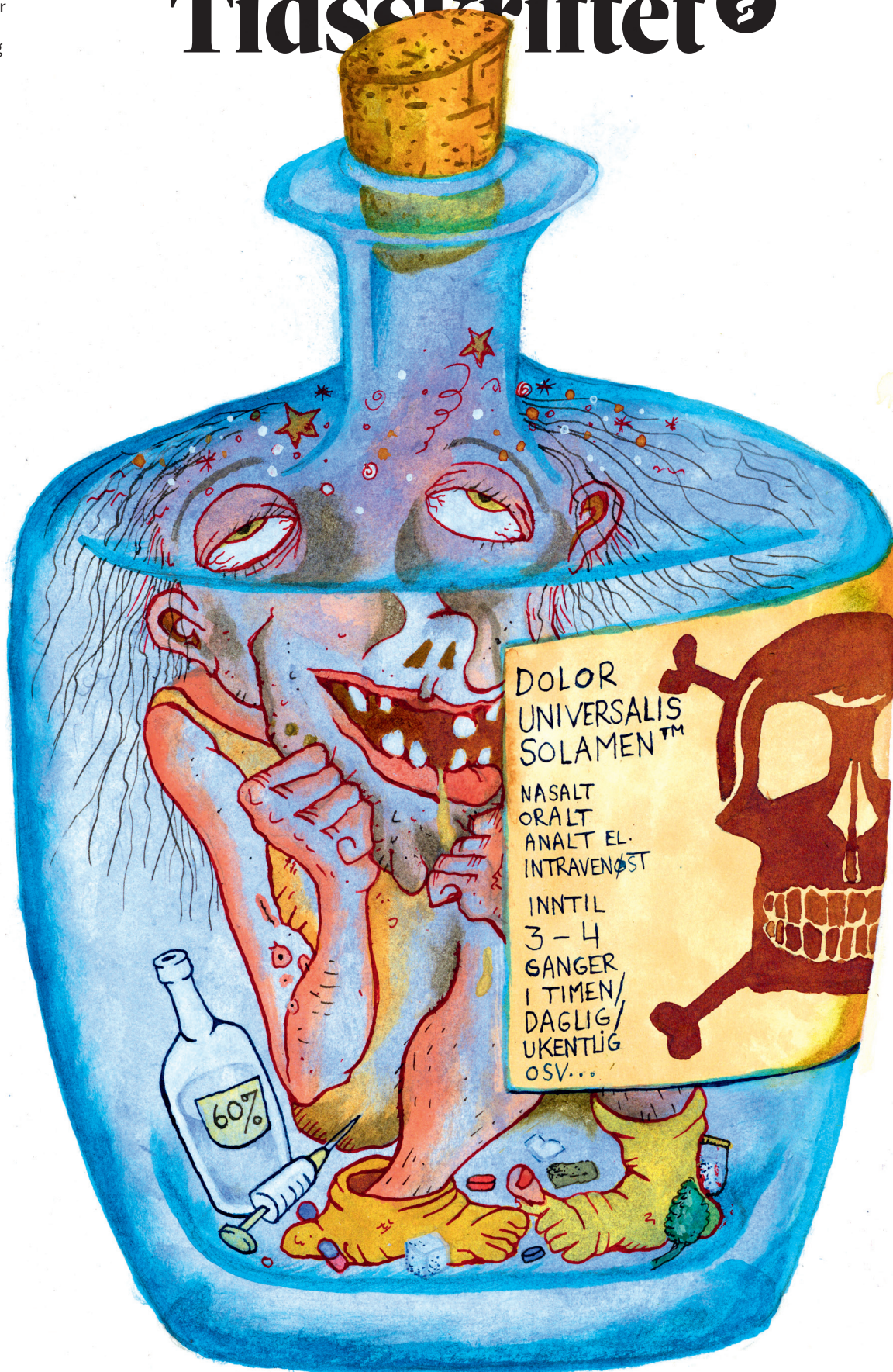


Tidsskrift for
Den norske
legeforening

Tidsskriftet



Direktør på direktør



Are Brean
Sjefredaktør

Ved årsskiftet 2023–24 rapporterte nettavisen MN24 at det offentlige helsevesenet hadde 333 direktørstillinger – flere enn antallet intensivplasser. Etter koronapandemien hadde det ikke blitt flere intensivplasser, bare flere direktører.

Nå, snaut to år senere, rapporterer NRK at totalantallet direktører i Helse-Norge er 644, hvorav 338 arbeider i helseforetak og sykehus. Direktørene fortsetter å formere seg.

Antallet faktiske intensivplasser er det vanskeligere å finne ut av. Norsk Sykepleierforbund mener kapasiteten er uendret. Klare tall er det verre med, for kategoriene er endret. Selv ikke helseministeren ser ut til å ha oversikten. «Det er ikke mulig å sammenlikne tallene», sa han som svar på spørsmål om intensivkapasitet i Stortingets spørretime i mars 2025.

I Odelstingsproposisjonen som i 2001 la grunnlaget for Helseforetaksmodellen, het det at modellen skulle forbedre informasjonstilgangen» og «oppnå mindre byråkrati». Har ambisjonene lyktes? Tja. Spør én av våre 644 direktører. Dem har vi i hvert fall sann noenlunde oversikt over. ■

«Somliga går med trasiga skor», skrev den kjente og kjære visesangeren Cornelis Vreeswijk fra vårt naboland. Sangen gir uttrykk for hans medfølelse med dem i samfunnet som har det vanskeligst, men har også bakgrunn i hans eget alkohol- og narkotikamisbruk.

Rus kan være en krykke og en trøst. Men når magien falmer, sitter ofrene ofte fanget i en ond sirkel av avhengighet, dårlig helse og forringede levekår.

Forsideillustrasjonen er laget av Christopher Nielsen. Han er bror av Joachim Nielsen, frontfigur i rockebandet Jocke & Valentinerne, som i 2000 døde av en overdose. Mye av Christopher Niensens kunst omhandler rusavhengige og måten storbyen behandler disse på. Hans uttrykk spenner vidt – fra tegneserier og billedkunst til det konseptuelle utestedet Misfornøynelsesbar i Oslo og musikalen *Verdiløse menn* på Nationaltheatret.



Illustrasjon: Christopher Nielsen

I denne utgaven:

Innhold

Rus, forgiftning og akuttberedskap

I perioden 2019–23 behandlet Legevakten i Oslo flere enn 18 000 rusrelaterte forgiftninger, hvorav nesten halvparten utelukkende skyldtes etanol. Insidensen av kokainforgiftning doblet seg, insidensen av ketamin-forgiftning ble mer enn tidoblet, og stadig flere kvinner ble behandlet for rusrelatert forgiftning. Denne utviklingen innebærer både medisinske og organisatoriske utfordringer. Den stiller økte krav til akuttberedskap og påvirker folkehelsen.

