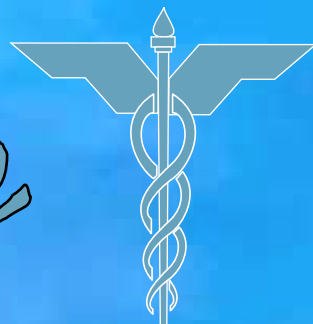


LVS *info*



FORENINGEN FOR LEGER I VITENSKAPELIGE STILLINGER

**Antibiotikasenteret
for primærmedisin**

Nye styremedlemmer

OARSI Rising Star

STYRET & SEKRETARIAT I LVS FOR 2021–2022

leger i vitenskapelige stillinger



Leder

Mette Kalager

Professor ved Klinisk effektforskningsgruppe
Institutt for helse og samfunn
Universitet i Oslo (UiO) og forsker ved
Oslo Universitets sykehus (OUS)
Mobil: 924 27 884
E-post: mette.kalager@medisin.uio.no



Medlem

Bjarne Austad

Førsteamanuensis Institutt for sam-
funnsmedisin og sykepleie NTNU,
Fastlege Øya Legesenter,
Mobil: 990 29 992
E-post: bjarne.austad@ntnu.no



Nestleder

Sindre August Horn

Stipendiat ved Bergen senter for etikk og
prioritering (BCEPS), Universitetet i Bergen.
Mobil: 932 54 897
E-post: sindre.horn@uib.no



Medlem

Erle Refsum

Post doc i gruppe for Klinisk Effekt-
forskning ved OUS,
Førsteamanuensis II ved UiO
Mobil: 22 84 52 54
E-post: erle.refsum@medisin.uio.no



Medlem

Martin Hagve

Førsteamanuensis institutt for klinisk
medisin ved UiT, kirurg ved avdeling
for gastroenterologisk kirurgi ved
Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN).
Mobil: 934 08 719
E-post: martin.hagve@uit.no



Varamedlem

Kari Risnes

Professor i pediatri, overlege
Leder for Klinisk Forskningsenhet Midt
Norge, NTNU og St Olavs Hospital
Mobil: 951 70 397
E-post: kari.risnes@ntnu.no

LVS' KONTOR



Rådgiver, sekretariatsleder

Bente A. Kvamme

Den norske legeforening,
avdeling for Jus og arbeidsliv
Telefon arbeid: 23 10 91 62
Mobil: 92 25 12 99
E-post: bente.kvamme@legeforeningen.no



Sekretær

Kristin Wiik

Den norske legeforening,
avdeling for Jus og arbeidsliv
Telefon arbeid: 23 10 91 56
Mobil: 95 20 40 60
E-post: kristin.wiik@legeforeningen.no



Redaktør og varamedlem

Bendik Brinchmann

Forsker ved Avdeling for luftforurensing
og støy, Folkehelseinstituttet
LIS Lege ved Statens Arbeidsmiljøinstitutt
(STAMI)
Mobil: 46 74 36 32
E-post: bendikbrinchmann@gmail.com

Forsidebilde: Ullevål tårnbygg.

KJÆRE LVS-MEDLEM

Nye koster – dårlig nytt?



«Det bør ikke være
lett å prioritere bort
forskning»

Vi går mot årets slutt. Det ligger et iboende håp i alle skifter. Kanskje 2022 blir et år der våre barn kan gå på skole, vi kan ha fysisk undervisning og våre forskningsprosjekt er i full drift igjen?

Vi har akkurat skiftet regjering. Det ligger et håp i det øg. Dessverre ser det ikke så lyst ut med tanke på forskning. I Hurdalsplattformen er ordet «forskning» brukt bare 12 ganger og «forskning» er nevnt 5 ganger. Totalt er forskning/forskning brukt bare to ganger i forbindelse med helse: Under e-helse: «Legge til rette for bedre bruk av helsedata i helseforskning, styrke grunnlaget for kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester og stimulere til innovasjon og næringsutvikling», og under kvinnehelse: «Styrke Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning og sikre at arbeidet også systematiseres regionalt.»

