

Hjertetransplantasjon i Norge gjennom 40 år

side 1016, 1017

Mer palliativ psykiatri, mindre kurasjonspress

side 994

Edvard Munch hentet inspirasjon fra egen sykdom

side 1038

Tidsskrift for
Den norske
legeforening

Tidsskriftet





VYNDAQEL[®]

ATTR-CM* BEHANDLING MED DOKUMENTERT EFFEKT PÅ OVERLEVELSE^{1,4}

- ✓ ATTR-CM behandling med 5 års overlevelsesdata¹
- ✓ RWE bekrefter effekt- og sikkerhetsprofil^{2,^}
- ✓ Peroral, en gang daglig³



Se et variert utvalg av foredrag som dekker ulike emner innen kardiologi

*ATTR-CM=transtyretin amyloid kardiomyopati, ^RWE=Real World Evidence

▼Vyndaqel[®] (tafamidis) 61 mg er indisert til behandling av villtype eller arvelig transtyretin amyloid kardiomyopati (ATTR-CM). Anbefalt dosering er 1 kapsel 1 gang daglig. Forsiktighet anbefales ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. Kan gi interaksjoner ved klinisk relevante konsentrasjoner med BCRP-substrater (f.eks. metotreksat, rosuvastatin, imatinib). Utvalgte bivirkninger: Økte verdier i leverfunksjonsprøver og reduksjon i tyrosin kan forekomme. Pris: Det er fremforhandlet en konfidensiell, kostnadseffektiv pris til norske helseforetak og enkelte private sykehus. Denne er betydelig lavere enn maksimal utsalgspris i apotek, som er kr 129 737,10.

Pakning: Myke kapsler, 30 stk. Reseptgruppe: C. Refusjon: H-resept. ICD10: E85

Kriterier for forskrivning på H-resept:

- Oppstart av behandling kan kun gjøres av kardiolog med erfaring i behandling av transtyretin amyloidose (ATTR), ansatt ved universitetssykehus eller annet helseforetak med kardiologisk enhet med kompetanse på behandling for denne pasientgruppen.
- Pasienten må ha en sikkert diagnostisert ATTR kardiomyopati, vanligvis med nukleærmedisinsk påvist amyloid i myokard. Pasienten skal ved oppstart være i NYHA-klasse I eller II.
- Pasienten skal ha en forventet gjenstående levetid betydelig over 18 måneder.
- Ved progresjon til vedvarende (minst 6 måneder) NYHA-klasse III, skal beslutning om å fortsette behandlingen tas i samråd med kardiolog med erfaring i behandling av ATTR, ansatt ved universitetssykehus eller annet helseforetak med kardiologisk enhet med kompetanse på behandling for denne pasientgruppen.
- Ved rask progresjon til vedvarende NYHA-klasse III i løpet av 6 måneder etter initiert behandling, bør behandlingen avsluttes.

Før forskrivning, konsulter preparatomtalen på www.legemiddelsok.no

1. Elliott P, Drachman BM, Gottlieb SS, et al. Long-term survival with tafamidis in patients with transthyretin amyloid cardiomyopathy. *Circ Heart Fail.* 2022;15:e008193. doi:10.1161/CIRCHEARTFAILURE.120.008193. 2. Garcia-Pavia P, Kristen A, Drachman B. Survival in a Real-World Cohort of Patients With Transthyretin Amyloid Cardiomyopathy Treated With Tafamidis: An Analysis From the Transthyretin Amyloidosis Outcomes Survey (THAOS). *J Card Fail.* 2025 Mar;31(3):525-533. 3. Vyndaqel SPC. 4. Maurer MS, Schwartz JH, Gundapaneni B, et al. Tafamidis treatment for patients with transthyretin amyloid cardiomyopathy. *N Engl J Med.* 2018;379(11):1007-1016.

En britisk Kennedy



Are Brean
Sjefredaktør

Det britiske ytre høyre-partiet Reform UK flyr høyt om dagen. På enkelte meningsmålinger har det ligget an til å få nær rent flertall i parlamentet dersom det hadde vært valg. Partiets helsepolitikk er i stor grad utformet av den omstridte kardiologen Aseem Malhotra, som også er formell rådgiver for den amerikanske helseministeren Robert F. Kennedy jr. Det siste er kanskje ikke så rart. For ikke bare har Malhotras spesielle meninger om kosthold samt hans uttalte vaksineskepsis allerede i 2023 skaffet ham «Rusty Razor»-prisen, som gis til «årets verste forkjemper for pseudovitenskap». Meningene hans passer også som hånd i hanske til Kennedys antivaksine-agenda.

Påvirkningen dem imellom går begge veier. Slik Kennedy vil «Make America Healthy Again», vil Malhotra «Make Britain Healthy Again», proklamerte han på Reform UKs nylige årsmøte. Først ser han ut til å ville bli kvitt vaksiner. Covid-19-vaksinene var «høyst sannsynlig en signifikant faktor i krefttilfellene hos den britiske kongefamilien», sa han. En slik sammenheng finnes det ingen som helst evidens for. Men krav om evidens synes ikke stå i veien for en mulig kommende helseminister. Under covid-19-pandemien hevdet Malhotra at å følge hans diett for «metabolsk optimalisering» ville redusere risikoen for å bli smittet av viruset. Det allerede hardt prøvede britiske helsevesenet kan gå enda tyngre tider i møte. ■

Forsiden

Et liv er forbi. Men hjertet slår.

En hjertetransplantasjon gir et menneske håp om et friskere og lengre liv. Den sjansen får de takket være en annen, som i døden ga livets gave videre.

I forsideillustrasjonen uttrykker kunstneren Laslo Antal gaven som en fugl som flyr ut av brystet til en person som selv er i bevegelse, på vei ut av livet.

Livet lever videre. Hjertet slår.

Antal har bakgrunn fra Ungarn og Serbia, men bor og arbeider i Berlin. Flere av hans arbeider kan du se på lasloantal.com og på Instagram: [@laslo.antal](https://www.instagram.com/laslo.antal).



Illustrasjon: Laslo Antal

I denne utgaven:

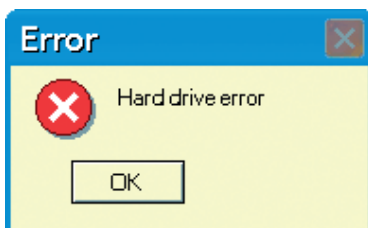
Innhold

Nytt hjerte, nytt liv

Den første hjertetransplantasjonen i Norden ble utført på Rikshospitalet 5.11.1983. Etter dette er det utført flere enn 1 100 hjertetransplantasjoner på sykehuset – et antall på nivå med de mest aktive transplantasjonssentrene i verden. Median overlevelse har vært jevnt økende og er nå på rundt 15 år – til tross for økende donoralder og sykere pasienter. Resultatene står seg svært godt internasjonalt. Kronisk donormangel og langtidskomplikasjoner som transplantatsvikt og kreft er vedvarende utfordringer. Side 1016, 1017

Mer palliativ psykiatri, mindre kurasjonspress

For pasienter med alvorlig psykisk lidelse, vedvarende symptomer og mange mislykkede behandlingsforsøk kan ytterligere behandling med kurativt mål gjøre mer skade enn nytte, skriver Anders Malkomsen og Carl Tollef Solberg i en kronikk. De etterlyser tilbud om palliativ psykiatri, som innebærer å endre oppmerksomheten fra kurasjon til å kunne leve et godt liv til tross for psykiske plager. Side 994

**Elektroniske journalsystemer må bli bedre**

Brukervennligheten ved dagens elektroniske pasientjournaler er ikke god. Dette utgjør en risiko for pasientenes helse og sikkerhet, legenes arbeidsmiljø og helsetjenestens økonomi. Side 998

Munch og datidens medisin

Edvard Munch hentet inspirasjon fra egen sykdom og fra leger i nær familie, vennkrets og oppdragsgivere. «Sykdom og galskap og død var de sorte engler som sto ved min vugge», skrev han en gang. Hans kunst gjenspeiler viktige endringer i datidens medisinske behandling og pleie. Erlend Hem skriver om utstillingen «Livsblod» på Munchmuseet sommeren og høsten 2025. Side 1038

Leder

989 Fargerik høst i helsepolitikken
Tone Enden

Invitert kommentar

991 Ketamin som offentlig behandlingstilbud i psykiatrien
Lars Lien, Ingmar Clausen

Debatt**Debatt**

992 Er ammfri en del av et moderne arbeidsliv?
Carolin Sparchholz

Kronikk

994 Palliativ psykiatri
Anders Malkomsen, Carl Tollef Solberg

998 Pasientjournaler i Norge har dårlig brukervennlighet
Eirik Nikolai Arnesen, Anne Ringnes, Jan Emil Kristoffersen, Johan Torgersen

1003 Perspektiver på prioritering
Eline Aas, Gudrun Waaler Bjørnelv, Christina Hansen Edwards, Ingrid Hjort

1008 Er samfunnsmedisin for tett knyttet til kommuneoverlegerollen?
T. Karoline Harding, Eivind Wik, Tor Harald Christiansen, Odny Askeland

Vitenskap**Fra andre tidsskrifter**

1012 Én dose penicillin er nok ved tidlig syfilis
Petter Gjersvik

1013 Kunstig intelligens kan svekke legers kompetanse
Amanda Hylland Spjeldnæs

1013 Sideleie forebygger postoperativ hypoksemi
Martine Fimreite Wilhemsen

Originalartikkel

1016 Hjertetransplantasjon i Norge 1983–2023
Arne K. Andreassen, Johannes L. Bjørnstad, Einar Gude, Tom N. Hoel, Kaspar Broch, Håvard Ravnstad, Odd R. Geiran, Arnt E. Fiane

Invitert kommentar

1017 Hjertetransplantasjon i Norge – erfaringer og utfordringer
Gry Dahle

nr. 12/2025

Utgivelsesdato
14. oktober 2025

Originalartikkel
1018 Allogen stamcelletransplantasjon ved akutt myelogen leukemi 2005–22
Kari Busterud, Mats Remberger, Pål Tore Bentsen, Marianne Brenn Jerm, Tobias Gedde-Dahl, Astrid M. Olsnes, Geir E. Tjønnfjord

Invitert kommentar
1019 Lik og god behandling i alle helseregioner
Anders Vik

Kort kasuistikk
1020 Sekundær syfilis
Marit Svinndal, Arild Dalen, Marit Saunes

1022 Kolestase etter bruk av fenbendazol som alternativ behandling mot kreft
Turid Rygh Skaara, Cecilie Delphin Amdal, Henrik Jespersen, Simen Kjeka Namtvedt

Medisin i bilder
1024 En gordisk knute
Frank Lohne, Oscar Bauermeister, Said Belal Kodamani

Medisin og tall
1027 Kan vi bli SMARTere?
Ole Klungsøyr, Joseph Sexton

Språkspalten
1030 Portvakt eller portvokter?
Jørgen Breivold, Erlend Hem

Magasin

Intervju
1032 En sindig katastrofetenker
Marit Tveito

Medisin og kunst
1038 Edvard Munchs hjerteblod
Erlend Hem

I tidligere tider
1042 Er det mulig å nyse seg frisk av epilepsi?
Karl O. Nakken, Mia Tuft

Legelivet
1044 Ordbok for ledere
Marte Roa Syvertsen

1046 *The Pitt* på norsk
Anders B. Martinsen

1049 Store variasjoner i LIS-veiledning
Karin Isaksson Rø, Monika Kvernenes, Cecilie Normann Birkeli

Fra arkivet
1050 Behandling av brannsåar og hudlidelser
Julie Didriksen

1052 **Minneord**

1054 **Ph.d.-disputaser**

Annonser

1056 Legejobber

1058 Kurs og møter

Aktuelt i foreningen

1060 Når politikk og fag trekker sammen
Anne-Karin Rime

1062 Nettdoktorene
Stig Kringen

1065 Nan B. Oldereid:
– Jeg har aldri angret på veivalget mitt
Heidi Østvedt Strydom

legejobber.no

Norges mest komplette stillingsportal for leger

UTVALGTE STILLINGER

VESTRE VIKEN HF

Overlege, endokrinologi
Frist 2. november

ST. OLAVS HOSPITAL HF

Overlege, barnesykdommer
Frist 19. oktober

STJØRDAL KOMMUNE

Fastlege
Frist 19. oktober

DRAMMEN KOMMUNE

Fastlege
Frist 19. oktober

REVMATISMESYKEHUSET AS

Lege i spesialisering, ravmatologi
Frist 1. oktober

SØRLANDET SYKEHUS HF

Overlege, bryst- og endokrinkirurgi
Frist 30. september

SYKEHUSET TELEMARKE HF

Overlege, radiologi
Frist 31. oktober

SYKEHUSET ØSTFOLD HF

Overlege, urologi
Frist 28. september

NORDLANDSSYKEHUSET HF

Lege i spesialisering, nevrologi
Frist 31. oktober

SYKEHUSET I VESTFOLD HF

Overlege, ortopedisk kirurgi
Frist 19. oktober

Fargerik høst i helsepolitikken

Etter valgseieren må Støre-regjeringen finne nye måter å få gjennomslag i Stortinget på. Da kan et pressmiddel i samarbeidet med de fire støttepartiene bli helsepolitikken.

Arbeiderpartiet fikk Stortingets største partigruppe. Dermed fortsetter Støre-regjeringen, og helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre kan videreføre sin ambisjon om en ny helsereform – «Prosjekt X». Målet er å gjøre «møtet med helse- og omsorgstjenesten sømløst» (1). Men da må det samarbeides. For valgresultatet har gjort regjeringen avhengig av Rødt, MDG, SV og Senterpartiet: fire jevnstore, men ganske ulike støttepartier.

Før valget viste helseministeren handlekraft ved å pøse penger inn i offentlige og private helsetjenester som en del av Ventetidsløftet. Det har hatt ønsket virkning på ventelistetallene. Utover denne gladnyheten preget ikke helsepolitikken valgkampen. Det var heller ikke forventet. Gitt den geopolitiske situasjonen og opposisjonens kjernesaker, vil helse kunne forbli i skyggen av andre politiske spørsmål også i den kommende stortingsperioden.

Men ser man på partiprogrammene til støttepartiene i «Tutti-frutti-koalisjonen», er det tydelig at de ønsker en hånd på rattet i helsepolitikken. I det ligger muligheter for å styrke offentlig helsevesen – men også trusler mot bærekraften i tjenestene. Derfor bør støttepartiene spille sine helsepolitiske forhandlingskort med klokskap.

Ser man på partiprogrammene til støttepartiene i «Tutti-frutti-koalisjonen», er det tydelig at de ønsker en hånd på rattet i helsepolitikken

Videreføring av lokale sykehusstilbud gjenfinnes i flere av støttepartienes arbeidsprogrammer. Her bør man se bakover like mye som framover: Kampen for fødetilbud ved sykehuset i Kristiansund i 2022 viste hvor feilslått en nasjonalpolitisk innblanding kan bli (2). Pålegg og ekstrabevilgninger vil være til liten hjelp dersom Stortinget igjen velger å se forbi det faktum at en helsetjeneste aldri er mer bærekraftig enn den kompetansen helseforetaket kan tilby.

Så når både Senterpartiet, SV og Rødt viderefører kampen for fullverdige akuttfunksjoner ved lokalsykehus i landet, er det en anledning til å minne om betydningen av nødvendig breddekompetanse i mindre sykehus (3–5). Det er gledelig at både Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til behovet for mer generalistkompetanse i sine programmer (3, 6). Siden 2019, da spesialistforskriften fjernet skillet med hoved- og grenspesialisering for leger, har stadig færre valgt spesialisering i indremedisin og generell kirurgi (7, 8). Nyutdannede leger bør derfor i større grad rekrutteres til spesialitetene det faktisk er behov for i sykehusene våre – og i mindre grad til de som gjør det godt i det private helsemarkedet. Forhåpentligvis kan det her ligge forhandlingsmuligheter som kan bidra til å sikre en bærekraftig offentlig spesialisthelsetjeneste, også i mindre sykehus.

Både Rødt og SV har en offentlig tannhelsetjeneste for hele befolkningen som helsepolitisk fanesak. I forlik med Arbeiderpartiet har de fire støttepartiene allerede sikret stortingsvedtak om å utvide rettighetene i offentlig tannhelsetjeneste til å

omfatte 25–28-åringene i «fluogenerasjonen». Imidlertid møter forliket motstand hos tannlegene selv: De ønsker ikke en slik gruppevis utvidelse, nettopp fordi den ikke kommer de mer trengende til gode (9).

Hva så med helseforetaksmodellen? Med Senterpartiets exit fra regjeringen i januar er Hurdalsplattformens lovnad om å utrede endringer i modellen nå omformulert til Arbeiderpartiets mål om en gjennomgripende helsereform. Kan det derfor være en tid for å se forbi både lokalsykehus og helseforetaksmodell, mens de fire små og det ene store partiet finner en form på samarbeidet?

Samtidig har tre av de fire støttepartiene programfestet å skrote hele foretaksmodellen (3–5). Dermed trenger vi neppe vente lenge på de første harde forhandlingsrundene: Senterpartiets stortingsgruppe har allerede gått ut med at sykehusene «igjen skal komme under tydelig folkevalgt kontroll» ved at helseforetaksmodellen avvikles (9). De har i tillegg sikret seg Kjersti Toppe, nestleder og lege, som leder for Stortingets helse- og omsorgskomite (9). Med en mulig helsereform så vidt i støpeskjeen, var det kanskje mer hensiktsmessig å holde forhandlingskortene om foretaksmodellen på hånden en stund til?

Hvilke helsepolitiske saker som støttepartiene – hver for seg eller sammen – velger å legge press på, er altså ikke gitt. Samtidig åpner ikke valgresultatet for andre regjeringsalternativer. Det kan love godt for «Prosjekt X» og det påbegynte arbeidet i Helsereformutvalget (1). I skyggen av valgkampen ble de første av «10–12 innovative utprøvinger» rullet ut som en prøvesmak på den bebudede reformen (10). I et betimelig reformforsøk er det bare å ønske alle involverte, i utprøvinger og i reformutvalg, lykke til. Det endelige utfallet vil avhenge av mye, ikke minst mengden tutti-frutti-strø de neste månedene. ■

Tone Enden

tone.enden@tidsskriftet.no

Tone Enden er ph.d., spesialist i radiologi og publiseringsredaktør i Tidsskriftet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen setter ned Helsereformutvalget. Lest 28.9.2025.
- 2 Reppen NK. Føden i Kristiansund stengt igjen. Sykepleien 28.7.2022. Lest 28.9.2025.
- 3 Senterpartiet. Politikk. Senterpartiets stortingsvalgprogram 2025–2029. Lest 28.9.2025.
- 4 Rødt. Helseforetak. Lest 28.9.2025.
- 5 SV. SVs arbeidsprogram 2025–2029. Lest 28.9.2025.
- 6 Strøm P. Mener løsningen på sykehuskrisa kan ligge i utlandet. NRK 2.12.2023. Lest 28.9.2025.
- 7 Glent JC, Vartdal T. Det er behov for breddekompetanse i sykehus-Norge. *Overlegen* 2024; 1: 48–9.
- 8 Den norske tannlegeforening. 25–28 år inkludert i DOT – fortsatt en stykkevis og delt vei. Lest 28.9.2025.
- 9 Skårdalsmo K, Rønning M, Heggen H et al. Vedum varsler ny sykehuskamp: Vil samle flertall mot Støre. NRK 29.9.2025. Lest 29.9.2025.
- 10 Helse- og omsorgsdepartementet. Vestre lanserer nye «prosjekt X»-piloter. Lest 28.9.2025.

Emgality®

(galkanezumab) injeksjonsvæske

Emgality® forbedrer pasientenes livskvalitet og reduserer migrenens påvirkning under og mellom anfallene.¹⁻⁴

Effekten og sikkerheten til galkanezumab er undersøkt i tre fase 3 randomiserte, placebokontrollerte, dobbeltblindede studier hos voksne pasienter (N = 2 886).¹

Migrenens innvirkning på funksjonsevne ble vurdert ved hjelp av MSQ-spørreskjemaet (Migraine-Specific Quality of Life Questionnaire, versjon 2.1) innenfor delområdet for begrensning av rollefunksjon (Role Function-Restrictive domain) samt med MIDAS-spørreskjemaet (Migraine Disability Assessment).

Bivirkninger: Svært vanlige: Generelle: Reaksjon på injeksjonsstedet (inkl. erytem, kløe, blåmerke, hevelse), smerter på injeksjonsstedet. Vanlige: Gastrointestinale: Forstoppelse. Hud: Kløe, utslett. Øre: Vertigo.

Referanser

1. Emgality (galkanezumab) preparatomtale, 25.03.2024
2. Mulleners WM et al The Lancet Neurology, 2020;19(10), pp.814-825.
3. Lipton RB, et al. (Post-Hoc Analysis) Headache: The Journal of Head and Face Pain. 2023;63(5):683-91.
4. Ailani J, et al. (Post-Hoc Analysis) Advances in Therapy. 2022;39(10):4544-55.

Emgality® (galkanezumab) 120 mg injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt penn. Indikasjoner: Profylakse mot migrene hos voksne som har minst 4 migrenedager pr. måned. **Dosering:** Behandling bør initieres av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av migrene. Voksne, inkl. eldre >65 år: Anbefalt dose: 240 mg (2 injeksjoner à 120 mg) som innledende bolusdose, deretter 120 mg 1 gang pr. måned. Behandlingsnytte bør vurderes innen 3 måneder etter behandlingsoppstart. Ytterligere beslutning om å fortsette behandlingen bør gjøres individuelt. Evaluer deretter behovet for å fortsette behandlingen regelmessig. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever-/nyrefunksjon: Dosejustering ikke nødvendig ved lett til moderat nedsatt lever- eller nyrefunksjon. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Hjerne/kar: Ingen sikkerhetsdata ved alvorlige kardiovaskulære sykdommer, se SPC for ytterligere informasjon. Alvorlig overfølsomhet: Alvorlige overfølsomhetsreaksjoner, inkl. tilfeller av anafylaksi, angioødem og urtikaria, er rapportert. Ved alvorlig overfølsomhetsreaksjon bør administreringen avbrytes umiddelbart og egnet behandling igangsettes. Pasienter bør informeres om muligheten for forsinket overfølsomhetsreaksjon og instrueres om å kontakte lege. Vertigo er rapportert ved behandling. **Interaksjoner:** Interaksjonsstudier ikke utført. Farmakokinetiske interaksjoner forventes ikke. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Begrensede data. Som et forsiktighetstiltak bør bruk under graviditet unngås. Amming: Overgang i morsmelk er ukjent. Humant IgG utskilles i morsmelk de første dagene etter fødsel, og avtar til lave konsentrasjoner etter kort tid. Risiko for diende spedbarn kan derfor ikke utelukkes i denne korte perioden. Bruk under amming kan deretter vurderes, kun dersom klinisk nødvendig. Fertilitet: Dyrestudier indikerer ingen skadelige effekter mht. fertilitet.

Bivirkninger: Svært vanlige: Generelle: Reaksjon på injeksjonsstedet (inkl. erytem, kløe, blåmerke, hevelse), smerter på injeksjonsstedet. Vanlige: Gastrointestinale: Forstoppelse. Hud: Kløe, utslett. Øre: Vertigo. **Pakninger og priser:** 1 stk. (ferdigfylt penn) kr 5136,30. **Reseptgruppe: C. Refusjon:** Individuell refusjon etter søknad fra spesialist i nevrologi, eller lege ved et offentlig sykehus: Forebyggende behandling av kronisk migrene. Refusjonskoder: ICD-10: G43 / ICP-2: N89 Migrene. Villkår: Kronisk migrene som definert i ICHD-3: Minst 15 hodepinedager per måned, hvorav minst 8 dager er migrenedager, over en periode på mer enn 3 måneder. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Holland. **Før forskrivning av Emgality, se preparatomtalen eller Felleskatalogen.** **Basert på SPC godkjent av DMP/EMA: 25.03.2024** For ytterligere informasjon om dette legemidlet, kontakt: Eli Lilly Norge, Innspurten 15, 0663 Oslo, Norge. +47 22 88 18 00 www.lilly.no © 2024 Lilly and Organon. All rights reserved. PP-GZ-NO-0204 / NO-EMG-110007 05/2024

Ketamin som offentlig behandlingstilbud i psykiatrien

I august åpnet Beslutningsforum for at Norge blir blant de første i verden som tilbyr offentlig finansiert ketaminbehandling mot behandlingsresistent depresjon.

Alvorlig depressiv lidelse som ikke responderer på medikamentell behandling og psykoterapi, kalles behandlingsresistent depresjon. Det rammer omtrent 30 % av pasientene med depresjon (1). Subanestetiske doser av intravenøs ketamin gir raskt innsettende effekt på det depressive sykdomsbildet og gir reduksjon av suicidal tanker (2, 3).

Fram til nylig ble ketamin kun gitt som utprøvende behandling ved et fåtall sykehus og private klinikker. Med Beslutningsforums vedtak i august i år kan pasienter i hele landet sikres likeverdige helsetjenester (4). Den offentlige finansieringen reduserer økonomiske barrierer, som har stor betydning for pasientene og deres familier som ofte har lidd i årevis. I tillegg får den psykiatriske helsetjenesten nye verktøy og muligheter til å utvikle fagområdet uten påvirkning fra industrien.

Ketamin ble godkjent som bedøvelsesmiddel i USA i 1970. Den første dokumentasjonen på effekt hos psykiatriske pasienter kom i 1973 (5), og i 2000 ble den første randomiserte kontrollerte studien med depresjon som utfallsmål publisert (6). Et internasjonalt ekspertpanel publiserte i 2021 et kunnskapsgrunnlag for klinisk effekt og sikkerhet (7). Klinisk erfaring tyder på at ketaminbehandling sammen med intensiv psykoterapi kan bidra til delttagelse i samfunnet og til økt livskvalitet (8). Behandlingen krever oppfølging og en strukturert, skreddersydd behandlingsplan (3).

I 2018 startet Axonklinikken med ketaminbehandling mot depresjon, og to år senere åpnet det første offentlige tilbudet i Skandinavia ved Sykehuset Østfold. I 2022 mottok Nye Metoder en forespørsel om godkjenning for den offentlige spesialisthelsetjenesten. Det gikk to år før de kom med sin konklusjon. Det var mange pågående ketaminstudier, og de ønsket å avvente en eventuell godkjenning til flere studier var fullført. Først i 2024 sendte Bestillerforum forespørsel om godkjenning til Direktoratet for medisinske produkter, som kom med sin metodevurdering i juli i år.

Rapporten fra direktoratet, som dannet grunnlaget for avgjørelsen i Beslutningsforum, konkluderte med at intravenøs ketamin er generelt sett godt tolerert hos pasienter med behandlingsresistent depresjon og har bedre responsrate, remisjonsrate og depresjonsskår enn saltvann, midazolam og elektrokonvulsiv terapi (ECT) (1). Behandlingen er sannsynligvis tilsvarende eller mindre dyr enn elektrokonvulsiv terapi, men langtidsresultatene er ikke klare.

I innføringen ligger det en forutsetning om at ketaminbehandling skal gis i spesialisthelsetjenesten og at alle pasienter skal følges opp gjennom registerstudier eller kliniske studier (4). Pasientene skal informeres om at behandlingen gis utenfor godkjent bruksområde, og hva dette innebærer. Vedtaket vil bli revurdert, særlig med tanke på langtids effekter, innen utgangen av 2028.

Som ledd i en pågående observasjonsstudie har Moss

distriktspsykiatriske senter behandlet omtrent 400 pasienter med ketamin innenfor rammen av en omfattende behandlingsprotokoll (9). Det har ikke forekommet alvorlige hendelser, og foreløpige analyser av 135 pasienter viser at 58 % oppnådde klinisk respons (≥ 50 % reduksjon i MADRS-skår) etter seks behandlinger, og 43 % oppnådde full remisjon (MADRS ≤ 12) (upubliserede data).

For å koordinere utviklingen og forskningen rundt ketaminbehandling har de fire regionale helseforetakene gått sammen om et samarbeid og opprettet nettverket Norwegian Rapid Acting Antidepressants (NORAAD). Nettverket koordinerer blant annet Pre-Ket-studien som nylig fikk 24,5 millioner i forskningsmidler fra Klinbe-forsk (10). Mange av pasientene som er planlagt å motta ketaminbehandling de neste tre årene, vil være studie-deltagere der. I tillegg er det behov for å etablere et nasjonalt register. ■

Lars Lien

lars.lien@inn.no

Lars Lien er spesialist i psykiatri og i samfunnsmedisin, professor ved Universitetet i Innlandet og leder for Norsk psykiatrisk forening. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ingmar Clausen

Ingmar Clausen er spesialist i psykiatri og avdelingssjef ved Nordre Østfold DPS. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Ohm IK, Flatby AV, Stoinska-Schneider A et al. Intravenøs ketamin ved behandlingsresistent depresjon: en fullstendig metodevurdering. ID2022_018 2025. Lest 10.9.2025.
- Witt K, Potts J, Hubers A et al. Ketamine for suicidal ideation in adults with psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis of treatment trials. *Aust N Z J Psychiatry* 2020; 54: 29–45.
- Kvam TM, Stewart LH, Blomkvist AW et al. Ketamin ved depresjon – evidens og forslag til praksis. *Tidsskr Nor Legeforen* 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.21.0480.
- Nye metoder. Kan ta i bruk ketamin som behandlingsmetode ved behandlingsresistent depresjon. Lest 4.9.2025.
- Khorramzadeh E, Lotfy AO. The use of ketamine in psychiatry. *Psychosomatics* 1973; 14: 344–6.
- Berman RM, Cappiello A, Anand A et al. Antidepressant effects of ketamine in depressed patients. *Biol Psychiatry* 2000; 47: 351–4.
- McIntyre RS, Rosenblatt JD, Nemeroff CB et al. Synthesizing the evidence for ketamine and esketamine in treatment-resistant depression: an international expert opinion on the available evidence and implementation. *Am J Psychiatry* 2021; 178: 383–99.
- Cheng MCH, Dri CE, Ballumet H. The effects of ketamine and esketamine on measures of quality of life in major and treatment-resistant depression: A systematic review. *J Affect Disord* 2025; 382: 438–42.
- Sykehuset Østfold. Protokoll for intravenøs ketaminbehandling for pasienter med terapieresistent depresjon. Lest 7.9.2025.
- Helse Sør-Øst. Tildeling av 172 millioner kroner til nasjonale kliniske behandlingsstudier. Lest 7.9.2025.

Er ammefri en del av et moderne arbeidsliv?

Rettigheter tilknyttet graviditet, foreldrepermisjon og ammefri drukner i trang sykehusøkonomi og effektiviseringskrav i en gammelmodig organisasjonskultur ved norske sykehus.

Gratulerer med graviditeten! Har du tenkt å be om vaktfritak? Vi er tynt bemannet, så det er vanskelig for avdelingen å ta deg ut av vaktplanen. Du ønsker å jobbe redusert grunnet omsorg for barn, ja? Det passer utrolig dårlig. Vi har ikke budsjett til å ansette en vikar nå. Ammefri prøver vi å tilrettelegge for, men du forstår vel at det er upraktisk for operasjonsprogrammet? Noen må tross alt gjøre jobben din når du ammer.

Man skulle kanskje ikke tro det, men slike utsagn opplever gravide og ammende leger daglig. En stor andel av henvendelsene som kommer til Yngre legers forenings tillitsvalgte handler om nettopp graviditet, foreldrepermisjon og ammefri. På disse områdene har imidlertid *alle* arbeidstakere rettigheter som er hjemlet i lovverk og tariffavtaler, også leger. Hvorfor er det da likevel så vanskelig for arbeidsgivere å tilrettelegge for den enkelte? Er avtaleverket for dårlig formulert slik at misforståelser kan oppstå? Er det tolkningsevnen til arbeidsgiver eller arbeidstaker som er hovedproblemet, eller må systemet bære ansvaret for manglende etterlevelse av de tekstlige fordringene?

Kort om ammefri

Retten til ammefri følger av arbeidsmiljøloven § 12-8, og loven gir ingen føringer for hvordan denne tiden skal tas ut (1). Den lovfestede retten til lønnet ammefri er derimot avgrenset til én time per arbeidsdag, men de tariffavtalte bestemmelsene utvider denne rettigheten. Overenskomsten mellom Spekter og Den norske legeförening konkretiserer eksempelvis at arbeidstakere gis lønnet ammefri i inntil to timer per dag (2). Det er arbeidsgiver sitt ansvar å legge til rette for at arbeidstakeren får tatt ut ammefri. Ammende kvinner har også mulighet til å ha arbeidsdager som ikke overstiger ni timer, men dette fører til tilsvarende trekk i lønn. Som ammende arbeidstaker har man altså gode tekstlig forankrede muligheter for å få tilrettelagt ammefri til barnets beste.

Det er samtidig viktig å kjenne til hva avtaleverket *ikke* sikrer. Selv om man som lege i spesialisering følger normal lønnsutvikling i sin spesialitet under lovfestet permisjon (3), vil tiden i permisjon ikke inngå i minstetiden for spesialiseringen. Imidlertid er det ikke slik at den som ammer eller jobber redusert, skal ekskluderes fra anbefalte læringsaktiviteter. I perioder med tilpasset arbeidssituasjon kan man heller se på muligheter for et mer spisset utdanningsfokus.

Likevel ser vi at særlig leger i vaktgående fag og prosedyretunge spesialiteter ofte møter motbør når de ber om tilrettelegging for ammefri.

Ulike behov

Behovene for tilrettelegging er ulike, akkurat som leger er ulike. Noen ønsker å operere og gå i vakt med tilrettelegging. Andre går i redusert stilling en periode, da det oppleves som riktig for familien. Med dagens permisjonsregler er mange mødre tilbake i jobb allerede når barnet er 7–8 måneder, en alder der morsmelk fortsatt er anbefalt som hovednæring for barnet (4). Hvis man da møtes med rigide holdninger og enveiskommunikasjon fra lite løsningsorienterte ledere, bidrar det til et mindre trygt arbeidsliv i en sårbar periode i livet.

Så kan vi lure på om nedprioriteringen av ammende legers deltagelse i arbeidslivet utelukkende skyldes manglende fleksibilitet hos arbeidsgiver. Det er udiskutabelt at lovfestede rettigheter skal etterleves, men regnestykket må gå opp. Alle arbeidstakere må ivaretas, både de som har behov for tilrettelegging og de som er igjen på jobb. Ledere er nødt til å se på helheten og veie ulike hensyn opp mot hverandre samtidig som de må sjonglere effektiviseringskrav og politiske marsjordre.

Drift av offentlige sykehus krever tilstedeværelse av kompetent helsepersonell 24-7, 365 dager i året. Fravær av ulike årsaker, inkludert ammefri og foreldrepermisjon, må nødvendigvis dekkes inn av den eksisterende grunnbemanningen. Det er ingen

automatikk i at alt fravær erstattes. Ofte må gjenværende kollegaer være bufferen. Er vi som kollegium rause nok til å være denne bufferen for hverandre?

Arbeidsgiver har ansvaret

I lys av bemannings- og rekrutteringsutfordringene helsesektoren står ovenfor, blir denne problemstillingen satt ytterligere på spissen. Dersom arbeidsmiljøet i tillegg preges av høy arbeidsbelastning, får vi fort en arbeidshverdag hvor rettigheter nedprioriteres. Likevel: Den enkelte lege som har behov for tilrettelegging, skal ikke måtte bære ansvaret for hvordan systemet *ikke* fungerer. Det er faktisk arbeidsgiverorganisasjonen og den enkelte leder som er toneangivende på hvor fleksible og fremoverlente de ønsker å være.

Gravide, ammende og småbarnsforeldre har mange år igjen i arbeidslivet. Hvordan man blir møtt på arbeidsplassen i denne livsfasen er svært viktig for videre motivasjon. Implementering og etterlevelse av lov- og tariffestede rettigheter krever god dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Individrettede løsninger som ivaretar helheten, og begge parter, skaper ikke presedens, de skaper godt samarbeidsklima og bedre arbeidsplasser.

En sterk offentlig helsetjeneste i 2025 må være et attraktivt arbeidssted for alle, inkludert de som i perioder av livet har behov for tilrettelegging. De ansatte er helsetjenestens viktigste ressurs. Skal leger ønske å jobbe i den offentlige helsetjenesten fremover, må de møte en arbeidshverdag som er inkluderende og ivaretar ulike behov. Det kjennetegner et moderne arbeidsliv. ■

Mottatt 6.8.2025, første revisjon innsendt 25.8.2025, godkjent 1.9.2025.

Carolyn Sparchholz

carolin_spar@hotmail.com

Carolyn Sparchholz er lege i spesialisering i nevrologi ved Haukeland universitetssykehus, nestleder i Yngre legers forening og medlem av Legeföreningens sentralstyre. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven), Kapittel 12, Rett til permisjon. Lest 16.6.2025.
- Akademikerne/Legeföreningen og Spekter. Overenskomstens del A, A1 og A2. Lest 20.6.2025.
- Spekter-Helse og Den norske legeförening. Protokoll vedrørende forhandlinger mellom Spekter-helse og Den norske legeförening. Lest 22.6.2025.
- Helsedirektoratet. 1. Anbefalinger for morsmelk, morsmelkerstatning og introduksjon av mat. Lest 22.6.2025.

Jeg har hiv, men ønsker ikke dele det med noen

Personen på bildet er en modell
og har ikke hiv i det virkelige liv.

BØR IKKE PASIENTER MED HIV SELV VÆRE MED PÅ VALG AV BEHANDLINGSFORM?

I dag får hivpasienter god medikamentell behandling, men stigmatisering, diskriminering og psykisk uheld er et problem.^{1,2} For noen blir daglige tabletter vanskelig pga. svelgebesvær, stigma og utenlandsreiser.³ I behandlingen av kronikere er det normalt god praksis å ta hensyn til livssituasjon og psykologiske og sosiale aspekter.⁴ Kanskje det kan bidra til å nå FN's fjerde mål om lang-siktig trivsel for mennesker med hiv?⁵

ET ALTERNATIV TIL TABLETTER

▼Vocabria + ▼Rekambys er den første og eneste komplette langtidsvirkende injeksjonsbehandlingen for hivpasienter.⁶⁻⁸ Med dosering annenhver måned^{6,7} kan den være et aktuelt alternativ for de som har problemer med daglig tablettinntak³. Effekten og sikkerheten til behandlingen er dokumentert i flere kliniske studier.⁹⁻¹⁴

SPØR PASIENTEN

Så hvilke pasienter opplever daglige tabletter som et hinder for å skjule sin hiv? Hvem vil ha fordeler av å bytte til langtidsvirkende injeksjonsbehandling? Svarene får du først når du spør...

Indikasjon:

Vocabria + Rekambys er indisert til behandling av hiv-1-infeksjon hos voksne og ungdom (≥ 12 år og >35 kg) som er virologisk suppressert (hiv-1 RNA < 50 kopier/ml) på et stabilt antiretroviralt regime uten eksisterende eller tidligere tegn på viral resistens mot, og ingen tidligere virologisk svikt, med legemidler i NNRTI- og INI-gruppene.

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

Forsiktighetsregler: *Overfølsomhetsreaksjoner:* Risiko for utslett og leverskade. *Leversykdom:* Brukes med forsiktighet ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. *Forsiktighet ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon.* *Immunt reaktiveringsyndrom:* Inflammatoriske reaksjoner kan oppstå ved behandlingsstart. *Viktige potensielle risikoer:* Medisineringsfeil (dvs. manglende overholdelse av doseringsplanen, feil administrasjonsmåte). Pasienter bør informeres om tegn på SJS og TEN, samt overvåkes for alvorlige hudreaksjoner. Ved mistanke om SJS eller TEN skal behandling med Vocabria + Rekambys avsluttes umiddelbart, og kabotegravir må ikke gjenopptas. **Kontraindikasjoner:** *Vocabria:* Samtidig bruk med rifampicin, rifapentin, karbamazepin, okskarbazepin, fenytoin eller fenobarbital. *Rekambys:* Samtidig bruk med karbamazepin, okskarbazepin, fenobarbital, fenytoin, rifabutin, rifampicin, rifapentin, deksametason (systemisk), johannesurt.

Les preparatomtalen før forskrivning. Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på telefon 22 70 20 00.

Reseptgruppe C

Pakninger og maksimalpriser: VOCABRIA Injeksjon: 3 ml (hettegl.) 17302,80 kr. Tabletter: 30 stk. (boks) 9390,90 kr
REKAMBYS 3 ml (hettegl.) 7118,70 kr. Finansiering: 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. Fra 01.05.2021 har Beslutningsforum innført Vocabria i kombinasjon med rilpivirin-injeksjon (Rekambys) til behandling av hiv-infeksjon hos voksne som er virologisk suppressert på et stabilt antiretroviralt regime og som er motivert for behandling, men som har utfordringer med daglig tablettbehandling. Vocabria + Rekambys inngår i Sykehusinnkjøps anbefalinger for antiretroviral behandling av hiv i perioden 01.12.2022-31.01.2026.



Referanser:

1. Degroote S et al. Arch Pub Health 2014;72:40. 2. Lowther K et al. Int J Nurs Stud 2014;51:1171-89. 3. Norsk forening for infeksjonsmedisin. <https://hivfag.no/images/2025/hivretninglinjer2025.pdf>. 4. Giusti A et al. BMJ Glob Health 2020;5:e003330. 5. Lazarus J et al. Nat Commun 2021;12:4450. 6. Vocabria SPC. 7. Rekambys SPC. 8. Brizzi M et al. Ther Adv Infect Dis 2023;10:20499361221149773. 9. Overton ET et al. Lancet 2021;396:1994-2005. 10. Overton ET et al. Clin Infect Dis 2023;76:1646-54. 11. Jonsson-Oldenbuttel C et al. J Acquir Immune Defic Syndr 2024;96:472-80. 12. Ramgopal MN et al. Lancet HIV 2023;10:e566-77. 13. Kityo C et al. Lancet Infect Dis 2024;10:1089-92. 14. Smith G et al. Open Forum Infect Dis 2021;8:ofab439.

REKAMBYS (rilpivirine langtidsvirkende injeksjon), inkludert varemerket, eies av Janssen Pharmaceutical Companies og brukes under lisens av Viiv Healthcare-gruppen. Alle andre varemerker eies av Viiv Healthcare-gruppen. GSK: ©2025 GSK-gruppen av selskaper eller dets lisensgiver. Viiv ©2025 Viiv Healthcare-gruppen av selskaper eller dets lisensgiver.