Side 1100, 1101

Mikkjel Fønhus. Foto: Aschehougs fotoarkiv

**Epilepsi og Fønhus**

Beskrivelser av epilepsi i eldre skjønnlitteratur er ofte preget av mystikk, overtro, stigma og fordommer. Mikkjel Fønhus, som er kjent for sine villmarksromaner, dyreskildringer og troiske naturstemninger, utga i 1921 romanen *Trollelgen*. Den inngår i en slik litterær tradisjon. Likevel gir Fønhus en god beskrivelse av et tonisk-klonisk anfall med fokal start og plutselig og uventet epilepsi-relatert død. Å stikke en pinne i munnen på en person med et tonisk-klonisk anfall for å unngå tungebitt, slik han beskriver, frarådes i dag.

Side 1130

Nåtidens legeliv

Kunstig intelligens kan gi oss støtte og struktur, men er dårlig til ikke-verbal kommunikasjon og improvisasjon. Den kan aldri trumfe legen i pasientkommunikasjon, mener Bård Kittang. Gjør kloke valg-kampanjen har gjort det enklere å redusere overdiagnostikk og overbehandling i egen praksis, ifølge norske fastleger.

Lege = yrke, identitet eller kall? Spørsmålet er aktuelt for mange unge leger.

Side 1134–1136

Leder

- 1073 Legeflukten
Liv-Ellen Vangsnes

Debatt**Debatt**

- 1074 Helseforetaksmodellen og styring i nord
Anne Kjersti Befring
- 1075 Passiv ventetid i metodevurderinger
Orinta Rui
- 1076 Mangel på nasjonale retningslinjer innad psykiatri
Jeanette Bjørke
- 1079 Naltrekson i behandlingen av alkoholavhengighet
Jørgen G. Bramness

Kronikk

- 1082 Tester som kan skade
Kristin Foshaug Ingvaldsen
- 1088 Grenseoverskridende atferd blant leger
Svein Aarseth, Tilde Broch Østborg
- 1092 Bruk av KI-verktøy på fastlegekontoret
David Hui, Harriet Akre, Vera Goebel, Thomas Plagemann, Lars Andre Strøm Arnesen

Vitenskap**Fra andre tidsskrifter**

- 1098 Antikoagulasjon etter ablasjon mot atrieflimmer
Martine Fimreite Wilhelmsen
- 1099 Flytende biopsi etter kreftbehandling
Ruth Halsne
- 1099 Betablokkere etter hjerteinfarkt har forebyggende effekt
Martine Fimreite Wilhelmsen

Originalartikkel

- 1100 Rusrelaterte forgiftninger behandlet ved Legevakten i Oslo 2019–23
Karen Sørbo Larsen, Mette Brekke, Odd Martin Vallersnes

Invitert kommentar

- 1101 Rusrelaterte forgiftninger: nye trender utfordrer akuttmedisinen
Lars Erik Laugsand

nr. 13/2025

Utgivelsesdato
4. november 2025

1102	Kort rapport Nekrotiserende bløtdelsinfeksjon i hode-hals-området 2017–23 <i>Nadja Tanovic, Ellen Kvestad, Trine Kåsine, Gorm Hansen, Børre Fevang</i>
1103	Invitert kommentar Dødelige kjeder <i>Steinar Skrede</i>
1104	Klinisk oversikt Transitorisk global amnesi <i>Aleksandra Kamila Galwa-Støkkan, Ingunn Egeberg Vari, Mikkel Elvebakk Saidi, Martin Selvaag, Victoria Troos Torsteinsbø, Axel Karl Gottfrid Nyman, Tobias Navarro Schröder, Thanh Pierre Doan</i>
1110	Noe å lære av Kvinne i 50-årene med overvekt, multimorbiditet og kramper <i>Charlotte Eileen Mack, Elisabet Nordmo, Ane Skaare Sjulstad, Grete Kristin Bakkejord, Andreas Finvåg, Oana-Gratiela Ciopat, Benjamin Storm</i>
1116	Kort kasuistikk Amyloid hjertesvulst <i>Adam Dhayyat, Peter S. Deeg, Jacek Srokosz, Gitta Turowski, Kjetil Steine</i>
1120	Medisinen i bilder Ventrikkelslimhinne i rektum <i>Jørgen Valeur, Camilla Spersrud Haug</i>
1121	Språkspalten Avlæring og ferdighetsreduksjon ved bruk av kunstig intelligens <i>Petter Gjersvik, Michael Bretthauer</i>
1122	Fra fagmiljøene Utfordringer ved vurdering av alkoholabstinens <i>Katrine Melby, Natalia Plukis, Fredrik Winsnes, Lars Lien</i>
Magasin	
1124	Intervju Pasientene kaller seg Eikakriggerne og slår ring om legen sin <i>Tori Flaatten Halvorsen</i>
1130	Medisin og kunst Trollelgen og epilepsien <i>Trygve Holmøy, Karl Otto Nakken</i>

1134	Legelivet Yrke, identitet eller kall <i>Heidi Marthea Fosshheim Ohnstad</i>
1135	Fastleger opplever nytte av Gjør kloke valg <i>Karin Isaksson Rø, Jørgen Breivold</i>
1136	Klinisk improvisasjon (KI) <i>Bård Reiakvam Kittang</i>
1137	Fra arkivet En forbedret metode i mellomkrigstiden <i>Julie Didriksen</i>
1138	Anmeldelser Liten, stor bok <i>Kashif Waqar Faiz</i>
1139	Ph.d.-disputaser
1140	Minneord
Annonser	
1142	Legejobber
1145	Kurs og møter
Aktuelt i foreningen	
1149	En robust og sammenhengende helsetjeneste for fremtiden <i>Anne-Karin Rime</i>
1150	Alt annet enn A4 <i>Andreas Haslegaard</i>
1152	Sykehusene i gjeldsfellen: – Sykehusene må bygges for en bærekraftig fremtid <i>Elin Lothe Haga</i>
1154	SOP må kutte kostnader – foreslår omfattende endringer i ytelser <i>Styret i Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)</i>
1155	Ønsker innspill til revisjon av Taipei-deklarasjonen <i>Mari Garborg Hanto</i>

legejobber.no

Norges mest komplette stillingsportal for leger

UTVALGTE STILLINGER

HELSE STAVANGER HF

Overlege, klinisk nevrofysiologi
Frist 23. november

NORDLANDSSYKEHUSET HF

Lege i spesialisering, radiologi
Frist 16. november

VOSS HERAD

Spesialist i allmennmedisin
Frist 16. november

SØRLANDET SYKEHUS HF

Overlege, nyresykdommer
Frist 30. november

VESTRE VIKEN HF

Lege i spesialisering, psykiatri
Frist 10. november

SYKEHUSET ØSTFOLD HF

Overlege, medisinsk biokjemi
Frist 16. november

LEVANGER KOMMUNE

Fastlegehjemmel
Frist 16. november

GJØVIK KOMMUNE

Fastlege
Frist 10. november

SØRLANDET SYKEHUS HF

Overlege, urologi
Frist 14. november

HELSE MØRE OG ROMSDAL HF

Overlege, psykiatri
Frist 30. november

Legeflukten

Stor arbeidsbelastning og tungroddede systemer fører til legeflukt fra sykehusene.

