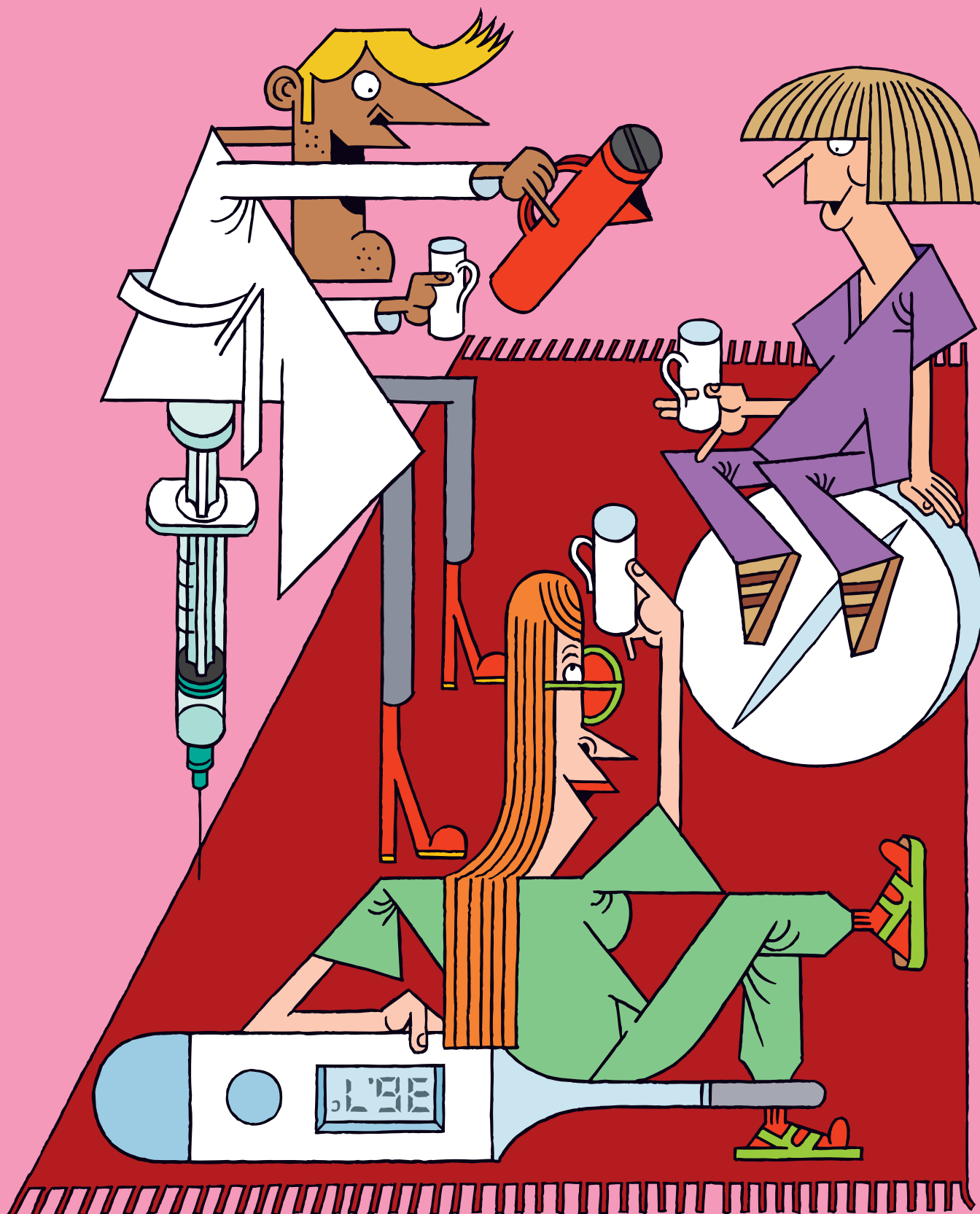


Tidsskrift for
Den norske
legeforening

Tidsskriftet



Øredråper ved øregangseksem

DIPROTIT[®]

betametason

- enkel og praktisk endosepipette

- Bruken av pipette gjør det enkelt å administrere riktig mengde betametason i hvert øre, uten sølet som gjerne oppstår med store flasker.
- **DIPROTIT** inneholder ikke antibiotika, noe som er viktig i en tid der antibiotikaresistens er et økende problem og en global helsetrussel.

DIPROTIT[®] selges i
anvendelige forpakninger
med 30 endosepipetter.

DIPROTIT Kortikosteroid gruppe III (sterke). ATC-nr.: S02B A07. **ØREDRÅPER, oppløsning i engangspipetter 0,05%:** 1 g inneholdt: Betametasondipropionat tilsv. betametason 0,5 mg, karbomer, natriumhydroksid, isopropanol, renset vann. **Indikasjoner:** Øregangseksem. **Dosering:** Øregangen bør rengjøres før behandlingsstart. Initialt i behandlingen gis 1 engangspipette 2 ganger pr. døgn. Etter noen dager reduseres doseringen til 1 engangspipette 1 gang pr. døgn. Om ikke forbedring er oppnådd innen 10-14 dager bør øre-nese-halsspesialist rådføres. **Administrering:** Til bruk i øret. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Trommehinneperforasjon. **Forsiktighetsregler:** Behandling av barn skal skje i samråd med spesialist. Glukokortikosteroider kan maskere, aktivere eller forverre en infeksjon. Synsforstyrrelser: Er sett ved bruk av systemiske og topikale kortikosteroider. Hvis symptomer som tåkesyn eller andre synsforstyrrelser oppstår, skal pasienten vurderes for henvisning til øyelege for evaluering av mulige årsaker. Dette kan omfatte grå stær, grønn stær eller sjeldne sykdommer som sentral serøs korioretinopati (CSCR), som er sett etter bruk av systemiske og topikale kortikosteroider. **Bivirkninger:** Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Hud: Hudatrofi. Hjerne/kar: Kapillærskjørhet (ekchymoser). Øvrige: Sekundærinfeksjon. Sjeldne ($\geq 1/10\ 000$ til $< 1/1000$): Endokrine: Binyre-barkhemming. Hud: Hypo- eller hyperpigmentering, hypertrikose, sensibilisering (betametason). Ukjent frekvens: Tåkesyn. **Packninger og priser (AUP):** 30 x 0,2 ml (engangspipetter); kr 288,50 **Reseptgruppe:** C. **Medling av mistenkte bivirkninger:** Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning. Dette gjøres via meldeskjema som finnes på nettsiden til Statens legemiddelverk: www.legemiddelverket.no/meldeskjema **For mer informasjon se preparatomtale,** www.felleskatalogen.no **Oppdateringsdato:** 02.08.2021. Innehaver av markedsføringstillatelse: Evolan Pharma AB, Box 120 SE-182 12, Danderyd, Sverige. www.evolan.se

EVOLAN.

X-faktoren



Are Brean
Sjefredaktør

Project X er en amerikansk komedie fra 2012. Den handler om de tre høyst ulike vennene Thomas, Costa og J.B, som vil heve sin sosiale status ved å lage tidenes kjempfest. Det mystiske navnet «Project X» skaper forventning og spenning blant de innbudte. Men i løpet av kort tid kommer festen fullstendig ut av kontroll, og de tre vennene ender opp med å brenne ned både huset og hele nabolaget.

«Prosjekt X» er helseminister Vestres store prestisjeprosjekt fra 2024. En rekke utvalgte prøveprosjekter fra hele landet har vist vei mot tidenes kjempereform. Sommeren 2025 benyttet han til en promoturné på 23 av landets sykehus. Nå har han fått støtte til fire nye år for å gjennomføre det hele. Til det har han fått med seg sin gamle venn Støre, som skal skaffe pengene, og sin aldrende venn Bovim, som skal være innovativ og lede festkomiteen Helsereformutvalget. Forventningen og spenningen er stor i det norske helsehuset. ■

Forsiden

Hvorfor er kaffeslabberas så viktig for fastlegene? Annenhver måned eller så møtes fastleger i etablerte smågrupper, enten på kontoret eller hjemme hos hverandre. Der drøftes alt fra faglig usikkerhet til krevende situasjoner fra praksis.

Fastlegelivet er givende, men også utfordrende på mange vis. Ikke minst kan det over tid være belastende stadig å skulle sette seg inn i andre menneskers problemer, prøve å løse dem og ofte stå ganske alene med et klinisk ansvar.

Derfor er støtte og fellesskap med kollegaer så viktig. Vi trenger andre som sparringspartnere – for å bli klokere og for å lære av både feil og historier om vellykkede pasientforløp. Vi møtes for å kjenne at vi ikke er alene, men at vi holder sammen. Og for å drikke kaffe.

Forsideillustrasjonen er laget av Lars Fiske. Flere av hans arbeider kan sees på fiske.no eller på Instagram: [@fiskedada](https://www.instagram.com/fiskedada).



Illustrasjon: Lars Fiske

I denne utgaven:

Innhold

Allmennleger er fornøyde med sin etterutdanningsgruppe

Leger som er spesialister i allmennmedisin, må fornye sin spesialistgodkjenning med jevne mellomrom. Å delta i en etterutdanningsgruppe er en av flere obligatoriske aktiviteter for en slik resertifisering. De aller fleste allmennlegene som besvarte et spørreskjema, var svært fornøyd med sin gruppe. Mer enn halvparten av dem mente det var lett å dele faglig usikkerhet med gruppen.

God kollegastøtte er en viktig forutsetning for at fastlegen skal trives, skriver Hogne Sandvik i en led-sagende kommentar til undersøkelsen.

Side 942, 943



C. Saftleven, A Dog, ca. 1660. Iofentlig eie

For mye D-vitamin D og farlig hundebitt

Vitamin D er viktig, særlig for beinshelsen, og mange tar vitamin D-tilskudd daglig. Men for mye vitamin D er ikke bra. En tidligere frisk og aktiv mann i 50-årene utviklet i løpet av noen få uker akutt nyresvikt med hyperkalsemi. Etter å ha påvist høyt vitamin D-nivå i serum, kom det fram at pasienten hadde inntatt store mengder vitamin D i den tro at dette var sunt.

Å ha hund er helsebringende, sies det ofte. Men ikke for en mann i 70-årene som ble bitt av hunden sin, fikk akutte magesmerter og feber, og døde av sepsis forårsaket av en sjelden bakterie.

Side 946, 952

Ni fjellvettregler om klinisk usikkerhet

Det finnes en medisin som beskytter pasienter mot overdiagnostikk og overbehandling, og leger mot utrygghet og utbrenthet, skriver en gruppe leger. De lanserer ni fjellvettregler om usikkerhet i klinisk praksis.

Usikkerhet i legegjerningen er uunngåelig og må snakkes om. Usikkerhet påvirker samtalen mellom lege og pasient og mellom kolleger. Hvordan dukker usikkerhet opp i slike samtaler? Hva kan vi gjøre for å forhindre at det bidrar til mer usikkerhet?

Side 926, 930

Leder

- 917 To ordlister til fri bruk
Petter Gjersvik, Marit Fjellhaug Been

Debatt**Debatt**

- 918 Styrk antirasistisk praksis i norsk medisin
Arash Bigonah
- 919 Økonomisk straff for å være psykisk syk
Marianne Lyche, Elisabeth Nyheim, Natalia Nawrat, Jeanette Bjørke

Kronikk

- 922 Helsehjelp uten skriftspråk
Kiwumulo Nakandi
- 926 Snakk om usikkerhet
Pål Gulbrandsen, Anne Marie Landmark, Jan Svennevig, Inger Lise Teig
- 930 Fjellvettregler for medisinsk usikkerhet
Eirik Hugaas Ofstad, Stig Haugset Nymo, Karin Isaksson Rø, Inger Johanne Christiansen, Miriam Gustafsson, Margrethe Aase Schaufel, Håvard Dale, Marc Vali Ahmed, Ingrid Miljeteig
- 935 Når Nye metoder er i utakt med klinisk praksis, må ikke livreddende behandling hindres
Nils Morten Leknes, Anders Vik, Trude Giverhaug

Vitenskap**Fra andre tidsskrifter**

- 940 Kreftpasienter som trener, lever lenger
Kristoffer Brodwall
- 941 Stamcellebehandling av diabetes?
Kristoffer Brodwall
- 941 Kan hemming av myostatin gi redusert fertilitet?
Ruth Halsne

nr. 11/2025

Utgivelsesdato
23. september 2025

Originalartikkel

- 942 Etterutdanningsgrupper i allmennmedisin – organisering, betydning og potensial
Torunn Bjerve Eide, Rebecka Maria Norman, Øyvind Bjertnæs, Jon Ørstavik, Sigurd Høye

Invitert kommentar

- 943 Trivsel og stabilitet i fastlegeordningen
Hogne Sandvik

Kort rapport

- 944 Pasienter innlagt med kardiogent sjokk – en retrospektiv studie
André Alvestad, Øyvind S. Svendsen, Jostein Raaheim, Kjetil H. Løland, Rune Haaverstad, Jørund Langørgen, Gard F.T. Svingen

Invitert kommentar

- 945 Akutt livstruende hjertesvikt – kardiogent sjokk
Jon Henrik Laake

Noe å lære av

- 946 En hundeeier i 70-årene med sterke magesmerter
Karoline Nergård Jensen, Kristoffer Endresen, Torill Landquist, Erik Waage Nielsen, Ida Tveter

Kort kasuistikk

- 952 Akutt nyresvikt som følge av vitamin D-forgiftning
Cora Mjeldheim Wærp, Jostein Wågen Hauge, Fridtjof Heyerdahl, Henrik Lied Lilleby, Marie Mørck Møinichen, Sadollah Abedini

Språkspalten

- 957 Nevroplasticitet – fra vitenskap til markedsføring
Martine Fimreite Wilhelmsen

Medisin og tall

- 958 Latente variabler
Are Hugo Pripp

Magasin

Intervju

- 960 Med et stort hjerte for Ukraina
Tori Flaatten Halvorsen

Legelivet

- 966 Rådgivningssamtaler kan bidra til utvidet forståelse av legerollen
Karin Isaksson Rø, Ingrid Taxt Horne

-
- 969 Blir lange fagartikler lest?
Karl O. Nakken

Fra arkivet

- 970 Et glimt fra den sjette koleraepidemien
Julie Didriksen

Ph.d.-disputaser

Minneord

Annonser

-
- 974 Legejobber
-
- 976 Ledige stipender, legater, fond
-
- 977 Kurs og møter

Aktuelt i foreningen

-
- 979 Statsbudsjettet må bli starten på et reelt helseløft
Anne-Karin Rime
-
- 980 Fra Florø til fagets frontlinje
Andreas Haslegaard
-
- 982 Flertallet av fastlegene mener
Gjør kloke valg-kampanjen er nyttig
Lisbeth Nilsen
-
- 983 Søk premiereuleringsfondet
Niklas Jakob Søberg

legejobber.no

Norges mest komplette stillingsportal for leger

UTVALGTE STILLINGER

HELSE MØRE OG ROMSDAL HF

Overlege, psykiatri
Frist 30. september

NORSK PASIENTSKADEERSTATNING

Sakkyndig spesialist
Frist 30. september

FITJAR KOMMUNE

Fastlege
Frist 1. oktober

HOLMESTRAND KOMMUNE

Fastlege
Frist 30. september

SYKEHUSET TELEMARK HF

Overlege, radiologi
Frist 31. oktober

HELGELANDSSYKEHUSET HF

Overlege, radiologi
Frist 30. september

HELSE FONNA HF

Overlege, anesthesiologi
Frist 28. september

BERGEN KOMMUNE

ALIS, institusjonstjeneste
Frist 28. september

STAVANGER KOMMUNE

Fastlegehjemmel
Frist 1. oktober

HELSE BERGEN HF

Overlege, psykiatri
Frist 28. september

To ordlister til fri bruk

Tidsskriftets ordliste er nå revidert og supplert med en liste over norske oversettelser av engelskspråklige faguttrykk.

Vi trenger ord for å skape orden i en uoversiktlig og komplisert virkelighet. Leger trenger ord når forskningsresultater og kliniske observasjoner skal formidles til andre leger og til pasienter. Valg av ord er basert på kunnskap og erfaring, men skrivemåten er basert på normer i og utenfor det aktuelle fagfeltet.

Tidsskriftet etablerte i 1970-årene sin egen ordliste, der hensikten var å gi forfattere veiledning om anbefalt skrivemåte av ord og uttrykk som erfaringsmessig voldt besvær. Ordlisten har senere vært revidert fortløpende og med større revisjoner i 2006 og 2019 (1). Det har etter dette vært behov for en ny revisjon i tråd med språkutviklingen i og utenfor faget. En slik revisjon er nå gjennomført gjennom interne diskusjoner i redaksjonen. Vi har tatt hensyn til hva vi oppfatter som språklig praksis i fagmiljøene. For det meste har vi fulgt skrivemåten og ordutvalget i *Store medisinske leksikon* (2) og i medisinske ordbøker som *Medisinsk ordbok* (3). Gode råd er hentet fra Språkrådets nettsider (4). Den reviderte ordlisten er nå åpent tilgjengelig på Tidsskriftets nettsider.

Vi har gjort tre større endringer. For det første har medisinske fagtermer som er basert på latin eller gresk, i all hovedsak nå en «norsk» skrivemåte (språkvitere kaller det norvagisering), og det uten en sidestilt «latinsk» eller «gresk» skrivemåte. Der Tidsskriftet tidligere sidestilte formene *afasi* og *aphasia*, *alopesi* og *alopecia* og *amenoré* og *amenorrhœa* – for å nevne tre termer under bokstaven A – står kun *afasi*, *alopesi* og *amenoré* igjen. Dette innebærer også at anatomiske betegnelser som *larynx*, *sklera* og *tyreoidea* står alene. *Larynx*, *sclera* og *thyreoidea* er ute. Noen unntak gjøres: Vi sidestiller skrivemåter som *cerviks* og *cervix*, *koklea* og *cochlea* og *toraks* og *thorax*, fordi de sistnevnte skrivemåtene fortsatt står sterkt i fagmiljøene.

Disse endringene berører ikke termer med et adjektiv skrevet og plassert på latinsk vis; det skal fortsatt hete og skrives *alopecia areata*, *plexus brachialis* og *myasthenia gravis*. Men også her kan det se ut som at språkutviklingen går i retning av en mer «norsk» skrivemåte; skrivemåten *polymyalgia revmatika* synes nå å være nesten enerådende i de aktuelle fagmiljøene. Den språklige «korrekte» skrivemåten er likevel fortsatt *polymyalgia rheumatica*.

For det andre har vi lagt til mange nye fagtermer. I 2006 fantes knapt termer som *gitterceller*, *e-konsultasjon* og *surrogati*. *Covid-19* og *tarmflorabehandling* eksisterte ikke. Disse og mange andre er nå inkludert i ordlisten. Tilsvarende har vi tatt ut enkelte termer som vi mener er utdaterte. Vi har tatt bort forklaringer på hva ord betyr. Vi har fjernet navnet på mange medisinske og vitenskapelige institusjoner (bruk heller nettsøk), men har beholdt og oppdatert noen vi mener det er hensiktsmessig å ha med. Forfattere oppfordres fortsatt til å unngå forkortelser som er lite kjent utenfor eget fagmiljø.

Den kanskje viktigste nyvinningen er at ordlisten nå er supplert med en liste over norske oversettelser av engelsk faguttrykk, hvorav mange er lansert eller omtalt i

Språkpaltten (5). Listen omfatter både veletablerte og foreslåtte oversettelser. Noen eksempler: vaktpostlymfeknute (for *sentinel node*), forhåndssamtale (for *advance care planning*) og infeksjoner oppstått utenfor sykehus (*community-acquired infections*). Vi anser dette som et viktig tiltak for å demme opp for flommen av engelskspråklige fagtermer i klinisk og vitenskapelig medisin (6). Hva engelskspråklige fagtermer betyr, kan være opplagt for dem som er i et avgrenset fagmiljø, men ikke alltid for dem som står utenfor. Vi tror norske oversettelser kan være til hjelp i legers kommunikasjon med leger i andre fagfelt og med pasienter, pårørende og allmennheten.

Hensikten med Tidsskriftets ordliste – nå ordlister – er å gjøre det lettere for forfattere, fagfellevurderere og redaksjonelle medarbeidere å følge en mest mulig konsistent linje hva gjelder ordvalg og skrivemåter. Vi håper at ordlistene også kan være retningsgivende og danne norm for hvordan medisinske fagtermer skrives utenfor Tidsskriftets spalter. Men listene er ikke uten feil eller mangler. Ordene er kun på bokmål og utgjør et pragmatisk utvalg. Vi tar gjerne imot synspunkter og forslag til endringer.

Tidsskriftet er ikke alene om å forme norsk medisinsk fagspråk. Det gjør også alle fagmiljøene og de fire medisinske fakultetene, som faktisk har en lovpålagt plikt til å «bruke, utvikle og styrke norsk fagspråk» i sine fag (7). *Termportalen*, et initiativ fra språkmiljøene ved Universitetet i Bergen, med støtte fra Språkrådet, har som ambisjon å omfatte all norsk fagterminologi (8). God kommunikasjon og faglig refleksjon krever språklig bevissthet fra oss alle. ■

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@medisin.uio.no

Petter Gjersvik er medisinsk redaktør i Tidsskriftet, medlem av Gruppe for norsk medisinsk fagspråk og professor emeritus ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Marit Fjellhaug Been

Marit Fjellhaug Been er manusredaktør i Tidsskriftet, cand. philol. i nordisk språk og litteratur og medlem av Gruppe for norsk medisinsk fagspråk.

Litteratur

- 1 Rognes S, Been MF. Ord ut og ord inn. Tidsskr Nor Legeforen 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.19.0540.
- 2 Store medisinske leksikon. Lest 3.9.2025.
- 3 Nylenna M. Medisinsk ordbok. Oslo: Kunnskapsforlaget, 2017.
- 4 Språkrådet. Lest 3.9.2025.
- 5 Tidsskrift for Den norske legeforening. Språkpaltten. Lest 3.9.2025.
- 6 Gjersvik P. Alt som kan sies på engelsk, kan sies på norsk. Tidsskr Nor Legeforen 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.21.0260.
- 7 Kunnskapsdepartementet. Lov om universiteter og høyskoler (universitets- og høyskoleloven). Lest 3.9.2025.
- 8 Universitetet i Bergen. Termportalen. Lest 3.9.2025.

Styrk antirasistisk praksis i norsk medisin

Legeforeningen har en stor jobb å gjøre for å skape varige forbedringer i kampen mot rasisme i medisinen.

Norsk medisinstudentforening vedtok nylig en resolusjon mot rasisme i medisinsk utdanning (1, 2). Jeg støtter denne resolusjonen fullt ut og oppfordrer Den norske legeforening til formelt å tilslutte seg – og i praksis etterleve – Verdens legeforenings erklæring om rasisme i medisin (3).

Samfunnsrollen en lege har som behandler og påvirker av helsepolitikken, er unik. Legens holdninger formes tidlig, gjennom legestudiet og yrkeskarrieren. En spørreundersøkelse blant medisinstudenter i Oslo viste at 12 % har opplevd diskriminering, trakassering eller rasisme i undervisningssituasjoner, og her er det trolig mørketall (4). Dette er bekymringsfullt og krever rask handling.

**Ord må følges av handling.
Det er på høy tid at Legeforeningen ikke bare uttrykker støtte, men også fører erklæringen ut i praksis**

Bevisste og ubevisste fordommer

Rasisme omfatter både eksplisitte handlinger og subtile, ubevisste holdninger. Klassiske eksperimenter har vist hvordan negative forventninger kan formidles nonverbalt og svekke prestasjoner hos minoritetsstudenter (5). Det avdekkes fordommer også hos dem som eksplisitt tar avstand fra rasisme (6). Når slike holdninger får fotfeste i arbeidslivet, systematiseres diskrimineringen: Kvalifiserte kandidater med fremmed etnisk bakgrunn får færre jobbtilbud og dårligere karrieremuligheter (7). Ofre for diskriminering har et umulig valg mellom å akseptere urettferdige utfall eller å gå inn i en kostbar og risikofylt kamp de sjelden vinner.

Disse skjevhetene hemmer både individuell og faglig utvikling, skaper langvarig mistriivsel og øker risikoen for stressrelaterte helseplager. Langvarig eksponering for rasistisk stress akselererer den allostatiske belastningen og øker risikoen for både psykiske og somatiske sykdommer som depresjon, angst, hypertensjon, hjerte- og karsykdom samt metabolsk syndrom (8–11). For samfunnet medfører dette betydelige kostnader i form av tapt produktivitet, redusert arbeidsdeltakelse og økte helseutgifter.

Fra ord til handling

For å skape varige forbedringer må Legeforeningen gjøre en rekke grep. Først må omfanget av rasisme kartlegges. Det bør gjennomføres en anonym, landsdekkende undersøkelse blant medlemmer, inkludert studenter, om opplevd rasisme. Basert på kartleggingen bør det

utvikles konkrete handlingsplaner for forebygging og oppfølging.

Det er også viktig at Legeforeningen formelt tilslutter seg og praktiserer Verdens legeforenings erklæring om rasisme i medisin (3). Ikke minst må det aktivt rekrutteres leger med ulik etnisk bakgrunn til sentrale tillitsverv og styrer i Legeforeningen, slik at beslutningstakerne speiler mangfoldet i legekorpset. Ord må følges av handling. Det er på høy tid at Legeforeningen ikke bare uttrykker støtte, men også fører erklæringen ut i praksis – for en mer inkluderende, trygg og rettferdig medisinsk utdanning og yrkesutøvelse. ■

Mottatt 17.7.2025, godkjent 8.8.2025.

Arash Bigonah

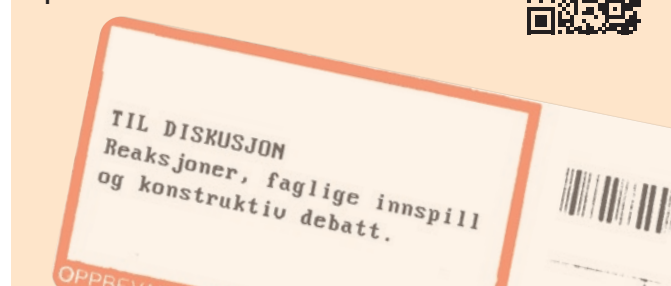
arash.bigonah@gmail.com

Arash Bigonah er spesialist i medisinsk biokjemi og har akademisk og bred tverrfaglig klinisk erfaring, for tiden virksom innen psykisk helse. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Norsk medisinstudentforening. Antirasisme i undervisning og arbeidsliv. Lest 14.6.2025.
- 2 Almashhadani M, Akabbal N, Malik U et al. Vendepunkt i kampen mot rasisme i medisinstudiet. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi:10.4045/tidsskr.25.0194.
- 3 World Medical Association. Declaration of Berlin on Racism in Medicine. Adopted by the 73rd WMA General Assembly, Berlin, Germany, October 2022. Lest 14.6.2025.
- 4 Almashhadani M, Spjeldnæs AH. Medisinstudenter utsettes for rasisme. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144. doi:10.4045/tidsskr.24.0368.
- 5 Word CO, Zanna MP, Cooper J. The nonverbal mediation of self-fulfilling prophecies in interracial interaction. J Exp Soc Psychol 1974; 10: 109–20.
- 6 Greenwald AG, McGhee DE, Schwartz JKL. Measuring individual differences in implicit cognition: the implicit association test. J Pers Soc Psychol 1998; 74: 1464–80.
- 7 Midtbøen AH, Quillian L. Forbigående fenomen eller permanent virkelighet? Etnisk diskriminering i arbeidsmarkedet. Søkelys på arbeidslivet 2021; 38: 182–96.
- 8 Paradies Y, Ben J, Denson N et al. Racism as a determinant of health: A systematic review and meta-analysis. PLoS One 2015; 10: e0138511.
- 9 Pascoe EA, Smart Richman L. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. Psychol Bull 2009; 135: 531–54.
- 10 Williams DR, Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. J Behav Med 2009; 32: 20–47.
- 11 Upchurch DM, Stein J, Greendale GA et al. A Longitudinal Investigation of Race, Socioeconomic Status, and Psychosocial Mediators of Allostatic Load in Midlife Women. Psychosomatic Medicine 2015; 77: 402–12.

Les flere debattartikler på tidsskriftet.no:





Økonomisk straff for å være psykisk syk

Reglene for avkorting av stønad fra Nav er annerledes om man er psykisk syk enn om man er fysisk syk. Vi etterlyser lik behandling, uavhengig av sykdomsårsak.

I dagens velferdssystem eksisterer det en lite omtalt, men dypt urettferdig, forskjellsbehandling. Pasienter som er uføretrygdet og innlagt i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert behandling i mer enn tre måneder, får avkortet stønaden fra den 4. måneden med inntil 86 %. Dette gjelder ikke for pasienter innlagt ved somatiske sykehus (1). Resultatet er en økonomisk sanksjon som rammer en allerede sårbar gruppe: pasienter med psykiske lidelser eller rusproblematikk.

Det finnes muligheter for å søke om fritak for nødvendige boutgifter (2), men andre normale kostnader som strøm, mobilabonnement, transport og annen gjeld, dekkes ikke. Alternativet, å søke økonomisk sosialhjelp, forutsetter at pasienten først tømmer egne midler og selger eiendeler. Mange står på bar bakke etter endt behandling.

Alvorlige konsekvenser

Denne praksisen har alvorlige konsekvenser. Pasienter kan få store økonomiske vansker med redusert trygdeutbetaling og stigende gjeld. Vi møter fortvilte pasienter som ikke har råd til å kjøpe julegaver til barna. Noen pasienter vurderer å avslutte behandlingen før tiden, fordi de ikke har råd til å være innlagt over tid.

Mindre håndfast, men like alvorlig, er pasienters fortellinger om skam og maktesløshet i møte med Nav. De opplever at systemet tilsynelatende verdsetter somatisk sykdom høyere enn rus og psykiatri og at deres utfordringer havner langt nede på rangstigen. Psykisk sykdom er ofte i seg selv forbundet med skam og marginalisering, og økonomisk utrygghet kan forsterke en opplevelse av utenforskap.

Vi mener at alle pasienter, uavhengig av om det er somatikk, rus eller psykiatri, har behov for økonomisk trygghet ved langvarig sykdom

Behov for endring

Med dagens regler stiller mange pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling seg spørsmålet: «Hvorfor skal jeg bli økonomisk straffet fordi jeg er syk? Jeg har jo ikke gjort noe galt?»

Vi mener at alle pasienter, uavhengig av om det er somatikk, rus eller psykiatri, har behov for økonomisk trygghet ved langvarig sykdom. Det er på høy tid at regelverket endres, slik at pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling blir vurdert på lik linje med somatiske pasienter hos Nav. Økonomisk trygghet bør være en rettighet for alle. ■

Mottatt 25.7.2025, godkjent 21.8.2025.

Marianne Lyche

Marianne Lyche er styreleder i Bipolarforeningen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Elisabeth Nyheim

Elisabeth Nyheim er sosionom ved Klinikk psykisk helsevern voksne, Stavanger universitetssjukehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Natalia Nawrat

Natalia Nawrat er spesialist i psykiatri, overlege i tverrfaglig spesialisert behandling ved Klinikk for psykisk helsevern for barn, unge og rusavhengige, Stavanger universitetssjukehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jeanette Bjørke

Jeanette Bjørke er ph.d., spesialist i psykiatri og overlege ved Klinikk psykisk helsevern voksne, Stavanger universitetssjukehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Lov om folketrygd (folketrygdloven). Del IV. Ytelser ved sykdom m.m. Kapittel 12. Uføretrygd. Lest 21.8.2025.
- 2 NAV. Rundskriv til ftrl kap 12 - Uføretrygd. Lest 21.8.2025.

ÉN TABLETT

- TRE INDIKASJONER MED REFUSJON^{2,3}



FORXIGA® (dapagliflozin)



10 MG



1 TABLETT DAGLIG, INGEN TITRERING

INDIKASJON KRONISK NYRESYKDOM: BEHANDLING AV KRONISK NYRESYKDOM HOS VOKSNE.

Forxiga 10 mg skal ikke brukes ved T1D, hos gravide eller ammende. Brukes med forsiktighet ved økt risiko for diabetisk ketoacidose.

FORXIGA 10 MG - VIKTIG INFORMASJON

Indikasjoner:

Behandling av utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 (T2D) hos voksne og barn ≥ 10 år, som tillegg til diett og fysisk aktivitet: Som monoterapi når metformin er uhensiktsmessig pga. intoleranse eller som tillegg til andre legemidler til behandling av T2D. **Behandling av** kronisk nyresykdom hos voksne. **Behandling av** symptomatisk kronisk hjertesvikt hos voksne.

Anbefalt dosering: 10 mg 1 gang daglig. Det er ikke anbefalt å starte behandling ved GFR < 25 ml/min. Ved GFR < 45 ml/min skal ekstra glukosesenkende behandling vurderes hos T2D pasienter med behov for ytterligere glykemisk kontroll. Ved alvorlig nedsatt leverfunksjon er anbefalt startdose 5 mg.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

• Behandlingen skal avbrytes midlertidig hos pasienter innlagt på sykehus for større kirurgiske inngrep eller ved akutte, alvorlige medisinske sykdommer.

Bivirkninger: *Svært vanlige:* Hypoglykemi (når brukt med sulfonyleurea (SU) eller insulin)). Vurder en lavere dose av insulin/ SU for å redusere denne risikoen ved T2D. *Vanlige:* Genitale infeksjoner, urinveisinfeksjoner. *Mindre vanlige:* Volumdeplasjon inkl. hypotensjon. *Sjeldne bivirkninger:* Diabetisk ketoacidose (ved T2D).

Refusjonsberettiget bruk:

-Som tillegg til annen blodsukkersenkende behandling ved diabetes type 2 (unntatt GLP-1-analoger).

Refusjonskoder: ICPC: **T90** Diabetes type 2. ICD: **E11** Diabetes mellitus type 2. **Vilkår 264:** Refusjon ytes i kombinasjon med metformin til pasienter som ikke oppnår glykemisk kontroll på behandling med metformin. Pasienter med etablert hjerte- og karsykdom og/eller nyresykdom kan starte med SGLT2 hemmer i kombinasjon med metformin som førstevalg

-Behandling av symptomatisk kronisk hjertesvikt hos voksne. **Refusjonskoder:** ICPC: **K77**. Hjertesvikt. ICD: **I50** Hjertesvikt.

Reseptgruppe C. Pakninger og priser: 10 mg: **28 stk.** kr 450. **98 stk.** kr 1432,30.

For mer info. om Forxiga, les FK tekst på www.felleskatalogen.no eller SPC.

NO-13999-04-25-CVRM

FORXIGA MED UTVIDET REFUSJON VED KRONISK NYRESYKDOM FRA 15. APRIL 2025¹

Utvidet refusjon for Forxiga ved kronisk nyresykdom gjelder en **høyere eGFR verdi** enn tidligere.¹

NYHET!

Refusjonsberettiget bruk:

Behandling av pasienter med kronisk nyresykdom med bekreftet albuminuri (eGFR 25-<90 mL/min/1,73m² og albumin/kreatinin-ratio i urin over 20 mg/mmol).

Refusjonskoder: ICPC: U99 og ICD: N18

Vilkår 260:

Refusjon ytes kun i kombinasjon med optimalisert behandling med RAAS-hemmer, enten ved bruk av ACE-hemmer eller angiotensin II-reseptorblokker (ARB).

Tekst: Kiwumulo Nakandi

Helsehjelp uten skriftspråk

Analfabetisme, som ofte er skjult, er en betydelig barriere for lik tilgang til helsehjelp. For asylsøkere i Norge forsterkes utfordringene av språk- og kulturforskjeller.

Migrasjonsleger har som hovedoppgave å sikre medisinsk oppfølging, primært av asylsøkere og flyktninger som bosettes i eller utenfor kommunen. I tillegg til å kunne gi generell medisinsk behandling krever møter med personer i migrasjonsprosessen ferdigheter hos legen som går langt ut over stetoskopet og henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Jeg har selv erfart at rollen som migrasjonslege byr på unike utfordringer, spesielt med tanke på pasienter med manglende lese- og skriveferdigheter.

Lese- og skriveferdigheter over landegrensene

Lese- og skriveferdigheter danner fundamentet for effektiv kommunikasjon og beslutningstaking. Det defineres som evnen til å identifisere, forstå, tolke, skape og kommunisere ved hjelp av trykket og skrevet materiale (1). Det handler ikke bare om å lese og skrive, men også om tallforståelse og visuell lesing, altså evnen til å tolke bilder og symboler (2). I en helsesammenheng omfatter dette også helsekompetanse, altså evnen til å finne, forstå og bruke helseinformasjon for å ta informerte beslutninger om egen helse (3).

På verdensbasis er analfabetisme fortsatt en stor utfordring. UNESCO anslår at omtrent 754 millioner voksne mangler grunnleggende lese- og skriveferdigheter (4). En fersk rapport viste at selv om Norge ligger høyt når det gjelder lese- og regneferdigheter, har innvandrere i Norge lavere ferdighetsnivå enn ikke-innvandrere (5). Grunnene kan være mange, og ferdighetsnivået varierer betydelig mellom land og individer. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at en stor andel av asylsøkere og flyktninger til Norge de siste tiårene har kommet fra land der utdanningssystemene kan ha vært svekket av konflikter eller mangel på ressurser (6). Forskjellen kan få alvorlige konsekvenser for hvordan asylsøkere benytter seg av helsetjenester.

Kultur og skam

Jeg har sett at analfabetisme blant asylsøkere ofte har sammenheng med begrenset skolegang, særlig for dem som har levd i konfliktområder med sårbare utdanningsinstitusjoner. Kulturelle faktorer spiller også inn, da enkelte samfunn ikke prioriterer utdanning for kvinner

eller marginaliserte grupper (7). I tillegg møter mange asylsøkere hindringer for å delta i opplæring eller undervisning etter ankomst, enten det gjelder jobbforpliktelser, familieansvar eller mangel på ressurser til voksenopplæring (7).

Det kan være utfordrende å vurdere en pasients leseferdigheter i en konsultasjon. Direkte spørsmål om dette kan føre til skam eller at pasienten skjuler sine utfordringer (8). Stigma knyttet til analfabetisme er en stor barriere for å kartlegge pasienters ferdighetsnivå (8). Mange går langt for å skjule vanskene sine i frykt for å bli dømt eller diskriminert. De later som de forstår skriftlig informasjon, signerer dokumenter de egentlig ikke kan lese og unngår å be om forklaring (9).

Når kommunikasjon forsvinner i tallene

Analfabetisme i helsesituasjoner kan få alvorlige følger. Pasienter med lave leseferdigheter har ofte dårligere tilgang til helsetjenester, lavere evne til å håndtere helseproblemer på egenhånd og generelt dårligere helseutfall (9). Funn viser også at lave leseferdigheter gir dårligere evne til å beskrive helseproblemer (10).

Se for deg at en kvinne kommer til en konsultasjon der du viderefremidler medisindose og -varighet både muntlig og skriftlig. Du er til og med behjelpelig med å legge inn dette i kalenderen på telefonen hennes. Kvinnen tar imot medisinene, men neste gang spør hun deg via telefontolk hvor lenge hun skal ta medisinen sin. Det viser seg at kvinnen ikke kunne lese oversikten du ga, til tross for at hun bruker mobiltelefon til enkle oppgaver under konsultasjonen.

Et annet eksempel gjelder smerte. Smertefølelse er en subjektiv størrelse, og grad av smerte blir ofte kartlagt ved hjelp av en verbal numerisk skala. En slik kartlegging må baseres på pasientens egen opplevelse, men skalaen kan i denne pasientgruppen være vanskelig å forholde seg til. En pasient med analfabetisme vil for eksempel ikke nødvendigvis vite hvordan man beskriver smerte numerisk.