Forskning, undervisning og kompetanseheving er ferskvare. Det tar tid å bygge opp god forskning og forskningsbasert undervisning. Dette er en kontinuerlig prosess, på samme måte som vi utvikler nye idrettshelter. Stadig ser vi fruktene av at vi satser på unge talenter der. I forskningen derimot, ser vi ikke dette like tydelig. Det er ikke samme fokus på å fremodle toppforskere. Selv ikke etter å ha utviklet vaksiner på rekordtid, er det fokus på forskning. Det er ikke like spennende å følge helseforskningen

Det er lett å
prioritere bort
forskningen.

som det er å følge VM på ski. Men utfallet i forskning er så mye mer alvorlig, det gjelder sykdom og vår helse. Ikke akkurat gladnyheter.

Nå brenner det i helsetjenesten. Fastlegeordningen er i krise. Sykehuskapasiteten er ikke god nok. Det er «akutt» krise, er inntrykket vi får når vi leser dagspressen. I Legeforeningen er det mer en varslet krise. Vi har kjempet mot denne krisen i årevis. Vi har sett det komme. Det er vi som har hatt skoene på.

Det er klart vi skal kjempe for fastlegeordningen, at vi skal arbeide for å øke kapasiteten og bygge store nok sykehus.

Det er lett å prioritere bort forskningen. Vi må jo bare redde fastlegeordningen og bygge ut intensivkapasiteten først.

Men vi må tenke langsiktig. Regjeringen har ikke helse forskning på sin agenda, til tross for at vi har sett hvor viktig den er under pandemien.

Det er enklere å ta tak i det akutte. Om vi bare lar ting flyte lenge nok blir mye akutt, slik vi nå ser med fastlegeordningen og med sykehuskapasiteten. Men hva med forskningen? Hva med undervisningen, kompetanse-hevningen vi trenger for å utdanne flere medisin studenter, som attpåtil skal undervises utenfor universitetssykehusene? Vil den noen gang bli akutt?

Vi har sett eksempler på det under pandemien, vaksiner ble utviklet i rekordtid. Offentlige midler ble tilført store legemiddelselskaper over en lav sko. Det var bare å pøse ut midler, så sto legemiddelindustrien klar og innfridde. Til dels. Fortsatt er det selskapene som eier patentene, de er ikke frigitt selv om mange lands ledere har gitt klare signaler om det. Dette til tross for at mye av teknologien er finansiert via det offentlige. Legemiddelindustrien er en lukrativ industri, men de bruker også penger på forskning og utvikling. Det bør vi også gjøre i det offentlige.

Kunnskap er viktig. Regjeringen ser ut til å ha glemt dette i sin plattform. For at forskning skal være

integrert i behandlingen av våre pasienter, må vi jobbe aktivt med forskning og utdanning. Forskning må være integrert i alle deler av helsetjenesten, det er ikke bare i e-helse og kvinnehelse vi trenger forskning.

Det er lett å
prioritere bort
forskningen.

Professor Jørund Straand går så lagt som å beskrive plattformen som en formidabel skuffelse som setter forskningen i fare. Han påpeker spesielt forskning i allmennpraksis der i det løpet av 2023 er slutt på all støtte

til den Nasjonale forskerskolen i allmennmedisin og Forskningsrådets midler til å bygge opp forskningsnettverket PraksisNett.

Vi ønsker ikke at det skal være et skille i forskning mellom primær og spesialisthelsetjenesten og vi må legge til rette for god infrastruktur og finansiering på samme måte i hele tjenesten. Vi mener dette vil sikre fokus på forskning i hele helsetjenesten, og at forskning ikke bare er noe man bedriver i festtaler. Det vil sikre den best mulige pasientbehandlingen også i fremtiden.

Men vi må også feie for egen dør. Vi må øke bevisstheten om forskning innad i vår egen forening, Legeforeningen. Vi har hatt mange gode forskningsstrategier og forskningsrapporter opp gjennom tidene, men vi ser at det som ble sagt i 2006 fortsatt gjelder. Ett av forslagene i rapporten «Vind i seilene for medisinsk forskning» var at Legeforeningen skulle «arbeide for at leger i vitenskapelige stillinger blir i stillingene ved å sikre gode rammebetingelser knyttet til stillingene og lønn tilsvarende kolleger i klinisk arbeid». Der har vi noe å gå på. Vi vil jobbe tett med de andre yrkesforeningene og det nye sentralstyret for å øke bevisstheten innad.