GlaxoSmithKline AS, Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo, Telefon 22 70 20 00.

Tekst: Anders Malkolmsen og Carl Tollef Solberg

Illustrasjon: Espen Friberg

Palliativ psykiatri

For pasienter med alvorlig psykisk lidelse, vedvarende symptomer og mange mislykkede behandlingsforsøk kan ytterligere behandling med kurativt mål gjøre mer skade enn nytte. Derfor trenger vi et tilbud om palliativ psykiatri.

At noen pasienter med alvorlig psykisk lidelse ikke blir friskere, selv etter mange år med omfattende behandling, er en realitet mange psykiatere kjenner. Disse pasientene lever ofte med vedvarende symptomer, lavt funksjonsnivå og gjentatte forløp i helsetjenesten uten vesentlig bedring. Selv om de utgjør en relativt liten andel av pasientene i psykisk helsevern, står de for en betydelig del av ressursbruken – ofte uten åpenbar gevinst i helse og livskvalitet.

Likevel er det ikke ressursbruken som først og fremst driver oss til å skrive om palliativ psykiatri. Vi har snakket med mange som er dypt bekymret for om psykiatriens sykeste pasienter får riktig behandling. Flere mener at disse pasientene enten skrives ut til minimal oppfølging og blir glemt, eller utsettes for svært belastende overbehandling. Internasjonalt er palliativ psykiatri blitt foreslått som en løsning for disse pasientene, men hva innebærer egentlig palliasjon i psykiatrien? Hvem passer det for, og er psykiatrien klar for det?

Hva er palliativ psykiatri?

Palliativ psykiatri handler ikke om å gi opp pasienten, men om å skifte fokus fra kurasjon til å kunne leve et godt liv til tross for psykiske plager (1). Palliasjon innebærer altså en vesentlig målendring fra psykiatrisk symptomreduksjon til lindring av fysisk, psykisk og eksistensiell smerte (2). Når håpet om helbredelse svinner, trer eksistensielle spørsmål om mening, identitet og fremtid ofte frem som helt sentrale. Det eksistensielle fokuset utgjør kanskje den viktigste forskjellen mellom kurativ og palliativ tilnærming (3).

Logikken bak kurativ behandling i psykiatrien er at fjerning av psykiatriske symptomer *indirekte* fører til økt funksjon og livskvalitet. Det er sannsynligvis en riktig tilnærming i begynnelsen av et sykdomsforløp. For de som ikke blir friske til tross for gjentatt behandling, blir dette derimot problematisk. I slike tilfeller bør man gjøre et palliativt taktskifte, der rekkefølgen snus på hodet: Man aksepterer de psykiatriske symptomene og jobber heller *direkte* med livskvaliteten. At det noen ganger medfører økt funksjon og reduksjon i symptomer, er en bonus.



Palliativ psykiatri handler ikke om å gi opp pasienten, men om å skifte fokus fra kurasjon til å kunne leve et godt liv til tross for psykiske plager

Rusfeltet har tatt det palliative perspektivet på alvor gjennom substitusjonsbehandling. Det har vært omstridt fordi det kan oppfattes som «å gi opp» pasientene. Om substitusjonsbehandlingen er kurativ eller palliativ, avhenger imidlertid av behandlingsmålet. For noen, særlig unge pasienter som trenger stabilitet i livet, er substitusjonsbehandling ofte et kurativt tiltak med mål om langsiktig nedtrapping, gjerne med legemidler som gir begrenset ruseffekt (som Subutex). For andre, særlig pasienter med langvarig, behandlingsresistent opioidavhengighet, kan slik behandling være mer palliativ (som heroinassistert behandling). Målet er da ikke lenger rusfrihet, men lindring av lidelse, stabilisering av den psykososiale situasjonen og reduksjon av destruktiv atferd. Dette viser at en palliativ tankegang har fotfeste i enkelte felt i psykiatrien, selv om den ikke har fått merkelappen «palliasjon».

Mange tiltak vil altså få ny betydning og nytt innhold når det overordnede målet med behandlingen endres. Samtalerterapi vil handle om å gi eksistensiell omsorg fremfor endring, og medisinerings hovedmål blir økt livskvalitet fremfor kurasjon. Bruken av

inngripende behandlingstiltak som tvangs-ernæring, tvangsinnleggelse eller tvangsmedisinering kan kanskje også reduseres når man går over til en palliativ tilnærming, dersom man ser at tiltakene gjør mer skade enn nytte.

Klinisk praksis

Ulike kliniske eksempler kan illustrere palliativ psykiatri i praksis. Ved alvorlig og langvarig anoreksi ses noen ganger et mønster av delvise remisjoner, gjentatte innleggelser og behandlingsavvisning. Kravet om vektoppgang kan oppleves som truende og bidra til at pasienten trekker seg unna, noe som igjen kan resultere i livstruende undervekt. I slike tilfeller vil en palliativ tilnærming innebære et skifte av fokus fra vekt til livskvalitet, der skadebegrensning, somatisk oppfølging, relasjonell støtte og sosial stabilitet prioriteres fremfor vektoppgang. I ekstreme tilfeller kan det innebære å la pasienten dø av sykdommen, dersom det er dette pasienten selv ønsker (4).

Medikamentelt behandlingsresistent schizofreni innebærer betydelig risiko for iatrogen skade. Med iatrogen skade menes negative konsekvenser som direkte



skyldes behandlingen – enten fysisk, som bivirkninger av legemidler grunnet polyfarmasi og høye doseringer, eller psykososialt, som behandlingstrøtthet, lært hjelpeløshet og redusert tillit til helsevesenet etter gjentatte mislykkede behandlingsforsøk. En palliativ tilnærming vil i slike tilfeller kunne innebære dosereduksjon og bivirkningsminimering fremfor effektmaksimering, høyere terskel for innleggelse ved forverring samt tiltak som fremmer opplevd livskvalitet. Palliasjon innen psykoselitet betyr altså *ikke* å fase ut nødvendig antipsykotiske legemidler for så å la pasienten gå til grunne, men å unngå lange innleggelser og akseptere pasientens egne livsmål, også når disse ikke harmonerer med den alminnelige moral.

Ved langvarig suicidalitet og selvskading opplever enkelte pasienter et system som veksler mellom avvisning og overbeskyttelse. Noen av disse pasientene har forsøkt flere runder med evidensbasert symptomrettet behandling, men opplever fortsatt stor lidelse. En palliativ tilnærming kan i slike tilfeller innebære relasjonell støtte fremfor endringsorientert terapi, aksept for at selvdestruktiv atferd kan være en selvvalgt mestringsstrategi, eller medikamentelle tiltak for å dempe intens indre smerte når annen behandling ikke fører frem. Målet er ikke lenger å fjerne forstyrrelsen, men å lindre plagene. I den palliative behandlingen vil pasienten naturlig nok ikke få like intensiv oppfølging som i et kurativt forløp, men tilstrekkelig eksistensiell omsorg og lindrende tiltak til å kunne bære sin egen tilværelse. Å gi pasienter muligheten til en pause fra behandlingspresset er ikke bare en måte å styrke deres ansvarsfølelse på, det bidrar også til å redusere maktubalansen mellom pasienten som strever med å endre seg og systemet som forutsetter endring for å fortsette å tilby hjelp.

Ved langvarig institusjonalisering av svært voldelige pasienter med rusmisbruk, dyssosial personlighetsforstyrrelse og psyko-seproblematikk kan pasienter leve i årevis i lukkede enheter uten realistisk utsikt til trygg reintegrering i samfunnet. I slike tilfeller innebærer kurativ behandling et mål om å slippe pasientene fri, med betydelig risiko for skade på uskyldige mennesker. Da kan den palliative tilnærmingen innebære å erkjenne det begrensede rehabiliteringspotensialet hos noen av disse pasientene. Hovedmålet er ikke lenger full rehabilitering i det åpne samfunnet, men et stabilt liv i trygge, skjermede og rusfrie omgivelser. En palliativ tilnærming vil da bety mer, og ikke mindre, tvang.

Når bør palliasjon vurderes?

Heldigvis er det mange effektive behandlinger i psykiatrien, og en stor andel av pasientene blir friske. Palliativ psykiatri er følgelig bare relevant for pasienter med alvorlig og vedvarende psykisk lidelse, der skadepotensialet ved ytterligere forsøk på kurasjon er større enn forventet nytte – altså der behandlingens *nokpunkt* er nådd. Et palliativt tilbud vil dermed tvinge frem en mer systematisk vurdering av når nokpunktet inntreffer, og hvordan psykiatrisk nytteløshet bør defineres (5).

I somatisk medisin er nokpunktet ofte veletablert, og det er langt på vei en selvfølge å tilby palliativ behandling når gjentatte kurative tiltak ikke fører frem. Lærebøker i palliasjon omtaler en rekke somatiske tilstander, men psykiatriske lidelser nevnes sjelden (6). Kanskje fordi det i psykiatrien er mer krevende å vurdere når en behandling er nytteløs. Prognosene er mer usikre, og det er ofte uenighet om hva som egentlig er målet med behandlingen.

Psykiatriens kompleksitet bør likevel ikke brukes som argument for å unnlate å gi palliativ behandling til lidende pasienter som over tid verken har hatt nytte av eller ønske om mer kurativ behandling. Vi kan forestille oss flere indikatorer som bør tillegges vekt i en slik vurdering: gjentatte behandlingsforsøk med lav eller ingen effekt på symptomreduksjon, bivirkninger som ikke står i forhold til effekt, dårlig etterlevelse, hyppig bruk av tvang, vedvarende lav livskvalitet og lav egenmotivasjon.

Etiske og praktiske utfordringer

Palliativ psykiatri innebærer en rekke utfordringer. Den første utfordringen er hvilken medbestemmelsesrett pasienten selv skal ha. Mange pasienter med alvorlig og vedvarende psykisk lidelse vurderes som ute av stand til å samtykke til kurativ behandling, noe som ofte begrunner tiltak mot deres vilje. Det gjør samarbeid om felles mål vanskelig. Et palliativt taktskifte forutsetter derfor en nyansert vurdering av samtykkekompetansen, der man må anta at pasienter er i stand til å utforme egne palliative mål uten å være samtykkekompetente for spørsmål om egen sykdom. Dette åpner for større autonomi og reell pasientmedvirkning i palliativ fase.

En annen utfordring er hvordan palliativ psykiatri kan gjennomføres uten at det oppleves som et svik eller at alt håp er ute. Mange av de sykeste pasientene i psykiatrien har smertefulle erfaringer med å bli gitt opp, og en palliativ tilnærming kan lett tolkes inn i dette mønsteret. Derfor må det være klart at palliasjon *ikke* betyr fravær av behandling. Palliasjon *er* behandling, og et palliativt tilbud vil kunne føre til at disse pasientene får mer behandling på egne premisser. Den palliative tilnærmingen er ofte mindre ressurskrevende enn den kurative, men selvsagt ikke uten kostnader. Ressursene må trolig hentes fra andre tilbud i psykiatrien gjennom aktiv prioritering av de sykeste på bekostning av de som er friskere

Palliasjon betyr ikke fravær av behandling. Palliasjon er behandling, og et palliativt tilbud vil kunne føre til at disse pasientene får mer behandling på egne premisser

(jf. alvorlighetskriteriet), men det er grunn til å anta at størstedelen av ressursene vil kunne hentes gjennom reduksjon av overbehandling.

En forutsetning for å etablere palliativ psykiatri i psykisk helsevern er utvikling av retningslinjer som sikrer kvaliteten (7). For å kunne vurdere hvem som har nytte av en palliativ tilnærming, kreves bedre kliniske verktøy. Det fordrer et solid forskningsgrunnlag. I dag finnes det ingen randomiserte eller longitudinelle studier på effekten av palliative tilnærminger i psykiatrien. Hypoteser om at palliativ psykiatri kan forbedre livskvalitet, redusere iatrogen skade, bidra til forventningsavklaring og styrke autonomi, må testes empirisk. Videre er det et viktig empirisk spørsmål hvorvidt en palliativ tilnærming kan forhindre selvmord som begås av behandlingstrøtte og eksistensielt lidende pasienter. Palliativ psykiatri må derfor løftes frem som et forskningsfelt med egne spørsmål, metoder og kvalitetskriterier.

Er psykiatrien klar?

Vårt inntrykk er at det allerede er mye palliasjon i psykiatrien, ofte initiert for tidlig og usystematisk. Mange pasienter med schizofreni får eksempelvis aldri muligheten til å prøve sistelinjebehandlingen klozapin (antipsykotika), som kan gi radikal bedring, fordi mange behandlere av ulike grunner vegrer seg mot dette (8). Det reiser spørsmål om hvorvidt psykiatrien er tilstrekkelig offensiv i sin kurative behandling. Mange deprimerte pasienter får heller ikke tilgang til all tilgjengelig evidensbasert behandling. Ett eksempel er transkraniell magnetisk stimulering (9). Hvis palliative mål om bedret livskvalitet innføres før kurative tiltak er tilstrekkelig forsøkt, kan det i verste fall føre til alvorlig underbehandling. En usystematisk, delvis palliativ tilnærming, hvor man slår seg til ro med det nest beste, kan forebygges dersom psykiatrien tar palliasjon på alvor.

Internasjonale undersøkelser viser at de fleste psykiatere allerede mener at et palliativ tilbud er nødvendig (10, 11). Samtidig vekker ordet *palliativ* bekymring hos mange pasienter og pårørende, trolig som følge av en misforståelse av hva det innebærer. Forhåpentligvis har vi bidratt med noen viktige oppklaringer, og kanskje er det bra hvis ordet fortsatt vekker en viss bekymring. Dette er tross alt ikke et tema vi skal ta lett på. Samtidig bør det nå være klart at dette egentlig ikke handler om å gjøre noe helt nytt. Det handler om å sette navn på noe som allerede finnes i psykiatrien, men som fortjener en klarere og mer systematisk tilnærming enn hva som er tilfellet i dag. ■

Arbeidet med kronikken er delfinansiert av EU (ERC, ETHME, 101116507). Synspunktene og meningene i artikkelen er forfatterens egne og gjenspeiler ikke nødvendigvis synspunktene og meningene til EU eller Det europeiske forskningsrådet.

Mottatt 7.7.2025, første revisjon innsendt 11.8.2025, godkjent 22.8.2025.

Anders Malkomsen

anders.malkomsen@gmail.com

Anders Malkomsen er ph.d., spesialist i psykiatri og legespesialist ved Seksjon for behandling/forskning, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Carl Tollef Solberg

Carl Tollef Solberg er ph.d., lege, filosof og professor ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo og adjungert professor ved Videncenter for Rehabilitering og Palliation (REPHA), Syddansk universitet i Danmark. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Westermair AL, Buchman DZ, Levitt S et al. Palliative psychiatry in a narrow and in a broad sense: A concept clarification. *Aust N Z J Psychiatry* 2022; 56: 1535–41.
- 2 Trachsel M, Irwin SA, Biller-Andorno N et al. Palliative psychiatry for severe persistent mental illness as a new approach to psychiatry? Definition, scope, benefits, and risks. *BMC Psychiatry* 2016; 16: 260.
- 3 Decorte I, Verfaillie F, Moureau L et al. Oyster Care: An Innovative Palliative Approach towards SPMI Patients. *Front Psychiatry* 2020; 11: 509.
- 4 Treem J, Yager J, Gaudiani JL. A Life-Affirming Palliative Care Model for Severe and Enduring Anorexia Nervosa. *AMA J Ethics* 2023; 25: E703–9.
- 5 Levitt S, Buchman DZ. Applying futility in psychiatry: a concept whose time has come. *J Med Ethics* 2020; 47: e60.
- 6 Kaasa S, Loge JH. Palliasjon: Nordisk lærebok. Oslo: Gyldendal, 2016.
- 7 Strand M, Sjöstrand M, Lindblad A. A palliative care approach in psychiatry: clinical implications. *BMC Med Ethics* 2020; 21: 29.
- 8 Jakobsen MI, Austin SF, Storebø OJ et al. Non-prescribing of clozapine for outpatients with schizophrenia in real-world settings: The clinicians' perspectives. *Schizophrenia (Heidelb)* 2023; 9: 91.
- 9 Ørbo MC, Larsen C, Bystad M et al. Transkraniell magnetisk stimulering i psykisk helsevern. *Tidsskr Nor Legeforen* 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.23.0396.
- 10 Trachsel M, Hodel MA, Irwin SA et al. Acceptability of palliative care approaches for patients with severe and persistent mental illness: a survey of psychiatrists in Switzerland. *BMC Psychiatry* 2019; 19: 111.
- 11 Stoll J, Mathew A, Venkateswaran C et al. Palliative Psychiatry for Patients With Severe and Persistent Mental Illness: A Survey on the Attitudes of Psychiatrists in India Compared to Psychiatrists in Switzerland. *Front Psychiatry* 2022; 13: 858699.

Tekst: Eirik Nikolai Arnesen et al.

Pasientjournaler i Norge har dårlig brukervennlighet

Elektroniske pasientjournaler er ikke lette å bruke. Dette må tas på alvor, fordi det påvirker både pasientsikkerhet og økonomisk og personellmessig bærekraft.

Leger må forholde seg til datasystemer i arbeidet. Det primære arbeidsverktøyet er elektronisk pasientjournal (EPJ). Pasientjournalloven og -forskriften krever at arbeidet skal journalføres i et elektronisk journalsystem (1, 2). I nyere tid har det vært mye oppmerksomhet rettet mot tidsbruken i dokumentasjonsarbeidet, både i Helsepersonellkomisjonens rapport *Tid for handling* og gjennom negative opplevelser med systemet Helseplattformen, oppsummert av Riksrevisjonen (3–5).

Hvorfor er brukervennlighet viktig?

Brukervennlighet er et begrep som omfatter utvalgte egenskaper ved et datasystem slik brukeren opplever dem. I boka *Usability Engineering* peker Jakob Nielsen på at brukervennlighet ikke er endimensjonal. Han definerer brukervennlighet langs fem akser: lett å lære, effektivt, lett å huske, feilfritt og feiltolerant, behagelig å bruke (6).

Brukervennlighet i elektronisk pasientjournal er en særdeles viktig faktor for at helsehjelpen skal være trygg og effektiv. Dårlig brukervennlighet vil kunne ramme både den enkelte pasient og den totale kapasiteten i helse-tjenesten, og det utgjør en betydelig arbeidsmiljørisiko. Feil i systemet kan i verste fall være dødelig for pasienter. Systemfeil, f.eks. feildosering av legemidler, kan ramme mange pasienter samtidig (7). Helsetilsynet peker på risiko for pasientskade hvis systemet skjuler, eller brukeren ikke finner, viktig informasjon (8).

I en undersøkelse av sammenheng mellom brukervennlighetsskår og risiko for utbrenthet korrelerte høyere brukervennlighetsskår med lavere risiko for utbrenthet og lavere arbeidsbelastning (9, 10). En nylig publisert norsk studie viste tilsvarende funn (11, 12). De som opplever lavere brukervennlighet, rapporterer økt forekomst av utbrenthet, insomni og planer om jobbskifte. Lav brukervennlighet i elektroniske pasientjournaler kan også medføre betydelig økonomisk risiko for helsevirksomheter.

Kan brukervennlighet måles?

Det finnes flere validerte metoder for å måle opplevd brukervennlighet. *System Usability Scale* (SUS) er en undersøkelse med kun ti spørsmål, velegnet for å kartlegge brukervennlighet på et

overordnet nivå (13). Denne skalaen brukes over hele verden og på tvers av alle typer brukergrensesnitt, fra nettsøk, mikrobølgeovner, Word og til elektronisk pasientjournal (14–16). Beste skår er 100, og grensen for stryk settes vanligvis på 51,6 poeng (16).

En mer omfattende metodikk er *National Usability-Focused Health Information System Scale* (NuHISS) som er utviklet og validert av forskere i Finland (17). Denne metoden har flere spørsmål gruppert innen områdene teknisk kvalitet, enkelhet i bruk, informasjonskvalitet, fordeler/nytteverdi, samhandling og tilbakemelding. Metoden gir mulighet for å studere ulike egenskaper i journalsystemer (18–20).

Status i Norge

Det har ikke tidligere blitt presentert studier av norske legers oppfatning av brukervennligheten i elektronisk journalsystem basert på internasjonalt standardiserte metoder. Legeforeningen gjennomførte en landsdekkende spørreundersøkelse om brukervennlighet i februar 2022, gjentatt etter 2,5 år i oktober 2024, kalt EPJ-termometeret. Undersøkelsen brukte både SUS- og NuHISS-metodikk. Undersøkelsen ble sendt til alle yrkesaktive medlemmer av Legeforeningen (omtrent 93 % av alle yrkesaktive leger i Norge) (21). De første resultatene ble presentert i en masteroppgave ved Medisinsk fakultet ved Universitetet i Oslo (22).

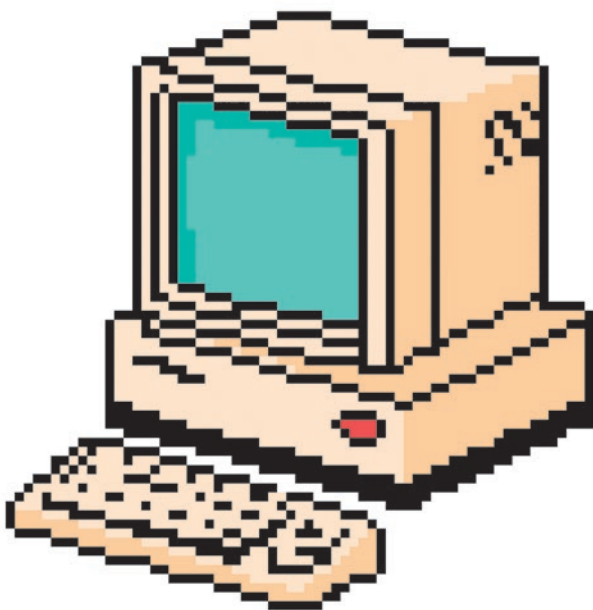
Gjennomsnittlig rapportert SUS-skår på landsnivå var 53,6 poeng (tabell 1) basert på 4 641 respondenter (svarandel 14 %). Det er noe bedre enn tilsvarende målinger blant amerikanske leger, der gjennomsnittlig SUS-skår var 45,9 (9). Sammenlignet med funn fra leger ved St. Olavs hospital, med median skår på 15, er de nasjonale tallene vesentlig bedre (11).

Fordelt på legeroller sees et annet bilde. Fastleger rapporterer vesentlig høyere brukervennlighet enn sykehusleger og spesielt sykehjemsleger (tabell 1). Blant sykehusleger er det også stor forskjell på fornøydhet mellom journalsystemer: Helseplattformen hadde en rapportert brukervennlighet på bare 17,3 poeng, mens journalsystemet DIPS hadde 57,7 poeng.

Ser man på SUS-skåren blant sykehusleger gruppert etter hvor lang erfaring de har med elektronisk pasientjournal, sees et interessant funn. For sykehusleger som brukte systemene DIPS Arena og MetaVision, var det ingen

**Fastleger
rapporterer
vesentlig høyere
brukervennlighet
enn sykehusleger
og spesielt
sykehjemsleger**

Dårlig bruker-vennlighet vil kunne ramme både den enkelte pasient og den totale kapasiteten i helsetjenesten



Tabell 1 Brukervennlighetsskår (skår på System Usability Scale, SUS, en skala fra 0 til 100 der <51,6 regnes som stryk) fordelt på legerolle 2024 (22).

Rolle	Gjennomsnittsskår (poeng)	KI (95 %)	Median	Standardavvik	Antall
Alle roller	53,6	52,8 til 54,4	57,5	26,7	4 641
Fastlege	70,7	69,4 til 71,9	74,7	20,7	1 043
Privat-/avtale-spesialist	66,8	64,5 til 69,1	70,2	21,1	323
Legevaktlege	54,3	48,4 til 60,3	57,5	23,1	61
Sykehuslege	47,7	46,7 til 48,6	50,0	26,0	2 783
Sykehjemslege	37,0	34,1 til 39,8	32,7	24,9	294

statistisk signifikante forskjeller i SUS-skår ut fra brukerens erfaring (22). Sykehusleger med mer enn ett års erfaring med Helseplattformen rapporterte en statistisk signifikant økning i SUS-skår sammenlignet med brukere med kortere erfaring. Økningen er allikevel langt fra nok til å nå samme fornøydhetsnivå som brukere av DIPS.

Støtte til samhandling

NuHISS-metoden går dypere i detaljene, og i masteroppgaven presenteres svar på utvalgte spørsmål i gruppene «enkelthet i bruk» og «samarbeid og kommunikasjon» (22). På de seks spørsmålene om samhandlingsfunksjoner var de norske fastlegene klart mer tilfredse enn sykehuslegene og sykehjemslegene. Helseplattformen skiller seg negativt ut blant sykehuslegene. På tvers av de norske regionene rapporterte sykehjemsleger omtrent samme nivåer av tilfredshet, og på omtrent samme nivå som brukere av Helseplattformen. Helseplattformen bedrer altså ikke opplevd samhandling sammenlignet med de andre sykehjemssystemene, på tross av at disse mangler noen samhandlingsløsninger (bl.a. e-resept), som Helseplattformen tilbyr.

Det er mulig å sammenligne noen av de norske funnene med internasjonale resultater. En undersøkelse blant australske sykehusleger viste en noe svakere skår enn hos norske sykehusleger, men noe bedre enn brukere av Helseplattformen i Norge på spørsmål om samarbeid mellom leger innad i og utenfor samme organisasjon (20). Australske leger i primærhelsetjenesten (*primary care physicians*) skårer høyere på de samme spørsmålene enn australske sykehusleger, men klart lavere enn norske fastleger (20).

Metodiske svakheter

EPJ-termometeret baserer seg på spørreundersøkelser sendt ut til alle yrkesaktive medlemmer i Legeforeningen, med mål om å få tilstrekkelig svar for hver legerolle og hvert elektronisk pasientjournalsystem. Vi har ikke undersøkt for utvalgsskjjevhet, men gitt en svarandel på 14 % er den risikoen til stede.

Utfordringene må tas på alvor

En av årsakene til at fastlegenes systemer skåres høyere, kan være at det blant fastleger finnes flere systemer i et konkurrerende marked. Over tid kan dette ha gjort det mulig for leverandørene å tilpasse funksjonalitet og brukervennlighet til veldefinerte behov fra en moden fastlegerolle.

Sykehusene er mer komplekse organisasjoner med mer kompleks logistikk og ulike behov, kanskje motstridende, på tvers av mange roller. Helseplattformen kommer svakt ut, og mye kan være knyttet til systemets oppbygging rundt rigide data, kodifisert gjennom kodesystemet Snomed CT, i stedet for fleksibel tekst (23). En slik tilnærming var ment å gi gevinster i form av gjenbruk av informasjon, men det er svært komplekst å få alle brukerne til å forstå og oppdatere data på helt lik måte hver gang. Slik nøyaktig informasjonsforvaltning er også tidkrevende for brukeren.

Enda flere motstridende behov oppstår når kommunehelsetjenesten også skal samhandle i systemet, noe som kan skape utfordringer for Helseplattformens brukere. Videre vil helt konkrete problemer i brukergrensensnittet være en utfordring. Spørsmål fra NuHISS-metoden som «Oppsett av felt og funksjoner er logisk på dataskjermen», «Rutinemessige oppgaver kan utføres rett frem uten behov for ekstra trinn ved hjelp av systemet», «Det er enkelt å finne nødvendig pasientinformasjon ved hjelp av EPJ-systemet», «Det er raskt, enkelt og greit å skrive inn og dokumentere pasientinformasjon» kan belyse dette (22).

Bedret samhandling skulle være Helseplattformens fordel, men systemet skåres svakere enn de andre sykehjemssystemene, og med få eller ingen gevinster for sykehjemslegene. Dette impliserer at i norsk kontekst gir et integrert system som Helseplattformen lavere opplevd samhandlingsgevinst enn et økosystem av EPJ-systemer og nasjonale samhandlingsløsninger. Det er behov for forbedringer av digital støtte til samhandling. Internasjonalt ligger imidlertid Norge ganske godt an, —>

og dette kan tolkes som at det har blitt gjort godt arbeid i Norge med elektroniske meldinger, e-resept og kjernejournal.

Systemeiere og beslutningstakere i regionale helseforetak, kommuner, statsforvaltning og på politisk nivå bør sette seg inn i metoder for måling av brukervennlighet og følge opp med jevnlig undersøkelser og forbedringsprosjekter. Brukervennlighet i elektronisk pasientjournal må tas på alvor, fordi det påvirker både pasientsikkerhet og økonomisk og personellmessig bærekraft. ■

Mottatt 10.6.2025, første revisjon innsendt 7.8.2025, godkjent 14.8.2025.

Eirik Nikolai Arnesen

eirik.arnesen@legeforeningen.no

Eirik Nikolai Arnesen er spesialist i samfunnsmedisin med master i helseadministrasjon. Han jobber som seksjonssjef for Seksjon primærhelsetjeneste og e-helse i Legeforeningen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er medlem av styringsgruppen for EPJ-løftet (Helsedirektoratet) og medlem av styringsgruppen for digital samhandling (Helse- og omsorgsdepartementet).

Anne Ringnes

Anne Ringnes har master i organisasjon og ledelse med spesialisering i digitalisering og innovasjon. Hun er spesialrådgiver i Seksjon primærhelsetjeneste og e-helse i Legeforeningen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jan Emil Kristoffersen

Jan Emil Kristoffersen er spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin og har master i helseadministrasjon. Han er tidligere fagdirektør i Legeforeningen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Johan Torgersen

Johan Torgersen er spesialist i anestesologi med doktorgrad innen intensivmedisin og master i public health. Han leder Medisinsk fagavdeling og er fagdirektør i Legeforeningen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven). Lest 14.8.2025.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften). Lest 14.8.2025.
- Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 2023: 4. Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Lest 14.8.2025.
- Riksrevisjonen. Utnyttelse av IT-systemer på sykehus. Dokument 3:6 (2023–2024). Lest 14.8.2025.
- Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av Helseplattformen i Midt-Norge. Dokument 3:3 (2024–2025). Lest 14.8.2025.
- Nielsen J. Usability Engineering. San Francisco, CA: Morgan Kaufman, 1994.
- Helsedirektoratet. Feil i e-reseptkjeden. Lest 21.11.2024.
- Helsetilsynet. Hvor har feil og mangler ved bruk av IKT-systemer størst konsekvenser for pasientsikkerheten? En risikoanalyse. Rapport 7/2021. Lest 14.8.2025.
- Melnick ER, Dyrbye LN, Sinsky CA et al. The Association Between Perceived Electronic Health Record Usability and Professional Burnout Among US Physicians. *Mayo Clin Proc* 2020; 95: 476–87.
- Melnick ER, Harry E, Sinsky CA et al. Perceived Electronic Health Record Usability as a Predictor of Task Load and Burnout Among US Physicians: Mediation Analysis. *J Med Internet Res* 2020; 22: e23382.
- Lohmann-Lafrenz S, Gismervik SØ, Ose SO et al. Usability of an electronic health record 6 months post go-live and its association with burnout, insomnia and turnover intention: a cross-sectional study in a hospital setting. *BMJ* 2025; 32: e101200.
- Lohmann-Lafrenz S, Skarpsno ES. Digitalt arbeidsmiljø for helsepersonell betyr noe. *Tidsskr Nor Legeforen* 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0264.
- Brooke J. SUS: A quick and dirty usability scale. I: Jordan PW, McClelland IL, Weerdmeester B, red. *Usability Evaluation in Industry*. 1. utg. Boca Raton, FL: CRC Press, 1996: 189.
- Bangor A, Kortum PT, Miller JT. An Empirical Evaluation of the System Usability Scale *Int J Hum Comput Interact* 2008; 24: 574–94.
- Lewis JR. The System Usability Scale: Past, Present, and Future. *Int J Hum Comput Interact* 2018; 34: 577–90.
- Sauro J. Measuring Usability with the System Usability Scale (SUS). Lest 9.11.2024.
- Hyppönen H, Kaipio J, Heponiemi T et al. Developing the National Usability-Focused Health Information System Scale for Physicians: Validation Study. *J Med Internet Res* 2019; 21: e12875.
- Viitanen J, Hyppönen H, Lääveri T et al. National questionnaire study on clinical ICT systems proofs: physicians suffer from poor usability. *Int J Med Inform* 2011; 80: 708–25.
- Lääveri T, Viitanen J. Physicians' Perspectives on EHR Usability: Results from Four Large Cross-Sectional Surveys from 2010 to 2021. *Stud Health Technol Inform* 2023; 304: 16–20.
- Lloyd S, Long K, Oshni Alvandi A et al. A National Survey of EMR Usability: Comparisons between medical and nursing professions in the hospital and primary care sectors in Australia and Finland. *Int J Med Inform* 2021; 154: 104535.
- Statistisk sentralbyrå. 12545: Arbeidstidsfordeling (11 grupper) blant sysselsatte med helse- og sosialfaglig utdanning (27 grupper). 4. kvartal 2015–2024. Lest 24.11.2024.
- Arnesen EN. Hva mener leger i Norge om brukervennligheten i elektroniske pasientjournaler? Resultater fra to nasjonale spørreundersøkelser i 2022 og 2024 basert på metodene System Usability Scale (SUS) og National Usability Focused Health Information System Scale (NuHISS). Oslo: Universitetet i Oslo, Medisinsk fakultet, 2024.
- Hurlen P. Fagspråket ingen leger har hørt om. *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0117.



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 nevralgi (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-estimer 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

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.

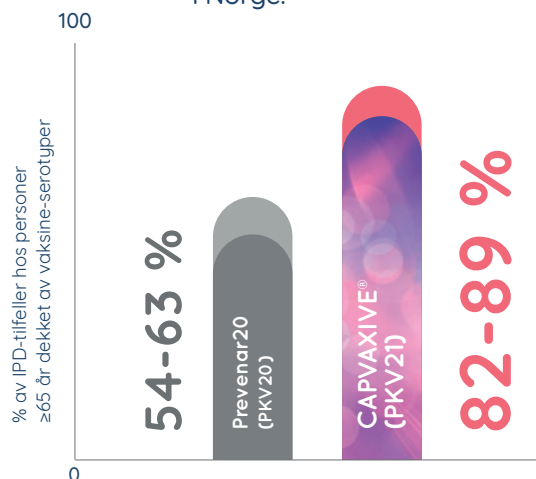
Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor virkestoffene eller noen av hjelpestoffene.¹

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

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: Eline Aas et al.

Perspektiver på prioritering

Når nye tiltak skal innføres i helsetjenesten, må vi som samfunn ta stilling til om tiltaket er verdt ressursene det krever. Vi må prioritere. Men hvilke hensyn skal telle med i vurderingen?

I Norge er det bestemt at prioritering av et nytt tiltak i helsetjenesten skal gjøres på grunnlag av tiltakets effekt, ressursbruk og alvorlighet

Valg av perspektiv på samfunns- eller helse-tjenestenivå kan ha stor betydning for hvilke helsefremmende tiltak som blir finansiert av det offentlige og inkludert i behandlingsretningslinjene. Nylig vedtok Stortinget en ny prioriteringsmelding for helsetjenesten: *Helse for alle – Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste* (1). I denne ble det vedtatt å videreføre et «utvidet helsetjenesteperspektiv». Samtidig åpnes det i særskilte tilfeller for elementer fra et samfunnsperspektiv i tilleggsanalyse («sekundæranalyse»).

For å forstå Stortingets beslutning, er det nødvendig med innsikt i hva som menes med et utvidet helsetjenesteperspektiv, og hvordan dette perspektivet avviker fra et (mer omfattende) samfunnsperspektiv. I denne kronikken ønsker vi å forklare dette.

Vi diskuterer beslutninger om tiltak rettet mot en definert pasientgruppe (brukere), ikke prioritering av individer på klinisk nivå. Valg av perspektiv gjelder en gruppes tilgang til et helsetiltak som vurderes innført. Når tiltaket først er innført, vil det være klinisk skjønn og samvalg som avgjør den enkeltes tilgang.

Rammene for prioritering

Beslutningene på gruppenivå baseres i hovedsak på kostnadseffektivitetsanalyser der valget av perspektiv for analysen handler om hvilke konsekvenser (virkninger) som er relevante å ta med, og hvilke som ikke blir belyst.

I Norge er det bestemt at prioritering av et nytt tiltak i helsetjenesten skal gjøres på grunnlag av tiltakets effekt, ressursbruk og alvorlighet (1). Kriteriene er generelle og skal gjelde for alle tiltak og sykdomsgrupper. Effekt, også omtalt som nyttekriteriet eller helsegevinst, skal måles i «gode leveår» og kvantifise-

res som kvalitetsjusterte leveår (*quality-adjusted life years, QALYs*). Alvorlighet skal måles i absolutt prognosetap, og kvantifiseres i tapte QALYs over livsløpet for en tilstand, sammenlignet med gjennomsnittspopulasjonen. Ressurser verdsettes i monetære enheter. Effekt- og ressurskriteriet sammenstilles i en kostnadseffektivitetsanalyse (2), mens alvorlighet påvirker beslutningsregelen. Jo mer alvorlig en tilstand er, forutsatt at alt annet er likt, desto høyere ressursbruk kan aksepteres.

Det er i all hovedsak ressurskriteriet vi tenker på når vi diskuterer ulike perspektiv.

Perspektiv på gruppe- versus individnivå

Beslutninger i helsetjenesten skjer på ulike nivå. Lønning II-utvalget pekte på at det er viktig å skille beslutningsnivåene i prioriteringsdebatten, da ulike nivå har ulike siktemål og avveininger (3). Vi skiller mellom gruppenivå og individnivå. På gruppenivå tas det beslutninger om hvorvidt tiltak skal bli tilgjengelige, oppdateres eller byttes ut. På klinisk nivå, i møtet mellom behandler og pasient, tas det beslutninger ut fra de tiltakene som er tilgjengelig på behandlingstidspunktet. I diskusjonen om analyseperspektiv forholder vi oss til beslutninger på gruppenivå.

Et eksempel på hvordan valg av perspektiv kan påvirke vurderinger, kan være et nytt dyrere legemiddel med lik effekt, men med dokumentert positiv virkning på deltakelse og muligheten til å stå i jobb. På dette området, legemidler med moderate budsjettkonsekvenser, skal vurderinger gjøres ut fra et «utvidet helsetjenesteperspektiv» (1). Hvis legemiddelet hadde blitt innført på bakgrunn av et samfunnsperspektiv, og ikke med et utvidet helsetjenesteperspektiv, ville alle relevante pasienter likefullt få tilgang til og tilbud om medikamentet – uavhengig av om de selv er i jobb eller ikke. —>

Et annet eksempel er vurderingen av en ny vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet. Vaksiner som folkehelseiltak, er et særskilt tilfelle hvor man i dag tillater at vurderinger gjøres ut fra et samfunnsperspektiv (1). La oss si at denne vaksinen har en positiv samfunnsgevinst ved at den, i tillegg til å redusere sykkelighet (effekt) og dermed behovet for helsetjenester (ressursbruk), også kan redusere foreldrenes arbeidsfravær (produksjonsgevinst for samfunnet). Denne siste effekten inngår ikke i vurderinger med et utvidet helsetjenesteperspektiv (tabell 1). Hvis vaksinen blir innført på bakgrunn av vurderingen i et samfunnsperspektiv, vil den bli tilbudt til alle i barnevaksinasjonsprogrammet – uavhengig av om foreldrene er i jobb eller ikke.

Formålet ved prioriteringer i helsetjenesten må være å maksimere velferd, ikke minimere utgifter på statsbudsjettet

Definisjon av perspektiv

I et helsetjenesteperspektiv inkluderes ressursbruken for helse- og omsorgstjenestene som finansieres av det offentlige. Samfunnsperspektivet inkluderer de samme komponentene, men i tillegg inngår produksjon og deltagelse for dem tiltaket er rettet mot, samt andre involverte (som uformelle omsorgsgivere). Positive eller negative virkninger på ressursbruken i andre sektorer (som kriminalomsorg, barnevern, utdanningssektoren og privat næringsliv), skal også inkluderes. Generelt innebærer et samfunnsperspektiv at vi inkluderer alle vesentlige konsekvenser som oppstår som følge av et tiltak, uavhengig av hvilken sektor som opplever gevinsten eller bærer kostnadene. Målet er å få en helhetlig forståelse av tiltakets samlede virkning på samfunnet.

Tabell 1 Konsekvensoversikt i ulike perspektiv (1, 4)

Sektor	Konsekvenser	Perspektiv		
		Helsetjeneste	Samfunn	Utvidet helsetjeneste
Helse	<i>Helseeffekt (i form av gode leveår)</i>			
	Kvalitetsjusterte leveår (QALY-er), pasient	■	■	■
	Kvalitetsjusterte leveår (QALY-er), pårørende ¹		■	■
	Smitte (indirekte beskyttelse, QALY-er)	■	■	■
	Andre helseeffekter (uønskede hendelser, mestrings og verdighet)	■	■	■
	<i>Ressursbruk i offentlige helse- og omsorgstjenester (Inkluderer spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten og legemidler)</i>			
Helse- og omsorgstjenester som ikke er offentlig finansierte	Kostnader ved tiltaket	■	■	■
	Fremtidige relaterte helsetjenestekostnader	■	■	■
	Fremtidige ikke-relaterte helsetjenestekostnader	■	■	
Andre samfunnsområder	Uformell omsorg (tidskostnad)		■	■
	Helse- og omsorgstjenester betalt av pasient (helprivate tjenester)		■	
	Tidsbruk ved tiltaket (intervensjon, behandling og oppfølging)		■	■
	Transportkostnader		■	■
	Arbeid i formell sektor (betalt produksjon)		■	
	Deltagelse i uformell sektor (ikke-betalt produksjon) ²		■	
	Stønader (sykepenges, arbeidsavklaringspenges, ulike pensjoner osv.)		■	
Offentlig finansierte tjenester (barnevern, familievernkontor, hjelpemidler osv.)		■		
Justissektoren (ressursbruk, kriminalitet)		■		
Utdanningssektoren (ressursbruk, deltagelse)		■		
Miljø- og klimaavtrykk		■		
Andre relevante konsekvenser (næringsliv, innovasjon, kunnskapsutvikling, beredskap osv.)		■		

Oppdatert versjon, august 2025.