Eksempelene understreker viktigheten av å ha bevissthet rundt leseferdigheter og helsekompetanse i pasientbehandling og hvor vanskelig dette kan være å fange opp uten strategisk kartlegging av pasientens leseforståelse. —>

Muntlige oppsummeringer bør alltid følge skriftlig materiale, og pasienter bør oppfordres til å gjenta instruksjonene for å sikre at de har forstått dem



Illustrasjon: Tidsskriftet

Stigma knyttet til analfabetisme er en stor barriere for å kartlegge pasienters ferdighetsnivå. Mange går langt for å skjule vanskene sine i frykt for å bli dømt eller diskriminert

Analfabet i nytt land

Jeg har ofte hørt argumentet om at denne gruppen, som tross alt har klart å komme seg fra hjemlandet til Norge, overdriver utfordringene med analfabetisme. Jeg er uenig. Det å være analfabet i eget hjemland innebærer ofte at man kjenner det lokale språket, symbolene og kulturen, noe som kan dempe praktiske vansker i hverdagen (11). Man kan for eksempel støtte seg på muntlig overlevering, hjelp fra nettverk eller visuelle tegn i omgivelsene. Men å være analfabet i et nytt land innebærer en helt annen virkelighet. Asylsøkere og flyktninger møter ikke bare stigmaet rundt analfabetisme, men også språkbarrierer, ukjente systemer og nye kulturelle forventninger (11). Oppgaver som det å fylle ut skjemaer, lese skilt eller forstå medisinske instruksjoner blir langt mer kompliserte når man ikke forstår språket (11). Mangelen på sosiale nettverk og kjente støttestrukturer i det nye landet øker risikoen for feilinformasjon og misforståelser, særlig i helsevesenet, og gjør denne gruppen ekstra sårbar (12).

Utfordringene forsterkes ytterligere av språkbarrierene (13). Som helsepersonell er vi ofte avhengige av tolk i møte med pasienter som ikke snakker norsk (14). Selv om tolker er helt nødvendige, har jeg opplevd at deres kommunikasjonsstil noen ganger kan skjule pasientens lesevansker, særlig når tolkene kun formidler meningsinnhold (15). Med telefontolk er det i tillegg vanskeligere å fange opp ikke-verbale signaler (16), som usikkerhet når pasienten får utdelt skriftlig informasjon. Dette gjør det mer utfordrende å tilpasse behandlingen etter pasientens faktiske behov.

Kartlegging ved det første møtet

Å ivareta pasienter med analfabetisme i helsevesenet krever en helhetlig tilnærming. I konsultasjoner bør vi bruke et enkelt og tydelig språk (17). Etter over et år i denne stillingen har jeg lært meg å bruke førstegangs-konsultasjonen til å vurdere leseferdigheter. Jeg spør hvilket land pasienten kommer fra og hvilket/hvilke språk de snakker. For flerspråklige pasienter spør jeg alltid: «Kan du lese og skrive på alle disse språkene?» Da får jeg vanligvis en oversikt over ferdighetsnivået. For enspråklige pasienter spør jeg: «Hvis jeg sender deg en melding på engelsk eller norsk, kan du lese den på ditt språk gjennom en oversetterapp?» Hvis svaret ikke er et tydelig nei, går jeg videre til spørsmål om utdanningsbakgrunn. Deretter blir det naturlig å spørre om leseferdigheter dersom det fortsatt er uklart. Dette kan virke som mange spørsmål for ett enkelt tema, men stigmaet rundt leseferdigheter gjør det langt fra enkelt.

Når det gjelder å forklare medisinbruk og behandlingsplan, er visuelle hjelpemidler nyttige, for eksempel bilder, videoer eller enkle diagrammer (18). Selv har jeg forsøkt å bruke piktogrammer med symboler for tid på døgnet, men dette er utfordrende med tanke på årstider og lysforhold. Muntlige oppsummeringer bør

alltid følge skriftlig materiale, og pasienter bør oppfordres til å gjenta instruksjonene for å sikre at de har forstått dem (18). Jeg har lært meg å gjenta behandlingsplanen tre ganger før konsultasjonen avsluttes. Ved analfabetisme er oppfølgingskonsultasjoner spesielt viktige for å sikre etterlevelse.

Vi må skape et inkluderende og trygt helsevesen der vi styrker pasientenes mestring og gir god og trygg behandling for alle. Jeg vil oppfordre helsepersonell, særlig leger, til å anerkjenne og håndtere utfordringer knyttet til pasienters lese- og skriveferdigheter. For å gjøre det må vi bruke strategier som identifiserer og støtter dem som har begrensede eller ingen leseferdigheter. ■

Mottatt 14.5.2025, første revisjon innsendt 25.5.2025, godkjent 30.5.2025.

Kiwumulo Nakandi

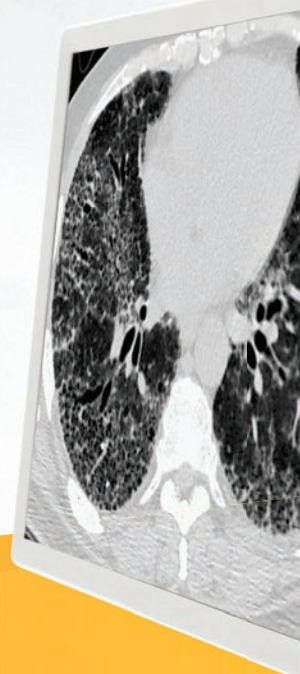
robnakug@yahoo.com

Kiwumulo Nakandi jobber som migrasjonslege og er lege i spesialisering i samfunnsmedisin. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 UNESCO. Literacy. Lest 1.3. 2025.
- 2 UNESCO. Numeracy. Lest 3.1.2025.
- 3 WHO. Health literacy. Lest 3.1.2025.
- 4 UNESCO. Literacy. Lest 3.1.2025.
- 5 Statistisk sentralbyrå. Voksnes ferdigheter i lesing, regning og problemløsning i teknologi-rike omgivelser. Rapport nr.: 2024/44. s. 66. Lest 30.5.2025.
- 6 Statistisk sentralbyrå. Innvandrere i Norge 2023. Rapport nr.: 176. s. 11–13. Lest 30.5.2025.
- 7 Council of Europe. Language learning in the context of migration and integration – Challenges and options for adult learners. Lest 3.1.2025.
- 8 Parikh NS, Parker RM, Nurss JR et al. Shame and health literacy: the unspoken connection. *Patient Educ Couns* 1996; 27: 33–9.
- 9 Easton P, Entwistle VA, Williams B. How the stigma of low literacy can impair patient-professional spoken interactions and affect health: insights from a qualitative investigation. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 319.
- 10 Dexter ER, Levine SE, Velasco PM. Maternal schooling and health-related language and literacy skills in rural Mexico. *Comp Educ Rev* 1998; 42: 139–62.
- 11 Adami H. The role of literacy in the acculturation process of migrants. Council of Europe. Lest 23.4.2025.
- 12 Pandey M, Maina RG, Amoyaw J et al. Impacts of English language proficiency on healthcare access, use, and outcomes among immigrants: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2021; 21: 741.
- 13 Artieda G. The role of L1 literacy and reading habits on the L2 achievement of adult learners of English as a foreign language. *System* 2017; 66: 168–76.
- 14 Ślusarczyk P. Hugs tolken! *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.21.0904.
- 15 Gude T. Bruk av tolk-det er vel greit? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 637–8.
- 16 Cho J. Interpreters as translation machines: Telephone interpreting challenges as awareness problems. *Qual Health Res* 2023; 33: 1037–48.
- 17 Mayeaux EJ Jr, Murphy PW, Arnold C et al. Improving patient education for patients with low literacy skills. *Am Fam Physician* 1996; 53: 205–11.
- 18 Mbanda N, Dada S, Bastable K et al. A scoping review of the use of visual aids in health education materials for persons with low-literacy levels. *Patient Educ Couns* 2021; 104: 998–1017.

Bremser progresjon av lungefibrose og reduserer nedgangen i lungefunksjon^{*,1-4}



OFEV[®] er den eneste godkjente
behandlingen av kronisk fibroserende
ILD med en progressiv fenotype.¹

Refusjon: OFEV[®] har refusjon for behandling av IPF og PF-ILD hos voksne.^{5,6}

OFEV[®] skal ikke gis ved: Graviditet. Overfølsomhet for innholdsstoffene, peanøtter eller soya. Amming frarådes.¹

De vanligste bivirkningene er: Abdominalmerter, diare, kvalme, økte leverenzymmer, oppkast, nedsatt appetitt.¹

Referanser: 1. OFEV[®] summary of product characteristics 28.03.2025, section 4.1, 4.3, 4.6, 4.8, 5.1. 2. Richeldi L, du Bois RM, Raghu G, et al. Efficacy and safety of nintedanib in idiopathic pulmonary fibrosis. N Engl J Med. 2014; 370(22): 2071-2082. 3. Richeldi L, Costabel U, Selman M, et al. Efficacy of a tyrosine kinase inhibitor in idiopathic pulmonary fibrosis. N Engl J Med. 2011; 365(12): 1079-1087. 4. Flaherty KR, Wells AU, Cottin V, et al. Nintedanib in progressive fibrosing interstitial lung diseases. N Engl J Med. 2019; 381(18): 1718-1727. 5. Helsedirektoratet. Høringsvedtak. Overførings av finansieringsansvar for legemidler. Legemiddelliste. (11.12.2023). <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/diagnose-og-behandling/legemidler/legemiddelfinansiering> (lest 3.juni 2024). 6. Beslutningsforum for nye metoder 24.04.2023 under sak 048-2023 <https://nyemetoder.no/metoder/nintedanib-ofev-indikasjon-iii>.

*Lungefunksjonen måles som årlig reduksjonsrate i FVC

Indikasjoner: Voksne: Idiopatisk lungefibrose (IPF). Andre kroniske fibroserende interstitielle lungesykdommer (ILD) med en progressiv fenotype. Systemisk sklerose-assosiert interstitiell lungesykdom (SSc-ILD). **Dosering:** 150 mg 2 ganger daglig med ca. 12 timers mellomrom. Bivirkninger håndteres ved symptomatisk behandling, dosereduksjon og midlertidig behandlingsavbrudd, inntil aktuell bivirkning tillater fortsatt behandling. **Kontraindikasjoner:** Graviditet. Overfølsomhet for innholdsstoffene, peanøtter eller soya. Frarådes ved amming. **Forsiktighetsregler:** Tett oppfølging av gastrointestinale symptomer, leververdier, nyrefunksjon og blødning. Forsiktighet utvises ved blødningsrisiko og forhøyet kardiovaskulær risiko. Bør ikke brukes ved alvorlig pulmonal hypertensjon. Dosereduksjon eller behandlingsavbrudd kan være nødvendig. Posterior reversibelt encefalopatisyndrom (PRES) er sett. Hvis PRES mistenkes skal nintedanibbehandling seponeres. **Interaksjoner:** Samtidig bruk av potente P-gp-hemmere kan øke eksponeringen. Potente P-gp-induktorer kan redusere eksponeringen. **Utvalgte bivirkninger:** Svært vanlige (>10%): IPF: Abdominalmerter, diaré, kvalme, økte leverenzymmer. PF-ILD: Abdominalmerter, diaré, kvalme, oppkast, økt ALAT, økte leverenzymmer, nedsatt appetitt. SSc-ILD: Abdominalmerter, diaré, kvalme, oppkast, økte leverenzymmer. Alvorlige bivirkninger sett ved ikke kjent, vanlig eller mindre vanlig frekvens uavhengig av indikasjoner: Trombocytopeni, myokardinfarkt, blødning, aneurismer og arteriedisseksjoner, kolitt, legemiddelindusert leverskade, nyresvikt, proteinuri, posterior reversibelt encefalopatisyndrom. Pakninger og priser: Kapsler, myke (blister 60 stk): 150 mg kr 28 435,60. Kapsler, myke (blister 60 stk): 100 mg kr 15 903,90. **Refusjon:** H-resept: Voksne: IPF og andre kroniske fibroserende ILD-er med en progressiv fenotype. Refusjonsberettiget bruk: Der det er utarbeidet nasjonale handlingsprogrammer/nasjonal faglig retningslinje og/eller anbefalinger fra RHF/LIS spesialistgruppe skal rekvirering gjøres i tråd med disse. Vilkår: 216 Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. SSc-ILD hos voksne: Refusjon følger PF-ILD kriterier. **Reseptgruppe:** C **Kontaktopplysninger:** medinfo.no@boehringer-ingelheim.com **Se Felleskatalogen for fullstendig preparatomtale:** <https://www.felleskatalogen.no/medisin/ofev-boehringer-ingelheim-593183> **Utarbeidet:** 29.08.2025



QR Scan: Se fullstendig
preparatomtale av
Ofev[®]

Tekst: Pål Gulbrandsen et al.

Snakk om usikkerhet

Usikkerhet er gjerne uønsket i helsetjenesten. Samtidig er den uunngåelig – og derfor et nødvendig samtaletema. Leger må forstå hvordan faglig og personlig usikkerhet påvirker samtaler med pasienter og kolleger.

Etter tiår med vektlegging av korrekt informasjon til befolkningen, kan samtaler om usikkerhet være vrient for leger. Fremveksten av krav om å drive evidensbasert medisin og at pasienter skal være tilstrekkelig informert til å delta i samvalg, gjør det ikke enklere (1). Også mellom kolleger kan forventningene bidra til lite hensiktsmessig atferd fordi heller ikke leger føler seg *trygge* når de er *usikre* på hva de skal gjøre (2). En utrygg lege vil kunne ønske å kamuflere denne følelsen, noe mange samtalepartnere vil merke. I denne kronikken beskriver vi hvordan usikkerheten dukker opp i samtaler, og hva vi kan gjøre for å forhindre at det bidrar til utrygghet.

Kunnskapsmessig status og utsagns betydning

Særlig to forhold påvirker hvordan sikkerhet og usikkerhet kommer til uttrykk i samtaler. Det første er hva slags kunnskapsmessig status den som snakker har – eller forutsettes å ha (3). Uavhengig av individuelt kunnskapsnivå vil leger ha en sosialt anerkjent status som ekspert, og dermed tilskrives sikker kunnskap om sykdom. Derfor vil en ytring som «jeg tror du har gallestein» oppfattes ulikt, avhengig av om det er en lege eller en onkel som sier det.

Det andre er hvilke språklige markører for sikkerhet og usikkerhet den som snakker bruker, typisk ved ulike verbformer eller modererende småord. Det er forskjell på å si «han *har* spist grøten» og «han *skal ha* spist grøten», eller «det er *visst* (*nok, vel*) gallestein» versus «det er *faktisk* (*utvilsomt, garantert*) gallestein». Gjennom slike valg inntar den som snakker ulike kunnskapsmessige posisjoner, altså en markering av kunnskapsmessig autoritet. Den sterkeste autoriteten markeres ved kategoriske utsagn: «Det er gallestein». Selv modale uttrykk som bokstavelig kan høres forsterkende ut, slik som *sikkert* og *garantert*, uttrykker et visst forbehold om sikkerheten av utsagnet. «Det er sikkert gallestein» betyr altså at det *ikke* er sikkert at det er gallestein.

Det er ingen direkte sammenheng mellom kunnskapsnivå og med hvilken sikkerhet man hevder noe. Kunnskapsrike personer vet ofte mye om begrensningene i hva man kan vite sikkert, og vil derfor gjerne moderere seg. De kan også være bevisste på hvilken autoritet de

tilskrives av andre, og noen vil dermed kunne frykte at en påstand oppleves som for betryggende. For leger blir dette særlig fremtredende ved snakk om prognostisk usikkerhet. I et klinisk eksempel fra virkeligheten havnet fire pårørende i en heftig diskusjon om utfallet (død eller overlevelse), basert på marginale forskjeller i utsagn om prognosen mellom en lege i spesialisering innen kirurgi, som hadde stelt store brannår, og en anesthesioverlege som hadde ansvar for overvåkingen av pasienten. Legenes ulike roller ble tillagt stor vekt av de pårørende (4).



Studier viser at studenter er uforberedt på at legeyrket i stor utstrekning også innebærer sannsynlig-hetvurderinger og kontekstuelle avveininger

Illustrasjonsfoto:
gjp311/iStock



Usikkerhetens natur og effekt i samtaler

Usikkerhet kan forstås som en subjektiv erfaring av mangel på kunnskap (5), altså som et indre fenomen. Den kan likevel komme til overflaten gjennom språklige og kroppslige uttrykk. Man kan faktisk ikke kommunisere om en sak uten å samtidig uttrykke noe om sin grad av sikkerhet om relevante fakta i situasjonen. Noe av det som kan gjøre det utfordrende å forholde seg til usikkerhet, er at det ikke nødvendigvis er en direkte sammenheng mellom indre tilstander av usikkerhet og hvordan den kommer til syne. Det skaper tvetydighet.

Underliggende sosiale normer og helsepolitiske idealer legger føringer for at usikkerhet bør reduseres mest mulig (6, 7). Dette målet gjenspeiles i både språk og kommunikasjon. Empiriske studier har beskrevet at usikkerhet gjerne fremstilles som noe uønsket. Eksempelvis presenteres sikre og harmløse diagnoser i allmennmedisin gjerne direkte, uten forsinkelse og språklige dempere. Antatt mer uønskede utsagn om en usikker diagnose kan oppleves ubehagelig å formidle. De presenteres derfor gjerne ved nøling, forklaringer og forsinkelser, orientert mot bruddet i forventningen om at legen skal kunne frambringe sikker kunnskap (8, 9). Også i tilfeller der legen har gitt gode

nyheter (for eksempel utelukket hjertesykdom), kan pasienten bringe opp gjenværende symptomer eller smerter som ikke er blitt forklart. Dette utfordrer den medisinske ekspertisen ved å gjenspeile forventninger om at alt skal kunne forklares, og kan til og med bidra til å gjenåpne sykehistoriefasen eller føre til videre diagnostikk (10). Pasienter er også orientert mot legens ekspertise ved å unngå direkte selvdagnostisering. I stedet presenterer de egne forklaringer som usikre hypoteser legen kan vurdere (11).

Usikkerheten under overflaten

Medisinfaget har sterke røtter i en naturvitenskapelig tradisjon, der positivistiske idealer om at det er mulig å avdekke hva som er sant eller usant, rett eller galt, dominerer. Som student innlemmes man i denne tankegangen gjennom flervalgseksamener med enten rette eller gale svar, der studenten må håpe på at kunnskaps-hull ikke avsløres. Studier viser at studenter er uforberedt på at legeyrket i stor utstrekning også innebærer sannsynlighetvurderinger og kontekstuelle avveininger (12).

Noen former for usikkerhet er mer akseptert enn andre. For eksempel er det generelt godtatt å ikke vite svaret på spørsmål der svaret ikke finnes, eller når det gjelder etiske dilemmaer. Men om kunnskapen finnes, og man som lege ikke vet om den, er situasjonen en annen. Hvis kolleger og pasienter forventer at du kan noe du ikke kan, vil det å *ikke kunne* innebære risikoen for å tape tillit.

Hvordan usikkerhet kommer til uttrykk avhenger av hvem vi interagerer med, hvilke forventninger vi oppfatter at andre har til oss og hvordan vi ønsker å fremstå. I noen situasjoner kjennes det trygt å innrømme egen tilkortkommenhet, mens andre ganger har vi behov for å fremstå som selvsikre og trygge. I møte med pasienter og kolleger ligger det ofte en forventning om at leger viser selvsikkerhet og autoritet. Dette skaper et behov for å opprettholde en profesjonell og kompetent fasade, til tross for usikkerhet knyttet til diagnoser eller behandlingsvalg. Siden usikkerhet oppleves som en uønsket tilstand, vil det å uttrykke usikkerhet også kunne påvirke både egne og andres oppfatninger av en selv. Dette beskrives i sosiologen Erving Goffmans (1922–82) teatermetafor, som handler om hvordan mennesker presenterer seg selv i ulike sosiale situasjoner, «på ulike scener» (13). Tonefall, kroppsspråk og andre former for ikke-verbal kommunikasjon tilpasses for å forsterke eller svekke det inntrykket man ønsker å gi. I slik *selvrepresentasjon* er språk og kommunikasjon sentralt. Et eksempel er at oppførselen kan preges av om man snakker med en pasient, en sykepleier, legekolleger eller avdelingssjefen. Man kan anta at jo mindre personlig trygg en person føler seg, desto større kan distansen bli mellom hvordan man opptrer og hvordan man opplever seg selv.

Hvis en lege frykter å bli avslørt for manglende kompetanse, eller har erfaring med å ha blitt eksponert negativt på grunn av en feilvurdering, kan dette lede til skam og fortvilelse (14). Usikkerheten kan ha ulikt opphav og utløses ofte av en sammensetning av mekanismer, heller enn av enkeltstående hendelser. Det kan derfor være vanskelig å analysere hva som egentlig skjer når man opplever usikkerhet.

Usikkerhetskommunikasjon: hva er resepten?

Det avgjørende er tillit. Pasienter har i utgangspunktet stor tillit til hva leger kan, men i den tilliten ligger også en respekt for at det er grenser for hva én lege kan. Det betyr at et ærlig, åpent og klart utsagn om at man ikke vet, også kan signalisere trygghet. Når spørsmålet dreier seg om prognostisk usikkerhet kan det imidlertid være skremmende å motta et slikt budskap, men hverken usikkerhet eller utrygghet forsvinner ved å undersøke usikkerheten. Det er heller ikke sikkert at det hjelper å oppsøke presise svar. I en studie fra onkologisk praksis ble det vist at pasienter klarte bedre å forholde seg til en ubestemt usikkerhet enn til tallfestet usikkerhet (15). Hvis legen frykter at det er noe vedkommende burde visst som hadde redusert usikkerheten, må det metakommuniseres: «Dette er noe jeg tror det finnes svar på, jeg skal snakke med en kollega, og så kommer jeg tilbake til deg.»

Medisinstudiet må drille legene i å godta kompleksitet ettersom usikkerhet er unngåelig. Tvetydighet bør unngås. Ærlig og åpen kommunikasjon fremmer tillit, og sammen med medfølelse vil det være den beste måten for fremtidige leger å håndtere den unngåelige usikkerheten. ■

Takk til Monika Kvernenes for gode innspill til kronikken.

En spesiell takk til Paul K.J. Han for hans initiativ og hans vennlige og kunnskapsrike støtte til arbeidet med denne kronikken.

Mottatt 7.4.2025, første revisjon innsendt 16.5.2025, godkjent 23.5.2025.

Pål Gulbrandsen

pal.gulbrandsen@medisin.uio.no

Pål Gulbrandsen er spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin og professor i helsetjenesteforskning ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt honorar for kommunikasjonskurs, deltakelse i podkast, filmproduksjon eller presentasjoner fra CoreMine Vitae, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, Takeda, Urokyst, Hjernesvulstforeningen, Regionalt kompetansesenter for smertebehandling, Veterinærinstituttet, Pfizer og Sandefjord medisinske senter.

Anne Marie Landmark

Anne Marie Landmark er lingvist og postdoktor ved Nordlandssykehuset, Bodø og førsteamanuensis ved Universitetet i Sørøst-Norge. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jan Svennevig

Jan Svennevig er professor i språklig kommunikasjon ved Universitetet i Agder. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Inger Lise Teig

Inger Lise Teig er sosialantropolog og førsteamanuensis i helseledelse og organisering ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Gulbrandsen P, Clayman ML, Beach MC et al. Shared decision-making as an existential journey: Aiming for restored autonomous capacity. *Patient Educ Couns* 2016; 99: 1505–10.
- Ofstad EH, Asdal K, Nightingale B et al. LIS1-leger og medisinsk usikkerhet – en kvalitativ studie. *Tidsskr Nor Legeforen* 2023; 143: 702–7.
- Heritage J. Epistemics in action: Action formation and territories of knowledge. *Res Lang Soc Interact* 2012; 45: 1–29.
- Gerwing J, Gulbrandsen P. The perils of information giving: What an accidental incident taught us about messages and roles. *Patient Educ Couns* 2017; 100: 2109–15.
- Han PKJ, Klein WMP, Arora NK. Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. *Med Decis Making* 2011; 31: 828–38.
- Power M. *The Audit Society. Rituals of Verification*. Oxford: Oxford University Press 1997.
- Power M. *Organized Uncertainty. Designing a World of Risk Management*. Oxford: Oxford University Press, 2007.
- Peräkylä A. Authority and accountability: The delivery of diagnosis in primary health care. *Soc Psychol Q* 1998; 61: 301–20.
- Heritage J. Revisiting authority in physician-patient interaction. I: Duchan JF, Kovarsky D, red. *Diagnosis as Cultural Practice*. Berlin: De Gruyter Brill, 2005.
- Maynard DW, Frankel RM. On diagnostic rationality: Bad news, good news, and the symptom residue. *Studies in Interactional Sociolinguistics* 2006; 20: 248–78.
- Gill VT, Maynard DW. Explaining illness: patients' proposals and physicians' responses. *Studies in Interactional Sociolinguistics* 2006; 20: 115–50.
- Monrouxe LV, Grundy L, Mann M et al. How prepared are UK medical graduates for practice? A rapid review of the literature 2009–2014. *BMJ Open* 2017; 7: e013656.
- Goffman E. *The presentation of self in everyday life*. New York, NY: Bantam Doubleday Dell Publishing Group, 1959.
- Gude T. Hvorfor skammer jeg meg over ikke å greie jobben? I: Gulbrandsen P, Fugelli P, Stang GH, Wilmar B, red. *Skam i det medisinske rom*. Oslo: Gyldendal, 2006: 115–26.
- Engelhardt EG, Pieterse AH, van der Hout A et al. Use of implicit persuasion in decision making about adjuvant cancer treatment: A potential barrier to shared decision making. *Eur J Cancer* 2016; 66: 55–66.

BARN MED MELKE- PROTEINALLERGI TRENGER BEHANDLING

Kun for helsepersonell

Forekomsten av matallergi øker over hele verden.¹ Kumelkallergi er en av de vanligste matallergiene hos barn. En kohort av norske spedbarn viste at om lag 5 % hadde kumelkallergi.²

Kostbehandling for barn med melkeallergi

Hovedprinsippet i kostbehandling er å unngå alt som inneholder kumelkprotein. Barn med denne allergien må ha en erstatning for melken de ikke tåler. Amming er alltid den beste ernæringen for spedbarn, men dersom en ikke kommer i mål med amming, kan helsepersonell forskrive spesialiserte, hypoallergene melkeerstatninger basert på hydrolysert protein eller aminosyrer. Norske helsemyndigheter anbefaler dette inntil barnet er 3 år.³ Forskning viser at dysbiose i tarmfloraen er vanlig ved kumelkallergi, noe som kan være en av årsakene til utvikling av allergiske reaksjoner.^{4,5} Det er derfor viktig at melkeerstatningen inneholder fiberkilder som gir næring til de gode bakteriene.

Våre Pepticateprodukter inneholder fiberkildene GOS / FOS*, som støtter utviklingen av en tarmflora som ligner på tarmens bakterieprofil til morsmelkernærte spedbarn og gir en velfungerende mage.^{5,6} I tillegg til god symptomlindring, sikrer Pepticate god tilvekst og utvikling hos barna.⁷ Produktet har god smak for enklere introduksjon og etterlevelse.⁸



Pepticate



Pepticate PLUS

Pepticate er en trygg og næringsrik kostbehandling for barn med kumelkproteinallergi, med hydrolyserte proteiner som reduserer allergirisiko.

Scan QR koden og lær mer på våre hjemmesider



Pepticate er hypoallergene ernæringsprodukter som brukes i kostbehandling av spedbarn og barn med melkeproteinallergi og skal brukes i samarbeid med helsepersonell.

*GOS - FOS= Galakto - Fruktoligo Sakkarider

Referanser: 1. Pawankar R, et al. World Allergy Organisation (WOA): White book on allergy. Wisconsin: World Allergy Organization, 2011. 2. Kvenschagen B, et al. Acta Paediatr 2008 Feb;97(2):196-200. 3. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/retningslinjer/allergi/matallegri> 4. Vighi G, et al. Clinical and Experimental Immunology 2008;153 (Suppl. 1): 3-6. 5. Moro G, et al. JPGN 2002. Mar;34(3):291-5. 6. Knol J, et al. JPGN 2005. Jan;40(1):36-42. 7. Verwimp JJM et al. Eur J Clin Nutr 1995;4(1):39-48. 8. Maslin et al. Pediatr Allergy Immunol. 2018 Des;29(8):857-862.

Nutricia Norge AS | Drammensveien 123, 0277 Oslo | Tlf: 23 00 21 00 | E-post: nutricia.amno@danone.com | www.nutricia.no

Tekst: Eirik Hugaas Ofstad et al.

Fjellvettregler for medisinsk usikkerhet

Det finnes en medisin som beskytter pasienter mot overdiagnostikk og overbehandling og leger mot utrygghet og utbrenthet.

Det er en fremvoksende bevissthet om spriket mellom den sikre og fasitsøkende naturvitenskapen som medisinen er tuftet på, og faktisk klinisk praksis der vi møter pasientene – i en virkelighet beheftet med usikker informasjon, til dels stor fallhøyde, motstridende verdier og tidspress (1).

Med usikkerhet følger ofte frykten for å velge feil. Valgene vi som leger tar sammen med eller på vegne av våre pasienter, kan få alvorlige konsekvenser. Når noe galt har skjedd, tilskriver den enkelte ofte egen handling som årsak til at det gikk galt. Dette gjør det lett å dømme både seg selv og andre når man opplever at pasientens lidelse kunne vært unngått hvis man bare hadde valgt riktig. Med dette som bakteppe er defensiv medisin, der man i frykt for konsekvenser forsøker å eliminere usikkerhet, med på å drive frem overdiagnostikk og overbehandling.

Gjennom medisinstudier og tidlig arbeidserfaring integreres leger i de ofte uuttalte, profesjonskulturelle verdiene som altruisme, perfektionisme og samvittighetsfullhet (2). I en stressende arbeidssituasjon utfordres disse og kan gi usikkerhet rundt egen evne til å leve opp til egne og andres forventninger, som igjen øker risikoen for opplevelse av mer stress. Det kan bli en negativ spiraleffekt med økende usikkerhet både om egen evne til å håndtere situasjoner og til å vurdere og håndtere den iboende medisinske usikkerheten.

Siden usikkerheten ikke kan fjernes, foreslår vi en tredelt tilnærming som kan hjelpe hver enkelt av oss. Vi må snakke tydelig om kompleksiteten i den medisinske hverdagen, vi må strukturere og forstå usikkerheten, og leger må utrustes med mestringsstrategier for de forskjellige typene usikkerhet man møter i hverdagen.

Ni usikkerhetsregler

De ni fjellvettreglene, forfattet av Den Norske Turistforening og Røde Kors i 1952, har blitt allemannseie i Norge og setter fokus på sikkerhet i fjellet gjennom konkrete og praktiske råd for å håndtere et komplekst, usikkert og potensielt livsfarlig miljø (3). Med støtte i

forskning og egen erfaring, og med et format med overføringsverdi til klinisk praksis, presenterer vi her et forslag til regler for usikkerhetsvett (ramme 1).

Regel 1: Aksepter og omfavn usikkerhet. Ofte, og særlig i starten av vår karriere, oppleves ikke klinisk usikkerhet som naturlig, men heller som et uttrykk for egen utilstrekkelighet. Det fører til utrygghet og frykt for å gjøre feil (4), med utbrenthet som konsekvens. Det å akseptere, omfavne og bli venn med usikkerhet er en forutsetning for å kunne overleve og trives i legejobben.

Regel 2: Bryt ned usikkerhetens opphav. I praksis er det nødvendig å analysere usikkerheten man kjenner på. En god start for å bli mindre usikker er å forsøke å identifisere hva usikkerheten består i. Dette er et firedelt kart: usikkerhet i kunnskapsgrunnlag (diagnose, årsakssammenheng, behandling og prognose), usikkerhet rundt organisering av håndtering (hvem, hva, hvor skal behandles - hvordan og til hvilken risiko/nytte), pasientens/pårørendes personlige usikkerhet og/eller utrygghet og legens personlige usikkerhet (har jeg tenkt på alt?) og/eller utrygghet (klarar jeg dette?).

Regel 3: Finn balanse mellom å kurere og å lindre usikkerhet. Når vi har funnet ut hva det er som gjør at vi er usikre, er et nyttig neste steg å tenke på spennvidden mellom kurasjon og palliasjon av usikkerhet – altså spennet mellom å jobbe for å redusere usikkerheten og det å kunne leve med den (5).

I diagnostisk arbeid er dragkreftene mellom kurasjon av usikkerhet og palliasjon av usikkerhet potensielt sterke. Vi må greie å ha to tanker i hodet samtidig. Når vi ikke vet hva årsakene til symptomer skyldes, jobber vi for å redusere usikkerhet til vi kan utelukke farlig og potensielt livstruende årsakssammenheng. Men parallelt må vi finne ut hvilket nivå av usikkerhet som er til å leve med, ikke bare for oss leger, men også for pasientene og de pårørende. Om vi kun har fokus på usikkerhetsreduksjon, blir potensiell overdiagnostikk fort resultatet. Gjør derfor kloke valg (6). Vurder alltid sannsynlighet og alvorlighet – bli god på det vanlige og det farlige. →

Vurder alltid sannsynligheter, alternative diagnoser og løsninger. Juster kursen når ny informasjon tilsier det. Alle leger gjør feil

Ramme 1

Fjellvettregler for usikkerhet i klinisk praksis

- 1. Aksepter og omfavn usikkerhet**
- 2. Bryt ned usikkerhetens opphav**
- 3. Finn balanse mellom å kurere og å lindre usikkerhet**
- 4. Inkluder alltid pasienten og eventuelt pårørende**
- 5. Søk balanse mellom kunnskapsbasert medisin og skreddersydde beslutninger**
- 6. Vær bevisst på forskjellen mellom intuitive og analytiske beslutninger og hvilke verktøy ulike situasjoner krever**
- 7. Ta trygge valg. Konferer med kollegaer. Finn balanse mellom ydmykhet og mot**
- 8. Vend i tide, det er ingen skam å revurdere. Vær åpen og fleksibel for å endre kurs**
- 9. Bevar roen og søk støtte ved behov. Etterspør og gi supervisjon og veiledning til dine kollegaer**



Regel 4: Inkluder alltid pasienten og eventuelt pårørende. De beste svarene på usikkerhet får man ofte i dialog med pasienten. Vi må spørre oss selv før en diagnostisk test eventuelt bestilles: Hva er sannsynligheten for at vi finner «noe»? Er den nødvendig? Vil den ha noen konsekvens for behandlingen? Gjør vi testen for at vi som leger skal føle oss mindre utrygge eller for å trygge en engstelig pasient? Er usikkerheten til å leve med for begge parter? Er vi trygge nok til at vi kan våge å se det an? Pasientens perspektiver bør stå sentralt. Hva tenker pasienten symptomene kan skyldes? Hva er pasienten redd for at det kan være, og hvor stor og velbegrunnet er engstelsen? Jo mer usikre vi som leger er i spørsmål om diagnose, behandling eller videre håndtering av en klinisk problemstilling, jo viktigere er det å få frem pasientens perspektiver.

Regel 5: Søk balanse mellom kunnskapsbasert medisin og skreddersydde beslutninger. Fremveksten av evidensbasert medisin, som har bidratt til enorme fremskritt i behandling og bedret helseutfall for pasienter, har også ført til utvikling av algoritmer og retningslinjer for diagnostikk og behandling som kamuflerer kompleksiteten i møtet mellom gruppebasert evidens og den unike pasient. I en klinisk verden av gråsoner kan flere løsninger være gode, og de beste finner man ofte sammen med pasienten. Dette krever en trygghet på at løsninger utenfor retningslinjer og evidensgrunnlag også kan være kloke, velbegrunnede og gode.

Regel 6: Vær bevisst forskjellen mellom intuitive og analytiske beslutninger og hvilke verktøy ulike situasjoner krever. Å være lege innebærer å ta kliniske beslutninger – fortløpende og hele tiden. En norsk studie har vist at det i gjennomsnitt ble kommunisert 13 store og små klinisk relevante beslutninger per konsultasjon i spesialisthelsetjenesten (7). Å være bevisst på beslutninger, at de ofte er flerleddede og beheftet med ulik grad av usikkerhet, er en god start. Bestemmer vi oss for en diagnose, kan videre beslutninger om behandling og håndtering følge med redusert usikkerhet.

Ovenfor har vi diskutert beslutningsprosesser der vi har en analytisk tilnærming med tid til å treffe gode valg – det man i beslutningslitteraturen kaller system 2-prosesser (8). I akutte situasjoner med tidspress må vi imidlertid håndtere usikkerhet med raskere og mer intuitive beslutningsprosesser (system 1-prosesser) – for eksempel når en bevisstløs, ustabil pasient kommer til akuttmottaket med mangelfull bakgrunnsinformasjon. For en lege med begrenset erfaring vil en slik situasjon kunne være noe av det mest usikre og skremmende man kan møte. Den krever rask handling. Å tilnærme seg pasienten strukturert og i en prioritert rekkefølge (ABCDE-tilnærming) vil gjøre at vi kjøper oss tid til å kunne jobbe analytisk samtidig som vi kan beslutte tiltak for å stabilisere pasienten.

Også mindre akutte situasjoner kan innebære stor usikkerhet (det å gi dårlige nyheter,

eller si noe om prognose). Enkle strukturerte verktøy kan hjelpe oss i slike situasjoner, redusere klinikerens utrygghet og dermed skape trygghet og tillit i dialogen med våre pasienter.

Regel 7: Ta trygge valg. Konferer med kollegaer. Finn balanse mellom ydmykhet og mot. Uansett hvor erfarne vi måtte være som leger, møter vi daglig problemstillinger hvor vi blir usikre. Medisin er lagarbeid, og vi må sammen bidra til å skape et arbeidsklima der vi kan spørre hverandre om hjelp og diskutere ting vi er usikre på. Å være ydmyk overfor usikkerheten er et trygt utgangspunkt, men vi vil havne i situasjoner hvor det å være modig overfor usikkerheten er nødvendig.

Regel 8: Vend i tide, det er ingen skam å revurdere. Vær åpen og fleksibel for å endre kurs. Det finnes en rekke kognitive skjevheter og snarveier som påvirker oss i klinisk praksis og som kan få oss til å bli skråsikre på en diagnose eller en fremgangsmåte i en gitt situasjon (8). En profesjonell må alltid være klar over muligheten for å være fanget av antakelser. Skråsikkerhet bør få oss til å stille spørsmål. Vurder alltid sannsynligheter, alternative diagnoser og løsninger. Juster kursen når ny informasjon tilsier det. Alle leger gjør feil. Erkjenn når du har gjort feil, og bruk erfaringen som verdifull læring.

Regel 9: Bevar roen og søk støtte ved behov. Eterspør og gi supervisjon og veiledning til dine kollegaer. Hvor mye fokus har vi på hvordan vi snakker om usikkerhet med pasienter eller kollegaer? Forbedringspotensialet er etter vår oppfatning stort. Hvor gode er vi til å observere presist og gi konstruktive tilbakemeldinger i klinisk praksis? Vi tror det er mye å hente her. Én grunn kan være at mange føler seg usikre på hvordan det kan gjøres for å gi læring i trygge rammer. Det finnes enkle og gode metoder for dette (9). En tommelfingerregel når du skal gi tilbakemelding til en kollega, kan være «spesifikk ros, spørrende ris» (Pål Gulbrandsen, personlig meddelelse). Skal du gi noen skryt, vær spesifikk på hva de gjorde som var så bra. Ser du noe du tenker kunne vært bedre, vær undrende og nysgjerrig i stedet for direkte og konfronterende.

Vi må sammen skape en kultur hvor supervisjon og veiledning står sentralt for å få frem det beste i oss og utvikle oss som fagmiljø. Å gi god supervisjon og veiledning er også utviklende for den erfarne lege. Den erfarne må gå foran som godt eksempel og snakke om, vise og normalisere usikkerhet, både personlig og medisinsk-faglig, og bidra til å skape et miljø der det er trygt å eksponere egen usikkerhet (10).

Hva kan helsemyndigheter, organisasjon og ledelse gjøre? Nye læringsmål for leger i spesialisering inkluderer å skulle kunne «kommunisere om sin egen og pasientens usikkerhet på en måte som skaper trygghet og forståelse» (felles

Det å akseptere, omfavne og bli venn med usikkerhet er en forutsetning for å kunne overleve og trives i legejobben

kompetansemål LM-21). Videre heter det at «i sin kliniske praksis må legen ikke bare forholde seg til sin egen usikkerhet, men også medisinenes iboende usikkerhet» (11). Hvor godt tilrettelegger vi for oppnåelsen av dette læringsmålet? Spesialistutdanningen i Norge er systematisk tilfeldig organisert, hvor hvert sykehus selv får definere egne læringsaktiviteter basert på læringsmål som er felles for alle. Mange sykehus har kommet i gang med veiledningskurs, kommunikasjonskurs, veiledningsgrupper og har avdelinger med god tradisjon for individuell veiledning, mens andre sykehus helt eller delvis mangler dette. Variasjonen på landsbasis er stor. Vi trenger at spesialistutdanningen i mye større grad settes i system og at det opprettes et koordinerende kompetansesenter som kan jobbe målrettet for at supervisjon og veiledning settes på agendaen og i system i hele landet. Også ferdigutdannede leger har behov for strukturerte arenaer og adekvat støtte i håndteringen av profesjonell usikkerhet. Et høyt nivå av psykologisk trygghet i tverrfaglige team kan fremme deling av erfaringer knyttet til usikkerhet og faglig tvil.