Vi jobber nå med å utvikle en ny forskningsstrategi: Det bør ikke være lett å prioritere bort forskning. Hverken i Regjeringsplattformen eller i Legeforeningen. Vårt mål er en sømløs integrering av forskning og klinikk. For pasientenes beste.

Med dette ønsker jeg alle våre medlemmer en riktig god jul og et godt nyttår.



Antibiotikasenteret for primærmedisin – kort vei fra forskning til forbedring av klinisk praksis



Av: Sigurd Høye og Morten Lindbæk,

Antibiotikasenteret for primærmedisin, Avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo.

Infeksjoner er blant de vanligste problemstillingene i primærhelsetjenesten, men vi mangler likevel mye kunnskap om hvordan tilstandene bør håndteres. Ved Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) er det kort vei fra forskning til revidering av retningslinjer og forbedret praksis.

Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) er et nasjonalt kompetansesenter som har som oppgave å fremme rasjonell og begrenset bruk av antibiotika i primærhelsetjenesten, og på den måten redusere utviklingen av antibiotikaresistens i Norge. Innsats for en fornuftig bruk av antibiotika er spesielt viktig i primærhelsetjenesten, ettersom den står for over 90 % av antibiotikabruken i Norge.

ASP ble opprettet i 2006. Senteret finansieres av Helseledningsdirektoratet og er plassert under Avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo. Senterets ti ansatte jobber hovedsakelig med kursutvikling,

kvalitetsforbedringsprosjekter, retningslinjerevisjon, undervisning av helsepersonell og informasjon til befolkningen. ASP har også som oppgave å sørge for jevnlig revisjon av Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. I tillegg har senteret en tilknyttet forskergruppe bestående av syv stipendiater, tre postdoc-er/forskere, to koordinatorer/studiesykepleiere og fem amanuenser/professorer. Forskningsprosjektene er finansiert av EU, Forskningsrådet, Allmennmedisinsk Forskningsfond og Allmennmedisinsk Forskningsutvalg. Forskningen ved senteret kan grovt sett inndeles i tre hovedområder:



Bendik Chr.
Brinchmann,
Redaktør LVS-info

Da vil jeg ønske
dere alle en god
jul og et godt
nyttår – måtte
2022 bringe mer
varme og nærhet.

KJÆRE LESER

Ullevål sykehus sitt flotte tårnbygg pryder forsiden av dette nummeret av LVS-info. Debatten om å bevare sykehuset har vært lang og følelsesladet – det er ingen overraskelse at fagmiljøene og lokalmiljøet ønsker å bevare sykehuset.

Jeg ønsker ikke å ta denne debatten her, men la Ullevål sykehus sitt praktbygg være et bakteppe for å gi en ekstra varm hilsen til våre mange kolleger som jobber under krevende forhold for å imøtegå pandemiens utfordringer i et helsevesen som allerede er svært presset på effektivitet.

I dette nummeret av LVS-info får dere lese om Antibiotikasenteret for primærmedisin, presentert av Sigurd Høye og Morten Lindbæk, vi gratulerer Ida K. Bos-Haugen med OARSI-rising star prisen og vi ønsker våre nye medlemmer i LVS-styret Martin Hagve, Sindre August Horn og Bjarne Austad velkommen.

Hva er best behandling av infeksjonstilstander i primærhelsetjenesten?

Den kliniske forskningen ved ASP er rettet mot å finne minst mulig resistensdrivende behandlingsformer. Dette innebærer for eksempel å undersøke om smalspektrede antibiotika er like effektivt som bredspektrede antibiotika ved ulike infeksjoner, og om andre behandlingsformer enn systemisk antibiotika er en tilstrekkelig trygg og effektiv behandling. To eksempler på studier ASPs forskergruppe har gjennomført: Fenoksymetylpenicillin versus amoxicillin versus doksisyklin ved erythema migrans, og NSAIDs versus pivmecillinam ved ukomplisert cystitt. Begge disse studiene har hatt direkte innvirkning på behandlingsretningslinjene.

