskere under koronapandemien»

Foto: Edith Stenberg / Slottsparken Oslo

sykepleier med hensyn til helseutfall, pasientforløp, ressursutnyttelse eller kostnader knyttet til konkrete prosedyrer eller oppfølging av pasienter med astma, gynekologisk kreft, diabetes, geriatrisk akutt mottak eller ved høyt blodtrykk. I tett samarbeid med legevakten eller fastlege observerer sykepleier og vurderer symptomuttrykk, samt virkning/bivirkning av behandling og pleietiltak. Erfaringer fra ulike forsøk i Norge tyder så langt på at sykepleiere kan overta flere oppgaver og utføre disse med høy score på kvalitet, nøyaktighet og pasienttilfredshet. På St. Olavs ble pasientresultatet det samme om det var lege eller sykepleier som utførte en bestemt øyeprosedyre. På akuttmottaket i Drammen setter sykepleiere blokade, noe som medfører at pasienter med hoftebrudd får raskere smertelindring. Vaksiner gitt av helsesykepleiere, jordmødre og avansert kliniske sykepleiere (AKS) kan gis samtidig med annet sykepleierarbeid og pasientene behøver ikke reise.

> «Samhandling rundt oppgaveløsning for pasient og pårørende er nøkkelen. Startskuddet er gått, la oss dra stafetten i havn»

Videre er det viktig å se på hvilke oppgaver og ansvar som andre yrkesgrupper bør utføre i stedet for sykepleiere. Kontorfaglig arbeid som i dag gjøres av sykepleiere kan med hell gjøres av merkantilt personell. Apotekteknikere har særlig kompetanse relevant for klargjøring av legemidler, slik at sykepleiere kan bruke mer tid til å vurdere virkning og bivirkning. Daglig renhold er ekspertisen til renholdere. Det er høyst nødvendig, under sykepleiefaglig ledelse, å gi helsefagarbeiderne mer ansvar på sykehjem og i hjemmetjenestene, noe som krever at vi ser på organisering på nytt.

Ingen av oss vet helt hvordan framtida blir med tanke på bærekraftige, moderne og kompetente helsetjenester – med høy kvalitet og pasientsikkerhet. Vi trenger å heve blikket og det haster med å diskutere profesjonsrelasjoner, ansvar og oppgaver på nytt. Tvangstrøya må av. Samhandling rundt oppgaveløsning for pasient og pårørende er nøkkelen. Startskuddet er gått, la oss dra stafetten i havn. ●

Delegering og dokumentasjonsplikt

Dokumentasjonsplikten er først og fremst begrunnet i hensyn til faglig forsvarlighet og pasientsikkerhet. Den er en naturlig del av de krav som stilles til profesjonsutøvelse for flere helsepersonellprofesjoner. Over tid har dette gått fra å være et faglig krav sprunget ut av profesjonen selv til å bli en juridisk forpliktelse for alt helsepersonell i lov og forskrift. Brudd på denne plikten kan få juridiske konsekvenser. Legeforeningen får ofte spørsmål om legens plikter til å dokumentere i situasjoner der annet helsepersonell har utført oppgaver i pasientbehandlingen.

» Av **Lars Duvaland,** Avdelingsdirektør, Jus og Arbeidsliv, Dnlf

Plikten til å dokumentere ligger på det enkelte helsepersonell, jf helsepersonelloven § 39. Plikten gjelder ikke for «samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon eller rettledning fra annet personell». Dette er egnet til å skape tvil i den praktiske hverdag med utstrakt samarbeid og hvor legen ofte er leder av et team. Unntaket er begrunnet i hensynet til å unngå dobbeltføring. Det må ses i sammenheng med at helsepersonelloven slo sammen en rekke ulike særlover som hver for seg påla dokumentasjonsplikt for ulike helsepersonellgrupper (leger, jordmødre, sykepleiere osv). Man ville bort fra en rekke ulike journaler og over til én pasientjournal per pasient. Man fryktet samtidig at alle de ulike gruppene skulle føre journal som før, med en uoversiktlig informasjonsmengde som resultat.

Også kravet til en journalansvarlig (helsepersonelloven § 39, annet ledd) må ses i denne sammenheng. Det skal utpekes en journalansvarlig for den enkelte pasientjournal. Formålet med denne ordningen er å ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen. For å kunne ivareta dette må journalansvarlig være en person med tilstrekkelig ansvar for pasientbehandlingen til å ivareta en slik totaloversikt. Konstruksjoner, der for eksempel avdelingsoverlegen er journalansvarlig for alle pasientjournaler i avdelingen, er ikke i tråd med lovens formål.

Det ligger altså et krav til selvstendig ansvar for (deler av) pasientbehandlingen for at dokumentasjonsansvar skal inntre. Dette må igjen ses i lys av at helsepersonelloven gikk bort fra den tidligere oppfatningen om at legen som behandlingsansvarlig i prinsippet hadde totalansvaret for alle tiltak i pasientbehandlingen og derfor at alt skjedde på legens delegasjon. Med helsepersonelloven kom en ansvarsregulering som innebærer at det enkelte helsepersonell har ansvar og plikter i tråd med autorisasjon og eventuelle tilleggskvalifikasjoner som setter vedkommende i stand til å utføre oppgaver selvstendig. Dette er naturligvis ikke det samme som at man må ha et selvstendig oppfølgningsansvar for pasienten, men kan også være mindre delbidrag i et teamarbeid. Som hjelp for tanken mener jeg det kan være nyttig å bruke en «rolletilnærming». Som regel vil det enkelte personell kunne sies å ha dokumentasjonsansvar i tråd med sin rolle i et pasientforløp.

Dette betyr ikke at lovgivningen ikke også åpner for at oppgaver gjøres på delegasjon der det enkelte personell selv ikke har kvalifikasjonene. Dette kan være særlig aktuelt i nød- og krisesituasjoner som for eksempel pandemihåndteringen, der personellknapphet kan gi behov for slike tiltak. Et tenkt eksempel er håndtering av respirator for en sykepleier uten spesialutdanning i intensivsykepleie. I slike tilfeller er det naturligvis avgjørende at legen har anledning til å ha tilstrekkelig kontroll med både opplæring og instruksjon/supervisjon med arbeidet som gjøres. Oppgaveoverføringer som ikke ivaretar dette vil raskt være i strid med lovens krav til faglig forsvarlighet. Der det er realitet i at legens oppgaver delegeres vil legen være overordnet ansvarlig for både opplæring, supervisjon av arbeidet og dokumentasjonen. Overleger som opplever at ansvarsforhold konstrueres og at man ikke settes i stand til å vurdere oppgaver som arbeidsgiver vil «delegere» har selv et ansvar for å påpeke dette overfor ledelsen. Tilsvarende bør overlegen sørge for å dokumentere slike begrensninger i f eks journalnotater man får seg forelagt til godkjenning. På denne måten kan man flytte fokus fra et individansvar for den enkelte lege til et systemansvar for ledelsen.

Ledelsen har en plikt til å tilrettelegge for at legens skal kunne oppfylle sine krav etter helsepersonelloven (for eksempel forsvarlig pasientbehandling og dokumentasjonsplikt), jf helsepersonelloven § 16. Både i spesialisthelsetjenesteloven (§ 3-2 og i helse- og omsorgstjenesteloven (§ 5-10) er det stilt systemkrav til virksomhetene om at journal- og informasjonssystemer skal være forsvarlige.

Jeg har gjennomgått helsepersonellnemndas avgjørelser som gjelder overtredelse av dokumentasjonsplikten. Gjennomgående vurderes det enkelte helsepersonell ut fra rolle og kvalifikasjoner i pasientbehandlingen. Jeg har ikke funnet eksempler på at man holder legens ansvarlig der sykepleieren har dokumentert mangelfullt. Et interessant eksempel er HPN 2013-282 der en avdelingssykepleier hadde gått ut over sitt myndighetsområde og kompetanse som sykepleier. Hun hadde begått en rekke feil i forbindelse med legemiddelhåndtering. Ulike leger hadde vært overordnet ansvarlig for pasientbehandlingen, men hadde fått mangelfull informasjon. Sykepleieren ble selv holdt ansvarlig, også for brudd på dokumentasjonsplikten. Nemnda uttaler:

Klageren var den som var nærmest til å sikre at opplysninger fra legevisitt eller forhold knyttet til hennes egne observasjoner i forbindelse med kontakt med pasientene på posten ble dokumentert på rett måte. Hun har brutt journalføringsplikten når hun gjennomgående ikke dokumenterte i pasientenes journaler. Manglende eller mangelfull journalføring fra klagerens side gir i tillegg begrenset mulighet til å etterprøve forsvarligheten av klagerens yrkesutøvelse.

Klageren har opplyst at hun skrev ting opp i en bok (legeboka), for eksempel dersom hun seponerte legemidler for en pasient, og at det ble delegert videre til andre å registrere opplysningene. Å skrive informasjonen i en type beskjedbok eller legevisittbok, som fungerer som et internt kommunikasjonsverktøy, er imidlertid ikke tilstrekkelig til å ivareta journalføringsplikten

En personlig refleksjon etter mange år som rådgiver for leger er at man selv frykter å ha mer omfattende juridisk totalansvar enn man faktisk har, herunder for dokumentasjon. Det beste tipset for tvilssituasjoner er å dokumentere egne bidrag i pasientbehandlingen, samt gjerne hvilke forhold som er overlatt annet personell og som man derfor ikke har forutsetninger for å ha oversikt over. ●

©Monet - stock.adobe.com

Litteratur:
Sentrale helserettslige emner, Befring, Kjelland og Syse, Gyldendal, Oslo 2016
Jus for leger, Befring, Høyskoleforlaget, Oslo 2002
Helsepersonelloven med kommentarer, 3. utgave, Fagbokforlaget, Oslo 2010.

«Men occasionally stumble over the truth,
but most of them pick themselves up
and hurry off as if nothing had happened»
Winston Churchill

Akutt kirurgi og sentralisering

Foto: Knut Selmer

Av **Brynjulf Ystgaard**,
St. Olavs Hospital, Trondheim

Lokalisering, dimensjonering og funksjonsfordeling mellom sykehus er en kompleks diskusjon. For nybygg gjøres dette enda vanskeligere grunnet planleggingshorisonten, det tar gjerne ti år fra planleggingsprosessen er fullført til sykehuset kan taes i bruk, og det er som kjent vanskelig å spå, især om framtiden. Dette er det mange eksempler på; Nevrosenteret på St. Olav ble i sin tid planlagt uten dagkirurgi. Når det åpnet, ble en god del av disse prosedyrene gjort nettopp som dagkirurgi. Så hvordan planlegge vår institusjonshelsetjeneste, med best mulig resultat?

Mye av problematikken er diskutert i de to siste utgavene av Overlegen. Et av de halvveis avglemte aspektene ved bygging av sykehus er nå aktualisert av Covid-19, noe som helt sikkert vil påvirke prosjekter som nye OUS. Dette er imidlertid ikke mitt hjertebarn. Sven Erik Gisvold skrev i Overlegen 4-2019 følgende om akuttkirurgi:

Og – det finnes ikke god dokumentasjon for at sentralisering og stordrift er verken billigere eller bedre. Erfaringene tyder på det motsatte.

Jeg vet ikke hvilken erfaring han referer til, men det finnes holdepunkter for at sentralisering gir bedre resultater. Konklusjonene er riktignok ikke entydige, og det er heller ikke sikkert hvilken overføringsverdi til Norge disse har. Det er også slik at organiseringen av akuttkirurgi og traumebehandling ikke vil påvirke folkehelsen i noen registrerbar grad. Andre faktorer er nok viktigere. Men denne type kirurgi er likefullt et hett diskusjonstema.