Omtrent 70 leger har sluttet ved Haukeland universitetssjukehus de siste to årene, og flere enn 40 har sagt opp jobbene sine ved Stavanger universitetssjukehus i løpet av ett år (1, 2). På under tre år har nær 2 000 leger sluttet i jobbene sine på offentlige sykehus, ifølge TV2 (3). Samtidig manglet Norge 1 200 legespesialister allerede i 2022, og NAV har nå inkludert legespesialistene blant yrkesgruppene det er størst mangel på (4).

Både nyutdannede og erfarne leger slutter. Tap av kompetanse får konsekvenser for både pasientbehandlingen og utdanningen av nye spesialister. Leger i spesialisering er avhengige av veiledning fra erfarne kollegaer, og utdanning er ett av fire ansvarsområder for sykehusene.

Oftest *ønsker* ikke legene å slutte. Engasjement for faget og pasientene har de nemlig fortsatt. Men totalbelastningen blir for tung, og av hensyn til egen helse og familieliv føler mange at de ikke har noe valg. En studie fra 2018 viste at norske leger går på akkord med egen helse for å innfri egne og andre legers forventninger. Ønsket om å være en god lege utfordrer balansen mellom jobb og hjem (5).

Oppropet #legermåleve, som kom etter at en ung lege og mor begikk selvmord i 2023, var en reaksjon på belastningen og arbeidspresset legene opplever. Problemet er ikke unikt for Norge: En fersk studie gjennomført av Verdens helseorganisasjon viste at leger og sykepleiere med høy vakt- og arbeidsbelastning er særlig utsatt for psykiske helseplager, og at mange vurderer å slutte i jobben (6).

Mangel på sengeplasser er verst for pasientene, men sliter også daglig på de ansatte, som må prioritere hardere enn det som føles faglig forsvarlig

Flere kollegaer har stått frem i media og fortalt om hvorfor de har valgt å slutte som sykehusleger. Å leve med mange og travle vakter, med mye ansvar og lite hvile, er krevende. Noen begynner som fastleger, men også i primærhelsetjenesten har mange sluttet på grunn av en uhåndterlig arbeidsmengde.

En undersøkelse fra 2023 foretatt ved samtlige sykehus i Norge, viste at flere leger jobbet rundt 400 timer overtid i løpet av et halvt år (7). I tillegg er uregistrert og gratis overtid et vesentlig problem, som i 2016 ble beregnet til å utgjøre 972 årsverk. Dette tilsvarer omtrent legearbeidskraften som må til for å drifte et sykehus på størrelse med Akershus universitetssykehus i et helt år (8). Da blir det absurd når enkelte forventer at legene skal ta enda mer samfunnsansvar i form av dugnad, slik en juridisk seniorrådgiver og tidligere generalsekretær i Norsk pasientforening nylig skrev i Dagens Medisin (9). Konsulenter uten helsefaglig bakgrunn mener i det hele tatt mye om hvordan jobben på sykehus bør gjøres. Noen lytter tydeligvis mer til disse enn til de

som har skoene på, for bare i 2023 brukte helseforetakene svimlende 1,3 milliarder kroner på slike tjenester (10).

Men vi som har skoene på, vet hvor de trykker: Rigide og lite brukervennlige systemer vanskeliggjør hverdagen og stjeler pasienttid. Papirarbeid, koding, registrering og IT-problemer tar uforholdsmessig mye av arbeidsdagen, mens faget kommer i bakgrunnen. I 2023 konkluderte Riksrevisjonen med at nye IT-systemer i helsevesenet ikke fungerer som de skal, noe som er belastende for de ansatte, og som kan gå utover pasientsikkerheten (11). Det går også utover sykehusøkonomien: Kostnadene for innføring av Helseplattformen så langt er beregnet til 6,7 milliarder kroner, og de årlige utgiftene forventes å være rundt 800 millioner (12). Slike prestisjeprosjekter skal gjennomføres koste hva det koste vil, mens sykehusene sparer seg til fant. Mangel på sengeplasser er verst for pasientene, men sliter også daglig på de ansatte, som må prioritere hardere enn det som føles faglig forsvarlig.

I forslaget til statsbudsjett for 2026 foreslår regjeringen mer penger til pasientbehandling og styrking av sykehusenes budsjetttramme. Det kan høres lovende ut, men den foreslåtte økningen dekker ikke engang de økte utgiftene til renter og avdrag på lån. Resultatet vil bli ytterligere effektiviseringskrav (13).

Summen av stor arbeidsbelastning, tungroddede systemer og vedvarende underfinansiering risikerer på sikt å gi oss et helsevesen uten kompetente helsearbeidere. Det blir det ikke god helse av. ■

Liv-Ellen Vangsnes

liv-ellen.vangsnes@tidsskriftet.no

Liv-Ellen Vangsnes er medisinsk redaktør i Tidsskriftet. Hun er spesialist i anesthesiologi og overlege ved Sykehuset Østfold.

Litteratur

- 1 NTB. 70 leger har sluttet på to år: – En katastrofe. Dagens medisin 2.9.2025. Lest 22.10.2025.
- 2 Klovning C. Over 40 leger har sluttet på Stavanger universitetssjukehus. Stavanger aftenblad 15.9.2025. Lest 22.10.2025.
- 3 Hodne AM, Five ML, Bu F et al. Noe skjer blant norske leger: – Folk orker ikke mer. TV2 8.10.2025. Lest 22.10.2025.
- 4 NTB. Norge mangler 1.200 legespesialister. Dagens medisin 23.5.2022. Lest 22.10.2025.
- 5 Modum bad. Leger – på akkord med egen helse. Lest 22.10.2025.
- 6 WHO. Mental Health of Nurses and Doctors survey in the European Union, Iceland and Norway. Lest 22.10.2025.
- 7 Five ML, Ødegården TE. Jobbet 441 timer overtid på et halvt år. TV2 2.8.2023. Lest 22.10.2025.
- 8 Mjåset C. Hva taper vi på IKKE å skrive overtid? YngreLeger.no 18.3.2019. Lest 22.10.2025.
- 9 Thorne KF. Legeforeningen maler fanden på veggen. Dagens medisin 2.10.2025. Lest 22.10.2025.
- 10 NTB. Helseforetakene brukte 1,3 milliarder kroner på konsulenter i fjor. NRK 8.7.2024. Lest 22.10.2025.
- 11 NTB. Riksrevisjonen refser IT-systemer i helsevesenet: Fungerer ikke som de skal. Nettavisen 21.11.2023. Lest 22.10.2025.
- 12 Simonsen MCA. Løpske Helseplattformen-kostnader: Frykter nedleggelse og reduksjon av pasienttilbud. Dagens medisin 29.10.2024. Lest 22.10.2025.
- 13 Den norske legeforening. STATSBUDSJETTET 2026: – Sykehuse-nes økonomiske krise fortsetter. Lest 22.10.2025.



Helseforetaksmodellen og styring i nord

Finnmarkssykehuset er dessverre blitt skoleeksempelet på risikoen som kan oppstå med helseforetaksmodellen.

