
Endoskopieksperter

AKTUELT I FORENINGEN

STIG KRINGEN

Kommunikasjonsavdelingen

Han har vært en av Norges mest toneangivende fagpersoner innen gastrointestinal endoskopi i en årrekke. I oktober i fjor mottok professor Lars Aabakken UEG Lifetime Achievement Award. Dette er en av de gjeveste utmerkelsene innen europeisk gastroenterologi.



FIKK GJEV PRIS: Professor Lars Aabakken jobber daglig som overlege ved Gastromedisinsk seksjon på Rikshospitalet. I fjor mottok han UEG Lifetime Achievement Award, en av de gjeveste utmerkelsene innen europeisk gastroenterologi. (Foto: Stig Kringen / Legeforeningen)

Aabakken arbeider til daglig som overlege ved Gastromedisinsk seksjon på Rikshospitalet. Han fikk prisen for sitt banebrytende arbeid innen endoskopi, sitt internasjonale engasjement, sin kliniske dyktighet og sin organisatoriske

ledelse. United European Gastroenterology (UEG) beskriver ham som en av de mest innflytelsesrike personene innen fordøyelsessykdommer og endoskopi i Europa og globalt.

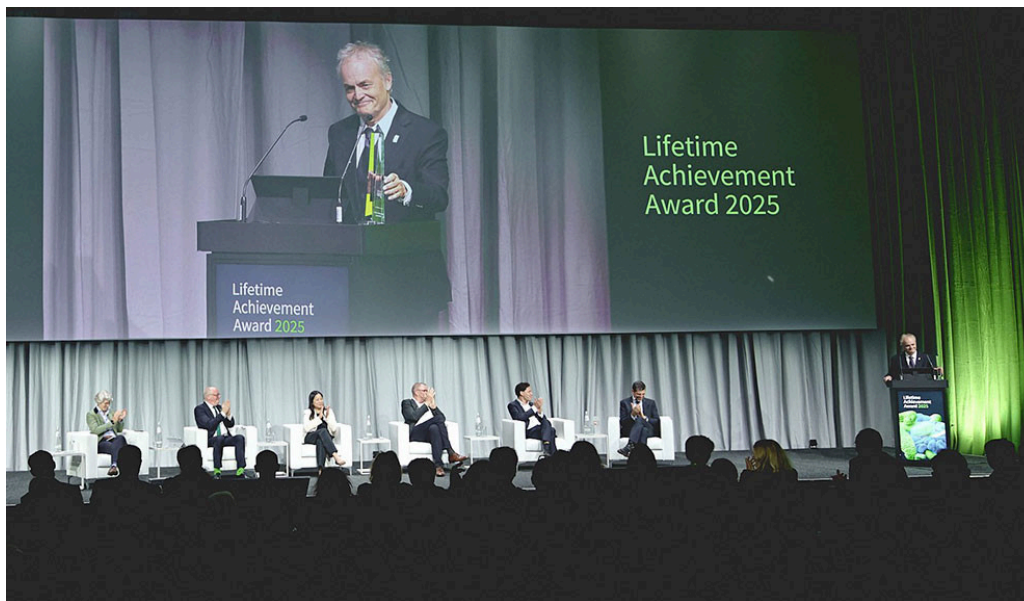
Prisen ble utdelt foran 12 000 deltakere på UEGs årlige kongress i Berlin. UEG er en paraplyorganisasjon for gastroenterologiske fagmiljøer i 55 medlemsland, der hvert medlemsland kan nominere én kandidat.

– Det var stor stas å bli hedret med prisen. UEG er en stor og viktig forening for generell gastroenterologi i Europa, sier Aabakken.

En god dag på jobb

Endoskopi er den delen av gastroenterologien der legen undersøker og behandler mage–tarmkanalen med fleksible instrumenter. Det er en begrenset, men svært viktig del av faget. Tradisjonelt har det ofte vært hepatologer, onkologer, kirurger og andre fagfelt som har fått UEG-prisen.

– De jeg kjenner i mitt miljø syntes det var stas at en endoskopør ble valgt i år. Jeg fikk også mange hilsener fra andre nordmenn som var til stede i Berlin, og som var stolte på Norges vegne. En god dag på jobb.