Opplevd kvalitet av behandling er et produkt av tilgjengelighet, dvs kapasitet ved behandlingssted og reiseavstand til samme, og den faktiske kvalitet av behandlingen. Det siste er basert på kompetanse, og kompetanse er ferskvare. Den må holdes ved like gjennom regelmessig klinisk praksis. Den spissede spesialitetsstruktur vi ser gjennomført i de fleste land vi sammenligner oss med, gjør det siste stadig vanskeligere, og har foranlediget en rekke publikasjoner de siste årene. Konklusjonene er ikke helt entydige, men tendensen er klar. Noen publikasjoner fra USA trekker entydig i retning av at små institusjoner gjør det dårligere enn større, med hensyn til morbiditet og mortalitet etter justering for komorbiditet og andre kompliserende faktorer. En pasient overflyttet fra et sted til et annet gjorde det også dårligere enn sammenlignbare pasienter på mottaksstedet, med en marginal, men signifikant forskjell. Det foreligger imidlertid to populasjonsbaserte studier, en fra Maryland og en fra Irland. Disse konkluderer litt annerledes. Man finner ikke her signifikante forskjeller mellom sykehus av forskjellig størrelse, men man finner klar forskjell på forskjellige «surgical teams», i praksis kirurgvolum. Kirurger med høyt volum, for Irland over 60 prosedyrer i året, gjorde det betydelig bedre enn kirurger med mindre enn 30 prosedyrer årlig. Stedet de arbeidet på spilte mindre rolle, men de fleste team med høyt volum arbeidet på større institusjoner. For Maryland var nedre cutoff 8 større geriatriske akuttinngrep årlig.

En rapport fra Nuffield Trust, UK i 2016, konkluderte med at det ikke var sammenheng mellom sykehusvolum og behandlingsresultat, men anførte at det var stor forskjell fra kirurg til kirurg. Lav-volum institusjoner utførte under 50 større (major) inngrep i året, noe som etter norske forhold er ganske høyt. Det er ikke veldig mange norske sykehus som har mer enn en akutt laparotomi i uka. St Olav har rundt fem slike inngrep i uken.

Det pågår også en diskusjon om profilering i retning av hva vi kan kalle akutt bløtdelskirurgi. En slik profilering har gitt bedrete behandlingsresultater,

Referanser

Nally DM, Sørensen J, Valentelyte & al Volume and in-hospital mortality after emergency abdominal surgery: a national population-based study BMJ Open 2019; 9:e032183, doi:10.1136/bmj-open-2019-032183

Mehta A, Dultz LA, Joseph B & al Emergency general surgery in geriatric patients: A statewide analysis of surgeon and hospital volume with outcomes J Trauma Acute Care Surg 2018;84(6):864-74

Ogola, GO, Haider A, Shafi S. Hospitals with higher volumes of emergency general surgery patients achieve lower mortality rates: A case for establishing designated centers for emergency general surgery J Trauma Acute Care Surg 2016; 82(3): 497-504

Watson R, Crump H, Imison C & al. (2016) Emergency general surgery: challenges and opportunity. Research report, Nuffield Trust Castillo-Angeles M, Uribe-Leitz T, Jarman M & al. Transferred Emergency General Surgery Patients Are at Increased Risk of Death: A NSQIP Propensity Score Matched Analysis J Am Coll Surg 2019; 228(6):871-7

også i behandling av akutt appendicitt. Den irske studien kan brukes for å støtte en slik tanke; det overraskende her er at lav-volum kirurger på store institusjoner gjorde det, om ikke dårligere, så i hvert fall like dårlig som lav-volum kirurger ved små sykehus.

Men selvfølgelig må dette veies opp mot tilgjengelighet. Det er svært tydelig her jeg sitter på Longyearbyen sykehus, med to timers flytur til UNN, hvis værgudene er velvillige. Slike situasjoner må møtes på annet vis. Rotasjonsordninger vil være en mulig kandidat, noe som er forsøkt i det amerikanske forsvaret. Resultatene derfra synes å være gode.

Så konklusjonen? Som sagt vil ikke endring av klinisk praksis her påvirke folkehelsen, men 80% av mortaliteten ved en generell kirurgisk avdeling utgjøres av pasienter i akuttgruppen. Så hvis man ønsker å redusere mortalitet, vil min anbefaling være å sentralisere generell akuttkirurgi, dette med unntak som skissert ovenfor. Men det er kanskje ikke nok, kompetansen på sykehus som skal drive med akutt bløtkirurgi bør spisses. Noe som kan underbygges av den irske studien og studien fra Maryland. Og kanskje av en prospektiv registrering av denne virksomheten ved norske sykehus, før endringstiltak iverksettes? ●

Of representerer også spesialister i lederstillinger og markerer dette med å etablere en egen spalte. Her inviterer vi medlemmer i lederstillinger til å reflektere over tema spesielt relevante for denne gruppen fremover.

Fra tillitsvalgt til toppleder

Overgangen fra tillitsvalgt til toppleder kan enklest beskrives slik: For meg gir det mening å jobbe sammen med andre for å skape en bedre helsetjeneste. Det gjorde jeg i Legeforeningen og det gjør jeg i Sykehuset Østfold. Nå som da er noe lett og noe vanskelig. Jeg får mest arbeidsglede av samarbeid med gode kolleger i jakten på løsninger og variasjon i oppgavene.

Foto: Sykehuset Østfold

» Av **Hege Gjessing**, adm.direktør, Sykehuset Kalnes Østfold

I det siste har jeg kjent takknemlighet over å være en del av helsetjenesten, når vi igjen har sett hvor viktig helse og behandling av sykdom er for enkeltmennesket og for tryggheten og stabiliteten i samfunnet. Da de skremmende beskrivelsene kom fra Italia, og alvoret gikk opp for oss, svingte folk seg rundt og gjorde alt de kunne for å sikre at vi kunne ta best mulig vare på pasienter og ansatte. Det har vært et privilegium å lede sykehuset gjennom denne fasen, og jeg håper følelsen mange har hatt av lagånd, systematisk arbeid, god kommunikasjon og mestring av store utfordringer blir hengende igjen lenge.

I min siste leder i Tidsskriftet skrev jeg at «målet ikke alltid helliger midlene». Jeg husker at jeg var opptatt av det på slutten av tiden i Legeforeningen. Det hadde gått opp for meg at vi sjelden har svaret, men hele tiden er i prosess. Det betyr at vi ikke kan vite sikkert om vi kommer i mål, men kan gjøre mye for å jobbe godt på veien mot målet vi har satt. Ordet «prosess» gir sikkert forskjellige assosiasjoner, men faktum er at alt liv, all sykdom, all behandling og all utvikling av sykehus og helsetjeneste er prosesser. I Legeforeningen lærte jeg å anerkjenne dette, bli mer tålmodig og respektere prosessene og menneskene som deltok. Jeg erfarte at hver gang noe falt på plass, dukket noe nytt opp, og at det ofte var overraskende mange innfallsvinkler, for- og motforestillinger som måtte tas hensyn til. Det var viktig å finne god balanse mellom kompromissvilje og beslutningsevne. Det var også viktig å ikke miste motet når det ble motstand. Disse erfaringene er fremdeles nyttige for meg. Jeg mener at det er helt nødvendig å glede seg over alle fine og rare hendelser i en sykehushverdag og alle små og store ting man får til, samtidig som vi setter klare mål og retning framover og anerkjenner at mange har høyt arbeidspress og påvirkes av å jobbe med tunge menneskeskjebner og alvorlig sykdom.

Alle som har fulgt med på Sykehuset Østfold vet at vi har for liten plass. Vi har over 100 prosent belegg for ofte. Evalueringen av byggeprosjektet er snart ferdig, og de som planla nytt bygg gjorde sitt beste for å få alle ender til å møtes. Samtidig var det lagt noen forutsetninger som er endret for bygging av nye sykehus. I SØ må vi øke sengetallet og redusere belegget. Vi har begynt arbeidet for å finne ut hvordan dette kan gjøres. Selv om det ikke er enkle løsninger, er det bra å være i gang. Jeg synes vår modell med et akuttsykehus og et godt elektivt sykehus er bra. Sykehusmiljøene i Østfold var tidlig ute med å legge ned stridsøkser og jobbe i fellesskap for best mulig pasientbehandling.

Noen lurer nok på om jeg har møtt meg selv i døra etter «skiftet av side». Selvfølgelig er det interessant å se saker fra den andre siden og i noen tilfeller få ny forståelse. For tiden mener jeg at langt flere bør ta lederansvar, fordi ansvarsfølelsen som følger er nyttig å erfare. Kan vi i fremtiden se for oss en modell der mange flere har, for eksempel, 30 prosent lederansvar og resten klinikk? Ellers har jeg oppdaget at jeg med jevne mellomrom blir møtt med at jeg «bare snakker om økonomi» – og at jeg derfor oftere enn før leter etter måter for å forklare at jeg hvert fall forsøker å snakke om god pasientbehandling. At dette skulle bli såpass fremtredende og komme så fort har overrasket meg.

Min siste betraktning er om tillit. Et sentralt og viktig kvalitetstegn. Pasienter legger sine liv i legenes hender og må ha tillit til at de våkner opp igjen etter operasjonen. For at sykehuset skal fungere best mulig nå det være høy tillit til hverandres kompetanse og vilje til å hjelpe, i og mellom fagmiljøene. Samtidig er sykehus hierarkiske og med presisjonsarbeid som gir høy risiko for å gjøre eller oppleve feil. En kan hevde at denne risikoen i seg selv gir grobunn for frykt og usikkerhet. Jeg ble raskt spurt om SØ kunne bidra i et pilotprosjekt om arbeidsmiljø for LIS-leger, og en av våre avdelinger er i gang. Jeg håper det vil gi oss erfaringer som gjør at vi kan bli enda bedre på trygge miljøer med høy tillit. ●

HELSE NORD

Det spesielle nord

» Av **Cecilie Daae**, adm.direktør, Helse Nord

> «Jeg er imponert over all aktiviteten og det gode samarbeidet både regionalt og mellom helseregionene»

Takk for anledningen til å dele noen refleksjoner som ny administrerende direktør i Helse Nord RHF. Jeg kom fra stillingen som direktør i Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB), og rakk så vidt å besøke de fleste av helseforetakene her i nord før fokuset fra slutten av februar ble helseberedskap og covid-19. Det ble ikke den rolige og strategiske tilnærmingen til ny jobb og nye oppdrag jeg så for meg.

Kriseberedskap er å forberede seg godt på det vi håper ikke skjer, dilemmafylt og vanskelig både i teori og praksis. I DSB-rapporten «Analyser av krisescenarioer» fra 2019 pekes det på pandemi og legemiddelmangel som de to hendelsene med størst sannsynlighet og konsekvens for Norge: «De to tenkte, uønskede hendelsene har både høy sannsynlighet og store konsekvenser. Spesielt for liv og helse, men også for samfunnsstabilitet og økonomi. (..) Hendelsene antas å skape stor uro, fortvilelse og avmaktsfølelse i befolkningen, og mange vil kritisere myndighetene for manglende beredskap.» En slik analytisk tilnærming til de mest krevende scenarier gjør nok at jeg kanskje ble mindre overrasket enn mange andre da pandemien traff oss. Men intensiteten og hurtigheten i utbredelsen var overraskende også for meg.