- 1 Gjeldende anbefalinger om et utvidet helsetjenesteperspektiv kan man beregne effekter som tilfaller pårørende i separate analyser.
- 2 Verdien av øvrig samfunnsdeltagelse kan også fanges opp i estimeringen av livskvalitet gjennom kategorien «daglige aktiviteter», i så fall må analysen ta hensyn til dobbelttelling.

I det utvidede helsetjenesteperspektivet, som er dagens praksis, inkluderes komponenter fra både helse- og samfunnsperspektivet. Tabell 1 gir en oversikt over virkninger som faller inn under de ulike perspektivene, se (4) for en mer utfyllende beskrivelse av samtlige virkninger.

I det videre vil vi belyse tre utvalgte virkninger som ofte blir gjenstand for diskusjon. Disse er uformell omsorg, produksjonsvirkninger og stønader.

Uformell omsorg

Uformell omsorg er virkninger, positive eller negative, på pårørende. Et tiltak som er ressursbesparende i helse- og omsorgssektoren, kan ha uønskede ringvirkninger for pårørende som utøver pleie og omsorg i hjemmet. Ved å inkludere konsekvenser for uformell omsorg, synliggjør analysen de eventuelle samfunnsmessige kostnadene når pårørende blir tildelt flere omsorgsoppgaver. I et helsetjenesteperspektiv vil mer omsorg utført i hjemmet fremstå som en ren besparelse. Med et samfunnsperspektiv får man belyst den totale virkningen av å overføre byrden på en tredjepart (de uformelle omsorgsgiverne). Hvis pårørende må redusere lønnet arbeid for å ta seg av sine pleietrengende, blir det mindre arbeidsressurser tilgjengelig for andre oppgaver i samfunnet.

Produksjonsvirkninger (betalt og ikke-betalt)

Med produksjonsvirkninger mener vi endringen i samfunnets totale verdiskaping som følge av et tiltaks forventede virkning på pasientpopulasjonens arbeidsdeltagelse, arbeidsevne eller mulighet til å delta i samfunnet. Et samfunnsperspektiv vektlegger samfunnsbidraget av et tiltak, ikke konsekvensene for pasientenes privatøkonomi.

Noen tiltak påvirker også pasientgruppens mulighet til å delta i samfunnet utover lønnet arbeid. Å ta del i samfunnslivet har verdi, uavhengig om man er i betalt arbeid eller ikke. Endringer i generell samfunnsdeltagelse skal i teorien også inkluderes, selv om den ikke lønnes, registreres eller gir skatteinntekter. Ikke-betalt produksjon er for eksempel driften av en husholdning (som matlaging, barnepass, husvask og snømåking) eller annet samfunnsbidrag, som deltakelse i organiserte og uorganiserte fritidsaktiviteter, sosialt samvær eller frivillig, politisk og religiøst arbeid. Det skapes verdier og velferd også av slike aktiviteter. Med andre ord er tiden til pasientgrupper som ikke står i arbeid, men som deltar i samfunnslivet på annet vis, også viktig dersom vi velger et samfunnsperspektiv. Betalt produksjon er enklere å dokumentere enn ikke-betalt produksjon (samfunnsdeltagelse), ettersom endringer i arbeidsmarkedstilknytning registreres i nasjonale registre.

Tiltak som påvirker pasientgruppens eller populasjonens mulighet til å delta i skole og utdanning, kan ha betydningsfulle samfunnsvirkninger og er særlig aktuelt for tiltak rettet mot barn og ungdom i skolealder.

Produksjonsvirkninger vil kun være relevante

for tiltak hvor det kan dokumenteres (eller sannsynliggjøres) en direkte påvirkning på pasientgruppens arbeidsevne eller samfunnsdeltagelse. I praksis vil analysen ta utgangspunkt i en forventet gjennomsnittsverdi av produksjonsvirkningen til en pasientgruppe, som reflekterer verdien av både formell og uformell produksjon. Oppsettet kan følge samme pragmatiske tilnærming som i annen samfunnsøkonomisk analyse, hvor verdien av endret produksjon er et befolkningsgjennomsnitt (som gjennomsnittslønn). Pasientgruppens alder, kjønn, yrke eller bosted vil ikke komme til uttrykk i slike aggregerte fastsatte verdier. Hvis en tilstand spesifikt rammer lavlønnte eller kvinner, vil tiltakets produksjonsvirkning ha samme standardiserte enhetsverdi som om tilstanden rammet høytlønnte eller menn.

Stønader

Ofte pekes det på at et nytt tiltak i helsetjenesten vil redusere offentlige utgifter i form av færre trygdeytelser. Her må et samfunnsperspektiv ikke forveksles med et statsfinansielt perspektiv. Formålet ved prioriteringer i helsetjenesten må være å maksimere velferd, ikke minimere utgifter på statsbudsjettet.

Tiltak i helsetjenesten kan påvirke antallet personer som mottar ulike stønader og velferdsytelser. For eksempel kan spesialisert rusbehandling redusere behov for dagpenger, sosialhjelp, bostøtte og andre ytelser. I et samfunnsperspektiv er disse stønadene en «overføring» og ikke en virkning, og de skal derfor ikke inkluderes i analysen.

En overføring er en forflytning av (økonomiske) midler i befolkningen og ikke en utgift for samfunnet. Det noen betaler inn i skatt, får andre utbetalt gjennom stønader. Det er skatteinnkrevingen og ikke stønadsutbetalingene som legger beslag på samfunnets ressurser. Skal denne virkningen være aktuell må det foreligge overbevisende dokumentasjon på at nettovirkningen av det nye ressurskrevende helsetiltaket faktisk er redusert behov for skatteinntekter i økonomien. Den reelle samfunnsmessige virkningen skal måles ved skattefinansieringskostnaden, som er satt til 20 øre per offentlige krone brukt eller spart (5).

Viktige hensyn når perspektivet utvides

Enhver analyse, uavhengig av perspektiv, stiller krav til dokumentasjon av virkninger. Å inkludere flere virkninger i en sekundæranalyse medfører at flere komponenter må dokumenteres, og usikkerheten vil trolig bli høyere. Dokumentasjonskravene står fast uavhengig om virkningen faller innenfor eller utenfor helsesektoren.

Utvidede analyser vil gi behov for dokumentasjon på andre områder. Forskingen fremover bør derfor se på flere konsekvenser av et tiltak som faller utenfor ressursbruk i helsetjenesten, som for eksempel uformell omsorg, virkningen på betalt- og ikke-betalt produksjon eller utdanningsutfall. —>

Generelt innebærer et samfunnsperspektiv at vi inkluderer alle vesentlige konsekvenser som oppstår som følge av et tiltak, uavhengig av hvilken sektor som opplever gevinsten eller bærer kostnadene

Når elementer fra et samfunnsperspektiv belyses i en sekundæranalyse, vil det kunne oppstå situasjoner hvor noen relevante konsekvenser ikke kan dokumenteres. En konsekvensoversikt, som vist i tabell 1, kan bidra til å informere beslutningstagerne om årsaker til at virkninger utelates.

Kommende prioriteringer må muliggjøre systematisk observasjon av hvilke konsekvenser som sjelden eller aldri inkluderes på grunn av manglende dokumentasjon – noe som på sikt vil kunne gi uønskede skjevheter. Dette bør igjen lede til målrettet innsats for å forbedre dokumentasjonsgrunnlaget, for eksempel gjennom forskning på området. ■

Forfatterne var, med unntak av Edwards, medlemmer i den regjeringsoppnevnte ekspertgruppen Perspektiv i prioritering (2024).

Mottatt 26.6.2025, første revisjon innsendt 31.7.2025, godkjent 22.8.2025.

Eline Aas

Eline Aas er professor i helseøkonomi ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Gudrun Waaler Bjørnelv

Gudrun Waaler Bjørnelv er førsteamanuensis i helseøkonomi ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Christina Hansen Edwards

Christina Hansen Edwards er forsker ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ingrid Hjort

ingrid.hjort@bi.no

Ingrid Hjort er postdoktor ved Institutt for samfunnsøkonomi, Handelshøyskolen BI. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Meld. St. 21 (2024-2025). Helse for alle – Rettførdig prioritering i vår felles helse-tjeneste. Lest 22.8.2025.
- 2 Bjørnelv GMW, Aas E. Kostnads-effektivitetsanalyse: et rammeverk for prioriteringskriteriene. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143. doi: 10.4045/tidsskr.23.0474.
- 3 Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 1997: 18 Prioritering på ny: Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. Lest 22.8.2025.
- 4 Melberg HO, Aas E, Barra M et al. Perspektiv og prioriteringer. Lest 22.8.2025.
- 5 Finansdepartementet. Rundskriv R-109. Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser. Lest 22.8.2025.

Lytt til Tidsskriftets podkast

I Stetoskopet snakker vi med norske leger om aktuelle problemstillinger og ny forskning.

Stetoskopet finner du der du laster ned podkast og på **tidsskriftet no/podkast**

Tidsskriftet 



Embagyn

doksylamin 20 mg/pyridoksin 20 mg

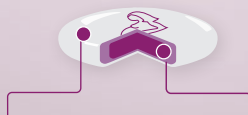
For behandling av svangerskapskvalme og oppkast¹

Tidlig behandling av symptomer er anbefalt for å forhindre utvikling til hyperemesis gravidarum¹

Enkel dosering

1–2 tabletter/dag

Tablett med modifisert frisetting¹



Et flerlags belegg med **øyeblikkelig frisetting**

Enterodrasjert kjerne med **forsinket frisetting**



Ny STØRRE pakning!

10 tabletter og **nyhet** 20 tabletter

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Kontraindikasjoner: Samtidig bruk med MAOI-er eller bruk av Embagyn i inntil 14 dager etter seponering av MAOI-er. Porfyri.

Forsiktighetsregler:

- Brukes med forsiktighet ved nedsatt nyre- og leverfunksjon, økt intraokulært trykk, trangvinklet glaukom, magesår med stenose, pyloroduodenal obstruksjon, blærehalsobstruksjon, astma eller andre luftveissykdommer.
- Vær også oppmerksom på klasse-effekter av antihistaminer, inkl. epilepsi og forlenget QT-intervall.
- Kan forårsake somnolens. Samtidig bruk med CNS-dempende legemidler og alkohol bør unngås.
- Amming: Anbefales ikke under amming.

Interaksjoner: Se SPC pkt.4.5

Bivirkninger: Hyppigst rapportert er somnolens.

For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Embagyn SPC 29.01.2025.

Individuell stønad refusjon²

Kombinasjonen doksylamin/pyridoksin er nå anbefalt som **førstevalg ved behandling av svangerskapskvalme**.³

Indikasjon: Indisert for symptomatisk behandling av svangerskapskvalme og -oppkast hos gravide kvinner ≥ 18 år som ikke responderer på konservativ behandling (f.eks. livsstils- og kostholdsendringer).
Bruksbegrensninger: Kombinasjonen doksylamin/pyridoksin har ikke blitt undersøkt ved tilfeller av hyperemesis gravidarum som skal behandles av spesialist. **Dosering:** Anbefalt startdose er 1 tablett ved leggetid på dag 1 og dag 2. Dersom symptomene ikke er tilstrekkelig kontrollert på dag 2, kan dosen økes på dag 3 til 1 tablett om morgenen og 1 tablett ved leggetid (totalt 2 tabletter per dag). Maksimal anbefalt dose er 2 tabletter daglig. **Pakninger og priser (AUP):** 10 stk.: kr 284,70. 20 stk.: kr 482,50
Reseptgruppe: C. **Referanser:** **1)** Embagyn SPC 29.01.2025. **2)** Doksylamin, pyridoksin – Helsedirektoratet, Siste faglige endring: 25.06.2025 **3)** Gynekologi (NGF) www.metodebok.no

Er samfunnsmedisin for tett knyttet til kommuneoverlegerollen?

Det er nødvendig å strukturere og tydeliggjøre samfunnsmedisinerens sentrale oppgaver. Vi foreslår Storbritannias tre domener i *public health* som utgangspunkt.

Samfunnsmedisin som spesialitet har i Norge tradisjonelt vært knyttet til offentlige leger og primærhelsetjenesten (1), helt siden innføringen av Sundhedsloven av 1860 (2). Først over 100 år senere ble samfunnsmedisin en egen spesialitet. Fagområdet tilsvarer det internasjonale *public health*, og i begge tradisjoner er bedring av folkehelsen det uttalte målet (3).

Kommuneoverlegene pekes ofte på som de typiske samfunnsmedisinere i Norge. Samtidig er kommuneoverlegenes oppgaver preget av norsk lovverk, noe som medfører at en del av oppgavene går i en annen retning enn i det internasjonale *public health*. Ved å hente inspirasjon fra Storbritannias organisering av spesialiteten kan rollen til samfunnsmedisineren i Norge konkretiseres.

Kjerneoppgavene prioriteres ikke

Det er naturlig at samfunnsmedisinere får stadig mer varierte roller ettersom samfunnet utvikler seg (1). Viktigheten av samfunnsmedisinere ble tydeligere for kommunene under SARS-CoV-2-pandemien (4). Dette har medført økt rekruttering av en ny generasjon samfunnsmedisinere.

Nå som pandemieffekten er over, er det mange kommuneoverleger som sliter med å posisjonere seg i kjerneområdene (4). De blir bedt om å bruke mye tid på å dekke oppgaver som ikke er sentrale for samfunnsmedisin, men snarere knyttet til allmennmedisin, for eksempel bekymringsmeldinger eller oppfølging av ALIS-leger. Samfunnsmedisinere får også administrative oppgaver, som lederroller innen fastlegetjenesten og legevaktsarbeid. Viktige kjerneområder innen faget, som for eksempel folkehelsearbeid, blir ikke alltid prioritert i norske kommuner (5). Disse tradisjonelle kommuneoverlegeoppgavene er viktige, og de lovfestede oppgavene, som for eksempel medisinsk rådgivning og vedtak om tvungen legeundersøkelse, kan ikke nedprioriteres. Likevel mener vi at det er grunn til å stille spørsmål ved om samfunnsmedisin er for tett knyttet til kommuneoverlegerollen i Norge, og om det er på tide å ta steget ut av denne rollen og i større grad inn i den internasjonale *public health*-tradisjonen.

Norsk samfunnsmedisin har behov for en reform

Etter at den nye spesialistutdanningen ble innført i 2019, stilles det spørsmål om hvilke arenaer en lege i spesialisering innen samfunnsmedisin kan oppnå læringsmål på og få tellende tjeneste fra, og derfor også hvilke krav som bør stilles til innholdet i en samfunnsmedisinsk stilling.

Samfunnsmedisinere beveger seg i et landskap med begreper hvor betydningen i varierende grad er innarbeidet og forankret i spesialitetens fagmiljø, for eksempel forskjellen på folkehelsearbeid og helsefremmende arbeid. Norsk samfunnsmedisin har behov for en klarere definisjon av allerede etablerte begreper før det er mulig å kommunisere kjerneoppgaver og identifisere hvor samfunnsmedisinerens kompetanse kan brukes.

Inspirasjon fra over dammen

I Storbritannia har *public health* stått overfor lignende problemstillinger. Dette førte til at

Tabell 1 Forslag til fire domener i norsk samfunnsmedisin, med tilhørende kjerneoppgaver

Domene	Kjerneoppgaver
Helsevern (<i>health protection</i>)	Smittevern Miljørettet helsevern Beredskapsarbeid
Helsefremmende arbeid (<i>health improvement</i>)	Arbeid med sosiale determinanter av helse, fra lokale til internasjonale perspektiver Psykososiale aspekter av helse
Helsesystemer og kvalitet (<i>health service delivery and quality</i>)	Planlegging av forsvarlige helsetjenester Helsepolitikk Helseøkonomi Kunnskapsbasert praksis
Andre lovpålagte oppgaver	For eksempel vedtak om tvungen legeundersøkelse og bekymringsmeldinger

Norsk samfunnsmedisin har behov for en klarere definisjon av allerede etablerte begreper før det er mulig å kommunisere kjerneoppgaver og identifisere hvor samfunnsmedisinerens kompetanse kan brukes

faget på starten av 2000-tallet ble beskrevet innenfor tre domener: helsevern, helsefremmende arbeid samt helsesystemer og kvalitet (6). De tre domeneene er overlappende, men også distinkte og forankret i epidemiologi, etikk og forskning. Rollene og ferdighetene som trengs for en som jobber i *public health*, varierer – fra generalister som jobber på tvers av alle domener, til spesialister som jobber innenfor kanskje bare ett eller to domener. Denne modellen har blitt populær i det internasjonale *public health*-miljøet, og brukes som grunnlag for internasjonale Master of Public Health-programmer (7).

En ny norsk modell

Ved å bygge på begreper som benyttes i det internasjonale fagmiljøet, vil vi enklere kunne forstå hverandre og samarbeide på tvers av landegrensar. Vi foreslår at de tre domeneene tas i bruk i Norge, med en fjerde dimensjon som omfatter andre lovpålagte oppgaver (tabell 1).

Spesialister bør utdannes slik at de får erfaring i, og vil kunne arbeide innen, alle domeneene, men at de også kan velge å spesialisere seg videre innenfor kun ett domene. Dette tror vi vil føre norsk samfunnsmedisin i den retningen faget utvikler seg internasjonalt, og samtidig tydeliggjøre samfunnsmedisinerens nasjonale rolle. ■

Mottatt 3.6.2025, første revisjon innsendt 25.6.2025, godkjent 22.7.2025.

T. Karoline Harding

karoline.harding@hel.oslo.kommune.no

T. Karoline Harding er spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin, har en Master of Public Health fra University of Edinburgh, jobber som rådgivende overlege på ALIS og SamLIS Oslo og som kommuneoverlege i Oslo kommune.

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

Eivind Wik

Eivind Wik er spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin og jobber som fagansvarlig overlege på ALIS og SamLIS Oslo.

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

Tor Harald Christiansen

Tor Harald Christiansen er spesialist i samfunnsmedisin og i allmennmedisin og jobber som rådgivende lege på ALIS og SamLIS Sør, assisterende kommuneoverlege i Kristiansand, sjefslege for Nav Klageinstans og fastlege i Hattfjelldal kommune.

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

Odny Askeland

Odny Askeland er lege i spesialisering i samfunnsmedisin og jobber som rådgivende lege på ALIS og SamLIS Vest og som rådgivende overlege ved Enhet for sykehjemsmedisin i Bergen kommune.

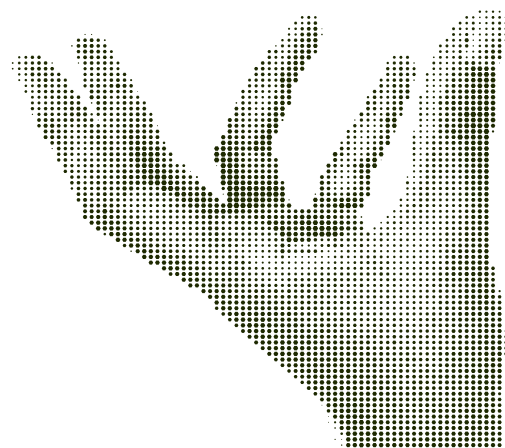
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Nylenna M. Hva er samfunnsmedisin? Tidsskr Nor Lægeforen 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.19.0624.
- 2 Smith A. Samfunnsmedisin på norsk. Michael 2011; 8: 169–78.
- 3 Mæland JG. Samfunnsmedisin. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 115.
- 4 Hagenstuen P. Rollen som kommuneoverlege etter pandemien – en kvalitativ studie. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143. doi: 10.4045/tidsskr.23.0039.
- 5 Myhrvold K. Skynd dere – det haster med å endre samfunnsmedisinens kår i kommunene. Dagens Medisin 6.4.2023. Lest 3.7.2025.
- 6 Griffiths S, Jewell T, Donnelly P. Public health in practice: the three domains of public health. Public Health 2005; 119: 907–13.
- 7 Thorpe A, Griffiths S, Jewell T et al. The three domains of public health: an internationally relevant basis for public health education? Public Health 2008; 122: 201–10.



Sesongens influensasvaksinering er i gang. I Norge vil flere vaksiner være tilgjengelige. Vaksinene er trivalente og inneholder én ny virusstamme.



Virusstammer i influensavaksinene for sesongen 2025/2026:

- A/Victoria/4897/2022 (H1N1) pdm09-lignende virusstamme
- A/ Croatia/10136RV/2023 (H3N2) -lignende virusstamme (ny)
- B/Austria/1359417/2021-lignende virusstamme

Vaksine	Type*	Aldersgruppe	Admininstrasjonsmåte
Efluelda «Sanofi Winthrop Industrie»	Inaktivert, splittvirus	Fra 60 år	Intramuskulært eller subkutant
Fluad «Seqirus Netherlands B.V.»	Inaktivert, overflateantigen, med adjuvans	Fra 50 år	Intramuskulært
Fluarix «GlaxoSmithKline AS»	Inaktivert, splittvirus	Fra 6 måneder	Intramuskulært
Fluenz «AstraZeneca AB»	Levende, svekket	Fra 2 år opp til 18 år	Nasalt
Influvac «Viartis AS»	Inaktivert, overflateantigen	Fra 6 måneder	Intramuskulært eller subkutant
Vaxigrip «Sanofi Winthrop Industrie»	Inaktivert, splittvirus	Fra 6 måneder	Intramuskulært eller subkutant

* Alle vaksiner er produsert i egg.

Legen bør skrive generisk resept på «influensavaksine» til alle personer over 18 år.

Alle vaksinene, utenom Fluenz, leveres i ferdigfylte sprøyter og er ikke tilsatt konserveringsmiddel.

For å forsterke immunresponsen inneholder Efluelda større mengde virkestoff, og Fluad adjuvans. Efluelda tilbys ikke i voksenvaksinasjonsprogrammet. Fluad vil være forbeholdt beboere i sykehjem og omsorgsbolig, samt personer fra 50 år med omfattende behov for bistand fra hjemmetjenesten.

Sesonginfluensavaksine anbefales til personer i følgende risikogrupper:

- Beboere i omsorgsbolig og sykehjem.
- Alle fra fylte 65 år.
- Gravide etter 12. svangerskapsuke (2. og 3. trimester). Gravide i 1. trimester med annen tilleggsrisiko skal også få tilbud om influensavaksine.
- Prematurt fødte barn, særlig barn født før uke 32 i svangerskapet, fra 6 måneder (kronologisk alder) til 5 år.
- Barn og voksne med kroniske sykdommer der influensa utgjør en alvorlig helseisiko.

Vaksine som neseppray

Levende svekket influensavaksine i form av neseppray (Fluenz «AstraZeneca AB») er godkjent for barn fra to år og opp til 18 år, og gis som en dose på 0,1 ml i hvert nesebor. Vaksinen er kontraindisert ved alvorlig immunsvikt. Se preparatomtalen for mer detaljert informasjon.

Dosering

Barn under ni år, som tidligere ikke har fått influensavaksine, bør få to doser med minst fire ukers intervall. Dette gjelder både inaktivert vaksine gitt intramuskulært eller subkutant, og levende svekket vaksine gitt som neseppray. For eldre barn og voksne, gis vaksine som en enkeltdose.

Oppdatert informasjon om vaksinasjon med influensavaksiner finner du på Folkehelseinstituttets hjemmesider.



I tillegg anbefales vaksine til helsepersonell med pasientkontakt, svinerøktere, saneringspersonell ved fugleinfluensautbrudd i tamfugl og husstandskontakter til immunsupprimerte pasienter. Se utfyllende informasjon i vaksinasjonshåndboka fra Folkehelseinstituttet.



Bakterien *Treponema pallidum*, som forårsaker syfilis. Foto: Susan Lindsley / NTB

Én dose penicillin er nok ved tidlig syfilis

Heller ikke personer med hivinfeksjon trenger flere doser med penicillin mot tidlig syfilis.

Syfilis er ikke like vanlig som før, men forekomsten er økende, særlig blant menn som har sex med menn og som lever med hivinfeksjon. Anbefalt behandling ved primær syfilis, både i USA og Norge, er en engangsdose med 2,4 millioner enheter benzylpenicillinbenzatin intramuskulært. Er dette nok?

I en amerikansk studie ble 249 personer med primær, sekundær eller tidlig

latent syfilis randomisert til behandling med enten én injeksjon eller tre ukentlige injeksjoner med 2,4 millioner enheter benzylpenicillinbenzatin (1). Av disse hadde 153 (61 %) også hivinfeksjon, hvorav de aller fleste sto på antiretroviral behandling. Etter seks måneder var det ingen signifikante forskjeller i serologisk respons, verken mellom doseringsregimene eller mellom ulik hivstatus.

– Denne studien bekrefter at de norske retningslinjene for behandling av tidlig syfilis er adekvate, sier Åse Haugstvedt, som er leder for Olafia-klinikken ved Oslo universitetssykehus. – Dette gjelder også for dem som lever med hivinfeksjon. Effekten blir ikke bedre av å gi flere doser penicillin. I Norge har én injeksjon ved tidlig syfilis vært praksis uavhengig av hivstatus, sier hun. Dette er godt nytt også fordi bruken av antibiotika bør begrenses.

– Syfilis forekommer i flere stadier og med mange og ulike kliniske manifesta-

sjoner, noe som kan by på diagnostiske utfordringer, sier Haugstvedt. – Personer med mistenkt syfilis bør derfor i de fleste tilfeller behandles av spesialister i veneriske sykdommer eller infeksjonsmedisin. Forebyggende tiltak med målrettet og nøktern helseinformasjon er viktig for å motvirke økt smitte, sier hun. ■

Petter Gjersvik

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Hook EW 3rd, Dionne JA, Workowski K et al. One dose versus three doses of benzathine penicillin G in early syphilis. *N Engl J Med* 2025; 393: 869–78.

Kunstig intelligens kan svekke legers kompetanse

Leger oppdaget færre adenomer ved koloskopi etter at de hadde blitt vant til å bruke KI.

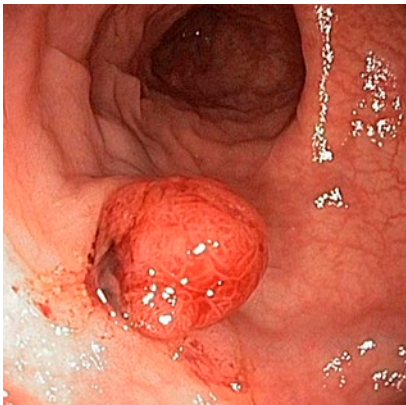
Kunstig intelligens (KI) brukes i økende grad også i helsevesenet. I en polsk studie gjennomførte 19 leger ved flere endoskopisentre til sammen 1 443 koloskopier før og etter at de hadde blitt vant til å bruke et KI-basert støtteverktøy for å oppdage adenomer, men uten å bruke KI (1). Legene hadde i snitt 28 års arbeidserfaring, og hver av dem hadde tidligere utført flere enn 2 000 slike undersøkelser.

Andelen koloskopier uten bruk av KI, men etter at legene hadde fått opplæring i støtteverktøyet, var signifikant lavere enn ved koloskopiene før opplæringen, henholdsvis 22,4 % og 28,4 %, det vil si 6 prosentpoeng lavere ($p = 0,0089$). Ved 734 koloskopier med bruk av KI-støtte i samme periode var deteksjonsraten 25,3 %, altså noe lavere enn før KI ble innført.

– Denne interessante studien er den første i sitt slag som både viser og kvantifiserer at det å ta i bruk KI-teknologi har en slagside: det kan svekke legers kompetanse og deres prestasjoner, sier Ishita Barua, som er lege og førsteamanuensis ved Senter for forskning på kunstig intelligens ved Universitetet i Agder.

– Til nå har man bare spekulert i den kognitive kostnaden av KI-bruk, sier hun.

Et bilde fra koloskopi som viser en liten godartet polyp i sigmoideum (den nederste delen av tykktarmen som går over i endetarmen). Foto: Science Photo Library / NTB



Denne studien peker i samme retning som en mye omtalt studie der deltakerne som skrev et essay med støtte av ChatGPT, hadde svakere EEG-aktivitet i områder av hjernen knyttet til kreativitet, oppmerksomhet og hukommelse enn dem som skrev uten støtte fra ChatGPT (2).

– Studier som disse fordrer at man ser nærmere på hvordan KI-verktøy tas i bruk klinisk og under utdanning, slik at man kan høste gevinstene og unngå eller redusere kompetansefallet, sier Barua. ■

Amanda Hylland Spjeldnæs

Universitetet i Oslo

Litteratur

- 1 Budzyń K, Romańczyk M, Kitala D et al. Endoscopist deskilling risk after exposure to artificial intelligence in colonoscopy: a multicentre, observational study. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2025; 10: 896–903.
- 2 Kosmyna N, Hauptmann E, Yuan YT et al. Your Brain on ChatGPT: Accumulation of Cognitive Debt when Using an AI Assistant for Essay Writing Task. arXiv: 2506.08872

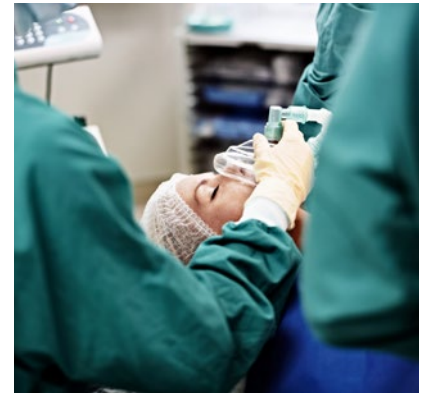
Sideleie forebygger postoperativ hypoksemi

Reposisjonering etter ekstuberering har flere fordeler, ifølge kinesisk studie.

Bevistløse personer skal legges i stabilt sideleie for å sikre frie luftveier. Gjelder dette også sederte pasienter etter operasjon?

I en stor multisenterundersøkelse ble flere enn 2 100 pasienter ved 14 sykehus i Kina randomisert til å ligge i sideleie eller ryggeleie umiddelbart etter ekstubasjon (1). I de neste ti minuttene var forekomsten av hypoksemi i minst fem sekunder signifikant lavere i sideleiegruppen enn i ryggeleiegruppen. Reposisjonering førte også til færre luftveisintervensjoner, færre tilfeller av alvorlig hypoksemi og kortere oppholdstid i oppvåkingsavdelingen. Alle disse analysene var justert for alder, kjønn, kroppsmasseindeks, type inngrep, sedasjonsnivå og avdelingsspesifikke forskjeller.

– Hovedfunnet i denne studien er viktig og riktig ut fra klinisk erfaring og tidligere studier, sier Johan Ræder, som



Illustrasjonsfoto: kupicoo/iStock

er professor emeritus i anesthesiologi ved Universitetet i Oslo.

– Likevel har studien noen svakheter og begrensninger. Blant annet lå pasientene i ryggeleie uten pute, noe som i seg selv kan øke risikoen for hypoksi sammenlignet med å ligge med lett hevet hodeende. I tillegg fikk alle pasientene oksygen på nesekateter, mens nyere retningslinjer anbefaler at oksygen blir gitt på individuell indikasjon, sier han.

– Observasjonsperioden i studien var kort og definisjonen som ble brukt av hypoksi og alvorlig hypoksi synes relativt streng i forhold til den som brukes i den kliniske hverdag, mener Ræder.

– Ingen av pasientene som hadde en episode med «alvorlig hypoksi», hadde behov for svelgtube eller endotrakeal intubering. Liggetiden på postoperativ avdeling var to minutter lenger med ryggeleie. Selv om forskjellen er statistisk signifikant, har funnet diskutabel klinisk relevans og kan ha bias som følge av manglende blinding av behandlere, sier Ræder. ■

Martine Fimreite Wilhemsen

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Ye H, Chu LH, Xie GH et al. Effect of lateral versus supine positioning on hypoxaemia in sedated adults: multicentre randomised controlled trial. *BMJ* 2025; 390: e084539.



FOR YOUR PATIENTS WITH OVERACTIVE BLADDER¹

BETMIGATM (mirabegron) is a selective and potent β 3-adrenoceptor agonist that has been established in clinical practice for over a decade for the treatment of patients with overactive bladder (OAB).¹

BETMIGA™ (mirabegron) 25 og 50 mg depottabletter

Farmakoterapeutisk gruppe: Urologisk spasmolytikum, selektiv β 3-adrenoseptor-agonist (G04BD12).

Indikasjoner: Symptomatisk behandling av «urgency», økt vannlatingsfrekvens og/eller urgeinkontinens hos voksne med overaktiv blæresyndrom (OAB). Behandling av nevrogen detrusoroveraktivitet (NDO) hos pediatriske pasienter i alderen 3-<18 år.

***Dosering og administrering:** *Voksne med overaktiv blære (≥ 18 år):* 50 mg 1 gang daglig, med eller uten mat. *Barn og ungdom 3-<18 år, ≥ 35 kg, med nevrogen detrusoroveraktivitet (NDO):* Startdosen er 25 mg 1 gang daglig med mat. Om nødvendig kan dosen økes til maks. 50 mg 1 gang daglig etter 4-8 uker. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (GFR 15-29 mL/min/1,73 m²) eller moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh klasse B), anbefales en maks. dose på 25 mg. Tabletten skal tas med væske, svelges hel og må ikke tygges, deles eller knuses.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Alvorlig ukontrollert hypertensjon definert som systolisk blodtrykk ≥ 180 mm Hg og/eller diastolisk blodtrykk ≥ 110 mm Hg.

***Forsiktighetsregler:** *Nedsatt nyre- og leverfunksjon:* Betmiga er ikke studert hos pasienter med terminal nyresykdom (GFR < 15 mL/min/1,73 m²), pasienter som krever hemodialyse, eller pasienter med alvorlig leverfunksjonssvikt (Child-Pugh klasse C), og anbefales derfor ikke for bruk i disse pasientgruppene. Anbefales ikke til bruk hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (GFR 15-29 mL/min/1,73 m²) eller pasienter med moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh klasse B) som samtidig mottar sterke CYP3A-hemmere. *Hypertensjon:* Kan øke blodtrykket hos både voksne, ungdom og barn. Blodtrykksøkning hos barn (3-<12 år) kan være høyere enn hos ungdom (12-<18 år). Blodtrykk bør måles ved oppstart og jevnlig under behandlingen, spesielt hos hypertensive pasienter. Forsiktighet må utvises til pasienter med *medfødt eller ervervet QT-forlengelse, klinisk signifikant blæreutløpsobstruksjon og pasienter som bruker antimuskarinbehandling for overaktiv blære. Graviditet, amming og fertilitet:* Anbefales ikke til fertile kvinner som ikke bruker prevensjon, eller under graviditet eller amming. Effekten av mirabegron på menneskelig fertilitet er ikke fastslått.

***Bivirkninger:** De vanligst rapporterte bivirkningene er takykardi, urinveisinfeksjon, hodepine, svimmelhet, kvalme, forstoppelse og diaré. Samlet sett er sikkerhetsprofilen hos barn og ungdom lik den som er observert hos voksne. Hos barn og ungdom med NDO ble det ikke rapportert noen alvorlige bivirkninger. De vanligst rapporterte bivirkningene hos disse var urinveisinfeksjon, forstoppelse og kvalme.

MT-innehaver: Astellas Pharma Europe B.V., Nederland.

Reseptgruppe: C. **Refusjon:** *Refusjonsberettighet bruk:* Motorisk hyperaktiv nevrogen blære med lekkasje (urge-inkontinens). Refusjonskoder: ICPC: U04 Urininkontinens; ICD: N39.4 Annen spesifisert urininkontinens. Vilkår: Ingen spesifisert.

Pakningsstørrelse og pris (pr 25.06.2025): 25 mg: 30 tabletter (blister) 442,40 NOK; 90 tabletter (blister) 1194,30 NOK. 50 mg: 30 tabletter (blister) 442,40 NOK; 90 tabletter (blister) 1194,30 NOK. **Lokal representant:** Astellas Pharma, Tel: +47 66764600. For mer informasjon se www.felleskatalogen.no.

Basert på SPC godkjent: 22.08.2024.

*Avsnittet er omskrevet og/eller forkortet sammenlignet med den godkjente preparatomtalen (SPC).

Preparatomtalen kan bestilles kostnadsfritt fra den lokale representanten.

1. BETMIGA SmPC 08.2024. (§ 4.1, 5.1, 9)

Visit Betmiga.no



Arne K. Andreassen¹

aandreas@ous-hf.no

Johannes L. Bjørnstad^{2,3}**Einar Gude**¹**Tom N. Hoel**²**Kaspar Broch**¹**Håvard Ravnstad**¹**Odd R. Geiran**²**Arnt E. Fiane**^{2,3}

1 Kardiologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

2 Thoraxkirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

3 Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

Hjertetransplantasjon i Norge 1983–2023

Bakgrunn

I november 2023 var det 40 år siden hjertetransplantasjon ble introdusert som et behandlingstilbud ved alvorlig hjertesvikt i Norge. Internasjonale registerdata viser en median overlevelse i overkant av 11 år etter transplantasjon, og de fleste sentrene utfører 10–19 transplantasjoner årlig. Hensikten med denne studien var å gi en oversikt over resultater etter hjertetransplantasjon i Norge.

Materiale og metode

Studien er en retrospektiv observasjonsstudie av hjertetransplanterte pasienter ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet i perioden 6.11.1983–31.12.2023, med fokus på pasient- og donorkarakteristika, overlevelse og komplikasjoner.

Resultater

I tidsrommet 6.11.1983–31.12.2005 ble det i median utført 24 (interkvartilbredde 21–27) hjertetransplantasjoner årlig, mot 32 (29–35) i perioden 1.1.2006–31.12.2023. Blant 1 078 førstegangstransplanterte var median overlevelse 13,4 år (95 % konfidensintervall (KI) 12,7 til 14,4). Median overlevelse var 11,0 år (95 % KI 9,3 til 12,9) for pasienter transplantert 6.11.1983–31.12.1993, 13,1 år (95 % KI 11,7 til 15,4) for pasienter transplantert 1.1.1994–31.12.2003 og 14,8 år (95 % KI 13,5 til 16,8) for pasienter transplantert 1.1.2004–31.12.2013. Dette var til tross for stadig økende donoralder og flere transplanterte som kom direkte fra intensivavdeling (ikke elektivt) eller som hadde mekanisk støtte. Overlevelsen var best for pasienter uten iskemisk årsak til hjertesvikt. Ulike former for kreft, sammen med kronisk/progressiv transplantatsvikt (hjerteinfarkt, plutselig død med kjent utvikling av graftsklerose/koronarsykdom/fibrose i graftet), utgjorde de vanligste dødsårsakene.

Fortolkning

Det har vært en jevn bedring av overlevelsen etter hjertetransplantasjon i Norge. Vårt senter er blant de med høyest aktivitet i verden, og Rikshospitalets resultater er på høyde med de fremste internasjonalt.

Figur 2 Overlevelse etter hjertetransplantasjon i perioden 6.11.1983–31.12.2023 fordelt på tiårsperioder. Det var signifikant bedre overlevelse for de tre siste tiårsperiodene sammenliknet med tidsrommet 1983–93 ($p = 0,039$, logrank-test med test for trend. Benjamini-Hochberg-justerte logrank p -verdier var henholdsvis 0,03, 0,003 og 0,003).

Hovedfunn

I perioden 1983–2005 ble det i median utført 24 hjertetransplantasjoner årlig, mot 32 i perioden 2006–23.

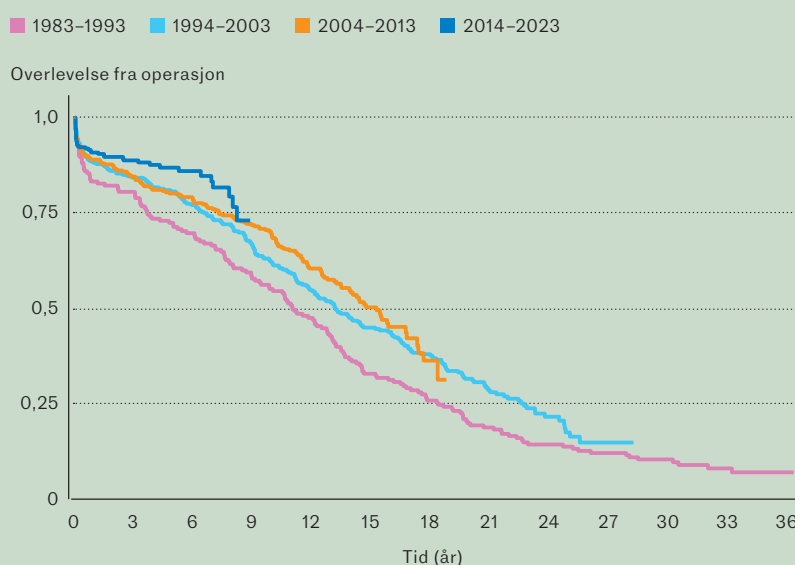
Overlevelsen var median 11,0, 13,1 og 14,8 år for pasienter transplantert i periodene 1983–93, 1994–2003 og 2004–13.

Median overlevelse for hele 40-årsperioden var 13,4 år.

De viktigste dødsårsakene var ulike former for kreft (23 %), sammen med kronisk/progressiv transplantatsvikt (20 %).

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.



1983–1993	184	147	127	105	86	59	46	32	24	20	13	7	1
1994–2003	276	232	212	180	149	121	100	50	25	3	0	0	0
2004–2013	314	263	242	220	131	65	13	0	0	0	0	0	0
2014–2023	304	168	73	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Hjertetransplantasjon i Norge – erfaringer og utfordringer

Hjertetransplantasjon er en etablert behandling i Norge, men tilgang på organer setter fortsatt grenser.

I 1983 ble den første hjertetransplantasjonen gjennomført i Norge. Det markerte ikke bare starten på en ny æra i norsk hjertekirurgi, men også et medisinsk og samfunnsmessig veiskille. Fire tiår senere kan vi se tilbake på en historie preget av banebrytende kirurgiske prestasjoner, fremragende tverrfaglig samarbeid og ikke minst en kontinuerlig utvikling som har gitt nytt liv til hundrevis av pasienter (1).

De første årene med hjertetransplantasjon var forbundet med høy risiko. Til tross for kirurgisk suksess forekom ofte komplikasjoner som avstøtning og infeksjoner. Innføring av moderne immunsuppressiv behandling samt bedre overvåkning og postoperativ oppfølging førte til gradvis forbedrede resultater, slik det vises i Andreassen og medforfatteres studie som nå publiseres i Tidsskriftet (1). I dag fremstår hjertetransplantasjon i Norge som en veletablert behandling ved terminal hjertesvikt, med overlevelsesserater på nivå med de beste internasjonale sentrene.