PRISUTDELING I BERLIN: Aabakken ble tildelt prisen foran 12 000 deltakere på UEGs årlige kongress i Berlin. UEG er en paraplyorganisasjon for gastroenterologiske fagmiljøer i 55 medlemsland (Foto: UEG)

Mange medisinere får priser for banebrytende forskning publisert i tidsskrifter som The Lancet og Nature. Aabakken forteller at han har skrevet noen artikler, men ingen han anser som akkurat banebrytende. Han ser på denne prisen mer som en anerkjennelse av hans engasjement i internasjonale foreninger. Hamarmannen har vært president i Scandinavian Association for Digestive Endoscopy (SADE), i European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) og nå siden 2024 president i World Endoscopy Organization (WEO).

Metode- og turnusbok

Metodebok.no er i dag den sentrale, nasjonale portalen for medisinske metodebøker, faglige prosedyrer og veiledere i den norske spesialisthelsetjenesten. Portalen forvaltes av de fire regionale helseforetakene og brukes for å sikre standardisert, oppdatert klinisk praksis.

Men slik har det ikke alltid vært. Lars Aabakken skrev den første metodeboken for gastromedisin og senere medisinsk avdeling på Ullevål på 80-tallet. Dette gjorde han i samarbeid med professor Magne Osnes på Ullevål omtrent midtveis i medisinstudiet.



ARTIG BILDE: – Møre ønsket derfor å ta bilde av min kone i negligjé som skulle se fristende ut i bakgrunnen mens jeg febrilsk satt i pysjamas og skrev og ikke kunne bli forstyrret. Dette var deres ide for oppslaget, men kona var gravid i åttende måned. Så det endte det opp med en slåbrok-gravid variant i avisa, forteller Aabakken. (Foto: Privat)

– Osnes var den ledende gastroenterologen i Norge på den tiden og en innovator. Det var helt uvurderlig for meg å ha ham som veileder og mentor, i aller videste forstand.

Under turnustjenesten i 1988–1989 arbeidet Aabakken ved Volda sjukehus. På Sunnmøre fulgte han opp med «Turnuslegeboka». På den tiden var slike praktiske «kokebøker» ikke like godtatt overalt. Mange mente at legekunst skulle være nettopp kunst. Lokalavisa Møre fikk høre at han satt oppe hele netter og skrev.

– Møre ønsket derfor å ta bilde av min kone i negligjé som skulle se fristende ut i bakgrunnen mens jeg febrilsk satt i pysjamas og skrev og ikke kunne bli forstyrret. Dette var deres ide for oppslaget, men kona var gravid i åttende

måned. Så det endte det opp med en slåbrok-gravid variant i avisa, humrer han. «Turnuslegeboka» ble først trykket opp og delt ut gratis til alle norske turnuskandidater i mange år. Etter hvert kom den ut på forlag og i mer ordnede former.

– I Norge er dette nok min viktigste «claim to fame». Over 30 år senere brukes boka fortsatt. Sjette revisjon er nå sendt i trykken, med Bjørn Bendz som medredaktør og mange flinke bidragsyttere fra ulike fagfelt.

Pioner på digitale løsninger i medisinen

Aabakken forteller at datainteressen kom tidlig. Allerede på 80-tallet begynte han å utvikle digitale løsninger som skulle følge ham gjennom karrieren. Han laget blant annet digitale læringsprogrammer for studenter og senere OKSebasen, et styringsverktøy som holdt orden på undervisning, undervisere, rom og studenter ved Oslo Kommunale Sykehus (primært Ullevål) i over 15 år.

Senere utviklet han, sammen med Pål Dag Line, et journalsystem for Feiringklinikken og databasen for gastrolaben på Rikshospitalet. Denne ble brukt i rundt 15 år, og brukes delvis fortsatt. Han sto dessuten bak et tidlig manuskripthåndteringssystem for Scandinavian Journal of Gastroenterology, der han ble executive editor i 1996 og holdt det gående i nesten 30 år.

Kompetanseutveksling på tvers av kontinenter

– Internasjonalt arbeid er veldig inspirerende og gir et unikt innblikk i andre deler av medisinen. Jeg skulle gjerne ha startet med det tidligere, og håper studentene våre vurderer det i større grad enn det jeg gjorde den gangen. Kompetanseutveksling går alle veier og bidrar til at alle kan dra nytte av de beste nyvinningene, uansett hvor de oppstår, forklarer Aabakken som blant annet har tilbrakt mye tid i Kina de siste par årene gjennom sitt arbeid som president i WEO. Der har han observert en industriell og teknologisk utvikling som skjer i et tempo som knapt har paralleller.