Situasjonsforståelse, informasjonsdeling, samordning og koordinering. Dette er de tre områdene jeg konsentrerer min beredskapsledelse og organisering av arbeidet omkring. Det å sikre disse tre punktene er avgjørende. Med utgangspunkt i de regionale helseforetakenes «sørge-for-ansvar» jobber vi hele tiden for at vi har felles mål, kjennskap til felles strategier og forståelse for hverandres roller, ansvar og behov for samhandling og koordinering, om enn ikke alltid like lett.

Fra 25. februar til 4. mai har jeg vært i Nord-Norge, selv om jeg egentlig er ukependler. Men jeg erfarer at denne typen beredskapssituasjon krever kontinuerlig nærvær. Geografisk distanse skaper distanse til det arbeidet som må skje, og jeg har kjent på at jeg har måttet være kontinuerlig koblet på for å kunne lede og understøtte på en best mulig måte.

Vi har lett for å si at «det er så spesielt her nord», men jeg vil heller omformulere dette til å si at vi har spesielle forhold vi må ta hensyn til i Nord-Norge. Derfor kom vi tidlig i gul beredskap, og sto lenge på det beredskapsnivået selv om vi står i grønt nå. I Nord-Norge har vi en spredt befolkning, gode men til dels små sykehus, og store avstander. Vi er helt avhengig av flytransport og luftambulansetjeneste for å kunne ivareta pasientene våre i en situasjon hvor flyavgangene er få, og mange av flyplassene våre er stengt. I tillegg er været i regionen vår ganske så ublidt til tider. Dette skaper store utfordringer for pasienttransport, det være seg i luft, på vei eller på vann. Når vi nå i tillegg skal være forberedt på andre hendelser, som ras og flom, gir dette oss noen helt spesielle utfordringer og behov for fortsatt fokus på høynet beredskap.

Jeg er imponert over all aktiviteten og det gode samarbeidet både regionalt og mellom helseregionene. Det er kort vei mellom HOD og regionene og de nasjonale aktørene Helsedirektoratet, FHI, SLV og andre. Vi vil ta med oss mange nyttige læringspunkter fra denne situasjonen. De kommende evalueringene blir spennende og vil gi både opp- og nedturer. Men det må vi tåle, for er det noe vi kan si med sikkerhet, så er det at vi vil se flere pandemier i fremtiden. Det er ennå svært mye som er usikkert med tanke på pandemien vi står i akkurat nå, men som assimilert nordlending velger jeg å tro på det nordlendingen gjerne sier i en krisesituasjon: «Vi står han av.» ●

Overlegen fortsetter serien om overleger som har gjort seg bemerket ved å gjøre en stor innsats på også andre områder enn sitt daglige virke som overlege.

Brynjulf Ystgaard

Foto: Knut Selmer

» Intervjuet av **Arne Laudal Refsum**

Brynjulf Ystgaard er spesialist i gastroenterologisk og generell kirurgi og er overlege. Han har erfaring med krigskirurgi og nødhjelpsarbeid gjennom mange år som teamleder for Røde Kors i internasjonale operasjoner og som initiativtaker til hjelpeorganisasjonen CapaCare.

Han var den første redaktøren i «Overlegen». Ystgaard er utnevnt til Ridder 1. klasse av Den Kongelige Norske St. Olavs Orden for hans innsats innen medisin og humanitært arbeid.

Hvorfor ble du lege?

Du snakker om begivenheter fra forrige årtusen, det er ikke alt som er like lett å huske. Men jeg mener bestemt at det hadde noe å gjøre med min tante og inngiftede onkel, de var henholdsvis helsesøster og distriktslege på Inderøy i Trøndelag. For meg virket det de holdt på med som spennende og utfordrende, også fordi historiene deres var ispedd begivenheter fra 2. verdenskrig. Så da jeg fikk gode nok karakterer på videregående til å komme inn, var det ikke tvil i min sjel.

Hvorfor ble du gastrokirurg?

Den veien var litt mer kronglete. Etter ikke helt vellykkede forsøk på patologi og allmennmedisin, fikk jeg et vikariat på kirurgisk avdeling i Kristiansund, hos overlege Hope. Etter det var jeg fanget av kirurgien. Jeg likte gastrokirurgi mye på grunn av akuttsituasjonene, inngrep som ga deg utfordringer i feltet som måtte løses der og da. Jeg kunne nok valgt andre subspesialiteter, men sett i retrospektoskopet er jeg fornøyd med valget jeg tok.

Tenkte du på andre spesialiteter?

Jeg tok under studietiden et år med tropemedisin i San Francisco. Dette var et veldig inspirerende opphold for den generelle interesse for faget, men også for infeksjonsmedisin som året hovedsaklig dreide seg om. Så jeg planla selvfølgelig å bli infeksjonsmedisiner. Det stoppet ved turnustjenesten, indremedisin den gang var i veldig stor grad geriatri, veien til infeksjonsmedisin var lang, og virket for meg lite fristende. Men jeg synes fortsatt at faget er veldig interessant, kan nok tenke meg at jeg hadde trivdes godt med det også.

Hva har gjort mest inntrykk på deg i løpet av karrieren?

Verden er full av tragedier, i Afrika, Asia, Haiti og også i Norge. Jeg har sett mange slike i forskjellige sammenheng, de gjør inntrykk. De motiverer til videre innsats, men de gjør meg også takknemlig for at mine barn vokste opp i Norge. Det som likevel har gjort størst inntrykk på meg er livsgleden du møter, uansett hvor ille forholdene er. To episoder vil være med meg til jeg dør; julefeiringen i Lokichokio, på Røde Kors sitt feltsykehus nord i Kenya. 1. juledag ble det arrangert en fotballkamp hvor alle spillerne hadde i hvert fall et bein amputert. Det gikk i full fart, på en eller to krykker, med utrolig pågangsmot og en seiersglede du sjelden ser maken til. Den andre episoden har motsatt fortegn; i Masanga i Sierra Leone kommer det inn en ung mann med respirasjonsbesvær. Vi finner ingenting annet enn hypoxi, og en ting til, paralytisk intercostalmuskulatur. Han døde, vi hadde hverken respirator eller jernlunge. Han hadde ikke fått poliovaksine...

Hva er du mest stolt av å ha fått til?

Uten tvil CapaCare, som jeg startet sammen med Håkon Bolkan. Dette er en organisasjon som har til hensikt å gjøre helsearbeidere i Low and Middle Income Countries (LMIC)-land bedre i stand til å løse sine problemer uten hjelp utenfra. Vi har foreløpig konsentrert oss om kirurgi i Sierra Leone, men håper på å ekspandere faglig og geografisk. Det mest gledelige er den entusiasme, dyktighet og faglige stolthet mine yngre medarbeidere både i Europa og i Sierra Leone viser for vår aktivitet. Det gir meg tro på at dette vil fungere lenge etter min tid.

Hva er mest ergelig å ikke ha fått til?

Å kunne påvirke og modifisere vår nye spesialiststruktur. I prinsippet er jeg av den oppfatning at en detaljstyrt, rigid spesialiststruktur ikke er tilpasset den dynamiske (pre-Covid19) situasjonen vi befinner oss i, teknisk og sosialt. Kirurgien har gjennomgått en rivende utvikling siden jeg ble spesialist i 1990. Det er fortsatt liten grunn til å tro at disse endringene stopper nå eller at tempoet går synderlig ned. En karriere varer vanligvis noe over 30 år, og en

Foto: Rune Petter Ness

Brynjulf Ystgaard har jobbet med katastrofearbeid i over 20 år. Her fra Haiti i 2010.

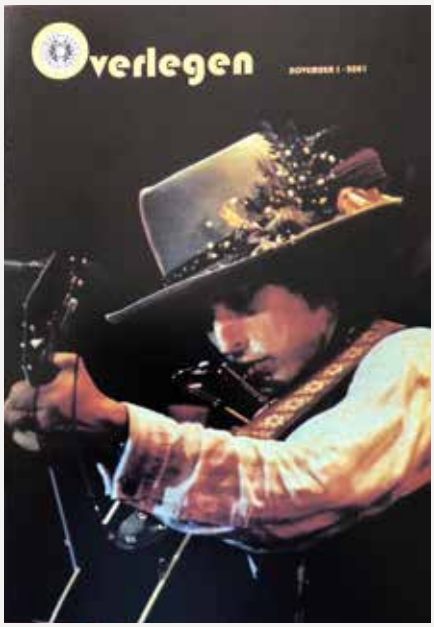
spesialitet bør ha potensiale til å overleve i hvert fall en generasjon spesialister. Noe vår spesialistreform ikke legger opp til.

Capa Care, Røde Kors, andre internasjonale engasjementer: Nevn noen oppdrag, inntrykk, læring, «Take home Message»?

Vi lever i en høyteknologisk medisinsk verden, med løsninger som forutsetter tilgang på litt av hvert. Mange av de vi møter har ikke en slik bakgrunn. Men de har utviklet teknikker for å overleve under de rådende forhold, teknikker som under gitte forhold kan være like anvendelige som de vi bruker. Så mitt basale råd er ydmykhet. Det er ikke sikkert at våre løsninger er det beste for ethvert gitt problem. Så lytt til lokale råd, og tilpass løsninger etter de lokale forhold. Og de varierer mye. I India lurer man på om vi har invasiv cardiologi med oss når vi kommer med et feltsykehus, i Sør-Sudan er ultralyd et avansert instrument. Man må treffe vanskelige valg om prioritering. Hvorfor ikke ta med en respirator? Svaret er som regel at det vil binde opp arbeidskraft som er essensiell i andre deler av virksomheten. Disability adjusted life years (DALY) er et operativt redskap, det må styre din virksomhet.

Hvordan lage seg rom/tid til slikt internasjonalt engasjement og også nasjonalt (Brokkforum/Of/Overlegen) i en travel karriere?

Det dreier seg nok om prioritering. Jeg liker å tenke på meg selv som et bindeledd mellom min foreldregenerasjon og mine barns generasjon. I det perspektivet blir kompetanseoverføring sentralt, til meg og fra meg. Noen ting vil da gå tapt, og dagene har i perioder hatt for få timer. Men det sies, at hvis du vil ha noe gjort, spør en som har det travelt. Og som synes at det vedkommende driver på med er morsomt. For det har vært en ledestjerne gjennom all min virksomhet, å ha det gøy. Og se at det vokser etter seg, som det at Overlegen nå er blitt et av de mest interessante helsepolitiske tidsskrifter som er tilgjengelig! ●



Faksimile av første utgave av Overlegen, november 2001.

Se lenker her:
https://www.adressa.no/nyheter/trondheim/article10157852.ece
https://www.legeforeningen.no/contentassets/77ee066e1a4446ea91a79903d7729962/overlegen-nr-3-2013.pdf , side 20-23.

Presentasjon av foretakstillitsvalgte for overlegene

Styret i Overlegeforeningen ønsker å presentere de enkelte foretakstillitsvalgte rundt om i landet fortløpende. Dette for at dere medlemmene lettere kan vite hvem de er og hvordan få kontakt med de. Vi starter med 4 foretakstillitvalgte i nord og fortsetter sørover i kommende utgaver.