Ved Finnmarkssykehuset kuttes det i pasienttilbudet for å håndtere kapitalkostnader til sykehusbygg, konsulenter og lederlønninger. Vedtakene er truffet uten risikovurderinger og kan gi langtidsvirkninger med nedbygging av fagmiljøer og beredskap.

Medisinsk direktør ved Finnmarkssykehuset er leid inn fra hans eget konsultentselskap samtidig som han er kommuneoverlege i Voss (1). Betydelige beløp er overført fra sykehuset til selskapet og andre konsulentbyråer angivelig uten at regler om offentlige innkjøp er fulgt (2). Det er regler som skal hindre korrupsjon og feil bruk av offentlige ressurser. Mye tyder på at dette ikke er eneste mulige lovbrudd. Jusprofessor Eivind Smith mener det foreligger brudd på forvaltningsloven (3). Likevel bruker ledelsen sykehusets egne ressurser i vurderingen av de mulige lovbruddene fra et advokatfirma som har sykehuset som oppdragsgiver (4). Og varslere opplever å bli truet med gjengjeldelse (5).

Betydelige beløp er overført fra sykehuset til selskapet og andre konsulentbyråer angivelig uten at regler om offentlige innkjøp er fulgt

En ledelse i det offentlige skal ivareta ytringsfrihet og et forsvarelig arbeidsmiljø. Ledere som ikke følger samfunnets spilleregler, kan ikke benyttes som sykehusledere (6). Tillitsvalgte og ansatte har gjentatte ganger tatt opp manglende involvering av fagkompetansen ved syke-

huset (7). I forbindelse med styrevedtak om omorganisering og nedbemanning er det ikke foretatt konsekvens- og risikovurderinger i tråd med styrings- og kvalitetsforskriften og spesialisthelsetjenesteloven § 2 - 2. Risikoen må omfatte at dette kan utløse en bemanningsflukt. Flere har valgt å slutte, og mer av ressursene går til lederlønninger og konsulenttjenester (8). Det vil også oppstå risiko i forbindelse med at sykehuset har valgt å nedbemanne helsepersonell. At vedtakene er begrunnet i den økonomiske situasjonen, medfører ikke at sykehuset fritas fra lovkravene Stortinget har vedtatt.

Store konsekvenser

Hvilke konsekvenser dette har for befolkningens tilgang til nødvendig spesialistbehandling, er uklart. Blant annet er det reist bekymring for tilbudet til barn og pasienter med alvorlige øyelidelser (9, 8). Risikoen ved nedbemanning og annet tap av helsepersonell er heller ikke diskutert politisk, selv om sykehusberedskapen har betydning også for andre sektorer og for nasjonal sikkerhet (10).

I varselet som er sendt til statsforvalteren, fremgår det at varselet internt til ledelsen fra april 2024 ikke er besvart. Varslene er heller ikke kommunisert til styret i Helse Nord eller Helse- og omsorgsdepartementet. Dermed overlates det til den lokale ledelsen å kutte i sykehustilbudet og omprioritere ressurser fra pasientbehandling til andre formål.

I tillegg blir fakta etter min mening skjult: Sykehusledelsen verken kommuniserer ut sentrale opplysninger eller praktiserer nødvendig åpenhet og offentlig innsyn, som pålagt av forvaltningsloven og offentleglova. Dette fremkommer av flere uttalelser fra ledelsen på den ene siden, uttalelser fra ansatte og pasienter på den andre siden samt i innholdet i varslere. Mens ledelsen erklærer at de har stor suksess (11), beskriver ansatte at de er på vei mot et havari (12). Offentleglova forutsetter at styret, eier og regjeringen er informert.

Stortinget har vedtatt plikter og rettigheter for en offentlig helsetjeneste som befolkningen skal kunne ha store forventninger til som følge av de økonomiske overføringene fra Stortinget. Det er Stortinget som fører kontroll med regjeringen for å påse at befolkningens behov for spesialisthelsetjenester dekkes og at lovene overholdes.

Mangel på kapasitet i spesialisthelsetjenesten vil føre til at rettigheter og plikter ikke overholdes. Det vil gi overbelastning på kommunene, som må yte tjenester som «har preg av» å være spesialisthelsetjenester. Det gir i sin tur risiko for at sykehuset ikke kan ta imot akutt pasienter og økte erstatningsutbetalinger som følge av svikt i tilgangen til helsehjelp.

Situasjonen ved Finnmarkssykehuset føyer seg inn i rekken av alvorlig styringssvikt i helseforetakene, uten nødvendige korreksjoner. Riksrevisjonen har gjentatte ganger pekt på systemsvikt, at styrene ikke tar sitt ansvar og at nødvendig risikostyring ikke er på plass (13). Til tross for dette gripes det ikke inn i hvordan Finnmarkssykehuset forvalter våre fellesressurser. Vi kan ut fra historikken de siste par årene ikke forvente at Helse Nord foretar seg noe. Når statsråden har svart på spørsmål om Finnmarkssykehuset, vises det til hva Helse Nord har uttalt (14) – altså foretas det ingen vurdering fra øverste eier.

Når Finnmarkssykehuset ikke ledes og styres slik Stortinget og befolkningen har forutsatt ut fra lovpålegg,

må ledelsen skiftes ut. Ledere som gir villedende informasjon og ikke forholder seg til Stortingets vedtak, representerer en trussel mot demokratiet og tilgangen til spesialisthelsetjenester. Stortinget «kjenner» bare regjeringen. Regjeringen lar seg ikke kontrollere når statsråden lar være å gripe inn i styringen.

Beslutninger av stor betydning for befolkningen treffes uten kontroll fra Stortinget. Grunnleggende statsrettslige spilleregler nedfelt i Grunnloven settes dermed til side. Når ingen griper inn, blir utfordringene tydeliggjort: Den fører til vilkårlig nedbygging av sykehustilbud uten offentlig og politisk diskusjon. ■

Mottatt 21.9.2025, godkjent 24.9.2025.