Vi må sammen bygge en kultur hvor det å omfavne usikkerhet – både medisinsk og personlig – blir en del av vårt profesjonelle DNA og et felles prosjekt for at vi utvikler oss og sammen presterer best mulig. Ikke bare vil det gagne våre pasienter og velferdsstaten, det vil også forebygge utrygghet og utbrenthet hos leger. ■

En spesiell takk til Paul K. J. Han for hans initiativ og vennlige og kunnskapsrike støtte til arbeidet med denne kronikken.

Mottatt 14.4.2025, første revisjon innsendt 16.6.2025, godkjent 19.6.2025.

Eirik Hugaas Ofstad

eirikofstad@gmail.com

Eirik Hugaas Ofstad er ph.d., spesialist i akutt- og mottaksmedisin og i generell indremedisin, avdelingsoverlege i akuttmottak og observasjonspost ved Nordlandssykehuset og førsteamanuensis ved Institutt for klinisk medisin, UiT Norges arktiske universitet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Stig Haugset Nymo

Stig Haugset Nymo er ph.d., spesialist i akutt- og mottaksmedisin, overlege i akuttmottak og på medisinsk overvåkningsavdeling, Nordlandssykehuset og førsteamanuensis ved Institutt for klinisk medisin, UiT Norges arktiske universitet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Karin Isaksson Rø

Karin Isaksson Rø er ph.d., spesialist i arbeidsmedisin, overlege ved Villa Sana, Modum Bad og seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Inger Johanne Christiansen

Inger Johanne Christiansen er spesialist i allmenntilleggsmedisin og rådgivende lege ved ALIS Sør. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Miriam Gustafsson

Miriam Gustafsson er ph.d., spesialist i allmenntilleggsmedisin og psykiatri, faglig leder ved ALIS og SamLIS Midt, og førsteamanuensis ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Margrethe Aase Schaufel

Margrethe Aase Schaufel er ph.d., spesialist i lunge- og hjertemedisin, overlege ved Lungeavdelinga, Haukeland universitetssjukehus, førsteamanuensis ved Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen og forskningsleder ved Kompetansesenter i lindrande behandling, Helseregion Vest. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Håvard Dale

Håvard Dale er ph.d., spesialist i ortopedisk kirurgi, seksjonsoverlege ved Ortopedisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus og professor ved Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Marc Vali Ahmed

Marc Vali Ahmed er spesialist i indremedisin og i geriatri, overlege og seksjonsleder ved Akuttgeriatriks seksjon, Oslo universitetssykehus, Ullevål. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ingrid Miljeteig

Ingrid Miljeteig er ph.d., lege og professor i medisinsk etikk ved Bergen Senter for etikk og prioritering (BCEPS), Universitetet i Bergen og spesialrådgiver og leder i klinisk etikk-komité, Helse Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Han PKJ, Babrow A, Hillen MA et al. Uncertainty in health care: Towards a more systematic program of research. *Patient Educ Couns* 2019; 102: 1756–66.
- Bennett N, Lockyer J, Mann K et al. Hidden curriculum in continuing medical education. *J Contin Educ Health Prof* 2004; 24: 145–52.
- Store Norske Leksikon. Fjellvetteglene. Lest 6.4.2025.
- Ofstad EH, Asdal K, Nightingale B et al. LIS1-løger og medisinsk usikkerhet – en kvalitativ studie. *Tidsskr Nor Legeforen* 2023; 143: 702–7.
- Han PKJ, Strout TD, Gutheil C et al. How physicians manage medical uncertainty: A qualitative study and conceptual taxonomy. *Med Decis Making* 2021; 41: 275–91.
- Den norske legeforening. Gjør kloke valg. Lest 6.4.2025.
- Ofstad EH, Frich JC, Schei E et al. Clinical decisions presented to patients in hospital encounters: a cross-sectional study using a novel taxonomy. *BMJ Open* 2018; 8: e018042.
- Kahnemann D. *Thinking, fast and slow*. New York, NY: Farrar, Strauss and Giroux, 2011.
- Silverman J, Draper J, Kurtz S. Agenda-led outcome-based analysis (ALOA) I: Kurtz S, Draper J, Silverman J. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. London: CRC Press, 1998: 113–29.
- Edmondson AC, Bransby DP. Psychological safety comes of age: Observed themes in an established literature. *Annu Rev Organ Psychol Organ Behav* 2023; 10: 55–78.
- Helsedirektoratet. Spesialistutdanning og godkjenning for leger. Felles kompetansemål for del 2 og 3. Lest 6.4.2025.

HØY IPD- DEKNING HOS ELDRE¹

▼ **CAPVAXIVE® (PKV21)** er en ny 21-valent konjugatvaksine utviklet spesielt for eldre. Vaksinen er godkjent for personer fra 18 år og oppover, og gis som én enkel dose.^{1,*}

Indikasjon: CAPVAXIVE® (PKV21) er indisert til aktiv immunisering for å forebygge invasiv sykdom og pneumoni forårsaket av *Streptococcus pneumoniae* hos personer fra 18 år og oppover.¹

CAPVAXIVE® (PKV21) kan bidra til å beskytte mot serotyper som sto for 82–89 % av invasiv pneumokokksykdom hos personer ≥65 år i perioden 2015–2023.^{2,**}



Skann QR-koden for å lese mer om CAPVAXIVE® (PKV21)

Nå godkjent og tilgjengelig i Norge

Bivirkninger: De vanligste bivirkningene etter vaksiner er lokale reaksjoner som smerte på injeksjonsstedet, tretthet, hodepine og myalgi. De fleste bivirkninger var milde til moderate og forbigående (≤3 dager). Alvorlige hendelser forekom hos ≤1 % av voksne.¹ Hyppigheten og typen bivirkninger kan variere med alder og tidligere vaksinasjonsstatus.¹

Dosering: Én enkel dose (0,5 ml) administreres intramuskulært.¹

*Behovet for revaksiner med en påfølgende dose CAPVAXIVE® (PKV21) er ikke fastslått.

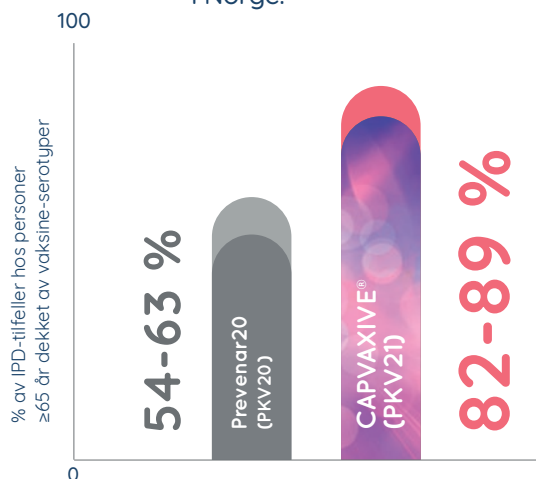
Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor virkestoffene eller noen av hjelpestoffene.¹

Bruk hos spesielle pasientgrupper: Sikkerhet og effekt hos personer under 18 år er ikke fastslått.¹ Data for bruk under graviditet og amming er begrensede.

Produktinformasjon: CAPVAXIVE® (PKV21) pneumokokkonjugatvaksine, 21-valent, Reseptpliktig legemiddel. Pakninger: Ferdigfylt sprøyte, 1 x 0,5 ml. Maksimal utsalgspris AUP 1 369 NOK. Reseptgruppe: C

OPPTIL
35 %

CAPVAXIVE® (PKV21) kan ha opptil 35 prosentpoeng høyere serotypedekning enn Prevenar20 (PKV20) hos personer ≥65 år i Norge.**



Referanser:

1. CAPVAXIVE® (PKV21) – preparatomtale. Publisert 31.03.25. Tilgjengelig fra: ema.europa.eu

2. Invasiv pneumokokksykdom i Norge 2004–23 og valg av vaksiner til eldre | Tidsskrift for Den norske legeforening (<https://tidsskriftet.no/2025/03/originalartikkel/invasiv-pneumokokksykdom-i-norge-2004-23-og-valg-av-vaksiner-til-eldre>)

**Verdien er basert på epidemiologiske data fra Berild et al. (2025)² og gjenspeiler ikke effektiviteten til de respektive vaksinene. Det finnes for øyeblikket ingen studier som sammenligner effektiviteten til CAPVAXIVE® (PKV21) og Prevenar 20 (PKV20).

Tekst: Nils Morten Leknes et al.

Når Nye metoder er i utakt med klinisk praksis, må ikke livreddende behandling hindres

Vi valgte å gi kaplasizumab til en pasient med refraktær immunmediert trombocytopenisk purpura, til tross for at Beslutningsforum hadde avslått behandlingen for denne indikasjonen. Det reddet trolig livet til pasienten. Nå er den nye tilgangsordningen tilgjengelig, men saksbehandlingstiden vil være avgjørende ved akutt alvorlig sykdom.

Retten til nødvendig helsehjelp er individuell og må vurderes for den enkelte pasient. Pasientansvarlige leger må være bevisste på dette, ikke minst ved akutt alvorlig sykdom. Noen ganger vil det være konflikt mellom hva klinikerne vurderer som forsvarlig helsehjelp og hvilken behandling som finansieres av det offentlige helsevesenet.

Ervervet trombotisk trombocytopenisk purpura, i tillegg til plasmautskifting og immunsuppresjon, er godkjent indikasjon for kaplasizumab (1). Tilstanden forårsakes av svært lav aktivitet av ADAMTS13 – proteasen som spalter von Willebrand-faktor. Kaplasizumab hemmer interaksjonen mellom von Willebrand-faktor og blodplater, og hindrer dermed den abnorme plateadhesjonen som er forbundet med immunmediert trombotisk trombocytopenisk purpura (iTTP) og som forårsaker tromboser og blødninger (1). Kaplasizumab ble meldt til metodevurdering for denne indikasjonen i 2017 og ble avslått i 2020 (2). Behandlingen er tatt i bruk i andre land og er anbefalt i flere behandlingsretningslinjer og oppslagsverk (3–6).

Pasient som fikk kaplasizumab

En tidligere frisk ung mann ble innlagt med immunmediert trombotisk trombocytopenisk purpura og behov for intensiv- og respiratorbehandling. Standardbehandlingen ga manglende effekt. Hemolyse, alvorlig trombocytopeni og cerebral påvirkning persisterte, forenlig med refraktær immunmediert trombotisk trombocy-

topenisk purpura. Etter syv dager søkte behandlende lege lokal fagsjef om bruk av kaplasizumab til pasienten, som da var kritisk syk, lå på respirator og fikk to daglige plasmautskiftninger. Søknaden ble avslått med henvisning til Beslutningsforums vedtak og føring om at avslåtte legemidler ikke skal tas i bruk i den offentlige helsetjenesten.

Avgjørelsen ble påklaget ti dager senere med henvisning til at pasienten var ung, tidligere frisk og hadde utsikter til mange gode leveår ved respons på omsøkt behandling. Det var gitt intensivert immunsuppressiv behandling med syklofosamid og, etter hvert, bortezomib uten tegn til bedring. MR viste tilkommet hjerneinfarkt.

Uten tillegg av kaplasizumab var den medisinske vurderingen at det forelå høy risiko for død, eventuelt overlevelse til et liv med pleiebehov. Behandling med kaplasizumab ble derfor godkjent av medisinsk fagsjef til tross for Beslutningsforums avslag.

Det ble totalt gitt 29 doser kaplasizumab (inntil ADAMTS13-aktivitet > 10 %). Pasienten ble utskrevet fra intensivavdelingen fire døgn etter første dosen med kaplasizumab, etter totalt 25 intensivdøgn, hvorav 10 døgn på respirator. Etter 13 måneder er pasienten meget godt fysisk rehabilitert, men med vedvarende lett redusert kognitiv funksjon.

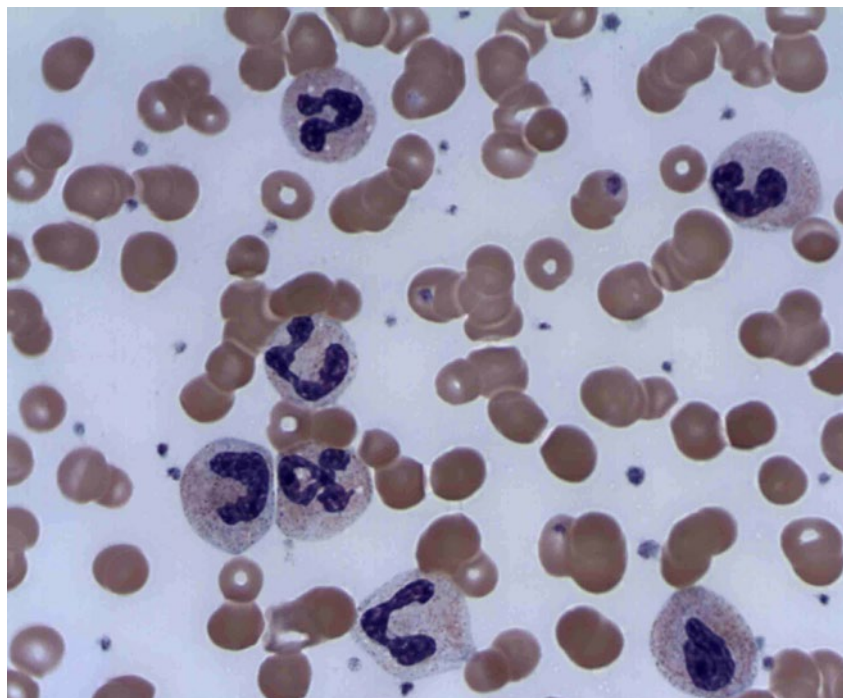
Effekt av kaplasizumab

Kaplasizumab var høyst sannsynlig livreddende behandling i dette tilfellet, og vi mener det nå er på tide med en ny metodevurdering for dette legemiddelet. Nye registerdata og —>

klinisk erfaring må tas hensyn til for å sikre at norske pasienter ikke underbehandles.

Beslutningsforums avslag fra 2020 er etter vår oppfatning for generelt og i utakt med dagens internasjonale erfaringer og anbefalinger. Behandlende leger og medisinsk fagsjef vurderte for vår pasient at det var uforsvarlig å ikke forsøke kaplasizumab. Behandlingen hadde frapperende effekt, og pasienten overlevde med et godt fysisk funksjonsnivå.

Insidensen av immunmediert trombotisk trombocytopenisk purpura er < 5 per million innbyggere per år. Standardbehandlingen er effektiv hos 80–90 % og består av høydose kortikosteroider, daglige plasmautskiftninger og rituksimab (7). Behandlingsresistent sykdom forekommer hos ca. 10 %, det vil si hos omtrent én pasient per år i Norge. Svikter standardbehandlingen, er dette forbundet med svært dårlig prognose (8).



Illustrasjonsfoto: Blod hos pasient med trombotisk trombocytopenisk purpura.
Foto: Erhabor Osaro / Creative Commons

Behandling med kaplasizumab ble sammenlignet med placebo i en randomisert fase III-studie fra 2019 (8), som også er referert til i metodevurderingen (2). Studien viste raskere stigning i platetall, kortere innleggelsestid, redusert behov for intensivbehandling og plasmautskifting samt lavere forekomst av komposittendepunktet iTTP-relatert død, trombose og tilbakefall hos pasienter som ble randomisert til kaplasizumab. Resultatene har vært mye diskutert, særlig den lave mortaliteten i placebogruppa – 4 %. I denne gruppa hadde 53 % av pasientene en seinere episode av sykdommen, som ofte har et mildere forløp enn den initiale episoden. I placebogruppa fikk 38 % tilbakefall i studieperioden og ble da behandlet med kaplasizumab. Det er sparsomt med data på mortalitet ved standardbehandling av pasienter

med immunmediert trombotisk trombocytopenisk purpura. Ved to sykehus i Sverige (Skåne universitetssjukhus og Karolinska universitetssjukhus) var mortaliteten på henholdsvis 15 % og 33 % i perioden 2016–19 (9). Mortaliteten ved tillegg av kaplasizumab har i flere studier vært 0–1 % (8, 10, 11).

Økonomiske betraktninger

Vår pasient fikk 10 mg kaplasizumab daglig i 29 dager til en kostnad på ca. 2 millioner kroner. Gitt et estimat for døgnkostnad ved en intensiv-enhet på om lag 55 000 kroner, ville trolig innleggelse i intensivavdeling og daglig plasmautskifting i 1 måned kostet omtrent det samme. ADAMTS13-aktiviteten var > 10 % for første gang på dag 47, 26 døgn etter oppstart av kaplasizumab. Vi anslår at kaplasizumab hos denne pasienten, forutsatt overlevelse, reduserer behovet for intensivbehandling med 25–30 døgn. Studier viser at oppstart med kaplasizumab på diagnosetidspunktet reduserer behovet for og varigheten av intensiv- og sykehusopphold betydelig (8, 10, 11).

Behandlingen påførte dermed trolig ikke sykehuset merutgifter. Hadde man startet behandling med kaplasizumab tidligere, ville dette mest sannsynlig vært ressursbesparende og kunne ha gitt et bedre behandlingsresultat.

Legemidler som Beslutningsforum har avslått

Nye metoder er det politisk vedtatte prioriteringssystemet for hvilke legemidler som skal finansieres i den norske offentlige spesialisthelsetjenesten. Alle nye legemidler spesialisthelsetjenesten har finansieringsansvar for, skal metodevurderes ut fra prioriteringskriteriene nytte, ressurser og alvorlighet før de tas i bruk. Beslutningsforum er Nye metoders besluttede organ. Når Beslutningsforum beslutter at et legemiddel ikke skal innføres, betyr det at legemiddelet ikke vil bli finansiert av den offentlige helsetjenesten. Avslåtte legemidler er fortsatt regulatorisk godkjent, er oppført i Felleskatalogen og er tilgjengelig for forskrivning/ordinering, men helseforetaket dekker altså ikke utgiftene.

Allerede i evalueringen av Nye metoder i 2021–22 ble det foreslått å etablere en unntaksordning for avslåtte legemidler (12). Man valgte imidlertid å ikke gjøre dette, da «... forsvarlighetskravet *under nærmest alle omstendigheter* vil være oppfylt selv om pasienter ikke kan tilbys behandling som har fått nei-beslutning i Beslutningsforum. RHF-ene mener således at innføring av et system for håndtering av unntak etter nei-beslutning ikke er nødvendig for å ivareta denne problemstillingen» (13). Det var vår mening at «under nærmest alle omstendigheter» ga et visst handlingsrom for bruk av avslåtte legemidler i helt spesielle tilfeller og at vår pasient kunne komme innunder dette.

Tilgangsordningen som ble etablert i april 2025, åpner for bruk av metoder og legemidler som er besluttet ikke innført i spesialisthelsetjenesten. Ordningen gjelder for pasienter som er vurdert som «klinisk eksepsjonelle», det vil si

forventes å ha vesentlig større nytte av behandlingen, har mer alvorlig sykdom eller har andre særskilte medisinske årsaker som skiller dem fra gruppen som er metodevurdert. Søknad fra lege om slik behandling må vurderes og godkjennes av fagdirektør i helseforetaket og deretter av en interregional vurderingskomité (14).

Begrepene faglig forsvarlighet og nødvendig helsehjelp gjenfinnes flere steder i helselovgivningen. Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (helsepersonelloven § 4). Hadde vi ivarettatt pasientens rett til nødvendig helsehjelp om vi i dette tilfellet overså kjennskapen til internasjonal praksis og anbefalinger og heller etterlevde Beslutningsforums fire år gamle vedtak? Fra juristhold har det blitt framhevet «at retten til nødvendig helsehjelp som menneskerettighet er individuell og at mennesker kan ha et rettskrav på en metode dersom det er den eneste som kan gi forsvarlig hjelp, selv om denne ikke er godkjent av regionalt helseforetak» (15).

Immunmediert trombotisk trombocytopenisk purpura er en sjelden og heterogen sykdom. I slike tilfeller er dokumentasjonen av nye legemidlers effekt og sikkerhet ofte begrenset, spesielt for subpopulasjoner. Tilgangsordningen vil på en bedre måte kunne ivareta retten til nødvendig helsehjelp i slike tilfeller. Ved akutte tilstander, som denne sykdommen er, er kort saksbehandlingstid essensielt for å unngå prognosetap.

Fagmiljøene opparbeider seg erfaring med nye legemidler både nasjonalt og internasjonalt. En kostnad-nytte-vurdering av et legemiddel kan etter en tid fremstå som mangelfull fordi det er publisert nyere studier, men også fordi man i land med et større befolkningsgrunnlag og annet finansieringssystem enn i Norge kan ha opparbeidet seg relevant og verdifull klinisk erfaring. Det siste synes å være tilfelle her, siden flere internasjonale retningslinjer anbefaler kaplasizumab som førstelinjehandling til *alle* med immunmediert trombotisk trombocytopenisk purpura, med særlig sterk anbefaling ved alvorlige og/eller refraktære tilfeller.

Fagmiljøene bør foreslå nye metodevurderinger for avslåtte legemidler når klinisk praksis oppleves å være i utakt med legemidlenes status i Nye metoder. Kliniske fagekspert må involveres i metodevurderingene. Saksbehandlingstiden i den nyetablerte tilgangsordningen må være kort når tid til innsatt behandling kan være avgjørende for utfallet. Ved livstruende akutte tilstander som refraktær immunmediert trombotisk trombocytopenisk purpura må behandlingsansvarlig lege vurdere varigheten av søknadsprosessen opp imot pasientens individuelle rett til nødvendig helsehjelp. ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Mottatt 21.5.2025, første revisjon innsendt 3.7.2025, godkjent 6.7.2025.

Nils Morten Leknes

nils.morten.leknes@unn.no

Nils Morten Leknes er spesialist i blodsykdommer og i indremedisin og er overlege ved Seksjon for blodsykdommer, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Anders Vik

Anders Vik er ph.d., spesialist i blodsykdommer og i indremedisin og er overlege ved Seksjon for blodsykdommer, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø og førsteamanuensis ved UIT Norges arktiske universitet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Trude Giverhaug

Trude Giverhaug er ph.d., cand.pharm og legemiddelfaglig rådgiver ved Kvalitetsavdelingen, Fag-, analyse og styringssenteret, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

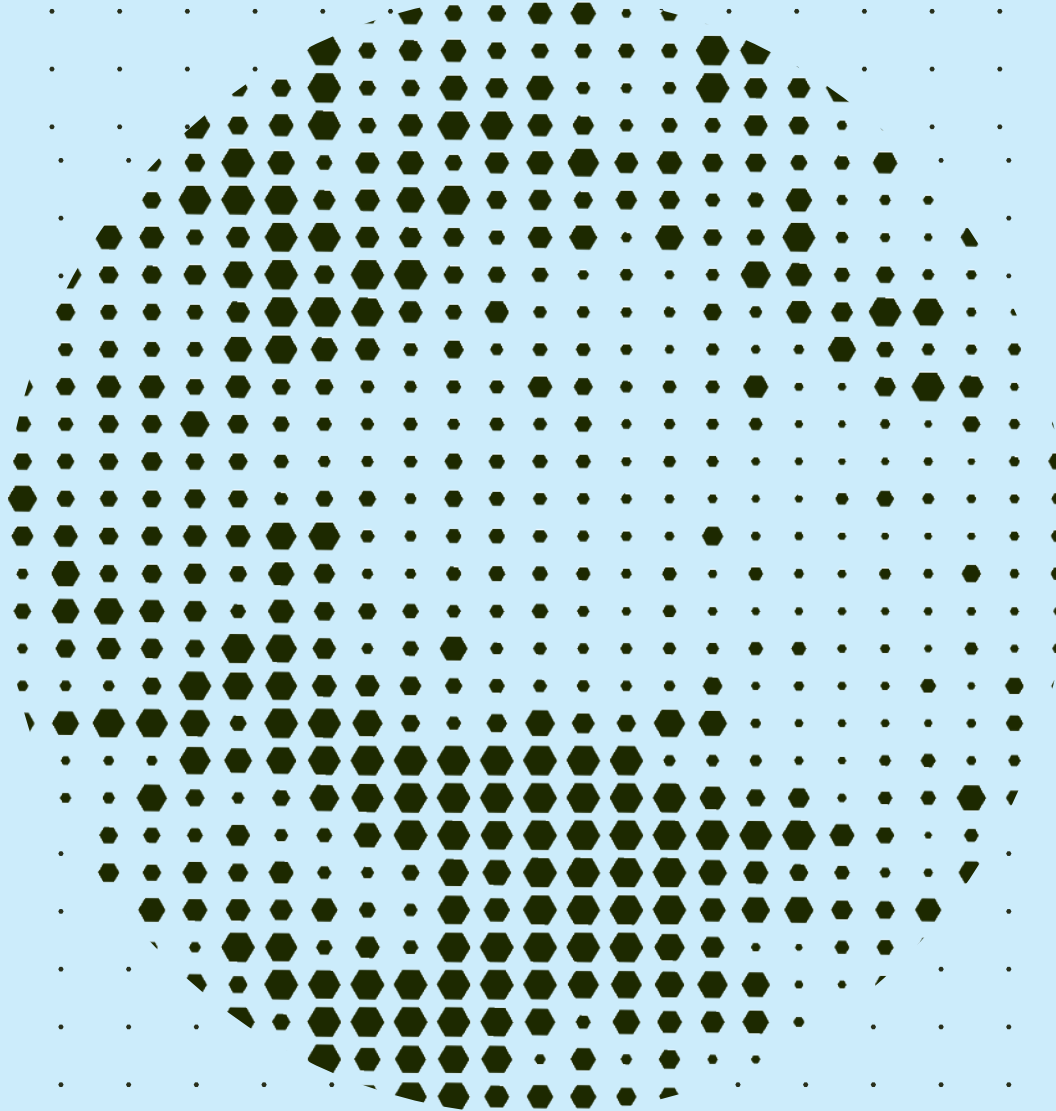
Litteratur

- European Medicines Agency. SPC Cablivi. Lest 13.3.2025.
- Nye Metoder. Kaplacizumab (Cablivi). Lest 6.7.2025.
- Arvanitakis A, Cherif H, Dexfoolian H et al. Förvärdad trombotisk trombocytopen purpura hos vuxna – natio-nella rekommendationer version 2.0. Lest 6.7.2025.
- Scully M, Rayment R, Clark A et al. A British Society for Haematology Guideline: Diagnosis and management of thrombotic thrombocytopenic purpura and thrombotic microangiopathies. *Br J Haematol* 2023; 203: 546–63.
- Cuker A. Immune TTP: Initial treatment. *UpToDate* 2025. Lest 25.2.2025.
- Zheng XL, Vesely SK, Cataland SR et al. ISTH guidelines for treatment of thrombotic thrombocytopenic purpura. *J Thromb Haemost* 2020; 18: 2496–502.
- Page EE, Kremer Hovinga JA, Terrell DR et al. Thrombotic thrombocytopenic purpura: diagnostic criteria, clinical features, and long-term outcomes from 1995 through 2015. *Blood Adv* 2017; 1: 590–600.
- Scully M, Cataland SR, Peyvandi F et al. Caplacizumab Treatment for Acquired Thrombotic Thrombocytopenic Purpura. *N Engl J Med* 2019; 380: 335–46.
- Tandvårds- og läkemedelsförmånsverket. Hälsoekonomisk bedömning av Cablivi (kaplacizumab). Lest 25.2.2025.
- Coppo P, Bubenheim M, Azoulay E et al. A regimen with caplacizumab, immunosuppression, and plasma exchange prevents unfavorable outcomes in immune-mediated TTP. *Blood* 2021; 137: 733–42.
- Angelucci E, Artoni A, Fianchi L et al. Real-World Data Analysis of Patients Affected by Immune-Mediated Thrombotic Thrombocytopenic Purpura in Italy. *J Clin Med* 2024; 13: 1342.
- PROBA samfunnsanalyse. Evaluering av systemet for Nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Rapport 2021-16. Lest 25.2.2025.
- Rapport fra de regionale helseforetakene. Unntaksordningen i system for Nye metoder. Februar 2023. Lest 6.7.2025.
- Nye metoder. Tilgangsordningen. Ordning for vurdering av individuell tilgang til metoder som er besluttet ikke innført i spesialisthelsetjenesten. Mars 2025. Lest 13.5.2025.
- Simonsen MCA. Jusprofessor mener Vestre-initiert ordning bryter loven og menneskerettigheter. *Dagens Medisin* 18.3.2025. Lest 13.5.2025.

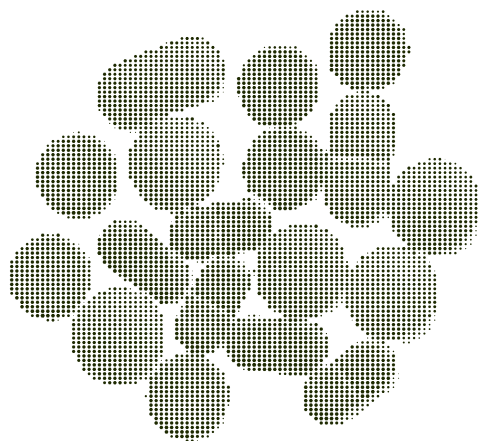
Behandlingen påførte trolig ikke sykehuset mer-utgifter. Hadde man startet behandling med kaplasizumab tidligere, ville dette mest sannsynlig vært ressursbesparende

Nytt om legemidler

Flere legemidler til behandling av diabetes avregistreres i løpet av 2025 og 2026.



Flere legemidler til behandling av diabetes avregistreres i løpet av 2025 og 2026. Avregistreringene gjelder legemidler fra flere leverandører og omfatter i hovedsak ulike insulinprodukter.



Høsten 2024 meldte Novo Nordisk at de kom til å fase ut flere diabeteslegemidler fra det europeiske markedet i løpet av 2025 og 2026 (1,2). Nå har flere andre leverandører også meldt at de vil avregistrere legemidler.

Tilgangen til insulin og andre diabeteslegemidler er likevel god. For de aller fleste legemidlene som avregistreres finnes det andre alternativer. DMP ber leger planlegge overgang til andre legemidler for sine pasienter allerede nå.

Firmaene oppgir at de slutter å produsere disse legemidlene av kommersielle årsaker.

Insulin som avregistreres

Fra 1. oktober 2025:

- Lyumjev KwikPen
- Lyumjev Junior KwikPen
- Humalog Mix25 KwikPen
- Humalog Mix25
- Abasaglar KwikPen
- Abasaglar

Tidlig 2026:

- Apidra Solostar (insulin glulisin)

Mot slutten av 2026:

- Fiasp PumpCart (insulin aspart)
- Actrapid Penfill (insulin human)
- Insulatard FlexPen/Penfill (insulin human)
- Levemir FlexPen/Penfill (insulin detemir)
- NovoMix 30 Penfill (insulin aspart)

Referanser:

1. <https://www.dmp.no/globalassets/documents/bivirkninger-og-sikkerhet/rad-til-helsepersonell/nyl/2025/nyl-nr.-4-2025.pdf> 2. <https://www.dmp.no/forsyningssikkerhet/legemiddelmanager/nyheter/Diabeteslegemidler-avregistreres>

Andre diabeteslegemidler

Victoza og NovoNorm til behandling av diabetes type 2 forsvinner fra markedet mot slutten av året.

Victoza (liraglutid) er en GLP-1 analog godkjent til behandling av diabetes 2 i tillegg til diett og fysisk aktivitet. NovoNorm (repaglinid) er en tablett med samme indikasjon, men brukes svært lite i Norge.

Alternativ

Et nytt likeverdig alternativ til Victoza, Liraglutid Zentiva, kommer på markedet i løpet av oktober. Victoza og Liraglutid Zentiva er byttbare. Pasienter som har resept på Victoza vil derfor få utlevert Liraglutid Zentiva på apoteket uten at det er behov for ny resept.

Norsk forening for allmenmedisin (NFA) og Norsk endokrinologisk forening (NEF) har utarbeidet gode råd om overgang og alternativer for alle legemidler som forsvinner fra markedet.





Illustrasjonsfoto: gradyreese/iStock. Tilpasset av Tidsskriftet

Kreftpasienter som trener, lever lenger

Et strukturert treningsprogram for pasienter som har gjennomgått behandling for tykktarmskreft, ga bedre langtidsoverlevelse, viste randomisert studie.

Tykktarmskreft er den tredje vanligste formen for kreft i Norge. Behandlingen er vanligvis kirurgi og påfølgende cellegift, men 20–40 % av pasientene får tilbakefall. Observasjonsstudier har vist færre tilbakefall og bedre overlevel-

se blant pasienter som har vært fysisk aktive. Men er dette en følge av eller en årsak til bedret prognose?

En randomisert studie med utspring i Canada og 889 pasienter fra 55 sentre i fem land søkte svar på dette spørsmålet (1). Alle pasientene hadde gjennomgått kirurgi og fått cellegiftbehandling i perioden 2009–24. Om lag halvparten av dem ble randomisert til å delta i et strukturert treningsprogram, mens de øvrige kun fikk skriftlig informasjon om sunn livsstil. Treningsprogrammet tok sikte på å bedre aerob kapasitet og omfattet trening under veiledning annenhver uke i tre år.

Gruppen som fulgte treningsprogrammet, hadde signifikant bedre sykdomsfri overlevelse. Etter fem år var 80,3 % av dem fortsatt i live og uten tilbakefall av kreft, mot 73,9 % i kontrollgruppen. Etter median åtte år var overlevelseshraten med eller uten tilbakefall

av kreft henholdsvis 90,3 % og 83,2 %. Treningen medførte litt mer muskel- og skjelettplager.

– Dette er overbevisende resultater, sier Inger Marie Løes, som er overlege ved Kreftklinikken på Haukeland universitetssjukehus.

– Vår klinikk ser på mulige måter å organisere strukturert trening for pasienter i etterkant av den adjuvante cellegiftbehandlingen mot tykktarmskreft. ■

Kristoffer Brodwall

Barne- og ungdomsklinikken
Haukeland universitetssjukehus

Litteratur

- 1 Courneya KS, Vardy JL, O'Callaghan CJ et al. Structured Exercise after Adjuvant Chemotherapy for Colon Cancer. *N Engl J Med* 2025; 393: 13–25.

Stamcellebehandling av diabetes?

Type 1-diabetes kan i prinsippet kureres med stamcellebehandling, viser en ny studie med få studiedeltakere.

Diabetes mellitus type 1 skyldes mangel på insulin som følge av en autoimmun destruksjon av betaceller i pankreas. Insulinbehandling med gjentatte daglige subkutane injeksjoner eller via insulinpumpe er en veletablert behandlingsmetode. Slik behandling har flere ulemper, blant annet et vedvarende behov for oppfølging og justering av dosen for å unngå episoder med hypoglykemi ved overdosering, samt en økt risiko for langtidskomplikasjoner ved underdosering.

Ved transplantasjon av pankreas eller av kun betaceller vil pasienter med type 1-diabetes kunne slippe behovet for insulinbehandling, men tilgangen på organer til slik transplantasjon er begrenset. Ved bruk av pluripotente stamceller som stimuleres til å utvikle seg til betaceller, kan man i prinsippet fremskaffe en ubegrenset tilgang på betaceller. Behandling med slike stamcellederiverte øyceller, betegnet som zimislecel, er nå utprøvd klinisk i en fase 1–2-studie (1).

Alle deltakerne i studien hadde type 1-diabetes og hadde vært avhengige av insulinbehandling i minst fem år. I tillegg hadde de suboptimal blodsukkerregulering, det vil si at de alle hadde HbA_{1c}-verdier på over 7 % og minst to episoder med alvorlig hypoglykemi det siste året. Første fase av studien, med kun to pasienter, ble gjennomført for å fange opp eventuelle alvorlige bivirkninger, mens tolv pasienter fikk full dose zimislecel i fase 2.

Før behandlingen hadde ingen av pasientene egenproduksjon av insulin, dokumentert ved ikke-målbart C-peptid. 90 dager etter behandling hadde alle god C-peptid-respons på måltider, med økende verdier ved påfølgende målinger. Før behandlingen var HbA_{1c}-verdiene mellom 7,1 og 9,9 %, og ett år senere var verdiene mellom 5,7 og 6,7 %. Kontinuerlige glukosemålinger viste ønskelig blodsukkernivå (3,9–10,0 mmol/l) kun 50 % av tiden før behandlingen og 93 % av tiden ett år etter behandlingen. Mens alle hadde hatt episoder med alvorlig hypoglykemi året før behandling, hadde

ingen slike episoder etter gjennomgått behandling. Ti av tolv pasienter kunne slutte med insulinbehandling. Tre pasienter fikk nøytropeni. To døde, men ikke av forhold relatert til behandlingen.

– Denne studien viser lovende resultater for stamcelleavlede øyceller ved type 1-diabetes, med bedret glykemisk kontroll og høy grad av insulinuavhengighet, sier Pål Rasmus Njølstad, overlege og professor ved Barne- og ungdomsklinikken på Haukeland universitetssjukehus og leder for PRE-SIS-DIA, Mohn Forskningscenter for diabetes presisjonsmedisin. Han mener imidlertid at verdien av funnene begrenses av et lavt antall studiedeltakere, kort oppfølgingstid og usikkerhet knyttet til immunsuppresjon. ■

Kristoffer Brodwall

Barne- og ungdomsklinikken
Haukeland universitetssjukehus

Litteratur

- 1 Reichman TW, Markmann JF, Odorico J et al. Stem Cell-Derived, Fully Differentiated Islets for Type 1 Diabetes. *N Engl J Med* 2025; NEJMoa2506549.

Kan hemming av myostatin gi redusert fertilitet?

Myostatin stimulerer produksjonen av follikkelstimulerende hormon og påvirker fertiliteten hos mus.

Myostatin kan benyttes til å regulere muskelvekst. En ny studie viser at myostatin også kan påvirke fertiliteten hos mus (1). Studien brukte cellelinjer og in vivo-modeller for å undersøke hvordan ulike vekstfaktorer i den transformerende protein-beta-familien, inkludert myostatin, påvirker produksjonen av follikkelstimulerende hormon (FSH) hos hunnmus. Sammen med nøytraliserende antistoffer for vekstfaktorene viste myostatin seg å være en viktig pådriver for å stimulere FSH-produksjonen. Mus som manglet myostatin i muskelcellene, fikk forsinket pubertet, færre egglosninger og færre avkom per kull sammenlignet med kontrollmus. Hannmus hadde en liknende sammenheng mellom myostatin og FSH-nivå.

– Denne musestudien viser at myostatin fra muskelceller stimulerer FSH-utskillelse fra hypofysen, og kan tyde på at hemming av myostatin kan gi redusert fertilitet hos begge kjønn, sier Anders Palmstrøm Jørgensen, som er overlege og førsteamanuensis ved Seksjon for spesialisert endokrinologi ved Oslo universitetssykehus.

– Myostatin skilles ut fra muskelceller og regulerer muskelmasse gjennom parakrine mekanismer. Ved sykdom, som for eksempel muskeldystrofi, kan hemmere av myostatin benyttes for å øke muskelmassen hos pasienten. Fra annen forskning er det kjent at kveg med inaktiverende mutasjoner i genet for myostatin får stor muskelmasse, men at de også har lavere fertilitet. Den aktuelle studien indikerer en ny endokrin akse mellom muskelceller og hypofysen som kan føre til redusert utvikling av ovariale follikler og spermier. Men det er uklart om denne aksen også finnes hos mennesker og om hemming av myostatin vil påvirke fertiliteten hos mennesker, sier Jørgensen. ■

Ruth Halsne

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Ongaro L, Zhou X, Wang Y et al. Muscle-derived myostatin is a major endocrine driver of follicle-stimulating hormone synthesis. *Science* 2025; 387: 329–36.