Nå leder vi en stor, klinisk studie som gjennomføres i primærhelsetjenesten i Polen, Nederland, Sverige og Norge, der målet er å undersøke om metenamin (Hiprex®) faktisk forebygger urinveisinfeksjoner hos kvinner over 70 år med residiverende urinveisinfeksjon (ImpresU – Improving rational prescribing for urinary tract infections in frail elderly). I Norge brukes svært



ImpresU



mye metenamin – vi står faktisk for rundt halvparten av forbruket i Europa – men den forebyggende effekten er ikke tilstrekkelig dokumentert. Hvis det viser seg at metenamin er effektivt, kan det medføre en betydelig redusert bruk av antibiotika. Vi er også i gang med en stor klinisk studie på behandling av sinusitt i norsk allmennpraksis (BASIC – Better treatment for Acute Sinusitis In primary health Care). Akutt sinusitt er blant enkelt diagnosene som medfører mest antibiotikabruk i allmennpraksis. En pilotundersøkelse tyder på at kloramfenikol øyedråper brukt i øyet faktisk kan redusere symptombyrden ved akutt sinusitt. Hvis dette viser seg å stemme, kan også store mengder antibiotika unngås. De kliniske studiene følges av både epidemiologisk og kvalitativ forskning.

Hvordan oppnå riktigere antibiotikabruk?

For noen år tilbake gjennomførte Avdeling for allmennmedisin en stor intervensjonsstudie blant norske fastleger – Kollegabasert Terapiveiledning. Rundt 450 fastleger ble randomisert til to armer av et kvalitetsforbedringsprosjekt – antibiotikabruk ved luftveisinfeksjoner og hensiktsmessig legemiddelbruk hos eldre. I dette prosjektet ble det utviklet et opplegg for kvalitetsforbedring i fastlegepraksis, bestående av individuelle forskrivningsrapporter, undervisningsopplegg og opplegg for gruppe-

diskusjon i fastlegenes etterutdanningsgrupper. Prosjektet viste seg både å føre til en markant forbedring i antibiotikaforskrivning, og å være populært blant fastlegene.

Via Regjeringens handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten, som ble lansert i 2016, fikk Antibiotikasenteret tildelt midler for å tilby fastleger og sykehjem kvalitetsforbedringskurs innen antibiotikabruk. Vi tok utgangspunkt i metodene og resultatene fra Kollegabasert Terapiveiledning-studien og utviklet kvalitetsforbedringsprosjektet Riktigere Antibiotikabruk i Kommunene (RAK). Prosjektet er utformet som et 15 timers klinisk emnekurs for fastleger, og består av e-læringskurs, program for tre møter i fastlegenes etterutdanningsgrupper, og to individuelle forskrivningsrapporter basert på data fra Reseptregisteret. På denne måten får legene tilgang til målinger av egen praksis og kan sette seg forbedringsmål, gjennomføre tiltak og undersøke om dette har ført til kvalitetsforbedring.

RAK-kurset er startet opp fylke for fylke i hele landet i perioden 2016 – 2021. Vi har drevet aktiv rekruttering og fått med nær halvparten av alle landets fastleger. De deltagende legene har oppnådd en betydelig reduksjon i antibiotikabruken, og en økt andel smal-spektrert antibiotika. Som en kjærkommen fjær i

hatten ble ASP tildelt Legeforeningens kvalitetspris 2020 for prosjektet.

I RASK-prosjektet (Riktigere Antibiotikabruk i Kommunale helseinstitusjoner/Sykehjem) inviteres leger og annet helsepersonell fra alle sykehjem og helsehus i hvert fylke til oppstartkonferanse. I forkant får de tilsendt en rapport med egen antibiotikaforbruksstatistikk. Etter konferansen presenterer representantene fagstoffet for kolleger på eget sykehjem, og setter egne mål for intervensjonsperioden. Etter seks måneder samles alle igjen for å oppsummere og stake ut veien videre. Etter både seks og 12 måneder får sykehjemmene tilsendt statistikk over eget antibiotikaforbruk. I løpet av 2022 vil prosjektet være gjennomført i alle landets fylker. Mellom 80 og 100% av sykehjemmene i hvert fylke har vært representert, og antibiotikabruken har også her blitt betydelig forbedret.