Finnmarkssykehuset HF:

THORALF ENGE
Spesialitet:
Ortopedi og Generell kirurgi
Arbeidssted:
Ansatt som ortoped ved Klinikk Hammerfest Finnmarkssykehuset HF
Kontaktinfo:
thoralf.enge@finnmarkssykehuset.no
(thoralf.enge@gmail.com)
Mobil 90864047

Nordlandssykehuset HF:

FRIDA ANDRÆ
Spesialitet:
Fødselshjelp og kvinnesykdommer
Arbeidssted:
Nordlandssykehuset HF
Kontaktinfo:
Frida.andrae@nordlandssykehuset.no
Mobil 97048703

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) HF:

Her deler Karina Olsen og Solveig Nergård på oppgaven som foretakstillitsvalgt

KARINA OLSEN
Spesialitet:
Spesialist i Infeksjonssykdommer og Medisinsk mikrobiologi
Arbeidssted:
Avdeling for mikrobiologi og smittevern,
Universitetssykehuset Nord Norge (UNN) HF
Kontaktinfo:
karina.olsen@unn.no
Telefon 77628216 Mobil (P) 91766524

SOLVEIG NERGÅRD
Spesialitet:
Plastikkirurgi
Arbeidssted:
Avdeling for Plastikk og Rekonstruktiv kirurgi,
Universitetetssykehuset Nord-Norge (UNN) HF
Kontaktinfo:
solveig.nergard@unn.no
Mobil 958 95 743

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

Ferie
– i en tid med Covid-19

» Av advokat og juridisk rådgiver i Overlegeforeningen, Liv Marit Fagerli

12. mars 2020 er en dato vi kommer til å huske i lang tid fremover. Norge stengte ned. Lover, forskrifter og rundskriv ble innført og endret i et tempo vi ikke er vant med. Dette skaper rom for usikkerhet knyttet til hva som gjelder. Hva kan arbeidsgiver egentlig bestemme, og har arbeidsgivers styringsrett gått fra å være begrenset av arbeidsavtale, tariffavtaler, lover, forskrifter mv til å bli en grenseløs beordringsadgang ut fra arbeidsgivers øyeblikksbehov?

Denne artikkelen har på ingen som helst måte som mål å besvare alle potensielle spørsmål. Men jeg vil benytte anledningen til å reklamere for nettsidene til Legeforeningen (https://www.legeforeningen.no/). Nettsidene blir oppdatert fortløpende med en egen koronaside, og der finner du svar på en god del av spørsmålene du kanskje har.

Det jeg i denne artikkelen tenkte å vie litt ekstra oppmerksomhet, er spørsmål knyttet til ferie. Nærmere bestemt spørsmål om ferieloven blir endret for å gi arbeidsgiver enda større fleksibilitet enn det ferieloven allerede legger opp til.

For ikke å holde leserne på pinebenken – svaret er nei. Ferieloven blir ikke endret. Det har Arbeids- og sosialdepartementet avklart i et brev datert 21. april 2020 til arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene. Brevet kan i sin helhet leses på våre nettsider https://www.legeforeningen.no/contentassets/4470754d002d47948b76d57ed86a9637/ferieloven_-_vurdering_av_behov_for_tiltak-003.pdf

Bakgrunnen for brevet er at departementet 13. mars 2020 ba hovedorganisasjonene om innspill til om det foreligger behov for ekstraordinære tiltak på arbeidslivsområdet på grunn av utbruddet av Covid-19. Enkelte arbeidsgiverorganisasjoner svarte med innspill om at det blant annet kunne være behov for å gjøre endringer i ferieloven for å møte utfordringer ved årets ferieavvikling. Spekter var ikke blant de arbeidsgiverorganisasjoner som så behov for å endre ferieloven.

Arbeidstakersiden så ikke behov for å endre ferieloven, og mente dessuten at eventuelle fremtidige behov kan løses med avtaler mellom partene i arbeidslivet.

Innspillene fra arbeidsgiverorganisasjonene dreide seg hovedsakelig om fire forhold:

1) Fristen for underretning om fastsettelse av ferie
2) Tiden for hovedferie/ hovedferiens lengde
3) Arbeidsgivers mulighet til overføring av ferie til neste år
4) Utbetaling av feriepenger for ferie som ikke avvikles i løpet av ferieåret

I brev av 21. april 2020 går departementet gjennom de fire punktene over, og konkluderer med at ferieloven allerede er så fleksibel at departementet ikke ser behov for å endre den.

Ferieloven gjelder dermed uendret ved planlegging av ferien 2020. Jeg går derfor ikke detaljert inn i arbeidsgiverorganisasjonenes begrunnelse for å endre ferieloven på de nevnte fire punktene, men den som ønsker å lese brevet fra departementet, kan gjøre det. Jeg benytter heller anledningen til å gjennomgå ferielovens regler knyttet til de samme fire punktene.

1) Frist for underretning om fastsettelse av ferie

Det følger av ferieloven § 6 nr 2 at arbeidstaker kan kreve å få underretning om feriefastsettingen tidligst mulig, og senest 2 måneder før ferien tar til, så fremt ikke særlige grunner er til hinder for det. Spørsmålet er om situasjonen med Covid-19 utgjør slike særlige grunner som kan medføre kortere frist for underretning om fastsettelse av ferie.

I sitt brev skriver departementet om dette at *«I lovens forarbeider er driftsmessige forhold nevnt som eksempel på forhold som vil kunne begrunne kortere varsel. Departementet vil vise til at Corona-pandemien, og tiltakene som følge av denne, innebærer en helt ekstraordinær situasjon, som for mange virksomheter betyr uvanlig stor usikkerhet når det gjelder hvilke driftsmessige utfordringer og betingelser som vil foreligge fremover. Etter departementets vurdering vil den driftsmessige usikkerhet mange virksomheter opplever som følge av Covid-19, for eksempel knyttet til etterspørsel, tilgang på råvarer, bemanning mv., kvalifisere som særlig grunn etter ferieloven § 6 nr 2.»*

Dette innebærer at det ikke kan utelukkes at arbeidsgiver kan varsle ferieavvikling med kortere frist enn 2 måneder, men det må i så fall skje etter en konkret vurdering.

At vi nå er over i en tilnærmet normal driftssituasjon ved de fleste sykehus, kombinert med at vi må regne med å leve med Covid-19 lenge, tilsier at det skal mye til for at arbeidsgiver skal kunne varsle ferie med kortere frist enn 2 måneder. Situasjonen er nå mye mer avklart og stabil enn da diskusjonen om behovet for kortere varslingsfrist oppstod. De færreste sykehusansatte er berørt av arbeid med Covid-19 og de fleste kan planlegge ut fra en normal sommersituasjon. Vi kan ikke utelukke at det ved enkelte avdelinger kan være grunnlag for kortere frist enn 2 måneder, men vi kan pr nå ikke se at det er grunnlag for så kort frist som noen få uker. Situasjonen ble ikke slik mange fryktet, slik at det nå fremstår som relativt lite behov for å gjøre unntak fra ferielovens varslingsfrist.

Skulle dagens situasjon endre seg vesentlig, åpner ferieloven på visse vilkår for endring av fastsatt ferie. Jeg går dermed over til å gjøre rede for ferielovens regler på dette punkt.

Endring av fastsatt ferie

Det følger av ferieloven § 6 (3) at tiden for ferieperiode som arbeidstaker har mottatt underretning om, kan endres av arbeidsgiver hvis det er nødvendig på grunn av uforutsette hendinger og de uforutsette hendingene vil skape vesentlige driftsproblemer. Det er i tillegg et vilkår at arbeidsgiver ikke klarer å skaffe stedfortreder.

Departementet la i sitt brev til grunn at det som følge av Covid-19 situasjonen vil kunne oppstå hendelser som ikke kan forutses på det tidspunktet ferien ble fastsatt, og som kan gi grunnlag for å endre fastsatt ferie. Som eksempel nevner departementet plutselig høyt sykefravær, ansatte som må i isolasjon/karantene eller at endrede smitteråd gir grunnlag for gjenopptakelse av drift.

Det må avgjøres konkret i det enkelte tilfellet om vilkårene for å endre allerede fastsatt ferie er oppfylt.

Slik situasjonen ser ut nå, er det lite som tyder på at det skal være grunn til å endre fastsatt ferie, jf det som er sagt ovenfor under punktet «Frist for underretning av ferie». Det er for øvrig grunn til å minne om at arbeidsgiver på forhånd skal drøfte spørsmålet om endring av ferie med aktuell arbeidstaker, og arbeidstaker har rett til å la seg bistå av en tillitsvalgt under drøftingen. Under drøftingen plikter arbeidstaker å gi opplysninger om merutgifter som vil bli krevd erstattet. Arbeidstaker kan bare kreve erstatning for dokumenterte merutgifter som følge av en omlegging av ferien. Merutgifter som arbeidstaker ikke har gitt opplysninger om under drøfting, kan bare kreves erstattet i den utstrekning de fremstår som nærliggende følger av omleggingen, se ferieloven § 6 (3). Erstatningsbestemmelsen står i ferieloven § 14.

©muehle - stock.adobe.com

2) Tiden for hovedferie/ hovedferiens lengde

Arbeidstaker kan kreve at hovedferien som omfatter 18 virkedager (tre uker) gis i hovedferieperioden. Hovedferieperioden er i perioden 1. juni - 30. september. Ferieloven er som nevnt ikke endret, slik at retten til tre uker sammenhengende ferie i hovedferieperioden ligger fast.

Tilsvarende gjelder ferielovens- og overenskomstens (for femte ferieuke) bestemmelser om at arbeidstaker kan kreve restferien avviklet som 1 + 1 hele ferieuker innenfor ferieåret. Plassering av restferien ligger innenfor arbeidsgivers styringsrett, etter forutgående drøfting med den enkelte ansatte eller vedkommende stillitsvalgte. Dette følger av ferieloven § 7. Varslingsfristen på 2 måneder gjelder også ved fastsettelse av tid for avvikling av restferie.

3) Mulighet til overføring av ferie til neste år

Ferieloven åpner for at det kan inngås skriftlig avtale om overføring av inntil 12 virkedager ferie til neste år. 12 virkedager ferie = 2 uker ettersom ferieloven bruker begrepet virkedager om dager fra mandag til og med lørdag. En ferieuke er dermed 6 virkedager. I tillegg åpner overenskomsten for at arbeidsgiver og arbeidstaker skriftlig kan inngå avtale om å overføre den tariffavtalte femte ferieuken helt eller delvis til neste ferieår.

Samlet sett gir dette anledning til å inngå skriftlig avtale om overføring av inntil 3 uker ferie til neste ferieår. Jeg finner her grunn til å understreke at dette forutsetter enighet mellom partene, slik at arbeidsgiver har ikke adgang til å pålegge ferie overført til neste år. Ønske om å kunne pålegge overført ferie til neste ferieår var ett av de punktene arbeidsgiverorganisasjonene spilte inn til departementet, men som de altså ikke ble hørt med.

4) Utbetaling av feriepenger for ferie som ikke avvikles i løpet av ferieåret

Ferielovens system er at det ikke er anledning til å betale lønn i stede for at ferie avvikles. Tidligere var det anledning til å inngå avtale om å få betalt for å ikke avvikle ferie. Dette ble imidlertid endret fra 1. januar 2009 da det ble ansett å være i strid med EUs arbeidstidsdirektiv artikkel 7. Det eneste tilfellet ferieloven nå åpner for utbetaling av lønn i stede for avvikling av ferie, er i forbindelse med at arbeidsforholdet opphører, se ferieloven § 11 nr 3.