Illustrasjonsfoto: Pakhnyushchy/Stock



Torunn Bjerve Eide¹

t.b.eide@medisin.uio.no

Rebecka Maria Norman²**Øyvind Bjertnæs**²**Jon Ørstavik**³**Sigurd Høye**^{4,1}

1 Avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo

2 Avdeling for forskning og analyse av helsetenesta, Folkehelseinstituttet

3 Den norske legeforening

4 Antibiotikasenteret for primærmedisin, Universitetet i Oslo

Etterutdanningsgrupper i allmennmedisin – organisering, betydning og potensial

Bakgrunn

Deltagelse i etterutdanningsgrupper (smågrupper) er en av flere obligatoriske aktiviteter for resertifisering av spesialiteten i allmennmedisin. Hensikten med studien var å øke kunnskap om gruppenes organisering, hvordan legene opplever deltagelsen og legenes holdninger til smågruppene som arena for kvalitetsforbedringstiltak.

Materiale og metode

Et digitalt spørreskjema med 28 åpne og lukkede spørsmål ble sendt til alle medlemmer i Norsk forening for allmennmedisin ($N = 8\,645$) og alle smågruppesekretærer ($N = 1\,281$) samt tilgjengeliggjort på Facebook-gruppen Allmennlegeinitiativet ($> 5\,000$ medlemmer). Kvantitative resultater presenteres deskriptivt. Fritekstsvarene ble analysert med tematisk analyse.

Resultater

De 555 respondentene hadde i gjennomsnitt vært med i smågruppen i 11,8 år (0–45 år). Blant disse svarte 508 personer (91,5 %) at de i stor eller svært stor grad var fornøyd med smågruppen. 306 (55,1 %) var helt enige i at det er lett å dele faglig usikkerhet i gruppen, og 489 (88,1 %) gledet seg alltid eller nesten alltid til møtene. Gruppens betydning for trygghet og støtte samt som en viktig arena for fellesskap var integrerte tema gjennom alle svarene i den kvalitative analysen. Mange beskrev gruppen som viktig for å orke å fortsette som allmennlege.

Fortolkning

Allmennlegenes smågrupper er en viktig arena for støtte og fellesskap og for å utveksle vanskelige erfaringer og faglig usikkerhet.

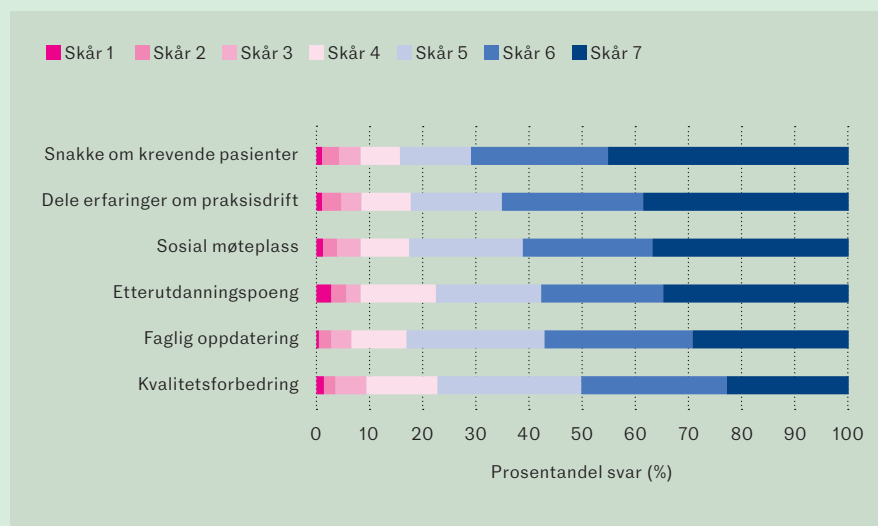
Hovedfunn

Over 90 % av allmennlegene som svarte på spørreskjemaet, var i stor grad eller i svært stor grad fornøyd med smågruppen sin.

Rundt halvparten av respondentene vurderte smågruppen som en svært viktig arena for å diskutere de mest krevende pasientene.

I fritekstkommentarer ble smågruppene beskrevet som svært viktige for å orke å forbli i en krevende jobb og at de bidro til et godt faglig fellesskap internt på legekontoret og mellom legepraksiser.

For at eksterne kursopplegg skal bli tatt i bruk i smågruppene, anga respondenterne det som positivt at kurs er poenggivende (90,5 %) og at de tar utgangspunkt i data fra egen praksis (50,6 %).



Figur 2 Rapportert betydning av etterutdanningsgruppene i allmennmedisin. Data fra spørreundersøkelse i 2023 ($N = 555$). Respondentene ble bedt om å vurdere smågruppens viktigste rolle blant forhåndsdefinerte alternativer. Figuren viser prosentandel respondenter som har bedømt de ulike kategoriene på Likerts skala med skår fra 1 til 7, der 1 er «ikke viktig» og 7 er «svært viktig».

Originalartikler, oversiktsartikler og korte rapporter publiseres i sin helhet på tidsskriftet.no. I papirutgaven presenteres en kortere versjon. Skann QR-koden for å bli ledet til hele artikkelen.



Trivsel og stabilitet i fastlegeordningen

Tiltakene for å rekruttere nye fastleger ser ut til å ha virket. Nå må det bli en prioritert oppgave å sørge for at de nye fastlegene blir værende i ordningen.

I 2015 var median varighet av fastlegenes avtaler 9,5 år, i 2024 var den bare 6,7 år (1, 2). Men nå er det flere som rapporterer at de sannsynligvis vil forbli i ordningen (3). Økt basistilskudd har sikkert bidratt til økt optimisme, men penger er ikke alt.

God kollegastøtte er en viktig forutsetning for at fastlegen skal trives. I dette nummeret av Tidsskriftet publiserer Torunn Bjerve Eide og medarbeidere en undersøkelse om erfaring med etterutdanningsgrupper for spesialister i allmenntillegene (4). Selv om studien har usikker representativitet, er det tydelig at respondentene rapporterer stor glede av disse smågruppene. Dette illustreres blant annet av at gjennomsnittlig deltakelse i gruppene var 11,8 år – altså betydelig lenger enn varigheten av en typisk fastlegeavtale. Noen respondenter ga da også uttrykk for at disse gruppene bidro til at man ble værende i jobben som fastlege.

Stabilitet i fastlegeordningen er et resultat av mange ulike faktorer. Ikke minst er det et gjensidig avhengighetsforhold mellom stabilitet og kontinuitet. Det tar tid å bygge relasjoner mellom lege og pasient. For pasientene er den personlige relasjonen til fastlegen svært viktig. Kontinuitet betyr mye for helse og bruk av helsetjenester (5).

Også legene setter pris på personlig kontinuitet med pasientene. Engelske allmennleger forteller at deres trivsel er direkte relatert til kvaliteten av lege-pasient-forholdet (6). Norske fastleger har lignende erfaringer (7). Kontinuitet i lege-pasient-forholdet er viktig, både for leger og pasienter.

Den vanligste klagen er at fastlegene har for dårlig tilgjengelig. Men dette er sjelden så viktig at man ofrer den personlige relasjonen med fastlegen og bytter til andre leger med bedre tilgjengelig. I en engelsk studie fra den tiden da England fortsatt hadde en fungerende fastlegeordning, fant man at pasienter med langvarige sykdommer verdsatte det å treffe sin egen fastlege syv ganger høyere enn kortere ventetid (8).

Myndighetene har imidlertid vært lydhøre for ønsket om bedre tilgjengelig. Dette har blant annet resultert i den nye ordningen med kommunale nettleger. Her treffer ikke pasienten sin fastlege, men en annen kommunalt ansatt lege som ikke kjenner pasienten fra før. Faglig sett er dette ikke noe bedre enn helprivate, kommersielle tjenester. Steget er ikke langt til Dr. Dropin, som ønsker å avlaste fastlegene ved å tilby effektiv håndtering av enkle problemstillinger (9).

Kontinuitet bygges over tid ved at fastlegen treffer pasientene gjentatte ganger, både med enkle og kompliserte problemer. Det er denne uselekterte praksisen som kjennetegner allmenntillegene. Dersom andre skal overta de enkle problemene, svekkes kontinuiteten, det blir mindre givende å være fastlege og stabiliteten trues.

Større enheter med mange fastleger kan også tilby bedre tilgjengelig. I et stort senter vil det som regel alltid være en eller flere leger som har ledig tid. England, fastlegeordningens mor, har drevet denne utviklingen så

langt at kontinuitet i lege-pasient-forholdet er blitt illusorisk. Allmennlegene mistrives i dette systemet. Nå er det England som ser til Norge for å finne tilbake til den opprinnelige fastlegeordningen (10).

Da fastlegeordningen ble innført i 2001, var et av de viktigste tiltakene at legene kunne regulere sin egen arbeidsbelastning gjennom listelengden. Man har aldri kommet helt i mål med dette, ettersom legemangel har medført at kommunen ikke alltid har kunnet imøtekomme ønsket om listereduksjon.

For mange fastleger er legevakt en oppgave som får den fulle bøtten til å renne over. I dag er dette en pålagt oppgave som må utføres i legenes fritid. Hyppig legevakt er den viktigste grunnen til at fastleger slutter (11). Det er derfor på tide at legevaktarbeid blir regnet inn i normalarbeidstiden.

Det er helt avgjørende at fastlegene får kontroll på sin egen arbeidsmengde. Man kan ikke vente at en fastlege skal yte god service og trives i jobben dersom vedkommende hele tiden har for mye å gjøre. Det er en oppskrift på det å bli utbrent. ■

Hogne Sandvik

hogne.sandvik@outlook.com

Hogne Sandvik er dr.med. og spesialist i allmenntillegene. Han er tidligere fastlege og forsker ved NORCE, nå gjesteforsker i allmenntillegene ved Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Helsedirektoratet. Handlingsplan for allmenntillegene. Årsrapport 2021. Lest 11.8.2025.
- 2 Helsedirektoratet. Varighet på kommunenes avtaler med fastleger. Lest 6.8.2025.
- 3 Oslo Economics. Evaluering av tiltak i allmenntillegene. Evalueringsrapport III, 2024. Lest 11.8.2025.
- 4 Eide TB, Norman RB, Bjertnæs Ø et al. Allmennlegenes etterutdanningsgrupper: organisering, betydning og potensial. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0074.
- 5 Sandvik H, Hetlevik Ø, Blikenberg J et al. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Br J Gen Pract 2022; 72: e84–90.
- 6 Long L, Moore D, Robinson S et al. Understanding why primary care doctors leave direct patient care: a systematic review of qualitative research. BMJ Open 2020; 10: e029846.
- 7 Gronseth IM, Malterud K, Nilsen S. Why do doctors in Norway choose general practice and remain there? A qualitative study about motivational experiences. Scand J Prim Health Care 2020; 38: 184–91.
- 8 Rubin G, Bate A, George A et al. Preferences for access to the GP: a discrete choice experiment. Br J Gen Pract 2006; 56: 743–8.
- 9 Helse- og omsorgsdepartementet. Høringsinnspill fra Dr.Dropin AS vedrørende rapporten "Gjennomgang av allmenntillegene". Lest 6.8.2025.
- 10 House of Commons Health and Social Care Committee. The future of general practice. Fourth Report of Session 2022–23. Lest 6.8.2025.
- 11 Skyrud K, Rotevatn T, Øien H et al. Young doctors' attrition and retention in the GP scheme: a national cohort study from Norway. Scand J Public Health 2025; 53: 14034948251317465.

André Alvestad¹
Øyvind S. Svendsen^{2,3}
Jostein Raaheim¹
Kjetil H. Løland⁴
Rune Haaverstad^{1,5}

Jørund Langørgen⁶
Gard F.T. Svingen⁶
gard.frodahl.veitevag.svingen@helse-bergen.no

1 Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen
2 Thoraxseksjonen, Kirurgisk serviceklinikk, Haukeland universitetssjukehus, Bergen
3 Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen
4 Seksjon for invasiv kardiologi, Hjereteavdelingen, Haukeland universitetssjukehus, Bergen
5 Seksjon for thoraxkirurgi, Hjereteavdelingen, Haukeland universitetssjukehus, Bergen
6 Seksjon for intensiv, Hjereteavdelingen, Haukeland universitetssjukehus, Bergen

Pasienter innlagt med kardiogent sjokk – en retrospektiv studie

Bakgrunn

Pasientforløp ved kardiogent sjokk i Norge er tidligere ikke studert. Formålet med denne studien var å undersøke forløp hos pasienter med kardiogent sjokk ved et norsk universitetssjukehus.

Materiale og metode

Vi gjorde en retrospektiv analyse av pasienter innlagt med kardiogent sjokk ved Hjereteavdelingen, Haukeland universitetssjukehus i perioden 1.10.2020 til 30.9.2022.

Resultater

Av de 64 pasientene var 43 menn, og median alder var 69 (interkvartilbredde 58–77) år. Ved innleggelse på intensiv-enhet var median arteriell blodlaktat 4,0 (2,3–8,6) mmol/L, pH 7,28 (7,21–7,40) og serumnivå troponin-T 539 (97–2 733) ng/L. Akutt hjerteinfarkt var primærårsak hos 32/64 pasienter, og 37/64 hadde minst én kompliserende akutt og/eller kronisk hjertesykdom. 32/64 pasienter mottok mekanisk sirkulasjonsstøtte. De hyppigste ekstrakardiale organsviktene under intensivoppholdet var akutt respirasjonssvikt (54/64 pasienter, hvorav 37 mottok respiratorbehandling), akutt nyreskade (52/64 pasienter, hvorav 11 mottok nyreerstattende behandling) og delirium (20/64 pasienter). I løpet av intensivoppholdet døde 23/64 pasienter, og etter ett år var 31/63 pasienter døde.

Fortolkning

Kardiogent sjokk hadde en heterogen primæretologi i vår populasjon. Mange pasienter hadde ledsagende, akutt og/eller kronisk hjertesykdom og akutt ekstrakardial organsvikt, noe som nødvendiggjorde avansert organstøttende behandling. Pasienter med kardiogent sjokk hadde høy dødelighet i løpet av det første året.

Figur 1 Mortalitetsrater under intensivoppholdet for pasienter behandlet for kardiogent sjokk i tidsrommet 1.10.2020–30.9.2022, samt i løpet av 30 dager og etter 1 år, for alle pasienter og fordelt på pasienter med og uten akutt hjerteinfarkt og mekanisk sirkulasjonsstøtte. Absolutte binomiale 95 % konfidensintervaller er angitt. Ved de tre tidspunktene var det ikke forskjell i mortalitetsratene mellom pasienter med og uten akutt hjerteinfarkt ($p = 0,37$, $p = 0,42$ og $p = 0,69$), eller mellom dem som mottok eller ikke mottok mekanisk sirkulasjonsstøtte ($p = 0,07$, $p = 0,20$ og $p = 0,26$) ved univariat binomisk logistisk regresjon.

Hovedfunn

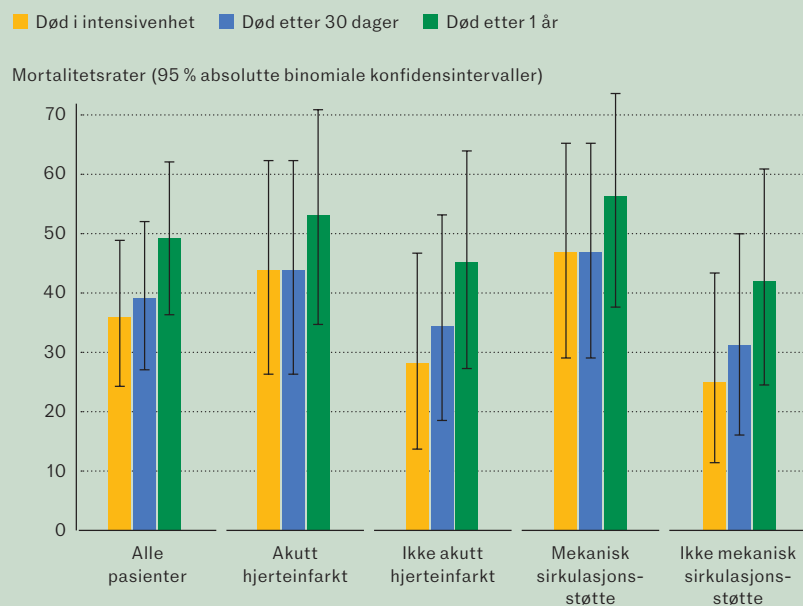
32/64 av pasientene hadde kardiogent sjokk på grunn av akutt hjerteinfarkt.

38/64 hadde tidligere kjent hjertesykdom.

62/64 pasienter fikk akutt ekstrakardial organsvikt, og 60/64 mottok organstøttende behandling.

Etter ett år var 31/63 pasienter døde.

Originalartikler, oversiktsartikler og korte rapporter publiseres i sin helhet på tidsskriftet.no. I papirutgaven presenteres en kortere versjon. Skann QR-koden for å bli ledet til hele artikkelen.



Akutt livstruende hjertesvikt – kardiogent sjokk

Kardiogent sjokk er assosiert med høy dødelighet og redusert livskvalitet hos overlevende. Behandlingen er ofte ressurskrevende og risikofylt. Medisinske kvalitetsregistre bør utnyttes systematisk.

Akutt hjerteinfarkt er en tilstand som over tid har fått stor oppmerksomhet og blitt gitt betydelige ressurser. Det som for 50 år siden var en sykdom med begrensede behandlingsmuligheter, håndteres i dag med velorganisert logistikk og effektiv diagnostikk og behandling. Dette har ført til kraftig redusert dødelighet og bedre langtidsprognose for mange pasienter.

Likevel utvikler enkelte pasienter alvorlig sirkulasjonssvikt – kardiogent sjokk. Vedvarende lavt hjerteminuttvolum påvirker perfusjonen til alle organsystemer, og kan utløse multiorgansvikt. Dødeligheten er i slike tilfeller mange ganger høyere enn ved ukompliserte infarkter, og livskvaliteten hos overlevende er betydelig redusert (1). Hos mange pasienter med kardiogent sjokk er tilstanden nokså raskt forbigående. Det gjelder særlig pasienter som blir vellykket revaskularisert ved akutt koronarokklusjon. Hos pasienter med underliggende kronisk hjertesykdom er utsiktene til rask bedring ofte mye dårligere (2, 3).

Der hvor kapasitet og kompetanse tillater det, er det derfor naturlig å vurdere bruk av mekanisk sirkulasjonstøtte – i form av aortaballongpumpe (IABP), veno-arteriell ekstrakorporal membranoksygenering (VA-ECMO) eller mikroaksial venstre ventrikkelpumpe – hos mange pasienter med alvorlig sirkulasjonssvikt. Slike tiltak er imidlertid ressurskrevende og har usikker effekt, særlig utenfor utvalgte pasientgrupper (4).

Som påpekt av Alvestad og medarbeidere i en artikkel som nå publiseres i Tidsskriftet (5), er det kun mikroaksial venstre ventrikkelpumpe som hittil har vist dokumentert effekt på overlevelse – og da begrenset til pasienter med kardiogent sjokk sekundært til ST-elevasjonsinfarkt. Til tross for dette brukes ulike former for mekanisk sirkulasjonstøtte ved flere typer akutt hjertesvikt. Om dette faktisk forbedrer prognosen, er fortsatt usikkert. Valget av behandling må derfor alltid innebære en nøye avveining mellom forventet nytte og risikoen for komplikasjoner. Når medisinsk behandling ikke gir ønsket effekt, står man igjen med bivirkningene – og ved invasiv sirkulasjonstøtte kan disse være alvorlige (6).

Når medisinsk behandling ikke gir ønsket effekt, står man igjen med bivirkningene – og ved invasiv sirkulasjonstøtte kan disse være alvorlige

Dødeligheten ved kardiogent sjokk påvirkes i stor grad av sekundære, ekstrakardiale organkomplikasjoner, særlig akutt respirasjonssvikt og nyreskade. Mange av disse pasientene behandles i intensivavdeling, hvor man har lang erfaring med å håndtere slike komplikasjoner. Kvaliteten på behandlingen av disse komplikasjonene har

trolig like stor betydning for pasientens prognose som behandlingen av den underliggende hjertesvikten (7).

Medisinske kvalitetsregistre har vist seg nyttige for å kartlegge ressursbruk og komplikasjoner – forhold som ofte vurderes ut fra klinisk erfaring snarere enn systematiske data (8). Slike registre kan i noen grad identifisere interessante sammenhenger med kliniske utfall, men som ved annen epidemiologisk forskning, er funnene sterkt avhengige av presise definisjoner og høy datakvalitet. Registerdata alene kan derfor ikke avgjøre hva som er beste behandling. For å kunne trekke sikre konklusjoner om effekt og årsakssammenhenger, er det fortsatt nødvendig med godt gjennomførte, randomiserte studier.

Pasienter med kardiogent sjokk som mottar behandling i intensivavdeling, registreres i dag i Norsk intensivregister (NIR). Med målrettet tilrettelegging og i samarbeid med Norsk hjerteinfarktregister, ligger det godt til rette for en mer helhetlig og systematisk registrering av denne pasientgruppen. Dette bør omfatte både data om pasientpopulasjon, behandlingstiltak og overlevelse, samt oppfølging etter intensivopphold, inkludert forekomst av post-intensivbehandlingssyndrom (PICS) og behov for rehabilitering (1). En slik samordnet innsats vil kunne gi bedre kunnskapsgrunnlag for kvalitetsforbedring og forskningsbasert utvikling av behandlingsforløpet for pasienter med kardiogent sjokk i Norge. ■

Jon Henrik Laake

jlaake@ous-hf.no

Jon Henrik Laake er spesialist i anesthesiologi og overlege ved Avdeling for anesthesiologi og intensivmedisin, Akuttlinikken, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

Litteratur

- 1 Hall EJ, Agarwal S, Cullum CM et al. Survivorship After Cardiogenic Shock. *Circulation* 2025; 151: 257–71.
- 2 Jung RG, Stotts C, Gupta A et al. Prognostic Factors Associated with Mortality in Cardiogenic Shock - A Systematic Review and Meta-Analysis. *NEJM Evid* 2024; 3: a2300323.
- 3 Lüsebrink E, Binzenhöfer L, Adamo M et al. Cardiogenic shock. *Lancet* 2024; 404: 2006–20.
- 4 Thiele H, Möller JE, Henriques JPS et al. Temporary mechanical circulatory support in infarct-related cardiogenic shock: an individual patient data meta-analysis of randomised trials with 6-month follow-up. *Lancet* 2024; 404: 1019–28.
- 5 Alvestad A, Svendsen ØS, Raaheim J et al. Pasienter innlagt med kardiogent sjokk - en retrospektiv studie. *Tidsskr Nor Legeforen* 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0046.
- 6 Jentzer JC, Hibbert B. Optimal patient and mechanical circulatory support device selection in acute myocardial infarction cardiogenic shock. *Lancet* 2024; 404: 992–3.
- 7 Mehta C, Shin A, Osorio B et al. Management of non-Cardiac Organ Failure in cardiogenic shock. *Am Heart J Plus* 2025; 55: 100549.
- 8 Furnes O, Havelin LI, Espehaug B et al. Det norske leddproteseregisteret-15 nyttige år for pasientene og for helsevesenet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 1367–9.

Karoline Nergård Jensen¹

karoline.nergard.jensen@nordlandssykehuset.no

Kristoffer Endresen²**Torill Landquist**³**Erik Waage Nielsen**^{4,5,6,7}**Ida Tveter**⁸

1 Hjertemedisinsk avdeling, Nordlandssykehuset, Bodø

2 Mikrobiologisk enhet, Nordlandssykehuset, Bodø

3 Patologiavdelingen, Nordlandssykehuset, Bodø

4 Anestesiavdelingen, Nordlandssykehuset, Bodø

5 Nord universitet

6 UiT Norges arktiske universitet

7 Universitetet i Oslo

8 Infeksjonsmedisinsk avdeling, Nordlandssykehuset, Bodø

En hundeeier i 70-årene med sterke magesmerter

En tidligere stort sett frisk mann ble innlagt med akutte magesmerter og feber. Tilstanden utviklet seg raskt og pasienten døde, til tross for intensiv behandling. Dødsårsaken ble først sikker da blodkultur viste oppvekst av et mindre vanlig agens.

En mann i 70-årene med magesmerter ble innlagt på kirurgisk avdeling. Han var frisk, med unntak av medikamentelt behandlet hypertensjon. Han hadde tre uker før innleggelsen avsluttet en kur med prednisolon grunnet uveitt. Dagen før innleggelsen var pasienten i fin form. Samme natt våknet han med frostrier og feberfølelse. Ut over dagen fikk han økende magesmerter. Han kontaktet AMK-sentralen og ble brakt direkte inn til sykehus i ambulanse. På vei inn fikk han 1 g paracetamol intravenøst, med god effekt på smertene.

Da han ankom sykehuset, fikk han gjentatte smertetak. Ved undersøkelse var pasienten søvnig, men lett vekkbart og kunne samarbeide. Han hadde temperatur 38,6 °C, lavt blodtrykk på 95/53 mmHg, puls på 90–100 per minutt og oksygenmetning på 94 % på romluft. Han pustet fort med en respirasjonsfrekvens på 24 per minutt. Buken var utspilt og stinn, og han var trykk- og slippøm i høyre fossa iliaca og i epigastriet. Huden var marmorert over bryst og mage. Det var et overflatisk hudavskrap på høyre underarm med sparsomme forandringer i sårkantene, men uten forandringer i huden rundt. Han fortalte at han ble klort av hunden sin under lek tre dager tidligere. Pasienten anga ingen smerter ved palpasjon omkring såret. Blodprøvene viste lavt nivå av hvite blodceller på $2,4 \times 10^9/L$ (referanseområde $3,5\text{--}11 \times 10^9/L$) og CRP på 132 mg/L (< 5). Venøs blodgassanalyse viste pH 7,36 (7,37–7,45), pCO_2 4,5 kPa (4,7–6,0), bikarbonat 19 mmol/L (21–27), natrium 138 (136–146), kalium 3,2 mmol/L (3,5–5,9) samt høy laktat 7,1 mmol/L (0,5–2,2). EKG viste sinustakykardi, og urinstiks var negativ.

CT abdomen en time etter ankomst viste stenose i avgangen til arteria mesenterica superior uten fylningsdefekt og med god kontrastfylning. Det var ellers ingen bildefunn som kunne forklare pasientens symptomer og funn.

Grunnet pasientens sterke magesmerter og høye laktatverdi mistenkte kirurgisk vakthavende først akutt tarmiskemi eller bukperforasjon. CT-undersøkelsen ga ikke holdepunkter for dette. Ved feber, hypotensjon og høy laktatverdi er sepsis en viktig differensialdiagnose. Pasienten var ved innkommst febril og oppfylte to av tre qSOFA-kriterier og dermed kliniske kriterier for sepsis (1).

Ettersom CT abdomen ikke viste noen åpenbar abdominalpatologi, ble medisinsk vakthavende i akuttmottaket kontaktet. Benzylpenicillin 2,4 g intravenøst seks ganger per døgn og gentamicin 520 mg intravenøst én gang daglig ble ordinert for sepsis med ukjent utgangspunkt. Antibiotika ble startet tre timer etter at pasienten ankom sykehuset.

Pasientens sykehistorie og funn ble diskutert på indremedisinsk vaktmøte. Sepsis ble vurdert som mest sannsynlige diagnose. Abdomen ble vurdert som mulig utgangspunkt for infeksjonen, til tross for negative funn på CT. Det ble lagt til 1,5 g metronidazol intravenøst én gang daglig, med plan om 1 g fra påfølgende dag. Man valgte å ikke legge til ampicillin i henhold til retningslinjer for sepsis med utgangspunkt i abdomen (2), da det ble vurdert at de viktigste mikrobene for rask utvikling av sepsis nå var dekket. Antibiotikabehandlingen skulle revideres før neste planlagte dose benzylpenicillin.

Arteriell blodgass etter ca. 2,5 timer i mottakelsen viste økende laktacidose med laktat 8,6 mmol/L, pH 7,33, bikarbonat 16 mmol/L, natrium 131 mmol/L, kalium 3,5 mmol/L, aniongap 19,3 mmol/L, glukose 5,0 mmol/L (4–6, fastende), pCO_2 4,0 kPa og pO_2 8,8 kPa med 2 L O_2 på nesegrime. Grunnet hypotensjon, tilkommet hyponatremi og opplysninger

Noe å lære av

Komplekse pasienthistorier med vekt på de kliniske vurderingene

om nylig kortisonbruk ble det målt serum-kortisol etter tre timer i mottak. Denne viste 2 351 nmol/L (140–690 nmol/L for prøver tatt kl. 7–9, om kvelden (18–21) bør verdiene være < 50 % av morgenverdien).

Etter 4,5 timer i akuttmottaket ble pasienten overflyttet til medisinsk overvåkningsavdeling. Ved overflytning var blodtrykket 105/65 mmHg og middelarteretrykket 78 mmHg. Det var til sammen gitt ca. to liter væske (Ringer- acetat). Det kliniske bildet var fortsatt preget av sterke og takvise magesmerter, som ble lindret med morfin intravenøst. Mellom smertetakene fremsto pasienten å være i nedsatt allmenntilstand, men han var fremdeles våken og svarte adekvat. Ekstremitetene forble blåmarmorerte. Oksygenmetningen var 93–95 % med 2 L O₂ på nesegrime.

Det ble gjort røntgen toraks, som var uten patologiske funn. Hurtig PCR-test fra nasofarynkssekret var negativ for influensa A, influensa B, RS-virus og SARS-CoV-2. Arteriell blodgass en halv time etter ankomst medisinsk overvåkning viste ytterligere laktatstigning til 10,6 kPa.

Pasienten ble tilsett av spesialist i gastrokirurgi. Tilstanden ble fortsatt vurdert som sepsis, mulig utgående fra organ i abdomen, uten peritonitt og uten indikasjon for laparotomi.

Det tilkom hypoglykemi med blodglukose 3,7 mmol/L, som ble korrigert med kontinuerlig infusjon av glukose 5 % intravenøst, i tillegg til pågående Ringer- acetat.

To timer etter at pasienten ankom medisinsk overvåkning, 6,5 timer etter ankomst sykehus, sank blodtrykket. Det var da gitt til sammen ca. 3 liter væske. Vasopressor ble gitt i form av noradrenalin, initialt 0,02 µg/kg/min. Hastigheten på

væskeinfusjonen ble økt. Middelarteretrykket holdt seg over 70 mmHg på denne behandlingen, men pasienten var fra da av anurisk.

Pasienten fremsto som stadig mer sliten og mentalt påvirket. Petekkier kom til syne, først på trunkus og overarmer, som utviklet seg til generaliserte petekkier og ekkymoser. Like etter fikk man svar på blodprøver som ble tatt rett etter overflytting til medisinsk intensivavdeling. Blodprøvene viste at pasienten hadde utviklet disseminert intravaskulær koagulasjon (DIC) med aktivert partiell tromboplastintid (APTT) på 108 sekunder (22–33 sekunder), INR 1,8 (0,8–1,2), trombocytter $17 \times 10^9/L$ ($100-400 \times 10^9/L$) samt D-dimer > 35 mg/l FEU (< 0,5) og fibrinogen 0,6 g/L (1,0–1,5). Kreatininverdien var steget til 175 µmol/L (60–105) og CRP til 169 mg/L (< 5 mg/L). Det var økende acidose med laktat 11,1 mmol/L, pO₂ 15,1 kPa, pCO₂ 3,6, bikarbonat 13, baseoverskudd -13 mmol/L (-2 til +3 mmol/L) og pH 7,29.

Pasientens tilstand ble nå oppfattet som septisk sjokk. Antibiotika ble byttet til piperacillin/tazobaktam 4/0,5 g intravenøs bolus og deretter 4/0,5 g × 4 som forlenget infusjon over tre timer, i henhold til anbefalt behandling for septisk sjokk (2). Vaktteamet vurderte at dette også ville gi sikrere dekning for bakterier assosiert med infeksjon utgående fra hundeklor, inkludert *Capnocytophaga canimorsus*. Abdomen eller hundeklor ble vurdert som mulig utgangspunkt for sepsis. Såret etter hundeklor var beskjedent, og det var ingen anamnese for bitt, noe som gjorde vaktteamet usikre på om infeksjonen kunne være forårsaket av kloreten.

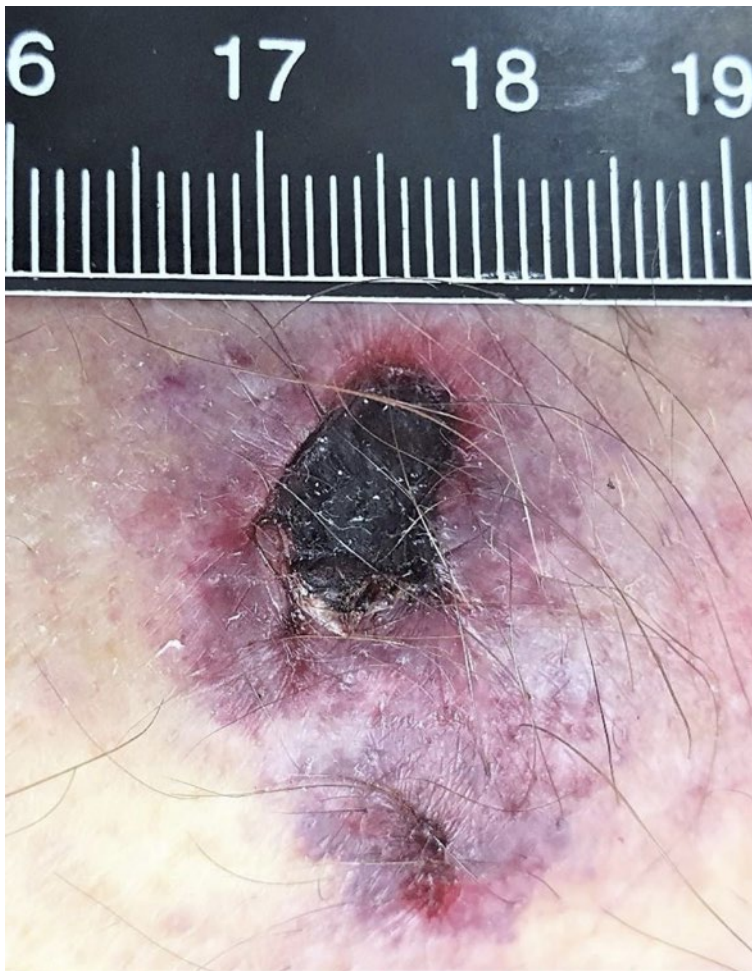
Blodprøver og kliniske funn var forenlige med utvikling av disseminert intravaskulær koagulasjon (DIC). Ved denne tilstanden fører aktivering av koagulasjonssystemet til økt forbruk av blodplater, koagulasjonsfaktorer og inhibitorer. Det oppstår både defekt hemostase og blødningsfare samt fibrindannelse med trombosefare. Sepsis er en viktig årsak til akutt disseminert intravaskulær koagulasjon. Å få behandlet den utløsende årsaken er det viktigste. Spesifikk behandling anbefales ved blødning og kan vurderes ved lavt antall trombocytter og høyt nivå av fibrinogen. Trombocyttransfusjon og ferskfrosset plasma er aktuelle førstelinjebehandlinger (3). Hos vår pasient valgte vi å avvente spesifikk behandling, da det ikke forelå aktiv blødning.

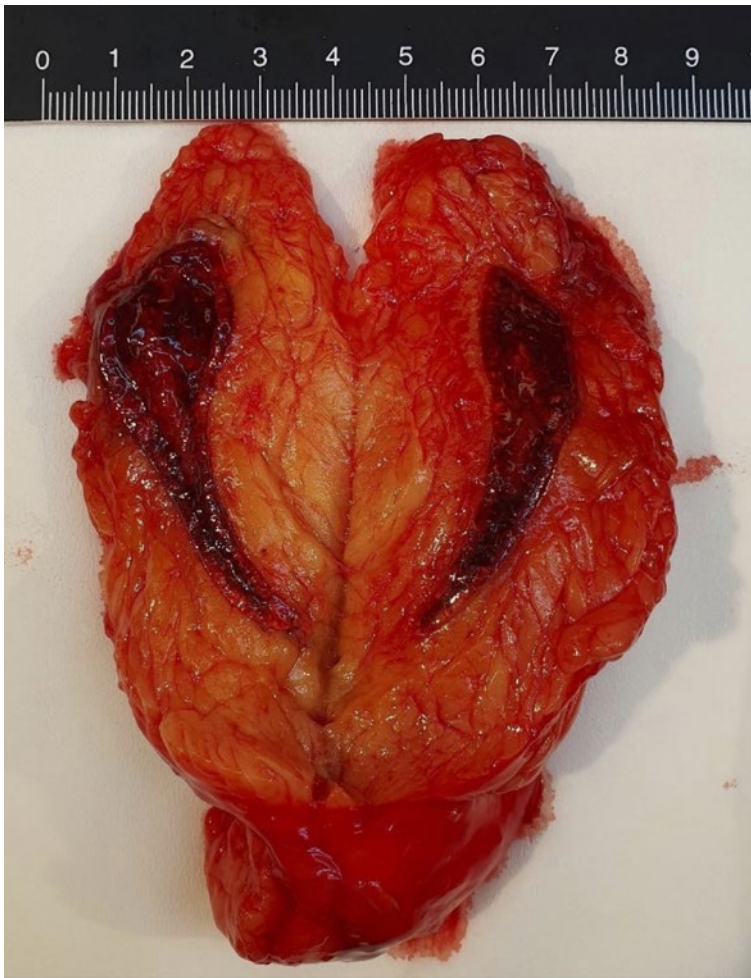
Pasientens oksygenbehov økte, og etter overflytning til medisinsk overvåkningsavdeling trengte han opp mot 10 L oksygen på maske for å holde oksygenmetningen over 93 %. Oksygenbehovet var størst under smertetakene. Det ble gjort CT toraks, uten funn av emboli eller annet som kunne forklare den økende respirasjonssvikten.

Da det etter syv timer på medisinsk overvåkningsavdeling tilkom økende dyspné, og dosen med noradrenalin måtte økes til 0,16 µg/kg/min, ble det besluttet overflytning til intensivavdeling.

Det ble nå gjort orienterende ultralyd av hjertet, som viste relativt god kontraktilitet. Vena cava inferior ble målt til 1,5 cm med sammenfall under impust. Pasienten hadde nå fått til sammen fire liter væske. Det ble vurdert behov for fortsatt væskebehandling. Noradrenalin ble videreført som eneste vasopressor. Grunnet refraktært septisk sjokk ble det gitt en engangsdose med hydrokortison 200 mg intravenøst, uten nevneverdig respons på hypotensjonen.

Figur 1 Såret i huden på høyre underarm med tørr skorpe og røde sårkanter.





Figur 2 Forstørret binyre med blødning og nekrose, forenlig med Waterhouse-Friderichsens syndrom.

Fra rundt to timer etter at pasienten ankom intensivavdelingen, forverret tilstanden seg ytterligere. Blodtrykket falt og det oppsto blødning fra alle innstikksteder. Kapillær fylningstid var over syv sekunder. Trombelastografi (ROTEM-analyse) bekreftet alvorlig koagulopati, forenlig med disseminert intravaskulær koagulasjon. Ny orienterende ekkokardiografi fire timer etter ankomst viste redusert hjerteminuttvolum med globalt nedsatt kontraktilitet, men greie fylningsforhold.

Pasienten hadde nå utviklet fulminant sepsis med alvorlig disseminert intravaskulær koagulasjon. Hjertets pumpefunksjon var dårligere, forenlig med septisk kardiomyopati.

To poser med trombocyttkonsentrat og en med fersktfrosset plasma (Octaplasma) ble gitt intravenøst for behandling av disseminert intravaskulær koagulasjon med blødning. Det ble lagt til inotrop behandling i form av infusjon med dobutamin 4 µg/kg/min.

Etter å ha konferert med påtroppende infeksjonsmedisiner byttet man seks timer etter ankomst til intensivavdelingen type antibiotika til meropenem 1 g ladningsdose over 30 minutter gitt intravenøst, etterfulgt av meropenem 2 g × 3 samt vankomycin 2 g én gang per døgn for å dekke for eventuelle multiresistente bakterier. Det ble gjort en ny CT abdomen med kontrast, som ikke viste ny patologi. Dialysekateter ble lagt for å forberede dialyse.