I både RAK og RASK er deler av prosjektene gjennomført som randomiserte, kontrollerte forsøk, og prosjektene følges også av kvalitativ forskning. Dette gjør oss i stand til å evaluere effekten av prosjektene, og å tilpasse dem slik at de skal virke best mulig. Analyse av dataene pågår fremdeles, og vi forventer å publisere innen kort tid.

Hva er konsekvensene av redusert antibiotikabruk?

Siden 2012 er antibiotikabruken i primærhelsetjenesten redusert med over 30 %. Dette er i tråd med Regjeringens handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten, der 30 % reduksjon ble satt som et mål. Vi tillater oss å tro at RAK- og RASK-prosjektene har vært sentrale for å nå dette målet. Men samtidig er det svært viktig å sikre at en restriktiv forskrivningspraksis ikke gir negative konsekvenser i form av hyppigere komplikasjoner. I Norge har vi nasjonale registre som

dekker det aller meste av helsetjenesten. Dette gjør oss i stand til å få gode tall på om antibiotikareduksjonen har medført mer komplikasjoner, og om for eksempel listepasienter til fastleger med lav forskrivningsrate har større risiko for komplikasjoner enn pasienter som utsettes for mer liberal antibiotikaforskrivning.

I pasientforløp-prosjektet har vi samlet data fra perioden 2012 – 2019 fra blant annet Reseptregisteret, Kommunalt pasient- og brukerregister og Norsk pasientregister. Resultatene vil kunne gi svar på blant

annet om det er trygt å redusere antibiotikabruken enda mer, og hvilke pasientgrupper som eventuelt bør behandles med antibiotika.

Planer fremover

Klinisk forskning i primærhelsetjenesten er underprioritert. Det er i primærhelsetjenesten det meste av diagnostikk og behandling foregår, og da må det naturlig nok også gjennomføres forskning på denne arenaen. Vi vil fortsette med å tydeliggjøre behovet for klinisk forskning i primærhelsetjenesten, etablere nettverk og prosesser for å tilrettelegge for mer forskning, og initiere nye kliniske studier.

RAK og RASK ble opprettet som prosjekter, og disse er nå langt på vei gjennomført. Sammen med en rekke samarbeidspartnere jobber vi nå med å gå fra prosjekter til permanente kvalitetsforbedringssystemer. For fastlegenes del vil det blant annet innebære at hver enkelt forskriver på en enkel måte skal få tilgang til egen antibiotikaforskrivningsrapport og tilbud om et årlig påbyggingskurs. Vårt mål er at fra 2022 skal flertallet

av fastlegene ha lyst til – og faktisk gjennomføre – en årlig gjennomgang av egen forskrivning sammen med sin etterutdanningsgruppe. Tilsvarende vil vi tilby et lignende system for alle kommunale helseinstitusjoner.

Den tette koblingen mellom kompetansesenter og forskningsgruppe gjør at kunnskaps- og forskningsbehov raskt kan identifiseres, forskning kan initieres, og bedre praksis kan implementeres – dette gjør det ekstra meningsfylt å jobbe på ASP.

«Den kliniske forskningen ved ASP er rettet mot å finne minst mulig resistensdrivende behandlingsformer.»



Del ditt engasjement og opplevelser!

- Brenner du for saker innenfor medisinsk forskning eller legeforskeres arbeidsvilkår?
- Har du synspunkter vedrørende lønns- og arbeidsforhold?
- Har du morsomme, lærerike, interessante, spennende historier fra undervisning eller forskerliv?

Skriv om det i LVS-INFO, kontakt:

redaktøren på bendikbrinchmann@gmail.com eller ta kontakt med styret.

NYE STYREMEDLEMMER



Sindre August Horn

Stipendiat ved Bergen senter for etikk og prioritering (BCEPS), Universitetet i Bergen.