Anne Kjersti Befring

a.k.befring@jus.uio.no

Anne Kjersti Befring er professor i rettsvitenskap ved juridisk fakultet, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Britto B. Finnmarkssykehuset kuttar 200 millionar – fagdirektør Eystein Hauges eige selskap hjelper til i pros. NRK 15.2.2025. Lest 10.9.2025.
- 2 Altaposten. Ekspert om konsulentsaken: – De har brutt loven på verst tenkelig vis. Lest 10.9.2025.
- 3 Skoglund T. Brøt loven da Hauge ble leid inn: – Kan ikke treffe dette vedtaket om sjefen deres er inhabil. Lest 10.9.2025.
- 4 Larsen H. Bruker egen advokat til å undersøke mulige lovbrudd i Finnmarkssykehuset. NRK 5.9.2025. Lest 10.9.2025.
- 5 Britto B, Sætra G. Leger varslet mot direktør: Nå trues de med sparken. NRK 25.11.2024. Lest 10.9.2025.
- 6 Reginiusen A. Han skaper konflikter overalt rundt seg. Nå er det på tide å sende Ole Hope tilbake til Bergen. iFinnmark 19.12.2024. Lest 10.9.2025.
- 7 Britto B. Snart skal kuttene vedtas i Finnmarkssykehuset: Frykten for omstilling brer seg blant ansatte. NRK 11.11.2024. Lest 10.9.2025.
- 8 Reppen NK. Lederlønningene øker, intensivsykepleiere slutter: – Gir et dårlig signal. Sykepleien 24.4.2025. Lest 21.9.2025.
- 9 iFinnmark. Barneavdelingen har for få rom. Lest 24.9.2025.
- 10 Britto B. Pasienter avvist, redningshelikopter omdirigert: HRS frykter for liv og beredskap. NRK 19.7.2025. Lest 10.9.2025.
- 11 Ondrckova CØ. – Det er historisk bra det som er gjort! Dagens medisin 26.2.2025. Lest 10.9.2025.
- 12 Røsbø PO. Hvordan raskt kjøre en spesialisthelsetjeneste i grøften. Dagens medisin 4.6.2025. Lest 10.9.2025.
- 13 Riksrevisjonen. Risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene. Lest 24.9.2025.
- 14 Stortinget. Skriftlig spørsmål fra Kjersti Toppe (Sp) til helse- og omsorgsministeren. Lest 24.9.2025.

Tekst: Orinta Rui

Passiv ventetid i metodevurderinger

Systemet bak Nye metoder har styrket kvaliteten i prioriteringsarbeidet. Men når prosessen settes på pause, mister pasientene tid de ikke har.

Nye metoder er et nasjonalt prioriteringssystem i norsk spesialisthelsetjeneste for å vurdere og bestemme hvilke nye metoder og legemidler som skal innføres eller fases ut. Systemet eies av de regionale helseforetakene og ble etablert for å sikre kunnskapsbaserte og rettferdige beslutninger om nye legemidler og behandlinger (1). Etableringen har gitt en mer strukturert prosess omkring disse problemstillingene. Samtidig har ordningen en svakhet som undergraver både pasientenes muligheter og systemets legitimitet: den passive ventetiden (2).

Passiv ventetid er perioder der prosessen stopper opp. Arbeidet med vurderinger blir liggende fordi den tilgjengelige dokumentasjonen ikke er tilstrekkelig til å gjennomføre metodevurderingen. Når slike stopp utgjør en stor del av ventetiden, betyr det at pasientene og helsetjenesten må vente unødige lenge på en beslutning (3).

Passiv ventetid er ikke et uttrykk for at enkeltaktører svikter. Det er et systemproblem

Stillstand koster

Det tar tid å gjennomføre metodevurderinger. Det er en naturlig del av prosessen at det kreves analyser av effekt, kostnader og pris før en beslutning kan tas. Denne tiden kan regnes som en nødvendig del av systemet slik det er organisert i dag. Utfordringen oppstår når prosessen settes på pause. Årsaken til dette kan være at dokumentasjonen som foreligger, ikke er tilstrekkelig til å fullføre vurderingen. Industrien arbeider i denne perioden med å levere tilleggsinformasjon, men slike spørsmål kunne, og burde, vært avklart før oppstart. Når dette skjer, blir resultatet stillstand som forlenger prosessen uten å tilføre mer kvalitet.

For pasientene kan ventetiden være avgjørende. Når sykdom utvikler seg raskt, kan måneder i stillstand ha stor betydning for om en behandling rekker å gi effekt. For helsetjenesten betyr det at gevinster realiseres senere enn nødvendig, og ressursene brukes ikke der de har størst verdi (4).

Passiv ventetid er ikke et uttrykk for at enkeltaktører svikter. Det er et systemproblem. Produsenter leverer ofte dokumentasjon som ikke fullt ut svarer til myndighetenes behov, mens myndighetene på sin side ikke kan fatte en beslutning før grunnlaget er komplett.



Les flere debattartikler på tidsskriftet.no:



TIL DISKUSJON
Reaksjoner, faglige innspill
og konstruktiv debatt.

Hvordan redusere passiv ventetid

Den passive ventetiden kan reduseres uten at kvaliteten på beslutningene svekkes. Tiden som brukes til analyser og faglige vurderinger, er nødvendig. Kravene til dokumentasjon må derfor tydeliggjøres: Klare krav til data, endepunkter og modellforutsetninger fra første dag vil gjøre industrien i stand til å kunne levere mer presist og dermed unngå runder med ekstra innhenting.

Faste oppstartsmøter bør innføres. Erfaringene fra National Institute for Health and Care Excellence (NICE) i Storbritannia viser at slike avklaringsmøter har dokumentert effekt ved å redusere behovet for senere justeringer (5). Her møtes myndigheter, fagmiljøer og industri tidlig i prosessen for å enes om metodevalg, identifisere relevante pasientgrupper og sikre felles forståelse av hvilke data som må ligge til grunn. En tilsvarende ordning i Norge ville gitt økt forutsigbarhet for alle aktører og bidratt til færre opphold i prosessen – uten å gå på akkord med kvaliteten.

Koordineringen mellom aktørene må styrkes. Nye metoder involverer mange ledd: Bestillerforum, Direktoratet for medisinske produkter, Sykehusinnkjøp og Beslutningsforum, i tillegg til sekretariat og underprosesser som forbereder sakene. Hver instans har egne rutiner, frister og møtesykluser. Når så mange aktører skal samordnes, blir prosessen sårbar for forskyvninger som kan forlenge ventetiden uten å tilføre mer kvalitet. En mer helhetlig prosesskalender, tettere koordinering på tvers og systematisk statusdeling kan bidra til bedre flyt. For å få til dette trengs også en felles definisjon av hva ventetid faktisk er, slik at omfanget kan måles og forbedringene følges opp over tid (2).

Pasientenes tid teller

Pasientenes tid er like viktig som kvaliteten i vurderingene. Når prosessen stopper opp i måneder fordi dokumentasjonskravene ikke var tydelig avklart fra starten, oppstår to uheldige utfall: Dersom legemiddelet til slutt innføres, har pasientene tapt helse og leveår som kunne vært spart. Dersom utfallet blir nei, har pasienter og fagmiljøer ventet unødvendig lenge på en avklaring. Den passive ventetiden må derfor ned – gjennom tydeligere krav, tidlig dialog og bedre koordinering. Lykkes vi med dette, får pasientene raskere, mer rettferdige og mer forutsigbare beslutninger, samtidig som systemet blir sterkere. ■

Mottatt 20.8.2025, første revisjon innsendt 10.9.2025, godkjent 29.9.2025.

Orinta Rui

orinta.rui@gmail.com

Orinta Rui er sykepleier og har en mastergrad innen helseøkonomi og politikk. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Nye metoder. Strategi for Nye metoder 2023–2028. Lest 25.9.2025.
- 2 Nye metoder. Årsoppsummering 2024. Lest 25.9.2025.
- 3 Anderssen H, Nilsen LB. Norske pasienter ventet lenger på nye legemidler i 2024 enn i 2021. HealthTalk 21.2.2025. Lest 25.9.2025.
- 4 Bjørnelv GMW, Aas E. Kostnadseffektivitetsanalyse: et rammeverk for prioriteringskriteriene. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143. doi: 10.4045/tidsskr.23.0474.
- 5 National Institute for Health and Care Excellence (NICE). The scope. I: NICE health technology evaluations: the manual. Lest 25.9.2025.