Pasientens tilstand forverret seg til tross for tiltak. Blodtrykket falt uten respons på gjentatte boluser med adrenalin intravenøst. Pasienten døde ca. 6,5 timer etter at han ankom intensivavdelingen, 18 timer etter innleggelsen.

*Halvannet døgn etter innkomst så man oppvekst av *C. canimorsus* i en av fire blodkulturer tatt i akuttmottaket. Det ble gjennomført obduksjon, som viste generaliserte petekkier og ekkymoser i huden og et tørt og skorpebelagt sår med røde og inflammete sårkanter på høyre underarm (figur 1). Det var punktblødninger i øynenes bindehinner, spiserør, magesekk, lunger og nyrer. Videre ble det funnet lungeødem og et svært dilatert hjerte samt klaffeostier, forenlig med septisk kardiomyopati. Det ble også avdekket hemoragisk infarkt i begge binyrer, forenlig med Waterhouse-Friderichsens syndrom (figur 2). Mikroskopisk så man hemoragisk infarkt i milten, mikrotromber i nyrene samt myokard med tynne og strekte muskelfibre. Ved obduksjonen ble det ikke funnet tegn til tarmpatologi. Patologen vurderte dødsårsaken som septisk sjokk komplisert med disseminert intravaskulær koagulasjon og Waterhouse-Friderichsens syndrom som følge av infeksjon med bakterien *Capnocytophaga canimorsus*.*

Diskusjon

Pasienten døde av sepsis med et stormende forløp og rask utvikling av disseminert intravaskulær koagulasjon og multiorgansvikt. Først antok man at det mest sannsynlige utgangspunktet for pasientens sepsis var intraabdominale organer grunnet uttalte magesmerter. Det ble avdekket allerede i akuttmottaket at pasienten hadde et sår grunnet klor fra hund. Da såret på pasientens arm var overflatisk, skorpebelagt og med få tegn til inflammasjon, vurderte vaktteamet bittrelatert infeksjon som mindre sannsynlig. Etter hvert som gjentatt bildediagnostikk ikke avdekket intraabdominal patologi, ble imidlertid mistanken stadig større.

C. canimorsus er en gramnegativ, saktevoksende bakterie som normalt forekommer i munnhulen hos hunder og katter (4). Bakterien har vist seg å kunne forårsake meningitt, endokarditt og fulminant sepsis hos immunsvekede pasienter i forbindelse med bitt (5–7). Infeksjon med *C. canimorsus* er imidlertid beskrevet også ved klor eller slikk (8). Pasienter med redusert miltfunksjon eller fjernet milt, levercirrhose eller alkoholoverforbruk er spesielt utsatt, men det kan også oppstå alvorlige infeksjoner hos antatt immunkompetente personer slik som vår pasient (7, 9). Bakterien har flere virulensfaktorer. For eksempel er overflaten kledd av en polysakkaridkapsel som hindrer immunmediert bakteriedrap (10).

Når det kommer til valg av antibiotika, er bakterien vanligvis sensitiv for de fleste betalaktamantibiotika, med unntak av aztreonam (7). Betalaktamresistens forekommer sjelden (11). Internasjonale behandlingsanbefalinger ved alvorlig sykdom er piperacillin/tazobaktam 4,5 g × 4 intravenøst. I dette tilfellet lot ikke bakterieisolatet seg resistensbestemme grunnet mangelen på gjenvekst i laboratoriet. Det er likevel mest sannsynlig at bakterien var dekket av både det første antibiotikaregimet med penicillin og gentamicin og det senere regimet med piperacillin/tazobaktam.

Pasienten hadde uttalte magesmerter og et svært høyt laktatnivå, som gjorde at man først mistenkte tarmiskemi. Laktat er en uspesifikk markør for vevshypoperfusjon, og mange tilstander kan gi lignende funn (12). Ved sepsis er forhøyet laktatnivå velkjent og inngår som en del av krite-

riene i definisjonen av septisk sjokk (1). Uttalte magesmerter er beskrevet som et fremtredende symptom ved sepsis med nettopp *C. canimorsus* (9, 13).

Antibiotikabehandling ble hos vår pasient gitt først etter tre timer i akuttmottak. Ved hypotensjon, høyt laktatnivå og dårlig perifer sirkulasjon som kan gi mistanke om utvikling av septisk sjokk, bør antibiotika gis tidlig, senest innen en time, i påvente av andre undersøkelser (14).

Vi har lurt på om en mer aggressiv intensivbehandling, inkludert behandling for disseminert intravaskulær koagulasjon og organerstattende behandling i form av dialyse, kunne ha vært igangsatt tidligere. Mortaliteten ved *C. canimorsus* er imidlertid høy, rundt 10–30 %, til tross for omfattende behandling (7, 15).

Det foreligger rapporter om tilfeller av Waterhouse-Friderichsens syndrom – en tilstand med akutt binyreinsuffisiens som følge av bilateral blødning i binyrene (16) – ved *C. canimorsus* (15), slik vår pasient hadde. Syndromet er oftest beskrevet ved meningokokksepsis (16). I vår kasuistikk ble det målt høye verdier av kortisol ved innkomst, som forventet ved stressrespons (17). Det er sannsynlig at binyresvikt ikke var til stede ved dette tidspunktet. Sepsisretningslinjer anbefaler kortison i form av hydrokortison ved septisk sjokk til tross for behandling med væskerestusering og vasopressor (14), slik vår pasient fikk.

Vår kasuistikk viser at sepsis er en viktig differensialdiagnose også når sterke magesmerter dominerer det kliniske bildet. Vår pasient hadde ikke lokale tegn til sårinfeksjon, noe man også har sett ved øvrige tilfeller med infeksjon av *C. canimorsus* (17). Vi håper at denne artikkelen vil kunne hjelpe andre klinikere til å huske på muligheten for sepsis forårsaket av *C. canimorsus* også hos immunkompetente pasienter med sparsomme funn på bitt-/klorstedet og til å være forberedt på stormende forløp med behov for aggressiv intensivbehandling. ■

Pasientens pårørende har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 16.12.2024, første revisjon innsendt 15.4.2025, godkjent 24.6.2025.

Karoline Nergård Jensen

karoline.nergard.jensen@nordlandssykehuset.no

Karoline Nergård Jensen er lege i spesialisering. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kristoffer Endresen

Kristoffer Hammer Endresen er spesialist i medisinsk mikrobiologi og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Torill Landquist

Torill Landquist er spesialist i patologi og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Erik Waage Nielsen

Erik Waage Nielsen er spesialist i anesthesiologi, har europeisk intensiveksamen og er overlege og professor. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

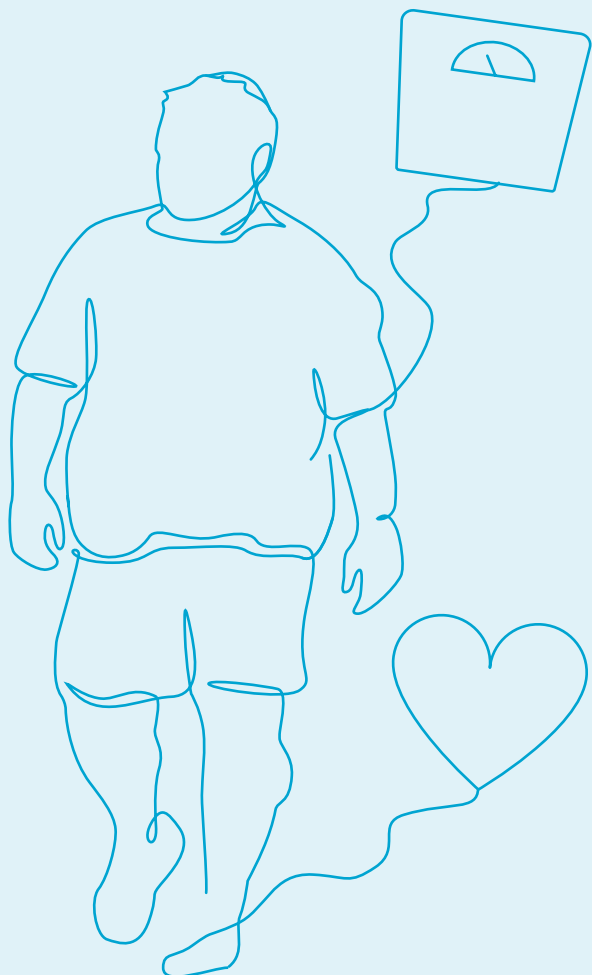
Ida Tveter

Ida Tveter er spesialist i indremedisin og i infeksjonsmedisin og er overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Singer M, Deutschman CS, Seymour CW et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA* 2016; 315: 801–10.
- 2 Helsedirektoratet. Antibiotikabruk i sykehus. Nasjonal Faglig Retningslinje. 2022. Lest 24.6.2025.
- 3 Wang H. Disseminated intravascular coagulation. *BMJ Best Practice* 2024. Lest 15.4.2025.
- 4 Umeda K, Hatakeyama R, Abe T et al. Distribution of *Capnocytophaga canimorsus* in dogs and cats with genetic characterization of isolates. *Vet Microbiol* 2014; 171: 153–9.
- 5 Monrad RN, Hansen DS. Three cases of *Capnocytophaga canimorsus* meningitis seen at a regional hospital in one year. *Scand J Infect Dis* 2012; 44: 320–4.
- 6 Hayani O, Higginson LAJ, Toye B et al. Man's best friend? Infective endocarditis due to *Capnocytophaga canimorsus*. *Can J Cardiol* 2009; 25: e130–2.
- 7 Chesdachai S, Tai DBG, Yetmar ZA et al. The Characteristics of *Capnocytophaga* Infection: 10 Years of Experience. *Open Forum Infect Dis* 2021; 8: ofab175.
- 8 Lion C, Escande F, Burdin JC. *Capnocytophaga canimorsus* infections in human: review of the literature and cases report. *Eur J Epidemiol* 1996; 12: 521–33.
- 9 Ahmad S, Yousaf A, Inayat F et al. *Capnocytophaga canimorsus*-associated sepsis presenting as acute abdomen: do we need to think outside the box? *BMJ Case Rep* 2019; 12: e228167.
- 10 Shin H, Mally M, Meyer S et al. Resistance of *Capnocytophaga canimorsus* to killing by human complement and polymorphonuclear leukocytes. *Infect Immun* 2009; 77: 2262–71.
- 11 Zangenah S, Andersson AF, Özenci V et al. Genomic analysis reveals the presence of a class D beta-lactamase with broad substrate specificity in animal bite associated *Capnocytophaga* species. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2017; 36: 657–62.
- 12 Ross JT, Matthay MA, Harris HW. Secondary peritonitis: principles of diagnosis and intervention. *BMJ* 2018; 361: k1407.
- 13 Pers C, Gahrn-Hansen B, Frederiksen W. *Capnocytophaga canimorsus* septicemia in Denmark, 1982-1995: review of 39 cases. *Clin Infect Dis* 1996; 23: 71–5.
- 14 Evans L, Rhodes A, Alhazzani W et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. *Crit Care Med* 2021; 49: e1063–143.
- 15 Schuler F, Padberg JS, Hullermann C et al. Lethal Waterhouse-Friderichsen syndrome caused by *Capnocytophaga canimorsus* in an asplenic patient. *BMC Infect Dis* 2022; 22: 696.
- 16 Karki BR, Sedhai YR, Bokhari SRA. Waterhouse-Friderichsen Syndrome. *StatPearls*. Lest 4.4.2025.
- 17 McKay L, Cidlowski J. Pharmacokinetics of Corticosteroids. I: Kufe DW, Pollock RE, Weichselbaum RR et al. *Holland-Frei Cancer Medicine*. 6. utg. New York, NY: BC Decker, 2003.

Vekttap og kardiovaskulære fordeler^{Δ1}



~15 %

gjennomsnittlig vektreduksjon opprettholdt i 2 år^{*2}

Mer enn 1/3 av pasienter gikk ned 20 % eller mer med Wegovy^{®2}

20 %

risikoreduksjon i alvorlige kardiovaskulære hendelser hos pasienter med overvekt eller fedme og etablert kardiovaskulær sykdom^{#1}

Δ Effekten av Wegovy[®] én gang i uken på kardiovaskulære utfall har blitt vurdert i SELECT-studien.^{#3}

SELECT viste at Wegovy[®] reduserte risiko for MACE med 20 %, hos personer med overvekt eller fedme og etablert kardiovaskulær sykdom, sammenlignet med placebo, som tillegg til standard behandling for hjertesykdom for begge grupper.

MACE er definert som et sammensatt endepunkt bestående av kardiovaskulær død inkludert ukjent dødsårsak, ikke-fatal hjerteinfarkt eller ikke-fatal hjerneslag.

Vist i SELECT-Kardiovaskulær endepunktstudie: 17604 pasienter med BMI ≥ 27 kg/m² og etablert kardiovaskulær sykdom ble tilfeldig randomisert til Wegovy[®] eller placebo, begge i tillegg til standardbehandling. Det primære endepunktet var tid fra randomisering til første inntreden av en alvorlig kardiovaskulær hendelse (MACE): kardiovaskulær død, ikke-fatal hjerteinfarkt eller ikke-fatal hjerneslag. HR: 0,80 i favør av Wegovy[®] 2,4 mg sammenlignet med placebo. [95 % KI: 0,27;0,90], p < 0,001.^{1,3}

* STEP 5: -2,6 % for placebo og -15,2 % for Wegovy[®] ved uke 104, som tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for begge grupper (500 kcal/dag + 150 min/uke fysisk aktivitet + individuell oppfølging hver 4. uke). 12,6 % forskjell fra placebo, [95 % KI: -15,3; -9,8], p < 0,0001.^{1,2}

Indikasjon:

Voksne: Tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for vektkontroll, inkludert vekttap og vedlikehold av vekt, hos voksne med initial BMI ≥ 30 kg/m² (fedme), eller ≥ 27 kg/m² til < 30 kg/m² (overvekt) ved forekomst av minst én vektrelatert komorbiditet, som dysglykemi (prediabetes eller diabetes mellitus type 2), hypertensjon, dyslipidemi, obstruktiv søvnapné eller kardiovaskulær sykdom.

For resultater fra studier vedrørende kardiovaskulær risikoreduksjon, fedmerelatert hjertesvikt og populasjoner som ble undersøkt, se pkt. 5.1 i Wegovy® preparatomtale.⁴

Ungdom (≥ 12 år): Tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for vektkontroll hos ungdom ≥ 12 år med fedme[#] og kroppsvekt > 60 kg. Behandling skal seponeres og re-evalueres etter 12 uker dersom ungdomspasienten ikke oppnår en reduksjon i BMI på minst 5 % etter 12 ukers behandling med (Wegovy®) 2,4 mg eller maks. tolererte dose.

Fedme (BMI ≥ 95 -prosentil) som definert i kjønns- og aldersspesifikk BMI-vekstkurve (CDC.gov). Se tabell 1 i Wegovy® preparatomtale.

Wegovy® – utvalgt sikkerhetsinformasjon

- De hyppigst rapporterte bivirkningene var **gastrointestinale** (svært vanlige, $\geq 1/10$), kvalme, diaré, forstoppelse, oppkast og magesmerter. Disse var generelt milde eller moderate i alvorlighetsgrad og av kort varighet. De gastrointestinale hendelsene førte til permanent seponering hos 4,3 % av pasientene. Kan forårsake dehydrering som i sjeldne tilfeller kan forverre nyrefunksjon. Unngå væskemangel
- Andre svært vanlige ($\geq 1/10$) bivirkninger:** Hodepine, fatigue
- Andre vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$) bivirkninger:** Dyssesti, dysgeusi, svimmelhet, gastritt, gastroøsofageal reflukssykdom, dyspepsi, raping, flatulens, abdominal distensjon, gallestein, hårtap, reaksjoner på injeksjonsstedet. Hos pasienter med diabetes type 2: hypoglykemi (særlig i kombinasjon med insulin eller sulfonylurea), retinopati
- Gallestein:** Vanlig bivirkning ved bruk av semaglutid. Ble rapportert hos 1,6 % av de som fikk semaglutid og 1,1 % hos de som fikk placebo. Førte til kolecystitt hos 0,6 % og 0,3 % hos de som fikk henholdsvis semaglutid og placebo
- Pankreatitt:** Frekvensen av avklart (adjudikert) bekreftet akutt pankreatitt rapportert i kliniske fase 3a-studier, var henholdsvis 0,2 % for semaglutid og $< 0,1$ % for placebo. I den kardiovaskulære endepunktstudien SELECT var frekvensen av akutt pankreatitt, bekreftet ved avklaring (adjudikering), 0,2 % for semaglutid og 0,3 % for placebo. Ved mistanke bør semaglutid seponeres. Semaglutid skal ikke gjenopptas etter bekreftet pankreatitt. Forsiktighet bør utvises hos pasienter som tidligere har hatt pankreatitt
- Tarmobstruksjon:** En alvorlig form for forstoppelse med tilleggssymptomer som magesmerter, oppblåsthet og oppkast. Rapportert med ukjent frekvens etter markedsføring
- Puls:** Gjennomsnittlig økning på 3 slag per minutt observert
- Skal ikke brukes av gravide** eller ved **amming**. Semaglutid skal på grunn av den lange halveringstiden seponeres minst 2 måneder før en planlagt graviditet
- Forsiktighet** bør utvises hos pasienter med inflammatorisk tarmsykdom eller gastroparese
- Ungdom (12 - < 18 år):** Generelt var frekvens, type og alvorlighetsgrad av bivirkninger hos ungdom tilsvarende det som sees hos voksne. Gallestein ble sett hos 3,8 % av pasientene behandlet med Wegovy® og 0 % behandlet med placebo. Ingen effekt på vekst eller pubertetsutvikling ble funnet etter 68 uker med behandling

	Kan benyttes uten dosejustering	Anbefales ikke
Alder	Voksne og ungdom ≥ 12 år Begrenset erfaring hos pasienter ≥ 85 år	Barn/ungdom under 12 år
Nyre-funksjon	Let og moderat nedsatt eGFR > 30 ml/min 1,73m ²	Alvorlig nedsatt, eller terminal nyresykdom eGFR < 30 ml/min 1,73m ²
Hjerte-svikt	NYHA klasse I-III	NYHA klasse IV
Lever-funksjon	Let og moderat nedsatt Forsiktighet bør utvises	Alvorlig nedsatt
Diabetes	Diabetes type 2	Diabetes type 1

Dosering – én gang per uke

Wegovy® skal injiseres subkutant i abdomen, i låret eller i overarmen og administreres én gang per uke når som helst i løpet av dagen, til måltid eller utenom måltid. For å redusere sannsynligheten for gastrointestinale symptomer bør dosen trappes opp i løpet av en 16-ukers periode til en vedlikeholdsdose på 2,4 mg én gang per uke.

For ungdom i alderen 12 år og eldre benyttes samme doseopptrappingsplan som for voksne. Dosen bør økes opptil 2,4 mg, eller til maksimalt tolererte dose oppnås. Se preparatomtale for mer informasjon om dosering.

Reseptgruppe og pris

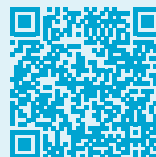
Legemiddelgruppe: GLP-1-analog **Reseptgruppe:** C **ATC-nr.:** A10BJ06

Pakninger og priser: **0,25 mg:** 1,5 ml (ferdigfylt penn) kr 1773,50. **0,5 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 1773,50. **1 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 1773,50. **1,7 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 2597,20. **2,4 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 3189,40. (Priser per august 2025).

Behandling med Wegovy® er ikke refundert og kan ikke skrives på blå resept

For individuell stonad se vedlegg 1 til folketrygdsloven § 5-14 (legemiddellisten) på www.helsedirektoratet.no⁵

Les mer på www.wegovy.no



Referanser: **1.** Wegovy® SPC, avsnitt 5.1 **2.** Garvey WT, Batterham RL, Bhatta M, et al. Two-year effects of semaglutide in adults with overweight or obesity (STEP 5) Nature medicine 2022; 28(10), 2083-2091 **3.** Lincoff AM, Brown-Frandsen K, Colhoun HM, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes. N Engl J Med. 2023; 389(24): 2221-2232 **4.** Wegovy® preparatomtale. Tilgjengelig på: https://www.ema.europa.eu/no/documents/product-information/wegovy-epar-product-information_no.pdf **5.** Informasjon om vilkår for individuell refusjon er hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/vedlegg-1-til-5-14-legemiddellisten/virkestoffer/semaglutid> (Lest 04.08.2025).

Cora Mjeldheim Wærp¹
cora.warp@gmail.com

Jostein Wågen Hauge²
Fridtjof Heyerdahl^{3,4}
Henrik Lied Lilleby⁵
Marie Mørck Møinichen¹
Sadollah Abedini¹

- 1 Medisinsk klinikk, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg
- 2 Avdeling for endokrinologi, overvekt og ernæring, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg
- 3 Luftambulansesavdelingen, Oslo universitetssykehus
- 4 Giftinformasjonen, Folkehelseinstituttet
- 5 Avdeling for patologi, Oslo universitetssykehus

Akutt nyresvikt som følge av vitamin D-forgiftning

Vitamin D-forgiftning er en sjelden og potensielt alvorlig tilstand. Vi presenterer her en tidligere frisk mann med hyperkalsemi og akutt nyresvikt, der den underliggende årsaken viste seg å være forgiftning med vitamin D kjøpt reseptfritt på nett.

En tidligere frisk og aktiv mann i 50-årene utviklet i løpet av uker hyppig vannlatning, redusert allmenntilstand og utmattelse. Blodprøver tatt hos fastlegen avdekket svært høyt kalsiumnivå og alvorlig nyresvikt, hvorpå han ble lagt inn akutt på nyremedisinsk avdeling ved lokalsykehuset samme dag.

Ved innleggelse var pasienten våken og klar. Blodtrykket var 170/110 mmHg. Han var afebril, og øvrige vitale parametere var upåfallende. Klinisk undersøkelse var uten tegn til perifere ødemer, dehydrering, utslett eller symptomer fra halsen. Mannen fremstod allment redusert og fortalte om hyppig og nattlig vannlating, kraftløshet, muskelsvakhet og kvalme. Fire uker før det aktuelle hadde han fått behandling med doksosyklin-tabletter for streptokokkhalsinfeksjon.

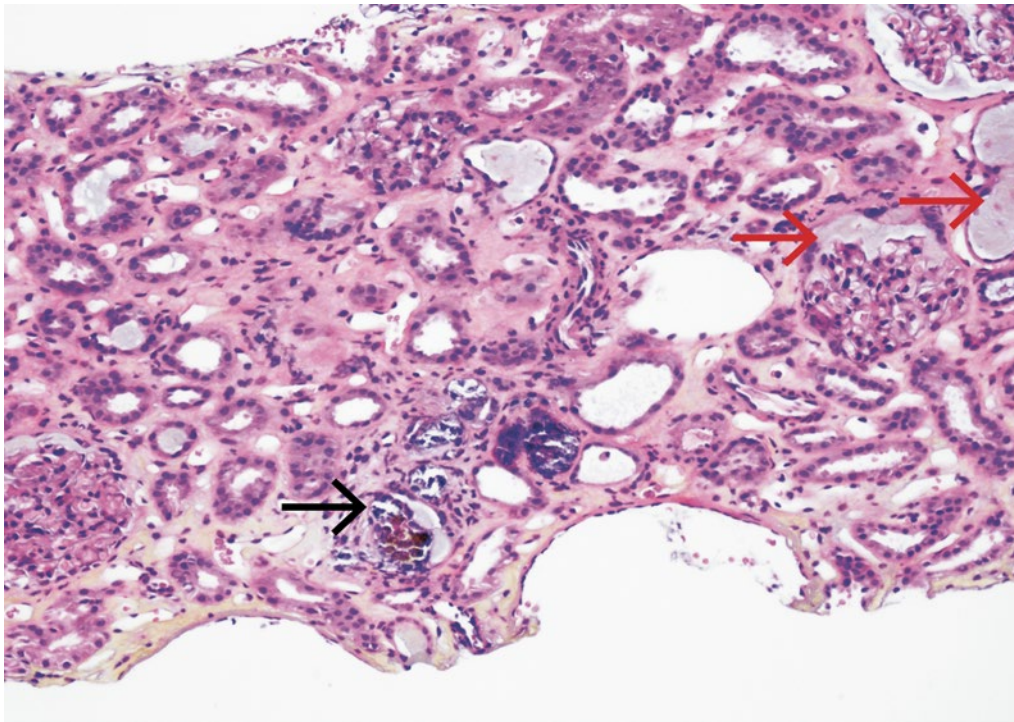
Det ble gjort en rekke supplerende undersøkelser ved innkost, og blodprøver viste hemoglobin: 11,6 g/100 ml (referanseområde 13,4–17,0), kreatinin: 311 µmol/L (60–105), eGFR: 19 ml/min/1,73 m² (≥ 90), cystatin C: 1,99 mg/L (0,61–1,01), kalium: 4,3 mmol/L (3,5–5,0), natrium: 141 mmol/L (137–145), albumin-korrigert kalsium: 3,02 mmol/L (2,20–2,50), fritt kalsium: 1,57 mmol/L (1,14–1,28) og fosfat: 1,18 mmol/L (0,71–1,35). Arteriell blodgass viste pH: 7,50 (7,38–7,46), HCO₃⁻: 26 mmol/L (21–27), pCO₂: 4,4 kPa (4,3–6,0). Urinstix var negativ, albumin/kreatinin-ratio var 4,4 (< 3,0) og EKG viste normofrekvent sinusrytme med kombinert dyp S i V1 og høy R i V6 > 35 mm forenlig med venstre ventrikkel-hypertrofi. Ultralyd av nyrer og urinveier og røntgen toraks viste normalfunn.

Man mistenkte først post-streptokokk glomerulonefritt som årsak til mannens nyresvikt, men supplerende blodprøver viste imidlertid suppressert PTH på 1,5 pmol/L (2,6–8,1), svært forhøyet vitamin D (25-hydroksy): > 600 nmol/L (50–125), og vitamin 1,25(OH)₂ D₂+D₃: 331 pmol/L (48–190). Dette ga mistanke om vitamin D-forgiftning som årsak til hyperkalsemi og nyresvikt, og ved nærmere utspørring kom det fram at pasienten de siste månedene hadde inntatt flere reseptfrie vitamin D-tilskudd daglig: 1 tablett à 20 µg vitamin D₃, 2 omega-3-kapsler (tilsvarende 15 µg vitamin D₃), minst 500 ml lettmeik tilsatt vitamin D₃, og minst 1 dråpe flytende tilskudd (80 µg/dråpe vitamin D₃), i tro om at dette var bra for helsen.

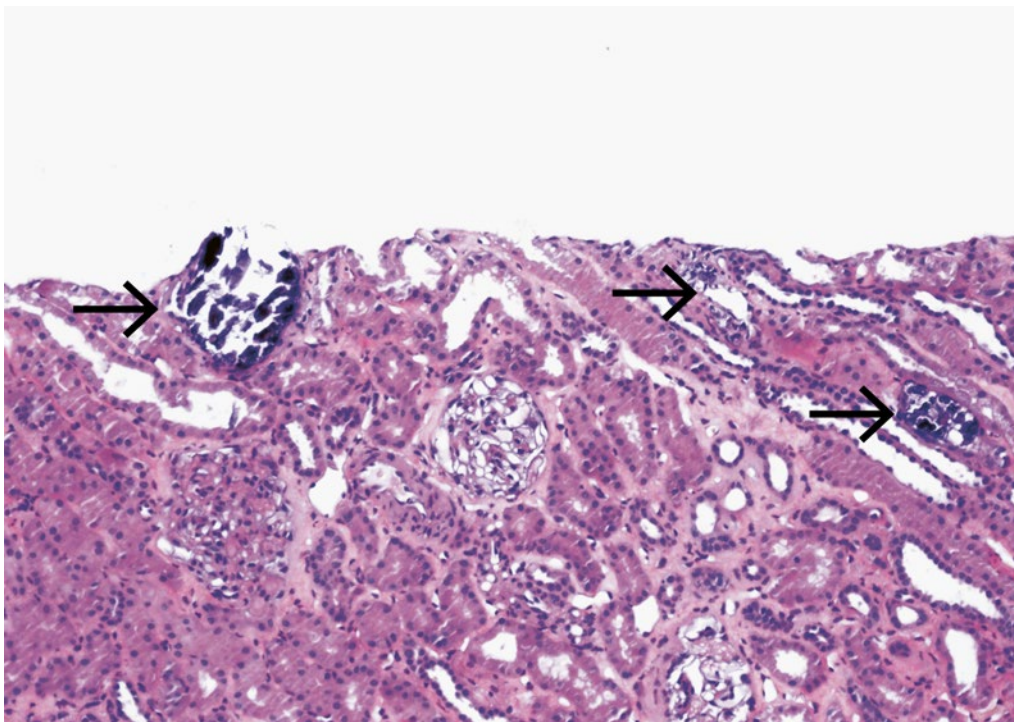
Øvrig utredning ga ingen holdepunkter for sarkoidose (normal angiotensin converting enzyme (ACE)), myelomatose eller øvrig plasmacellesykdom (normal proteinelektroforese og kappa/lambda-ratio) som underliggende årsak til hyperkalsemi. Pasienten ble behandlet med 3 liter isotont saltvann intravenøst daglig i to døgn, og instruert til å kutte ut alle vitamin D-preparater. Ved utskrivelse to dager etter innleggelse hadde kreatinin falt til 284 µmol/L, og albuminkorrigert kalsium hadde falt til 2,72 mmol/L. Nyrebiopsi utført én uke senere viste nefrokalosinose (figur 1 og figur 2).

6 måneder senere var nivået av vitamin D (25-hydroksy) fortsatt forhøyet > 300 nmol/L. Ett år etter innleggelsen var kreatinin og eGFR normalisert. Hypertensjonen viste seg å være kjent fra før det aktuelle, og er nå velregulert med behandling.

—>



Figur 1 HES-farget nyrebiopsi viser intraluminale kalsiumfosfatavleiringer, markert med sort pil. Legg merke til grålig proteinoppbygning (Tamm-Horsfall-avleiringer; uromodulin) både intratubulært og i Bowmans hulrom, markert med røde piler. Forstørrelse: 20 x. HES: Hematoksylin-eosin-safran



Figur 2 HES-farget nyrebiopsi viser tubulointerstitielle kalkavleiringer, markert med sorte piler. Forstørrelse: 10 x. HES: Hematoksylin-eosin-safran

Diskusjon

Pasienter med akutt nyreskade utredes med blodprøver, immunologiske og infeksjonsserologiske markører, ultralyd av nyrer og urinveier, røntgen toraks, urinprotein- kvantitering og -mikroskopi og eventuelt nyrebiopsi. De to vanligste årsakene til hyperkalsemi er primær hyperparatyreoidisme og malignitet (1). Vitamin D-forgiftning er en mindre vanlig, men trolig økende, årsak til hyperkalsemi (2). Hos vår pasient ble primær hyperparatyreoidisme raskt utelukket på bakgrunn av suppressert PTH, og det høye vitamin D-nivået ga mistanke om vitamin D-forgiftning. Øvrig utredning for hyperkalsemi ble derfor avgrenset til proteinelektroforese for å utelukke myelomatose eller andre proteinavvik, samt analyse av ACE med tanke på sarkoidose. Nyrebiopsi (figur 1 og figur 2) viste tubulointerstitielle kalkavleiringer (kalsiumfosfat), hovedsakelig i tubulære lumina, noe som er typisk for nefrokalsinose (3). Det bekreftet mistanken om hyperkalsemi-utløst akutt nyresvikt.

Vitamin D har relativt lav toksisitet og lagres i kroppen som 25-hydroksyvitamin D. Ved store engangsdoser mettes enzymet som danner 25-hydroksyvitamin D, mens det ved et høyt inntak over tid akkumuleres i lever og fettvev (4). Referanseområdet for vitamin D varierer noe ved ulike laboratorier, men verdier under 50 nmol/L regnes ofte som lavt, mens verdier over 375 nmol/L anses som toksiske (5). Høyt serumkalsium er den viktigste laboratoriske parameteren for å vurdere alvorlighetsgraden av vitamin D-forgiftning (6). Symptomer ved lettgradig til moderat hyperkalsemi inkluderer tretthet, svakhet og kvalme, mens alvorlig hyperkalsemi kan gi nevromuskulære symptomer, ledningsforstyrrelser i hjertet og nyresvikt (6).

Behandlingen består i å stanse tilførselen av vitamin D og senke kalsiumnivået med aggressiv væsketilførsel i kombinasjon med sløyfediuretika (6). Ved alvorlige tilfeller av hyperkalsemi kan også kalsitonin, bisfosfonater eller denosumab vurderes (6, 7). Perorale glukokortikoider kan forsøkes, der virkningsmekanismen trolig er redusert dannelse av kalsitriol, økt renal utskillelse av kalsium og hemmet opptak av kalsium fra benvev og tarm (1). Hos vår pasient ble Giftinformasjonen konsultert angående bruk av glukokortikoider, men da han responderte godt på væskebehandling, gikk vi ikke videre med dette.

Helsedirektoratet anbefaler et daglig inntak av vitamin D på 10 µg for barn og voksne og 20 µg for personer over 70 år (8) for å sikre vitamin D-nivåer over 50 nmol/L. Substitusjon anbefales ved påvist vitamin D-mangel (7), mens det ikke finnes god dokumentasjon på helsegevinster av tilskudd hos personer uten mangel (9). Vår pasient oppga et samlet daglig inntak på om lag 120 µg (4 800 IE) vitamin D over flere måneder. Vi kan imidlertid ikke utelukke at produksjonsfeil og/eller doseringsproblemer kan ha resultert i et betydelig høyere inntak (2, 10).

I løpet av fem måneder ble ytterligere to pasienter innlagt ved vårt sykehus med et lignende klinisk bilde, alvorlig hyperkalsemi og nyresvikt. Felles for alle tre var inntak av det samme reseptfrie, høykonsentrerte vitamin D-tilskuddet, kjøpt på nett, og med totale døgndoser langt over de nasjonale anbefalingene (8).

Vitamin D-forgiftninger er økende, og høykonsentrerte tilskudd er lett tilgjengelige og kan være farlige ved ukritisk bruk. Mattilsynet ble varslet om en mistenkt sammenheng mellom vitamin D-tilskuddet og forgiftningstilfellene. ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfelleurdert.

Mottatt 3.3.2025, første revisjon innsendt 1.4.2025, godkjent 25.6.2025.

Cora Mjeldheim Wærp

cora.warp@gmail.com

Cora Mjeldheim Wærp er lege i spesialisering i indremedisin.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jostein Wågen Hauge

Jostein Wågen Hauge er konstituert overlege og stipendiat.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Fridtjof Heyerdahl

Fridtjof Heyerdahl er ph.d., spesialist i anesthesiologi, overlege og avdelingsleder. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Henrik Lied Lilleby

Henrik Lied Lilleby er spesialist i patologi og overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Marie Mørck Møinichen

Marie Mørck Møinichen er spesialist i nyresykdommer og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Sadollah Abedini

Sadollah Abedini er ph.d., spesialist i nyresykdommer og i indremedisin og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Walker MD, Shane E. Hypercalcemia: A Review. *JAMA* 2022; 328: 1624–36.
- Taylor PN, Davies JS. A review of the growing risk of vitamin D toxicity from inappropriate practice. *Br J Clin Pharmacol* 2018; 84: 1121–7.
- Wiech T, Hopfer H, Gaspert A et al. Histopathological patterns of nephrocalcinosis: a phosphate type can be distinguished from a calcium type. *Nephrol Dial Transplant* 2012; 27: 1122–31.
- Abbas MA. Physiological functions of Vitamin D in adipose tissue. *J Steroid Biochem Mol Biol* 2017; 165: 369–81.
- Norsk forening for biokjemi. Brukerhåndbok i klinisk kjemi. Vitamin D, P. Lest 25.3.2025.
- Helsebiblioteket. Vitamin D - behandlingsanbefaling ved forgiftning. Lest 25.3.2025.
- Norsk endokrinologisk forening. Nasjonal veileder i endokrinologi. Hyperkalsemi. Lest 14.5.2025.
- Helsedirektoratet. Referanseverdier for energi og næringsstoffer. Vitaminer og mineraler. Lest 25.3.2025.
- Bouillon R, Manousaki D, Rosen C et al. The health effects of vitamin D supplementation: evidence from human studies. *Nat Rev Endocrinol* 2022; 18: 96–110.
- De Vincentis S, Russo A, Milazzo M et al. How Much Vitamin D is Too Much? A Case Report and Review of the Literature. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets* 2021; 21: 1653–9.

Følelsen av kontroll.

Årsaken til at en person utvikler fedme skyldes en rekke biologiske og adferdsmessige faktorer, der følelsesstyrt spising (emotional hunger) kan være en medvirkende årsak for noen pasienter.^{*1}

Mysimba[®] er en tablettbehandling mot fedme som gjennom sine to aktive substanser, naltrekson og bupropion, påvirker sultsenteret og belønningssystemet i hjernen.²

I tillegg til å minske sultfølelsen, kan Mysimba forbedre pasientens kontroll over matinntak. Sammen med kalorireduert kost og økt fysisk aktivitet kan det føre til en signifikant og vedvarende vektreduksjon.^{**2-5}



Hjelp pasienten din til
å ta tilbake kontrollen.

Lær deg mer om de bakenforliggende faktorene til en fremgangsrik vektreduksjonsbehandling. Skann QR-koden og ta del av resultatene fra Acosta-studien her.

onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oby.23120

*Følelsesstyrt spising kjennetegnes av et ønske om å spise for å håndtere positive og negative følelser.

**Den nevrokjemiske appetittdepdende effekten av naltrekson/bupropion er ikke helt klarlagt.

Referanser: 1. Acosta A, et al. Selection of Antiobesity Medications Based on Phenotypes Enhances Weight Loss: A Pragmatic Trial in an Obesity Clinic. *Obesity* 2021; 29 (4): 662–671. 2. Mysimba Produktresymé (SPC) juni 2022. 3. Greenway FL. Physiological adaptations to weight loss and factors favouring weight regain. *International Journal of Obesity* 2015; 39:1188–96. 4. Müller MJ, et al. Changes in energy expenditure with weight gain and weight loss in humans. *Current Obesity Reports* 2016; 5:413–23. 5. Sumithran P, et al. Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. *New England Journal of Medicine* 2011; 365:1597–1604.

▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking.

Mysimba (naltrekson/bupropion) 8 mg/90 mg depottabletter. Sentraltvirkende middel mot fedme.

Indikasjoner: Som tillegg til kalorifattig kosthold og økt fysisk aktivitet for vektreduksjon hos voksne (≥ 18 år) med innledende kroppsmasseindeks (BMI/KMI) på ≥ 30 kg/m² (fedme) eller ≥ 27 -30 kg/m² (overvekt) samt én eller flere vektrelaterte risikofaktorer (f.eks. diabetes type 2, dyslipidemi eller kontrollert hypertensjon). Behandlingen bør seponeres etter 16 uker hvis pasienten ikke har mistet minst 5 % av innledende kroppsvikt. **Dosering:** Ved innledning av behandling bør dosen økes i en 4 ukers periode som følger: Uke 1: 1 tablett morgen, Uke 2: 1 tablett morgen + 1 tablett kveld, Uke 3: 2 tabletter morgen + 1 tablett kveld, Uke 4 og videre: 2 tabletter morgen + 2 tabletter kveld. Maks. anbefalt daglig dose er 2 tabletter 2 ganger daglig. Behovet for fortsatt behandling bør vurderes etter 16 uker og revideres årlig. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ukontrollert hypertensjon. Pasienter som får/tidligere har hatt krampeanfoll. Kjent tumor i CNS. Akutt avvenning fra alkohol eller benzodiazepiner. Tidligere bipolar lidelse. Samtidig behandling med bupropion eller naltrekson. Eksisterende eller tidligere diagnostisert bulimi eller anoreksi. Kronisk avhengighet av opioider (se Forsiktighetsregler og Interaksjoner) eller opiatagonister (f.eks. metadon) eller ved avvenning fra opiatater. Samtidig behandling med MAO-hemmere (det skal gå minst 14 dager fra seponering av MAO-hemmer til initiering av behandling med Mysimba). Alvorlig nedsatt leverfunksjon. Terminal nyresvikt. **Forsiktighetsregler:** Sikkerhet og tolerabilitet bør vurderes med jevne mellomrom, og behandlingen bør avbrytes ved bekymring vedrørende sikkerhet eller tolerabilitet, inkl. bekymring for økt blodtrykk. **Bivirkninger: Svært vanlige:** Gastrointestinale: Forstoppelse³, kvalme³, oppkast. Nevrologiske: Hodepine **Vanlige:** Gastrointestinale: Abdominalsmerte, munntorrhet, øvre abdominalsmerter. Generelle: Fatigue, føle seg skjelden, iritabilitet. Hjerne: Palpitasjoner, økt hjerterytme. Hud: Alopesi, hyperhidrose, kløe, utslett. Kar: Hetetokter, hypertensjon⁴, økt blodtrykk. Nevrologiske: Dysgeusi, letargi, somnolens, svimmelhet, tremor. Psykiske: Angst, insomni. Øre: Tinnitus, vertigo. **Pakninger og priser:** 112 stk. NOK 1061 Reseptstatus C. **Refusjon:** Retningslinjer for individuell refusjon ICD-10: E66 / ICPC-2: T82 Fedme • ≥ 35 og < 40 med en vektrelatert tilleggssykdom eller en tilleggs lidelse/-sykdom som øker risikoen for alvorlig fedmerelatert sykdom. • ≥ 40 Informasjon om relaterte diagnoser for tilleggssykdom finner du på www.helseidrettskatalogen.no Vedlegg 1 til § 5–14 legemiddellisten (under Mysimba). Søknaden sendes elektronisk via e-reseptløsningen eller via Helseidrettskatalogens portal. **For fullstendig preparatomtale (SPC), se www.felleskatalogen.no**. Dato for siste godkjente SPC: 01-2024.