Hjertetransplantasjon forutsetter tett samarbeid mellom kardiologer, anestesileger, intensivmedisinere, infeksjonsmedisinere, immunologer, farmakologer, sykepleiere og fysioterapeuter – en hel behandlingsskjede, der hvert ledd er avgjørende for pasientens overlevelse. Bak hver transplantasjon står donoren og pårørende som har sagt ja til å gi videre liv. Uten denne viljen hadde utviklingen ikke gått videre.

Antallet tilgjengelige organer er fortsatt en begrensende faktor (2). De ulike sentrene har svært subjektiv og varierende seleksjon av donorer, og ratioen av ikke-benyttede organer varierer mye. Hvert ubenyttede organ representerer en pasient på venteliste som ikke får en livsviktig sjanse. Dette stiller krav til kontinuerlig forbedring av donorutvelgelse, logistikk og samarbeid mellom donorteam og transplantasjonssentre. Det er også stor forskjell på anvendelse av organer. I Europa benyttes > 40 % av hjerter fra donorer over 60 år, mens USA benytter 3,2 % i denne aldersgruppen. Dette har imidlertid en kostnad, med høyere morbiditet og mortalitet for mottakerne i Eurotransplant sammenlignet med dem i USAs database (2).

Den 3. september i år kom den nasjonale kompetansetjenesten for organdonasjon på plass (3). Formålet er å sikre at alle donorsykehus i Norge har kompetansen og forutsetningene for å oppfylle dette oppdraget. Det ventes at den totale donorraten kan økes med opptil 30 %. Å redusere antallet ikke-benyttede organer er et av de mest sentrale forbedringsområdene i årene fremover. Det handler ikke bare om medisinsk presisjon, men også om etisk forvaltning av donorens gave. Nye metoder som normoterm regional perfusjon (NRP) ved kontrollert donasjon etter sirkulasjonsstans (cDCD) kan bidra til å øke bruken av organer som tidligere ble vurdert som uegnede (4, 5). I tillegg kan ex vivo-perfusjon gi bedre mulighet til å evaluere og optimalisere organene før transplantasjon.

De neste årene vil det ventelig skje mye på fagfeltet. Mekaniske sirkulasjonsstøtteapparater (ventricular assist device (VAD)) er allerede i bruk som bro til transplantasjon eller som endelig behandling. Det er dog kun ett system tilgjengelig i Norge, og VAD-terapi har også betydelige bivirkninger (6, 7). Videre er det stor forskningsaktivitet på immunmodulering, genredigering og xenotransplantasjon. Dette kan potensielt kan øke tilgangen på organer og redusere behovet for immunsuppresjon som potensielt kan ha bivirkninger. Til nå har ikke xenotransplantasjon vært vellykket pga. uttalt immunrespons. Mange pasienter lever i dag flere tiår etter transplantasjon, men er utsatt for komplikasjoner som nyresvikt, utvikling av malignitet og kronisk avstøtning. En fremtidig utfordring er derfor ikke bare å forlenge livet, men også å sikre best mulig livskvalitet over tid.

Markeringen av 40 år med hjertetransplantasjon i Norge er først og fremst en anledning til å hedre pasientene, donorene og deres pårørende samt fagmiljøet som har gjort dette mulig. Men det er også en påminnelse om at medisinske fremskritt aldri er endelige. De krever kontinuerlig forskning, kritisk refleksjon og etisk bevissthet. De neste tiårene vil bringe nye muligheter, men også nye dilemmaer. Vårt ansvar som leger er å møte disse med samme kombinasjon av faglig dyktighet og etisk bevissthet som har preget de første 40 årene. ■

Gry Dahle

g_dahle@hotmail.com

Gry Dahle er ph.d. og spesialist i torakskirurgi ved Oslo universitetssykehus. Hun er i permisjon fra stillingen der og er assisterende avdelingsleder ved Akuttmottaket, Akershus universitetssykehus. Hun er medlem av Legeforeningens fagstyre, president i International Society for Minimally Invasive Cardiothoracic Surgery og medlem av EACTS Task force for Heart Failure. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt konsultasjonshonorar fra Medistim.

Litteratur

- 1 Andreassen AK, Bjørnstad JL, Gude E et al. Hjertetransplantasjon i Norge 1983–2023. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.24.0552.
- 2 Jain R, Kransdorf EP, Cowger J et al. Donor Selection for Heart Transplantation in 2025. JACC Heart Fail 2025; 13: 389–401.
- 3 Nasjonal kompetansetjeneste på plass! Nasjonal kompetansetjeneste på plass! - Stiftelsen Organdonasjon. Lest 21.9.2025.
- 4 Muston BT, Lo W, Eranki A et al. Cardiac transplantation in controlled donation after circulatory death: a meta-analysis of long-term survival using reconstructed time-to-event data. Ann Cardiothorac Surg 2025; 14: 1–10.
- 5 Anguela-Calvet L, Moreno-Gonzalez G, Sbraga F et al. Heart Donation From Donors After Controlled Circulatory Death. Transplantation 2021; 105: 1482–91.
- 6 Braun OO, Nilsson J, Gustafsson F et al. Continuous-flow LVADs in the Nordic countries: complications and mortality and its predictors. Scand Cardiovasc J 2019; 53: 14–20.
- 7 Frigerio M. Left Ventricular Assist Device: Indication, Timing, and Management. Heart Fail Clin 2021; 17: 619–34.

Kari Busterud¹
Mats Remberger^{1, 2, 3}
Pål Tore Bentsen⁴
Marianne Brenn Jerm⁵

Tobias Gedde-Dahl^{1, 6}
Astrid M. Olsnes^{4, 7}
Geir E. Tjønnfjord^{1, 6}
 gtjonnfj@ous-hf.no

- 1 Avdeling for blodsykdommer, Oslo universitetssykehus
- 2 Kliniska forsknings- og utvecklingsenheten, Blod- og svulstsjukdomar, Uppsala universitetssjukhus
- 3 Institutionen för medicinska vetenskaper, Uppsala universitet
- 4 Seksjon for blodsjukdommar, Medisinsk klinikk, Haukeland universitetssykehus
- 5 Kreftregisteret
- 6 Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo
- 7 K.G. Jebsen-senter for myeloid blodkreft, Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen

Allogen stamcelletransplantasjon ved akutt myelogen leukemi 2005–22

Bakgrunn

Allogen stamcelletransplantasjon er den eneste kurative behandlingen ved en rekke blod- og benmargssykdommer. Formålet med denne undersøkelsen er å beskrive hvordan allogen stamcelletransplantasjon ved akutt myelogen leukemi benyttes i Norge og undersøke eventuelle ulikheter mellom de fire helseregionene.

Figur 2 Kaplan-Meier-kurvene viser overlevelse etter allogen stamcelletransplantasjon for akutt myelogen leukemi i tidsperiodene 2005–10 (blå kurve), 2011–16 (rosa kurve) og 2017–22 (grønn kurve). Bedret overlevelse i perioden 2017–22 sammenlignet med perioden 2005–10 er statistisk signifikant: $p = 0,006$. Pasientene med residiv og som deretter ble retransplantert, er ikke med i overlevelsesanalysene.

Materiale og metode

I perioden 1.1.2005 til 31.12.2022 ble 2 979 personer diagnostisert med akutt myelogen leukemi i Norge. Vi identifiserte alder, remisjonsstatus, donorkarakteristika, overlevelse og transplantasjonsrelatert dødelighet hos pasientene som ble behandlet med allogen stamcelletransplantasjon.

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.



Resultater

I studieperioden gjennomgikk 674/2 979 (22,6 %) av personene med påvist akutt myelogen leukemi allogen stamcelletransplantasjon. Det var et økende antall behandlinger over tid: fra 14 transplantasjoner i 2005 til 67 i 2020. Behandlingsresultatene ble progressivt bedre: femårs overlevelse økte fra 48 % i perioden 2005–10, til 63 % i perioden 2017–22. Median alder hos pasientene fra Helse Midt (48 år) og Helse Vest (49 år) var lavere enn hos pasientene fra Helse Sør-Øst (54 år) og Helse Nord (60 år). Det var ingen forskjeller mellom helseregionene når det gjaldt kjønn, remisjonsstatus og bruk av familiendonor og ubeslektet donor.

Fortolkning

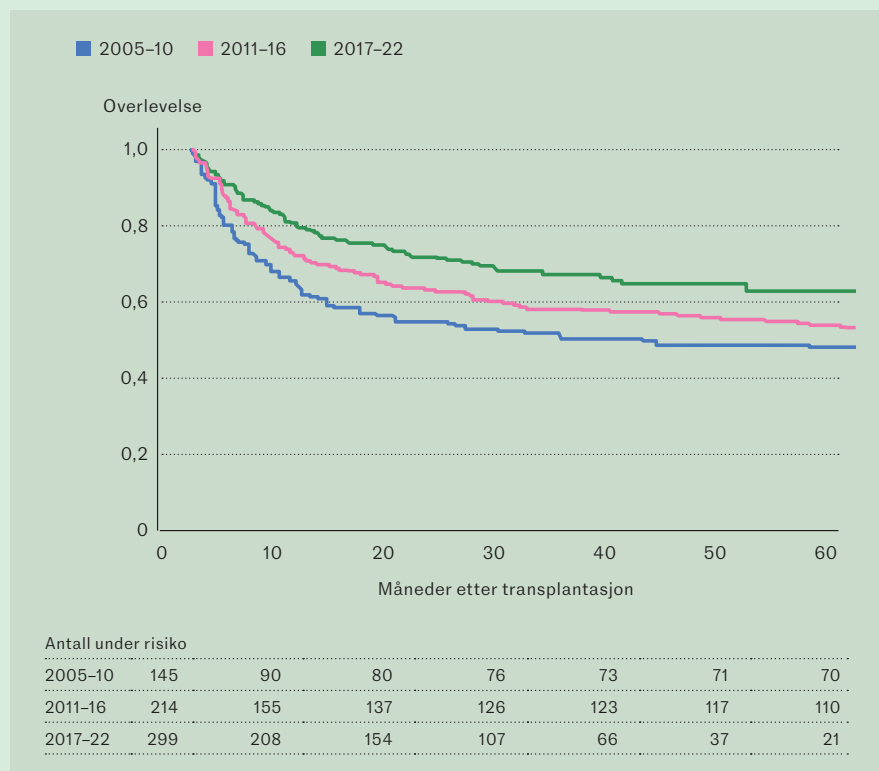
Allogen stamcelletransplantasjon er i dag en sentral del av behandlingen ved akutt myelogen leukemi. Stadig flere pasienter behandles med allogen stamcelletransplantasjon uten at behandlingsresultatene forringes.

Hovedfunn

Allogen stamcelletransplantasjon ble benyttet i behandlingen av 674/2 979 (22,6 %) personer diagnostisert med akutt myelogen leukemi i studieperioden.

Antall stamcelletransplantasjoner for akutt myelogen leukemi økte jevnt fra 14 i 2005 til 67 i 2020.

Femårs overlevelse økte fra 48 % i perioden 2005–10 til 63 % i perioden 2017–22.



Lik og god behandling i alle helseregionar

Fleire pasientar enn før får utført allogen stamcelletransplantasjon ved akutt myelogen leukemi. Behandlingstilbodet er like godt uansett kor i landet du bur.

Busterud og medforfattarar har i studien som nå blir publisert i Tidsskriftet, kartlagt bruken av konsolidering med allogen stamcelletransplantasjon for pasientar med akutt myelogen leukemi (AML) (1). I studieperioden, som varte frå 2005–22, vart 87 % av pasientane transplantert ved Rikshospitalet. Dei hadde nasjonalt eineansvar for tenesta til og med 2005, og transplantasjonsprogrammet blei akkreditert i 2017 (2). Frå 2006 har Haukeland universitetssjukehus transplantert utvalde pasientar med familiedonor.

Totalt gjennomgjekk i overkant av 20 % av dei 2 979 pasientane med akutt myelogen leukemi i perioden allogen stamcelletransplantasjon. Eit mål med studien var å finne ut om det var større skilnader mellom helseregionane i bruken av tenesta. Det blei ikkje påvist.

Transplantasjon vart stadig vanlegare i løpet av perioden. I 2005 blei 14 pasientar med akutt myelogen leukemi transplantert, medan det frå 2005 har vore ein auke til mellom 50 og 60 pasientar dei siste åra. For best mogeleg resultat er fleire faktorar avgjerande: seleksjon av pasientar der nytte av behandlinga kjem godt ut i forhold til risiko, gjennomføring av transplantasjonsprogrammet etter internasjonale standardar og tett oppfølging etter utskriving av pasienten, utført av hematologar ved lokalsjukehusa i samarbeid med transplantasjonssenteret.

Då transplantasjonsprogrammet starta i 1985 (3), var øvre aldersgrense 40 år (4). På tidleg 2000-tal vart aldersgrensa heva til 60 år (4). I studien var eldste transplanterte pasient frå alle fire helseregionane 72–74 år. Trass i at median alder til pasientane frå Helse Sør-Øst (54 år) og Helse Nord (60 år) var høgare enn hos pasientane frå Helse Vest (50 år) og Helse Midt (48 år), hadde dette ikkje negativ effekt med omsyn til prognosen. Ein såg derimot generelt betre resultat over tid i perioden. Signifikant fleire pasientar (63 %) var i live fem år etter transplantasjon i den siste perioden (2017–22), samanlikna med den første perioden (48 %, 2005–10).

Høg median alder ved allogen stamcelletransplantasjon i Helse Nord kan kanskje forklarast av demografiske forhold. I det meste av perioden har det vore felles nasjonale retningslinjer for behandling av akutt myelogen leukemi og regelmessige møte mellom representantar for transplantasjonssentera og dei andre universitetssjukehusa for å sikre einsarta behandling. Skilnader med omsyn til komorbiditet eller ulik vurdering av eldre pasientar mellom helseregionane, er difor mindre sannsynleg. Eit nasjonalt register over pasientar med akutt myelogen leukemi kunne ha gitt nyttig informasjon om dette, men det har vi dessverre ikkje enno.

Allogen stamcelletransplantasjon reduserer risikoen for tilbakefall med 60 % (5). Ved myeloablativ (beinmargsutryddande) kondisjonering er alder ein vesentleg risikofaktor for transplantasjonsrelatert død. Doseredusert kondisjonering som er tolerabel for eldre pasientar, har gjort det mogleg å transplantere eldre. Toksisiteten i den tidlege posttransplantasjonsfasen blir redusert, og effekten av det nye immunforsvaret (transplantat-mot-leukemi-effekt (GvL)) er svært sentralt for å unngå tilbakefall.

I løpet av studieperioden var det ein signifikant reduksjon i transplantasjonsrelatert mortalitet. Infeksjonsprofylakse og preemtiv behandling ved reaktivering av cytomegalovirus har

vore i bruk i heile studieperioden, og nedgangen i infeksjonar kan ikkje forklare denne reduksjonen. Data frå Rikshospitalet har derimot vist ein sterk reduksjon i akutt- og kronisk transplantat-mot-vert-sjukdom (GvHD) etter at antitymocyttglobulin vart innført i 2014 som profylakse mot GvHD hos pasientar utan familiedonor, som fekk stamceller frå perifert blod (6).

Også for andre blodkreftsjukdommar har vi sett stor endring i klinisk praksis dei siste åra. I 2001 kom tyrosinkinasehemmeraren Glivec (imatinib) på marknaden, og antalet pasientar med kronisk myelogen leukemi som vart transplantert, vart sterkt redusert (3). Prognosen for akutt lymfoblastisk leukemi (ALL) har blitt betre ved bruk av lett modifiserte barneprotokollar til yngre vaksne (7), bruk av bispesifikt antistoff (blinatumomab), og behandling med tyrosinkinasehemmar ved Philadelphia-kromosom-positiv akutt lymfoblastisk leukemi (8). CAR-T-behandling er også godkjent til pasientar med refraktær akutt lymfoblastisk leukemi eller ved tilbakefall (8).

Utviklinga av ny effektiv behandling har ikkje kome like langt for akutt myelogen leukemi. Målrretta tilleggsbehandling til induksjonsbehandling og betre seleksjon av pasientar med nytte av transplantasjon på bakgrunn av sensitiv måling av restsjukdom, er i bruk, og vil truleg kunne omfatte fleire undergrupper av akutt myelogen leukemi i framtida.

Av Statistisk sentralbyrå sin rapport *Seniorer i Norge 2024* går det fram at talet på personar over 67 år vil bli omtrent dobla fram mot 2060 (9). Fleire relativt friske eldre vil få diagnosen akutt myelogen leukemi og vil kunne bli kandidat for allogen stamcelletransplantasjon. Reduksjonen av komplikasjonar og god nytte av behandlinga også hos eldre er derfor gledeleg. ■

Anders Vik

anders.vik@unn.no

Anders Vik er overlege ved Seksjon for blodsykdommer, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø og førsteamanuensis ved Institutt for klinisk medisin, UiT Norges arktiske universitet. Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikatar.

Litteratur

- 1 Busterud K, Remberger M, Bentsen PT et al. Allogen stamcelletransplantasjon ved akutt myelogen leukemi 2005–2022. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0001.
- 2 Ahmed AB, Tjønnfjord G. Flerregional behandlingstjeneste for allogen stamcelletransplantasjon. Lest 23.9.2025.
- 3 Husøy MAR, Brinch L, Tjønnfjord GE et al. Allogen stamcelletransplantasjon hos voksne 1985–2012. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1569–75.
- 4 Vo CD, Myhre AE, Abrahamson IW et al. Allogen stamcelletransplantasjon hos voksne 2015–21. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143. doi: 10.4045/tidsskr.22.0521.
- 5 Loke J, Buka R, Craddock C. Allogeneic Stem Cell Transplantation for Acute Myeloid Leukemia: Who, When, and How? Front Immunol 2021; 12: 659595.
- 6 Ali MM, Grønvd B, Remberger M et al. Addition of Anti-thymocyte Globulin in Allogeneic Stem Cell Transplantation With Peripheral Stem Cells From Matched Unrelated Donors Improves Graft-Versus-Host Disease and Relapse Free Survival. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2021; 21: 598–605.
- 7 Toft N, Birgens H, Abrahamsson J et al. Results of NOPHO ALL2008 treatment for patients aged 1–45 years with acute lymphoblastic leukemia. Leukemia 2018; 32: 606–15.
- 8 Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje. Akutt lymfoblastisk leukemi (ALL) og lymfoblastlymfom hos voksne. Lest 23.9.2025.
- 9 Seniorer i Norge SSB. 2024. 2025. Lest 23.9.2025.

Marit Svinndal¹
marit.svinndal@stolav.no

Arild Dalen²
Marit Saunes¹

1 Hudavdelingen, St. Olavs hospital,
Universitetssykehuset i Trondheim
2 Avdeling for øre-nese-hals, St. Olavs hospital,
Universitetssykehuset i Trondheim

Sekundær syfilis

En ung mann oppsøkte lege på grunn av langvarige halssmerter. Det ble funnet forstørrede lymfeknuter på halsen. Det ble mistenkt en malign tilstand, men utredningen viste funn forenlig med syfilis.

En tidligere vesentlig frisk mann i 40-årene oppsøkte privat legespesialist på grunn av halssmerter med varighet på 3–4 måneder og lett redusert allmenntilstand. Ved klinisk undersøkelse ble det funnet bleke slimhinner i munnhulen, en liten adenoid i epifarynx, avlange, hypertrofe tonsiller og forstørrede lymfeknuter på halsen. Med unntak av forhøyede eosinofile lymfocytter var alle blodprøvene normale. Tilstanden ble klinisk vurdert som restsymptomer etter gjennomgått øvre luftveisinfeksjon, og han ble behandlet med 40 mg prednisolon daglig i 6 dager. Grunnet forstørrede lymfeknuter ble han henvist til ultralydundersøkelse, som viste forstørrede lymfeknuter på halsen og submandibulært. En 15 mm stor lymfeknute med inhomogen korteks ga mistanke om malignitet. Han ble deretter henvist til øre-nese-hals-avdelingen for videre utredning.

Ved øre-nese-hals-avdelingen ble funnene gjort av den henvisende legen bekreftet. Finnåls cytologi av en forstørret lymfeknute på halsen viste irregulær lymfoid hyperplasi, med usikkerhet om forandringen var reaktiv eller neoplastisk. På mistanke om lymfom ble pasienten satt opp til ekstirpasjon av hele lymfeknuten dagen etter. Operatøren repeterte klinisk undersøkelse og ultralyd, som viste forstørrede lymfeknuter uten mistanke om malignitet. For første gang ble det nå avdekket ulcerasjon i den bløte gane samt lettbløende slimhinne over begge tonsillelosjer. Under konsultasjonen kom det frem at pasienten hadde fast mannlig partner. Med tanke på eventuell infeksjons genese ble det, i tillegg til nye biopsier, rekvirert orienterende blodprøver, inkludert tester for hiv, syfilis, *Bartonella henselae* og Epstein-Barr-virus.

Biopsiene viste lymfoid hyperplasi uten sikre holdepunkter for malignitet. Immunfenotyping av tonsillebiopsi med lymfom / kronisk lymfatisk

leukemi-panel viste normal fenotypisk populasjon, uten tegn til lymfoceller. Blodprøvene viste laktatdehydrogenase (LD) på 207 U/L (referanseområde 105–205), leukocytter $7,5 \times 10^9/L$ (4,1–9,8) og eosinofile granulocytter 7 % (0–8). Hemoglobinverdien var normal. Syfilisprøvene viste funn forenlig med en aktuell, behandlingsskrevende infeksjon: *Treponema pallidum*-antistoff, TPPA > 20 480, *Treponema pallidum*-antistoff, RPR 128 og *Treponema pallidum* IgM positiv. Pasienten ble henvist til venerisk poliklinikk, hvor det ble sikret adekvate prøver fra urin, anus og halssekret for å teste for andre seksuelt overførbare infeksjoner. Klinisk undersøkelse viste et svakt, erytematøst og nummulært ekssantem på trunkus, uten forandringer i håndflatene eller fotsålene. Pasienten hadde lett diffus dermatitt perianalt, og ingen genitale sår. Han hadde ikke hårtap, og det var ingen symptomer fra andre organsystemer. Orienterende neurologisk undersøkelse var normal.

Tilstanden ble klinisk vurdert som sekundær syfilis. Smittesporing ga imidlertid indikasjoner på at smitten kunne ligge mer enn ett år tilbake i tid, og han ble derfor behandlet med benzylpenicillin 2,4 millioner IE intramuskulært ukentlig i 3 uker (1). Hans faste partner hadde ingen symptomer, men positiv syfilisserologi, og fikk tilsvarende behandlingsregime. Kontroll ble avtalt etter tre, seks og tolv måneder. Ved tre måneders kontroll hadde pasienten fortsatt lett brennende fornemmelse i halsen, men ingen tegn til sår. Hudstatus var normal, og RPR-verdiene var redusert fra 128 til 16.

Diskusjon

Syfilis er en seksuelt overførbart infeksjon forårsaket av spiroketen *Treponema pallidum*. Sykdommen deles inn i primært, sekundært og tertiært stadium og kan

gi en rekke hudmanifestasjoner og kliniske funn. Asymptomatiske latensfaser kan når som helst oppstå i et ubehandlet forløp. Tidlig latent defineres som < 1 år etter smittetidspunkt, mens sen latent > 1 år etter smittetidspunkt. Latent syfilis kan kun påvises ved positiv serologi.

Primær syfilis kjennetegnes typisk av ett eller flere smertefrie sår, definert som sjanker. Det oppstår på inokulasjonsstedet 3–90 dager etter eksponering og forsvinner gjerne spontant innen 3–6 uker. Det kan også forekomme regionalt forstørrede lymfeknuter. Sekundær syfilis representerer en systemisk spredning av spiroketen, og oppstår som regel innen uker til måneder etter den primære fasen. Typiske funn er blant annet allmennsymptomer, generelt forstørrede lymfeknuter og et karakteristisk diffus, makulopapuløst utslett, hovedsakelig lokalisert til trunkus og ekstremiteter, ofte med palmoplantar affeksjon (2, 3).

Pasienten i denne kasuistikken hadde flere av de ovennevnte funnene. På grunn av forstørrede lymfeknuter og allmennsymptomer var det viktig å utelukke lymfom. De samlede funn av benignt utseende lymfeknuter ved ultralydkontroll, histologiske funn uten holdepunkt for malignitet og ingen avvikende fenotype ved flowcytometri av tonsillebiopsi gjorde at denne diagnosen kunne avkreftes. I tillegg var aktiv, behandlingstrengende syfilis vel forenlig med det kliniske bildet pasienten presenterte.

Ubehandlet kan syfilis progrediere til tertiærstadiet, typisk 10–12 år etter primærinfeksjon. Dette kan gi et bredt spekter av symptomatiske manifestasjoner som blant annet kan involvere det kardiovaskulære systemet eller føre til granulomatøs sykdom i hud, subkutant vev, ben eller viscera (2). Infeksjon i cerebrospinalvæsken fører til neurosyfilis, som kan oppstå når som helst i et syfilisforløp og føre til et spekter av hørselssymptomer, synssymptomer

eller andre akutte neurologiske tilstander. Pasienter med slike symptomer bør spinalpunkteres (4, 5). Ubehandlet kan syfilis føre til store lidelser for pasienten, slik det er beskrevet i Oslo-studien og studien fra Tuskegee, Alabama (6).

Forekomsten av syfilis har vært gradvis økende både på verdensbasis og i Norge siden midten av 1990-tallet. I 2023 ble det meldt totalt 208 nye tilfeller i Norge, hvor flertallet av disse var menn som har sex med menn. Smitten er også økende blant heteroseksuelle menn, med 30 rapporterte tilfeller, mot 169 blant menn som har sex med menn. For heteroseksuelle kvinner har forekomsten vært stabil de siste par årene.

Ifølge Folkehelseinstituttets årsrapport fra 2023 var omtrent halvparten av de som var smittet det året, diagnostisert med enten primær eller sekundær syfilis, mens de resterende hadde tidlig latent syfilis. Sen latent syfilis meldes ikke til Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS), ettersom denne typen ikke regnes som smitteførende (7). Syfilis kan gi en rekke ulike symptomer fra hud og slimhinner. Denne kasuistik-

ken understreker betydningen av syfilis som en viktig differensialdiagnose ved uavklarte halssmerter med samtidig forstørrede lymfeknuter på halsen. ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

*Artikkelen er fagfellevurdert.
Mottatt 28.3.2025, første revisjon innsendt 21.6.2025, godkjent 4.7.2025.*

Marit Svinndal

marit.svinndal@stolav.no

Marit Svinndal er lege i spesialisering. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Arild Dalen

Arild Dalen er overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Marit Saunes

Marit Saunes er ph.d. og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Janier M, Unemo M, Dupin N et al. 2020 European guideline on the management of syphilis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2021; 35: 574–88.
- 2 O'Byrne P, MacPherson P. Syphilis. *BMJ* 2019; 365: l4159.
- 3 Whiting C, Schwartzman G, Khachemoune A. Syphilis in dermatology: Recognition and management. *Am J Clin Dermatol* 2023; 24: 287–97.
- 4 Sangesland A, Haugland HW, Næss IA et al. Syphilis med synstap. *Tidsskr Nor Legeforen* 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.20.0707.
- 5 Nes MS, Lif Breivik K. Syfilis med dobbeltsyn. *Tidsskr Nor Legeforen* 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.19.0728.
- 6 Sandvik A, Lie AK. Ubehandlet syfilis – fra Oslo til Tuskegee. *Tidsskr Nor Legeforen* 2016; 136: 2010–6.
- 7 Bruun T, Caugant D, Kløvstad H et al. Årsrapport 2023. Blod- og seksuelt overførbare infeksjoner. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2024. Lest 4.7.2025.

Annonse



Vi kan hjelpe deg med tinnituspasientene dine.

Skann her for mer informasjon



 Hørselsrehabilitering

Turid Rygh Skaara^{1,2}
turryg@ous-hf.no

Cecilie Delphin Amdal³
Henrik Jespersen³
Simen Kjeka Namtvedt³

1 Avdeling for kreftbehandling, Oslo universitetssykehus
2 Avdeling for kreftgenetikk, Oslo universitetssykehus
3 Seksjon for hode-hals-onkologi, Avdeling for kreftbehandling, Oslo universitetssykehus

Kolestase etter bruk av fenbendazol som alternativ behandling mot kreft

En pasient med kreft ble innlagt for utredning av forhøyede kolestaseparametre etter behandling med immunterapi. Dette ble først antatt å skyldes en sjelden immunterapiutløst bivirkning, men etter hvert økte mistanken om alternativ behandling som mulig årsak.

En mann i 60-årene med tidligere kjent sarkoidose, paroksysisk atrieflimmer og hypotyreose ble operert for plateepitelkarzinom i hodebunnen. Få måneder senere utviklet pasienten rasktvoksende glandelsvulst på halsen. Biopsi viste metastaser fra plateepitelkarzinom. Ved utredningen konkluderte man med kreft med ukjent utgangspunkt, trolig fra hud, stadium T₀N₃bM₀. Multidisiplinært møte fant indikasjon for primær strålebehandling. På grunn av svært rask sykdomsutvikling ble det i tillegg gitt immunterapi i form av cemiplimab, som er en PD-1-hemmer.

To uker etter første cemiplimabkur ble pasienten innlagt grunnet sterkt forhøyede kolestasemarkører. Nivåene av alkalisk fosfatase (ALP) og gammaglutamyltransferase (GT) var mer enn ti ganger over det øvre referanseområdet, hhv. ALP 1 416 U/L (referanseområde 35–105) og GT 1 852 U/L (15–115) (figur 1). Det var normale funn av aspartataminotransferase (ASAT), alaninaminotransferase (ALAT), bilirubin, INR og albumin. Allmenntilstanden var god og vitale målinger normale. Han hadde smerter på halsen grunnet glandelsvulsten, men ikke magesmerter. Det var ingen anamnese på tidligere gallesteinsanfall.

Pasienten ble utredet med tanke på gallestein med ultralyd lever/galleveier, som viste lett markerte ekstrahepatiske galleveier og kaliberveksling mot ductus choledochus uten påvist årsak. Videre undersøkelse med magnetisk resonanskolangiopankreatikografi (MRCP) viste en reaksjonsløs galleblære og slanke konkrementfrie galleveier. Det var flere små områder i leveren som kunne representere spredte kolangittfoci, som vekket mistanke om immunterapiutløst kolangitt. Grunnet fravær av kliniske funn og isolert forhøyede kolestaseparametre avventet vi immundepende behandling. De neste dagene tilkom en lett økning av ASAT og ALAT, mens kolestaseparametrene falt. Nivåene av bilirubin og INR var normale. Dette ble vurdert som ledd i en kolestase.

En uke etter innleggelsen fortalte pasientens pårørende at han hadde tatt fenbendazol (Panacur) som alternativ behandling mot kreft. Fenbendazol er et veterinærmedikament som brukes til behandling av helmintinfeksjoner (innvollsorm) hos dyr. Pasienten hadde tatt 2 g peroralt i seks dager og avsluttet inntaket av ukjent grunn en uke før sykehusinnleggelsen. Vi konfererte med Giftinformasjonen, som ikke kunne oppgi akutt toksisitet for virkestoffet.

Leverbiopsi ble utført med håp om å skille mellom kolestase som følge av immunterapi, selvadministrert fenbendazol eller sarkoidose med leverpåvirkning. Denne viste lobulær og portal betennelse. Det var ingen tegn til sarkoidose. Histologisk er det vanskelig å skille mellom bivirkninger av fenbendazol og cemiplimab. Vi hadde en sterk mistanke om medikamentutløst kolestase forårsaket av fenbendazol, og grunnet rask kreftutvikling ønsket vi å gjenoppta behandlingen med immunterapi. Blodprøvene normaliserte seg, og pasienten har i etterkant mottatt immunterapi over flere måneder uten stigning av kolestaseparametre. Dessverre ble skjelettmetastaser påvist mot slutten av strålebehandlingen.

Diskusjon

Alle pasienter med kreft ønsker å bedre sine utsikter til å bli friske. Det er krevende å orientere seg i informasjonsjungelen, og sosiale medier er lett tilgjengelige og gir ofte mer appellerende råd enn kilder anbefalt av helsepersonell. En rapport fra 2011 viste at mer enn én av tre pasienter med kreft benytter seg av

komplementær eller alternativ behandling (1). Selv om det er lite evidens for effekt, er det dokumentert bivirkninger for flere av disse behandlingsmetodene.

Pasientene kan la være å fortelle om alternativ behandling av kreft i frykt for å svekke forholdet til sin behandler. Det er vårt ansvar å være bevisst dette, og det er viktig at vi spør pasienten og eventuelt pårørende om bruk av alternativ behandling.

Vi ble fortalt at vår pasient hadde brukt fenbendazol. Hvis vi ikke hadde blitt informert om dette, er det usikkert om vi ville ha gjenopptatt immunterapi. Vi var redd for å forverre det vi oppfattet som en immunterapiutløst kolangitt.

Immunterapi kan medføre inflammasjonsreaksjoner i alle organsystemer, og det er viktig å starte behandling i tide (2). Immunterapiutløst kolangitt er en svært sjelden bivirkning. Immunterapiutløst hepatitt er mye vanligere og ses i inntil 5–10 % av pasienter som har mottatt monoimmunterapi (dvs. PD-1/PD-L1-hemmer) og i opptil 25–30 % av pasientene som mottar kombinasjonsimmunterapi (dvs. PD-1/PD-L1-hemmer og CTLA-4-hemmer) (2). Immunterapiutløst kolangitt opptrer som oftest senere (etter 3–10 sykluser) og er oftere ledsaget av magesmerter og ikterus (3). Immunterapiutløst kolangitt behandles

med høydose glukokortikoider (1–2 mg prednisolon/kg/dag) og ursodeoksykolsyre, og ved behandlingssvikt mykofenolat, takrolimus eller antitymocytglobulin (2). Det er beskrevet ett tilfelle av fatal kolestatisk leverskade som følge av behandling med immunterapi i Norge (4). Alvorlige og moderate legemiddelreaksjoner bør meldes til RELIS, noe som ble gjort i etterkant i dette tilfellet.

Til tross for manglende dokumentasjon blir fenbendazol anbefalt som alternativ behandling mot kreft i sosiale medier som Facebook, Twitter og YouTube. Fenbendazol er et benzimidazol som likner mebendazol. Mebendazol brukes til behandling av helmintinfeksjoner i mennesker, mens fenbendazol kun er godkjent til dyr. Virkningsmekanismen er depolymerisering av mikrotubuli som fører til celledød (5). I studier har det vært foreslått at dette kan ramme kreftceller på lignende måte som vinka-alkaloider og taksaner (5). Det finnes ingen kliniske studier som underbygger fenbendazols effekt mot kreft i mennesker. Vi er kjent med to kasuistikker på verdensbasis som beskriver leverskade som følge av fenbendazol som alternativ behandling mot kreft (6, 7).

Pasienten i denne kasuistikken fikk informasjon om fenbendazol fra be-

kjente og sosiale medier. Omfanget av fenbendazolbruk i Norge er ukjent, men veterinærmedikamentet er lett tilgjengelig på internett. Dette understreker viktigheten av å spørre pasienter om alternativ behandling, spesielt ved uventede bivirkninger. ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 29.3.2025, første revisjon innsendt 26.5.2025, godkjent 24.6.2025.

Turid Rygh Skaara

turryg@ous-hf.no

Turid Rygh Skaara er lege i spesialisering i onkologi og stipendiat. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Cecilie Delphin Amdal

Cecilie Delphin Amdal er ph.d., spesialist i onkologi og forskningsgruppeleder for hud- og hode-hals-kreft. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

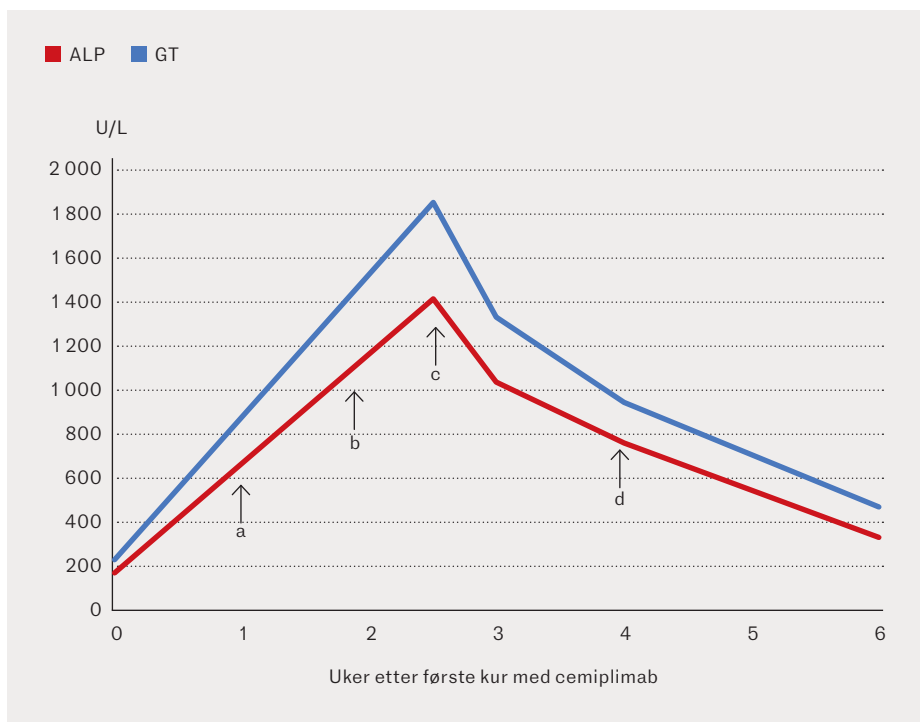
Henrik Jespersen

Henrik Jespersen er ph.d., spesialist i onkologi og forskningsgruppeleder for melanom. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Simen Kjeka Namtvedt

Simen Kjeka Namtvedt er spesialist i onkologi. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Figur 1 Kolestaseparametre målt i ukene etter første kur med cemiplimab. a og b) perioden der pasienten tok fenbendazol, c) innleggelse, d) kur nr. 2 med cemiplimab. ALP = alkalisk fosfatase, GT = gammaglutamyltransferase.



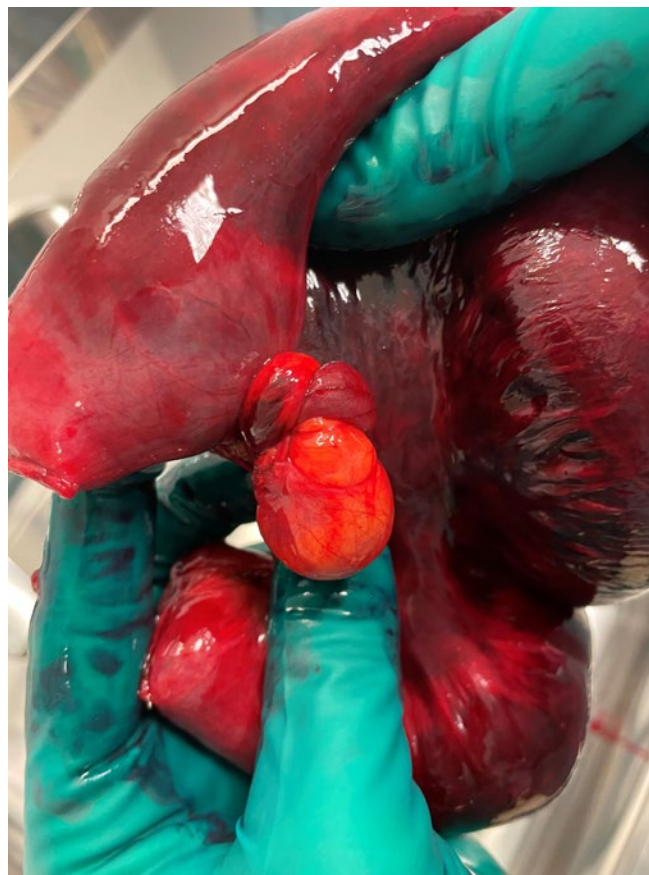
Litteratur

- Jeppesen E, Juvet LK. Komplementær og alternativ behandling for pasienter med kreft. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 12-2011. Systematisk oversikt. Lest 24.6.2025.
- Haanen J, Obeid M, Spain L et al. Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2022; 33: 1217–38.
- LiverTox: Clinical and Research Information on Drug-Induced Liver Injury. Cemiplimab. Lest 29.3.2025.
- Thorsteinsdottir T, Løitegård T, Reims HM et al. Fatal Cholestatic Liver Injury during Treatment with PD1 Immune Checkpoint Inhibitor for Malignant Melanoma: A Case Report. *Case Rep Oncol* 2020; 13: 659–63.
- Duan Q, Liu Y, Rockwell S. Fenbendazole as a potential anticancer drug. *Anticancer Res* 2013; 33: 355–62.
- Thakurdesai A, Rivera-Matos L, Nagra N et al. Severe Drug-Induced Liver Injury Due to Self-administration of the Veterinary Anthelmintic Medication, Fenbendazole. *ACG Case Rep J* 2024; 11: e01354.
- Yamaguchi T, Shimizu J, Oya Y et al. Drug-Induced Liver Injury in a Patient with Nonsmall Cell Lung Cancer after the Self-Administration of Fenbendazole Based on Social Media Information. *Case Rep Oncol* 2021; 14: 886–91.

En gordisk knute

Bildet viser et blållilla ileumresektat etter operasjon for strangulasjonsileus. Årsaken til stranguleringen var en Meckels divertikkel som slynget seg rundt et 30 cm langt ileumsegment og dannet en knute. De avsatte ileumendene ble etter prosedyren trukket ut av knuten (før fotografiet ble tatt).

En tidligere appendektomert mannlig pasient i slutten av tenårene hadde hyppig oppkast og diffust lokaliserte buksmerter av få timers varighet. Ved klinisk undersøkelse var han palpasjonsømt og slippømt i navleregionen. Blodprøver viste leukocytter $16,1 \times 10^9/L$ (referanseområde $3,5 - 10,0 \times 10^9/L$) og CRP $< 0,60 \text{ mg/L}$ ($> 5,0$). Dette gav mistanke om tarmobstruksjon. CT viste et dilatert tynntarmssegment med luft-/væskespeil og sløring i krøset. Tarmveggen var fortykket og hadde dårlig kontrastoppladning. Funnene ble tolket som strangulasjonsileus. Han ble operert, og man fant en dilatert ileumslynge med avklemt krøs og lumen på to steder. Serosa var mørk lilla med sorte flekker. I tillegg var det blødninger i krøset, som ved uttalt sirkulasjonsforstyrrelse. Strangulasjonen var forårsaket av en knute på en Meckels divertikkel som også omsluttet og avklemt ileumsegmentet. I tillegg var apeks av divertikkelen adherent mot krøset ved basen av divertikkelen. Den



«gordiske knuten» ble resektert i sin helhet. Det ble anlagt en håndsydd ende-til-ende-anastomose. Pasienten ble utskrevet 3. postoperative dag.