Mangel på nasjonale retningslinjer innan psykiatri

Helsedirektoratet prioriterer ikkje å oppdatere nasjonale retningslinjer. Det burde det bli ei endring på.

Helsedirektoratet har i laupet av dei to siste åra avpublisert nasjonale faglege retningslinjer for depresjon, bipolar lidning og psykose med begrunninga at dei var «utdaterte» (1–3). Det finst ikkje nokon konkret plan for å utgi nye.

Alvorlege psykiske lidningar har stor innverknad på pasientane og deira pårørande. Målt i helsejusterte leveår (DALY) i Noreg er det kun svulstar som gir høgare byrde enn psykiske lidningar (1). Schizofreni og depresjon er begge på lista over topp ti sjukdomar med høgast helseutgifter, og for unge og middelaldrande utgjør psykiske lidningar og rus om lag halvparten av utgiftene (2). Riktig og effektiv behandling er difor avgjerande for å sikre best mogleg forlaup for pasientane.

Nasjonale faglege retningslinjer

Helsedirektoratet har fått mandatet til å gi ut nasjonale faglege retningslinjer (3). Desse er normerande og uttrykk for kva som er fagleg god praksis. Hensikta er blant anna å sikre at behandlinga har god kvalitet og at det ikkje førekjem uønska variasjon i tenestetilbodet. Med dette som bakteppe er det til å undre seg over at ikkje Helsedirektoratet sjølv problematiserer mangelen på retningslinjer i større grad.

På Helsedirektoratet sine sider er det 521 treff under «Nasjonale anbefalinger og krav» (4), men det er vanskeleg å få oversikt over kor mange retningslinjer som er avpubliserte eller som manglar. Eit felt utan nasjonale retningslinjer er behandling av pasientar med hjarteinfarkt med ST-elevasjon (STEMI). I ei pågåande tilsynssak som omhandlar dette, har Statsforvaltaren i Nordland gjort anbefalingar i ei internasjonal retningslinje til eit absolutt krav for å fastsetje kva som er fagleg forsvarleg behandling (5). Dette har vekt sterke reaksjonar i fleire miljø (6). Når det manglar nasjonale føringar for behandling, blir det i større grad opp til den einskilde klinikar å vurdere kva som er fagleg god praksis. Dette harmonerer dårleg med utfallet i nemnde sak.

Det er til å undre seg over at ikkje Helsedirektoratet sjølv problematiserer mangelen på retningslinjer i større grad

Normerande behandlingsretningslinjer gir større føreseielegheit for klinikarar, pasientar og pårørande. Det gjer det også lettare for pasientar og pårørande å orientere seg og medverke i samvalg av behandling.



Walter Gramatté, *The Great Anxiety* (selvportrett i trekvart profil til høyre), 1918. National Gallery of Art, USA (gave fra Christopher og Beverly With til minne om Karl og Gerda With). Creative commons / CC0.

Nasjonale retningslinjer minskar usikkerheit kring behandlingsval og kan også redusere uønska variasjon mellom behandlingsstader

Eit tverrfagleg miljø har i fleire år forsøkt å få Helsedirektoratet til å oppdatere den nasjonale rettleiaren for behandling av osteoporose (7). Helsedirektoratet ønsker imidlertid ikkje å prioritere det, og oppmodar i staden fagmiljøa til å lage kunnskapsbaserte retningslinjer sjølv. Fagmiljøa har utvilsamt mykje kompetanse og er nærast på pasienten som mottek behandling, men i tillegg til å vere eit ressurs spørsmål kan fagleg usemje i miljøet eller spørsmål om prioritering av ressursar gjere denne løysinga vanskeleg. Ei lokalt utarbeidd retningslinje vil heller ikkje ha same faglege autoritet som ei utgitt av Helsedirektoratet, nettopp fordi det er så eksplisitt uttalt at det kun er Helsedirektoratet som har eit slikt mandat.

Konsekvensar innan psykisk helsevern

I mitt eige fagfelt finn eg det krevjande å forhalde meg til dobbeltkommunikasjonen frå tilsynsmyndigheitene. På den eine sida seier dei at fagpersonar kan utarbeide retningslinjer sjølv og at dei har stor lit til det kliniske

skjønnnet vårt. Men når Statsforvaltaren handsamar klager på tvangsmedisineringsvedtak etter lov om psykisk helsevern, vises det i stor grad til retningslinjer, inkludert internasjonale, når dei setjer lista for fagleg forsvarleg behandling. Eit vedtak tufta kun på psykiateren si kliniske vurdering kan fort bli underkjent og oppheva, er mi erfaring. Nasjonale retningslinjer minskar usikkerheit kring behandlingsval og kan også redusere uønska variasjon mellom behandlingsstader.

Når Helsedirektoratet nedprioriterer å oppdatere behandlingsretningslinjene for tre av dei største diagnosegruppene innan psykiatri, oppfatar eg det som eit sterkt signal med negativ valør. Men forhåpentlegvis tek eg feil.

Helsedirektoratet bør vere bevisst sitt ansvar og snarast oppdatere viktige nasjonale retningslinjer, inkludert dei for psykiske lidingar. Det er minst like viktig at behandlinga er av god kvalitet for depresjon, bipolar lidning og psykose som for brystkreft, digital heimeoppfølging og kosthald (4). ■

Mottatt 13.6.2025, godkjent 29.9.2025.

Jeanette Bjørke

jeanette.solheimslid.bjorke@sus.no

Jeanette Bjørke er ph.d., spesialist i psykiatri og overlege ved Klinikk psykisk helsevern voksne, Stavanger universitets-sjukehus. Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikar.

Litteratur

- 1 Helsedirektoratet. Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2019-2021. Lest 13.6.2025.
- 2 Folkehelseinstituttet. Hva koster ulike sykdommer i helsevesenet? Lest 13.6.2025.
- 3 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). §12-5. Lest 29.9.2025.
- 4 Helsedirektoratet. Nasjonale anbefalinger og krav. Lest 29.9.2025.
- 5 Ondrckova CØ. Statsforvalteren mener Helse Nord har brutt loven i to PCI-saker. Dagens Medisin 3.7.2025. Lest 29.9.2025.
- 6 Ondrckova CØ. PCI-debatten: En logikk jeg tror mange vil stusse over. Dagens Medisin 4.9.2025. Lest 29.9.2025.
- 7 Hofstad E. Den lange kampen for oppdaterte nasjonale retningslinjer for osteoporose. Sykepleien 4.10.2024. Lest 29.9.2025.