Departementet skriver i sitt brev at det neppe anser at ferieloven eller direktivet er til hinder for at avtalefestet ferie utover det som følger av ferielovens bestemmelser, kompenseres økonomisk fremfor å bli overført. Det vil si at feriefritid på 4 uker + 1 dag under enhver omstendighet må avvikles og ikke utbetales (med mindre arbeidstaker slutter uten at ferie er fullt ut avviklet). Så åpner departementet altså for at ferieloven og arbeidstidsdirektivet *«neppe er til hinder for at avtalefestet ferie utover det som følger av ferielovens bestemmelser kompenseres økonomisk (fremfor å bli overført)».*

Jeg finner i den anledning grunn til å understreke at arbeidstaker kan kreve å avvikle også den avtalefestede delen av ferien, slik at en eventuell økonomisk kompensasjon for ikke avviklet ferie, må bero på avtale (frivillighet).

Oppsummert er konklusjonen at ferieloven er uendret, planlegging av ferie følger de samme regler som i fjor, men det er selvsagt anledning til å utvise fleksibilitet fra både arbeidstaker- og arbeidsgiversiden ved planlegging av ferien. Frivillig avtaler gir ofte de beste løsningene. ●

Denne artikkelen er en helt marginalt endret versjon av en artikkel som første gang ble publisert på Ofs nettisde 28. april 2020.

Av andre relevante kilder om ferie fra Legeforeningen kan jeg særlig vise til at Legeforeningen i 2019 ga ut en veileder for arbeidstidsplanlegging i forbindelse med ferie. Du finner veilederen på denne linken: https://www.legeforeningen.no/contentassets/ec0573b972314dddaa2a798a06199544/veileder-arbeidstidsplanlegging.pdf

Ferie går ikke av moten, og vi erfarer at det er behov for informasjon fra år til år. Noen år er det tilstrekkelig å vise til tidligere publisert informasjon, mens andre år – slik som i år – er det hensiktsmessig med ny artikkel som supplement til det vi allerede har skrevet. For den som ønsker mer informasjon enn det som fremkommer av denne artikkelen, kan det være nyttig å se artikkel om ferie inntatt i Overlegen nr 1-2019, https://www.legeforeningen.no/contentassets/b601e43a4b534ce0a3b60a222232a347/overlegen_1_2019_med-annonser.pdf Artikkelen om ferie starter på side 59.

Sykehjelps- og pensjons-ordningen for leger (SOP)

Engangsstønad ved død
Etterlatte etter alle leger i Norge kan ha rett til ytelsen engangsstønad ved død.
Engangsstønad ved død er den eneste ytelsen som tilstås uavhengig av hvilken type legevirksomhet medlemmet har drevet. Hvis medlemmet ikke etterlater seg arvinger, utbetales engangsstønaden til boet.

Dødsfallet inntrer før fylte 75 år:
Utgjør 1 G til etterlatt ektefelle/registrert partner/samboer eller barn under 20 år (kr 99 858).
Utgjør 0,5 G til boet hvis medlemmet ikke etterlater seg arvinger, eller kun arvinger uten pensjonsrett i ordningen (kr 49 929).

Dødsfallet inntrer etter fylte 75 år:
Utgjør 0,5 G til etterlatte/boet (kr 49 929).
Beløpene over forutsetter at avdøde hadde full opptjeningstid i ordningen, 35 års fulltids legevirksomhet i Norge. Ved kortere opptjeningstid avkortes stønaden forholdsmessig.

Mer informasjon og søknadsskjema finnes på www.sop.no

Trasoppklinikken

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

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

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

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

Les om det nye tilbudet i Tidsskriftet

Legehelse - Villa Sana

Villa Sana – eller Modum Bads Seksjon for arbeidshelse – ble etablert i 1998. Villa Sana er navnet på huset som ble bygget spesielt for kurs og rådgivning og som er med på å gi en god ramme for den virksomheten som drives der.

» Av **Tone Houge Holter**, seksjonssjef for SOP og Utdanningsfond, Dnlf

Huset har ni dobbeltrom – alle med eget bad. På kjøkkenet samles kursdeltakerne til måltider og fellesskap. Stuen og biblioteket brukes til undervisning, til sosialt samvær og avslapning på kveldene.

Målet med Villa Sana har alltid vært å styrke legers bevissthet med tanke på legerollen, forebygge utbrenthet og fremme legers helse – og livskvalitet. Mer enn 4000 leger har til nå benyttet seg av tilbudet på Villa Sana. Se hele tilbudet i rammen under.

Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) har finansiert driften ved Villa Sana helt siden oppstarten. På bakgrunn av økende etterspørsel etter tilbudet ved senteret spesielt de siste årene, økte SOP sin støtte fra 2019. Tilbakemeldinger ved slutten av fjoråret tydet imidlertid på at senteret ikke hadde klart å holde tritt med den stadig økende pågangen. Det ble meldt om uønskede lange ventetider på kurs og rådgivningstimer. Da det er et ønske at tilbudet ved Villa Sana skal kunne opprettholdes som et lavterskeltilbud med kort ventetid, besluttet SOP at det for 2020 skal legges opp til en kapasitetsøkning på 15 prosent for å få ned ventelistene.

Nå har ikke alt gått som planlagt i 2020 på grunn av korona-viruset som rammet oss alle i mars. Villa Sana har vært nødt til å kansellere planlagte kurs i tråd med nasjonale retningslinjer, men har tilbudt videorådgivninger som et alternativ. Fra 27.4.2020 er det igjen åpnet for ansikt-til-ansikt samtaler på Villa Sana, i Oslo og i Bergen med forsvarlige smittevernprosedyrer. Det blir nå i tillegg gitt tilbud om video- og telefonrådgivninger til dem som ønsker det.

Så snart det er mulig å arrangere kurs, vil denne aktiviteten tas opp igjen. Informasjon om dette finner man på Modum Bads hjemmesider.

Villa Sana er en del av Legeforeningens helse- og omsorgstilbud for alle leger og medisinerstudenter.

Ukeskurs:
Et kurstilbud for inntil ni leger eller inntil seks par, hvorav minst en er lege (parkurs). Kurset varer fra lunsj mandag til og med lunsj fredag.

Kursuke
Kursukene inneholder undervisning, fysisk aktivitet, kulturelt påfyll, tid til refleksjon og egentid. På individualkursene vil man få tilbud om en enkeltsamtale.

Undervisning
På individualkurset handler undervisningen blant annet om livskvalitet, identitet, «følelsenes fornuft», oppmerksomt nærvær, ledelse og balansen mellom arbeid, samliv og familie. Det blir gitt konkrete råd for å forebygge utbrenthet. På parkurset har undervisningen mest fokus på samliv, relasjon og kommunikasjon, og har inkludert et PREP-kurs.

Rådgivning:
Rådgivningssamtalen foregår over en dag . Ved behov finnes mulighet for overnatting. Det er også tilbud om parrådgivning der legens ektefelle eller samboer deltar i samtalen. Legen tar selv kontakt med Villa Sana for en rådgivningsdag. Henvendelsen kan gjøres på mail VillaSana@modum-bad.no eller på tlf 32 74 98 83/34 74 97 00

Utgifter
Utgifter i forbindelse med rådgivning og kurs, inklusiv reise (egenandel kr 500,-) dekkes av Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP). Eventuelt tap av arbeidsfortjeneste dekkes ikke.

Støttekollegaordningen
På nettsidene til Den norske legeforening kan du finne informasjon om støttekollegaordningen som er etablert i alle fylker.

Hentet fra https: //www.modum-bad.no/dagtilbud/ressurssenteret-villa-sana/for-leger/

Spørreundersøkelse om lønn sendes til dere alle i høst

Har du registrert riktig stilling og arbeidssted i medlemsregisteret?

Har du en bistilling? Mange overleger har bistillinger ved universitet eller høyskoler, men det er erfaringsmessig få som registrerer dette.

Neste nummer av Overlegen skal dreie seg om forskning, og vi oppfordrer derfor alle våre medlemmer til å oppdatere medlemsregisteret når de har slike bistillinger.

Fremgangsmåte:
Alle endringer kan gjøres ved å logge inn på legeforeningen.no, velge «Min side» på toppmenyen, og deretter «Kontaktinformasjon» eller «Arbeidsforhold».

Spørsmål kan rettes til medlem@legeforeningen.no

eyetalks
talks with vision

Dr Francesco Bandello

Dr Baruch Kuppermann

Xen Bites: Patient selection

Where leading clinicians and researchers in eyecare share their ideas – and their vision for the future

Visit our new expert video site at www.eyetalks.no

Allergan
an AbbVie company

60 ÅR

1961-2021

60 års jubileum for Norsk overlegeforening

OLAV MJØLSNES

BENTE MIKKELSEN

EINAR S. HYSING

Som opptrapping til et jubileumsnummer 1-2021 har vi i 2020 invitert tidligere Of-ledere til å komme med innlegg i alle årets utgaver av Overlegen

Les innlegg av tidligere ledere i Overlegen 1-2011:

https://www.legeforeningen.no/contentassets/a1b216dafc9e40e887d4b2e2511062cc/overlegen-1-2011-jubileumsnummer.pdf

Vi fortsetter serien i nr. 2-2020 med 3 tidligere ledere

Olav Mjølsnes

Olav Mjølsnes
77 år

Tidsperiode som Of-leder:
Leder av styret i Of: 1996 – 1997

Andre sentrale verv i Legeforeningen:
Styremedlem i Of: 1994 – 1995
Medlem i Sentralstyre : 1996 – 1997
Pensjonist fra 2008, med deltidsstilling ved Hørselsentralen fram til 2018

Hva gjør du nå?
Heltidspensjonist fra 2018

Hvorfor ønsket du å bli leder i Of?
Jeg kom relativt sent med i legeforeningsarbeid. Først etter flere år som overlege ved Ø-N-H avdelingen, Sentralsjukehuset i Rogaland, lot jeg meg overtale til å bli tillitsvalgt. Etter dette økte interessen for organisasjonsarbeid, og som hovedtillitsvalgt ble jeg i 1994 bedt om å stille til valg i Of styret. Der fikk jeg 2 interessante og lærerike år med Tone Sparr som inspirerende og dyktig leder. Da Tone gikk av som leder i 1996 var planen at Hans Petter Aarseth skulle bli ny leder. Han ble imidlertid valgt til president i Legeforeningen det året, og en måtte derfor finne ny kandidat til ledervervet. Jeg ble bedt om å stille, og etter en viss nøling svarte jeg ja, og ble valgt.

Hvilken sak brant du mest for som leder?
På den tid jeg var leder hadde det i lengre tid bygget seg opp en økende misnøye og frustrasjon angående overlegers lønns- og arbeidsforhold. Utviklingen hadde skapt økende forskjeller mellom spesialister i sykehus og spesialister i privat praksis. Noe som gjorde at ferdige spesialister søkte seg bort fra sykehusene, og gikk over i privat praksis. Dette førte til svekket rekruttering til overlegestillinger ved sykehus, spesielt i en del laboratoriefag. En del av disse stillingene ble etter hvert dekket av utenlandske spesialister. Vi i Of-styret var derfor opptatt av hvordan vi kunne få til bedring i lønns- og arbeidsforhold for overlegene. Likeså ønsket vi å finne ut hvordan forholdene for utenlandske overleger var i de forskjellige sykehus.

Hva er du mest stolt over å ha oppnådd i din tid?
Det er ikke riktig å svare på hva jeg har oppnådd som leder. Det var hele tiden et lagarbeid med hele styret i Of. Samarbeid med andre deler av Legeforeningen, først og fremst sentralstyret, var avgjørende for resultatene.