Jeg er stipendiat ved Universitetet i Bergen hvor jeg er tilknyttet et NFR-finansiert prosjekt om alvorlighet og helseprioriteringer. Mitt ph.d.-prosjekt handler om hvordan ulike teorier om fordelingsrettferdighet kan innpasses i helseprioriteringer, mens det overordnede prosjektet heter SEVPRI (Severity and Priority Setting in Health Care) og styres fra Akershus Universitetssykehus.

Jeg har medisinutdanning fra UiB, hvor jeg også har studert filosofi, økonomi og klassiske språk. Jeg har tidligere jobbet klinisk med revmatologi og indremedisin ved Haukeland Universitetssykehus og Haraldsplass Diakonale Sykehus i Bergen, men etter å ha fullført en mastergrad i vitenskapsfilosofi ved London School of Economics i 2020 startet jeg som stipendiat ved UiB. Faglig er jeg særlig interessert

i medisinsk og normativ etikk, og jeg har også en bistilling som sekretær for klinisk etikk-komiteen i Helse Bergen. Jeg har også undervist i emnet Medisinsk nomenklaturlære for førsteårsstudenter i medisin, odontologi og ernæring ved UiB siden 2016.

I LVS er jeg opptatt av hvordan vi rekrutterer og beholder unge leger i forskning. En vitenskapelig karriere bør være attraktivt også for unge leger, enten alene eller i kombinasjon med en klinisk spesialistutdanning. Flere stipendiater og yngre forskere bør gjøres oppmerksom på LVS innad i Legeforeningen og hvordan de selv kan delta i foreningen. Jeg er også særlig opptatt av medisinsk propedeutikk og å sikre undervisning av høy kvalitet i medisinstudiet.



Bjarne Austad

Førstemanuensis Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie NTNU, Fastlege Øya Legesenter

Er fra Oslo og studerte i samme by. Etter turnus i Førde og Leikanger ble etter hvert Trondheim der jeg startet på Sjøsidan Legesenter. Spesialist i allmennmedisin fra 2009. Sykehusåret tok jeg på Øre-nese-Hals på St.Olavs Hospital. Der ble jeg involvert i et prosjekt om oppfølging av barn etter operasjon med dren i trommehinnen: Kunne kontrollene gjøres på en faglig forsvarlig måte hos fastlegen? Jeg fant at selv denne enkle prosedyren ble fulgt i varierende grad. Dette økte nysgjerrigheten på hvordan mer omfattende prosedyrer og retningslinjer følges. Samtidig hadde jeg fra allmennpraksis lenge kjent på manglende samsvar mellom retningslinjer for kroniske enkeltsykdommer og praksis i møte med særlig multisyke pasienter. Dette førte til PhD med disputas i 2017.

De siste årene har jeg vært emneleder for siste semester på medisinstudiet i Trondheim og jobbet med avgangseksamen. I 2019 startet jeg som førstemanuensis i 50% stilling. Da solgte jeg meg ut av legepraksisen og begynte som ansatt på et kommunalt legesenter i Trondheim, Øya legesenter, i 50% stilling. Så jeg er en av få som jobber i kombinert stilling som fastlege og på universitet. Slike kombinerte stillinger er viktige for å få mer allmennmedisinsk forskning, men har vist seg vanskelig å få til. Denne kombinasjonen vil jeg jobbe for at andre skal få mulighet til gjennom vernet i LVS.

Har etter disputasen jobbet med ulike forskningsprosjekter innen legevakt, videokonsultasjoner og en RCT om kontrollene etter operasjon med dren.