HØY IPD- DEKNING HOS ELDRE¹

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

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

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



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

Nå godkjent og tilgjengelig i Norge

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

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

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

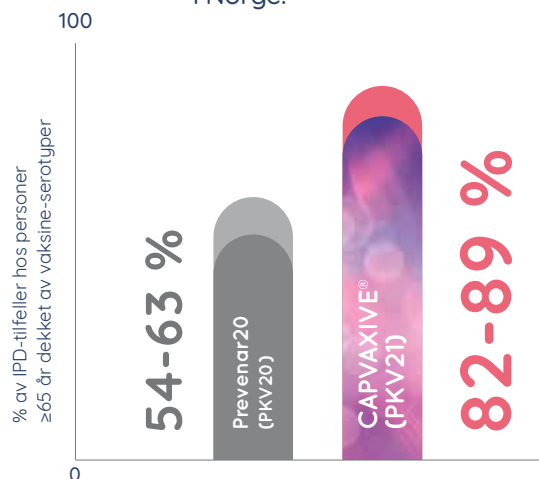
Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor virkestoffene eller noen av hjelpestoffene.¹

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

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

OPPTIL
35 %

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



Referanser:

1. CAPVAXIVE® (PKV21) – preparatomtale. Publisert 31.03.25. Tilgjengelig fra: ema.europa.eu
2. Invasiv pneumokokksykdom i Norge 2004–23 og valg av vaksiner til eldre | Tidsskrift for Den norske legeforening (<https://tidsskriftet.no/2025/03/originalartikkel/invasiv-pneumokokksykdom-i-norge-2004-23-og-valg-av-vaksiner-til-eldre>)

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



Illustrasjon: Tidsskriftet

Tekst: Jørgen G. Bramness

Naltrekson i behandlingen av alkoholavhengighet

Norske leger bør i større grad forskrive naltrekson til pasienter med høyt alkoholbruk. Noen karakteristika ved pasientene kan hjelpe til å målrette behandlingen og øke sjansen for et heldig utfall.

De fleste bruker alkohol kontrollert og til glede, men noen får problemer. Om lag 175 000–350 000 personer har til enhver tid et bruksmønster som kunne gitt diagnosen alkoholavhengighet med manglende kontroll, toleranseutvikling og/eller negative konsekvenser av bruken (1). Likevel kommer få til behandling. Bare 5–10 % av dem som kunne hatt nytte av det, mottar helsehjelp (2).

Det er mange grunner til ikke å søke hjelp for alkoholproblemer, både personlige og systemrelaterte (3), inkludert manglende bevissthet om behandling, lav tro på nytten, stigmaet ved alkoholproblemer eller troen på at man kan løse det selv (4). Noen opplever at de ikke passer inn i de behandlingsoppleggene som finnes. Det er behov for alternativer.

Bare 5–10 % av dem som kunne hatt nytte av det, mottar helsehjelp

Og selv om behandling kunne ha hjulpet, blir alkoholbruk ofte ikke tatt opp av helsepersonell (5). At alkoholbrukslidelser forblir udiagnostisert og ubehandlet i helsevesenet og at det kan ta svært lang tid fra debut til behandling, har sammensatte årsaker (6). Noen synes at alkoholbruk tilhører privatsfæren og ikke bør problematiseres (7). Noen vet ikke hvordan de skal følge opp og mangler verktøy for oppfølging.



Behandling og naltrekson

Alkoholavhengighet behandles på ulike måter, med psykoedukasjon, motiverende intervju, kognitiv atferdsterapi, gruppeterapi, men også medikamentelt. Norge har tradisjonelt et lavt forbruk av legemidler mot alkoholavhengighet (8), men det er markedsføringstillatelse for disulfiram, akamprosot, nalmefen og naltrekson, som denne artikkelen omhandler.

Naltrekson er en opioidantagonist som virker spesielt på μ -opioidreseptorene og demper den forsterkende effekten av alkoholinntak hos avhengige (9). En annen opioidantagonist, nalmefen, ble for noe år siden også introdusert som behandling for alkoholavhengighet, men da som ad hoc-medisin (10). Nalmefen lærte oss at også naltrekson kan tas ved behov.

Bivirkninger av naltrekson er sjeldne, men omfatter kvalme, svimmelhet, forstoppelse, hodepine og utmatte (11). Det er rapportert noen leverproblemer, men slike bivirkninger er enda sjeldnere, og leversvikt er bare en relativ kontraindikasjon.

Naltrekson er ment å dempe alkoholsuget og redusere tungt alkoholbruk. Målet er ikke totalavhold

Moderat effekt eller feil målgruppe?

Naltrekson er ment å dempe alkoholsuget og redusere tungt alkoholbruk. Målet er ikke totalavhold. Mange ønsker imidlertid å gå fra tung til kontrollert drikking. En metaanalyse viser at naltrekson 50 mg per dag eller ad hoc gir mindre tung drikking (12).

Effekten er moderat, men antagelig har visse pasienter større nytte. Størst effekt av naltrekson er vist hos dem med alvorlig alkoholavhengighet (13) og alkoholproblemer i familiehistorien (14). De som drikker for å oppnå belønningseffekt, kan også ha større nytte enn de som drikker for å dempe angstsymptomer. En studie viste at personer med sukkersug hadde bedre effekt av naltrekson enn placebogruppen, med mindre tilbakefall til tung drikking (15). Røykere er også vist å ha større effekt av naltrekson (16, 17). Polymorfismer i μ -opioidreseptor (OPRM1)-genet er en annen viktig faktor (18). De med den vanligste formen (AA) har mindre effekt enn de med de sjeldnere variantene (GG eller AG) (19). Disse genotypene er også relatert til røyking, i alle fall røyking sammen med drikking (20).

Forskriv naltrekson oftere

Norske leger skriver for sjelden ut naltrekson mot overdreven alkoholbruk. Dette er et underutnyttet verktøy. Ved slik bruk kan vi nå større pasientgrupper. Man bør tilby naltrekson spesielt til pasienter som drikker svært mye, som har en positiv famleianamnelse med alkoholavhengighet, som ikke har veldig høyt angstnivå, som røyker og som er glad i sukker. Pasienten behøver ikke å bruke naltrekson fast, men kan ta 50 mg ved anledninger der vedkommende frykter manglende kontroll. ■

Mottatt 25.8.2025, første revisjon innsendt 7.10.2025, godkjent 8.10.2025.