Det var en stor lettelse og glede at lønnsoppgjøret i 1996 førte til et skikkelig lønnshopp, og en merkbar bedring av arbeidsforholdene for overlegene. Dette kom etter en temmelig spent situasjon der en lønnskonflikt så vidt ble unngått. I tiden like før det endelige lønnsoppgjøret var det stor uro rundt i landet. En del overleger sa opp sine avtaler om forlenget overtid. Arbeidsgiver mente at slike oppsigelser var i strid med lov og avtaler, og stevnet Legeforeningen for arbeidsretten, men uten å vinne fram.

Hva rakk du ikke å bli ferdig med i din periode?
Of gikk i denne perioden inn for å oppheve det såkalte 10/10-92 vedtaket som begrenset mulighetene for leger å drive privat praksis. Vi gikk inn for at det kunne opprettes kombinerte stillinger der overleger kunne drive en viss privat praksis ved siden av overlegestillingen. Tanken var at dette ville kunne bedre rekrutteringen, og hjelpe til å beholde spesialistene i sykehusene.

Hva synes du om utviklingen i Of etter din tid?
Jeg synes at Of er blitt en mer «tung» aktør i Den norske legeforening. Lederen av Of er nå, så vidt jeg forstår, heltidsengasjert i denne jobben. Of kan dermed lettere delta og gjøre sitt syn gjeldende på alle områder som er aktuelle for vår yrkesgruppe. Vårt tidsskrift «Overlegen» er blitt et flott og spennende medium som har vist seg å gi interessante og nødvendige innlegg og opplysninger på mange forskjellige områder.

Hva er dine tanker om foretaksreformen?
Foretaksmodellen organiserer helsevesenet på en måte som favner mer enn det enkelte sykehus og det enkelte fylke. Dette kan nok være nødvendig. Samtidig legger den mye vekt på den økonomiske siden av sykehusdriften, og den preges av overdrevet krav om kontroll og dokumentasjon. Våre øverste helseledere må ikke glemme at den aller viktigste oppgaven for våre sykehus er behandling og pleie av dem som er syke. De må kunne ha tillit til at helsepersonellet gjør dette på en god og samvittighetsfull måte.

Hva er viktig for Of i årene som kommer?
Det har alltid vært en viktig sak for Of å ivareta legenes ledelsesansvar ved sykehusavdelingene. Denne oppgaven kan synes å ha blitt litt nedprioritert de siste årene? Of må fortsatt kjempe for at legen er lederen der pasienter undersøkes og behandles. Lederoppgaven må organiseres slik at ikke arbeidstiden går med til møter og administrasjon av personale og økonomi.

Utviklingen innen medisin og medisinsk teknologi går stadig fortere. For Of er det derfor viktig å sikre medlemmenes rett til nødvendig opplæring og etterutdannelse innen sine områder.

Of må kjempe for et godt offentlig helsevesen med tilstrekkelig kapasitet og den beste kompetanse for å dekke befolkningens behov. Vi må unngå å få et helsevesen som prioriterer enkelte grupper ut fra andre kriterier enn de medisinske. ●

Einar S. Hysing

Einar S. Hysing
72 år

Tidsperiode som Of-leder:
1998-2000

Andre sentrale verv i Legeforeningen:
Sentralstyremedlem 1998-2003, styreleder stiftelsen Soria Moria Konferanse- og Utdanningssenter 2003 -

Hva gjør du nå?
01.08.19 ble jeg pensjonist. Det var en stor endring som jeg fortsatt holder på å vende meg til. Jeg er fortsatt styreleder på Soria Moria og er nylig oppnevnt som eieroppnevnt styremedlem Sørlandet sykehus HF.

Hvorfor ønsket du å bli leder i Of?
Jeg har alltid hatt lett for å si ja til utfordringer. I skole og studietid hadde jeg mange tillitsverv. Det ble etter studietiden mange år der klinikk, forskning og familie opptok all tid. I 1993 skjedde det noe på Rikshospitalet som førte til at hovedtillitsvalgt for overlegene på Rikshospitalet trakk seg og jeg sa ja til å bli valgt. Jeg ble valgt inn i Of-styret som benkeforslag for perioden 96-97. Jeg stilte til valg som leder da jeg følte meg ønsket og det var mange viktige saker å jobbe med.

Hvilken sak brant du mest for som leder?
Arbeidet med å tilrettelegge best mulig for at flest mulig leger tar på seg lederoppgaver i helsevesenet og at de forblir ledere. Det er viktig for å få ledelse med fokus på kjerneoppgavene som igjen gir best pasientbehandling og trivsel for arbeidstakerne. Alle som selv ikke velger å bli leder kan bidra ved å støtte og utfordre positivt sine ledere.

Hva er du mest stolt av å ha oppnådd i din tid?
Of ble en viktigere del av Legeforeningen og fikk mere preg av en fagforening. Jeg var med i mange lønnsforhandlinger med 1996-oppgjøret, overlegepermisjon med full lønn og forhandlingene som fjernet knekkpunktet for pensjon som de mest viktige resultatene. Det var stor aktivitet, mange gode møter og kurs. Det ble arrangert viktig møter for ledere der de bl.a. fikk møte de administrerende direktørene for de regionale helseforetakene.

Hva rakk du ikke å bli ferdig med i din periode?
Jeg måtte slutte midt i min andre periode som leder da jeg ble avdelingsleder og sykehusledelsen fant at det ikke var forenlig med å være leder i Of. Jeg fikk fortsette i sentralstyret og som leder av Ofs lederutvalg. Dermed fikk jeg mulighet til å jobbe videre med sakene selv om jeg ikke lenger var leder av Of. Jeg har vært heldig å få jobbe med de samme saker både i tillitsverv og som leder. Målene har vært de samme, men rollene forskjellig.

Hva synes du om utviklingen i Of etter din tid?
I mange år etter min tid som leder var det god aktivitet i Of. Bladet Overlegen er blitt veldig bra. Overlegeforeningen har i de senere år vært lite støttende til leger i lederstillinger. Det er fortsatt utfordringer med rekruttering av tillitsvalgte. Arbeidet med bedring av rekruttering av tillitsvalgte må prioriteres høyt. Det er viktig at det er utskifting av tillitsvalgte og styremedlemmer slik at nærheten til medlemmer/virksomheten består. Det er viktig med stor takhøyde slik at alle meninger får komme frem.

Hva er dine tanker om foretaksreformen?
Det er bra at staten har overtatt som eier av sykehusene. Statlig eierskap er en forutsetning for likeverdig tilbud uavhengig av bosted. Helt likeverdig tilbud uavhengig av bosted vil ikke kunne oppnås, men det er et viktig mål å jobbe mot. Likeverdig tilbud har som bivirkning noe nedsatt autonomi for den enkelte lege. Det må aksepteres for et så viktig mål.

Statlige sykehus må styres. Uavhengig av styringsmodell så er målet å få mest mulig helse innenfor overordnet prioritering ut av de ressurser politikerne bevilger. De vanligste statlige styringsmodeller er forvaltning og statlig foretak. Forvaltning gir ofte store, dyre direktorat og fjern styring med mye rapportering og kontroll. Store investeringer er egne politisk saker. Bygninger og utstyr kan lett forfalle, men får du nytt så følger det med finansiering. Foretak gir mulighet for styring nærmere drift. Foretakene har selv ansvar for reinvestering i utstyr og bygninger. Dessverre tror mange at sykehusforetak skal tjene penger da de må ha positive driftsregnskap for å få penger til investering i utstyr og bygninger. Men begge styringsmodeller skal bruke alle pengene politikerne prioriterer til å skape helse. Jeg synes at informasjonen og planleggingen ved innføringen av helseforetak burde vært bedre. Inngangsbalansen burde vært reell. De regionale helseforetakene burde vært samlokalisert med regionsykehusene og burde støtte seg på/utveksle fagkompetanse med regionsykehusene. Det er viktig kontinuerlig å jobbe for å forbedre den styringsmodellen vi har. Jeg tror det er viktigere sammen med å jobbe for større bevilgninger, enn å jobbe for bytting av styringsmodell.

Hva er viktig for Of i årene som kommer?
Å fortsette å jobbe systematisk med gode analyser og synlighet i offentligheten for større bevilgninger til medisinsk utstyr og nye sykehusbygninger. Det er viktigere å jobbe for noe enn mot. Of må fortsatt delta aktivt i arbeidet med ny spesialistutdanning og økt utdanning av leger i Norge. Det må jobbes videre med å bedre forholdene for leger i lederstillinger for å få god rekruttering og kontinuitet. Of er og foreningen for leger i lederstillinger i sykehus og må gi de støtte og positive utfordringer. Arbeid med bedring av rekruttering av tillitsvalgte bør alltid være høyt prioritert i foreningen. ●

Bente Mikkelsen

Bente Mikkelsen
61 år

Tidsperiode som Of-leder:
Leder i 2001.

Tidligere verv i Legeforeningen:
Sentralstyremedlem 1998-2001, leder i Østfold legeforening 1994-1996, div. andre råd og utvalg I Dnlf.

Hva gjør du nå:
Direktør i Verdens helseorganisasjon for ikke smittsomme sykdommer, Geneve

Hvorfor ønsket du å bli leder i Of?
Jeg hadde vært aktiv tillitsvalgt i Legeforeningen i mange ulike roller og sittet i styret under Einar Hysing's ledelse. Jeg husker at jeg var irritert over at de «voksne» sykehuslegene var så passive, så lite profilerte i aktuelle saker som pågikk. Jeg følte at vi burde gjøre mer, lede utviklingen fra en faglig side. Jeg tror jeg hadde med meg Ylf-ånden og ville at overlegene skulle ta ledelse innen prioriteringsdebatten, ledelsesdebatten og utvikling av helsetjenesten. Dette var årene for de store reformene: Helseforetaksreformen, Fastlegereformen og flere viktige lovendringer, samt ny arbeidsgiverforening, NAVO, senere Spekter. Jeg var også inspirert av debatten som pågikk i USA ledet av Ezekiel Emanuel om reprofesjonalisering av legene - bringe yrkesetikken tilbake, etablere en sosial kontrakt med samfunnet basert på medisinsk kunnskap for å unngå «The storm of overutilization» og «that improving the quality and efficiency of healthcare to avoid unnecessary and even harmful care would be a way to avoid the need for rationing». Hans Petter Aarseth's ledelse inspirert meg til å tro at det meste var mulig.

Hvilken sak brant du mest for som leder?
Mitt engasjement har alltid vært drevet av ønske om endring av offentlige systemer for å gi reell likeverd til de som trenger det. Ikke bare likeverdig tilgjengelighet, men også likeverdighet i resultat av helsetjenesten. Jeg er inspirert av hvordan kunnskap kan brukes til å endre og har alltid vært opprørt av at vi ikke bruker kunnskap og erfaring fullt ut i endringsledelse, selv i et utviklet samfunn som Norge. Den ubalanserte ressursbruken mellom psykisk helse og somatisk medisin er ett eksempel. I 2001 kunne man se hodeløs bruk av ressurser og stor ulikhet og uforklarlig praksis: rehabilitering etter hofteoperasjoner fra 1 dag på noen sykehus til rutinemessig flere uker ved andre, store ulikheter i tilgang til DPS, ventetider for barne- og ungdompsykiatriske klinikker, fortsatt rutinemessige utskrapninger ved tidlig aborter for a nevne noe . Jeg ønsket at legene skulle tilby sin faglighet og makte å endre helsetjenesten til det bedre basert på medisinsk kunnskap og kvalitet inkludert kunnskapsbasert ressursbruk. Den alternative bruken av ressursene må alltid tas inn i vurderingen.