– For meg gjør kontakten med verden det også lettere å forstå Norge. Både det vi får til, og det vi fortsatt kan bli bedre på.

63-åringen nevner et konkret eksempel på hvorfor internasjonalt samarbeid er essensielt. I dag kan store polypper og forstadier til kreft i tarmen fjernes innenfra med endoskopi uten å ta bort deler av tarmen med kirurgiske inngrep. Japanerne begynte med dette for 15 til 20 år siden, og var lenge helt i særklasse med denne spesielle kompetansen.



BRA LAG: – Teamet på Gastrolab har båret meg frem de siste 27 årene, sier Aabakken.
Foto: Privat

– De utviklet metoder for å vurdere polypper ut fra overflaterelieff, og deretter teknikker der endoskopøren dissekerer seg inn i de tynne vegg-lagene innenfra uten å lage hull. På grunn av denne typen internasjonal utveksling har det vokst frem miljøer i Europa – og i Norge – som etter hvert er akkurat like gode. Men det baserer seg mye på det vi har lært av våre japanske kolleger.

Aabakken mener at Norge leverer endoskopi i verdensklasse. Han peker også på at vårt system med fødselsnummer og mulighet for å koble helseregistre er nokså unikt verktøy i forskningssammenheng. Norge har også startet systematisk og standardisert endoskopiopplæring, og har et nasjonalt kvalitetsregister som bidrar til normering av aktiviteten.

– I Norge har vi penger og tilgang til utstyr. Det er ikke sånn at Japan eller USA har bedre eller annerledes utstyr enn oss.

Aabakken mener samtidig at dagens systemer ikke er uten utfordringer.

– Altfor mye klinisk forskning har basert seg på egne registre og dobbeltregistrering, sier han. Dette skaper både merarbeid og risiko for mangelfulle data. Han peker også på balansen mellom registerforskning og personvern.

– Hensynet til personvern stopper ofte nødvendig forskning og evaluering, sier han. Aabakken mener pasientene kunne vært bedre tjent med en annen balanse.

– I Europa er det dessuten et veldig rigid regelverk for godkjenning av nytt medisinsk teknisk utstyr, som forsinker mye av utviklingen. Det er viktig at Norge er med å dra dette lasset sammen med resten av Europa, for å sikre at kvaliteten på både utdanning og klinisk praksis er helt på høyden.

Endoskopi i Afrika

Den erfarne endoskopøren har også engasjert seg tungt i endoskopiutdanning i Afrika gjennom WEO. Engasjementet startet nærmest ved en tilfeldighet. Under en overlegepermisjon uten planer endte han i den tette jungelen nordvest i Ghana, langt fra alt som het endoskopi.

Dette skjedde etter at en kollega fortalte ham om et TV-program fra Ghana, der en kvinnelig kirurg oppfordret: «Kom og hjelp til.» Dette utløste at Aabakken ringte til kirurgen og dernest til sykehuset. Han ble der i fire måneder på barneavdelingen, og fortsatte med besøk i Accra i 10 år, men da fokusert på endoskopiopplæring.

– Jeg fikk mye ut av det, kanskje aller mest entusiasme for regionen. Etter hvert har jeg kunnet bidra, med WEO i ryggen. Sammen har vi etablert en rekke regionale treningscentre med sikte på å bygge opp endoskopikompetansen i det meste av Afrika sør for Sahara.

Det å utvikle moderne endoskopienheter, lære bort endoskopisk teknikk, hjelpe til med desinfeksjon, utstyr, logistikk, forskning og dokumentasjon har Aabakken stor lidenskap for. Han tenker at Rikshospitalet klarer seg kjempefint selv om han tar turen utenlands i ny og ne.

– Ett problem i mange land er at sykehus kjøper for få skop, uten serviceavtaler, og dermed lar utstyr stå ødelagt fordi reparasjoner blir for dyre. I tillegg brukes ofte utstyret feil eller vedlikeholdes for dårlig. Her kan foreningen vår, WEO, bidra med opplæring og bedre rutiner.

Aabakken peker på andre bremseklosser for endoskopi. I mange land skyldes det en kombinasjon av uheldige økonomiske prioriteringer, infrastruktur og til dels kirurgiske tradisjoner, men også manglende endoskopikompetanse, en komponent WEO prøver å bidra med.