Navamedic AS, Henrik Ibsens gate 100, Oslo, +47 67 11 25 40, www.navamedic.com, info@navamedic.com

www.mycontrolpro.no

Verktøy for bedre arbeidsmiljø

Ta temperaturen på arbeidsmiljøet med smarte skjema

Med digitale skjema går vernerunden nesten av seg selv. Egne skjema for brannvern, elektriske installasjoner, fysisk og psykososialt arbeidsmiljø.

Klima og ventilasjon
 Bra Middels Dårlig

Lysforhold
 Bra Middels Dårlig

Støy
 Bra Middels Dårlig

Kartlegg risiko på den enkle måten

Trinnvis har verktøyet som hjelper deg å kartlegge risikofaktorer i virksomheten din på en enkel og systematisk måte. Vi forteller deg hva du bør vurdere, og forklarer hvordan du gjør det.

Brann i elektrisk utstyr

Personale blir syke av stress

Personale får støyskader

Personale får belastningsskader

Personale blir utsatt for mobbing

Personale får synsrelaterte plager



Bedriftshelsetjeneste hjelper deg å skape godt arbeidsmiljø

Trinnvis bedriftshelsetjeneste gir personlig oppfølging, integrert i ditt eget HMS-system. Velg hvor mye HMS-arbeid du vil gjøre selv, og hva du vil ha profesjonell hjelp til.



Avvik

Arbeidsavtaler

Medarbeidersamtaler

Ansvar og oppgaver

Bemanning

Stoffkartotek

Utstyr

Ukeplan

Datasikkerhet

I juni vedtok Stortinget endringer i arbeidsmiljøloven som skjerper kravene til det psykososiale arbeidsmiljøet. Fra nyttår får alle arbeidsgivere et tydeligere ansvar for å sikre at arbeidsmiljøet er fullt forsvarlig – også når det gjelder psykososiale forhold.

Trinnvis har alle verktøyene du trenger for å oppfylle de nye lovkravene.



Prøv gratis
Få en demo
Les mer



Utvikles i samarbeid
med Legeforeningen.
Medlemmer får rabatt

 **trinnvis**
drift • HMS • kvalitet

Nevroplastisitet – fra vitenskap til markedsføring

Er viktige medisinske termer i ferd med å bli redusert til retoriske virkemidler i markedsføring av legemidler, kosmetikk og alternative behandlinger?

Nevroplastisitet handler om at nervesystemet vårt fra fosterlivet og i varierende grad gjennom livet blir påvirket og formet av våre omgivelser (1). Med en slik plastisitet vil hjernen og resten av nervesystemet utvikle seg på en hensiktsmessig måte (2).

Som medisinstudent skrev jeg min semesteroppgave om nevroplastisitetens betydning ved behandling av depresjon. Etter å ha levert og forsvart oppgaven spurte min professor om jeg hadde tenkt noe over om begrepet blir misbrukt av legemiddelindustrien i deres markedsføring av nye antidepressiver. Naiv og nyforelsket i nevroplastisitetens fortreffeligheter hadde jeg skrevet en litteraturgjennomgang på 60 sider om alle mulige måter nevroplastisitet kan økes på. Jeg oppfattet økt nevroplastisitet utelukkende som et argument for at noe ble bedre.

Det fins utallige tiltak og medisiner med egenskaper som øker nevroplastisiteten (1), uten at vi alltid vet hva dette har å si. De fleste er kjent med at barns hjerner er ekstra «plastiske», formbare, men det er jo også dette som gjør deres utvikling særlig sårbar. Maladaptiv nevroplastisitet kan også fremme uhelse og sykdom (3).

Moteord i populærkulturen

Nå snakker «alle» om nevroplastisitet. Jeg blir fortalt at vi bygger nye hjernebaner i yogatimen. Uttrykket *nevrokosmetikk* er brukt for å beskrive hvordan hudkremer påvirker våre emosjoner gjennom hjerne-hud-forbindelsen (4, 5). Et kosmetikkfirma skriver på sin nettside at «for å utløse nevroplastisitet, trenger du ganske enkelt å gjenta positive handlinger» (6). Jeg har

sett at *nevroplastisitet* blir nevnt i sammenhenger som spriker fra dietter og søvn til psilocybin og traumeterapi. Samtidig har jeg til gode å se at noen advarer om at økt nevroplastisitet (dersom den nevnte «intervensjonen» virkelig virker) også kan ha negative konsekvenser.

Bruk og misbruk av fagtermer

Det er slutt på den tiden da legene «eide» sine fagtermer alene. Nå brukes medisinske fremmedord bevisst i markedsføringen av kosmetikk og alternative behandlingsformer. Ordene kan ofte være så fremmede i slike sammenhenger at heller ikke legene vet hva de betyr.

Den forflatende bruken av uttrykket *nevroplastisitet* kan ses på som et eksempel på det hjerneforskeren Per Brodal for noen år siden kalte nevrokulturell imperialisme i et essay i Tidsskriftet (7). Dette fenomenet, der presise og ofte ganske smale fagtermer tas ut av sin faglige kontekst og blir del av populærkulturen som vage moteord, rammer ofte nevrovitenskapene. Men også andre deler av biomedisinsk forskning rammes.

Den økende bruken av ordet kan føre til at flere leger vil møte det i sin kontakt med pasienter. Som leger må vi klare å skille *nevroplastisitet* i klinisk forskning og praksis fra *nevroplastisitet* brukt som et retorisk virkemiddel i markedsføring av produkter og tjenester. ■

Mottatt 22.4.2025, godkjent 5.5.2025.

Martine Fimreite Wilhelmsen

martine.wilhelmsen@tidsskriftet.no

Martine Fimreite Wilhelmsen er lege og medisinsk redaktør i Tidsskriftet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Forflatning av fagtermer i jakten på lykke: Medisinske fremmedord brukes bevisst i markedsføringen av kosmetikk og alternative behandlingsformer, skriver Martine Fimreite Wilhelmsen. Illustrasjonsfoto: iStock / Tilpasset av Tidsskriftet



Litteratur

- 1 Johnson BP, Cohen LG. Applied strategies of neuroplasticity. *Handb Clin Neurol* 2023; 196: 599–609.
- 2 Jansen JKS. Plastisitet. Store medisinske leksikon. Lest 19.4.2025.
- 3 Nava E, Röder B. Adaptation and maladaptation insights from brain plasticity. *Prog Brain Res* 2011; 191: 177–94.
- 4 Cavanagh A. Can a cream make your skin happy? *Financial Times* 19.3.2024. Lest 11.4.2025.
- 5 Seo H. Maybe She's Born With It. Maybe It's Neurocosmetics. *The Atlantic* 10.6.2024. Lest 11.4.2025.
- 6 Rituals. Nevroplastisitet: Slik kan du omkoble hjernen din for ro. Lest 11.4.2025.
- 7 Brodal P. Nevrokulturell imperialisme. *Tidsskr Nor Legeforen* 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0707.

Latente variabler

Mange viktige egenskaper ved helse, medisin og atferd, som for eksempel motivasjon, depresjon eller kognisjon, er ikke direkte fysisk målbare. De er underliggende egenskaper, også kalt latente variabler, som ofte er assosiert med målbare og observerbare variabler.

Vekt, lengde og tid er eksempler på egenskaper vi måler med fysiske instrumenter. Valide og reproduserbare fysiske målinger er avgjørende for diagnostikk, pasientbehandling og medisinsk forskning. Likevel er mange helsetilstander – deriblant mental helse og livskvalitet – egentlig ikke fysisk målbare.

Måleinstrumenter for latente variabler

Selv om latente variabler ikke er direkte fysisk målbare, er det for både pasientbehandling og medisinsk forskning nyttig å tallfeste dem. Måling av latente variabler bygger på antakelsen om at disse er assosiert med noe vi kan tallfeste. En klassisk metode er å utvikle et sett med spørsmål som hver gir poeng på en skala, der man antar at tallverdien til hvert spørsmål er gitt av effekten til den underliggende egenskapen (den latente variabelen) vi vil undersøke, samt tilfeldig (måle)variasjon.

Statistiske metoder basert på en antatt sammenheng mellom latente og observerte variabler blir ofte illustrert grafisk, som vist i figur 1. De to store sirkelene angir to latente variabler – mental helse og livskvalitet. Vi antar at dis-

se latente variablene påvirker tallverdiene til et sett med spørsmål, ofte betegnet med det engelske uttrykket *items*. Firkantene uttrykker målbare og observerbare variabler, her representert ved fire spørsmål om mental helse og tre spørsmål om livskvalitet. Den observerte tallverdien til hvert spørsmål er også påvirket av tilfeldig (måle)variasjon, illustrert med mindre sirkler som påvirker de observerbare variablene (spørsmålene). Piler viser retningen på effekten – for eksempel at de latente variablene påvirker de observerbare variablene, og ikke motsatt. Korrelasjon mellom variabler vises ofte med dobbeltpil, som illustrert mellom de latente variablene mental helse og livskvalitet.

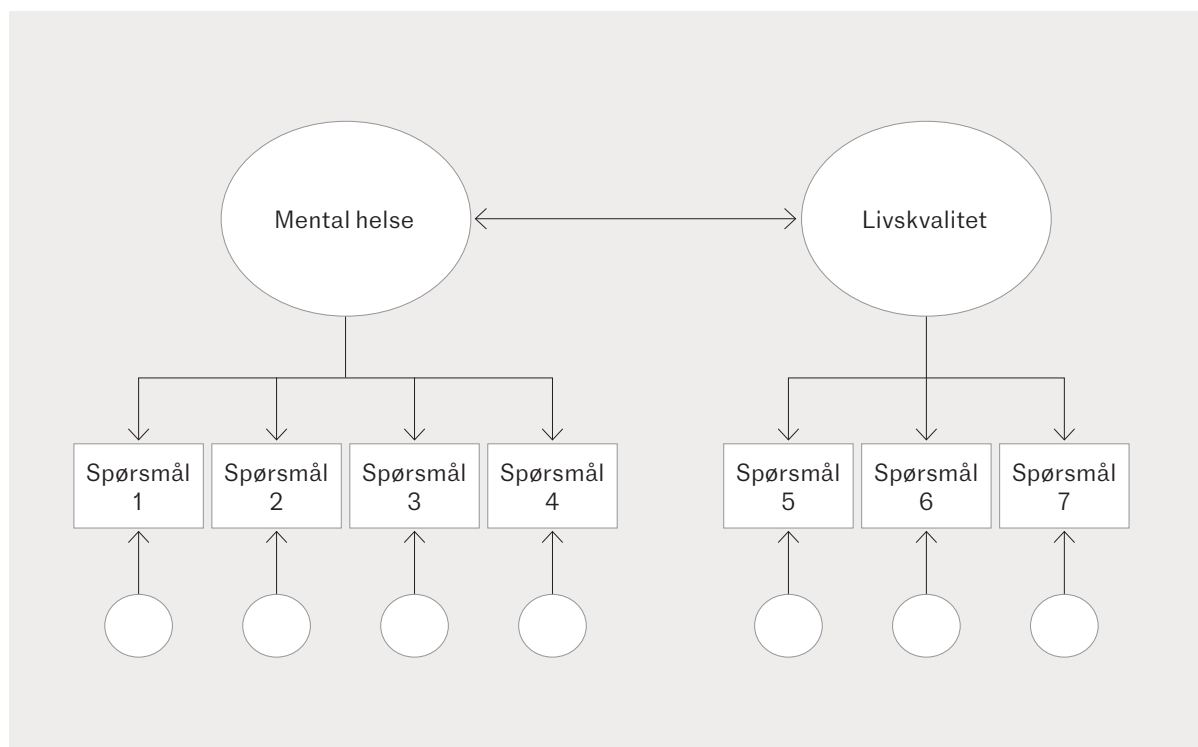
Statistiske metoder

Faktoranalyse er en vanlig statistisk metode for å analysere latente variabler. Den kan enten være eksplorativ, der man forsøker å finne et gitt sett av (ukjente) latente variabler, eller bekreftende, der man på forhånd antar en statistisk modell for sammenhengen mellom latente og observerbare variabler. Det er mulig å beregne verdier og fordelinger til de latente variablene. Den statistiske

Medisin og tall

Artikler om statistikk og vitenskapelig metode

Figur 1 Eksempel på en modell med to latente og syv observerbare variabler. De to latente variablene, mental helse og livskvalitet, påvirker henholdsvis fire spørsmål om mental helse (spørsmål 1 til 4) og tre spørsmål om livskvalitet (spørsmål 5 til 7). Mental helse og livskvalitet er korrelert med hverandre, som angitt med en dobbeltpil. Hvert spørsmål er påvirket av tilfeldig (måle)variasjon, vist med små sirkler.



sammenhengen mellom latente og observerbare variabler kalles ofte ladninger (engelsk: *loadings*). For å analysere årsakssammenhenger benyttes ofte strukturell ligningsmodellering (*structural equation modeling*), der man kombinerer faktoranalyse med former for regresjonsanalyser. Hvordan en underliggende latent variabel påvirker endringen av observerbare responsvariabler, kan bli analysert med oppgaveresponsteori (*item response theory*). Latent klasseanalyse (*latent class analysis*) identifiserer underliggende (latente) grupper eller klasser i et datasett, basert på mønstre i observerbare variabler (1). Hvis vi ønsker å modellere forløpet til en latent variabel over tid, er en forholdsvis ny og populær metode såkalt forløpsmodellering (*trajectory modeling*) (2).

Sumskår og andre skårer

I både klinisk arbeid og medisinsk forskning brukes systematiske og validerte spørreskjemaer, ofte betegnet som pasientrapporterte utfall (*patient reported outcome measures*; *PROM*) (3). Det er vanlig at sumskåren fra et sett av enkeltpørsmål gir et kvantitativt mål på pasientens perspektiv på for eksempel smerte, livskvalitet, funksjon eller psykisk helse. På sett og vis er dette en metodisk forenkling, da det egentlig er verdien til den underliggende latente variabelen vi ønsker å kvantifisere. Spørreskjemaene er ofte statistisk validert gjennom faktoranalyse og andre metoder basert på modellering av latente variabler. Det har blitt hevdet at man i stedet for sumskårer bør beregne den underliggende skåren til den latente variabelen gjennom faktoranalyse eller lignende statistiske metoder (4). Andre mener at sumskårer gir en mer standardisert og reproducerbar måling, og i praksis er like godt eller bedre egnet (5).

Det er de samme observerbare variablene som ligger til grunn for både sumskårer og mer avansert modellering av latente variabler, så sumskårer er kanskje en god, pragmatisk løsning på et komplekst problem. Hvilken egenskap sumskåren uttrykker, blir et spørsmål om validitet. Som man spør, får man svar – men på hva? ■

Are Hugo Pripp

apripp@ous-hf.no

Are Hugo Pripp er seniorforsker og biostatistiker ved Oslo senter for biostatistikk og epidemiologi, Forskningsstøtteavdelingen, Oslo universitetssykehus, og tilknyttet K.G. Jebsen-senter for hjernevæskeforskning. Han er professor II ved Fakultet for helsevitenskap ved OsloMet – storbyuniversitetet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Rabe-Hesketh S, Skrondal A. Classical latent variable models for medical research. *Stat Methods Med Res* 2008; 17: 5–32.
- 2 Hetherington E, Plamondon A, Williamson T. Trajectory Modeling with Latent Groups: Potentials and Pitfalls. *Curr Epidemiol Rep* 2020; 7: 171–8.
- 3 Churrua K, Pomare C, Ellis LA et al. Patient-reported outcome measures (PROMs): A review of generic and condition-specific measures and a discussion of trends and issues. *Health Expect* 2021; 24: 1015–24.
- 4 McNeish D, Wolf MG. Thinking twice about sum scores. *Behav Res Methods* 2020; 52: 2287–305.
- 5 Widaman KF, Revelle W. Thinking thrice about sum scores, and then some more about measurement and analysis. *Behav Res Methods* 2023; 55: 788–806.

KERN

KOMFORTABEL OG PÅLITELIG FOR PASIENTERS SKYLD

Presise vekter for klinikker, praksiser og pleie. Sertifisert i henhold til MDR (EU) 2017/745.



effektiv
hygienisk
kan kobles
til nettverk



www.kern-sohn.com



PROFESSIONAL MEASURING
SINCE 1844

Tekst og foto: Tori Flaatten Halvorsen

Med et stort hjerte for Ukraina

Anestesilege Håkon Wessel Asak vil ikke bare *snakke* om jobben med å evakuere skadde ukrainske soldater. Han ønsker å *vise* fram virkeligheten.

Sjeflege for Forsvarets luftvevakningsgruppe, Håkon Wessel Asak, har et gult og blått plast-armbånd med teksten «Free Ukraine» rundt håndleddet. Den rosa cowboyhatten fra profildet på Facebook mangler når han nå serverer nystekte surdeigsrundstykker hjemme i huset på Skøyen i Oslo. Anestesilegen ivrer etter å fortelle om de rundt 170 medisinske evakueringsene han har organisert for hardt skadde soldater fra Ukraina. Men han har også gjort mye annet – slik som langvarige jobboppdrag i Afghanistan og hjemtransporten av kong Harald da han ble syk under en ferietur i Malaysia.

– Det er dumt hvis jeg bare skal *snakke* om luftbroen med de skadde soldatene. Vi planlegger heller for at du kan være med på en evakuering fra Polen, foreslår Håkon.

Slik ble det. Dette intervjuet er delvis gjort rundt spisebordet på Skøyen, og delvis som observatør under en medisinsk evakuering av 19 skadde ukrainske soldater og noen av deres pårørende. Slik kunne jeg med egne øyne se den omsorgsfulle jobben Håkon og kollegaene har gjort nesten ukentlig siden 2022. Håkon har vært med over halvparten av gangene et ombygd SAS Boeing 737 eller et Hercules-fly har hentet soldater til behandling i ti ulike land innenfor EU.

En Hercules-maskin full av skadde soldater

– Jeg er stolt over at den første evakueringen skjedde bare tre uker etter den russiske fullskalainvasjonen av Ukraina i februar 2022. Det minste vi kan gjøre, er å fortsette å hente ut de mest ressurskrevende pasientene. Slik kan deres pressede helsevesen klare seg best mulig.

Det er i utgangspunktet ukrainske myndigheter som avgjør hvilke pasienter de ønsker å få transportert, men Håkon samarbeider med

ukrainske leger for å få dette til på best mulig måte. Det dreier seg særlig om pasienter med store brannskader som trenger intensiv behandling, samt pasienter med behov for gjentatte ortopediske operasjoner og videre behandling.

– Kriger tar aldri helg eller ferie. Det går ikke an å si at vi holder stengt fram til mandag klokka 08. Det ville vært en hån mot pasientene – og mot alle som jobber døgnet rundt i Ukraina. I starten jobbet vi ekstremt mye. Jeg ble provosert når kollegaer i Forsvaret begynte å snakke om arbeidstidsforskrifter her i Norge, samtidig som vi gjorde alt vi kunne for å hjelpe Ukraina. Jeg trodde de visste hva krig var.

Paramedisiner og sjefsersjant Bjørn Eidissen har i årevis samarbeidet tett med Håkon om ulike operasjoner innenfor Forsvarets sanitetsoppdrag. De traff hverandre for første gang under et felles oppdrag i Afghanistan. De to mennene tenker likt, har tydelig kommunikasjon seg imellom og virker til å være svært gode venner.

– Hvorfor gjør du ikke det jeg ba deg om, roper den ene inn i den andres øre.

Nå er vi inne i et trangt, støyende og overfylt Hercules-fly på vei mot Polen. Den ene er irritert på den andre når han ikke handler på en ordre gitt via felleskommunikasjonen i øreklokkene. Den andre svarer at kommunikasjonsutstyret plutselig ikke virker.

– Så bytt, da! sier den første irritert.

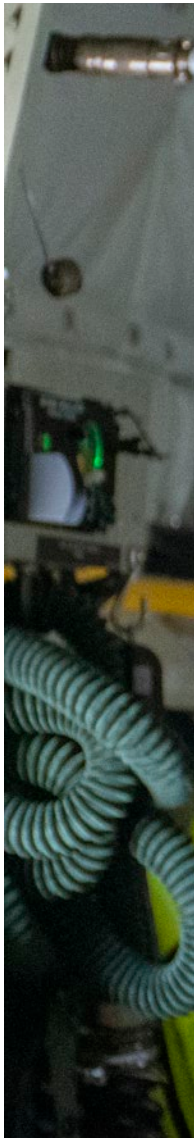
To minutter etterpå smiler de til hverandre og viser tommel opp-tegn. De har begge vært ute en vinterdag før. Håkons første utenlandsoppdrag var i 2006. Det var før han var ferdig med spesialiseringen i anesthesiologi.

Afghanistan

Håkons karriere i Forsvaret startet da han snublet over en jobbannonse. Forsvaret trengte en som kunne gjennomføre forsinket debrif for soldater

Innsats for Ukraina:

Håkon har vært med på over halvparten av de rundt 170 medisinske evakueringsene Forsvaret har gjennomført for å avhjelpe det ukrainske helsevesenet. På venstre skulder har han det ukrainske ambulansemerket, som han fikk av personell han stadig samarbeider med.



som hadde vært på FN-opppdrag i Libanon og Kosovo på 80-tallet. Håkon, som fortsatt er spesielt opptatt av nytten av debrif, søkte og fikk jobben. Gjennom arbeidet fikk han innblikk i situasjoner som interesserte ham. Kort tid etter så han et nytt oppslag, denne gangen om Forsvarets legendariske kurs i traumatologi og krigskirurgi, som han tok på veien for å bli anestesilege. Nå handlet det om et langvarig jobboppdrag i Afghanistan. Et nytt feltsykehus skulle etableres. Men før Håkon og de andre som fikk jobb hadde fått alt på plass, ble over 100 av de norske ansatte rammet av alvorlig gastroenteritt.

– Utbruddet kom etter at jeg hadde meldt til arbeidsgiver at det var uklokt å spare penger ved å benytte lokalt kjøkken. Hygienen på kjøkkenet var – med all respekt å melde – ikke bra. Før jeg fikk svar på varslingen, ble mange av kollegaene veldig raskt og veldig alvorlig syke. Det var flaks at ingen ble funnet døde utendørs eller i sengene sine etter at de la seg i mørket i køyesengene den kvelden.

Den unge Håkon holdt seg heldigvis frisk. Han antok at det var *Shigella*, leste seg opp på antibiotika og kjørte på med ciprofloksacin. Tyske kollegaer ville vente med antibiotika inntil man fikk resistensbestemmelse fra laboratoriet i Kabul.

– Den kjeften tålte jeg. Vi kunne ha mistet noen. Etterpå fikk vi eget feltkjøkken.

Dagene på feltsykehuset kunne være travle, men det var også dager uten aktivitet. Tomgang i felt er ikke Håkons sterkeste side. Dessuten må ressursene utnyttes og nettverk utvikles. Særlig anestesilegene ble hilst velkommen inn i den lokale helsetjenesten, som manglet slik kompetanse. Håkon ville gjerne både lære bort og samle erfaring.

Utdanning i Polen

Ifølge Håkon var det en tilfeldighet at han ble lege. Faren, som nå er en pensjonert gastromedisiner, la et golfblad på gutterommet da sønnen kom hjem til Kongsvinger etter endt befalsskole. Han fikk rett i at annonsen om en ny —>

Jeg ble provosert når kollegaer i Forsvaret begynte å snakke om arbeidstidsforskrifter her i Norge, samtidig som vi gjorde alt vi kunne for å hjelpe Ukraina. Jeg trodde de visste hva krig var



engelskspråklig legeutdanning i Warszawa ville vekke sønnens interesse.

Sammen kjørte far og sønn til Malmø for et intervju med ansatte på det polske universitetet. På veien hørte de en nyhetssending på bilradioen om en svensk militærlege som havnet i et etisk dilemma da en soldat begynte å skyte rundt seg inne på en militærleir. Legen var klar på at alle skulle reddes – uansett hva den enkelte hadde gjort.

– Det er rart at jeg kom på den historien akkurat nå. Den minner meg om den dagen vi fikk meldt inn en skadd Taliban-soldat. Da måtte jeg mobilisere litt ekstra.

Pasienten ble ikke liggende på samme rom som Nato-soldater eller stridende afghanske soldater som kjempet mot Taliban. Senere fikk Håkon opplysninger om at pasienten kanskje var en afghansk gjeter.

– Jeg vet fortsatt ikke hva som var sant. Men historien illustrerer at vi leger må være lojale mot de legeetiske prinsipper om at alle skal behandles likt – uansett hva den enkelte har vært med på.

Kongen på ferie i Malaysia

Håkon undret seg over at mange nordmenn ble opprørte over at vår aldrende monark hadde dratt på ferie til Malaysia. Det ble satt spørsmålstejn ved ressursbruken da han trengte hjemtransport for å få behandling.

– Eldre nordmenn reiser overalt i verden. Noen ganger må de hentes hjem. Det vet vi i helse-tjenesten.

Håkon minner om at journalister sjelden vet alt. Det var mange hensyn som måtte ivaretas.

– Dette måtte gjøres på en verdig og trygg måte. Og for en takknemlighet vi opplevde fra både kongen og dronningen. Snakk om jordnære folk. Oppi alt var de opptatt av at Ukraina-opdragene ikke skulle affiseres. Vi fikk til begge deler. Det skulle bare mangle.

Et Hercules-fly fylt av dedikerte helsearbeidere

Allerede før *inbriefen* på Gardermoen militærflyplass snakker Håkon og de andre på teamet om «den maktsyke Putin». Under et stort ukrainsk flagg og et banner med påskriften «Norwegian Armed Forces, Joint Medical Services» sitter Håkon sammen med flere fra dagens team. Håkon opplyser om at det denne gangen blir maksimalt én intensivpasient. Ellers forventer den faglige lederen en ganske standard evakuering.

– Men det betyr ikke at vi ikke skal yte maksimalt. Det er meldt inn flere barn på listen over pårørende. Kan en ta med leker til dem? spør Håkon, som forteller at de sist gang hadde med seg alvorlig brannskadde barn med behov for avansert intensivbehandling.

Teamet er håndplukket. På hvert oppdrag er det to anestesileger, samt spesialsykepleiere og paramedisinere med mye erfaring. Sist gang var det 340 søkere til fire ikke-legestillinger. De testes både fysisk og psykisk før de er gjennom en heftig utvelgelsesuke. Håkon og Bjørn er veldig fornøyd med dem som de var med på å velge ut sist.

– De er faglig flinke, har pågangsmot og stor arbeidskapasitet. I tillegg er de omsorgsfulle og har evnen til å gjøre andre i teamet gode. Vi har



Tidlig innsats: Håkon var med på å bygge opp det norske feltsykehuset i Mazar-e Sharif, nord i Afghanistan. Året var 2006, han var 33 år, og det var fortsatt to år igjen før han fikk spesialiteten innen anesthesiologi. Foto: privat

Håkon Wessel Asak

Født 18. oktober 1973 i Oslo, oppvokst i Kongsvinger

Medisinsk embetseksamen, University of Warsaw, 1994–2000

Spesialist i anesthesiologi, 2008

Anestesilege i Norwegian Deployable Hospital, Afghanistan, 2006, 2008, 2010, 2012 og Tsjad, 2009

Anestesilege på legeambulansen 119 i Oslo, 2011–17

Overlege ved luftambulansbasen i Arendal, 2014–d.d.

Overlege ved 330 skvadron Rygge, redningshelikoptertjenesten, 2016–d.d.

Fast ansatt i Forsvaret (teamleder på kirurgisk team, Forsvarets overlege i anesthesi og som regimentslege i Sanitetsregimentet), 2008–d.d.

Gjennomført Stabsskolen ved Forsvarets høgskole, 2018

Oberstløytnant, 2013–18, regimentslege i Sanitetsregimentet, 2020–22 og Senior Medical Officer / Oberstløytnant, Forsvarets sanitet (FSAN), 2018–d.d.

Sjeflege og fagansvarlig for Forsvarets luftevakueringsgruppe, Forsvarets sanitet, 2022–d.d.

Tildelt Forsvarets medalje for internasjonal tjeneste og Forsvarsmedaljen med laurbærgren, mai 2025





Arbeid under støy: Fly lander og tar av tett innpå der Håkon venter på soldatene som skal evakueres under Operasjon Ellisiv. Navnet kommer fra prinsessen av Kyiv, som ble dronning av Norge da hun giftet seg med Harald Hardråde. Armbåndet understreker sympatien han har med de skadde soldatene. Foto: Tori Flaatten Halvorsen

faktisk aldri konflikter eller uoverensstemmelser i teamet. Alt blir tatt med en gang. Mange har hatt kontrakter her siden 2012.

Alle på teamet må ha klinisk arbeid som en del av jobben sin i den sivile helsetjenesten. Håkon er selv fulltidsansatt i Forsvaret. En del av arbeidskontrakten sier at han må opprettholde de kliniske ferdighetene. Det gjør han ved å jobbe ved anestesivdelingen på Oslo universitetssykehus, samt på SAR Queen-helikopteret på 330 skvadron på Rygge.

En flyvende intensivenhet

I løpet av et par timer er Hercules-maskinen gjort om til en flyvende intensivenhet på vei mot Polen. Neste morgen legges det ut bårer på bakken bak flyet. Bare de dårligste pasientene kommer direkte fra Ukraina samme morgen. De øvrige har gjort unna den tidkrevende grensepasseringen dagen før. De har overnattet i en lokal hall, med helsepersonell til stede. Denne logistikken gjør at alt flyter ekstremt godt. Både ukrainske og polske ambulanser, samt en pasientbuss donert av Norge, parkeres utenfor flyets bakkropp.

– Jeg er imponert over hvordan legene klarer å få hardt skadde pasienter over kneika. Både de og vi har lært mye underveis.

Norske helsearbeidere, godt assistert av den ekstremt viktige tolken, hilser og forklarer hva

som skal skje. Med unntak av én, er alle mannlige soldater som er skadd i krigen. Aldersspennet er fra myndighetsalder og helt opp mot pensjonsalder. Eksterne fiksasjoner på én eller flere ekstremiteter stikker ut av klærne på mennene som nå får hjelp til enda et bærebytte. Idet de bykser seg over, ser jeg at noen mangler et ben eller noen fingre eller har fått knust andre deler av kroppen. Skadene har ikke bare gått utover evnen til å gå, men også mulighetene til å spise, snakke, se eller puste på vanlig vis. Det er operert inn både PEG-sonde og trakeostomi. Mange er fortsatt ikledd soldatuniform, selv om de umulig kan ha vært i krigen på lenge.

– Vi har med oss to intensivracker denne gangen, den ene i reserve. Men pasienten som skulle benytte den første, døde på sykehuset før han rakk å bli evakuert, forteller Håkon.

Lite bagasje og bare noen få pårørende

Pasientenes bagasje er stort sett en liten militærsekk, krykker og rullestoler, i tillegg til en taske eller dokumentmappe som blant annet inneholder medisinske papirer og mobiltelefoner. Mappene holdes tett inntil kroppen og er gjerne pyntet med de ukrainske fargene eller et kart over Ukraina.

Krigens realiteter: Unge soldater kan ikke lenger gå på sine egne ben. De evakueres på bårer med sine medisinske journaler liggende på brystet. Krykker, rullestoler og litt bagasje følger med når de nå skal ferdigbehandles i land der de fleste ikke kan gjøre seg forstått. Foto: Tori Flaatten Halvorsen

De store skadene vi har sett, er ikke naturlige skader. Dette er krigens grufulle ansikt. Det er unaturlig å ikke reagere på dette

Alt skjer så stille. De skadde soldatene snakker minimalt. Blikkene flakker, og det ser ut til at det kan være vanskelig å legge hodet ned på puta. Først når flyet har tatt av og hjertebrettet er satt opp, slik at man kan ha mer oversikt over det som skjer rundt seg, er det rom for å lukke øynene.

– Flere har PTSD – av helt forståelige grunner, forteller Håkon.

Enkelte har med ektefellene sine, og andre har med seg mødrene sine, men de fleste reiser alene. De påmeldte barna kommer likevel ikke. Håkon håper at de har et bedre sted å være enn i dette flyet, som er fylt opp av krigens grusomheter. Håkon har selv to barn hjemme.

Beskytte seg selv og de krigsskadede

I starten av evakueringene var Håkon opptatt av historiene til hver enkelt. Etter hvert begynte han å tenke at det ikke var bra verken for ham eller for pasientene at de for eksempel skulle se på videoer med forferdelige krigshandlinger som soldatene hadde filmet på telefonene sine.

– Vi ser pasientene bare noen timer, i et støyende fly og uten å kunne snakke deres eget språk. Kanskje det egentlig blir en retraumatisering for dem. Jeg ser for meg at jeg har en sekk som fylles av vanskelige inntrykk fra jobben. Den må ikke fylles unødvendig opp – i alle fall ikke på lenge.

Stemningen blir en annen når flyet er i lufta, alles vitale verdier er sjekket og vurdert til å være stabile. Man starter servering med wraps, juice og norsk melkesjokolade for dem som kan og vil.

Etter første landing tør en pårørende å fortelle tolken at de må tisse og er røyksugne. De får følge til toalettet på flyplassen, og helsearbeiderne deler fra sine norske snusbokser. Rausheten virker til å lette på atmosfæren. Når pasientene forlater flyet ved nye mellomlandinger, ønsker tolken og helsearbeideren hver enkelt lykke til videre. De forlater flyplassen i ambulanser, akkurat slik Håkon hadde forventet og planlagt, men nå uten tolk. De færreste snakker engelsk. Det knyter seg i magen ved tanken på at de reiser videre uten at noen kan forstå hva de sier.

– Hvordan livene til de krigsskadede mennene blir, vet ingen. Jeg frykter at noen av dem har vel store forventinger til hva helsetjenestene kan gjøre.

Denne gangen skal ingen av pasientene til Norge. Når sistemann er avlevert et sted i Europa, gir flere av helsepersonellet hverandre en klem. Deretter demonteres hele den flyvende intensivposten.

– De store skadene vi har sett, er ikke naturlige skader. Dette er krigens grufulle ansikt. Det er unaturlig å ikke reagere på dette. Dere må snakke sammen med dem dere har rundt dere. Både Bjørn og jeg er tilgjengelige 24/7, avslutter Håkon, før helsearbeiderne igjen gir hverandre en klem og det spesielle intervjuet i to deler avsluttes. ■

Tori Flaatten Halvorsen

tori.f.halvorsen@gmail.com

Ansvarlig: Håkon har det faglige ansvaret for evakueringene. Han samarbeider tett med alle i evakueringskjeden og hjelper helsepersonellet når det trengs. Foto: Tori Flaatten Halvorsen



Benferol er et reseptbelagt D-vitamin (kolekalsiferol) til forebygging og medisinsk behandling av vitamin D-mangel.

Startdose 50 000 IU

Månedlig 25 000 IU

Ukentlig 5600 IU

400 IU | 800 IU



Benferolserien har et bredt utvalg med mulighet for daglig, ukentlig eller månedlig dosering for å imøtekomme pasientens behov og ønsker og dermed øke etterlevelsen

www.benferol.nu

Benferol (kolekalsiferol, vitamin D₃) 400 IU, 800 IU, 5600 IU, 25 000 IU og 50 000 IU kapsler, myke.

Indikasjon: Forebygging og behandling av D-vitaminmangel. For 5600, 25 000 og 50 000 IU skal det være identifisert risiko. Som supplement ved spesifikk osteoporosebehandling hos pasienter med D-vitaminmangel (25 000 og 50 000 IU) eller risiko for D-vitaminmangel, fortrinnsvis i kombinasjon med kalsium.

Dosering: Anbefalt dose varierer. Se SPC for mer informasjon om dosering. **Vitamin D-mangel:** Dosen justeres i forhold til ønskede serumnivåer av 25-hydrokolekalsiferol (25(OH)D), alvorlighetsgraden av sykdommen og pasientens respons på behandlingen. Daglig dose bør ikke overskride 4000 IU. **Symptomatisk vitamin D-mangel (25 000 og 50 000 IU):** Startdose på 2 x 50 000 IU i løpet av én uke. En vedlikeholdsdose på 25 000 IU bør vurderes én måned etter startdosen.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Kontraindikasjoner: Sykdommer og/eller tilstander som fører til hyperkalsemi eller hyperkalsiuri. Nefro-

litiasis. Nefrokalsinose. Hypervitaminose D. Overfølsomhet overfor innholdsstoffene.

Advarsler og forsiktighetsregler: Forskrives med forsiktighet til pasienter med sarkoidose pga. risiko for økt vitamin D metabolisme til dens aktive form. Ved langtidsbehandling bør kontroll av kalsiumnivåene i serum og nyrefunksjonen ved målinger av serumkreatinin foretas. Overvåking er spesielt viktig hos eldre pasienter som får samtidig behandling med hjertelegykosider eller diuretika og pasienter med stor tendens til calculusdannelse. Ved hyperkalsiuri eller tegn på nedsatt nyrefunksjon bør dosen reduseres eller behandlingen seponeres. Vis hensyn ved forskrivning av andre legemidler som inneholder vitamin D, og kontroller kalsiumnivåene i serum samt utskillelse av kalsium i urin ofte. Pasienter som behandles med månedlige doser på 25 000 eller 50 000 IU bør rådes til ikke å bruke andre preparater inneholdende vitamin D samtidig. **Nedsatt nyrefunksjon:** Brukes med forsiktighet. Bør ikke brukes ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. **Pediatrik populasjon:** Benferol skal ikke brukes hos barn under 6 år og bør brukes med forsik-

tighet hos barn i alderen 6 til 12 år.

Graviditet og amming: Anbefales ikke ved graviditet dersom det ikke foreligger vitamin D-mangel, da daglig inntak ikke bør overskride 600 IU. Kan brukes under amming i anbefalte doser ved vitamin D-mangel. Vitamin D₃ går over i morsmelk som må tas hensyn til når det gis vitamin D-tilskudd til barnet.

Pakninger og priser: 400 IU: 90 stk. (blister), 141,60 kr. 800 IU: 90 stk. (blister), 170 kr. 5600 IU: 12 stk. (blister), 151,50 kr. 25 000 IU: 3 stk. (blister), 97,20 kr. 50 000 IU: 3 stk. (blister), 123,80 kr. **Reseptgruppe:** C

For ytterligere informasjon se fullstendig preparatopptale (SPC) eller www.felleskatalogen.no.

Innehaver av markedsføringstillatelsen og kontaktinformasjon: Consilient Health

Rådgivningssamtaler kan bidra til utvidet forståelse av legerollen

Med hjelp fra Villa Sana ble leger bevisst på sider ved den medisinske profesjonsrollen som hadde gjort selvivarettakelse vanskelig.