Meckels divertikkel skyldes en rest av ductus omphaloentericus og finnes hos 0,3–2,9 % av befolkningen (1). Denne medfødte misdannelsen kan av og til forårsake mekanisk

ileus. Mekanismen hos denne pasienten, med knute på divertikkelen (se illustrasjon på Tidsskriftet.no), er uvanlig, men beskrevet og godt illustrert av Walsh (2), som betegnet denne varianten «a truly Gordian knot». ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen og bildet blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 3.3.2025, første revisjon innsendt 22.3.2025, godkjent 12.9.2025.

Frank Lohne

frank.lohne@sshf.no

Kirurgisk avdeling, Sørlandet sykehus, Kristiansand. Frank Lohne er spesialist i generell kirurgi og i gastroenterologisk kirurgi og er overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Oscar Bauermeister

Kirurgisk avdeling, Sørlandet sykehus, Kristiansand. Oscar Bauermeister er lege i spesialisering. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

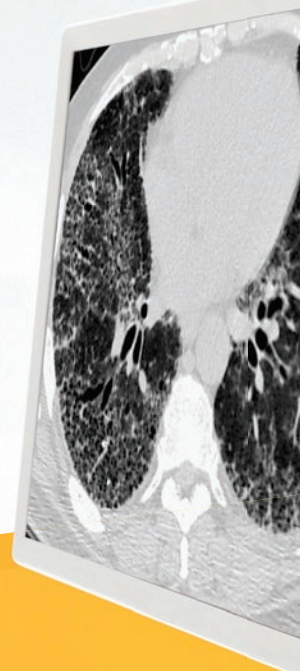
Said Belal Kodamani

Kirurgisk avdeling, Sørlandet sykehus, Kristiansand. Said Belal Kodamani er lege i spesialisering. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Hansen CC, Søreide K. Systematic review of epidemiology, presentation, and management of Meckel's diverticulum in the 21st century. *Medicine (Baltimore)* 2018; 97: e12154.
- 2 Walsh A. Knot in Meckel's diverticulum causing acute intestinal obstruction. *Br J Surg* 1950; 37: 475–6.

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}

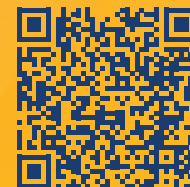
OFEV[®] skal ikke gis ved: Graviditet. Overfølsomhet for innholdsstoffene, peanøtter eller soya. Amming frarådes.¹

De vanligste bivirkningene er: Abdominalmerter, diare, kvalme, økte leverenzzymer, 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, diare, kvalme, økte leverenzzymer. PF-ILD: Abdominalmerter, diare, kvalme, oppkast, økt ALAT, økte leverenzzymer, nedsatt appetitt. SSc-ILD: Abdominalmerter, diare, kvalme, oppkast, økte leverenzzymer. 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/nasjonale 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[®]

MAGISKE STUNDER

OCREVUS SC er innført som førstevalg i MS-anbud fra 1. juni som ny anti-CD20 behandling når rituximab er vurdert uegnet¹

OCREVUS SC - et godt alternativ til kvinner med mulig og sannsynlig fremtidig barneønske²⁻⁴

OCREVUS[®] er indisert til behandling av voksne pasienter med⁵:

- relapserende former for multippel sklerose (RMS) med aktiv sykdom[#]
- tidlig primær progressiv multippel sklerose (PPMS)^{##}

[#]definert ved kliniske eller bildediagnostiske funn

^{##}definert ved sykdomsvarighet, grad av funksjonssvikt og bildediagnostiske funn som er karakteristiske for inflammatorisk aktivitet

OCREVUS[®] SC (okrelizumab) utvalgt produkt- og sikkerhetsinformasjon⁶

DOSERING OG ADMINISTRASJON: 920 mg s.c. hver 6. måned. Behandling skal initieres og overvåkes av nevrolog. Se SPC for mer informasjon om premedisinering.

KONTRAINDIKASJONER: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Pågående aktiv infeksjon. Alvorlig immunkompromittering. Kjente, aktive maligniteter.

FORSIKTIGHETSREGLER: Injeksjonsreaksjoner og overfølsomhet: Ved 1. injeksjon skal pasienten observeres og ressurser være tilgjengelige for å håndtere alvorlige injeksjonsreaksjoner, overfølshetsreaksjoner og anafylaktiske reaksjoner. Infeksjon: Immunstatus bør kontrolleres og HBV-screening utføres før dosering. Legen bør være oppmerksom på tidlige tegn og symptomer på progressiv multifokal leukoencefalopati (PML). For andre forsiktighetsregler som omhandler maligniteter og immunkompromittering, se SPC avsnitt 4.4 for mer informasjon.

FERTILITET, GRAVIDITET OG AMMING: Fertile kvinner må bruke prevensjon under behandling med okrelizumab og i 4 måneder etter den siste administrerte dosen. Okrelizumab kan brukes under amming med oppstart noen dager etter fødsel.

BIVIRKNINGER: De viktigste og hyppigst rapporterte bivirkningene er injeksjonsrelaterte reaksjoner og infeksjoner. For utfyllende informasjon om dosering, bivirkninger, interaksjoner og forsiktighetsregler, se SPC.

PAKNINGER; PRISER OG REFUSJON: 920 mg injeksjonsvæske, oppløsning (hetteglass med 23 ml) koster 143 772,40 kr. C-resept. OCREVUS SC er godkjent av Beslutningsforum (28.04.25). Innføres i MS-anbud fra 1. juni 2025.

Referanser: **1.** LIS legemiddelavtaler på MS: <https://www.sykehusinnkjop.no/avtaler-legemidler/multippel-sklerose-ms>. **2.** Nasjonal faglig retningslinje MS: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/multippel-sklerose/sykdomsmodulerende-legemiddelbehandling>. **3.** Nyhetsbrev 5, 2025. Nasjonalt kvalitets- og kompetansenettverk for multippel sklerose: https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/multippel-sklerose/sykdomsmodulerende-legemiddelbehandling/_/attachment/inline/b65e0602-7c4a-47fa-a74f-d7779d07b788:b519462eb8a23ee5a9385102247750019adb9ee9/Nyhetsbrev%205%202025%20fra%20NKKMS.pdf. **4.** OCREVUS SPC, avsnitt 4.6, sist datert 13. februar 2025. **5.** OCREVUS SPC, avsnitt 4.1, sist datert 13. februar 2025. **6.** OCREVUS SPC, avsnitt 4.2, 4.3, 4.4, 4.6 og 4.8, sist datert 13. februar 2025.

M-NO-00001102 August 2025

OCREVUS[®]
ocrelizumab

Subcutaneous injection



Tekst: Ole Klungsøyr og Joseph Sexton

Kan vi bli SMARTere?

Mye pasientbehandling er i praksis basert på prøving og feiling (persontilpasning), i sterk kontrast til det typiske *one-size-fits-all*-designet i medisinsk forskning.

Den randomiserte kliniske studien er gullstandarden for å finne ut om en behandling har en effekt på et gitt utfall. Med to grupper er gjennomsnittlig endring i hele utvalget uttrykk for effekt uten persontilpasning. Hvis personinformasjon kan utnyttes slik at alle får det beste alternativet, og ikke nødvendigvis det de i utgangspunktet ble randomisert til å få, vil gjennomsnittlig endring i hele utvalget uttrykke effekt ved optimal persontilpasning.

Et smart design

En *adaptiv intervensjon* er et forsøk på å etterligne prøving-og-feiling-strategien i klinisk oppfølging, der målet er å konstruere en sekvens av behandlinger på bakgrunn av individuell sykdomsutvikling.

Som en utvidelse av den tradisjonelle randomiserte kliniske studien, der hver deltaker får én enkelt behandling, har gullstandarddesignet for konstruksjon av en adaptiv intervensjon fått navnet *sequential multiple assignment randomized trial* (SMART) (1). I dette designet kan hver person randomiseres flere ganger – én gang for hver ny behandling – og personinformasjon både ved utgangspunktet og underveis kan utnyttes. Akkurat som i den enkle randomiserte kliniske studien, fjerner også SMART-designet

net umålt konfundering. Etter at dataene er samlet inn, kan den beste behandlingssekvensen estimeres.

Et enkelt og ofte brukt SMART-design er vist i figur 1. Her re-randomiseres de som ikke oppnår ønsket effekt av fase 1-behandlingen. Designet beskrives ved antall regimer, for eksempel å starte med behandling A og fortsette med A ved respons, eller å utvide med B ved manglende respons (augmentering). Et annet regime vil være å fortsette med A ved respons og å øke dosen av A ved manglende respons (intensivering). Det er fire regimer illustrert i

figur 1. Et eksempel på en anvendelse er en ADHD-studie blant skolebarn, der målet var å finne en kombinasjon av farmakologisk og adferdsterapeutisk behandling som reduserer symptomer (2). Barna ble randomisert til enten lav dose medisin eller lavintensiv adferds-

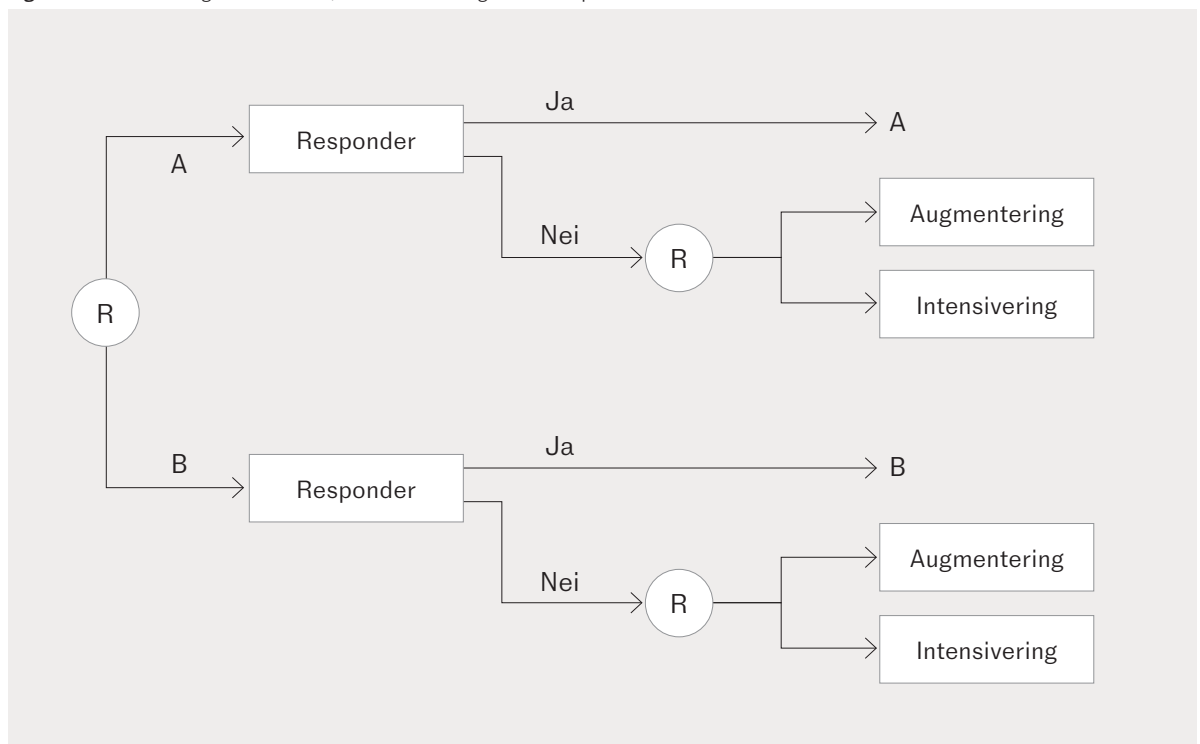
terapi. De som hadde tilfredsstillende effekt, fikk ingen ny behandling, mens de som ikke responderte, ble re-randomisert til augmentering eller intensivering.

Et lignende design kan også brukes for raskest mulig å finne riktig type behandling. Innen depresjonsbehandling har man funnet at mindre enn 30 % av deltagerne i kliniske studier oppnår remisjon i løpet av første behandling (medikamenter eller psykoterapi) (3). Andelen øker betraktelig ved prøving og feiling, men ventetiden →

Medisin og tall

Artikler om statistikk og vitenskapelig metode

Figur 1 Et SMART-design med to faser, re-randomisering av non-responder.



er kritisk. Denne kan reduseres ved hjelp at et SMART-design, tilsvarende det som er vist figur 1. Ved et optimalt valg for hver enkelt person, vil man kunne minimere gjennomsnittlig tid til remisjon.

Smarte statistiske metoder

Statistisk analyse av data fra en SMART-studie kan brukes til å estimere mange forskjellige effekter. Den enkleste analysen, som vist i figur 1, er en sammenligning av responderer etter fase 1. Hvilken fase 1-behandling som er best på sikt, kan belyses ved en sammenligning av endelig utfall i de sammenslåtte A- og B-gruppene, såkalt marginalisering over fase 2. Tilsvarende kan en sammenligning av de sammenslåtte augmenterings- og intensiveringsgruppene bestemme den beste fase 2-behandlingen for non-responderer fra fase 1, såkalt marginalisering over fase 1.

Motivasjonen bak mange SMART-studier har vært å identifisere det beste behandlingsregimet. Sammenligningen av ulike sekvenser må ta hensyn til re-randomiseringen samt korrelasjon mellom de ulike regimeutfallene. Persontilpasning utover designvariablene (de variablene som bestemmer responderstatus i figur 1) er også mulig ved å inkludere ytterligere personinformasjon, men det krever mer sofistikerte metoder.

Dimensjoneringen av en SMART-studie kan baseres på en pilotstudie, som gir informasjon om gjennomførbarheten av sekvensene og hvorvidt de er akseptable for pasientene (4, 5).

Det er behov for ytterligere forskning på behandling av for eksempel kroniske lidelser. Da kan det være lurt å starte med et SMART-design. ■

Ole Klungsoyr

ole.klungsoyr@medisin.uio.no

Ole Klungsoyr er biostatistiker og forsker ved Klinikk psykisk helse og avhengighet, Forsknings- og innovasjonsavdelingen, Oslo universitetssykehus. Han er også tilknyttet Nasjonalt senter for selvmordsforskning, Universitetet i Oslo og Oslo senter for biostatistikk og epidemiologi, Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Joseph Sexton

Joseph Sexton er biostatistiker og seniorforsker ved Klinikk for revmatologi, poliklinikk og forskning, Diakonhjemmet sykehus. Han er også tilknyttet forskningscenteret REMEDY – Center for treatment of Rheumatic and Musculoskeletal Diseases. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Lavori PW, Dawson R. A design for testing clinical strategies: Biased adaptive within-subject randomization. *J R Stat Soc Ser A Stat Soc* 2000; 163: 29–38.
- Pelham WE, Gnagy EM, Greiner AR et al. Behavioral versus behavioral and pharmacological treatment in ADHD children attending a summer treatment program. *J Abnorm Child Psychol* 2000; 28: 507–25.
- Luedtke A, Sadikova E, Kessler R. Sample Size Requirements for Multivariate Models to Predict Between-Patient Differences in Best Treatments of Major Depressive Disorder. *Clin Psychol Sci* 2019; 7: 445–61.
- Kim H, Ionides E, Almira D. A sample size calculator for SMART pilot studies. *SIAM Undergrad Res Online* 2016; 9: 229–50.
- Artman WJ, Nahum-Shani I, Wu T et al. Power analysis in a SMART design: sample size estimation for determining the best embedded dynamic treatment regime. *Biostatistics* 2020; 21: 432–48.



Zomig® Nasal «zolmitriptan» 5 mg/dose nesep spray

Reseptgruppe C

Indikasjoner: *Voksne:* Akutt behandling av hodepinefasen ved migrene med eller uten aura. Clusterhodepine. *Ungdom (12–17 år):* Akutt behandling av hodepinefasen ved migrene med eller uten aura.

***Dosering:** Migrene hos voksne og ungdom ≥ 12 år: Anbefalt dose er 5 mg. Clusterhodepine hos voksne: Anbefalt dose er 5 mg eller 10 mg. Skal ikke brukes profylaktisk. Total døgndose skal ikke overstige 10 mg. Anbefales ikke til pasienter > 65 år.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Skal ikke brukes ved moderat eller alvorlig hypertensjon, ukontrollert mild hypertensjon, cerebrovaskulær sykdom eller transitoriske iskemiske anfall (TIA) i anamnesen, CICR < 15 ml/minutt, eller ved samtidig bruk av ergotamin, ergotaminderivater og andre 5-HT_{1B/1D}-agonister. Anbefales ikke ved tidligere hjerteinfarkt eller ved pågående iskemisk hjertesykdom, koronar vasospasme, perifer karsykdom eller tegn/symptomer som svarer til iskemisk hjertesykdom.

***Forsiktighetsregler:** Skal kun gis til pasienter med en klar diagnose med migrene eller clusterhodepine. Andre alvorlige neurologiske lidelser bør utelukkes før behandling av pasienter med nydiagnostisert migrene, eller ved atypiske symptomer. Bør ikke brukes ved hemiplegisk, basilaris- eller oftalmoplegisk migrene. Hjerneblødning, subaraknoidalblødning, slag og andre cerebrovaskulære hendelser er sett under behandling med 5-HT_{1B/1D}-agonister. Bør ikke gis til pasienter med symptomgivende Wolff-Parkinson-White syndrom eller arytmier forårsaket av andre ledningsforstyrrelser. Pasienter med risikofaktorer for iskemisk hjertesykdom bør utredes før behandling startes, spesielt postmenopausale kvinner og menn > 40 år. Hvis samtidig behandling med SSRI eller SNRI er nødvendig anbefales nøye observasjon av pasienten, spesielt ved behandlingsoppstart og doseøkning.

***Graviditet:** Sikkerhet er ikke klarlagt. Bør kun benyttes dersom behandlingsnytte oppveier mulig risiko for fosteret.

***Amming:** Overgang i morsmelk er ukjent. Amming bør unngås de første 24 timene etter inntak.

***Bivirkninger:** *Svært vanlige:* Smakssanslidelse. *Vanlige:* Abdominalsmerte, dysfagi, kvalme, munntørrhet, oppkast/brekning, Asteni, tyngdefølelse, tranghetsfølelse, smerte eller trykkfølelse i strupe, hals, ekstremiteter eller bryst. Palpasjoner. Epistakse, ikke-infeksiøs rhinitt, ubehag i nese. Muskelsvakhet, myalgi. Hodepine, hyperestesi, parestesi, sanseforstyrrelse, svimmelhet, tretthet, varmefølelse.

Pakninger og priser per 05.02.2025: 5 mg/dose: 6 stk. (endosebeholdere) 605,90 kr. (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag).

Refusjon: Refusjonsberettiget bruk: Akutt behandling av hodepinefasen ved migrene med eller uten aura. ICPC: N89. ICD: G43.

For mer informasjon, se Felleskatalogteksten eller preparatomtalen (SPC).

Innehaver av markedsføringstillatelsen:

Grünenthal GmbH, Tyskland.

Representant:

Grünenthal Norway AS, C. J. Hambros Plass 2 C, 0164 Oslo, Norge.

Kontaktinformasjon: Telefon: 22 99 60 54 E-post: no-info@grunenthal.com.

Utarbeidet 02/2025

*Avsnittet er forkortet sammenlignet med den godkjente SPC. M-ZOM-NO-11-24-0003

Zomig® Nasal
ZOLMITRIPTAN

Har du pasienter med akutt migrene som har vansker med å ta orale medisiner på grunn av kvalme og/eller oppkast?

57,6 % av migrenepasientene opplever kvalme og/eller oppkast!¹

Zomig neseppray (zolmitriptan 5 mg/dose) til akutt behandling av hodepinefasen ved migrene.^{2a}



Initial effekt på hodepine allerede etter 15 minutter.^{2b}



Kan være spesielt gunstig for pasienter som opplever kvalme og brekninger under migreaneanfallet.^{2c}



Zolmitriptan gitt som neseppray absorberes raskt og gjenfinnes i plasma innen 5 min etter dosering, og en del av dosen absorberes direkte via nese/svelgrommet.^{2d}

Zomig[®] Nasal er indisert til:^{2a}

Voksne: Akutt behandling av hodepinefasen ved migrene med eller uten aura. Clusterhodepine.

Ungdom: (12-17 år): Akutt behandling av hodepinefasen ved migrene med eller uten aura.



Zomig[®] Nasal (zolmitriptan» 5 mg/dose)

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Kontraindikasjoner: Skal ikke brukes ved moderat eller alvorlig hypertensjon, ukontrollert mild hypertensjon, cerebrovaskulær sykdom eller transitoriske iskemiske anfall (TIA) i anamnesen, CICR <15 ml/minutt, eller ved samtidig bruk av ergotamin, ergotaminderivater og andre 5HT1B/1D-agonister. Anbefales ikke ved tidligere hjerteinfarkt eller ved pågående iskemisk hjertesykdom, koronar vasospasme, perifer karsykdom eller tegn/symptomer som svarer til iskemisk hjertesykdom. **Forsiktighetsregler:** Skal kun gis til pasienter med en klar diagnose med migrene eller clusterhodepine. Andre alvorlige nevrologiske lidelser bør utelukkes før behandling ved nydiagnostisert migrene, eller ved atypiske symptomer. Bør ikke brukes ved hemiplegisk, basilaris- eller oftalmoplegisk migrene. Hjerneblødning, subaraknoidalblødning, slag og andre cerebrovaskulære hendelser er sett under behandling med 5-HT1B/1D-agonister. Bør ikke gis ved symptomgivende Wolff-Parkinson-White syndrom eller arytmier forårsaket av andre ledningsforstyrrelser. Pasienter med risikofaktorer for iskemisk hjertesykdom bør utredes før behandling startes, spesielt postmenopausale kvinner og menn >40 år. Ved samtidig behandling med SSRI eller SNRI anbefales nøye observasjon av pasienten, spesielt ved behandlingsoppstart og doseøkning. **Graviditet:** Bør kun benyttes dersom behandlingsnytte oppveier mulig risiko for fosteret. **Amming:** Amming bør unngås de første 24 timene etter inntak. M-ZOM-NO-11-24-0004.

Referanse: 1. Gajria K, Lee LK, Flores NM, et al. Humanistic and economic burden of nausea and vomiting among migraine sufferers. E. J Pain Res 2017; 10:689-698. 2. Zomig Nasal SPC 19.07.2023 a) avsnitt 4.1 b) avsnitt 5.1. c) avsnitt 4.2. d) avsnitt 5.2.

Zomig[®] Nasal
ZOLMITRIPTAN

Portvakt eller portvokter?

Alle leger har et stort ansvar for å sikre riktig bruk av samfunnets ressurser.

Ordet *portvakt* blir ofte brukt om allmennlegers oppgave med å styre pasienters tilgang til spesialisthelsetjenesten. Men betegnelsen kan også omfatte beslutninger som alle leger tar, både i og utenfor sykehus (1). Alle leger har et samfunnsoppdrag i å sikre at helse- og velferdstjenester gis til rett person, i rett mengde, på rett nivå og til rett tid. Disse tjenestene skal bidra til å fremme helse og beskytte mot uhelse (1). Dette innebærer at leger må balansere pasientenes behov, samfunnets ressurser og graden av pasientmedvirkning.

Vakt eller vokter

I engelskspråklig faglitteratur ble ordet *gatekeeper* tatt i bruk i 1970-årene for å betegne legers rolle som portvakt. På norsk har denne rollen også blitt omtalt som portvokter, og i praksis brukes *portvakt* og *portvokter* om hverandre uten at det nødvendigvis ligger en bevisst tanke bak (figur 1). På engelsk kan man også snakke om *gatekeeping*, som på norsk har vært oversatt med *portvokting*.

Likevel har det tradisjonelt vært en forskjell i ordenes betydning. *Portvakt* refererer vanligvis til en person som har ansvaret for å kontrollere adgangen til en bygning, institusjon eller et område, for eksempel en vaktmester eller resepsjonist. Ordet *portvokter* kan brukes på samme måte, men har også vært anvendt i overført betydning om noen som har kontroll over hvem som får tilgang til makt, privilegier eller ressurser, slik som legene. *Portvakt* er altså gjerne knyttet til en konkret og fysisk rolle, mens *portvokter* kan brukes bredere og mer metaforisk.

Men denne distinksjonen er i ferd med å bli borte. Nå brukes *vakt* i begge betydninger, kanskje fordi *vokter* kan

virke gammeldags og litterært. Betegnelser som *skogvokter* og *fengselsvokter* hører til en tidligere tid sammenlignet med moderne ord som *livvakt* og *dørvakt*.

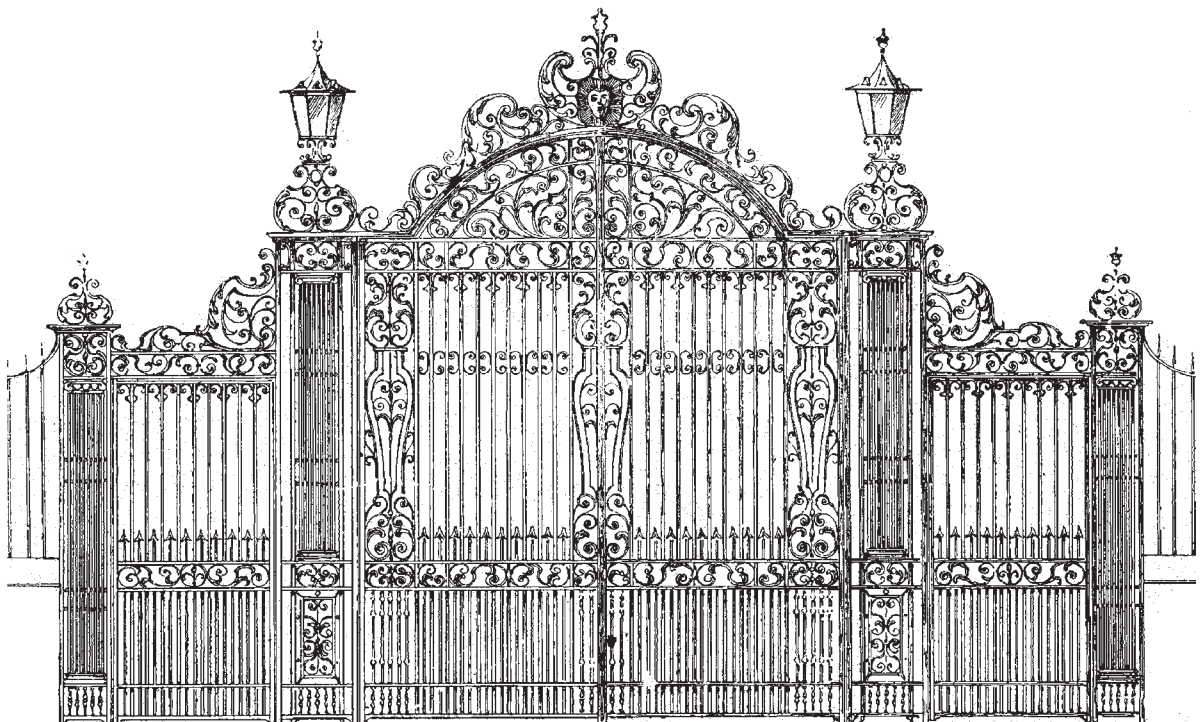
Finnes andre alternativer?

En alternativ betegnelse er *portner* (2), som for leger gir mening, ettersom det har vært brukt som betegnelse for pylorus, lukkemuskelen mellom magesekk og tolvfingertarm. *Portner* kan kanskje gi inntrykk av å ha en litt mykere og mer tjenende rolle, sammenlignet med *vakt* og *vokter*, som kan gi assosiasjoner til overvåking og kontroll. Termen har imidlertid ikke festet seg i faglitteraturen. Den tradisjonelle portnerfunksjonen er dessuten i stor grad blitt overtatt av elektroniske adgangssystemer, og ordet er derfor nesten gått ut av bruk (3).

Portvakt og *portvokter* kan ha en negativ klang av paternalisme. På engelsk kan kanskje ordet *guardian* betegne legen i rollen som både beskytter av pasientens behov, blant annet som omsorgsperson, rådgiver og koordinator, og vokter av faglig integritet og forvalter av helse- og velferdsgoder (1). Et tilsvarende dekkende ord finnes ikke på norsk.

Portvakt brukes mest

Et søk i Nasjonalbibliotekets database viser at uttrykket *portvakt* alltid har vært mye mer brukt enn *portvokter*. Det samme gjelder i Tidsskriftets nettutgave (34 versus 13) (per 21.2.2025). I Tidsskriftet dukket *portvakt* opp for første gang i 1985, men da med anførselstegn, noe som tyder på at det var nytt og uvanlig (4, 5). Første treff på *portvokter* i Tidsskriftet kom først ti år senere (6). Tre språkbevisste helsetjenesteforskere valgte ordet





Figur 1 Faksimile fra Dagens Næringsliv 25.9.2024. Her brukes ordet portvoktere i tittelen, men også ordet portvakt blir brukt i teksten.

portvakt fremfor portvokter i en tidlig studie fra 2002 (7). Stein Nilsen, allmennlege med doktorgrad i emnet, brukte også betegnelsen *portvakt* i sin avhandling «fordi dette er mest brukt i medisinsk litteratur» (8). Det samme har førsteforfatter gjort i sin doktoravhandling (1).

Oppsummering

Både *portvakt* og *portvokter* er etablerte ord i norsk, men *portvakt* er mest brukt, også om legers rolle. Samtidig er det ønskelig å arbeide for å øke forståelsen av hva som ligger i denne rollen. ■

Vi takker Stein Nilsen, Karin Isaksson Rø og Petter Gjersvik for nyttige innspill til teksten.

Mottatt 12.3.2025, godkjent 30.5.2025.

Jørgen Breivold

jorgen.breivold@uib.no

Jørgen Breivold er spesialist i allmennmedisin og ph.d.-kandidat ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Erlend Hem

erlend.hem@lefo.no

Erlend Hem er instituttsjef ved Legeforskningsinstituttet, professor ved Universitetet i Oslo og leder av Gruppe for norsk medisinsk fagspråk. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Breivold J. General practitioners' gatekeeper role in Norway under pressure. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 2025.
- Den norske legeforening. Riktig diagnose til rett tid: fastlegen som helsetjenestens portner. 2017. Lest 30.5.2025.
- Nordhagen R. Hvem var Pylorica? Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1167–9.
- Hartvig P, Szanday Z. Somatoforme tilstander. Folkesykdom i forkledning. Tidsskr Nor Lægeforen 1985; 105: 1219–22.
- Hartvig P. Sykdoms- og uførebegrepet i Folketrygden. Kliniske, epidemiologiske og legeetiske betraktninger. Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109: 2316–8.
- Thesen J. Store endringer i amerikansk helsevesen – stor utrygghet blant helsearbeiderne. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 3294–5.
- Gulbrandsen P, Førde R, Aasland OG. Hvordan har legen det som portvakt? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1874–9.
- Nilsen S. Allmennlegers erfaringer som portvakt: utfordringer, håndtering og konsekvenser. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 2018: 3. Lest 30.5.2025.

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



EN SINDIG KATASTROFE- TENKER

Mange ble først kjent med Cecilie Daae i serien *Katastrofe* på NRK, der hun rolig forklarte alvoret i en rekke kriser vi kan møte. Beredskap har imidlertid vært en rød tråd gjennom mye av karrieren.

Tekst: Marit Tveito
Foto: John Trygve Tollefsen

En ivrig valp vil hilse på før Cecilie Daae får ønsket velkommen til leiligheten i Ullevål Hageby.

– Det er en russisk bolonka, kanskje litt ukorrekt for tiden, spøker hun og viser vei til kjøkenet. Her venter det frokost.

Daae har en bakgrunn med tung tradisjon for omsorg og pliktfølelse. Hun er av embetsmannsslekt, og både far, farfar og oldefar var lege. En kollega sier om henne at under perlekjedet banker et varmt hjerte for de svake blant oss. Hun omtales som en raus venn med omsorg for alle rundt seg.

– Hvorfor ble også du lege?

– Jeg vokste nok opp med en tanke om at det å være lege ville gi et samfunnsnyttig liv. Egentlig hadde jeg tenkt til å bli forfatter, men skjønte at veien dit var usikker og kronglete, så jeg bestemte meg for medisin. For meg var ikke det et helt enkelt valg. Jeg strevde med realfagene og jobbet hardt for å komme inn på studiet. Da jeg klarte det, var jeg veldig stolt. Etter at jeg ble ferdig med alt som har med kalkulator å gjøre, har jeg vært en lykkelig medisiner. Da jeg fikk en flott veileder i allmennmedisin i praksisen under studiet, skjønte jeg at det var allmennlege jeg ville bli. Det var menneskemøtene som betød mest for meg, men jeg likte også godt det varierte i allmennmedisinen.

Fra klinikk til ledelse

– Da jeg var fersk i arbeidslivet og skulle stifte familie, var det om å gjøre å ha fast jobb. Da det ble lyst ut en stilling som kommunelege 1, søkte jeg den. Etter det har jeg vel nærmest bare hatt lederstillinger.

Det tok litt tid før hun la klinisk praksis til side.

– En god stund jobbet jeg halvt om halvt, men da jeg jobbet klinisk bare én dag i uken, skjønte jeg at det var på tide å gi seg. Jeg valgte ledelse, og det har jeg aldri angret på, understreker hun.

– Det er ikke så rart at mange leger ikke velger ledelse. I legeverdenen mister man mye kredibilitet av det. Etter at jeg hadde vært leder i studenthelsetjenesten en stund, skulle Helsedirektoratet omorganiseres, og jeg endte opp med å jobbe innen spesialisthelsetjenesten der.

– Det var mer byråkrati?

– Jeg var ikke vant til å være byråkrat da jeg startet i direktoratet, og fikk heldigvis gode veiledere. Jeg ble veldig betatt av hvordan alt henger sammen, hvordan departementet forholder seg til direktoratet, og ikke minst av at det ikke er lov til å klage eller kritisere etter at den politiske ledelsen har tatt en beslutning.

– Kunne det være vanskelig å være faglig uenig og politisk lojal?

– Ja, det er vanskelig, det, slår hun fast.

– Da jeg var direktør i Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, ble jeg ofte spurt om lojaliteten kommer i veien for de beste rådene. Svaret på det er selvfølgelig ja. Men det er vanskeligere å være leder av et direktorat enn det er å være fagdirektør. Nedover i systemet kan du gi fra deg det du mener er de beste rådene og kaste fortøyningene etter å ha levert. Som leder høyt

oppe i et system, kan det jo være til besvær å se at beslutninger ikke alltid følger de, etter min oppfatning, beste faglige rådene.

– Kan du gi noen eksempler?

– Protonsentre i Norge er et slikt eksempel. Dette ble grundig utredet. Vi foreslo at man kjøpte kapasitet i Sverige, eller i høyden hadde ett senter i landet. Så overstyrte politikken, og det ble bestemt at det skulle være fire sentre, uavhengig av grunnlag og beregninger.

På spørsmål om hvordan det er å være byråkrat når politikken overstyrer, tenker hun seg om et lite øyeblikk.

– I slike situasjoner er det godt å huske på at dette også er en del av demokratiet. Når Norge har bestemt at vi skal ha fire protonsentre, selv om det ikke er nok pasientgrunnlag og man kunne brukt pengene annerledes, da er den avgjørelsen tatt. Man må gi slipp og gå videre.

Konglomeratdirektorat

Beredskap ble tidlig en rød tråd i Daaes karriere.

– Det begynte vel med tsunamien i 2004. Så kom det svineinfluensa, ebolautbrudd og 22. juli, for å nevne noe.

Hun bestemte seg for sjefskurs ved Forsvarets høgskole.

– Jeg hørte kurset var nyttig for dem som jobbet med beredskap. Og det vil jeg si det var, det ble tre skjellsettende måneder. Jeg hadde aldri tenkt en tanke utenfor helsesektoren før i hele mitt liv, spøker hun.

– Har helsevesenet mye å lære av Forsvaret?

– Ja, og jeg tror at Forsvaret kan lære mye av sivile etater og tjenester også. Det at vi forstår hverandre godt, er avgjørende for en god totalberedskap og et godt totalforsvar. Når det nå er vedtatt å styrke sivil beredskap med halvannen prosent, må vi faktisk gjøre det. Men foreløpig ligger det ikke noen penger i denne stortingsmeldingen.

Hun peker på meldingen, som ligger på kjøkkenbordet sammen med en liten stabel med sentrale dokumenter for beredskap.

– Forsvaret har jo bare ett helsevesen, og det er vårt felles helsevesen. De som jobber i det skal både hente inn etterslep, drifte, utvikle og ha beredskap. Jeg mener at Forsvaret må være solidarisk med de viktigste kritiske samfunnsfunksjonene som de og vi alle er helt avhengige av.

– Hva var det viktigste du satt igjen med etter kurset i Forsvaret?

– Det var betydningen av tverrsektorielt samarbeid, samordning og koordinering, i tillegg til masse gode venner. Helsevesenet er en ganske introvert sektor. Når du jobber i den, synes du gjerne alt er helt selvsagt, for liv og helse er alltid den viktigste dimensjonen. Jeg fikk veldig respekt for andres kompetanse også, og et helt annet blikk på Norge som samfunn og demokrati.

– Hva gikk jobben din i Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap ut på?

– Da jeg begynte, var det mange som ikke skjønte hvorfor en lege skulle lede et slikt direktorat. Den tilnærmingen man har med seg som lege er imidlertid en arbeidsmetodikk som er anvendbar på mange områder. Jeg var leder for et konglomeratdirektorat, som jeg kaller det. Det er —>

satt sammen av mange forskjellige områder. Målet mitt var å jobbe for at helheten skulle fungere.

- Hvordan skal egentlig beredskapen forbedres?
- Beredskap handler veldig mye om å bruke ressurser på noe du håper ikke skjer.

Kolleger omtaler Daae som en person som ikke er redd for de vanskelige sakene, og ikke minst dedikert til å finne gode løsninger. Og løsninger kan man trenge når krisene nærmest virker å stå i kø fremover.

Katastrofe!

De færreste av oss hadde hørt om solstorm før Andreas Wahl introduserte befolkningen for det. Daae var med som rådgiver da NRK produserte serien *Katastrofe*, der en rekke mulige katastrofer ble filmatisert og forklart.

– De scenarioene som har vært behandlet i *Katastrofe* har vært veldig grundig utredet. Vi vet at skogbrannfaren kommer til å øke. Vi vet mye om de hybride utfordringene, med påvirkning av alt fra informasjonssystemer til GPS-systemer. Første punkt må være å bli enige om at vi må gjøre noe med vår beredskap. Neste punkt blir da å gjøre noe med det.

– Hvis du kunne bestemme, hva ville du gjøre først?

Veldig mange har nok en plan om å kjøre opp til hytta på fjellet. Men du kommer jo ikke dit, ikke sant? Køene står raskt ut av byene

– Det viktigste grepet, som vi foreslo, er en gjennomarbeidet nasjonal sivilberedskapsplan. Denne må samkjøres med Forsvarets langtidsplan. Det nest viktigste er hvordan vi skal bli en mer utholdende og robust befolkning.

– Vi er en veldig frisk befolkning, og jeg tror vi har kraft i oss til å mobilisere når vi må. Forsvaret jobber med resiliensprogrammer for sine soldater, vi kunne kanskje hente noe som er nyttig for alle derfra.

- Bør vi være litt mer redde?
- Folk i Finnmark har høyere grad av krigsfrykt enn folk i Oslo. Jeg spurte noen av de flinke fagfolkene på jobben om det er farlig å være redd for krig. De svarte at det beste er å være passe engstelig.

Egenberedskap

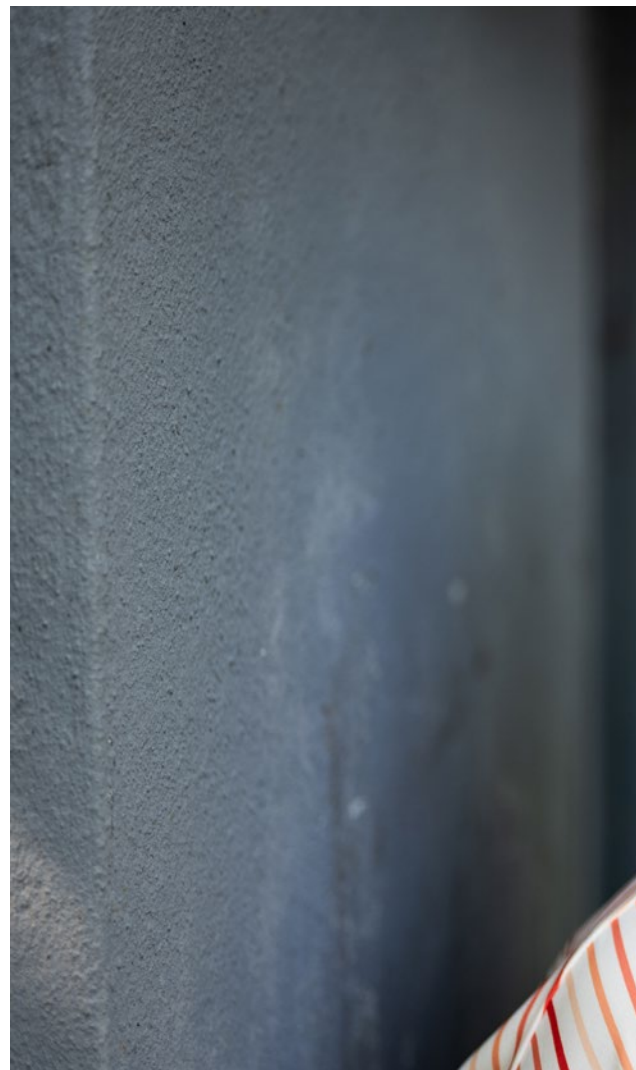
Daae er opptatt av at man må klare seg der man er.

– Veldig mange har nok en plan om å kjøre opp til hytta på fjellet. Men du kommer jo ikke dit, ikke sant? Køene står raskt ut av byene.