– Jo mer jeg ser av Afrika, jo mer ser jeg en rolle for endoskopi som ikke blir godt nok utnyttet. Dette krever organisering og investering, men også opplæring og generell support. Det å kunne bidra til det er ekstremt inspirerende og motiverende for meg, selv om jeg verken er kristen eller spesielt snill, forklarer han.

– Dessuten er det massevis å lære for meg også, kompetanseutvekslingen går virkelig begge veier.

Kliniker, forsker og organisator

Aabakken mener disse tre rollene går litt i hverandre. Når han er på Rikshospitalet skoperer han for det meste eller er med og heier på kollegaene. Han er gladelig forskånet for mye administrativt arbeid i avdelingen, det skjer heller internasjonalt. Forskningen skjer også for en stor del i internasjonal sammenheng.

Rikshospitalets endoskopienhet har blitt et internasjonalt referansepunkt. Hvordan har de klart dette?

Aabakken forklarer at han overtok en faglig sterk enhet av professor Olav Fausa i 1999. Enheten har imidlertid vokst en del siden den gang.

– Rikshospitalet er et fantastisk sted å jobbe, og det meste av utviklingen hos oss har skjedd i nært samarbeid med tilgrensende avdelinger. Jeg har vært velsignet med et strålende team av engasjerte leger, sykepleiere og annet hjelpepersonell. Utviklingen har skjedd nokså organisk. Kanskje litt fordi vi har hatt en svært flat struktur der talenter har fått utfolde seg? Jeg har ikke gjort så mye annet enn å heie, men det har sikkert vært en ressurs at jeg har hatt tett kontakt med internasjonale miljøer i mange år.

Aabakkens forskning innen endoskopi har vært mye knyttet til utprøving og evaluering av nye endoskopiske metoder for bedre håndtering av sykdom, sammen med mange andre elementer.

– Vi har fått mye praktisk erfaring med enkelte metoder. Særlig knyttet til avansert galleveisdiagnostikk, for eksempel kolangioskopi, der vi kan titte opp i galleveiene og visualisere og behandle gallestein og kreftforandringer i fire farger. Vi steller også mye med pasienter med tidligere tarmkirurgi, for eksempel slankekirurgi eller kreftkirurgi. Der er den endoskopiske tilgangen til galleveiene annerledes og vanskeligere.

Teknologi og endoskopi

Aabakken synes det er iøynefallende hvor raskt AI integreres i det meste av det de gjør. Innen endoskopi var det i første omgang til hjelp i polyppdeteksjon ved koloskopi, men bruksområdene endrer seg raskt.

– Nå finnes det eksempelvis en robotstyrt videokapsel som kan undersøke hele fordøyelseskanalen på egen hånd og skrive rapport til slutt basert på AI-analyse. Men vi ser også stadig flere mer hverdagslige støttefunksjoner, for eksempel knyttet til automatisert kvalitetssikring og dokumentasjon.

Robotteknologi er også avgjørende for å utvide repertoaret av avanserte endoskopiske teknikker, særlig når målet er å fjerne kreftsvulster på et tidlig stadium. En av de største begrensningene ved tradisjonell endoskopi, sammenlignet med laparoskopi og kirurgi, er mangelen på triangulering. I et endoskop har man bare én instrumentkanal, og dermed kun ett instrument som kommer inn fra én retning. Det gir svært begrensede muligheter for avansert vevsmanipulering.

– Robotteknologi med to uavhengige arbeidsarmer gjennom eller utenfor skopet, gjør at vi kan utføre oppgaver som hittil har vært forbeholdt kirurgi, som å sy igjen defekter med nål og tråd, løfte vev og dissekere presist under god kontroll. Det er nok fortsatt noen år frem, men denne utviklingen går stadig forttere, forteller Aabakken.

På spørsmål om hvorfor en LIS-lege bør velge gastroenterologi som spesialitet, svarer Aabakken at gastroenterologi er en super kombinasjon av mange deler av medisinen, med bredt spekter av organer.

– Det er en blanding av teori og praktiske prosedyrer, mekaniske og funksjonelle problemer, basalt og klinisk arbeid. Det vil si et mangfold av områder å fordype seg i, sier han. Han legger også til, litt humoristisk, at han ofte har tenkt på hvordan hans egne døtre kunne la være å velge medisin når de stadig «møtte en ekstremt blid og entusiastisk far etter nok en dag på jobb». Begge valgte imidlertid helt andre veier, med hell.

Publisert: 11. mai 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.26.06.12

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 5. juli 2026.