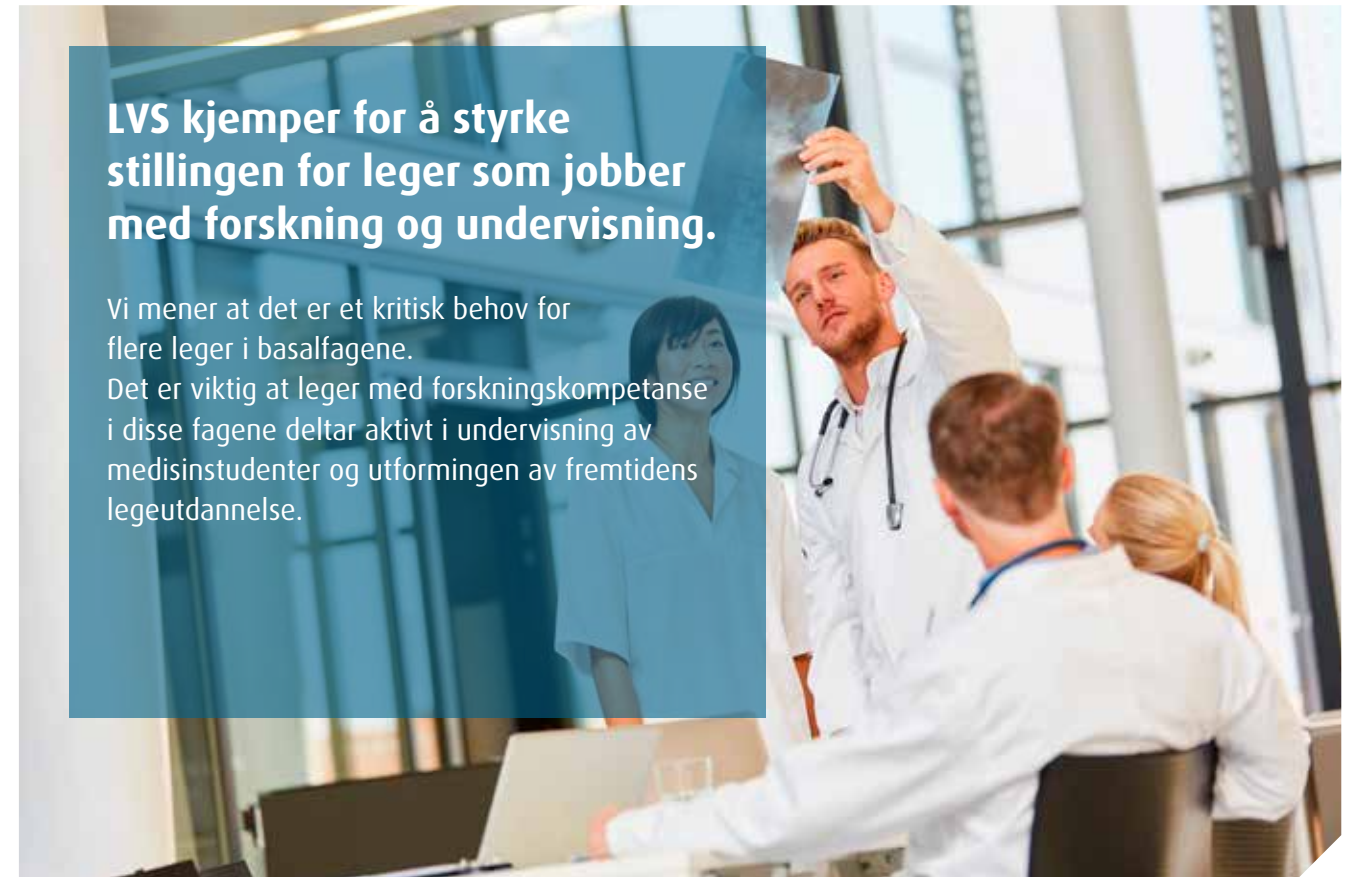


Martin Hagve

Førstemanuensis institutt for klinisk medisin ved UiT, kirurg ved avdeling for gastroenterologisk kirurgi ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN).

Jeg jobber som kirurg ved avdeling for gastroenterologisk kirurgi ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN), med en bistilling som 1. amanuensis ved institutt for klinisk medisin ved UiT – Norges Arktiske Universitet og har gjennom min karriere kombinert klinisk praksis med eksperimentell translasjonsforskning og har mitt hovedfelt innenfor metabolisme og ernæring for de sykeste pasientene.