Da hun ledet Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, måtte hennes egen beredskap passere VG-testen og være komplett. Nå har hun litt å gå på, innrømmer hun.

– Hvilken katastrofe er du mest redd for?

Uredd: Daae har ikke vært redd for å ta tak i vanskelige saker.
Foto: John Trygve Tollefsen



Cecilie Daae

Født 15. april 1962

Cand.med., Universitetet i Oslo, 1990

Spesialist i allmenmedisin, 2001

Mastergrad i helseadministrasjon

Sjefskurs ved Forsvarets høyskole
Leder av studenthelsetjenesten ved Universitetet i Oslo, 2000–07

Ulike lederstillinger i Helse-
direktoratet, 2007–15

Direktør for Direktoratet for
samfunnssikkerhet og beredskap,
2015–20

Administrerende direktør i Helse
Nord, 2020–22

Direktør for Nasjonalt kunnskaps-
senter om vold og traumatisk stress,
2022–d.d.

Medlem av Totalberedskaps-
kommisjonen

– Jeg er mest bekymret for pandemi. Vi vet at de kommer tettere og antagelig blir hissigere for hver gang. Og så tror jeg vi alle sammen kjenner litt i magen at det er mye uforutsigbarhet knyttet til dagens sikkerhetspolitikk.

– Jeg vil råde folk til faktisk å følge egenberedskapsrådene. Jeg tenker på hvem jeg har ansvar for og har laget meg miniberedskapsplaner for noen ulike scenarioer.

– Kan serier som *Katastrofe* hjelpe befolkningen til å være bedre forberedt?

– Jeg tror det hadde hjulpet oss hvis ikke serien ble utkonkurrert av verden, sukker hun lett.

– Vi må for eksempel få befolkningen til å forstå at ekstremvær er kommet for å bli. Det *blir* flom i Gudbrandsdalen igjen. Da skal du kanskje ikke – nok en gang – bygge opp gården på akkurat samme sted som den har stått i 200 år?

Pandemi

Bare seks uker før koronapandemien kom, startet Daae i jobben som direktør i Helse Nord.

– Jeg tok mentalt frem oppskriften fra Helsedirektoratet om svineinfluensa og hadde med meg beredskapsjobbing og logikk fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap.

– Hva var du *ikke* forberedt på?

– Jeg hadde jobbet nasjonalt lenge og trodde vel at mer var i orden ute i helsevesenet. I 2009 hadde jeg vært med på å kjøpe respiratorer og transportkuvøser. Jeg trodde intensivkapasiteten var god, men det var den jo ikke. Det er den ikke nå heller.

– Hvorfor nordover?

– Jeg følte at jeg hadde fått til mye i Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Det var på tide med etappeskifte. Og så var det nok litt eventyrlyst. I nord lærte jeg mye nytt. Du må nesten ha vært der for å skjønne at det ikke bare er klaging over lange avstander, mørketid og dårlig vær. Det krever en helt egen tenkning og organisering.

– Var det noe du var overrasket over?

– Det jeg ikke hadde vært i befatning med før, var intensiteten og kraften i lokal politikk.

– Er det vanskelig å gi et likeverdig helsetilbud til så ulike regioner?

– Slik jeg forstår arbeidet med finansierings-systemer, er det veldig gjennomtenkt og ordentlig. Men om det tar opp i seg alle de dimensjonene som er spesielle for en region som nord, setter jeg nok fortsatt et spørsmålstegn ved.

→



De scenarioene som har vært behandlet i *Katastrofe* har vært veldig grundig utredet

Da jeg var direktør i Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, ble jeg ofte spurt om lojaliteten kommer i veien for de beste rådene. Svaret på det er selvfølgelig ja

Vold og traumer

Daae er nå direktør for Nasjonalt kunnskaps-senter om vold og traumatisk stress.

– For meg er sirkelen på mange måter sluttet. Jeg mistet en datter under fødselen, og det var vanskelig å legge bak seg. Jeg startet et forskningsprosjekt om sorg i allmennpraksis, som jeg var for utålmodig til å gjøre ferdig. Men jeg leste mye faglitteratur og føler meg ikke så verst skodd for å jobbe med kriser, sorg og tap. Nå får jeg lov til å være leder, som jeg liker veldig godt, men kommer faglig sett tilbake til ting som ligger mitt hjerte nær.

– Er det noe du har lyst til å oppnå i den jobben du har nå?

– Ja, jeg håper vi kan få mer oppmerksomhet rundt barn og unge i kriser. De er for eksempel nesten ikke omtalt i beredskapsplaner. Vold og overgrep mot barn og unge er et annet viktig område, og vi må jobbe med organisasjonsutvikling og samarbeid. Verken vi eller andre miljøer i Norge er veldig store, da er det viktig med gode forskningsnettverk. I samarbeid kan vi få til mye mer, slik som implementeringsforskning.

– Hva får du påfyll av?

– Jeg er veldig familiekjær. Og etter et bekkenbrudd ser jeg frem til at jeg igjen skal kunne løpe og trene.

Kulturlivet setter hun også pris på.

– Jeg har blitt tiltakende begeistret for opera!

Ingen av de fire barna har fulgt i morens fotspor, men har valgt juss, finans og psykologi.

– Jeg får håpe et av barnebarna plukker opp tråden, sier hun lurt.

– Vil du anbefale helsevesenet som arbeidsplass?

– Da jeg var i nord, tenkte jeg at vi kanskje kunne tjent på å ha en litt mer positivt orientert kultur. Jeg er klar over at vi har rekrutteringsutfordringer, og alle mine klinikervenner er frustrerte over ledere og ledelse. Men så får de også være med på å utrette små og store mirakler hver dag. Det kommer ikke så godt frem.

Daae er kanskje mer bekymret for systemet enn for legene.

– Systemet mener jeg har gått helt ut på dato. Det å slå sammen spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten på en klok måte er noe vi bare må ta tak i.

– Jeg har tatt til orde for at man burde tegne helsekartet på nytt og sette ned en utredningsgruppe.

Hun er tydelig mer opptatt av løsninger enn tradisjon.

– Ingen i en slik arbeidsgruppe burde være over 45 år, understreker hun.

– Noen med mer erfaring kan få sitte i en referansegruppe, men jeg tror en skikkelig omlegging krever unge folk som klarer å tenke helt, helt nytt. ■

Marit Tveito

marit.tveito@me.com

Selskap: Det er mye selskap i en liten russisk bolanka. Foto: John Trygve Tollefsen



OKEDI er indisert for behandling av schizofreni hos voksne der toleranse og effekt har blitt fastslått med oral risperidon.¹

okedi
Risperidon depot suspensjon,
til injeksjon 75 mg og 100 mg

Til deg som behandler pasienter med schizofreni Ønsker du at pasienten din oppnår stabil terapeutisk konsentrasjon fra dag én – uten behov for startdose eller oral tilleggsbehandling?²

Velg OKEDI (risperidon ISM*) – et nytt depotpreparat som muliggjør injeksjon hver fjerde uke.³



Vil du vite mer?

Book et besøk med en produktspesialist



ORIONPHARMA.NO/
OKEDI

OKEDI (risperidon)

Pulver og væske til depotinjeksjonsvæske, suspensjon

Indikasjon: Behandling av schizofreni hos voksne der tolerabilitet og effekt har blitt fastslått med oral risperidon.

Dosering: Intramuskulær injeksjon hver 28. dag. Startes opp basert på klinisk status. Se SPC pkt. 4.2 for dosering og titreringsperiode basert på klinisk status og nåværende og tidligere behandling med antipsykotika. Settes av helsepersonell. Rekonstitueres umiddelbart før bruk, se SPC.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon

Advarsler

- Skal ikke brukes hos eldre med demens.
- Ikke anbefalt ved moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon.
- Brukes med forsiktighet hos eldre, ved risikofaktorer for slag, kjent kardiovaskulær sykdom, familær forlenget QT-tid, bradykardi eller elektrolyttforstyrrelser, nedsatt leverfunksjon, etablert hyperprolaktinemi, mulig prolaktinavhengig tumor, tidligere krampeanfall/tilstander som kan senke krampeanfalleterskelen.
- Risiko/nytte vurderes ved Parkinsons sykdom eller demens med Lewy-legemer.
- Risikofaktorer for venøs tromboembolisme (VTE) bør identifiseres før og under behandling.
- Økt vekt, hyperglykemi, diabetes mellitus/forverring av diabetes forekommer, og bør overvåkes.
- Ved signifikant lavt antall leukocytter eller tidligere legemiddelindusert leukopeni/nøytropeni bør pasienten overvåkes de første behandlingsmånedene.
- Brukes med forsiktighet med andre CNS-depressiver, psykostimulantia, dopaminagonister (inkl. levodopa), antikolinergika, anti-hypertensiva, samt legemidler som forlenger QT-intervallet, gir elektrolyttforstyrrelser/bradykardi. Interaksjoner via CYP-enzymene og P-gp må i hensyntas.

Graviditet og amning

Skal ikke brukes under graviditet, med mindre det er helt nødvendig. Skal ikke brukes under amning. Kan hemme reproduksjonsevnen.

Bivirkninger

Svært vanlige bivirkninger: insomni, parkinsonisme, hodepine. Hyperprolaktinemi, infeksjoner, ekstrapyramidale

bivirkninger (inkl. tardiv dyskinesi), hypotensjon, krampeanfall, nøytropeni, leukopeni, agranulocytose, VTE, malignt neuroleptikasyndrom, cerebrovaskulær sykdom, hjerterytmeforstyrrelser, forlenget QT-tid, anafylaktisk reaksjon, priapisme, økt kroppstemperatur og intraoperativt atonisk irissyndrom forekommer også.

Pakninger og pris (AUP): 75 mg: 1 ferdigfylt sprøyte med pulver + 1 ferdigfylt sprøyte med oppløsningsvæske: kr 2479,00.

100 mg: 1 ferdigfylt sprøyte med pulver + 1 ferdigfylt sprøyte med oppløsningsvæske: kr 2884,90.

Reseptgruppe: C.

Refusjonsberettiget bruk: Schizofrene psykoser. **Refusjonskoder:** ICPC/ICD: -/F2-/F2. Behandlingskrevende psykotiske eller psykosenaere symptomer ved psykisk lidelse. Vilkår: Ingen spesifisert.

Basert på SPC godkjent av DMP/EMA: 12.08.2024

Før fullstendig preparatomtale (SPC), se www.legemiddelsok.no

Februar 2025

Referanser:

1. OKEDI preparatomtale, 12.08.2024, pkt. 4.1
2. Walling DP, Hassman HA, Anta L, et al. Drug Des Devel Ther. 2021;15:4371-4382. Corrigendum published in Drug Des Devel Ther. 2022 Jun 13;16:1791-1792.
3. OKEDI preparatomtale, 12.08.2024, pkt. 4.2

OKED-71(1)b/20250917

*Risperidon ISM® (In Situ Microimplants) er en ny intramuskulær, langtidsvirkende injeksjon som innen noen timer gir terapeutiske plasmanivåer som opprettholdes i opptil en måned, uten behov for oral risperidon. ISM-teknologien er basert på en stabil polymermatrise som inneholder risperidon og frigjør medisinen kontrollert. Injeksjonen kan gis i deltoideus- eller glutealmuskelen.²

ORION PHARMA AS | TLF 40 00 42 10 | WWW.ORIONPHARMA.NO

**ORION
PHARMA**

Tekst: Erlend Hem

Edvard Munchs hjerteblod

Utstillingen «Livsblod» i Munchmuseet var en refleksjon over medisinsens rolle i våre liv.

Utstillingen ga mye å glede seg over, men også noe å stusse over.

« Sykdom og galskap og død var de sorte engler som sto ved min vugge», skrev Edvard Munch (1863–1944) i et udatert notat om slektsarven (1, 2, s. 125). Sitatet åpner for en av mange innganger til å se helse og Munchs kunst i en sammenheng, slik det ble gjort i utstillingen «Livsblod» i Munchmuseet i Oslo fra juni til september 2025.

Tilknytningspunktene mellom Munch og medisin er mange. Munch hentet inspirasjon fra egne erfaringer med sykdom og det medisinske miljøet, og også fra familie, venner, oppdragsgivere og ulike behandlere (3). Munchs far og bror var leger, han hadde mange legevenner og var selv sterkt opptatt av sykdom og helse (4). Kunsten hans gjenspeiler de enorme endringene i medisinsk behandling og pleie som skjedde i løpet av livet hans, og den gir et unikt og kritisk perspektiv på det moderne helsevesenet, ifølge museets nettsider (3).

De fleste anmeldere var begeistret (5–8). «En rett og slett strålende utstilling», het det i Aftenposten (5). «Så gøy det er å se kunst og vitenskap i sammenheng!» utbrøt Vårt Lands anmelder (6). Det er lett å dele deres entusiasme, selv om det også var kritiske stemmer (9).

Skjelettet i monterer

I utstillingen sto et menneskeskjelett. Det var ikke mulig å identifisere personen knoklene tilhørte, men vedkommende ble sannsynligvis født mellom 1850 og 1865 og bodde i Paris, ifølge utstillingsplakaten. Med andre ord levde personen samtidig som Edvard Munch, sto det. Det var satt sammen av Maison Tramond, et firma i Paris kjent for å levere anatomiske preparater av høy kvalitet. Er det greit å stille ut et skjelett på denne måten?

For noen år siden var det en lignende diskusjon om et naturlig mumifisert lik, omtalt som Maren i myra, som ble utstilt ved Norsk teknisk museum i Oslo (10). Det sentrale spørsmålet er hvilke etiske standarder som bør legges til grunn når menneskelige levninger stilles ut uten eksplisitt samtykke. Bør de sees på som ting eller som vesener med rettigheter? Jeg undres om slike overveielser ble gjort ved Munchmuseet.

Å skrive selv eller skrive av

I en annen monter hang et fotografi som skal være tatt av Narve Skarpmoen (1868–1930) og vise «Operasjon og forelesning ved Rikshospitalet, med Professor Johansen» (figur 1). Fantes det en professor Johansen ved Rikshospitalet i 1910? Nei, det gjorde ikke det (11).

Jeg hentet fram bildet fra Digitalt museum. Der står det faktisk: «Rikshospitalet, Barneavdelingen, med Professor Johansen, omkring 1910» (12). Men siden det skal være fra sykehusets barneavdeling, er det trolig



Figur 1 Professor i kirurgi Hagbarth Strøm (1854–1912), sammen med kolleger og studenter, ca. 1910. Det første fotografiet var en del av utstillingen Livsblod i Munchmuseet. Foto: Narve Skarpmoen / Norsk teknisk museum / I offentlig eie. Det andre fotografiet fra Digitalt museum har samme motiv, er påfallende likt og ser ut til være fra samme auditorium. Foto: Rude & Hilfling / Oslo Museum / I offentlig eie.

professor Axel Theodor Johannessen (1849–1926) som menes. Han var den første professoren i barnesykdommer her i landet. Men det er ikke Johannessen som er avbildet. Det er derimot Hagbarth Strøm (1854–1912), som var professor i kirurgi ved Rikshospitalet. Bildet kan heller ikke være tatt ved Barneavdelingen, pasienten er jo en mann med bart.

Fotografiet er påfallende likt et annet fotografi i Digitalt museum og som ser ut til være fra samme auditorium (figur 1) (13). Dette er publisert en rekke ganger (14–16). Men det må være tatt på et annet tidspunkt, i alle fall er publikum et annet, lampene i taket er litt ulike, og det er kreditert en annen fotograf – men kan det være samme pasient?

Saken blir desto pussigere ettersom Axel Johannessen er omtalt i et eget kapittel i utstillingskatalogen til «Livsblod» (17, s. 216–20). Det handler om en kuvøse som Johannessen tok i bruk i 1893, og som merkelig nok har funnet en fremtredende plass i utstillingen, til tross for at den ikke har noe med Munch å gjøre.

Elektrisering eller elektroshjokk

Munch fikk et psykisk sammenbrudd i 1908 og la seg inn ved professor Jacobsens privatklinikk i København. Dette er en spesielt interessant periode, fordi sammenbruddet og oppholdet ved klinikken ble et vendepunkt i Munchs liv og kunstnerskap. Han la om livsførselen, sluttet å drikke og flyttet hjem til Norge. Eller som hans biograf sier det: Munch transformerte sammenbruddet til et gjennombrudd som nasjonalt norsk geni (2, s. 141). Hva var det som førte til slike usedvanlige resultater? Munch selv beskrev behandlingen: Først var han

sengeliggende i lang tid, og litt etter litt begynte de forskjellige kurene: hjertemassasje, elektrisering, bad, furunålsbad, elektriske lysbad og luftetur (18).

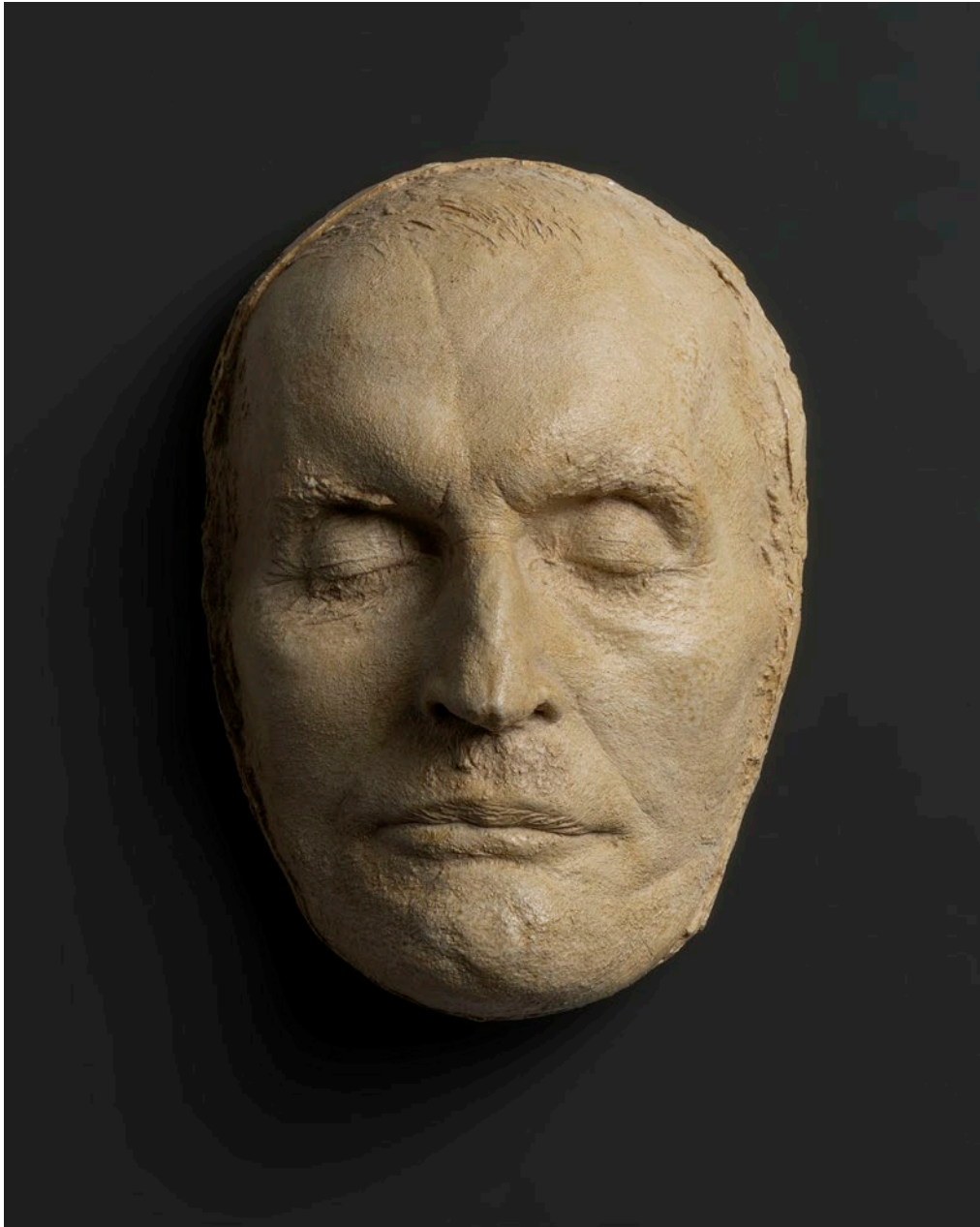
Dette dreier seg om datidens tro på elektrisitet i behandlingen av en rekke lidelser, et rikt og fascinerende kapittel i medisinhistorien. I utstillingen har dette blitt misforstått

Under innleggelsen var han snart i full aktivitet og lagde blant annet en tegning med påskriften: «Professor Jacobsen elektriser den berømte Maler Munch og bringer mandlig positiv og kvindelig negativ Kraft ind i hans skjøre Hjerne» (figur 2) (19). Dette dreier seg om datidens tro på elektrisitet i behandlingen av en rekke lidelser, et rikt og fascinerende kapittel i medisinhistorien (20). I utstillingen ble dette misforstått. Der sto det at «Tegningen viser Munch i ferd med å motta elektroshjokkbehandling», men dette er ikke riktig. Elektroshjokkbehandling ble introdusert av Cerletti og Bini først i 1938 og kom i bruk i norsk psykiatri i 1941 (21). Slike feil svekker tilliten til utstillingen som historisk fremstilling. →

Figur 2 Munchs egen fremstilling av en behandlingssesjon i Jacobsens privatklinikk 1908–09.

Over tegningen har han skrevet: «Professor Jacobsen elektriser den berømte Maler Munch og bringer mandlig positiv og kvindelig negativ Kraft ind i hans skjøre Hjerne» (19). Illustrasjon: Munchmuseet / CC BY-NC-SA 4.0





Figur 3 Munchs dødsmaske. Foto: Ove Kvavik / Munchmuseet

Utstillingskatalogen

Til utstillingen ble det utgitt en katalog både på norsk og engelsk. Jeg har kun lest den norske utgaven. Den er lekker, med solid innbinding, god papirkvalitet og glimrende illustrasjoner. Men hvilken forbindelse er det mellom utstillingen og utstillingskatalogen? I katalogen henvises det innsiktsfullt til en vitenskapelig artikkel som beskriver den elektriske behandlingen som var vanlig på begynnelsen av 1900-tallet (17, s. 305, 22). Artikkelforfatterne gjør eksplisitt rede for at dette var noe helt annet enn krampeterapien som ble utviklet mange år seinere.

Pussig nok ble den norskspråklige katalogen publisert over en måned etter at utstillingen åpnet (17). Med 27 bidragsyttere blir nødvendigvis kvaliteten vekslende. Enkelte forfattere dyrker hver sin subjektive assosiasjonsverden. Det er et dårlig utgangspunkt for en museal formidlingsstrategi. På den annen side vil jeg framheve Espen Stuelands interessante kapittel «Hvad Edwards vaccination angaaer» – En fars tiltak for å få sønnen vaksinert mot kopper» (17, s. 106–12).

Etter min mening burde katalogen gått tettere på utstillingen. Antakelig burde den også vært tynnere, og jeg undres over kriteriene for å bli invitert til å skrive og hva som sto i forfatterinvitasjonene.

Samfunnets holdning var i rask endring, og de tidligere så populære dødsmaskene skulle snart høre fortiden til

Livsblod eller hjerteblod

«Livsblod» var tittelen på utstillingen, og i ordboka står det forklart som «blod som sete for liv, livskraft». Munch skal selv ha kalt kunsten sin for det, ifølge museets nettsider, og jeg var spent på hvordan Munch brukte ordet. I den fantastiske kilden www.emunch.no, der alle skriftene hans er transkribert, fant jeg ingen spor etter *livsblod*. Ordet *hjerterblod* derimot, er det flere eksempler på. All kunst må være frembrakt med ens hjerterblod, skriver Munch et sted (23). Det er vel forskjell på livsblod og hjerterblod? Burde ikke derfor tittelen på utstillingen heller vært «Hjerterblod»?

I den tilnærmet kronologiske utstillingen var også Munchs dødsmaske stilt ut (figur 3). Det var sterkt å se. På plakaten sto det at det var Munchs «livlege» Kristian Schreiner (1874–1957) som bestilte denne. Men samfunnets holdning var i rask endring, og de tidligere så populære dødsmaskene skulle snart høre fortiden til. Dette er blant temaene som jeg gjerne skulle lært mer om.

Jeg besøkte utstillingen flere ganger, og det var en glede. Ideen med å kombinere medisin, helse og kunst er glitrende. Enkelte valg, særlig utstillingen av gjenstander som hadde lite med Munch å gjøre, som kuvøsen og søsterens høreapparat i sølv, virket påklistret. Men som et hele var utstillingen en suksess. Bare synd at den sto i tre korte måneder. Jeg skulle ønske at alle helseutdanninger hadde fått muligheten til å besøke den i løpet av høstsemesteret. ■

Mottatt 21.8.2025, første revisjon innsendt 29.8.2025, godkjent 3.9.2025.

Erlend Hem

erlend.hem@medisin.uio.no

Erlend Hem er instituttsjef i Legeforskningsinstituttet, professor ved Universitetet i Oslo og styreleder i Helsehistorisk forum. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 eMunch. Munchmuseet, MM T 2759. Ikke datert. Skissebok. Lest 10.7.2025.
- 2 de Figueiredo I. Stormen: en biografi om Edvard Munch. Bd. 1. Oslo: Aschehoug, 2023.
- 3 Munchmuseet. Livsblod. Edvard Munch. Lest 10.7.2025.
- 4 Hem E. Munch og medisin. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1376–7.
- 5 Sikko Y. En rett og slett strålende utstilling. Aftenposten 5.7.2025: 14.
- 6 Høgestøl SJ. Melankoli, tæring – og vitenskap. Vårt Land 4.7.2025: 32–3.
- 7 Elton L. Sykdom, død og Munch. Dagsavisen 3.7.2025: 22–3.
- 8 Bulie K. De sykes rike. Klassekampen 2.7.2025: 28.
- 9 Bjerke MP. Drukner nesten i ting og tang. NRK 14.7.2025. Lest 13.8.2025.
- 10 Ingebrigtsen E. I monter post mortem: metodiske og etiske utfordringer for medisinhistoriske utstillinger. I: Natvig JB, Swård ET, Hem E, red. Historier om helse. Oslo: Den norske legeforening, 2009: 120–33.
- 11 Museum for universitets- og vitenskapshistorie. Universitetet i Oslo. Universitetets vitenskapelige ansatte 1813–1984. Lest 10.7.2025.
- 12 Digitalt museum. Norsk teknisk museum. Operasjon og forelesning ved Rikshospitalet omkring 1910. Lest 10.7.2025.
- 13 Digitalt museum. Oslo museum. Undervisning under ledelse av professor Hagbarth Strøm. Lest 10.7.2025.
- 14 Schiøtz A. Medisinsk historie som glede og fjell. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137. doi: 10.4045/tidsskr.17.0891.
- 15 Hem E. Ni bind som burde vært tre? Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 1791–2.
- 16 Kyllingstad JR, Rørvik TI. 1870–1911: Vitenskapenes universitet. I: Collett JP, red. Universitetet i Oslo 1811–2011. Bd. 2. Oslo: Unipub, 2011.
- 17 Morehead A, Amundsen HB, red. Livsblod Edvard Munch. Oslo: Munchmuseet, 2025.
- 18 eMunch. Munchmuseet, MM N 945. Datert 5.12.1908. Brev til Karen Bjølstad. Lest 10.7.2025.
- 19 eMunch. Munchmuseet, MM T 1976. Datert 1908–1909. Notat. Lest 10.7.2025.
- 20 Aarli JA. Medisinsk behandling i utlandet. Hvorfor Bjørnstjerne Bjørnson døde i Paris 1910. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 3740–4.
- 21 Moksnes KM. Krampeterapier ved Dikemark sykehus. Michael 2024; 21: 425–45.
- 22 Finger S, Sirgiovanni E. The electrified artist: Edvard Munch's demons, treatments, and sketch of an electrotherapy session (1908–1909). J Hist Neurosci 2024; 33: 241–74.
- 23 eMunch. Munchmuseet, MM N 29. Datert 1890–1892. Notat. Lest 10.7.2025.

Er det mulig å nyse seg frisk av epilepsi?

Christian Munch, Edvard Munchs far, var militærlege i Christiania på 1800-tallet og interesserte seg for nye behandlingsmetoder. I en artikkel i Norsk Magazin for Lægevidenskabten skriver han i 1866 om nysepulver brukt mot epilepsi og om hvordan nysing kunne påvirke anfallstendensen.

For å forebygge og stoppe anfall hos personer med epilepsi har det opp gjennom historien vært forsøkt tallrike remedier. Stoffer som man mente hadde anti-epileptiske egenskaper, var blant annet misteltein fra eik (tatt ved fullmåne), oppmalt menneskebein (helst fra atlas, 1. vertebra), geitelever, genitalier fra sel, blodprodukter, peoner, malurt, groblad, oksymel og grøtomslog med eddik og honning (1).

I den første monografien om epilepsi i moderne tid, først utgitt i 1857, skriver Edward Sieveking på slutten av behandlingkapittelet at «there is scarcely a substance in the world, capable of passing the gullet of man, that has not at one time or other enjoyed a reputation of being an anti-epileptic» (2).

Vi har hatt epilepsipasienter som forteller at de kan stoppe begynnende anfall ved å klype seg hardt i armen eller presse en negl mot filtrum

Hvem var Christian Munch?

Christian Munch (1817–89) (figur 1) var sønn av sogneprest Edvard Storm Munch (1780–1847) og Johanne Sophie Hofgaard (1791–1861). På første halvdel av 1800-tallet var han aktiv i kretsen rundt Johan Sebastian Welhaven (1807–73). Han tok medisinsk embets-eksamen i 1841 og virket som militærlege ved siden av å ha privat praksis. I 1861 giftet han seg med den 20 år yngre Laura Cathrine Bjølstad (1838–68). Etter at hun døde, bare 31 år gammel av tuberkulose, fikk han hjelp med de fem barna og husholdningen av Lauras yngre søster, Karen Bjølstad (1839–1931).



Figur 1 Dr. Christian Munch (1817–89), Edvard Munchs far.
Foto: Mekonnen Wolday / Munchs hus / CC BY-SA

Lauras død gikk hardt inn på ham. Han ble sorgtung og henfalt til religiøse grublerier. Hans tungsinn og humørsvingninger gikk ofte ut over barna, og hans dogmatiske kristendom kom til å bli et stengsel mellom ham og Edvard (3). Han døde av lungebetennelse i 1889, 72 år gammel.

Nysing skulle stoppe anfall ved å påvirke grener av trigeminus

I Norsk Magazin for Lægevidenskaben skriver Munch i 1866 om en behandlingsform ved epilepsi som på den tiden ble prøvd ut ved universitetet i Edinburgh av dr. Laycock, professor i mental patologi. Metoden gikk ut på å få pasientene til å nyse.

Laycock hadde en teori om at epileptiske anfall var forårsaket av plutselig stans i blodsirkulasjonen til hjernen. Han trodde at sirkulasjonen var regulert av *cerebellum*, som igjen sto under regulatorisk innflytelse av hjernenervene, hjernestammen og storhjernen.

Ifølge professoren kunne *medulla oblongata* være substrat for epilepsi-behandling, ettersom denne delen av hjernestammen var knyttet til respirasjonssystemet. Dette kunne gjøres ved å irritere grener fra den femte hjernenerven (*n. trigeminus*) som forgrener seg i *membrana Schneideriana* (slimhinnen i maksillarsinus).

For å fremkalle denne reaksjonen ble det gjort forsøk med ulike substanser som var kjent for å irritere luftveiene, blant annet ammoniakk, snus – og nysepulver (2).

Nysing fremkalt av kinabark og julerose

Under ledelse av Laycock utførte dr. Saidler kliniske forsøk på pasienter som var innlagt på asyllet Millholme House – deriblant åtte kvinner og én mann. De fikk en pulverblanding av kinabark og hvit julerose, også kalt hvit nyserot, som skulle inhaleres gjennom nesen tre ganger daglig. Dette fremkalte heftig nysing i ti minutter. Hvis nysingen ikke opphørte da, fikk pasientene snuse inn kaldt vann (2).

Syv av de åtte kvinnene ble helt anfallsfrie de første åtte dagene etter behandlingen, til tross for at de på forhånd hadde hatt daglige anfall. Mannen opplevde først en forverring av anfallene, men etter hvert ble han helt anfallsfri i fem–seks måneder, samtidig som hans mentale tilstand bedret seg. Etter ett år var han imidlertid tilbake i sin habitusalltidstand.

Ifølge Laycock kunne nysemetoden også anvendes ved migrene, delirium og depresjoner, mens den ved *paralysis generalis* ikke hadde noen effekt.

Ramme 1

Behandling mot epilepsi gitt til Charles II av Spania (5).

- Tapping av en halvliter blod fra armen
- Et brekkmiddel og to avføringsmidler
- Klyster av antimon, hellig bitter, steinsalt, malveblader, fioler, rødbeter, kamilleblomster, fennikelfrø, linfrø, kanel, kardemommefrø og aloe
- Barbering og innsmering av hodet
- Nysepulver av juleroserot
- Blomsterpulver av marianøkleblom
- Hvitvin, absint og anis
- Ekstrakt av tistelblader, mynte, vinrute og angelica
- Smøring av føttene med burgundbek og duemøkk
- Stadig årelating og rensing
- Ekstrakt av hodeskalle
- Blanding av Raleighs antidot, pearl julep og ammoniakk

Munch stilte seg noe tvilende til langtidseffekten av behandlingen, idet han anfører at det ikke er uvanlig med kortvarig bedring hos denne pasientgruppen etter oppstart av et nytt middel (2).

Lange tradisjoner

Vi kan smile overbærende av Laycocks teorier om årsaken til epileptiske anfall, og hvordan nysingen skulle kunne avhjelpe anfallstendensen. Men tanken om nysing som behandling mot epilepsi var faktisk langt fra ny. Allerede på 300-tallet anbefalte Diocles å provosere frem nysing rett før sengetid hos personer med epilepsi – i tillegg til inntak av eddik og malurt (4). I 1685 fikk Charles II (1661–1700), konge av Spania, følgende behandling mot epilepsi (ramme 1).

Tanken om at epileptiske anfall skyldes redusert blodforsyning til hjernen var heller ikke ny. Når man i mange år, ja faktisk helt inn på 1900-tallet, anså onani som en av de viktigste årsakene til epilepsi, skyldtes dette en forestilling om at genitalia under masturbasjon «stjal» blod fra hjernen og gjorde denne hypoksisk. I ekstreme tilfeller ble det utført klitoridektomi hos kvinner og kastrasjon hos menn (6).

Teorien om at man gjennom nysing skulle kunne stoppe eller forebygge epileptiske anfall er ikke så tullete som den umiddelbart høres ut som – forutsatt at nysingen faktisk irriterer grener av trigeminusnerven. Lang klinisk erfaring tilsier at stimulering av perifere nerver kan ha en anfallsstoppende effekt. Vi har hatt epilepsipasienter som forteller

at de kan stoppe begynnende anfall ved å klype seg hardt i armen eller presse en negl mot filtrum. Ved å gjøre dette sender de afferente impulser sentralt, og dette ser i noen tilfeller ut til å kunne «avlede» den epileptiske prosessen.

Hos pasienter med legemiddelresistent epilepsi som ikke egner seg for epilepsikirurgi, tilbyr vi i dag en behandlingsform som bygger på akkurat de samme prinsippene, nemlig intermitterende elektrisk stimulering av vagusnerven. Hvordan slik stimulering av perifere nerver forebygger og stopper anfallsaktiviteten, er fortsatt ikke fullt ut forstått (7).

Å fremkalle nysing for å avhjelpe anfallstendensen hos personer med epilepsi har altså lange tradisjoner. Selv om metoden kan sies å ha et visst teoretisk fundament, er den i dag hovedsakelig av historisk interesse. ■

Mottatt 4.8.2025, godkjent 18.8.2025.

Karl O. Nakken

karln@ous-hf.no

Karl O. Nakken er dr.med. og spesialist i nevrologi. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Mia Tuft

Mia Tuft er nevropsykolog ved Nasjonalt kompetansesenter for sjeldne epilepsirelaterte diagnoser og doktorgradskandidat. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Sieveking EH. Epilepsy and Epileptiform Seizures: Their Causes, Pathology and Treatment. 2. utg. London: John Churchill, 1861.
- 2 Munch C. Behandling af Epilepsi med Nysemidler. Norsk Magazin for Lægevidenskaben 1866; 20: 67–8.
- 3 Lande M. Edvard Munch. Liv og kunst. Oslo: Adventura, 1995.
- 4 Temkin O. The falling sickness. The history of epilepsy from the Greeks to the beginnings of modern neurology. 2. utg. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press, 1971.
- 5 Scott DF. The history of epileptic therapy. An account of how medication was developed. Carnforth: The Parthenon Publishing Group Ltd., 1993.
- 6 Lima MP, Yacubian EMT. A moral history of seizures: reported causes of seizures in the nineteenth century. Arq Neuropsiquiatr 2025; 83: 1–3.
- 7 Austelle CW, Cox SS, Wills KE et al. Vagus nerve stimulation (VNS): recent advances and future directions. Clin Auton Res 2024; 34: 529–47.

Ordbok for ledere

De siste to årene har jeg hatt gleden av å være litt nærmere de indre kretser, som en del av sykehusdirektørens stab.
 Mye foregår i møterommene på gangen der hvor jeg har kontor.
 Men mye foregår også i selve gangen.

Kanskje er det, som alltid, nettopp der på gangen at noe av det viktigste skjer – den uformelle praten, linjer som trekkes og forsterkes, raske telefoner, kaffekopper og tiltrengte pauser. Som et lite tannhjul i dette maskineriet er det ikke til å komme fra at jeg snapper opp en viss sjargong. Ledere har nemlig sitt eget språk, sikre tegn på at de er nettopp ledere. Til hjelp for alle som eventuelt er nye i dette ansvarstunge og toneangivende faget, tenkte jeg det kunne være fint å ha en liten ordbok. Den kommer her.

Begrepsavklaring: Det driver vi med akkurat nå. Betyr dette ordet det samme for meg som for deg? Begrepsavklaring er et viktig punkt og kunne med fordel vært brukt oftere, for eksempel på hjemmebane.

Gevinstrealisering: Dette ordet får de fleste vanlige klinikere til å rynke panna hardt. Jeg skjønner egentlig ikke helt hva det betyr, jeg heller. Send meg gjerne en e-post om det.

Gå om bord: Siden vi er i samme båt, skal alle med. Å gå om bord betyr å bli med, og det betyr at du er rimelig sikker på at du har gått på riktig båt.

Handlingsrom: Handlingsrommet er det rommet du går inn i når du har gått ut av mulighetsrommet. Det er mye mindre, kanskje på størrelse med et bøttekott.

Kompetanseheving: Kompetanseheving er en klassisk salderingspost. **Salderingspost** er ikke med i ordboka, fordi det helst ikke skal brukes. Vi trenger salderingsposter, men det kan vi ikke si høyt. Kompetanseheving, å bli flinkere, å lære, krever ofte midler, og det er det alltid for lite av.

Midler: Akkurat som i forskningen er det langt under lederes verdighet å snakke om penger, kroner og ører. Derfor opereres det mest med det litt bredere og mer ulne begrepet *midler* – og helst *friske midler*. Friske midler er nye penger som ikke var der fra før.

Mulighetsrom: Dette er det mest typiske lederordet. Det brukes i absolutt alle sammenhenger, særlig i litt vanskelige møter. Mulighetsrommet er veldig stort. Hva som helst kan få plass der.

Nedsitt: Nedsitt er på en måte det samme som møte, men mer uformelt og kortere, kanskje bare med to personer. Hvis du blir invitert til en nedsitt med samsnakk, bør du takke ja.

Omforent: Å være omforent er det samme som å være enig.

Samarbeid: Dette ordet gir en pust i bakken. Det er et helt vanlig ord som alle forstår og som ikke betyr noe annet enn det det sier, nemlig å arbeide sammen.

Samhandling: Samhandling betyr ikke å gå på butikken sammen, og det er også smalere enn bare det å gjøre noe sammen. Spisset inn er samhandling det å gjøre noe sammen på tvers av ulike institusjoner og omsorgsnivå, gjerne mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Samhandling er et ord som virkelig får skinn om dagen. Det får være med i de fleste planer, visjoner og taler. I praksis er samhandling utrolig vanskelig.

Samsnakk: Ledere snakker ikke sammen, de samsnakker. Du kan ellers ta omtrent et hvilket som

helst ord og sette *sam-* foran, så blir det et bra lederord. Samarbeid, samhandling, samkjøring, samordning, samvalg, samstemming osv. Det var dessverre ikke plass til å ta med alle *sam-*ordene i denne korte lederordboka.

Sexy: Her må det gjøres enn jobb. *Sexy* bør ut av lederordboka med en eneste gang. La oss slå fast en gang for alle at hverken forskningsprosjekter eller søknader noensinne kommer til å bli sexy. Jeg håper i alle fall ikke det. Bytt ut *sexy* med *interessant* eller *spennende*.

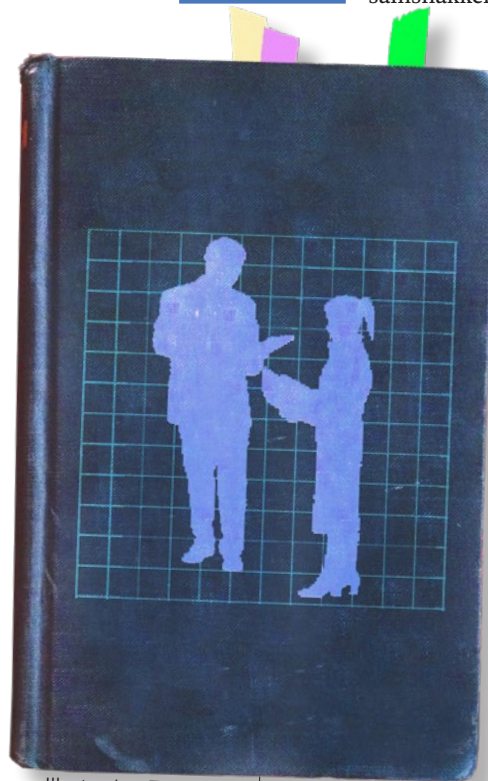
Utfordringsbilde: Ledere har ingen problemer. Det finnes kun utfordringer, og de er gjerne en del av et større bilde. Utfordringsbildet henger som regel på veggen i mulighetsrommet.