Ledelse, ledesesutvikling, forskning, kvalitet, medvirkning og prioritering dekker nok fokusområdene. Overlegeforeningen la ned mye tid i enhetlig ledelse og etablerte en erfaringsbase hvor prosesser med overgang til enhetlig ledelse, ble samlet. Det å skape motivasjon og kompetanse for ledelse samt riktige rammebetingelser for ledelse var ett hovedfokus.

Hva er du mest stolt over å ha oppnådd i din tid?
En liten ting var nok etableringen av bladet Overlegen. Jeg ønsket å bygge selvtilliten til overlegene. Det var et paradoks for meg at det stort sett var Ylf som alltid drev de gode debattene, kom med mange av løsningene og utfordret seg selv og samfunnet. Jeg husker vi diskuterte navnet og var redde for om dette ville virke provoserende og arrogant - Overlegen.

Ett annet område jeg er stolt av var fokuset på kvinner og ledelse. Norsk overlegeforening initierte en utredning om tiltak for å styrke kvinnelige legers muligheter som ledere i norske sykehus. Foreningens forberedelser til ledelse under foretaksreformen og debattene rundt faglighet og funksjonsfordeling hjalp trolig overgangen til den nye refomen. Lov om spesialisthelsetjeneste trådte i kraft 1.1. 2001. Med denne er det lovfestet krav om én ansvarlig ledelse, men også inkludering av forskning i spesialisthelsetjenesten som betød mye for den økte ressurbruken til forskning i sykehusene i de 10 neste årene.

Hva rakk du ikke å bli ferdig med i din periode?
Dette er ikke en type verv eller aktivitet man blir ferdig med. Det er et stort behov for faglig ledelse av samfunnsutviklingen i og utenfor helsevesenet basert på medisinsk kompetanse. Helse bør være sentral i all politikkutvikling fra byutvikling, planlegging av transportsystemer, pris og skattepolitikk, offentlige innkjøpsordninger, utdanning, miljøspørsmal, sosial og trygdesystem, arbeidslivspolitikk og selvsagt for helsevesenet selv. Erkjennelsen av at sosiale determinanter er grunnlaget for god helse og at helse er kjernen i et sunt og produktivt samfunn i tillegg til å være en indikator for hvordan samfunnet fungerer må være helt sentralt for enhver lege, overlege, allmennpraktiker eller kommunelege. Hva vi tilbyr i helsetjenesten, hvordan vi tilbyr det og hvem som får glede av det er grunnstener hvor legene er helt sentrale sammen med annet helsepersonell. Erkjennelsen av at hver gang vi innfører noe nytt medfører dette stort sett mindre bruk av ressurser til et annet område må også ble en del av vårt lege-DNA. Legene kan ta og få ledelsen når samfunnet har tillit til at vi er del av den gjensidige samfunnskontrakten hvor alle har en rolle.

Ledelse, kvalitet, kunnskap og medvirkning vil alltid være sentralt.

Hva synes du om utviklingen i Of etter din tid?

Legeforeningen har alltid tiltrukket seg svært dyktige, dedikerte og hardt arbeidende mennesker som vil forbedre helsevesenet og sikre god faglig utvikling og medvirkning. Jeg skylder Legeforeningen mesteparten av min lederutdanning og forståelsen av samspillet mellom politikk og samfunnsutvikling, samt hvordan å påvirke. Jeg ville gjerne sett kraftigere, tydligere budskap for å sikre befolkningen god helse, tøffere standpunkter i prioriteringsdebatten for å sikre likeverdig behandlingsresultat for alle også marginaliserte grupper. Legenes engasjement for å stoppe tobakksbruk, redusere alkoholbruk, sikre befolkningen tilgang på sunn mat og fysisk aktivitet, fokus på ulikeverdighet og å trygge og sikre utsatte grupper må være fundamentet. God og riktig behandling basert på kunnskap er jobben vår inkludert å sikre health literacy – kunnskap hos den enkelte, i organisasjoner og samfunn om hvordan å ta riktige helsemessige valg og prioriteringer.

Hva er dine tanker om foretaksreformen?

En nødvendig reform. Motivasjonen for reformen var, formulert av en av hovedarkitektene, Vidar Oma Steine: «Reformen skal gis et substansielt og fornyende innhold, der tilgjengelighet, kvalitet og omsorg for den enkelte skal kunne kombineres med en rasjonell ressursforvaltning og et helhetlig samfunnsmessig og ledelsesmessig ansvar.»

Hva er viktig for Of i årene som kommer?

Overlegene må tilby løsninger, kritisk analysere og fokusere på kvalitet inkludert hvordan vi bruker ressurser innen helse, profesjonalisere overlegene, bygge selvtillit, bygge tillit, nye partnerskap, fortsette å prioritiere forskning og innovasjon som basis for endring, sikre gode arbeidsvilkår og innflytelse for leger. Bytte ut offerrollen med lederrollen. Drive helse inn i all politikkutvikling. Tørre å fokusere på feil for å forbedre – fokusere på å lære. Nå sist bruke erfaringene fra COVID-19 pandemien til å sikre helsetjenester for de store kroniske sykdomsgruppene inkludert rehabilitering og tilgang på medisiner for å unngå diskontinutet neste gang.
22. juli kommisjonen sa det svært godt: «Svakheter i viktige samfunnssystemer er avdekket. Kommisjonens oppfatning er dessuten at det som grunnleggende skiller det som gikk godt fra det som gikk dårlig 22/7 i hovedsak er knyttet til holdninger, kultur og lederskap – og hvordan mennesker og organisasjoner utøver den myndighet de har fått».
Overlegeforeningen må hjelpe legene å gjøre nettopp det: utøve den myndigheten vi har fått og vise at vi kan ha tillit til å få større myndighet og innflytelse i årene som kommer og fortsatt være relevante i ledelse av fremtidens helse for befolkningen. ●

Executive Master in Health Economics,
Administration and Management ved London School of Economics

» Av **Andreas Diamantopoulos** (mottaker av Ofs lederstipend)

Master i Helse økonomi, administrasjon og forvaltning er et studium over 2 år. Programmet er et deltidsstudium og man leverer oppgaver med jevne mellomrom via LSEs nettsted Moodle.

Det er obligatorisk for alle studenter å møte opp ved LSE campus i London sentrum 1 gang per semester i en periode på 2 uker (tilsammen 8 uker ila 2 år). I disse 2 ukene er det daglige forelesninger om de forskjellige fagene som studentene har valgt å følge, presentasjoner om viktige helseøkonomiske temaer fra eksperter i utvalgte områder, og sosiale samlinger der studentene får anledning til å komme i kontakt med medstudentene og LSE personalet.

Når det gjelder utdanningen er den felles for alle det første året, og den inkluderer de følgende fagene: Health Economics, Financing Health care, Resource Allocation and Cost-Effectiveness Analysis, Introduction to Management in Health Care Fagene. Det andre året får studentene velge mellom ulike kurs i helseøkonomi, kvalitetmåling og forbedring ved helsevesenet, statistikk, osv. I tillegg må det leveres en avhandling på ca 5000 ord under veiledning av et fakultetsmedlem.

Studieavgiften er ca på 20 000 pund, og i tillegg kommer boutgifter i London i 8 uker og reiseutgifter. Denne typen masterstudie får ikke støtte av Lånekassen.

Fagaksen er Legeforeningens organisering av de 46 fagmedisinske foreningene. Disse velger et faglandsråd hvor alle foreningene er representert og hvor Lis-representasjon er lovfestet. Faglandsrådet velger et fagstyre og delegater til Legeforeningens landsstyre. Fagaksen skal styrke tverrfaglig samarbeid og dialog med helsemyndigheter.

» Av **Cecilie Risøe**, leder av fagstyret

De fagmedisinske foreninger og covid-19-epidemien

De siste månedene har covid-19 dominert hverdagen for oss alle. Problemstillingene har endret seg, i starten fra uke til uke.

Første smittetilfelle i Norge ble påvist 26. februar. Den 1. mars ble det innført karanteneregler for helsepersonell etter hjemkomst fra områder med «vedvarende spredning» av koronavirus. Den 12. mars fikk vi det første registrerte dødsfallet av SARS-COV-2. Samme dag ble skolene, treningssentre og kultur- og idrettsarrangementer stengt, det ble innført adgangskontroll (senere besøksforbud) ved sykehjem, virksomheter med 1:1-behandling ble stengt, det ble forbud mot utenlandsreiser for helsepersonell og bruk av kollektiv transport skulle unngås om mulig. Når dette skrives, synes vi å være over i en mer stabiliserende fase, men vi har fortsatt mye usikkerhet foran oss.

Tiltakene som ble innført 12. mars, førte raskt til en dramatisk reduksjon i behandling av pasienter med annen sykdom ved sykehusene. Alle forberedte seg på storinnrykk av smittepasienter. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet nedla mye arbeid i å gi faglige råd om smittevern og tiltak for å begrense smittespredning. Men også pasienter med annen, livstruende sykdom må fortsatt ha rett på behandling i en slik situasjon.

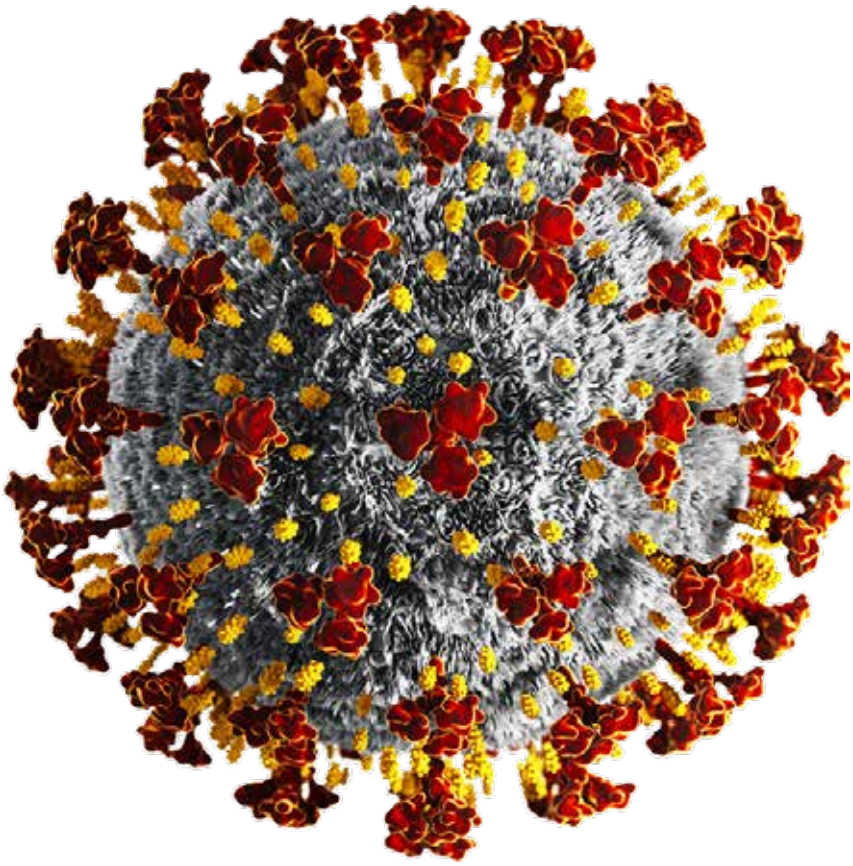
Fredag 13. mars sendte derfor fagstyret ut en oppfordring til styrene i de fagmedisinske foreningene om å utarbeide nasjonale prioriteringsråd innen eget fagområde for sykdomstilstander som burde prioriteres, også ved knappe ressurser. Hensikten var å være godt rustet og klare for å komme med prioriteringsråd overfor helsemyndighetene om situasjonen skulle endre seg til et verstefalls scenario. Det er mange pasienter med ulike tilstander som tåler å vente dager til uker, men ikke i mange måneder på behandling uten at de får et sikkert eller sannsynlig prognosetap. Disse pasientene må fortsatt ivaretas ved at vi som leger prioriterer riktig. Vi ba om tilbakemeldinger innen mandag 16. mars kl. 12, og overraskende mange foreninger klarte å levere innen fristen. Fagspesifikke prioriteringsråd innen 33 spesialiteter ligger i dag ute på Legeforeningens hjemmeside (https://www.legeforeningen.no/politikk-og-samfunn/informasjon-om-koronaviruset/).