Siden 1998 har leger og medisinstudenter hatt mulighet til å delta i rådgivningssamtaler og kurs ved Villa Sana på Modum Bad. Tilbudet er finansiert av Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (1) og har som formål å styrke bevisstheten rundt legerollen, forebygge utbrenthet og fremme helse og livskvalitet.

Oppfølgingsstudier har tidligere vist bedring i jobbstress og utbrenthet et og tre år etter intervensjonen på Villa Sana (2–5). For å forstå hva som bidro til denne endringen, gjorde vi en kvalitativ studie (6). Tolv leger – åtte kvinner og fire menn – som nylig hadde deltatt i samtale eller kurs ved Villa Sana, ble intervjuet i 2018 og reintervjuet ett år senere. Deltakerne var 25–70 år, representerte ulike spesialiteter og kom fra ulike deler av landet.



Villa Sana, Modum Bad. Foto: Unni Tobiassen Lie

I analysene benyttet vi teorier basert på arbeidet til organisasjonspsykolog Edgar Schein (1928–2023). Han beskrev hvordan profesjonskulturer kan preges av uskreve regler som er så selvsagte og dypt integrerte at de fremstår som udiskutable. Slike regler er vanskelige å oppdage – og enda vanskeligere å endre. De kan imidlertid avdekkes ved å identifisere uoverensstemmelser mellom uttalte verdier og faktisk praksis, for eksempel knyttet til egenomsorg. Å bli bevisst slike forskjeller kan hjelpe den enkelte til å utfordre de uskreve reglene og åpne for endringer i både vurderinger og atferd.

Vi analyserte intervjuene fra hver deltaker for å identifisere mulige sammenhenger mellom rapporterte endringer i praksis og endringer i forståelsen av profesjonsrollen.

Deltakerne ga uttrykk for ny eller økt bevissthet om gapet mellom egne krevende jobb- og livssituasjoner og profesjonskulturens forventning om å håndtere dette uten støtte. Etter ett år uttrykte legene økt aksept for at profesjonsrollen også må romme menneskelige begrensninger, sykdom og egenverdi – uavhengig av prestasjon på jobb. Denne erkjennelsen åpnet mulighet for å påvirke egen arbeidssituasjon, søke nødvendig behandling og skape en mer bærekraftig hverdag.

Erfaringene fra leger som har oppsøkt Villa Sana, viser at det er behov for møteplasser der den medisinske profesjonsrollen kan diskuteres og utvikles i retning av større rom for ivarettakelse av legers helse- og arbeidssituasjon. Et eksempel er et pilotprosjekt i Vestre Viken med veiledningsgrupper for LIS-leger om selvivarettakelse i legerollen (7). Administrerende direktør i Vestre Viken Lisbeth Sommervoll sier: «Det handler om å ta vare på folkene våre, slik at de blir værende, og slik at de har lyst til å jobbe her gjennom et langt arbeidsliv.» ■

Karin Isaksson Rø

karin.ro@lefo.no

Karin Isaksson Rø er ph.d., spesialist i arbeidsmedisin, overlege ved Villa Sana og seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet.

Ingrid Taxt Horne

Ingrid Taxt Horne er ph.d., psykiater og overlege ved Villa Sana, Modum Bad.

Litteratur

- 1 Legeforeningen. Helse- og omsorgstilbud for alle leger og medisinstudenter. Lest 5.6.2025.
- 2 Rø KE, Gude T, Aasland OG. Does a self-referral counselling program reach doctors in need of help? A comparison with the general Norwegian doctor workforce. *BMC Public Health* 2007; 7: 36.
- 3 Rø KE, Gude T, Tyssen R et al. Counselling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study. *BMJ* 2008; 337: a2004.
- 4 Isaksson Rø KE, Tyssen R, Hoffart A et al. A three-year cohort study of the relationships between coping, job stress and burnout after a counselling intervention for help-seeking physicians. *BMC Public Health* 2010; 10: 213.
- 5 Isaksson Rø KE, Tyssen R, Gude T et al. Will sick leave after a counselling intervention prevent later burnout? A 3-year follow-up study of Norwegian doctors. *Scand J Public Health* 2012; 40: 278–85.
- 6 Horne IMT, Veggeland F, Bååthe F et al. How Peer Support Enables a More Sustainable Professional Medical Role: A Qualitative Study. *Prof Prof---* 2025; 15. doi: 10.7577/pp.5945.
- 7 Ondroková CØ. Pilotprosjekt tar legehelse inn i LIS-utdanningen. *Dagens medisin* 5.10.2023. Lest 9.6.2025.

Fra LEFO

Artikler fra
Legeforsknings-
instituttet



SHINGRIX

VAKSINE MOT HELVETESILD
(REKOMBINANT, MED ADJUVANS)

Nye langtidsdata¹

Helvetesild kan forebygges med vaksine¹

Shingrix gir opptil 97 % effekt mot helvetesild hos voksne \geq 50 år^{1}**

Langtidsoppfølgingsstudie for Shingrix viser 82% vaksineeffekt 11 år etter vaksinerings^{1}**

Indikasjon: Shingrix er indisert for å forhindre herpes zoster (HZ) og postherpetisk neuralgi (PHN) hos voksne \geq 50 år og voksne \geq 18 år med økt risiko for HZ. Bruk av Shingrix skal være iht. offentlige anbefalinger.

Dosering: Primært vaksinasjonsskjema består av 2 doser à 0,5 ml. Andre dose gis etter 2 mnd. Ved behov for fleksibilitet, les mer i preparatomtalen.

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON:

- Vaksinerings bør utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. En lett infeksjon, som en forkjølelse, er imidlertid ikke en kontraindikasjon for vaksinasjon.
- Gis med forsiktighet hos individer med trombocytopeni eller blødningsforstyrrelser da blødning kan oppstå etter i.m. injeksjon.

Les preparatomtalen for mer informasjon før forskrivning av Shingrix. Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på tlf: 22 70 20 00.

Pris: 2257,20 kr per sett (1 hetteglass pulver til injeksjonsvæske, 1 hetteglass 0,5 ml suspensjon til injeksjonsvæske). Reseptgruppe C. Shingrix er en ikke-levende vaksine.

*To fase III-, placebo-kontrollerte, observatør-blindede effektstudier med Shingrix ble utført hos voksne \geq 50 år med 2 doser administrert med 2 måneders mellomrom:¹

- ZOE-50: Totalt vaksinerte kohort (TVC) på 15 405 voksne \geq 50 år som fikk minst én dose av enten Shingrix (n=7 695) eller placebo (n=7 710). Alder \geq 50 år: vaksineeffekt 97,2 %, 95 % KI [93,7; 99,0]. Median oppfølgingsperiode 3,1 år.
- ZOE-70: TVC på 13 900 voksne \geq 70 år som fikk minst én dose av enten Shingrix (n=6 950) eller placebo (n=6 950). Alder \geq 70 år (ZOE-50 og -70 samlet): vaksineeffekt 91,3 %, 95 % KI [86,8; 94,5] Shingrix (n=8 250) vs. placebo (n=8 346). Median oppfølgingsperiode på 4,0 år.

**ZOE-LTFU: Langtidsoppfølgingsstudie av ZOE-50 og ZOE-70. Predefinert og deskriptiv analyse på vaksineeffekt mot første eller eneste helvetesildepisode mens ZOE-LTFU-studien varte, hos deltakere \geq 50 år. ZOE-LTFU startet på median på 5,6 og endte på median 11,4 år etter vaksinasjon. Vaksineeffekt ble vurdert i mTVC-analysen hos personer \geq 50 år, og deltakere med bekreftet helvetesild under ZOE-50/70 ble ikke tatt i betraktning. Historisk kontroll i ZOE-LTFU er basert på placebogruppen i ZOE-50/70-studiene, med antall deltakere (N) og oppfølgingsstid antatt å være den samme som i den vaksinerte gruppen. VE-estimater ble justert for region.

Referanser: 1. Shingrix preparatomtale (https://www.ema.europa.eu/no/documents/product-information/shingrix-epar-product-information_no.pdf).




Shingrix
preparatomtale

For mer informasjon:
shingrix.no

Trade marks are owned by or licensed to the GSK group of companies.
©2025 GSK group of companies or its licensor.
PM-NO-SGX-JRNA-250001, september 2025

GSK



Vi har fått oss hund.

Det er en vegansk mynde.

**Det er lett
å bli lurt.
Og lurt å være
litt kritisk.**



Redaktørstyrte
medier

Blir lange fagartikler lest?

Å skrive gode fagartikler er en egen kunst. Veien fra et første famlende utkast til å få artikkelen akseptert i et fagtidsskrift kan ofte være lang og kronglete.

Mange fagartikler er etter mitt skjønn for lange. Trolig skyldes dette at det er mer krevende å skrive kort enn langt. I et brev beklaget den franske filosofen Blaise Pascal (1623–62) seg over at han dessverre ikke hadde hatt tid til å skrive kortere.

I 1867 harselererte Aasmund Olavsson Vinje (1818–70) med «den lærde Philologen» som han mente var kjennetegnet ved «lange Inleidningar til stutte Tankar». Hans klare oppfordring var å gå rett på sak.

En tørr og kjedelig tittel gjør at mange faller fra allerede her. Skal man pirre lesernes nysgjerrighet, bør man finne en kort, dekkende og helst fengende tittel. Lykkes man med det, nøyer de fleste seg med å lese ingressen eller sammendraget, så hovedbudskapet bør fremstå kort og lettfattelig her. I vår digitale og tabloide tid mister vi visstnok konsentrasjonen etter bare 7–8 sekunder.

I lange artikler kan hovedbudskapene koke bort i kålen. Fra tid til annen får jeg tilsendt artikkelutkast til gjennomsyn, noe som i de fleste tilfeller betyr hjelp til nedkortning eller spissing. For kolleger med tendens til ordgyteri minner jeg om at en leservennlig periode ikke bør inneholde mer enn 20–25 ord. Og gode førsteutkast er en sjeldenhet, som oftest er det behov for mange omskrivninger. Det er med skriving som alt annet her i livet, det hjelper med trening. Jeg minner også om Watson og Crick som i 1953 beskrev DNA-strukturen – den høyredreide dobbeltheliksen – på én drøy side i Nature.

Når det gjelder å uttrykke seg skriftlig, er trolig våre kirurger de mest ordknappe. Fra en kirurgisk avdeling kan jeg huske følgende epikrise: «Pasienten kom inn med spørsmål om appendisitt. Det stemte. Operativ behandling. Ukomplisert forløp».

Tidsskriftredaktører er frimodige personer. Etter at å ha mottatt artikler ber de travle kolleger om hjelp til å kvalitetssikre dem. Merkelig nok anses denne fagfelleordningen for tiden som gullstandarden. For fagfellene er dette arbeidet verken meritterende eller innbringende – det forventes at de gjør det gratis. De får gjerne også knappe tidsfrister, selv om alle vet at en grundig vurdering av et manuskript kan ta tid. Som om ikke det er nok, det stilles krav om at vurderingen har en saklig og objektiv form, helst bør den også være positiv og oppmuntrende.

For kolleger som har sendt inn et manuskript, kan denne ordningen fortone seg som det reneste lotteri.

Enkelte fagfellevurderinger har et sterkt subjektivt preg, og i en hektisk hverdag kan selv åpenbart forskningsjuks gå under radaren. Det er flere enn meg som lurer på om denne ordningen er bærekraftig.

Forfattere frykter særlig fagfelle 3, ofte kalt *the reviewer from hell*, som mistenkes for å ha foretatt vurderingen under et anfall av podagra. Man må da regne med noen nedrige tilbakemeldinger, i verste fall en drepende og nådeløs dom. Her er noen, riktignok fiktive, eksempler:

«Den knusktørre tittelen fryktet jeg bar bud om en lang og søvndyssende artikkel. Dessverre fikk jeg rett.»

«Hvis det er riktig at dåren bruker mange ord, har vi her åpenbart med dårer å gjøre. Det er sjelden å lese forfattere som er så rause med ord og så gjerrig med punktum. I Tyskland heter det 'In der Beschränkung zeigt sich erst der Meister'. Her var det ingen mestertakter å spore.»

«Det er mulig det er sant det disse forskerne har funnet, men er det interessant? Nei og atter nei. Dette minnet litt om dem som fant at skaderisikoen økte med fallhøyden.»

«Dette manuset er fullt av språklig ugress – det er behov for omfattende luking.»

«Denne artikkelen inneholder mye nytt og interessant. Dessverre er det nye ikke interessant, og det interessante er ikke nytt.»

«Etter å ha lest det jeg mener er kladden til en artikkel, lurer jeg fortsatt på hvorfor forfatterne gjorde studien, hva de egentlig fant, og hva funnene betyr. Verken faglig eller språklig holder dette mål. Fremfor å skrive vil jeg foreslå at disse forfatterne finner seg noe annet å gjøre. Alternativt kan de forsøke tidsskriftet 'Journal of rejected articles!'»

«Når man planlegger en studie, er første bud å lese seg opp på hva som tidligere er gjort innen fagfeltet. Å unnlate å referere til mine *benchmark studies* er intet mindre enn en kardinalfeil. Jeg foreslår at redaksjonen arkiverer dette manuset under bokstaven S. S for søppel. Forfatterne burde vært saksøkt.» ■

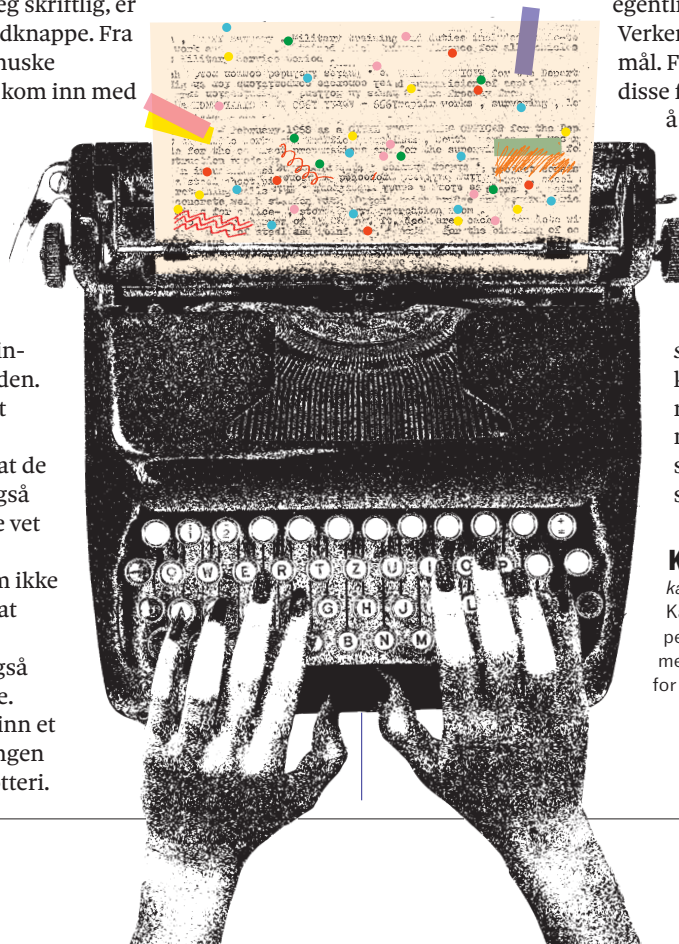
Karl O. Nakken

karln@ous-hf.no

Karl O. Nakken er dr.med., nevrolog og pensjonert overlege. Han var i mange år medisinsk ansvarlig ved Spesialsykehuset for epilepsi i Sandvika.

Legelivet

Personlige tekster om livet som lege



Julie Didriksen

julie.didriksen@tidsskriftet.no

Et glimt fra den sjette kolerapandemien

Nr. 11/1921

I Tidsskriftet nr. 11/1921 finnes en liten nyhetssak basert på noen telegrammer om kolera i Russland (Tidsskr Nor Lægeforen 1921; 41: 504). Konteksten for denne lille notisen er intet mindre enn den sjette kolerapandemien, som startet i India i 1899, der den tok minst 800 000 menneskeliv, før den regnes som over i 1923. Pandemien hadde altså de siste par tiårene beveget seg nådeløst vestover, og i 1921 pågikk i tillegg den russiske borgerkrigen (1918–22).

«Sovjetunionen: Arbeidere i alle land, foren dere! Husk kolera – disse uhygieniske vanene fører til kolera.» Folkeopplysning fra Kiev-regionen i 1921. Fargelitografi: Wellcome Collection / CC BY-NC 4.0

Koleraen paa fremmarsj?

I telegrammer til et par Kristianiaaviser 18de mai meldes, at koleraen fremdeles utbreder sig, særlig i de sydøstlige deler av europæisk Rusland. Mest kritisk er stillingen i Drejetbassin, hvor sygdommen har faat fotfæste i Rostov. Fra Moskva er til denne by sendt 1000 kolera-barakker til de 600, som byen har i forveien. ■



Ph.d.-disputaser

Kristine Elvevold Andreassen

From Resilience to Resistance: A longitudinal multimodal ethnographic study among young Haitians.

Utgår fra Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet. Disputas 29.8.2025.

Bedømmelseskomité: Lisa Stevenson, McGill University, USA, Martin Demant Frederiksen, Aarhus Universitet, Danmark og Torsten Risør, UiT Norges arktiske universitet.

Veileder: May-Lill Johansen.

Phoi Phoi Diep

Outcome and cost-utility of hematopoietic stem cell transplantation in Norwegian children, adolescents, and young adults 1974–2009.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 28.8.2025.

Bedømmelseskomité: Marianne Ifversen, Rigshospitalet, Danmark, Håkon Reikvam, Universitetet i Bergen og Marianne Grønlie Guren, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Ellen Ruud, Geir Erland Tjønnfjord og Jon Håvard Loge.

Vera Jane Erchinger

Neurobiological underpinnings of electro-convulsive therapy studied with magnetic resonance techniques.

Utgår fra Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen. Disputas 18.8.2025.

Bedømmelseskomité: Robert Bodén, Uppsala Universitet, Sverige, Anouk Schrantee, University of Amsterdam, Nederland og Lene Bjerke Laborie, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Leif Oltedal og Lars Erstrand.

Ingvild Kristin Elisabeth**Finckenhagen Farnes**

Optimizing the Diagnostic Work-Up and Treatment for Borderline Resectable – and Locally Advanced Pancreatic Cancer: Insights from the NORPACT-2 Trial.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 19.8.2025.

Bedømmelseskomité: Ajith Siriwardena, University of Manchester, Storbritannia, Roald Flesland Havre, Universitetet i Bergen og Marianne Grønlie Guren, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Knut Jørgen Labori og Caroline Sofie Verbeke.

Titas Gladkauskas

Germline Platelet-Derived Growth Factor Receptor Beta Variants in Human Disease.

Utgår fra Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen. Disputas 25.8.2025.

Bedømmelseskomité: Line Kessel, Københavns Universitet, Danmark, Kristian Pietras, Lunds Universitet, Sverige og Morten Lund-Johansen, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Cecilie Bredrup og Eyvind Rødahl.

Martin Alavi Treider

Congenital Duodenal Obstruction Trends in treatment and patient-reported outcomes.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 28.8.2025.

Bedømmelseskomité: Carmen Mesas Burgos, Karolinska Institutet, Sverige, Mark Bremholm Ellebæk, Odense Universitets-hospital, Danmark og Johannes Kurt Schultz, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Kristin Bjørnland og Kristoffer Lassen.

Maria Camila Gonzalez Velez

Lewy Body Disease: Disease Trajectories and Clinical Utility of Biomarkers of Amyloid-beta Pathology and Glucose-rebrosidase Activity.

Utgår fra Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger. Disputas 25.6.2025.

Bedømmelseskomité: Yaroslau Compta Hirnyj, Hospital Clinic de Barcelona og University of Barcelona, Spania, Yanaika S. Hok-A-Hin, VU University Medical Center, Amsterdam UMC, Nederland og Tor Ketil Larsen, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Jodi Maple Grødem, Guido Werner Alves og Dag Aarsland.

Line Hustad Widing

Psychotic disorder not otherwise specified – clinical characteristics and long-term outcomes.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 20.8.2025.

Bedømmelseskomité: Stephen Austin, Københavns Universitet, Danmark, Erika Jääskeläinen, University of Oulu, Finland og Linda Wüsthoff, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Ingrid Melle og Carmen Simonsen.

Lars Johan Vatten

Foto: Tore Okeholen / Universitetsavisen



Vår kjære kollega Lars Johan Vatten (20.8.1952–14.7.2025) døde uventet i sommer etter kort tids sykdom. Han ble 72 år og skulle hatt mange gode år igjen. Slik ble det dessverre ikke.

Lars ble født i Trondheim i 1952, vokste opp på Sunndals-øra, tok sin examen artium ved Gudbrandsdal landsgymnas på Vinstra og utdannet seg til lege ved Universitetet i Tromsø i 1980. Turnustjenesten utførte han ved Fylkes-sjukehuset i Molde og distriktstjeneste i Sunndal kommune. Han var også allmennlege i Helsetjenesten ved Universitetet i Tromsø, før han i 1985 flyttet til Trondheim og ble bedriftslege i SINTEF. Han tok en mastergrad i *Public Health* ved University of South Carolina i 1988, før han disputerte for den medisinske doktorgraden ved Universitetet i Trondheim i 1990. Han ble professor i epidemiologi ved Institutt for samfunnsmedisin ved NTNU i 1996. Institutt for samfunnsmedisin ble også hans hjemstavn, selv om han i løpet av årene hadde flere engasjement ved andre norske og utenlandske institusjoner. Den siste tiden bodde han på Lillehammer.

Kreftepidemiologi var hans spissområde, og her var Lars en internasjonal kapasitet. For instituttet og fakultetet har han hatt stor betydning, blant annet i oppbyggingen av epidemiologi som fagområde, men også som sentral bidragsyter i utformingen av medisinstudiet ved NTNU. Mange vil huske ham som en omsorgsfull veileder, klok mentor og fremragende formidler og underviser. Lars var oppmerksom og støttende til alle som viste interesse og innsats. De som kom ham ekstra nært, fikk en lojal venn for livet.

Lars sitt akademiske virke var preget av engasjement, integritet og høy etisk standard. Hans meritter som forsker gav ham flere utmerkelser, blant annet Kong Olav Vs kreftforskningspris i 2010. Han ble også innvalgt i Det Kongelige Norske Videnskabers Selskab. Som forsker stilte han store krav til seg selv og de rundt seg og var glødende nysgjerrig og ambisiøs på vegne av faget og forskningen.

Fra 2006 var han medlem og etter hvert leder av styringsgruppen for de store norske folkehelseundersøkelsene under Folkehelseinstituttet, CONOR. Hans brede internasjonale anerkjennelse gjenspeiles blant annet i hans roller ved International Agency for Research on Cancer (i WHO/FN), Harvard T.H. Chan School of Public Health, Karolinska Institutet og University of Bristol, hvor han var æresprofessor. Slik var han også et brohode for fagmiljøet og fakultetet mot attraktive internasjonale samarbeidspartnere.

Lars har satt dype spor ved Fakultet for medisin og helsevitenskap og blir husket som en høyt skattet kollega og venn. Våre tanker går til familien, og vi lyser fred over hans minne. ■

**Pål R. Romundstad, Siri Forsmo,
Jon Magnussen, Arild Skaug Hansen**

Anna Chalnova



Vår kjære kollega og venn Anna Chalnova døde 2. mars, 62 år gammel, etter kort tids sykeleie. Vi har mistet en svært dyktig og dedikert kollega som støttet og løftet dem hun jobbet sammen med, både menneskelig og faglig. Nåværende og fremtidige pasienter har mistet en omsorgsfull, engasjert og faglig sterk behandler. Vi vet at Annas hjelp har spilt en avgjørende rolle i mange pasienters liv, samtidig som hun har påvirket psykiatrifaget på Vestlandet positivt og bidratt til mange kollegers faglige vekst.

Anna Chalnova utdannet seg først til sykepleier på Sykepleierskolen Nr. 2 i Moskva. Deretter gjennomførte hun medisinstudiet i Kalinin og ble uteksaminert i 1988. Etter turnustjeneste og spesialisering i øyesykdommer ved regionsykehuset i Balashikha i Moskva-regionen, flyttet hun til Norge, ble spesialist i allmenntilleggsmedisin og jobbet som fastlege på Husnes i Kvinnherad.

Anna oppdaget at hun hadde en spesiell interesse og et talent for psykiatrifaget, og hun fortsatte derfor med spesialisering i psykiatri på Valen sjukehus og Folgefonn DPS. Som ferdig spesialist og overlege ved Folgefonn DPS ble Anna Chalnova en sentral psykiater i Sunnhordland. I tillegg til å være en særs dyktig generalist, hadde hun ekspertise innen gruppepsykoterapi og spiseforstyrrelser, og var medlem av Referansegruppe for Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme. De siste årene jobbet hun som overlege ved Regional avdeling spiseforstyringar i Helse Vest og overlege ved Allmenpsykiatrisk poliklinikk ved Betanien sykehus.

I alle sammenhenger fremmet Anna grundighet og høy faglig kvalitet. Hun var uredd og forsvarte med stor integritet god behandling og kloke valg for pasienter, uansett hvor hun jobbet. Det er betegnende at karakteristikkene fra øyeavdelingen i Moskva i 1993 kunne vært skrevet når som helst i løpet av hennes yrkesliv: «Gjennom arbeidet viser legen sine kvalifikasjoner og ansvarstakende. Ingen feildiagnoser er notert. Hun nøt alltid respekt fra sine pasienter og kolleger.»

Selv om vi alle har lidd et stort tap ved Annas bortgang, er det de nærmeste som har mistet mest. Anna regnet seg selv først og fremst som et familiemenneske, og samværet med familien var det aller viktigste i livet. Hun ville så gjerne være sammen med dem så lenge som mulig – og var lykkelig over å bli bestemor.

Vi vil alltid huske Anna og ha hennes kloke stemme med oss videre. Vi lyser fred over minnet og takker for alt vi fikk. ■

På vegne av kolleger ved Valen sjukehus og Folgefonn DPS.

**Karl-Heinz Walther Rudolf Escher,
Tone Elise Gjøtterud Henriksen**

Harald Siem



Harald Siem, en av nestorene i norsk og internasjonal samfunnsmedisin, døde 8. august, 84 år gammel.

Han gjorde en stor innsats for norsk primærhelsetjeneste, blant annet med Utposten, og for migrasjonshelse i sitt arbeid for International Organization for Migration (IOM) i Genève. Vi ønsker å takke Harald for hans internasjonale innsats i aksjonsgruppen Task Force on Communicable Disease Control in the Baltic Sea Region i perioden 2000–04.

I år 2000 hadde Norge formannskapet i Østersjørådet. Smittsomme sykdommer var blitt et alvorlig folkehelseproblem i de tre baltiske statene, Polen og Russland. Landene manglet i stor grad en velfungerende primærhelsetjeneste, og det ville være en vinn-vinn-situasjon for alle landene å samarbeide for å begrense smitten.

På initiativ fra statsminister Jens Stoltenberg besluttet alle statslederne i Østersjørådet å etablere en aksjonsgruppe. Daværende utenriksminister Støre var blitt kjent med Harald og hans kone i Genève og så Haralds store kapasitet. Harald ble utnevnt til ambassadør og fikk ansvaret for å drive det internasjonale samarbeidet fremover. Han etablerte et lite sekretariat på tre personer, inkludert seg selv.

Harald stod fram med integritet og faglig tyngde. Han brukte ambassadørtittelen for det den var verdt. I den grad enkelte lands representanter var tilbakeholdne, viste Harald til hva statsministrene hadde blitt enige om, og at det ville bli løftet til politisk nivå dersom de ikke ville bidra.

I løpet av de fire årene arbeidet varte, ble 138 smittevernprosjekter fullført. Bekjempelse av tuberkulose og hiv i samfunnet – ikke minst i fengsler – klokere bruk av antibiotika og etablering av gode primærhelsetjenester var blant arbeidsoppgavene for aksjonsgruppen.

Gjennom sitt arbeid bygget han nettverk mellom fagfolk i Norden, Baltikum og Russland. Diskusjoner og erfaringsutvekslinger bidro til rask nedgang av tuberkulosesmitte i Baltikum, og over tid også til å endre russisk tuberkulosearbeid i en mer vestlig retning. Sykdommen har også der fortsatt å gå tilbake.

Aksjonsgruppen bidro til politisk oppmerksomhet om hiv, tuberkulose og andre smittsomme sykdommer. Samarbeid på tvers av landegrensene bidro til økte nasjonale budsjetter og høyere prioritering av smitteverntiltak. De omfattet etter hvert også utsatte grupper med tradisjonell lav sosial status, som injiserende rusbrukere, innsatte i fengsel og sexarbeidere.

For å videreføre aksjonsgruppens arbeid etter 2004, ble blant annet Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being og Nordic Baltic Society of Infectious Diseases etablert. Harald fremhevet flere ganger at politisk oppmerksomhet, faglig samarbeid i etablerte nettverk, felles forståelse og gjensidig støtte var en suksessoppskrift.

Harald Siem utstrålte en faglig og personlig autoritet som han brukte klokt. Han var en snill og inkluderende venn. Sammen med Danis utgjorde han et fantastisk raust vertskap og inviterte til utsøkte måltider med de beste viner. Vel verdig en ambassadør! ■

Janicke Fischer, Svein-Gunnar Gundersen, Einar Heldal, Jon Hilmar Iversen, Andreas Skulberg

Harald Siem

Harald Siem døde 8. august, 84 år gammel. Med ham har en av Norges mest fremtredende samfunnsmedisinere gått bort, men store deler av hans samfunnsmedisinske aktivitet foregikk også i utlandet.

Harald Siem vokste opp i Bærum og Oslo. Medisinstudiene tok han i Basel, Sveits. Han var formann i ANSA Basel og viste seg allerede da som en god organisator. Han kom hjem med ny kunnskap og sin franske kone Danis.

Turnustjenesten i Namsos på slutten av 60-tallet vekket interessen for den desentraliserte distriktslegetjenesten, og han ble deretter distriktslege på Aukra. Sammen med nabo-distriktslegene Per Wium og Tore Rud startet han i 1972 Utposten. Bladet ble en bærebjelke for legetjenesten utenfor sykehus, og er i aktivitet den dag i dag.

Etter hvert kastet Harald seg over arbeidet i Legeforeningen, og ble leder av Offentlige legers landsforening. Harald arbeidet for at allmennleger skulle få fem års formell etterutdanning. Legeforeningen opprettet VEAP-rådet for å bedre etterutdanningen av allmennpraktikere, og Harald ledet rådet. I dag er de fleste fastleger spesialister.

I 1980 han ble ansatt av helsedirektør Fredrik Mellbye, som hans høyre hånd. Igjen fikk han arbeide med utviklingen av bydelslegetjenesten i hovedstaden, byens egen «distriktslegetjeneste». Neste stopp ble bedriftshelsetjenesten. I Arbeidsgiverforeningen, nå NHO, ble han overlege for helse og arbeidsmiljø. Der startet han organiseringen av et stort arbeidsmiljøfond i 1987.

I Genève fikk Norge en lederstilling i FN-organisasjonen ICM, i dag IOM. Harald fikk stillingen etter anbefaling fra helsedirektør Torbjørn Mork. Etter dette arbeidet han nesten bare med internasjonal helse.

Da den amerikanske lederen for IOM bestemte at flyktninger i Tyskland kunne dopes ned for å bli transportert tilbake til hjemlandet mot sin vilje, protesterte Harald. Han kunne ikke arbeide under slike forhold, og sa opp på dagen.

Neste arbeidsgiver ble Verdens helseorganisasjon (WHO). Der arbeidet han med nødhjelp. På grunn av store helseproblemer i Russland ble Harald bedt om å bygge opp et nytt WHO-kontor i Moskva.

Da han kom hjem derfra, var han i fire år leder av den multinasjonale smittevernsatsingen i Østersjøregionen. Deretter begynte han som leder av Internasjonal avdeling i Helsedirektoratet, samtidig som han var rådgiver for Nasjonalt kompetansesenter for migrasjon og helse (NAKMI). De siste årene arbeidet Harald som rådgiver for direktør Camilla Stoltenberg i Folkehelseinstituttet.

Harald hadde allsidige interesser. Hans reflekterte personlighet og forstandige velvilje gjorde ham til en ressurs i ethvert mellommenneskelig forhold. Han var en god venn, omtenkfull og alltid beredt til å hjelpe. Sammen med Danis skapte han et fellesskap som var til stor glede for deres mange venner.

Fremtiden blir ikke den samme uten Harald. Våre varmeste tanker går til Danis og barna Oliver, Pernille, Kristoff og Frederik. ■

Per Wium, Ragnar Vik

Legejobber

Legejobber.no er Tidsskriftets stillingsportal for leger. I tillegg tilbyr vi veilednings- og rekrutteringsstjenester

Finn din neste jobb på Legejobber.no

På **Legejobber.no** finner du den mest komplette oversikten over ledige legestillinger i Norge. Her kan du enkelt finne ledige stillinger etter spesialitet, geografisk område eller stillingstype. Du kan også sette opp e-postvarsel om ledige stillinger som passer dine kriterier og ønsker.

Ønsker du veiledning?

Legejobber tilbyr også veilednings- og rekrutteringstjenester for leger, og vi kan hjelpe deg gjennom hele prosessen frem til din neste jobb. Registrer deg under Min profil på **Legejobber.no**. Her kan du også lage din egen nedlastbare CV, som er skreddersydd for leger. Har du spørsmål, kan du ta kontakt på e-post: legejobber@tidsskriftet.no

Er du arbeidsgiver?

Ønsker du å annonsere ledige stillinger digitalt eller på papir? Du kan registrere deg som annonsør på **Legejobber.no** eller ta kontakt med oss på e-post: annonser@tidsskriftet.no eller på telefon 417 01 060. Informasjon om priser og formater finner du på **Legejobber.no**.

Allmenntmedisin



TRONDHEIM
KOMMUNE

Fastlege
Møllenberg legesenter

Legesenteret består av fire leger som til sammen betjener 4850 listepasienter. De har tre helsesekretærer i 100 % stilling og et stabilt og godt arbeidsmiljø. Legesenteret ligger sentralt på Møllenberg med kort avstand til Solsiden og sentrum. For fullstendig utlysning, se kommunens nettside eller Legejobber.no. **Søknadsfrist: 05.10.2025**



TRONDHEIM
KOMMUNE

Fastleger
Flatåsen legesenter

Legesenteret ligger i et etablert boligområde sørvest i Trondheim og har lang driftserfaring og godt renommé. Samarbeidet mellom leger og øvrig helsepersonell er tett og velfungerende, og arbeidsmiljøet preges av profesjonalitet og god lagånd. For fullstendig utlysning, se kommunens nettside eller Legejobber.no. **Søknadsfrist: 28.09.2025**

Legejobber 

På jakt etter ny jobb?

Våre rekrutteringsrådgivere besitter relevant fagkompetanse og lang erfaring innen lege-rekruttering. Ønsker du en prat med en av våre rådgivere? Ta kontakt!

E-post: legejobber@tidsskriftet.no

Telefon: 417 01 070

Skann QR-koden for å se våre ledige stillinger.



Nesbyen legesenter
Fastlege

Ledig fastlegehjemmel i veletablert legekantor med høyt kvalifisert helsepersonell. For mer informasjon se kommunens hjemmeside.

Søknadsfrist: 29.09.2025

Fysikalsk medisin og rehabilitering



Jobb i vakre omgjevnader
- Fast 100 % stilling for lege

Vil du bruke kompetansen din til å gjere ein forskjell – og samtidig leve tett på naturen? Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter søker ein engasjert lege som vil vere med på å gjere ein reell forskjell – i eit fagmiljø der vi ser mennesket bak diagnosen, og der ressursar og meistring står i sentrum.

Vi jobbar intensivt og tverrfagleg, og er ein del av spesialisert helsestenesta. Som lege hos oss blir du ein nøkkelperson i eit breitt fagmiljø med høg kompetanse og eit felles mål: å gi pasientane betre livskvalitet og meistring i kvardagen.

Vi tilbyr mellom anna:

- Familievennleg arbeidstid: 08–15.30, utan vakter eller helgearbeid
- Fagleg utvikling: Kurs, vidareutdanning, hospitering og forskingsmoglegheiter
- Konkurransedyktige vilkår og gode pensjonsordningar

Les meir på Legejobber.no. Søknadsfrist 01.10.2025

Ledige stipender, legater, fond



DEN NORSKE
LEGEFORENING

Søk prosjektmidler til kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet skal bidra til systematisk arbeid for å sikre høy medisinsk kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. Søknadsskjema og informasjon om fondet finnes ligger på vår nettside: www.bit.ly/fkps19

Hvem kan søke, og hva kan det søkes om?

Norske helseinstitusjoner og enkeltleger kan søke om tilskudd til hel eller delvis dekning av utgifter forbundet med:

- Utredning, utvikling og evaluering av metoder for kvalitetsvurdering, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i den daglige drift.
- Kompetanseheving innenfor forbedringskunnskap, herunder system- og prosessveiledning.
- Utprøve og forbedre metoder og teknikker i konsultasjonen, veiledning av og samarbeid med andre grupper, helseopplysning m.v.
- Utprøve og forbedre metoder for læring og vedlikehold av praktiske ferdigheter.
- Utarbeiding av veiledere innenfor det medisinske fagområdet.
- Prosjekter initiert av Legeforeningens organisasjonsledd som skal bedre kvalitet og pasientsikkerhet i de medisinske tjenestene.

Fondsutvalgets prioriteringsområder er som følgende:

- Fondets formål er primært prosjekter som fremmer kvalitet og pasientsikkerhet. Rene forskningsprosjekter kan normalt ikke forvente finansiering fra fondet.
- Fondsutvalget ønsker å oppfordre fagmedisinske foreninger og spesialforeninger og deres kvalitetsutvalg til å søke midler fra fondet. Prosjekter som fremmer pasientsikkerhet, og prosjekter med utgangspunkt i samhandlingsreformen vil bli prioritert i nærmeste periode.
- Utvikling av metoder for dokumentering av kvalitetsforbedring
- Prosjekter som fremmer pasientsikkerhet
- Prosjekter initiert av Legeforeningens organisasjonsledd
- Ferdighetstrening og teknikker
- Utvikling av bedre samhandling
- Utvikling av retningslinjer og veiledere.
- Prosjekter som bidrar til å redusere medisinsk overaktivitet

Fondet har halvårlige søknadsfrister, førstkommande frist er 1. oktober 2025. Send spørsmål angående søknad til kvalitetsfondet@legeforeningen.no. Søknader som kommer etter søknadsfristen vil ikke bli vurdert.



DEN NORSKE
LEGEFORENING

Legeforeningens legat for leger og deres etterlatte som har kommet i uforskyldt nød

Fra legatets avkastning kan det årlig deles ut midler for å avhjelpe uforskyldt nød blant leger og deres etterlatte. Søknader skal vurderes med tanke på behovet for støtte til leger og deres etterlatte som uforskyldt har havnet i økonomisk nød. Det skal spesielt vektlegges situasjoner der utilstrekkeligheter i samfunnets støtteordninger har gitt et urimelig resultat for søkeren.

I første omgang er det tilstrekkelig å vedlegge kopi av ligningsattest ved søknad om midler. Det kan evt være behov for å be om ytterligere dokumentasjon ved vurdering av søknaden.

Søknad kan sendes innen 24. oktober 2025 til Legeforeningen ved Tone Houge Holter, Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo, evt epost: tone.houge.holter@legeforeningen.no.



DEN NORSKE
LEGEFORENING

Trelasthandler A. Delphin og hustrus legat til bekjempelse av astmatisk bronkitt: Fra legatet kan det i år deles ut totalt 230 000 kroner til forskning på obstruktive lungesykdommer hos barn og voksne. Pengene skal benyttes til et klinisk eller annet relevant forskningsprosjekt, og skal benyttes til drifts- eller lønnsutgifter.

Johan Selmer Kvanes' legat til forskning og bekjempelse av sukkersyke: Fra legatet kan det i år deles ut totalt 550 000 kroner til ett eller flere forskningsprosjekter om diabetes. Pengene skal benyttes som drifts- eller lønnsmidler.

For å søke må man skrive en kortfattet søknad der det spesifiseres hvordan pengene skal brukes. Som vedlegg til søknaden sendes prosjektbeskrivelse. Rapport om hvordan forskningsmidlene er blitt benyttet må foreligge innen to år etter tildelingen.