Når alt dette er sagt, så er det viktig å huske på at lederordboka kun er til bruk på jobb, i møterom. I høyden kan bruken forlenges til den litt mer ledige samsnakken på gangen i pausene. På andre arenaer kan det fort bli litt tullete og rart. For eksempel på date. Ikke snakk om mulighetsrom på date, og i hvert fall ikke om midler. Da er det best å bare betale for seg etter nedsitten, tenke at hvis du var heldig fikk du

kanskje litt kompetanseheving i løpet av daten, selv om det ikke ble så mye gevinstrealisering. Men kanskje er dere omforente om å sees igjen. Og da kan det faktiske hende at det passer å bruke *sexy*. Tenk imidlertid litt på handlingsrommet først. ■

Legelivet

Personlige tekster om livet som lege



Illustrasjon: Tidsskriftet

Marte Roa Syvertsen

marsyv@vestreviken.no

Marte Roa Syvertsen er lege ved Nevrologisk avdeling og forskningssjef ved Drammen sykehus, Vestre Viken.

ANBUÐSVINNER

ved førstelinje NSCLC PD-L1 \geq 50 %¹

Roche

SUBKUTAN TECENTRIQ®

kan gi fordeler for pasienter, helsepersonell og helsevesen²⁻⁵

Pasienter

Raskere administrering med SUBKUTAN TECENTRIQ som tar **ca. 7 minutter**, mens intravenøs administrering tar 30 til 60 minutter^{2,5}

Helsepersonell

Flertallet (75-90 %) mener SUBKUTAN TECENTRIQ kan **spare tid**, er veldig enkel eller ganske enkel å administrere og er veldig **fornøyd** eller fornøyd med behandlingen⁵

Helsevesen

Subkutane formuleringer kan gi **besparelser i kostnader og tidsbruk**, og kan gi pasientene behandlingsalternativer **utenfor sykehus**^{*3,4}

Pasienten skal overvåkes for immunmedierte bivirkninger²

SUBKUTAN TECENTRIQ (atezolizumab) er førstevalg i onkologianbefalingene fra 1. oktober 2025 til 30. september 2026 ved førstelinje NSCLC PD-L1 \geq 50 %, utbredt SCLC, adjuvant NSCLC PD-L1 \geq 50 % og TNBC i kombinasjon med kjemoterapi. Se full indikasjonstekst under og onkologianbefalinger for detaljer¹

Utvalgt produkt- og sikkerhetsinformasjon SUBKUTAN TECENTRIQ²

INDIKASJONER:

Ikke-småcellet lungekreft (NSCLC) i tidlig stadium: Som monoterapi til adjuvant behandling, etter fullstendig reseksjon og platinabasert kjemoterapi, av voksne med NSCLC med høy risiko for tilbakefall der tumor har PD-L1-ekspressjon i \geq 50 % av tumorcellene og som ikke har EGFR-mutant eller ALK-positiv NSCLC.

Avansert NSCLC: I kombinasjon med bevacizumab, paklitaksel og karboplatin til førstelinjebehandling av voksne med metastatisk ikke-plateepitel NSCLC. Ved EGFR-mutant eller ALK-positiv NSCLC er Tecentriq, i kombinasjon med bevacizumab, paklitaksel og karboplatin, kun indisert etter at egnede målrettede behandlinger har mislyktes. I kombinasjon med nab-paklitaksel og karboplatin til førstelinjebehandling av voksne med metastatisk ikke-plateepitel NSCLC som ikke har EGFR-mutant eller ALK-positiv NSCLC. Som monoterapi til førstelinjebehandling av voksne med metastatisk NSCLC med tumorer som har PD-L1-ekspressjon i \geq 50 % TC eller i \geq 10 % tumorfiltrerende immunceller (IC) og som ikke har EGFR-mutant eller ALK-positiv NSCLC. Som monoterapi til førstelinjebehandling av voksne med avansert NSCLC som er uegnet for platinabasert behandling. Som monoterapi til behandling av voksne med lokalavansert eller metastatisk NSCLC etter tidligere kjemoterapi. Pasienter med EGFR-mutant eller ALK-positiv NSCLC bør også ha mottatt målrettede behandlinger før de mottar Tecentriq.

Småcellet lungekreft (SCLC): I kombinasjon med karboplatin og etoposid til førstelinjebehandling av voksne med utbredt småcellet lungekreft (ES-SCLC).

Hepatocellulært karsinom (HCC): I kombinasjon med bevacizumab til behandling av voksne med inoperabel eller inoperabel HCC som ikke tidligere har fått systemisk behandling.

Urotelialt karsinom (UC): Som monoterapi til behandling av voksne med lokal-avansert eller metastatisk UC etter tidligere platinaholdig kjemoterapi, eller som ikke anses som egnet for cisplatin, og hvor tumor har et PD-L1-ekspressjon \geq 5 %.

Trippel-negativ brystkreft (TNBC): I kombinasjon med nab-paklitaksel til behandling av voksne med inoperabel lokalavansert eller metastatisk TNBC som har tumorer med PD-L1-ekspressjon \geq 1 %, og som ikke tidligere er behandlet med kjemoterapi for metastatisk sykdom.

DOSERING OG ADMINISTRERING:

Anbefalt dose er 1875 mg hver 3. uke. Gis s.c. i låret over ca. 7 minutter.

*TECENTRIQ skal initieres og overvåkes av lege med erfaring innen kreftbehandling.

FORSIKTIGHETSREGLER:

Immunmedierte bivirkninger: Kan påvirke flere kroppssystem. Pasienten bør overvåkes for pneumonitt, hepatitt, kolitt, endokrinopati, meningitt/encefalitt, motorisk og sensorisk nevropati, myeliitt, akutt pankreatitt, myokarditt, endringer i nyrefunksjon, myositt, perikardiale sykdommer, hemofagocytisk lymfohistiocytose, SCARs og andre immunmedierte bivirkninger. ASAT, ALAT, bilirubin og tyreoidfunksjon bør overvåkes. **Infusjonsrelaterte reaksjoner:** Grad 1/2: Redusert injeksjonshastighet eller pause. Grad 3/4: Permanent seponering.

BIVIRKNINGER:

Monoterapi: De vanligste bivirkningene (> 10 %) er fatigue, nedsatt appetitt, utslett, kvalme, diaré, pyreksi, hoste, artralgi, dyspné, kløe, asteni, ryggmerter, oppkast, urinveisinfeksjon og hodepine.

Kombinasjonsterapi: De vanligste bivirkningene (\geq 20 %) er anemi, nøytropeni, kvalme, fatigue, alopeci, utslett, diaré, trombocytopeni, forstoppelse, nedsatt appetitt og perifer nevropati.

Se SPC for fullstendig informasjon om dosering, forsiktighetsregler og bivirkninger.

PAKNING, PRIS OG REFUSJON:

Injeksjonsvæske, oppløsning 1875 mg: 15 ml (hettegl.) kr 52 886,80. Subkutan formulering av atezolizumab (TECENTRIQ) innføres til bruk ved alle indikasjoner der atezolizumab er besluttet innført for intravenøs behandling.⁶ Reseptgruppe C.

REFERANSER:

- <https://www.sykehusinnkjop.no/avtaler-legemidler/onkologi/>
- TECENTRIQ SPC avsnitt 4.1, 4.2, 4.4 og 4.8, datert 16.06.2025.
- McCloskey C, Ortega MT, Nair S, et al. A Systematic Review of Time and Resource Use Costs of Subcutaneous Versus Intravenous Administration of Oncology Biologics in a Hospital Setting. *Pharmacoecon Open*. 2023;7:3-36.
- Bittner B, Richter W, Schmidt J et al. Subcutaneous Administration of Biotherapeutics: An Overview of Current Challenges and Opportunities. *BioDrugs* 2018;32(5):425-440.
- Burotto M, Zvirbulis Z, Alvarez R, et al. Brief Report: Updated Data From IMscin001 Part 2, a Randomized Phase III Study of Subcutaneous Versus Intravenous Atezolizumab in Patients With Locally Advanced or Metastatic NSCLC. *Journal of Thoracic Oncology* 2024; Vol. 19 No. 10: 1460-1466.
- https://www.nyemetoder.no/metoder/id2023_105/

The Pitt på norsk

Den Emmy-vinnende TV-serien *The Pitt* skildrer hektiske timer på et amerikansk akuttmottak. Men hvordan ville det sett ut dersom serien var blitt laget i Norge?

Dette er et skråblikk, skrevet av Anders B. Martinsen. Handlingene kunne ha funnet sted i et akuttmottak i Norge i 2025. Etter ønske fra de overlevende er navnene endret.

Av respekt for de døde er resten fortalt nøyaktig slik det hendte. (Fritt etter Fargo, 1996)

TV-serien *The Pitt* (2025) gir et interessant innblikk i et fiktivt amerikansk akuttmottak med traumesenter. Handlingen følger et team *emergency medicine*-leger og akuttstyepleiere gjennom et femten timers skift, hvor hver episode utgjør omtrent én time av vekten. Akuttmottaket er underfinansiert og underbetjent, og de ansatte er overarbeidet. De hjelper pasienter og hverandre, mens de kjemper mot sine indre demoner. Serien er full av referanser som alle med erfaring fra akuttmottak vil nikke gjenkjennende til. I tillegg til psykososiale aspekter ved arbeidet, setter serien søkelys på pasientmøter, klinisk undersøkelse, behandling, supervisjon, veiledning og tverrfaglig samarbeid.

Dersom et norsk produksjonsselskap skulle laget noe tilsvarende fra et norsk akuttmottak, er jeg redd tempoet ville blitt lavere. Vi ville sett en rekke leger som sitter med ryggen til kameraet, med ansiktet mot en dataskjerm. De kjenner på mange av de samme følelsene som sine amerikanske kolleger. Våre norske kollegaer kjemper også for å holde seg flytende, men bruker tiden sin ganske annerledes: Der man i den amerikanske serien ser leger haste fra én kritisk syk pasient til den neste, er de norske legene travelt opptatt med å overføre informasjon fra forskjellige papirer og ulike deler av den elektroniske pasientjournalen inn i *mal* for inntakstjournal.

Manuset kunne kanskje vært skrevet av Atle Antonsen og Ole Endresen, kjent fra TV-serien *Etaten* (2006). Her er noen smakebiter fra handlingen i serien, som kunne fått navnet *Sitt*:

Episode 1:

Natten har vært travel. Sykehuset er fullt og akuttmottaket har uplasserte pasienter, såkalte overliggere. Dr. Johansen (LIS2) går til Berit (85), som har fast plass på sykehjem på grunn av demens, og som i tillegg er bærer av ESBL. Etter et fall sent i går kveld ble hun sløv og kastet opp, og hun ble lagt inn av sykebesøkslege med spørsmål om subduralt hematom. Nattevaktene har gjort alle nødvendige undersøkelser, og alt er sirlig nedfelt i en lang inntakstjournal. Det er heldigvis ingen blødning på CT caput, og legen vurderer at pasienten kan returneres.

Tilsynslegen på sykehjemmet er enig. Så begynner arbeidet med epikrisen. Først har dr. Johansen litt problemer med å finne riktig diagnosekode for oppholdet, så

prøver hun å fylle ut personskaeskjemaet som popper opp fordi hun har satt en skadediagnose. Deretter kan hun endelig opprette en *epikrise* i journalsystemet, men hun bruker lang tid på å finne adresse til mottaker fordi søkefunksjonen ikke er spesielt tilgivende. Hun husker til slutt at det må skrives *legetjeneste ved sykehjem*, og dokumentasjonsarbeidet kan starte. Seerne tror nå saken er løst, men når dokumentet skal skrives ut for å sendes med pasienten blir det problemer med *sikker print*. Sykepleier bestiller ambulansetransport.

Der man i den amerikanske serien ser leger haste fra én kritisk syk pasient til den neste, er de norske legene travelt opptatt med å overføre informasjon fra forskjellige papirer og ulike deler av den elektroniske pasientjournalen inn i *mal* for inntakstjournal

Episode 2:

Lise (67) er overflyttet fra at annet sykehus for å få utført en prosedyre. Det ligger en plan i journalen fra mottakende avdeling, og avsender har sendt både en elektronisk epikrise og en tykk konvolutt med diverse journaldokumenter. Alt er altså allerede journalført, men siden pasienten nå en gang er kommet til akuttmottaket, må hun gjennom triage og blodprøvetaking før dr. Johansen kan starte arbeidet med å opprette en ny inntakstjournal. Hun merker at pasienten har fått en snikende følelse av å ha rykket tilbake til start. Etter en kort prat og en rask undersøkelse dikterer hun det meste ordrett fra den oversendte epikrisen. Hun legger vitalia fra det elektroniske kurvesystemet inn det elektroniske journalsystemet, og legger medikamenter inn i det elektroniske kurvesystemet basert på medikamentlisten i den oversendte epikrisen. Avsender har glemt å sende med kopi av medikamentkurven, så det er helt i det blå om pasienten fikk medisiner før avreise. Helsesekretær tar kontakt med avsender. Snart kommer det lyder fra faksen, og legen vår kjenner på presset når mottakende avdeling lurer på hvor pasienten blir av.

Episode 3:

Dr. Johansen får en vond smak i munnen når hun går inn til neste pasient. For er det ikke noe kjent med fru Hansen (92)? Ligner hun ikke litt på den eldre kvinnen hun hadde ansvar for i akuttmottaket dagen før? Hun som var henvist fra legevakten med spørsmål om nyrebekkenbetennelse, men som ble sendt videre til et kommunalt akuttilbud fordi det var fullt på alle sengepostene? Riktignok hadde fru Hansen vært marginalt fungerende over tid, og vel hadde pårørende søkt om permanent

Legelivet

Personlige tekster om livet som lege



sykehjemsplass, men med hjemmesykepleie seks ganger daglig hadde det jo fungert på et vis. Etter mange timer i et fullt akuttmottak, ambulansetransport og nytt journalopptak på det kommunale akuttilbudet, utviklet pasienten delirium i natt og ble deretter sendt tilbake til akuttmottaket med ambulanse. Dr. Johansen finner ikke noe nytt, selvplagierer det aller meste fra gårsdagens notat inn i en ny innkomstjournal og ber plassansvarlig om å finne et enerom på en sengepost for skjerming. Innerst inne vet hun at pasienten vil bli liggende i akuttmottaket til over vaktskiftet, og at det neppe vil bedre situasjonen.

Episode 4:

Berit (85) fra episode 1 er ikke lenger sløv. Hun er oppe av sengen og gir tydelig uttrykk for at hun ikke er fornøyd.

Episode 5:

Dr. Johansen går til Terje (92), som legges inn med akutt funksjonssvikt. I den lange papirrullen som paramedisineren har lagt igjen, står det at pasienten har blitt funnet på gulvet av hjemmesykepleien i formiddag. Legen vet at det forventes en komplett innkomstjournal som er så bra at kollegaen på sengepost neste dag kan klippe ut det meste og lime det inn i et *førstedagsnotat*, som så kan kopieres inn i *epikrisen* når den tid kommer. Pasienten er forvirret, og anamneseopptaket er krevende, men det kliniske bildet er for så vidt interessant. Det avdekkes akutt sykdom innen tre ulike fagområder, og det er uklart hva som er mest aktuelt. Dr. Johansen begynner å ane at det kan bli vanskelig å få overført pasienten til sengepost. Kanskje en journalgjennomgang kan hjelpe? Det viser seg at Terje har en omfattende journal som strekker seg over en periode på 15 år. Etter å ha slått opp i *kjernejournalen*, finner hun også ut at pasienten har vært innlagt flere ganger på et annet sykehus i nærheten, der det ikke er lesetilgang. →

Handlingen tilspisser seg når det kommer for en dag at det er forskjellige opplysninger i flere innkomstjournaler og epikriser, og at mange notater viser seg å være basert på klipp og lim. Klimaks oppstår når det blir klart at det ikke er mulig å gjennomføre legemiddelsamstemming fordi det er forskjellige opplysninger i kjernejournalen, medbragt multidose og PLO-meldinger fra hjemmesykepleien. Det blir en lang økt foran datamaskinen.

Episode 6:

Seerne har fått en gryende mistanke om at det er lettere å bestille et hotellrom i Kuala Lumpur enn å finne ut hvor det er ledige senger på sykehuset. Vi blir derfor med plassansvarlig på en fysisk runde på jakt etter ledige senger. Det gir resultater. Fru Hansen (92) fra episode 3 får låneplass ved en annen klinikk, mot at dr. Johansen lover å ikke plage plassansvarlig med flere unødvendige forespørsler resten av vakt.

Episode 7:

Berit (85) blir hentet av ambulanse og kjørt tilbake til sykehjemmet. Idet hun drar ser dr. Johansen at papirene som skulle vært sendt med pasienten, ligger igjen på undersøkelsesrommet.

Episode 8:

Dr. Johansen går til Tor (54), som har fått infeksjon i et skrubbsår på kneet. Ved klinisk undersøkelse er det diffus rødme i huden rundt såret, og ved fokusert ultralyd sees et tydelig brosteinsmønster uten tegn til abscess. Blodkulturer blir tatt i en fei, og sykepleieren legger venekanyler og tar en venøs blodgass før det blir startet opp med væske. «Pasienten har cellulitt med sepsis», sier legen selvsikkert til teamet. Etter rens med saltvann sikrer hun en prøve fra kneet på Stuarts medium, men nå begynner problemene. Datamaskinen vil ikke samarbeide med etikettskriveren. Etter flere forsøk må hun gi opp og skrive henvisningen til mikrobiologen på papir. Det er åpenbart at pasienten trenger antibiotika, men er det trygt å gi penicillin? Ikonet for *Kritisk informasjon* lyser rødt, men kortleseren på tastaturet virker ikke. Hun går tilbake til vaktrommet, logger seg inn i det

elektroniske journalsystemet på nytt og deretter inn i kjernejournalen. Hun husker ikke helt hvilken av de fem ulike elektroniske ID-ene hun skal velge, og gjør to mislykkede forsøk før hun husker at hun må velge *reserveløsning*. Endelig kan hun slå inn PIN-koden til kortet og får tilgang. Det viser seg at pasienten har en mulig penicillinallergi, men det er ikke mulig å finne noe dokument som lenker til denne opplysningen. Tor (54) husker ikke. Etter ytterligere forsinkelse får hun lagt inn et tredjegenerasjons kefalosporin i det elektroniske kurvesystemet, og behandlingen kan starte.

Legen vår puster dypt tre ganger før hun tar seg tid til å logge seg inn i kompetanseportalen

Episode 9:

Dr. Johansen har vært i kontakt med tre forskjellige bakvakter, som alle mener at pasienten vil ha det bedre på en annen avdeling. Hun gir til slutt opp å plassere Terje (92) på sykehuset, og overfører ham i stedet til et kommunalt akutttilbud for *smertelindring*.

Episode 10:

Neste pasient er Trine (27), som er tidligere frisk uten bruk av faste medikamenter. Hun har ett døgn sykehistorie med inspiratoriske brystsmerter, farget ekspektorat, feber og redusert allmentilstand. Det er knatrelyder over nedre del av venstre lunge, og ved fokusert ultralyd av venstre underlapp er det fortykket og uregelmessig pleura, og lungevevet fremstår konsolidert. Øvrige lungeavsnitt er upåfallende, og høyre ventrikkle er slank. Det er altså klare tegn på lobær pneumoni. Hun informerer pasienten om vurderingen og legger inn penicillin, Ringer-acetat og smertestillende i det elektroniske kurvearket. Deretter reflekterer hun litt sammen med tredjeårsstudenten som var med på undersøkelsen. Plasseringsansvarlig sykepleier finner en ledig plass på rett avdeling, og overlegen på mottakende avdeling takker for fin rapport. Nå er det bare dokumentasjonen igjen. Det finnes ingen dokumenter i journalen. Hun smiler og tenker på en skitur hun var på sist vinter, rett etter et stort snøfall, alt var så rent og uberørt. Så skriver hun

dagens raskeste innkomstjournal, gir sykepleieren en *high five* og husker igjen hvorfor hun elsker jobben sin.

Episode 11:

Fru Hansen (92) får plass på sengepost. Dr. Johansen får kritikk av bakvakten, som mener at pasienten heller burde vært håndtert av kommunen. Legen vår puster dypt tre ganger før hun tar seg tid til å logge seg inn i kompetanseportalen og sender læringsmålet *Skrøpelige eldre – riktig behandlingsnivå ved akutte tilstander* (FIM 134) til veilederen sin.

Episode 12:

Det er planlagt nedetid i kliniske IT-systemer i to timer, og det innføres manuelle rutiner. Heldigvis er det sent på kvelden, og akuttmottaket er i ferd med å tømmes. Dr. Johansen finner frem en kulepenn. Vi får en annerledes og litt retro episode. Hun rekker til og med å sette seg ned og spise litt, og blir gjennom et eldgammelt eksemplar av Tidsskriftet. Til sin overraskelse kjenner hun seg igjen i en artikkel hun leser, selv om den ble publisert før hun begynte på medisinstudiet (1).

Episode 13:

Dr. Johansen går forbi en TV-skjerm som viser Helsetalen 2025. Helseministeren snakker engasjert om digitalisering: «Og nå går det fort fram. En del ting som var science fiction for noen år siden, er i dag virkelighet.» Mer av talen får hun ikke med seg, for callingen piper, og hun må gå til en fasttelefon så hun kan finne ut hva det gjelder. Snakk om *cliffhanger!* Det ligger i kortene at det må bli en sesong 2. ■

Anders B. Martinsen

andersbmartin@gmail.com

Anders B. Martinsen er spesialist i akutt- og mottaksmedisin, i geriatri og i indremedisin. Han jobber som overlege i akuttmottaket på Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Litteratur

- 1 Lilleås E. Skråblikk fra et sykehusmottak. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 266–7.

Store variasjoner i LIS-veiledning

LIS-leger opplever veiledning som nyttig når den er godt organisert og integrert i den kliniske hverdagen. Manglende struktur og prioritering gjør derimot at mange står uten nødvendig støtte.

Veiledning er en sentral del av legeutdanningen (1). Den skal støtte den profesjonelle og personlige utviklingen under spesialiseringen, og gi rom for råd, refleksjon, evaluering og diskusjon om videre læringsbehov for den enkelte LIS-legen. I den nye kompetansebaserte ordningen, som ble gradvis innført fra 2017 til 2019, er betydningen av veiledning ytterligere vektlagt.

I en kvalitativ spørreundersøkelse med åpne spørsmål har vi undersøkt hvordan 98 LIS-leger innen medisin, kirurgi og anestesi opplevde veiledningen og hvilken verdi de mente den hadde (2).

Nesten alle LIS-legene hadde fått oppnevnt en veileder, men det var stor variasjon i hvor ofte de møttes – fra anbefalt månedlig frekvens til få eller ingen møter. Mange LIS-leger opplevde at det ofte ble deres ansvar å avtale møter, at avtalte møter ofte ble avlyst, og at de selv måtte finne nye møtetidspunkter.

Veiledning oppleves som nyttig for LIS-legene når den er godt integrert i den kliniske hverdagen

Resultatene viste en klar sammenheng mellom opplevd kvalitet på veiledningen og hvor godt den var organisatorisk tilrettelagt i avdelingene. LIS-legene som erfarte godt organisert, strukturert og regelmessig veiledning, opplevde den som nyttig. Veiledningen var individuelt tilpasset, med relevante tilbakemeldinger og hensiktsmessige punkter for oppfølging. Den fungerte også som en trygg arena for å ta opp mer personlige problemstillinger.

Andre opplevde veiledningen som mangelfull, både når det gjaldt organisering og innhold, og etterlyste tydeligere struktur og rutiner for veiledere og LIS-leger. De ønsket mer individuelt tilpassede tilbakemeldinger og mindre vekt på dokumentasjon av læringsmål.

Når LIS-legene opplevde at veiledningen gjentatte ganger ble avlyst eller ikke prioritert, søkte de alternative former for støtte. Noen ba om tilbakemeldinger fra

Fra LEFO

Artikler fra
Legeforsknings-
instituttet

andre overleger enn den oppnevnte veilederen, mens andre sikret seg mer supervisjon – instruksjon og tilbakemelding på kliniske prosedyrer fra en mer erfaren kollega i det daglige arbeidet. Når organisasjonen ikke prioriterte veiledning, ble LIS-legene og

veilederne alene om ansvaret for å gjennomføre møtene. Dette skapte også usikkerhet hos mange LIS-leger om veiledning faktisk var et nyttig verktøy i spesialistutdanningen.

Studien viser at veiledning oppleves som nyttig for LIS-legene når den er godt integrert i den kliniske hverdagen. Manglende organisering kan derimot gjøre at LIS-legene må bruke mye tid og krefter på å avtale og gjennomføre møter, eller finne alternative arenaer for tilbakemelding og refleksjon som erstatning for strukturert veiledning. Også veiledere har rapportert at mangel på organisatorisk støtte og tilrettelegging gjør veiledning vanskelig (3). Det er derfor viktig å undersøke hvordan veiledning best kan tilpasses ulike spesialiteter. ■

Karin Isaksson Rø

karin.ro@lefo.no

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

Monika Kvernenes

Monika Kvernenes er førsteamanuensis i medisinsk og helsefaglig pedagogikk og leder av Enhet for læring ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen.

Cecilie Normann Birkeli

Cecilie Normann Birkeli er forsker ved Legeforskningsinstituttet og ph.d.-kandidat ved Universitetet i Bergen.

Litteratur

- 1 Birkeli CN, Normand C, Rø KI et al. Educational supervision in internal medicine residency training - a scoping review. *BMC Med Educ* 2023; 23: 644.
- 2 Birkeli CN, Isaksson Rø K, Kvernenes M. Scheduled, cancelled, rescheduled: navigating educational supervision in residency training. *Int J Med Educ* 2025; 16: 128–37.
- 3 Birkeli CN, Isaksson Rø K, Rustad L et al. Educational supervisor's perceptions of their role in supporting residents' learning: a qualitative study. *Int J Med Educ* 2023; 14: 178–86.



Julie Didriksen

julie.didriksen@tidsskriftet.no

Behandling av brannsar og hudlidelser

Nr. 11/1921

Tidsskriftet har gjennom tidene vært en kilde til å holde seg oppdatert på forskning og nye behandlingsmetoder. Under følger en liten sak fra utgave 11/1921, som viser til en artikkel i Ugeskrift for Læger, om bruk av parafinmasse for å behandle sår og hudlidelser (Tidsskr Nor Lægeforen 1921; 41: 498). Det var under bokseropprøret i Kina (1899–1901) at den franske legen Edmond Barthe de Sandfort utviklet dette bruksområdet for parafinvoks. Noen år senere gjorde også blant annet første verdenskrig (1914–18) problemstillingen svært aktuell.

A. Kissmeyer: Forsøk med paraffinagtige stoffer i hudterapien («ambrine», «parasan»)

Under bokseropstanden i Kina i 1900 fant den franske læge Barthe de Sandfort paa at behandle brandsaar med en paraffinmasse og fik udmerkede resultater. Under krigen kom metoden, som omtrent var glemt, atter frem, og under navnet «ambrine» fremstilledes en paraffinblanding, som ved forbrændinger, f. eks. med flammekastere, gav hurtigt tilheling og smukke kosmetiske resultater. Allikevel blev behandlingen litet kjendt. Forf. fik litt av stoffet for et par aar siden og har anstillet forskjellige forsøk. Ambrine er en fast masse, som skal bestaa av paraffiner og gummiharpiks, og anvendes

saaledes, at den smeltede masse direkte pensles paa saaret, dækkes av et tyndt lag vat og fæstes med et gazebind. Skiftningen, som foretages hver dag, foregaar meget let, da det stivnede ambrine danner et glat lag, som ikke hænger fast i saaret. Epitelproliferingen viser sig allerede efter faa dager. Applikationen av den smeltede masse paa en blottet saarflate gir en intens varmefornemmelse eller smerte, som dog er ganske momentan og efterfølges av en behagelig ro i saaret. Ambrine er et arkanum, og forf. har nu faat fremstillet et dansk præparat, som han kalder parasan, og som bestaar av 1 del resina benzoe og 5 deler resina elastica electa paa 100 deler nøytrale paraffin med smeltepunkt 52°. Dette stof er sterilisert og kan før bruk smeltes ved opvarmning i 5 min.

Foruten ved forbrændinger og saaledes ogsaa Røntgenulcerationer har forf. set god nytte av metoden ved ulcera

cruris, ekzemer og dermatiter. Urene saar maa først renses ved lapis eller helst med 1 pro mille opl. eller salve av det saltsure trypaflavin, det saakaldte proflavin, som har vist sig fortrinlig. Særlig fremhæver forf. den nytte, han har havt av parasan ved ekzemerne, hvorav han har behandlet 23 og deriblandt flere gamle tilfælder, saaledes intertriginøse former og analekzem, som er bedret betydelig i 8–10 dager. Ogsaa ved prurigo har han ved udmerket resultat anvendt parasan, likesom han anbefaler det ved frostskaar og pernioles. Midlet har neppe i sig selv nogen aktiv virkning paa huden; men ved visse fysikalske egenskaper skaper det de bedst mulige betingelser for, at cellernes regenerative evne kan utnyttes og hudprocessen falde til ro. Den lægende og kløestillende virkning har i saa godt som alle tilfælder været fortrinlig. ■

(Ugeskr. f. Læger 1921, nr. 14)

Ni soldater fra Åttenasjonsalliansen, 1900. Fra venstre: Storbritannia, USA, Russland, Britisk India, Tyskland, Frankrike, Østerrike-Ungarn, Italia, Japan. Foto: Captain C.F. O'Keefe (d.1939), farget av Julius Jääskeläinen / CC BY 2.0



Hør de nyeste episodene av Tidsskriftets podkast

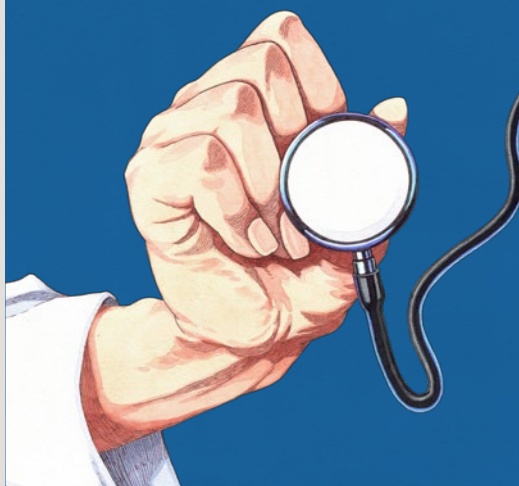
**Nytt liv
med nytt hjerte**

*Gjest:
Arne K. Andreassen*

**Hvem er fastlegens
sparringpartner?**

Gjest: Torunn Bjerve Eide

Stetoskopet



**Trumps angrep på
helse og forskning**

Gjest: Emma Lengle

**Hvordan bli trygg
i usikkerheten?**

Gjester:

*Idun Grimstad Skjærseth,
Andrea Hay Braa
og Knut Eirik Eliassen*

Hør også *Redaktørens hjørne* hver annen uke og bli oppdatert på ny forskning og aktuelle saker fra internasjonale medisinske tidsskrifter.

Stetoskopet finner du der du lytter til podkast, på tidsskriftet.no/podkast eller via QR-koden under.



Signe Holta Ringertz



Professor emerita, dr.med. Signe Holta Ringertz døde i sommer etter kort tids sykeleie, 81 år gammel.

Hun tok artium ved latinlinjen på Skien gymnas og ble cand.pharm. ved Universitetet i Oslo. Etter farmasi-studiet arbeidet hun ved Mikrobiologisk avdeling på Farmasøytisk institutt og ved Folkehelseinstituttet. Hun giftet seg med Olof Ringertz, sjeflege ved Karolinska sjukehuset, og flyttet til Stockholm. Hun ble cand.med. i 1981 og dr.med. i 1991 fra Karolinska, med antibiotika-resistens som tema.

Hennes mann var engasjert av Verdens helseorganisasjon, og under studiene deltok Signe sammen med Olof i hans arbeid i blant annet Egypt, India, Indonesia, Bangladesh og Etiopia, hvor de arbeidet med vaksiner mot kopper og med antibiotikaresistens.

I 1993 døde Olof, og i 1995 flyttet Signe hjem til Norge, hvor hun ble overlege ved Mikrobiologisk laboratorium på Aker universitetssykehus. Der gjorde hun en fremragende jobb som klinisk mikrobiolog. Hun var til stede på morgenmøtene til Medisinsk og Pediatrisk avdeling, der hun presenterte mikrobiologiske prøvesvar og ga veiledning i rasjonell antibiotikabruk. I løpet av kort tid veiledet Signe flere doktorander, og hun var en sentral bidragsyter i arbeidet med nasjonale retningslinjer for bruk av antibiotika.

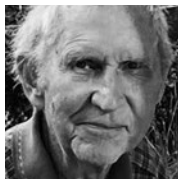
Signe fikk et professorat II i farmasøytisk mikrobiologi ved Universitetet i Tromsø, og hun underviste også farmasøytiker i latinsk fagspråk. I tillegg engasjerte hun seg i Norsk Farmasihistorisk Museum, med en spesiell interesse for medisinplantenes historie. Sammen med Berit Smestad Paulsen skrev Signe en bok om plante-medisin.

Signe var kunstnerisk begavet, historisk interessert og hadde et skarpt intellekt. Men det som først og fremst kjennetegnet henne, var hennes varme og humoristiske væremåte. Man var alltid glad etter å ha vært sammen med henne. Hun valgte å pensjonere seg relativt tidlig for å engasjere seg i fondsforvaltningen av familieselskapet etter H.H. Holta, omgås med venner og dyrke sine interesser.

Vi er mange som har mistet en stor gledesspreder. Våre tanker går til hennes nære venn Bjørn, hennes to bonussønner og øvrige familie. ■

Dag Berild, Mogens Jensenius, Ørjan Olsvik, Arnfinn Sundsfjord, Gunnar Skov Simonsen

Jan Ivar Pedersen



Professor dr.med. Jan Ivar Pedersen døde 25. juli 2025, 89 år gammel. Han var en raus og inspirerende kollega, en engasjert lærer og en pioner i ernæringsforskningen. Han vil bli husket for sin store kunnskap, sin ydmykhet og sitt livslange engasjement for faget.

Jan hadde en helt sentral rolle i utviklingen av ernæringsfaget i Norge, både som forsker, faglig premissleverandør og som lærer ved Universitetet i Oslo. Han tok medisinsk embetseksamen i 1962, ble ansatt ved Avdeling for ernæringsforskning i 1964, tok doktorgrad i 1973 og ble professor i ernæringsvitenskap i 1984. Han ledet avdelingen i flere perioder og var en av dem som bygget opp utdanningen fra de tidlige kursene på 1960-tallet til dagens masterprogram i klinisk ernæring.

Gjennom hele sitt virke arbeidet Jan med fettets betydning for helse og sykdom. Han var tidlig ute med å peke på helserisikoen ved transfett. På et tidspunkt da dette fikk liten oppmerksomhet internasjonalt, dokumenterte han hvordan transfett påvirket blodlipider og økte risikoen for hjerte- og karsykdom. Gjennom forskning og tett samarbeid med matvareindustrien bidro han til at transfett ble fjernet fra norsk margarinproduksjon. Dette pionerarbeidet har hatt stor betydning for folkehelsen og står som et eksempel på hvordan vitenskapelig kunnskap kan lede til konkrete forbedringer i kostholdet. Et annet sentralt interessefelt var vitamin D og kalsium, der han belyste betydningen for benhelse og folkehelsen generelt.

Jan forsket også bredt på mettett fett, kolesterol og deres rolle i utviklingen av hjerte- og karsykdom. Med sin store faglige tyngde bidro han til å forme både den vitenskapelige debatten og de offentlige kostrådene. Som medlem av Statens ernæringsråd satte han varige spor i arbeidet med anbefalinger for inntak av næringsstoffer og var sentral i utarbeidningen av de nordiske næringsmiddelbefalingene. Han var også medlem av Det Norske Videnskaps-Akademi.

Jan var en inspirerende lærer og en utrettelig formidler. Han hadde et skarpt intellekt, en imponerende faglig oversikt og en usedvanlig evne til å engasjere både studenter og kolleger. Selv som pensjonist fortsatte han å undervise og forske helt til de siste årene. Innsatsen ble anerkjent gjennom utnevning til ridder av 1. klasse av St. Olavs Orden.

Vi minnes Jan som en ydmyk, raus og kunnskapsrik kollega, alltid villig til å dele og til å støtte andre. Hans livsverk har satt dype spor i norsk ernæringsvitenskap. Våre tanker går til Turid og familien, som betydde så mye for ham. ■

Dag Steinar Thelle, Rune Blomhoff, Christine Henriksen, Kirsten Holven, Kjetil Retterstøl, Stine Ulven

Oddbjørn Hauge



Oddbjørn døde 5. juli 2025 etter lengre tids sjukdom.

Han vart fødd i Malmefjorden 1. oktober 1945. Han bestemte seg tidleg for å bli lege og overlét farsgarden til ein yngre bror. Utdanning fekk han i Göttingen, der han også møtte Tove, som seinare utdanna seg til nevrolog. Oddbjørn tenkte først å bli kirurg, men bestemte seg for radiologi. Det var nevreradiologi som lokka mest, inspirert av mellom anna Johannes Digranes, som hadde starta opp med carotisangiografi og luftencefalografi ved Molde sjukehus så tidleg som i 1960. Etter nokre år som assistentlege i Molde, vart det knapt fire år ved Ullevål sjukehus (1978–82), hovudsakleg nevro-radiologisk seksjon. Der fekk han ære for utviklinga av ein teknikk for epidurografi, og han publiserte fleire vitenskapelige artiklar om spinale tilstandar.

I 1983 flytta han og Tove med deira tre gutar tilbake til Molde, og her vart han tilsett som avdelingsoverlege/avdelingssjef ved Molde sjukehus, ei stilling han hadde i 32 år fram til han gjekk av med pensjon i 2015. Oppfølging av doktorgradsarbeid vart det for lite tid til i ein travel kvardag som leiar og som radiolog i vakt.

I hans tid som avdelingssjef vart nye modalitetar innført: ultralyd, CT og MR. Alt nytt utstyr kravde ombygging og påbygging av sjukehuset. Det var som regel krevjande og langvarig saksgang. Her kom Oddbjørn sitt pågangsmot, optimisme og store tolmod godt med. Hans innsats, også i periodar som leiar for legerådet og som sjeflege ved sjukehuset, gjorde at både avdelinga og andre fagområde kunne utvikle seg. Særleg god var samhandlinga med nevrologisk avdeling, der Tove var avdelingssjef.

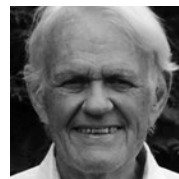
Rundt tusenårsskiftet var han ei sterk drivkraft bak innføringa av eit felles digitalt røntgensystem i Midt-Noreg. Det vart eit stor framsteg for radiologien i landsdelen.

Som leiar og radiolog var han med å skape ei haldning om å gjere kvarandre gode og utfylle kvarandre. Han stilte alltid opp med hjelp ved vanskelege prosedyrar, han var ein god læremeister, og han sa sjeldan nei til bytte av vakter. Mange har starta sin karriere som radiolog ved denne avdelinga, som etter 1996 også inkluderte Kristiansund sjukehus.

Det er med sorg vi har kjent til at Oddbjørn var mykje sjuk dei siste åra av si pensjonstid, han som aldri var borte frå arbeidet. Våre tankar går til Tove og familien. Vi som fekk arbeide i lag med Oddbjørn minnes han med stor glede. Fred over hans minne! ■

Odd Arne Haram, Gunnar Størset

Petter Skjalg Hagemo



Vår tidlige kollega Petter Skjalg Hagemo døde av kreftsykdom 24.8.2025, 81 år gammel.

Petter Hagemo ble i 1986 ansatt som den tredje legen ved Barnehjerteseksjonen, Rikshospitalet, etter å ha vært et tiår i Nordland. Siden har han vært en bærebjelke i omsorgen av hjertesyke barn helt frem til sin pensjonering i 2016. Petter var en drivende kraft i fagutviklingen og var med på å etablere bruken av fosterdiagnostikk og peroperativ ekkokardiografi. Petter organiserte omsorgen for pasientgrupper som hjertetransplanterte barn og barn med hjertesykdom utløst av cellegift. Særlig viktig var Petters bidrag til innføringen av behandling av barn med hypoplastisk venstre hjerte-syndrom.

Petter var en systematiker. Fagmiljøet har i alle år vært avhengig av barnehjerteregisteret «Berte», som han konstruerte rundt 1990 og som har unike egenskaper. Registeret var først og fremst utviklet som et praktisk verktøy i hverdagen for å trygge behandling og oppfølging av alle hjertesyke barn i Norge, men har også ligget til grunn for over 40 vitenskapelige publikasjoner. Det er nesten ikke til å tro, men «Berte» har gjennom alle år blitt revidert bare to ganger. Det forteller mye om kvaliteten i Petters arbeid og hans sans for det praktiske.

Han var en genuin barnelege og en komplett barnekardiolog, men det er flere sider av hans personlighet vi vil minnes. Hans smittende entusiasme kunne løfte den tyngste av dager. Vi hadde stor glede av hans humor og språksans, som ofte utløste morsomme diskusjoner og latter i fellesskapet. Petter var svært musikalsk og var mangeårig korleder ved Barneklubben. Hans evne som tekstforfatter var minst like imponerende, og Petter skrev utallige sanger til fester og merkedager. Mesterverket var en fire siders «avis» med rubrikker, spalter og bilder om Barneklubben til 100-årsjubileet. Avisen var flott nok i seg selv, men det viste seg at hvert eneste ord var del av tekster som kunne synges ordrett!

Vi har varme og gode minner om Petter som fagmann og venn og takker for alle hverdager han har gitt en gullkant. Verden hadde sett annerledes ut dersom flere hadde hatt hans vennlighet, kollegialitet og gode humor! Det er godt å vite at Petter hadde et utstrakt nettverk rundt seg inn i det siste, og våre tanker går til hans familie. ■

Henrik Holmstrøm, Gaute Døhlen, Erik Thaulow

Ph.d.-disputaser

Karen Eline Stensby Bains

The effect of maternal use of snus in pregnancy on infant lung function.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 16.9.2025.

Bedømmelseskomité: Eliot Spindel, Oregon Health & Science University, USA, Cecilie Svanes, Universitetet i Bergen og Lars Fjellbirkeland, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Karin C. Lødrup Carlsen og Håvard O. Skjerven.