I vårt samarbeid med Helsedirektoratet om de generelle covid-19 prioriteringsrådene har vi aktivt fremmet prioriteringsrådene fra de fagmedisinske foreninger. Vi fremholdt at det ville lette prioriteringsarbeidet for avdelingsledere i sykehus dersom rådene også ble sendt ut i linjen fra Helse-

direktoratet. Etter en høringsrunde med kort frist sendte Helsedirektoratet den 17. april rådene ut til RHFene og fylkesmennene med følgende omtale: *«Disse prioriteringsråd anerkjennes av Helsedirektoratet under covid-19 pandemien. Prioriteringsrådene gjelder alle pasienter, ikke bare de med covid-19. Legeforeningens råd utfyller Helsedirektoratets overordnede prioriteringsnotat. De gir gode råd for leger som skal gjøre kliniske prioriteringer under covid-19 pandemien og bidrar til at helsetjenesten kan gjøre gode prioriteringer. Rådene er revidert av Legeforeningen etter høringsrunden. Legeforeningen vil fremover oppdatere rådene ved behov.»* Vi setter stor pris på at vi ble hørt i denne saken.

Legeforeningen etablerte tidlig også en rådgivende gruppe for covid-19 som bistår oss med faglige vurderinger ved behov. Under svineinfluensa-epidemien i 2009 viste en slik gruppe seg meget nyttig. Problemstillingene som ønskes besvart, kan komme fra helsemyndighetene eller fra andre grupperinger i Legeforeningen. Den rådgivende gruppen har representanter fra 15 fagmedisinske foreninger som antas å være spesielt berørt av epidemisituasjonen. Formålet er rask innhenting av fagspesifikke, forankrede råd og samstemming av disse, og gruppen har vært til god hjelp for fagaksen så langt.

Allmennlegene har hatt særlige utfordringer. Erfaring fra andre land er at leger utenfor sykehus er spesielt utsatt for smitte og død av SARS-COV-2, muligens som følge av lavere smittevernkompetanse og dårligere tilgang på utstyr. Allmennleger har også, i likhet med avtalespesialister og sykehjemsleger, en annen arbeidssituasjon der leger i risikogruppen ikke kan skjermes ved omplassering. Norsk forening for allmennmedisin (NFA) etablerte svært tidlig sin egen innsatsgruppe som har nedlagt et betydelig arbeid i å rådgi egne medlemmer. I dialogen med Folkehelseinstituttet om smittevernråd har leder av NFA vært meget tydelig på at det legene trenger, er konkrete og etterlevbare råd i sitt kliniske arbeid. Et annet hovedanliggende for fagaksen i samarbeidet om smittevernråd har vært at rådene som gis, må gis på faglig grunnlag og ikke som en avveiing mellom god praksis og tilgang på verneutstyr. Vi skjønner alle at ved truende mangel på verneutstyr vil rådene måtte tilpasses slik at vi ikke slipper helt opp, men rådene må primært være faglig basert.



Arbeidet med faglige råd under SARS-COV-2-epidemien har vært lærerikt, ikke minst hva gjelder det å forholde seg til korte tidsfrister. Det mest spesielle var da generelle prioriteringsråd ble sendt på høring kl. 00:38 i en helt omarbeidet versjon 2 med høringsfrist samme dato kl. 10, men det var også andre korte frister. Det er fascinerende å oppleve at Legeforeningen likevel klarer å levere.

Jeg er stolt og glad over de fagmedisinske foreningers evne og vilje til å bidra i den aktuelle situasjonen. Jeg er også svært imponert over det store og utrettelige arbeidet som er utført så langt av sentrale personer i fagavdelingen i Legeforeningen med Kari Jussie Lønning, Jan Emil Kristoffersen og Gry Bjørnstad i spissen. Fagstyret og de fagmedisinske foreninger er heldige som har deres hjelp i den aktuelle situasjonen! ●

Norsk Forening for Rus- og Avhengighetsmedisin (NFRAM)

Av **Guri Spilhaug**,
leder, Norsk forening for
Rus- og Avhengighetsmedisin

Før 2004 hadde personer med rus og/eller avhengighetsproblematikk ikke pasientrettigheter. Tilbud om behandling forutsatte at sosialtjenesten i kommunen søkte om plass ved ulike private døgn-institusjoner / behandlings-kollektiv. Kommunene betalte egenandel. Helsehjelp ble gitt av fastlegen. Psykiatere og psykologer var forventet å behandle ruslidelsen. Etter sykehusreformen i 2002 ble det nødvendig å revurdere hvor ansvaret for rusbehandling skulle ligge og Stortinget besluttet høsten 2003 (mot regjeringens forslag) at *«Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere»* skulle legges til spesialisthelsetjenesten med virkning fra 1.1.2004. I praksis ble alle private aktører som drev langtids døgnbehandling godkjent som spesialisthelsetjeneste, det var veldig få slike avdelinger innenfor sykehusene. Mange av disse har i dag avtale med ett av RHF ene.

Akronymet TSB er ikke uten videre enkelt å tolke og begrepet «rusmisbrukere» er stigmatiserende, så TSB oversettes i dag med tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Det er viktig å minne om at dette er et selvstendig fagfelt i spesialisthelsetjenesten, likestilt med somatikk og psykisk helsevern og ikke underlagt disse.

Arbeidet med å etablere en egen spesialitet for leger i rusmedisin hadde pågått fra tidlig på 1990 tallet men fikk et løft i 2004. Det var allerede en interesseorganisasjon for rusmedisin i Legeforeningen og i 2006 ble foreningen reaktivert og formelt opprettet med Legeforeningens vedtekter under navnet Norsk Forening for Rus og Avhengighetsmedisin. Foreningen gikk aktivt i gang med oppgaven å etablere en egen spesialitet og etter lange prosesser besluttet regjeringen å gjøre det, offentliggjort i Stortingsmelding 30 «Se meg» 22.juni 2012. NFRAM ble da en fagmedisinsk forening. Et omfattende arbeid med godkjenning av innholdet i spesialistutdanningen og regler for en overgangsordning ble sluttført i 2014 i regi av Helsedirektoratet og den første spesialist i rus- og avhengighetsmedisin ble formelt godkjent i april 2015 etter overgangsregler, det er Rune Tore Strøm – nestleder i NFRAM i dag og leder av spesialitetskomiteen.

©thodonal - stockadobe.com

Norge er det eneste landet i verden med en egen hel-spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin. President Roosevelts utsagn under 2. verdenskrig «Look to Norway» er fremdeles gyldig!

Fagfeltet har ansvar for et stort antall pasienter med helt ulike problemstillinger knyttet til bruk av legale og illegale rusmidler herunder legemidler, men også annen form for avhengighet eller risikofylt adferd som penge-spill og andre spill, sosiale medier og andre «mestringsstrategier» som fører til manglende kontroll over liv og hverdag. Dessuten har fagfeltet ansvar for behandling av bruk av anabole androgene steroider. Brukere av illegale rusmidler dominerer mediebildet men det rusmiddelet som forårsaker mest uhelse og flest tapte leveår er selvsagt alkohol. Vi regner at 20-30 % av alle som behandles for en somatisk lidelse i spesialisthelsetjenesten har et forbruk av alkohol som indirekte eller direkte forårsaker lidelsen de får behandling for, eller kompliserer den alvorlig. Våre pasienter dør i gjennomsnitt 20 år tidligere enn normalbefolkningen, og de dør også av helt vanlige somatiske lidelser, særlig livsstilssykdommer som mange får hyppigere og tidligere i livet, bl.a. pga. tobakk, lite fysisk aktivitet, dårlig kosthold. I tillegg løper de stor fare for å få mangelfull utredning og behandling av sine somatiske sykdommer, både fordi det ikke får nok oppmerksomhet når de eventuelt er i rusbehandling men også på grunn av mangelfull egenomsorg.

Mange av pasientene i TSB har, i klart større grad enn befolkningen for øvrig, ulike psykiske plager. Også her gjelder ofte det samme, at det er mangelfull utredning og dårlig egenomsorg. Noen ruspasienter har alvorlig psykisk lidelse. Disse skal ha behandling for begge lidelser innenfor psykisk helsevern. Dette svikter, Helsetilsynet slo fast i et landsomfattende tilsyn av DPSene i 2017 at pasientene der ikke ble spurt om /utredet for ruslidelse og fikk dermed heller ikke relevant behandling.

NFRAM har alltid hatt et tett samarbeid med Legeforeningen og blir involvert i ulike saker som omhandler rusmedisin. Vi deltar gjerne både i faglige arbeidsgrupper og helsepolitiske møter. Styret i NFRAM samarbeider også systematisk med vår egen spesialitetskomite om utvikling av spesialistutdanningen. Det har vært et stort arbeid først å etablere et utdanningsløp etter gammel ordning samt regler for «overgangs-ordning» med et obligatorisk ukeskurs som vi selv arrangerte 3 ganger, til å revidere alt etter ny ordning. Vi mener at vi nå har et grundig og innholdsrikt utdannelsesløp for våre LIS. Det bygger på en grunnkursrekke, andre anbefalte kurs og tydelige læringsmål som oppnås av læringsaktivitetene. I tillegg til rusmedisinske tema får våre LIS god kunnskap om somatiske lidelser med tilknytning til bruk av rusmidler og til psykisk helsevern. Blant annet tjenestegjør de ett år i psykiatrisk avdeling (akuttmottak eller DPS).

NFRAM har i dag ca 290 medlemmer og av disse er 135 spesialister. Ca 70 LIS er i år helt ferdige med sin spesialistutdanning og kan søke om godkjenning. Mange steder merkes en god oppgang i søkere til ledige stillinger og det er 25 utdanningsvirksomheter i Norge. De større helseforetakene tilbyr et komplett løp, andre tilbyr deler av utdanningen og dette gjelder også flere private aktører. Vi er et fagfelt i god vekst og opptatt av at alle helseforetak sørger for basistjenester for våre pasienter: Døgn-tilgjengelig akutt- og avrusningstilbud, poliklinikk med ambulante tjenester og døgnavdeling for pasienter med sammensatte behov. Det vi virkelig ønsker oss nå er at forskning på ruslidelser og effekt av behandlingsinnsats prioriteres. Det er helt nødvendig for å utvikle faget og svare ut befolkningens behandlingsbehov i fremtiden. ●

Returadresse
Norsk overlegeforening
Postboks 1152, Sentrum
0107 Oslo