Jeg brenner for at kliniske leger skal få mer tilrettelegging for å kunne drive forskning kombinert med klinisk praksis, og at leger i kliniske stillinger skal få muligheten til å gjøre mer translasjonsforskning. Videre ønsker jeg å jobbe for at det skal lønne seg for leger å forske både på heltid og på deltid, der forskningskompetanse verdsettes og ikke er noe man må drive med på fritiden, som er tilfellet for mange leger i dag, spesielt de som har det som deltidsstilling.



LVS kjemper for å styrke stillingen for leger som jobber med forskning og undervisning.

Vi mener at det er et kritisk behov for flere leger i basalfagene. Det er viktig at leger med forskningskompetanse i disse fagene deltar aktivt i undervisning av medisinstudenter og utformingen av fremtidens legeutdanning.



Bli venn med oss på facebook!

Facebooksiden vil bli brukt til kommunikasjon med medlemmer og samfunnet for øvrig. Vi oppfordrer alle medlemmer og andre interessenter til å følge lenken og «like» siden.



<https://www.facebook.com/ForeningenForLegerIVitenskapeligeStillinger>

OARSI Rising Star

Ida K. Bos-Haugen ble tildelt en forskningspris for yngre fremragende forskere på OARSI Connect 2021, som ble arrangert i april 2021.



OARSI er en global organisasjon som jobber for å fremme forskning og disseminering av kunnskap om artrose. Organisasjonen har ca. 700 medlemmer, og totalt ca. 1000 personer deltok på årets digitale konferanse.

Prisen "Rising Star (Clinical Research)" ble gitt til Ida basert på hennes forskning innenfor håndartrose, og var tiltenkt yngre fremragendeforskere maksimalt 12 år etter oppstart av doktorgrad.

Ida har siden hun startet som PhD-stipendiat i 2009 bygget opp en forskningsgruppe på håndartrose, og leder i dag flere kliniske studier. Nor-Hand studien er en longitudinell observasjonsstudie av 300 personer med håndartrose. Totalt jobber fire PhD-stipendiater med data fra Nor-Hand studien, og studien har vakt interesse internasjonalt, særlig på grunn av den innovative og brede kartleggingen av deltageres smerte.

Ida og hennes team har blant annet vist at personer med håndartrose opplever betydelig smerte, som må forklares i et biopsykososialt rammeverk som inkluderer både biologiske mekanismer i tillegg til de psykososiale. De har blant annet vist at sentral sensitisering, dvs endringer i sentralnervesystemet som gjør personer mer sensitive for smertestimuli, er vanlig ved håndartrose, og at personer med sentral sensitisering opplever mer smerte enn de uten.

I tillegg har forskningsgruppen vist at overvekt/fedme, komorbiditeter og emosjonelle/kognitive faktorer er sterkt assosiert med graden av smerte, mens det er lite samsvar mellom graden av artrose vurdert på røntgen

og graden av smerter. I tillegg har forskningsgruppen et sterkt fokus på validering av ulike bildediagnostiske teknikker og pasient-rapporterte utfallsmål. I dette arbeidet har de vist at inflammasjon vurdert på både MR og ultralyd er assosiert med smerte og progresjonen av de strukturelle artroseforandringene.

MERINO studien, en placebo-kontrollert randomisert studie skal starte hvert øyeblikk. I denne studien skal Ida og kollegaene studere hvorvidt methotrexat, et anti-inflammatorisk medikament som blant annet er hjørnesteinen i behandling av revmatoid artritt, har effekt på smerte, funksjon, inflammasjon og strukturelle forandringer ved erosiv og inflammatorisk håndartrose. Ida har i tillegg ledet det norske bidraget i den internasjonale studien APPROACH, som har fulgt personer med kneartrose i 2 år.

Minst like viktig, Ida er i tillegg hovedtillitsvalgt for LVS på Diakonhjemmet Sykehus.

Vi gratulerer Ida med prisen og ønsker lykke til videre med prosjektene.

Hørings svar fra LVS!

Lurer du på hva legeforeningen og LVS mener?

Les alle høringssvar her:

<http://legeforeningen.no/yf/Leger-i-vitenskapelige-stillinger/Horingsuttalelser/>

Husk du må være innlogget på medlemssidene for å se de interne høringssvarene!