Søknaden sendes på epost innen 1. oktober 2025 til legeforeningen@legeforeningen.no. Marker søknad med navn på legatet. Søknader som kommer etter søknadsfristen vil ikke bli vurdert.

Spesialist / indremedisin**Barstad, Johannes E./Barmed AS**

A. Tidemandsgt. 20, 2000 Lillestrøm. Arbeids-EKG/
24-timers BT/spirometri/hjerterytmeregistrering mm.
Generell indremedisin. Timebestilling/Kort ventetid/
Tlf. 63 81 21 74/e-mail: post@barmed.nhn.no.
Tilknytning NHN. **Driftsavtale.**

Kurs og møter

For psykologer og leger blir det våren 2026 satt i gang:

2-årig INNFØRINGSSEMINAR i:

OSLO – Kristin Mack-Borander
STAVANGER – Anne-Grethe Aase

2-årig VIDAREGÅANDE SEMINAR i:

OSLO – Laila Hjulstad
TRONDHEIM – Lilian Stokkeland

Innføringsseminar er en generell innføring i psykoanalytisk og psykodynamisk teori og terapi.

Videregående seminar bygger på innføringsseminaret og er en teoretisk fordykning med større vekt på det kliniske arbeidet.

Les undervisningsplanen på vår hjemmeside:

<http://www.instpsyk.no/>

Søknadsfrist: 15. november 2025. Søknad skal sendes via hjemmesiden <https://instpsyk.no/utdanning/nye-seminarer/soknad-til-seminar/>.

For mer informasjon: telefon 22 58 17 70 eller e-post sekr@instpsyk.no eller und-leder@instpsyk.no.

Diverse annonser

UNIVERSITETET
I OSLO

Ønsker du å arbeide som barnefaglig sakkyndig og bidra til å klargjøre faktagrunnlaget for beslutninger i nemnd og domstol om barn og foreldre?

Utdanningsprogrammet i barnefaglig sakkyndighet ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, gir deg ferdighetene du trenger for å forstå og praktisere rollen som sakkyndig.

Programmet er samlingsbasert med totalt seks samlinger over to år.

Søknad til programmet åpner 7. oktober og varer frem til 1. desember.



**DEN NORSKE
LEGEFORENING****Sentralstyret 2025–2027**

President Anne-Karin Rime
Visepresident Yngvild Skåtun Hannestad
Ståle Clementsen
Ingeborg Henriksen
Hans-Christian Myklestul
Else Worren Nygård
Marie Skontorp
Carolin Sparchholz
Paul Olav Røsbø

Sekretariatsledelsen

Generalsekretær Siri Skumlien

Avdeling for jus og arbeidsliv,
avdelingsdirektør Lars Duvaland

Medisinsk fagavdeling, avdelings-
direktør Johan Georg Røstad Torgersen

Kommunikasjonsavdelingen,
avdelingsdirektør Knut E. Braaten

Helsepolitisk avdeling, avdelings-
direktør Marit Bækkelund Randsborg

Økonomi- og administrasjons-
avdelingen, avdelingsdirektør
Erling Bakken

Postadresse

Den norske legeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Besøksadresse

Christiania Torv 5
Telefon: 23 10 90 00

Kontakt en ansatt

Oversikt over sentralstyrets
e-postadresser, se
legeforeningen.no/sentralstyret
Ansattes e-postadresser finnes på
legeforeningen.no/kontakt

De følgende sidene
produseres av Legeforeningens
kommunikasjonsavdeling.

Redaksjon**Aktuelt i foreningen**

Ingrid Rise Fry
Lisbet T. Kongsvik
Stig Kringen
Andreas Haslegaard
Tor Martin Nilsen
Anders Ryen

Har du tips til
Aktuelt i foreningen?
Kontakt [andreas.haslegaard@
legeforeningen.no](mailto:andreas.haslegaard@legeforeningen.no)

Statsbudsjettet må bli starten på et reelt helseløft



Anne-Karin Rime
President

AK Rime

I oktober legges statsbudsjettet for 2026 frem. Da får vi svaret på hvor mange av valgløftene som innfris – og om regjeringen er villig til å prioritere et skikkelig helseløft.

Tillitsvalgte og medlemmer forteller daglig om situasjonen. Bildet som tegner seg, er krystallklart: Helsetjenesten er under press. Den grunnleggende tryggheten – at alle skal få nødvendig behandling når de blir syke, uavhengig av størrelsen på lommeboken – slår stadig flere sprekker. Leger vurderer å gi seg i yrket. Sykehus og kommuner kutter i bemanning og senger for å spare. Pasienter opplever at hjelpen kommer for sent. Dette er ikke enkeltstående hendelser, men historien om et system i ubalanse. Befolkningen vokser, blir eldre og flere lever lengre med sykdom som trenger oppfølging. Men kapasiteten i helsetjenesten er for liten. Skal helsetjenesten fortsatt være trygg og tilgjengelig, må regjeringen prioritere helse høyere i budsjettet.

Tiår med underfinansiering har skapt et etterslep på bygg, teknologi og utstyr i 100-milliardersklassen. Samtidig stjeler tidstyver som lite brukervennlig IT-systemer og mangel på støttepersonell tid fra legene. Antallet leger har økt, men tiden de faktisk får til pasientarbeid har gått ned. Nesten halvparten av sykehuslegene er i dag usikre på om de blir i jobben sin om to år.

Legeforeningen etterlyser helt nødvendige grep. Sykehusene må skjermes mot økte renter og avdrag, slik at nødvendige investeringer ikke ender som kutt. Hvis ikke sykehusene skjermes, vil pasientene rammes. Det trengs en ekstraordinær investeringspakke for å dekke etterslepet på bygg, utstyr og teknologi. Antallet LIS1-stillinger må økes i takt med behovet for spesialister. Spesialistmangelen er allerede merkbar, og Norge kan ikke lenger lene seg på at andre land utdanner leger for oss. Kampanjen «Gjør kloke valg» bør få støtte over statsbudsjettet, slik at vi unngår unødvendige undersøkelser og overbehandling og heller bruker ressursene der de trengs mest. Regjeringen må også satse på digitale løsninger som faktisk fungerer og er til nytte i den kliniske hverdagen. Velfungerende journalsystemer og digitalinfrastruktur er ikke «tilleggs-goder», men grunnleggende pasientsikkerhet.

Statsbudsjettet må ta høyde for det faktiske behovet fremover. Innen 2040 trengs 30 000 flere sykepleiere, 25 000 helsefagarbeidere og 2 500 leger, ifølge SSB. Rekruttering krever også at unødvendige byråkratiske hindre fjernes. Men når staten fortsatt nekter å godkjenne leger utdannet i Danmark, bidrar de selv til bemanningskrisen. For dette er leger Norge sårt trenger. Legeforeningen har derfor gått inn som partshjelp i søksmål mot staten for å få en slutt på dette.

Helse er ikke først og fremst en utgiftspost, men en investering i vår felles trygghet, beredskap og samfunnets evne til å fungere. Men gapet mellom helsetjenestens problemer og tilstrekkelige politiske løsninger har vokst seg for stort. Initiativene peker i riktig retning, men uten sterkere økonomiske rammer og en tydeligere prioritering av helse, uteblir effekten.

Statsbudsjettet for 2026 bør bli starten på et helseløft. Dette handler om å bevare en helsetjeneste som står støtt i en stadig mer usikker fremtid. ■

Fra Florø til fagets frontlinje

Det er snart 20 år siden Torgeir Hoff Skavøy tok imot sine første pasienter som fastlege i Bergen. Siden den gang har han fulgt generasjoner av familier, sett barn vokse opp, stått ved sykesenger og delt både sorg og glede. Nå er han valgt til leder for Norsk forening for allmenntilleggsmedisin (NFA) – et verv som plasserer ham midt i de største debattene om helsetjenestens fremtid.

«Fastlegen er pasientens knutepunkt. Når helsetjenesten blir mer spesialisert og oppstykket, øker behovet for en lege som ser helheten, sier han.

For ti år siden var det lite som skulle tilsi at Torgeir Hoff Skavøy skulle bli leder av Norsk forening for allmenntilleggsmedisin. En kreftdiagnose gjorde nemlig at han sto i fare for å forlate både legeyrket og tillitsvervene han hadde begynt å bygge opp. I stedet ble sykdommen et vendepunkt.

– Jeg hadde egentlig bestemt meg for å roe ned. Men da jeg ble frisk, innså jeg at det som ga meg mest mening, var å bidra og prestere – både som lege og i organisasjonslivet.

Han husker fremdeles den første dagen tilbake på kontoret. Konsultasjonene ble til små møter der pasientene mest av alt ville fortelle hvor glade de var for at han var tilbake.

– Jeg fleiper litt med at jeg egentlig bare satt og fortalte om hvordan jeg hadde det. Det var utrolig rørende, og ga meg en enorm motivasjon.

Et tilfeldig valg som traff blink

Oppveksten i Florø ga ingen pekepinn om at legeyrket ventet der fremme. Faren var sjømann, mens moren jobbet i politiet. Likevel bar ungdomstiden preg av en nysgjerrighet på kroppen, trening og hvordan ting henger sammen. Da søknaden til høyere utdanning skulle sendes, sto valget mellom industriell økonomi på NTNU og medisin. Han kom inn på sistnevnte.

– Det var helt tilfeldig, men jeg merket raskt at studiet traff blink. Jeg lærte ting folk flest lurte på, og samtidig fikk jeg muligheten til å hjelpe andre.

Studietiden i Trondheim ble rolig. Han trente mye, levde med kjæresten som senere ble kona, og «holdt seg unna studentpolitikk». Etter turnus havnet han i fastlegeordningen, og der ble han værende.

Han beskriver fastlegeyrket som både krevende og berikende.

– Det mest givende er å følge mennesker over tid, se familier utvikle seg og være en del av livene deres. Tilliten vi får er helt unik. Samtidig er det krevende å være portvokter og sakkyndig, og

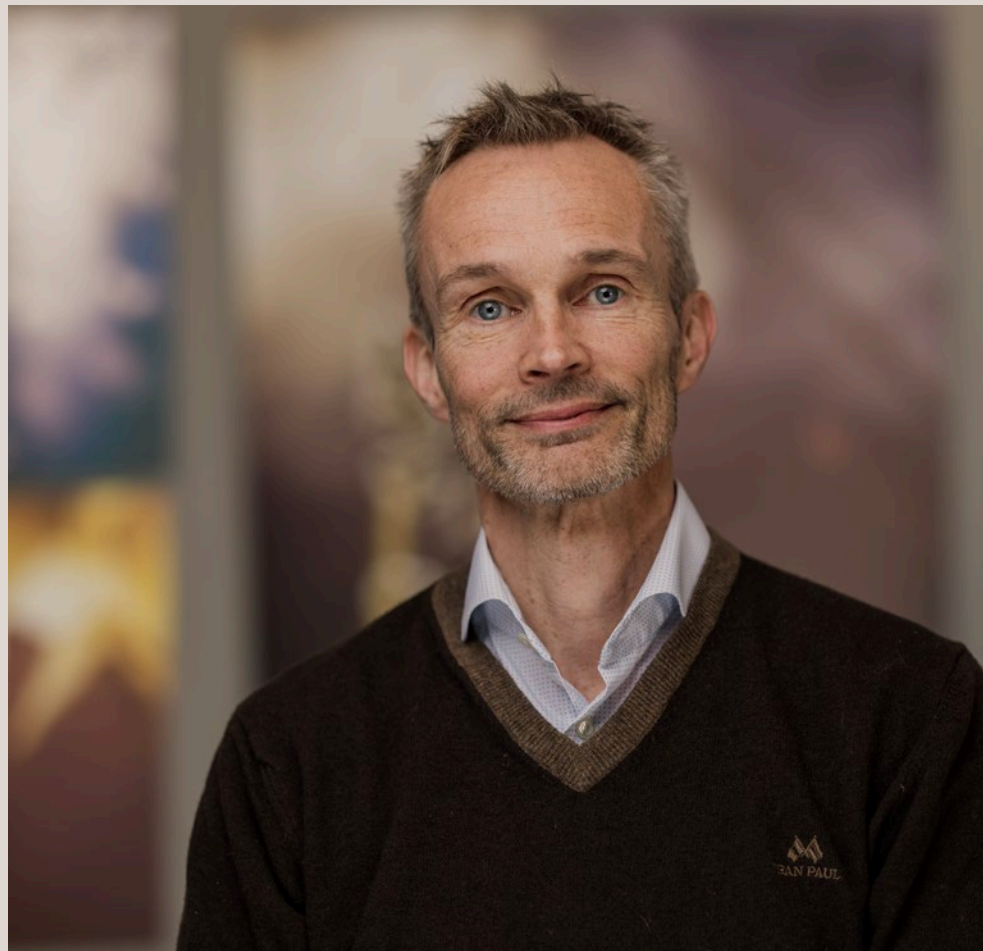
å fordele rettigheter på en måte som pasientene opplever som rettferdig.

– For meg handler allmenntilleggsmedisin om helhet. Man må kunne litt om hele kroppen, som egentlig betyr hele mennesket og livet de lever – alt henger sammen med alt, sier han.

Selv om ledervrevet krever mye, vil Skavøy fortsatt bruke en dag i uken på legekantoret. Han mener det er avgjørende å beholde kontakten med hverdagen pasientene møter.

Tilpasse og utvikle:

– Fastlegeordningen har vært en suksess. Det er en god organisering også i fremtiden, men vi må tilpasse og utvikle den i en retning som passer med behovene i helsetjenesten som en helhet, sier Torgeir Hoff Skavøy. Foto: Thomas Eckhoff / Legeforeningen



– Den kliniske erfaringen gir tyngde når vi diskuterer rammevilkår. Vi må vite hvordan politiske beslutninger faktisk slår ut i praksis.

Utfordringer fremover

For Skavøy ligger de største utfordringene i å sikre fastlegeordningen mot fragmentering og å skape rammer som gir grunnlag for god fagutøvelse. Han frykter at oppgaver trekkes ut av kontorene, til skade for helheten i pasientbehandlingen. Kontinuitet i lege-pasient-forholdet er en kjerneverdi som krever pleie.

– Vi kan ikke tillate at dette skal forvitte i norsk allmennpraksis. Fastlegeordningen har vært en suksess. Det er en god organisering også i fremtiden, men vi må tilpasse og utvikle den i en retning som passer med behovene i helsetjenesten som en helhet.

– Det kliniske blikket er avgjørende. Skal vi utvikle faget, må vi ha beina plantet i hverdagen. Dette er utrolig spennende. Jeg har stor motivasjon for oppdraget, og er klar for å være med å forme hvordan allmennmedisin skal se ut i fremtiden.

Et fellesskap å krangle med

Engasjementet i Legeforeningen startet ved at han, som fersk spesialistkandidat, ble foreslått inn i et NFA-verv han knapt visste hva var. Og da han googlet forkortelsen NFA, var «Norsk forening for analatresi» det første som dukket opp.

– Jeg lurte fælt på hva jeg hadde sagt ja til, ler han.

Siden ble han gradvis dratt inn i organisasjonsarbeidet. Han oppdaget et miljø med høy temperatur og stor takhøyde, men samtidig veldig inkluderende.

– Jeg møtte folk jeg kunne diskutere og til og med krangle med. Det tente noe i meg.

Spoler vi frem til mai 2025, ble han altså valgt til leder for NFA. Valget var enstemmig.

– Det var ikke en overraskelse siden det ikke var andre kandidater, men likevel stort. Nå handler det om å forvalte rollen klokt, være tydelig og samtidig bygge relasjoner. Heldigvis får jeg med meg et fantastisk styre, med enormt kunnskapsrike kolleger.

Den digitale nærheten fører til en diagnostisk fjernhet

Torgeir Hoff Skavøy, ny NFA-leder

Fascinert og skeptisk til KI

Skavøy er nysgjerrig på teknologi. Han har blant annet vært sentral i utprøvingen av pasientenes legemiddelliste (PLL) i Bergen. For ham ble det en erfaring i hvordan nye løsninger faktisk kan lykkes.

– Nøkkelen var at klinikerne fikk være med hele veien, ikke bare bli spurt på enkeltmøter. Når leger og pleiepersonell fikk sitte sammen med teknologene, ble alle mye klokere og kunne legge press på de riktige tingene. Det ga helt andre resultater.

Når det kommer til kunstig intelligens i helse-tjenesten, er han mest skeptisk til ukritisk bruk av det.

– En algoritme kan lage gode notater, men den fanger ikke uroen i ansiktet til en pasient. Og den kan gi like mye plass til en flis i tommelen som til et alvorlig symptom. Det kan være direkte farlig, forteller Skavøy.

Han har en spiss formulering på utfordringen:

– Den digitale nærheten fører til en diagnostisk fjernhet.

For Skavøy er utfordringen å bruke teknologien på en klok måte, uten at fastleger drukner i digitale henvendelser og regulatoriske byrder.

– Det er ikke bærekraftig at hvert enkelt legekontor skal sitte med hele ansvaret for datasikkerhet.

Kobler av for å kunne koble på

Å være leder av NFA innebærer at man blir en slags frontfigur for det faglige innen norsk allmennmedisin. Man trekkes inn i mye og får spørsmål om enda mer. Særlig alle former for presse og media liker å ta kontakt om stort og smått. Dette fører med seg at lederen raskt blir blant de mest siterte legene i landet.

Skavøy vet at forventningene er store når han tar over lederrøret, og han ser det som en hovedoppgave å være en rolig og pålitelig formidler.

– Helse skaper engasjement og interesse i samfunnet. Både trender og optimalisering blir fort stort, uten at det finnes et godt grunnlag for det. Vi må være moderatorer, og være en trygg formidler av kunnskap i samfunnet.

Han er også advart om hvor massivt mediestrykket kan bli.

– Marte (Kvittum Tangen, tidligere NFA-leder, red. anm.) sa selv at dette var det hun minst var forberedt på. Jeg er advart, så får jeg prøve å fremstå som den beste versjonen av meg selv.

Kanskje blir det lange kvelder fremover, når pressen ringer på og små og store aktører innen helsefeltet vil ha Skavøys forening til råds. Skavøy er tydelig på at han må koble av for å kunne koble på.

– Avkobling er viktig. Balanse i livet er ikke noe man bare kan snakke til pasientene om, man må praktisere det selv også. Trening, familie, lesing og jobb i skjønn forening. Jeg bruker musikk til det meste. Det hjelper på det meste. Jeg hører på all mulig type musikk, men grunge er gjenganger som kan brukes til alt. Litt sånn som allmennlegen, avslutter Skavøy muntert. ■

Andreas Haslegaard

andreas.haslegaard@legeforeningen.no

Flertallet av fastlegene mener Gjør kloke valg-kampanjen er nyttig

En ny norsk undersøkelse viser at 41 prosent av fastlegene daglig får spørsmål fra pasienter om noe legene vurderer som unødvendig. Åtte av ti fastleger i studien mener Gjør kloke valg-kampanjen er nyttig for å redusere overdiagnostikk og overbehandling i egen praksis, og 90 prosent av disse har endret praksis ved én eller flere av anbefalingene.

Det er anslått at cirka 20 prosent av all helsetjenestebruk er overdiagnostikk eller overbehandling. I 2012 startet den internasjonale kampanjen Choosing Wisely, og den norske versjonen Gjør kloke valg ble lansert i 2018 (se fakta-boks). Nå har forskere undersøkt fastlegenes holdninger til kampanjen i Norge og anbefalingene fra Norsk forening for allmenntmedisin (NFA).

Resultatene er publisert i BMC Primary Care i august i år, og dette er hovedfunnene:

- 81 % av fastlegene kjenner til Gjør kloke valg-kampanjen
- 82 % synes kampanjen er nyttig for å redusere overdiagnostikk og overbehandling i egen praksis
- Blant de som mente kampanjen er nyttig, hadde 9 av 10 implementert én eller flere anbefalinger i sin praksis
- De som oppfattet kampanjen som nyttig, oppga lavere arbeidsrelatert stress og kom oftere til enighet med pasienten om å unngå unødig utredning eller behandling
- Blant fastleger som ikke synes kampanjen er nyttig, mente 3 av 4 at kampanjen i liten grad ville påvirke pasientenes mening

– Kampanjen ser ut til å ha vært nyttig for de fleste fastleger, og det mener jeg er det viktigste funnet vårt, sier førsteforfatter Jørgen Breivold, forsker ved Universitetet i Bergen og mangeårig fastlege.

Han er nå fastlegevikar på Jæren, er i slutten av PhD-løpet sitt og har hatt sin første forelesning for studiemodellen Vestlandslegen ved Universitetet i Stavanger.

6 av 10 blir enige

– Cirka hver fjerde av legene i studien svarte at kampanjen er «veldig nyttig».

Hadde du forventet at dette gjaldt flere?

– Generelt er det forsket lite på dette, så vi har lite å sammenligne med. Hvis jeg skal synse, ville det vært mer overraskende dersom mange hadde opplevd kampanjen som svært nyttig.

– I alt 42 prosent av legene svarte at de daglig får spørsmål fra pasienter om noe de mener er unødvendig undersøkelse eller behandling.

– *Synes du det var en høy andel?*

– Ut ifra egne erfaringer og hva jeg har hørt kolleger forteller, er jeg ikke så overrasket. Men dette er som nevnt lite undersøkt, så det er vanskelig å si hva som ville vært et høyt tall.

Nesten seks av ti leger svarer at de alltid eller ofte kommer til enighet når pasienten ber om noe legen ikke støtter.

– Det er gledelig at en betydelig andel av fastlegene håndterer portvaktrollen, og det er viktig å hjelpe de resterende til å styrke denne rollen.

Tre av fire leger som synes kampanjen var til liten nytte, mente at anbefalingene ikke er nok til å kunne å overbevise pasientene.

– Dette er små tall siden bare 137 mente kampanjen var unyttig, og 74 prosent av disse igjen oppga ovennevnte som årsak, bemerker Breivold.

Usikkerhet om tallene

Blant de som kjente til kampanjen, fulgte åtte av ti fastleger én eller flere av anbefalingene allerede før kampanjen ble lansert. Mer enn halvparten av legene svarte at de allerede hadde praksis i tråd med fem av de ti kampanje-anbefalingene fra Norsk forening for allmenntmedisin (NFA). Bare 12 prosent av legene hadde implementert alle ti anbefalingene.

Unngå å bestille prøver eller undersøkelser uten klar indikasjon og når svaret ikke ville hatt konsekvenser for videre oppfølging og behandling, var den anbefalingen de fleste rapporterte at de had-

de fulgt. Dette gjaldt to av tre fastleger. Over halvparten oppga at de hadde endret praksis ved henvisning til undersøkelser og behandling som er dekket av private helseforsikringer og som det ikke er god faglig begrunnelse for.

– Generelt er det usikkerhet rundt tallene våre, og derfor er vi ikke så veldig opptatt av prosentandelen som fulgte hver enkelt anbefaling. Vi er mest opptatt av de store linjene. Blant deltaende leger som hadde hørt om anbefalingene, hadde de fleste allerede etablert praksis i tråd med anbefalingene, eller de hadde endret noe i praksis etter kampanjen, sier Breivold.

Dette er kampanjen «Gjør kloke valg»

- Opprinnelig et internasjonalt initiativ, Choosing Wisely fra 2012, der intensjonen med kampanjen var å redusere overdiagnostikk og overbehandling, det vil si undersøkelser og behandling som pasienter ikke har nytte av – og som i verste fall kan gjøre skade
- Kampanjen inkluderer nå mer enn 30 land
- Gjør kloke valg-kampanjen i Norge ble lansert i 2018, og har vært rettet både mot helsepersonell og mot pasienter/pårørende
- En rekke organisasjoner har egne anbefalinger til helsepersonell knyttet til kampanjen, som Norsk forening for allmenntmedisin (NFA) med sine ti anbefalinger
- NFA bygger på kloke valg i sin satsning «Bærekraft på legekontoret»
- Kampanjen er i utvikling
- Nylig har Norge også fått sitt første «Kloke valg-sykehus»

Jobbstress

Fire av ti fastleger krysset av for høyt – versus lavt – stressnivå i jobben. Høyt arbeidsrelatert stress var forbundet med sjeldnere å komme til enighet med pasienter og det å oppfatte kampanjen som mindre nyttig.

– *Hvorfor hadde dere med spørsmål om arbeidsrelatert stress?*

– Det er veldokumentert at fastlegene har hatt en betydelig økt arbeidsmengde de siste årene, og stor arbeidsmengde er i studier forbundet med mer bruk av unødvendige helsetjenester og større risiko for medisinske feil. Derfor ønsket vi å se på betydningen av jobbstress, og vi fant også en sammenheng.

Studien avdekket forskjeller i opplevd nytte av kampanjen ut ifra legens kjønn og driftsform.

– Det mest overraskende funnet i studien var at kvinnelige fastleger opplevde større nytte av kampanjen enn det mannlige fastleger gjorde. Vi vet ikke hvorfor, men kan hende skyldes det at kvinner har en annen praksisstil enn menn. Annen forskning har vist at kvinnelige leger er mer personsentrert og har lengre konsultasjoner enn mannlige fastleger. Kanskje er kvinnelige leger mer opptatt av å mestre portvaktrollen og at kampanjen derfor appellerer mer til dem.

Fastlønnede leger opplevde kampanjen som mer nyttig enn selvstendig næringsdrivende.

– Sammenhengen mellom opplevd nytte og legens kjønn og driftsform må imidlertid tolkes med forsiktighet. Disse funnene er nok mest egnet til å generere hypoteser og være gjenstand for forskning, understreker Breivold.

Studien viser også en sammenheng mellom det å ha tro på effekten av kampanjen og i større grad å komme til enighet med pasienten om undersøkelser som ikke er medisinsk nødvendig.

– Vi tror dette funnet reflekterer at dette er fastleger som allerede før kampanjen var opptatt av å være portvakt. De som ivaretar portvaktrollen, er nok mer mottakelig for budskapet enn kolleger som er mindre villige til å være portvakt. Kampanjen ser ut til å ha hatt en viss forsterkende effekt, siden de som hadde endret praksis også var de som var mest positive til kampanjen.

Usikkert om representativt

Så vidt artikkelforfatterne har kjennskap til, skal studien være den eneste i Norge som har kartlagt fastlegers holdning til overdiagnostikk og overbehandling. Effekten av Gjør kloke valg-kampanjen er undersøkt også i andre land. En sveitsisk studie fant en etterlevelse av deres nasjonale anbefalinger på mellom 80 og 99 prosent for de topp ti anbefalingene

fastlegene selv mente var nyttige. En studie fra Canada ga holdepunkter for at de kanadiske anbefalingene kunne være et nyttig verktøy for legene i kommunikasjon med pasientene.

Den norske undersøkelsen ble gjennomført i august 2021. Alle 8 149 medlemmer av Norsk forening for allmennmedisin fikk e-post med spørsmål om å svare på nettbaserte spørsmål. Det ble sendt påminnelser etter tre og syv dager, og 1 120 leger svarte. Av disse er 900 inkludert i studien. Til sammenligner er det 4 968 fastleger i Norge, og undersøkelsen ble sendt til disse pluss til cirka 3 200 medlemmer som har andre jobber eller er pensjonert.

– Det er jo et problem å få nok deltagere blant leger, det visste vi, og det kan være sammensatte årsaker til det. Jeg tror ikke vi ville fått med så mange flere hvis vi hadde forlenget studieperioden. Hvorfor signifikant flere kvinner enn menn har svart, vet vi ikke, og vi vet jo heller ikke hvorfor de som ikke deltok valgte ikke å svare, kommenterer Breivold.

Sammenlignet med kjønnsfordelingen blant fastleger generelt, var det en lavere andel mannlige og en høyere andel kvinnelige fastleger som svarte på undersøkelsen – noe som ifølge forskerne kan ha ført til skjevheter.

– Lav responsrate og seleksjonsbias svekker i hvor stor grad funnene er representative, så vi må være forsiktig med å generalisere resultatene til at dette handler om alle fastleger i Norge. Vi kan antyde sammenhenger og generere hypoteser som det kan jobbes videre med, selv om vi ikke kan sette to streker under et svar. Metodisk blir det også usikkerhet når vi spør om holdninger og erfaringer. Hadde vi hatt registerdata, ville jo det ha vært bedre. Usikre estimater er det beste vi har nå, og vi vet ikke hvor nær fasiten vi er. Hvis andre studier finner det samme, vet vi mer.

– *Hvordan kan man bruke resultatene fra studien?*

– Resultatene burde være interessante for beslutningstakere som jobber for å kvalitetssikre og styrke portvaktrollen. Dette er komplekst og må jobbes med fra ulike vinklinger, fra å få redusert legenes stress til bedre pasientinformasjon, og det må forskes mer på tiltak som kan bidra til forbedring, mener Jørgen Breivold. ■

Lisbeth Nilsen

bethnil17@gmail.com

Søk premiereguleringsfondet

Fondet refunderer pensjonskostnader næringsdrivende leger har for tidligere ansatte med pensjon i kommunal tjenestepensjonsordning. Årets søknadsfrist er fredag 10. oktober.

Premiereguleringsfondet refunderer, innenfor den til enhver tid tilgjengelige ramme, de mest urimelige utslagene av regelverket for regulering av kommunal tjenestepensjon. Dette er kostnader som næringsdrivende leger har ved regulering av pensjoner for tidligere ansatt hjelpepersonell med pensjon i fellesordningen i KLP. Fondet gir ikke refusjon for tidligere ansatte sykepleiere. Pensjonsordningen for sykepleiere har et annet regelverk for regulering av pensjoner for tidligere medlemmer, som ikke gir tilsvarende uheldige utslag for næringsdrivende leger.

Det ble i 2024 utbetalt 3,2 millioner kroner for regulering av oppsatte pensjoner og pensjoner under utbetaling, samt til avviklingstilskudd til sikringsordningen.

Du kan lese mer om premiereguleringsfondet og finne søknads skjema på legeforeningen.no. ■

Niklas Jakob Søberg

niklas.jakob.soberg@legeforeningen.no

Tidsskriftets faglige medarbeidere

Tidsskriftets faglige medarbeidere representerer ulike medisinske spesialiteter og fagområder. De benyttes ved behov for medisinske råd, kommentarer og vurderinger, blant annet ved fagfellevurdering av vitenskapelige manuskripter. Mer informasjon om deres bakgrunn finnes på tidsskriftet.no.

Abedini, Sadollah
Andersen, Mette
Andreassen, Ole A.
Austen, Kjersti
Bachmann, Ingeborg Margrethe
Bakken, Inger Johanne
Bartnes, Kristian
Beisland, Christian
Berg, Siri Fuglem
Berg, Tore Julsrud
Berild, Dag
Berntsen, Erik Magnus
Berntsen, Gro Karine Rosvold
Bjørner, Trine
Bramness, Jørgen Gustav
Brantsæter, Arne Broch
Brattebø, Guttorm
Braut, Geir Sverre
Brekke, Mette
Bretthauer, Michael
Brustugun, Odd Terje
Braarud, Anne-Cathrine
Bøhmer, Ellen
Chaudhry, Farrukh Abbas
Dietrichs, Espen
Døllner, Henrik
Ebbing, Cathrine
Ellingsen, Christian Lycke
Eskild, Anne
Evjenth, Torbjørn Steensen
Faiz, Kashif
Farooqi, Saima
Flottorp, Signe Agnes
Flægstad, Trond
Fredheim, Olav Magnus
Frøheim, Atle
Frøen, Hege
Fønnebo, Magne Vinjar
Førde, Reidun
Gjevik, Elen
Gradmann, Christoph
Grimsrud, Tom Kristian
Gulbrandsen, Pål
Gulseth, Hanne Løvdal
Gundersen, Joanna Majak
Hansen, John-Bjarne
Hasle, Gunnar
Haug, Jon Birger
Haugen, Trine B.
Haugaa, Kristina H.
Heldal, Anne Taraldsen
Helland, Åslaug
Hem, Erlend
Heyerdahl, Fridtjof
Hilt, Bjørn
Hjartaker, Anette
Hjelmesæth, Jøran Sture
Hofmann, Bjørn
Holme, Øyvind
Holmøy, Trygve
Houge, Gunnar
Hovda, Knut Erik
Hunskår, Steinar
Husebekk, Anne
Høye, Anne
Høye, Sigurd

Høymork, Siv Cathrine
Haavardsholm, Espen
Ihle-Hansen, Hege
Jacobsen, Anne-Synnøve
Jacobsen, Geir Wenberg
Joakimsen, Ragnar
Johansen, Rune
Johansen, Truls E. Bjerklund
Juel, Niels Gunnar
Jørgensen, Anders Palmstrøm
Koppernæs-Pinhol, Anna
Korvald, Christian
Kran, Anne-Marte Bakken
Kristoffersen, Målfrid
Krohg-Sørensen, Kirsten
Krohn, Jørgen Gitlesen
Kurz, Kathinka Dæhli
Kvestad, Ellen
König, Marton
Kørner, Hartwig
Lang, Astri M.
Lassen, Kristoffer
Lie, Anne Kveim
Lillebø, Kristine
Løberg, Magnus
Madsen, Steinar
Mahesparan, Rupavathana
Meisingset, Tore Wergeland
Melin, Erik
Milivojevic, Jovan
Myhre, Mia Cathrine
Müller, Lil-Sofie Ording
Myrstad, Marius
Mørch, Kristine
Nielsen, Rune
Nilsen, Kristian Bernhard
Nissen-Meyer, Lise Sofie H.
Nordbø, Svein Arne
Nordøy, Ingvild
Nylenna, Magne
Paulssen, Eyvind J.
Paus, Benedicte
Pihlstrøm, Lasse
Pukstad, Brita Solveig
Raknes, Guttorm
Ranhoff, Anette Hylene
Rasmussen, Jørn Einar
Reed, Wenche
Reikvam, Håkon
Renaa, Therese
Retterstøl, Kjetil
Revheim, Mona-Elisabeth
Risnes, Kari Ravndal
Risøe, Cecilie
Rogne, Tormod
Rosvold, Elin Olaus
Ræder, Johan C.
Rørtveit, Guri
Salvesen, Kjell Åsmund
Sandboe, Maria Ilene
Samersaw-Lund, Miriam May Brit
Simonsen, Gunnar Skov
Skjold-Ødegaard, Benedicte
Slagstad, Ketil
Solberg, Steinar K.
Sorteberg, Angelica

Spigset, Olav
Staff, Annetine
Stray-Pedersen, Asbjørg
Sundsford, Arnfinn S.
Søreide, Kjetil
Thommessen, Bente
Tjønnfjord, Geir E.
Trong-Johansen, Lea
Ulvestad, Elling
Valeur, Jørgen
Vallersnes, Odd Martin
Vettrhus, Morten
Vistad, Ingvild
Viste, Kristin
Wallenius, Marianne
Wiseth, Rune
Wold, Cecilie Bendiksen
Wyller, Torgeir Bruun
Zahl, Per-Henrik
Øksengård, Anne Rita
Ørstavik, Kristin
Øymar, Knut
Aavitsland, Preben

Tidsskriftet

Legeforeningen utgir Tidsskrift for Den norske legeforening som medlemsblad og medisinskvitenskapelig tidsskrift.

Tidsskriftet skal

- være et organ for medisinsk utdanning som stimulerer til faglig vedlikehold og fornyelse for legen som allmenn kliniker
- stimulere til medisinsk forskning og fagutvikling
- bidra til holdningsdanning hos legene
- videreutvikle etiske og kulturelle idealer i den medisinske tradisjon
- fremme den helsepolitiske debatt

© Tidsskrift for Den norske legeforening

Gjengivelse av artikler, tabeller og illustrasjoner krever som hovedregel skriftlig tillatelse fra forfatterne og redaksjonen, og med Tidsskrift for Den norske legeforening som kildeangivelse.

For alle vitenskapelige artikler innsendt etter 1.1.2020 gjelder åpen tilgang-lisensen CC BY-ND 4.0. Artiklene vil være merket med denne lisensen på tidsskriftet.no. Bilder, illustrasjoner og andre elementer er også omfattet av lisensen dersom ikke annet er angitt i bildeteksten. Dersom elementer er rettighetsbelagt, må man kontakte rettighetshaver for gjenbruk.

Utgiver

Den norske legeforening
Generalsekretær Siri Skumlien

Redaktøransvar

Tidsskriftet redigeres etter redaktør-plakaten, og alt som publiseres representerer forfatterens synspunkter. Disse samsvarer ikke nødvendigvis med redaksjonens eller Den norske legeforenings offisielle synspunkter med mindre dette kommer særskilt til uttrykk.



Tidsskriftet er medlem av Committee on Publication Ethics (COPE) – publicationethics.org. Vi følger retningslinjene derfra og fra Vancouver-gruppen (International Committee of Medical Journal Editors) – icmje.org. Tidsskriftet er medlem av Den Norske Fagpresses Forening (fagpressen.no) og Tidsskriftforeningen (tidsskriftforeningen.no).



Tidsskriftet støtter FN's bærekraftsmål og har skrevet under på SDG Publishers Compact.



Redaksjonen

Sjefredaktør Are Brean

Assisterende sjefredaktør

Ragnhild Ørstavik

Redaksjonssjef Cathrine Iidsøe

Digitalisjef Einar Ryvarden

Markedssjef Ellen Bye Knutsen

Vitenskapelige redaktører

Siri Lunde Strømme, Kari Tveito

Publiseringsredaktør Tone Enden

Debattredaktør Øyvind Stople Sivertsen

Medisinske redaktører

Lars Frich, Petter Gjersvik,

Inge Rasmus Groote, Mette Kalager,

Liv-Ellen Vangsnes, Martine Fimreite

Wilhelmsen, Elena V. Aandstad

Produksjonssjef Berit Seljebotn

Visuelt ansvarlig Peder Bernhardt

Grafisk designer Henrik Hjorth Austad

Journalister Lisa Dahlbak Jacobsen,

Helena Heimer Rognstad

Manusredaktører Marit Fjellhaug Been,

Kjetil Dons Jensen

Teknisk redaktør Julie Didriksen

Produksjonskonsulent Åse Gjefsen

Redaksjonskonsulent Jorunn B. Kvarme

Produktsjefer Njål H. Anderssen,

Tina Bjørnstad

Faste bidragsytere

Simon Andrup, Haakon B. Benestad, Gudrun Maria Waaler Bjørnelv, Kristoffer Brodwall, Jeanette Engquist, Jon Michael Gran, Ruth Halsne, Tori Flaatten Halvorsen, Martin Hotvedt, Bård Reiakvam Kittang, Rita Gamlem Kristiansen, Charlotte Lunde, Stian Lydersen, Heidi Mestl, Kåre Moen, Karl Otto Nakken, Jan-Henrik Opsahl, Are Hugo Pripp, Jo Røislien, Anne Kathrine Sebjørnsen, Melanie Rae Simpson, Rune Skogheim, Eva Skovlund, Amanda Hylland Spjeldnæs, Marianne Riksheim Stavseth, Mats Julius Stensrud, Christina Svanstrøm, Elisabeth Swensen, Marte Roa Syvertsen, Kari Toverud, Marit Tveito, Linn Vedeld, Alexander Wahl, Geir Aamodt, Olaf Gjerløw Aasland

Redaksjonskomité

Kari Milch Agledahl, Jeanette Bjørke, Knut Eirik Ringheim Eliassen, Sverre Myren, Per Henrik Randsborg, Victoria Schei, Anne Cathrine Staff (leder)

Kontakt

Besøksadresse

Christiania Torv 5, Oslo

Postadresse

Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Sentraltbord: 23 10 90 00
tidsskriftet.no
redaksjonen@tidsskriftet.no
annonser@tidsskriftet.no
oversettelse@tidsskriftet.no
stetoskopet@tidsskriftet.no

Trykk Aksell AS

Opplag 33 860

Antall utgivelser 15 numre per år
ISSN 0029-2001



Les i neste nummer

- Hjertetransplantasjon
- Akutt myelogen leukemi
- Palliativ psykiatri
- Pasientjournaler
- Nye ordlister

**KOMMER
14. OKTOBER**

**Legejobber er mer
enn bare en
stillingsportal!**
Vi hjelper deg
som arbeidsgiver
med å finne
rett lege til rett jobb.



Legejobber 

Ring oss for en hyggelig prat
om våre rekrutteringstjenester!

Tlf. 417 01 070
legejobber@tidsskriftet.no