Elisabeth Gjefsen

Chronic low back pain; Modic changes and inflammation.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 16.9.2025.

Bedømmelseskomité: George Peat, Sheffield Hallam University, Storbritannia, Mari Hoff, NTNU og Angelika Sorteberg, Universitetet i Oslo.

Veiledere: John-Anker Zwart, Kjersti Storheim og Guro Goll.

Konstantin Hrisimirov Kostov

Tailoring Vagus Nerve Stimulation: The Role of Patient Selection and Parameter Optimization in a Long-Term Nationwide Norwegian Cohort Study.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 11.9.2025.

Bedømmelseskomité: Riëm El Tahry, Université Catholique de Louvain, Belgia, Christian Samsonsen, NTNU og Bjørnar Hassel, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Morten Ingvar Lossius og Jukka Peltola.

Christin Julia Meltzer-Gunnes

Trends in vulvar squamous cell carcinoma in Norway: Epidemiological shifts, HPV association, and survivorship challenges.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Bedømmelseskomité: Christer Borgfeldt, Linköping Universitet, Sverige, Tine Henrichsen-Schnack, Syddansk Universitet, Danmark og Ane Gerda Zahl Eriksson, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Ingvild Vistad, Agnes Kathrine Lie og Anne Eskild.

Tormod Rebnord

Management and perinatal outcomes among HIV-positive pregnant women In Northern Tanzania.

Utgår fra Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.

Bedømmelseskomité: Andrea Pembe, Muhimbili University of Health and Allied Sciences, Tanzania, Anna Mia Ekström, Karolinska Institutet, Sverige og Cecilie Svanes, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Anne Kjersti Daltveit, Rolv Terje Lie, Ingvild Sandøy og Blandina Theophil Mmbaga.

Mari Landås Warp

Reproductive health and capability across two generations. A study of mothers and daughters in the Norwegian Mother, Father and Child Cohort Study.

Utgår fra Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen.

Bedømmelseskomité: Antti Perheentupa, Turku University Hospital, Finland, Anne Hammer Lauridsen, Aarhus Universitet, Danmark og Jone Trovik, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Siri Eldevik Håberg, Nils-Halvdan Morken og Hege Kersten.


Elin Kismul Aakre

Navigating the Knife Edge: Emergency Abdominal Surgery in the Very Old. Balancing Between Benefit and Futility.

Utgår fra Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen. Disputas 5.9.2025.

Bedømmelseskomité: Jugdeep Dhesi, King's College, Storbritannia, Nicolai Bang Foss, Københavns Universitet, Danmark og Rune Oskar Bjørneklett, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Ib Jammer, Atle Ulvik, Hans Flaatten og Anette Hysten Ranhoff.



Vi har fått oss hund.

Det er en vegansk mynde.

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



Redaktørstyrte
medier

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



BERGEN
KOMMUNE

Ledig fastlegehjemmel i Bergen ved Sandviken Legesenter DA

For fullstendig utlysning se www.legejobber.no eller www.bergen.kommune.no/jobb

Søknadsfrist: 19.10.2025

Legejobber.no



BERGEN
KOMMUNE

Ledig fastlegehjemmel ved Nesttun legekantor - Fana bydel

For fullstendig utlysning se www.legejobber.no eller www.bergen.kommune.no/jobb

Søknadsfrist: 26.10.2025

Legejobber.no



BERGEN
KOMMUNE

Ledig fastlegehjemmel ved Senterlegene, Åsane bydel

For fullstendig utlysning se www.legejobber.no eller www.bergen.kommune.no/jobb

Søknadsfrist: 26.10.2025

Legejobber.no

Bryst- og endokrinkirurgi

- Trygghet når du trenger det mest Sørlandet sykehus er Agders største kompetansebedrift, med over 7000 ansatte fordelt på ulike lokasjoner. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenester innen fysisk og psykisk helse og avhengighetsbehandling. I tillegg utdanner vi helsepersonell, forsker og underviser pasienter og pårørende. Les mer om oss på www.sshf.no og følg oss på Facebook.



Overlege - bryst/endokrinkirurgi

Kirurgisk avdeling, Kristiansand

Avdelingen har ledig 100 % overlegestilling da en av våre leger har gått av med pensjon. LIS med kort tid igjen av spesialiseringen er også velkommen til å søke. Bryst/endokrin kirurgisk seksjon er lokalisert med poliklinikker og operasjonsstuer i Kristiansand. Det er ikke vaktordning i denne seksjonen. Som overlege får du en nøkkelrolle i pasientbehandlingen innen bryst/endokrinkirurgi. Du vil være ansvarlig for diagnostisering, behandling og oppfølging av pasienter i et tverrfaglig miljø. Dette for å sikre helsetjenester av høy kvalitet. Vi tilbyr et profesjonelt arbeidsmiljø med fokus på faglig utvikling, samarbeid og kontinuerlig kompetanseheving.



Kontakt gjerne avdelingssjef Tone Kristin Hansen, tlf. 91107734.

For mer informasjon, se: <https://sshf.no/om-oss/jobb-hos-oss>

Søknadsfrist: 29.10.2025

Webcruiter id: 5006922510

Legejobber

Fastlege med samfunnsmedisinsk bistilling i Rogaland

I Eigersund kommune, "sørlandsbyen på Vestlandet", vil du få mulighet til å kombinere pasientnært fastlegearbeid med kommunale oppgaver innen samfunnsmedisin. Stillingen gir deg både stor faglig bredde som allmennlege og en sentral rolle i å utvikle kommunens helse-tjenester på systemnivå.

Ta gjerne kontakt med rekrutteringsrådgiver Kari Madeleine Gihle på telefon 904 05 666 for en uforpliktende prat.

Se fullstendig stillingsannonse på Legejobber.no

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.**

Diverse annonser

Har du barn/ungdom med *eksem, astma* eller *allergi*? Da kan Geilomo barne- og ungdomshabilitering være stedet for dem!



Tett oppfølging: Et opphold på Geilomo er fire-fem uker, og inkluderer tilbud om skolegang på Geilomo skole. Egne leger, sykepleiere, fysioterapeuter, idrettspedagoger, kokk og ernæringsfysiolog bidrar til god oppfølging under oppholdet. Geilomo er et gruppetilbud hvor mestringsopplevelser i fysisk aktivitet og møte andre er virkemiddelet i habiliteringen.

Foresatte: Barn har rett til å ha følge av en foresatt under oppholdet. Det gis opplæringspenger, som kompensasjon for tapt arbeidsinntekt, ved deltakelse i undervisnings, aktivitet og veiledning.

Hvem kan søke om opphold på Geilomo? Behandlingstilbudet på Geilomo er landsdekkende, og gjelder barn i alderen 6-16 år (1.-10.kl) med astma, allergi, eksem, medfødt hjerte-feil og nyre-/levertransplantert.

Hvordan henvise? Fastleger, barneavdelinger og privatpraktiserende spesialister kan henvise, og henvisningen sendes til Barneavdeling for allergi og lungesykdommer på Oslo Universitetssykehus. **Se Geilomo.no**

Kurs og møter



Vil du møte tidligere studiekamerater eller fremtidens leger?

Medisinerforeningen Placebo i Trondheim fyller 50 år i 2026 og inviterer alle tidligere legestudenter til jubileumsball!



Hva: Jubileumsball

Hvor: Trondheim, Clarion hotell Brattørkaia

Når: 24. januar 2026

Hvordan delta: send mail til mfplacebo.jubcom@gmail.com for ytterligere informasjon og påmelding

Ledige stipender, legater, fond



**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.

Skrøpelige eldre - Praktiske verktøy for en kompleks fastlegehverdag

Velkommen til Norges mest familievennlige kurs! Buskerud legeforening inviterer til kurs på Vestlia resort den 6. og 7. februar 2026. Geriatri utgjør en stadig større del av fastlegehverdagen. Flere pasienter lever lenger med sammensatte behov og vi står ofte alene i krevende vurderinger – både medisinsk og menneskelig. Dette kurset gir deg praktiske verktøy og faglig trygghet i møte med den skrøpelige geriatriske pasienten.

Kurset kombinerer fag og fjell i hyggelige rammer, og er lagt opp med god tid til refleksjon, kollegialt fellesskap – og ikke minst: familieliv. Ta med deg familien og nyt skiturer, fellesmåltider og fjellro mellom bolkene.

Du finner mer informasjon i kurskatalogen på Legeforeningen.no. Kurs-ID. 36924

**Ønsker du
oppmerksomhet om
forskningen din?**

- 1 Vitenskapelige artikler i Tidsskriftet når ut til Legeforeningens 41 000 medlemmer.
- 2 Gjennom Tidsskriftets nyhetsbrev, sosiale medier, podkaster og pressemeldinger når de også nyhetsmedier og lesere landet rundt.
- 3 Sitat: Fornøyd forfatter

«Vi valgte Tidsskriftet fordi vi ønsket å presentere funnene våre for norske leger (1) – ikke bare for spesielt interesserte forskere» (2,3)

Send inn manus via
forfatterveiledningen
på tidsskriftet.no.



Tidsskriftet 

**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)

Når politikk og fag trekker sammen



Anne-Karin Rime
President

AK Rime

Høsten 2025 markerer et nytt kapittel, både i norsk politikk og i Legeforeningen. Stortingsvalget ga fortsatt rødgrønt flertall, med noen flere sjatteringer i fargespekteret. I Legeforeningen er et nytt sentralstyre og fagstyre på plass. Det gir en anledning til å se fremover og tenke nytt.

Det er mye å ta tak i tiden som kommer. Helsetjenesten står i en krevende situasjon, og det merkes både blant legene og i befolkningen. Ifølge en undersøkelse Kantar gjennomførte for Legeforeningen rett før valget, har én av fem opplevd å ikke få nødvendig helsehjelp. Nesten halvparten av befolkningen uttrykker liten tillit til at tjenesten vil ha kapasitet i fremtiden. Undersøkelsen forteller også at 84 prosent mener helse må prioriteres høyere i statsbudsjettene.

Når så mange mennesker opplever å stå uten tilstrekkelig helsehjelp, og et overveldende flertall ber om at helse prioriteres høyere, er det et klart signal til politikerne om å prioritere helsetjenesten høyere, også når budsjettet legges. For skal den offentlige helsetjenesten fortsatt være førstevalget for legene, må de ha gode rammevilkår og en forsvarlig arbeidsbelastning.

Det sammensatte rødgrønne flertallet på Stortinget gir politiske utfordringer, men også muligheter. Kompromisser vil være nødvendige, og i et slikt landskap er det avgjørende at helsetjenestens behov løftes tydelig og konsekvent. Legeforeningen vil bidra med kunnskap, analyser og forslag som kan gi brede løsninger, og vi forventer at helse blir et område hvor partiene finner sammen.

Nå skal lovnader omsettes til praktisk politikk og konkrete tiltak. Skal vi fortsatt ha en sterk offentlig helsetjeneste, må partiene samle seg om et skikkelig helseløft. Det fortjener både pasienter og ansatte. For legene betyr det også tryggere rammer, bedre rekruttering og mer tid til pasientene.

I Legeforeningens perspektivmelding for spesialisthelsetjenesten er fire hovedutfordringer identifisert. På den bakgrunn har vi pekt på fem konkrete prioriteringer fremover: Sykehusene må skjermes og finansieringsmodellen endres. Det må settes av friske midler til en ekstraordinær investeringspakke og antall LIS1-stillinger må økes i tråd med behovet. Det må investeres i brukervennlige IT-løsninger, og antall unødvendige undersøkelser må reduseres gjennom kampanjen «Gjør kloke valg».

Disse utfordringene blir viktige for arbeidet til Legeforeningen denne høsten. Og det er her rollene til sentralstyret og fagstyret blir en styrke: Sentralstyret driver foreningens politiske og organisatoriske arbeid, mens fagstyret sikrer at den medisinske utviklingen og faglige kvaliteten holdes høyt. Når de to trekker sammen, får både politikk og fag tyngde. Arbeidsprogrammet staker ut kursen for foreningen, og det skal utarbeides satsingsområder som spisser arbeidet og prioriterer innsatsen. Kontinuitet og fornyelse vil gå hånd i hånd.

Denne høsten blir derfor en re-start. Forventningene fra befolkning og medlemmer er klare: helsetjenesten må prioriteres høyere. Legeforeningen vil være en pådriver for konkrete resultater. Broen mellom politikk og praksis, mellom løfter og realiteter, må bygges nå. ■

Nettdoktorene

Legeforeningen.no tilbyr alt fra kurspåmelding, lønnskalkulatorer, medlemsfordeler og fagstoff. Med over 2,6 millioner besøk i året er nettstedet en digital mastodont som både møter medlemmenes behov og støtter organisasjonens mål. I oktober er det 30 år siden nettsidene ble lansert. Møt legene som la grunnlaget og etablerte foreningens viktigste informasjonskanal.

Internettarkivet Wayback Machine viser at Legeforeningen var blant de første fagforeningene på internett her til lands. I oktober 1995 går www.legeforeningen.no på lufta. Tidsskriftet.no følger etter i slutten av februar 1996. LO kommer på verdensveven 1. april 1996, mens Veterinærforeningen lanserer vetnett.no første gang tidlig på 2000-tallet.

Veien til internett

Vi spoler tilbake til Legeforeningens landsstyremøte i Ålesund i oktober 1994. Den daværende landsstyrepresidenten Kjell Maartmann-Moe fremmer forslag om at foreningen skal arbeide for et kommunikasjons- og databasesystem for forhandlingsinformasjon til tillitsvalgte.

– Hensikten med forslaget var å gjøre det enklere å være tillitsvalgt og høste erfaringer med internett i tillitsvalgtarbeidet. På denne tiden var imidlertid skepsisen mot internett i foreningen stor. Ledelsen i sekretariatet ba meg trekke forslaget. Jeg ga meg ikke og fikk flertall. Etterpå kom generalsekretæren bort til meg og gratulerte, forteller politikerens Kjell Maartmann-Moe drøyt 30 år senere.

I 1994 er det en utålmodighet blant tillitsvalgte som ønsker å få tilgang og søke i avtaledokumenter. I tillegg er det utfordrende å kommunisere med sekretariatet. Brev og telefon er de mest brukte kanalene for å nå hverandre.

– Det var et viktig strategisk vedtak som ble gjort i Ålesund. Foreningen gikk foran og ble senere et lokomotiv for andre organisasjoner og foreninger på nett.

I dag er Kjell Maartmann-Moe leder for kontrollutvalget av kommunestyret i Bærum, styremedlem i Oslofjordens friluftslivråd og daglig leder i Bråtane Skåtøy i Kragerø.

Ut i den elektroniske informasjonsverdenen

Landsstyret vedtar at sentralstyret skal utarbeide et forslag til et nytt system. Dette skal legges frem på neste års landsstyremøte. Sentralstyret setter sammen en prosjektgruppe bestående av Lars Eikvar (leder), John Leer, Birger Lærum og Jon Henrik Laake. Fra sekretariatet bistår Dag Refvem, Sverre Strand og Cathrine C. Seem prosjektgruppa.

I september 1995 leverer prosjektgruppa sin rapport til sentralstyret. Den anbefaler at Legeforeningen satses på en internettbasert dokumentsamling for forhandlingsinformasjon basert på en World Wide Web-struktur. At løsningen er lett tilgjengelig for medlemmer blir høyt vektlagt.

På midten av 90-tallet ser også sekretariatet behovet for styrket kommunikasjon rundt forhandlinger. I sak 12 under Landsstyremøtet fra 1995 står det å lese at «foreningen ikke bør forhaste seg i valg av database». Programvaren Lotus Notes er allerede under innføring i Forhandlingsavdelingen, som et verktøy for strukturert lagring og gjenfinning av dokumenter.

De første webmasterne

Jon Henrik Laake og John Leer presenterer en demoversjon av Legeforeningens hjemmesider på landsstyremøtet dette året. Mange blir begeistret, inkludert Maartmann-Moe. Det blir fattet et vedtak for at de skal lansere websider som et pilotprosjekt.

Til tross for entusiasme i salen, var det fortsatt usikkerhet rundt internett i foreningen. Jon Henrik Laake peker på at betenkelighetene må sees i en historisk kontekst.

– Tidlig på 90-tallet omtalte massemedia internett som en arena for pedofile og satanister. Dette skapte usikkerhet i Legeforeningen, som var opptatt av å framstå som seriøs, men internett gikk fra å være nokså ukjent til å bli allemannseie på veldig kort tid.

Sikret domenet

Hvordan fikk Legeforeningen.no sitt domenenavn? På midten av 90-tallet hadde Laake en forskerstilling ved Universitetet i Oslo (UiO). Der ble han kjent med en informatikkmedarbeider som tipset ham om å snakke med Oslonett AS, en leverandør av webtjenester med utspring i informatikkmiljøet ved UiO.

Da Oslonett skulle tildele Laake en IP-adresse, spurte de:

«Skal dere ha et domenenavn?»

«Hva er det for noe, kan det stå Legeforeningen.no?», svarte Laake.



Foto: Terje Heiestad

Det var et viktig strategisk vedtak som ble gjort i Ålesund. Foreningen gikk foran og ble senere et lokomotiv for andre organisasjoner og foreninger på nett

Kjell Maartmann-Moe

«Ja, det er gjort på et minutt», repliserte Oslonett.

– Begrepet domenenavn var ukjent for meg. Det var bra Oslonett spurte meg om det, for du vet aldri om domener blir misbrukt eller solgt, forteller Laake som til daglig arbeider som overlege på Rikshospitalet.

Lotus Notes lagt på is

Parallelt med at prosjektgruppa ønsket å dra nettsideprosjektet fremover, ble de presentert for en løsning som IT-avdelingen i Legeforeningen hadde jobba med en stund.

Lotus Notes skulle inneholde løsninger for blant annet fildeling, dokumentbibliotek, e-post, kontaktadministrasjon, kalender og diskusjonsfora.

– IT ønsket å opprette et lukket, proprietært nettverk i Lotus Notes. I en slik løsning ville noen fra IT tildele kontortilgang til hver tillitsvalgt. Vi ga beskjed om at det blir kostbart for en organisasjon som drives av medlemmer. Åpne løsninger vil være rimeligere. Vi fryktet å ende opp med et blylodd som ga betydelige løpende utgifter i drift for foreningen, forklarer Laake.

Anestesilegen forteller at det dermed oppstod en konflikt mellom arbeidsgruppa og IT-avdelingen, som hadde lagt mye arbeid i Lotus Notes-løsningen og siktet seg inn på det sporet.

– Det var noen møter der det ikke var noen god stemning. Vi følte vi stakk kjepper i hjulene på en prosess som hadde kommet veldig langt. Vi ble møtt med en lite hyggelig tone, men det løste seg opp etter hvert.

IT versus informasjon

Laake forteller at overgangen til en nettbasert løsning, i stedet for en proprietær løsning, førte til en ny tankegang i sekretariatet.

– Informasjonsavdelingen ble en like viktig aktør som IT. Det ble mer fokus på innhold i stedet for drift av løsningen. Ettersom informasjonen ble det sentrale, kunne Legeforeningen bli en effektiv premissleverandør overfor egne medlemmer, pasienter, arbeidsgivere, politikk og media.



Foto: Terje Bringedal / NTB

På 90-tallet omtalte massemedia internett som en arena for pedofile og satanister. Dette skapte usikkerhet i Legeforeningen, som var opptatt av å framstå som seriøs

Jon Henrik Laake

– Det vil være ulike versjoner av denne historien, legger Laake til.

I de tidligere versjonene av www.legeforeningen.no står det «Sist endret av Jon Henrik Laake» nederst på de fleste sidene. På denne tiden fikk tillitsvalgte og medlemmer tilgang til nettsidene via en personlig datamaskin og modem. Da Laake redigerte sidene, brukte han digitale telefonlinjer (ISDN) for å koble seg opp til internett. Dette ga høyere kapasitet i dataoverføringen.

EDB-sjefens versjon

Dag Refvem var EDB-sjef i Legeforeningen fra 1990 til 1995. Han startet en spesialistutdanning i ortopedisk kirurgi ved Stavanger universitetssykehus, men skiftet kurs til en karriere innen IT på sykehus. Den daværende EDB-lederen hadde bakgrunnen for å forstå legenes behov. Refvem påpeker at mange unge leger fra universitetsmiljøene var vant til å bruke gratis, åpne systemer.

– Som leverandør oppfordret jeg organisasjonen til å prioritere sikkerhet. Mange leger hadde rom for bedring når det gjaldt å reflektere rundt sikkerhet på 90-tallet. Derfor var det avgjørende å tenke langsiktig, samt lytte til spesialønsker fra en landsdekkende organisasjon. Lotus Notes kunne tilpasses, var kjent for sin sterke sikkerhet og kryptering av e-post og dokumenter. IBM kjøpte opp Lotus Notes i 1995.

Når den digitale utviklingen raste avgårde som den gjorde, likte Refvem sporskiftet til et åpent system.

– Det er i konflikt og meningsbrytning prosjekter blir bra, erkjenner han.

– Jeg synes imidlertid at det er i overkant trist og beklagelig at sekretariatets folk ble oppfattet som sure. For mitt videre virke på sykehus, var det nyttig å ha vært med på en slik prosess.

Høsten 1995 begynte Refvem i IT-avdelingen ved Ullevål sykehus. Nå er han pensjonist og bor i Mo i Rana.

Brytningstid

Ettersom Lars Eikvar satt i lønnsutvalget på midten av 90-tallet, ble han leder for forprosjektgruppa og senere redaktør for pilotprosjektet. Pilotprosjektet ble satt i gang



Foto: Moment Studio

Det har ikke vært en ulempe at vi var tidlig ute på nettet. Studentene ble mer aktive på 90-tallet, og det var positivt at foreningen hadde en tydelig internettprofil i denne perioden

Lars Eikvar



i forkant av landsstyremøtet i 1995 og pågikk inn i begynnelsen av 1996.

– Jeg minnes at vi satte opp en liste over innhold som vi ønsket inn på sidene, særavtaler, hovedtariffavtaler, en faglig og en politisk del. Dette var pionervirksomhet. Vi hadde en frist på et halvt år på å bli ferdig med prosjektet. Hva slags front Legeforeningen skulle ha på internett var vi opptatt av. Dette bygget seg pent ut på nettsidene etter hvert.

Eikvar er spesialist i medisinsk biokjemi og er per dags dato avdelingsdirektør i Helse Sør-Øst RHF. Han forteller at for sykehuslegene var det avtalene og avtaleprotokollene som var viktig å ha tilgang på, samt råd om fortolkning. Pekere til relevant medisinsk informasjon kunne aldri være en sentral del av foreningens satsingsområde, fordi det ble så veldig mye større.

– Vi var oppnevnt av lønnsutvalget, så for vår del var det yrkesforeningstillitsvalgte som var i fokus. Normaltariffen var et litt annet behov, fordi det var fortrinnsvis enkeltleger som hadde behov for tilgang.

Pilotprosjekt handlet om å teste og senere lansere sidene på internett. Sidene hadde først lokalisering på en tjenermaskin (webserver) ved det medisinske fakultetet ved Universitetet i Oslo. Legeforeningens bruk av denne tjenermaskinen var gratis og stilt til disposisjon av professor Per Grøttum. Leger i Yngre legers forening og Hordaland legeforening deltok i en gruppe som skulle prøve ut tjenesten. Pilotene mottok et internettabonnement med manual og diskett fra Oslonett AS. Hver enkelt bruker fikk også opprettet sin egen elektroniske postkasse hos Oslonett AS. I tillegg fikk de tilsendt bruker-id og passord til foreningens lukkede diskusjonsgruppe på nett. Etter en omfattende evaluering av pilotprosjektet i forprosjektgruppa, sekretariatet og sentralstyret, ble webserveren flyttet til en kommersiell leverandør som beskyttet den mot hackere med brannmur.

Nybrottsarbeid

At Legeforeningen.no var blant de første fagforeningene med websider, skyldes i stor grad at leger ved universitetssykehus fikk tidlig internett-tilgang.



Foto: Torunn Selberg

I starten var hensikten å nå tillitsvalgte med innholdet i denne informasjonskanalen, men siktemålet var at det skulle bli tilgjengelig for alle medlemmer

John Leer

– Vi som var yngre leger på den tiden så potensialet i internett som et verktøy. Universitetsmiljøer var ledende i å gi tilgang og bruke det, mer enn andre samfunnsgrupper, forklarer Eikvar.

Eikvar peker på at Legeforeningen kom på internett før Akademikerne ble stiftet og at de alltid har hatt høy organisasjonsprosent.

– Det har ikke vært en ulempe at vi var tidlig ute på nettet. Studentene ble mer aktive på 90-tallet, og det var positivt at foreningen hadde en tydelig internettprofil i denne perioden.

Lars Eikvar husker møtene i prosjektgruppa og med sekretariatet, der de diskuterte valg av konsept.

– Det var betydelige meningsbrytninger mellom spesielt Jon Henrik Laake og Dag Refvem. Jeg tilskriver Jon Henrik Laake æren for å ha fått gjennombruddet. Vi andre lyttet og trykket på etter hvert som vi så mulighetene.

Jon Henrik Laake understreker at det neppe ville blitt noe gjennombrudd uten et nokså samlet lag.

– Dette er hyggelig sagt. Allmennlegeforeningen og John Leer var en svært viktig alliert. Dessuten sa daværende Tidsskriftet-redaktør Magne Nylenna tydelig ifra om at Tidsskriftet ville bli lansert på nett uavhengig av hva moderforeningen valgte å gjøre.

Leer om Legeforeningen.no

John Leer var allmennlege på Askøy i 44 år før han gikk av med pensjon i 2019. Han representerte Hordaland legeforening i forprosjektgruppa.

– I starten var hensikten å nå tillitsvalgte med innholdet i denne informasjonskanalen, men siktemålet var at det skulle bli tilgjengelig for alle medlemmer. Jeg husker at mange i foreningen var skeptiske til å legge medlemsinformasjon på nett.

Leer mener det ikke hadde vært noen god løsning å gå i Lotus Notes-gata. Han forteller videre at forprosjektgruppa ikke hadde noe mer med nettsidene å gjøre fra og med 1996.

– I løpet av 1996 ble driften og administrasjonen av nettsidene overført fra oss til informasjonsavdelingen i Legeforeningen. Da Grete Strand begynte å jobbe med dette i årene som fulgte ble det mer sving på det.

Nå for tiden er Leer pensjonist og redaktør for nettsidene til Florvåg båtforening på Askøy.

Når vi snur oss tilbake og ser 30 år tilbake i tid, kan vi se at Legeforeningen.no har gjort det enklere for leger over hele landet å få tilgang til juridisk rådgivning, fagstoff, kurs og medlemsfordeler. Nettsidene samler leger i et digitalt fellesskap og muliggjør rask og effektiv kommunikasjon. Digitalisering av tjenester som lønnskalkulatorer og kursregistrering har spart tid og ressurser for både medlemmer og administrasjon.

Innholdsforvaltning på et stort nettsted med 90 foreningsledd og hundrevis av redaktører er en oppgave som aldri blir ferdig. Innhold må kontinuerlig oppdateres, gjøres relevant og tilgjengelig for brukerne. Det handler ikke bare om å publisere nytt innhold, men også om å vedlikeholde, forbedre og avpublisere gammelt materiale. Oppsummert: Legeforeningen.no er en skikkelig arbeidshest! ■

Stig Kringen

stig.kringen@legeforeningen.no

Nan B. Oldereid: – Jeg har aldri angret på veivalget mitt

Du må ha verdens beste jobb, har folk ofte sagt til henne. Og det er lege og fertilitetsspesialist Nan B. Oldereid hjertens enig i.

« Å få hjelpe mennesker til å oppnå sitt aller største ønske i livet er utrolig givende, sier hun. Det er kanskje derfor hun hadde bilde av et blastocyst hengende på kontorveggen, da hun jobbet som klinikksef for den private fertilitetsklinikken Livio (nå CMedical) i Oslo.

– Jeg synes den er så fin. Den uttrykker en optimistisk forventning, en mulighet. Starten på et helt liv!

Til å være fersk pensjonist har Oldereid fremdeles mange (faglige) jern i ilden.

Og hun har skrevet bok om temaet ufrivillig barnløshet. Boken «Hvorfor blir jeg ikke gravid? Alt du trenger å vite om ufrivillig barnløshet, årsaker og behandlinger» ble gitt ut i 2023 og er i første rekke skrevet for de mange som ønsker å bli gravid, men som ikke har lyktes ennå. Først må vi tilbake noen tiår for å høre hvordan det hele startet.

Fire stipendiater på et bittelite kontor

Det var egentlig tannlege Oldereid ville bli, men i løpet av videregående skole peilet hun seg inn på legeyrket. Med påbegynte medisinstudier i Bergen søkte hun seg til Oslo etter de første par årene. Tilfeldighetene ville ha det til at leiligheten hennes lå rett ved det gamle Rikshospitalet. Det fantes ingen krav om en obligatorisk fordypningsoppgave under legestudiet den gangen, og Oldereid ville lære mer om forskning.

– En dag jeg hadde vært i byen og handlet, tok jeg turen innom Rikshospitalet og spaserte inn på Patologisk institutt og spurte den første jeg møtte om det var mulig å være hospitant hos dem, erindrer hun.

Hun ble pekt innover i korridoren og endte opp hos Ken Purvis, en norsk-britisk lege og biokjemiker, som forsket på menns reproduksjon. Dette var tilbake i 1982. Sammen med Purvis var de fire forskningsstipendiater inne på et bittelite kontor. Og der ble Oldereid værende.

– Vi startet opp et prosjekt hvor jeg skulle se nærmere på miljøfaktorer rundt menns reproduksjon. Dette var omtrent når de første dataene om en mulig fallende sædkvalitet kom på slutten av 1980-tallet. Dette gjorde jeg ved siden av jobb og studier, så prosjektet tok lang tid.

Etter turnustiden ble Oldereid tilbudt jobb på Kvinneklubben på Rikshospitalet.

– Jeg ble oppringt en fredag ettermiddag og tilbudt jobb den påfølgende mandagen. Det ble



Givende jobb: – Å få hjelpe mennesker til å oppnå sitt aller største ønske i livet er utrolig givende, sier Nan B. Oldereid. Foto: Gyldendal Norsk Forlag

– Selv om reproduksjon er et relativt lite felt, er det samtidig et område der det foregår mye forskning og utvikling. Alle små fagområder blir omfattende når man bare går ned i dybden

min vei inn i spesialiteten gynekologi og obstetrikk og senere i arbeidet med infertilitet og reproduksjon. Jeg har ikke angret ett sekund på dette veivalget, forteller hun.

Senere, under et toårig opphold i Australia, fikk Oldereid kontakt med forskningsmiljøet i Perth. Der fordypet hun seg videre innen betydningen av livsstil for sædkvaliteten. Med et ettårig forskningsstipend fra Forskningsrådet fullførte hun doktorgraden «The effects of environmental factors on male reproductive function» i 1999. Forskningen hennes de siste årene har vært mest sentrert rundt oppfølging av kvinner og barn etter fertilitetsbehandling.

Fra nonner i Roma til lovverk i Norge

Årsakene til infertilitet er mange og skyldes sammensatte faktorer. Norges første IVF-barn ble født i 1984, mens verdens første prøverørsbarn kom allerede i 1978.

Oppdagelsen og utviklingen av medikamenter som brukes for å stimulere frem egg for eggløsning, og etter hvert også til assistert befruktning, startet for nesten hundre år siden. Da fant forskere ut at urin fra kvinner i overgangsalderen inneholdt hormoner som var nødvendige for eggmodningen. Fra midten av 1950-tallet utviklet den italienske forskeren Piero Donini en renseprosess for å utvinne disse hormonene. Med støtte fra den katolske kirken kjørte tankbiler rundt i Romas gater og samlet inn urin fra gamle nonner for å utvinne hormoner, som kunne brukes for å modne egg og stimulere frem eggløsning (!). Man kan trygt si utviklingen har kommet langt siden den gang.

Fra 2004 ble det i Norge tillatt å fryse ned eggstokkvev, hvis man skulle gjennomgå en kreftbehandling som ville skade eggstokkfunksjonen. Det er først de siste 15–20 årene teknikkene for å fryse ned egg har fungert, og frysemetoden ble tatt systematisk i bruk. Eggfrysing etter kvinnens eget ønske ble derimot først tillatt etter moderniseringen av bioteknologiloven i 2020. Til sammenligning har kvinner i Sverige kunnet fryse ned egg når de selv har ønsket siden 2010. Eggdonasjon ble først tillatt her hjemme etter lovreguleringen i 2020 – flere år senere enn i våre naboland.

Norge var det første land i verden med lovregulering av prøverørsbehandling da «Lov om kunstig befruktning» ble vedtatt i 1987.

– Vi har likevel vært det landet i Norden med flest restriksjoner innen bioteknologiområdet, forteller Oldereid og fortsetter:

– Det at bioteknologi i Norge er strengt lovregulert fører til brede og gode diskusjoner før en ny behandling introduseres. Men dessverre også til at innføring av nye metoder oftest har tatt lang tid.

Hun mener det fortsatt er rom for forbedringer når det gjelder bioteknologiloven, og nå gjøres det arbeid i både Bioteknologirådet og Helsedirektoratet for å evaluere loven.

– Det er fremdeles noen som synes dette er å tukle med naturen. Jeg mener at man er en like god forelder til et barn, selv om det trengs medisinsk hjelp til befruktningen. —>

Dette engasjerer Oldereid. Hun sitter i Bioreferansegruppen, som gir faglig råd og innspill til Helsedirektoratet. Og ved den siste gjennomgangen av loven i 2020, var hun én av dem politikerne rådførte seg med.

– Ofte vet ikke politikerne nok om det de beslutter. I 2020 inviterte politikere noen av oss til å gi faglig kunnskap. Å holde kurs for stortingspolitikere om bioteknologi følte både nyttig og viktig. Jeg stiller gjerne opp igjen!

Bokprosjekt midt i pandemien

Nå kan Oldereid også titulere seg som forfatter. Boken «Hvorfor blir jeg ikke gravid? Alt du trenger å vite om ufrivillig barnløshet, årsaker og behandlinger» er en lettfattelig bok om et omfattende tema. Men hvordan ble boken til?

– Jeg hadde vel ikke tenkt å skrive en egen bok. Så, under pandemien, fikk jeg en telefon fra Gyldendal forlag om at de ville gi ut en bok om barnløshet. Det fantes ingen slik bok som særlig fokuserte på alt det medisinske rundt infertilitet og fertilitetsbehandling for folk flest. Senere fikk jeg høre at den forrige boken om temaet ble utgitt i 1989. Faget har utviklet seg enormt siden den gang, så det var på tide med en oppdatering, forteller hun.

Oldereid tok kontakt med sin gode kollega, fødselslege Gro Nylander, som hadde skrevet flere bøker, og spurte henne om skriveprosessen. Basert på den samtalen og en ettermiddags betenkningstid, sa hun ja. For en debutant var det god hjelp med støtte underveis fra sine redaktører, som stilte det viktige spørsmålet: Hvem skal du skrive for?

Hun ønsker at boken skal være et oppslagsverk fra A–Å om alt du lurer på innen fertilitet, infertilitet og reproduksjon. Boken har i tillegg praktisk informasjon, illustrasjoner og pasienthistorier.

– Det er like mye en bok for alle de som prøver å få barn. Både for de som ikke klarer å få barn og de som tenker på å få barn, og også for LIS-leger innen gynekologi og annet helsepersonell generelt, forteller hun.

Boken er også for helsesykepleiere og lærere, og her peker Oldereid på viktigheten av å undervise om fertilitet og særlig alderens betydning. Alder betyr mye for reproduksjon, og en større bevisstgjøring rundt dette trengs.

Selv om vi er kommet langt, er det fremdeles knyttet en viss grad av skam og tabu til det å være ufrivillig barnløs.

– Det var mange hvite løgner og lite eller ingenting ble fortalt til familie og venner. Og sånn er det fortsatt for mange. Takket være at noen har gått foran, synes det som at flere er åpne om infertilitet i dag.

Og det at infertilitet stadig er et synlig tema i media, kan være en hjelp for mange, poengterer Oldereid. Hun forteller at det jobbes med å få på plass et tilbud for å forbedre den mentale belastningen mange opplever i prosessen. I denne sammenheng er hun takknemlig for å kunne bidra inn i Prosjekt Åpenhet, som ble startet av Cecilie Hoxmark.

– Det var mange hvite løgner og lite eller ingenting ble fortalt til familie og venner. Og sånn er det fortsatt for mange. Takket være at noen har gått foran, synes det som at flere er åpne om infertilitet i dag

Håp for endringer i fremtiden

Hun er takknemlig for alt hun har lært på veien og slår et slag for å introdusere yngre kolleger for forskning. Selv har hun opplevd at det gir faglig engasjement. Særlig det å lære å stille de gode og viktige spørsmålene som vi må forsøke å finne svarene på.

– Selv om reproduksjon er et relativt lite felt, er det samtidig et område der det foregår mye forskning og utvikling. Alle små fagområder blir omfattende når man bare går ned i dybden, sier Oldereid.

Det medisinske miljøet som arbeider med assistert befruktning, er forankret i Norsk forening for assistert befruktning (NOFAB), som ble etablert i 2004. Foreningen jobber tverrfaglig og har oppnådd å samle alle faggrupper som er involvert i assistert befruktning i denne nasjonale foreningen. Oldereid var også i en periode leder i foreningen.

– Tanken bak foreningen var det økende behovet for et IVF-kvalitetsregister over alle behandlinger som utføres. Slik får man fulgt opp både kvinnene og mennene og ikke minst barna som unnfanges. Registeret er så godt som ferdig. Fagmiljøet har gjort sitt, men mangler ferdigstilling fra FHI. Det er på høy tid at fagregisteret ferdigstilles, poengterer Oldereid.

Oldereid er langt fra ferdig med sitt faglige engasjement. Fremover er det planlagt blant annet både foredrag og kursvirksomhet. Hun er takknemlig for fortsatt å kunne bidra med sin kunnskap om reproduksjon, som har engasjert henne i mer enn 40 år.

– Vi kan ikke hjelpe alle, men vi kan hjelpe mange. De aller fleste, faktisk, avslutter hun.

Og som pensjonist får hun nå endelig tid til å gjøre mye annet også. ■

Heidi Østvedt Strydom

heidi.ostvedt.strydom@legeforeningen.no

En som lytter.
Konfidensielt.
Lett tilgjengelig.



Det er ikke alle opplevelser som kan deles med – eller forstås av – andre som ikke har samme erfaringer som deg. Med en støttekollega kan du prate om både personlige og profesjonelle utfordringer. Ordningen tilbys alle leger og medisinstudenter. www.legeforeningen.no/kollegastotte

3 gratis timer.
Uten journal.
Med taushetsplikt.



Støttekollegaordningen

DEN NORSKE LEGEFORENING

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
Hjartåker, 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 holdningsdannning 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 FNs bærekraftsmål og har skrevet under på SDG Publishers Compact.



Redaksjonen

Sjefredaktør Are Brean

Assisterende sjefredaktør

Ragnhild Ørstavik

Redaksjonssjef Cathrine Idsøe

Digitalsjef 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 Swanstrøm, 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

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

Trykk Aksell AS

Opplag 33 540

Antall utgivelser 15 numre per år
ISSN 0029-2001



KOMMER
4. NOVEMBER

Les i neste nummer

- Nekrotiserende bløtdelsinfeksjoner
- Rusrelaterte forgiftninger
- Transitorisk global amnesi
- Serotonergt syndrom
- Deskillning = avlæring

Ønsker hun en svelgetablett eller tyggetablett?

Kjenner du til Kalcipos?

Kalcipos brukes for forebygging og behandling av kalsium og vitamin D-mangel hos eldre.¹ Eller som et vitamin D og kalsiumsupplement i tillegg til spesifikk osteoporosebehandling hos pasienter med risiko for vitamin D- og kalsiummangel.¹ Tablettene er beregnet for voksne over 18 år og doseres daglig.¹ Tablettene svelges hele med vann, eventuelt knuses eller deles ved behov.¹

Mengde kalsium i preparatet er under vanlig anbefalt daglig inntak.¹ Preparatet er derfor primært beregnet til pasienter med behov for vitamin D- tilskudd utover inntak av 500-1000 mg kalsium daglig via maten.¹ Kalsiuminntak via maten bør beregnes av forskriver.¹

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:¹

- Kalcipos er kontraindisert ved: Hyperkalsemi, hyperkalsiuri samt sykdommer og/eller tilstander som fører til hyperkalsemi og/eller hyperkalsiuri (f.eks. myelom, benmetastaser, primær hyperparatyreoidisme), nefrolitiasis, nefrokalsinose, hypervitaminose D, og nyresvikt.
- Kalcipos bør forskrives med forsiktighet til pasienter med sarkoidose.
- Hjelpstoffer: Inneholder sukrose.

Ved graviditet skal daglig inntak ikke overskride 1500 mg kalsium og 600 IE vitamin D.¹ Skal derfor ikke brukes rutinemessig for forebygging av kalsium- og vitamin D-mangel i svangerskapet, men kan brukes til gravide som har stor risiko for å utvikle hypokalsemi, eller som allerede har kalsium- og vitamin D-mangel.¹

Kan brukes under amming. Kalsium og vitamin D₃ går over i morsmelk.¹

Oppbevaring: Oppbevares i originalpakningen for å beskytte mot lys. Hold beholderen tett lukket for å beskytte mot fuktighet.¹

Kalcipos (kalsiumkarbonat, vitamin D₃): refusjon og pris Reseptgruppe C.

Pakninger og priser: 90 tabletter koster: kr 196,80.²

Kalcipos kan for enkelte diagnoser gis individuell stønad på blå resept, se vedlegg 1, til folketrygdloven § 5-14, blåreseptforskriften.³

Få oversikt over aktuelle diagnosekoder og vilkår i fulltekst på HelseDirektoratets nettsider ved å skanne QR-koden.



Ytterligere informasjon preparatomtalen, SPC: Kalcipos (11.11.2024)

Referanser:

1. Kalcipos SPC (11.11.2024), avsnitt 2., 3., 4.1, 4.2, 4.3, 4.6. og 6.4.

2. Kalcipos, Felleskatalogtekst basert på SPC 11.11.2024

3. HelseDirektoratet, rundskriv, kapittel 5, stønad til helsetjenester, Vedlegg 1 til § 5-14 legemiddellisten, legemidler, kalsiumpreparater
Sist faglig oppdatert: 23.04.2024



Kalcipos®-Vitamin D

kalsium, kolekalsiferol