Jørgen G. Bramness

joebra@ous-hf.no

Jørgen G. Bramness er spesialist i psykiatri, seniorforsker ved Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning (RusForsk), Oslo universitetssykehus og ved Forskningscenter for rus- og psykiske lidelser (ROPforsk), Sykehuset Innlandet og er professor ved UiT – Norges arktiske universitet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Bramness JG. Rusmiddellidelser i Norge. Folkehelseinstituttet, 2022. Lest 8.10.2025.
- 2 Torvik FA, Ystrom E, Gustavson K et al. Diagnostic and genetic overlap of three common mental disorders in structured interviews and health registries. *Acta Psychiatr Scand* 2018; 137: 54–64.
- 3 Probst C, Manthey J, Martinez A et al. Alcohol use disorder severity and reported reasons not to seek treatment: a cross-sectional study in European primary care practices. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2015; 10: 32.
- 4 Schuler MS, Puttaiah S, Mojtabei R et al. Perceived Barriers to Treatment for Alcohol Problems: A Latent Class Analysis. *Psychiatr Serv* 2015; 66: 1221–8.
- 5 Bakhshi S, While AE. Health professionals' alcohol-related professional practices and the relationship between their personal alcohol attitudes and behavior and professional practices: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2013; 11: 218–48.
- 6 Chapman C, Slade T, Hunt C et al. Delay to first treatment contact for alcohol use disorder. *Drug Alcohol Depend* 2015; 147: 116–21.
- 7 Lid TG, Nesvåg S, Meland E. When general practitioners talk about alcohol: exploring facilitating and hampering factors for pragmatic case finding. *Scand J Public Health* 2015; 43: 153–8.
- 8 Heldal AT, Skurtveit S, Lobmaier PPK et al. Bruk av medikamenter for alkoholbrukslidelser i Norge 2004–16. *Tidsskr Nor Legeforen* 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0383.
- 9 Benjamin D, Grant ER, Pohorecky LA. Naltrexone reverses ethanol-induced dopamine release in the nucleus accumbens in awake, freely moving rats. *Brain Res* 1993; 621: 137–40.
- 10 Paille F, Martini H. Nalmefene: a new approach to the treatment of alcohol dependence. *Subst Abuse Rehabil* 2014; 5: 87–94.
- 11 Celik M, Gold MS, Fuehrlein B. A Narrative Review of Current and Emerging Trends in the Treatment of Alcohol Use Disorder. *Brain Sci* 2024; 14: 294.
- 12 Maisel NC, Blodgett JC, Wilbourne PL et al. Meta-analysis of naltrexone and acamprosate for treating alcohol use disorders: when are these medications most helpful? *Addiction* 2013; 108: 275–93.
- 13 Agabio R, Lopez-Pelayo H, Bruguera P et al. Efficacy of medications for the treatment of alcohol use disorder (AUD): A systematic review and meta-analysis considering baseline AUD severity. *Pharmacol Res* 2024; 209: 107454.
- 14 van Amsterdam J, van den Brink W. Explaining increased efficacy of naltrexone in the treatment of alcohol dependent patients with a family history of alcohol use disorder: A systematic review on the role of reward sensitivity and sweet liking. *Alcohol* 2025; 127: 63–72.
- 15 Laaksonen E, Lahti J, Sinclair JD et al. Predictors for the efficacy of naltrexone treatment in alcohol dependence: sweet preference. *Alcohol Alcohol* 2011; 46: 308–11.
- 16 Schacht JP, Randall PK, Latham PK et al. Predictors of Naltrexone Response in a Randomized Trial: Reward-Related Brain Activation, OPRM1 Genotype, and Smoking Status. *Neuropsychopharmacology* 2017; 42: 2640–53.
- 17 Fucito LM, Park A, Gulliver SB et al. Cigarette smoking predicts differential benefit from naltrexone for alcohol dependence. *Biol Psychiatry* 2012; 72: 832–8.
- 18 Oslin DW, Berrettini W, Kranzler HR et al. A functional polymorphism of the mu-opioid receptor gene is associated with naltrexone response in alcohol-dependent patients. *Neuropsychopharmacology* 2003; 28: 1546–52.
- 19 Mura E, Govoni S, Racchi M et al. Consequences of the 118A>G polymorphism in the OPRM1 gene: translation from bench to bedside? *J Pain Res* 2013; 6: 331–53.
- 20 Lechner WV, Knopik VS, McGeary JE et al. Influence of the A118G Polymorphism of the OPRM1 Gene and Exon 3 VNTR Polymorphism of the DRD4 Gene on Cigarette Craving After Alcohol Administration. *Nicotine Tob Res* 2016; 18: 632–6.

Verktøy til forebygging

Som fastlege skal du rekke mye.

Frisklivssentralen og **takst 101** gir helsefaglig støtte til pasienter som vil endre levevaner og mestre helseutfordringer.

Sammen kan vi bidra til forebygging av sykdom og funksjonsfall.



FRISKLIVSSENTRALEN

TAKST 101



Helsedirektoratet

Tekst: Kristin Foshaug Ingvaldsen

Tester som kan skade

Som medisinstudent undres jeg over hvor lite vi lærer om skadevirkningene som oppstår når vi forsøker å hjelpe.

Norge tas det hvert år omtrent en halv million PSA-tester, som måler nivået av prostataspesifikt antigen (PSA), ofte på friske menn uten symptomer (1). Uten et nasjonalt screeningprogram har praksisen utviklet seg til et eksperiment med usikker gevinst og reell risiko for skade. Jeg har selv møtt pasienter henvist til urolog for kontroll av lavgradig prostatakrefte, oppdaget via PSA-test hos fastlegen. Pasientene følges opp i årevis uten å motta behandling fordi sykdommen er så mild at aktiv behandling ikke har dokumentert effekt. Oppfølgingen er ressurskrevende og kan skape bekymring hos pasienten. Slike møter har fått meg til å stille spørsmålet: Hva utsetter vi asymptomatiske menn for når vi velger å teste dem?

PSA som screening

Helsedirektoratet har utarbeidet noen prinsipper for hva en god screeningtest er (2). Man bør kun screene for sykdommer som utgjør et viktig helseproblem, og som har et kjent forløp med en gjenkjennbar asymptomatisk fase som kan fanges opp med en relativt enkel test. Testen man bruker til screening bør være sikker og presis, og metoden skal være akseptabel for gruppen man tester. Det må også være tydelig hvilke testresultater som skal anses som positive, og hvordan pasientene med positiv test skal følges opp. Behandlingen må ha dokumentert effekt og gi bedre resultat ved tidlig oppstart. Effekten av screeningen skal være å redusere sykdomsspesifikk mortalitet eller sykkelighet, og helsegevinsten må være større enn ulempene.

Prostatakrefte er den vanligste kreftformen hos menn og står for omtrent 16 % av kreftrelaterte dødsfall blant menn i Norge (3). Det er estimert at omtrent hver åttende mann i Norge vil få diagnosen prostatakrefte innen fylte 75 år (3). Derfor ville det vært særdeles nyttig å utvikle screeningverktøy som kan redusere morbiditet og sykdomsspesifikk mortalitet.

PSA-verdien er ofte økt ved prostatakrefte, også i en tidlig asymptomatisk fase av sykdommen, og det er nettopp det som er bakgrunnen for PSA-screening (1). Samtidig er tolkning av PSA

vanskelig, ettersom en normal PSA-verdi kan ses ved prostatakrefte, mens en forhøyet PSA-verdi også kan ses ved andre tilstander enn kreft, som benign prostatahyperplasi (BPH), infeksjoner og betennelse i prostata. Det finnes heller ikke en spesifisert grenseverdi for når man skal henvise en asymptomatisk pasient videre på grunnlag av en PSA-test. Dette gjør det vanskelig å bedømme hvor høy PSA-verdien bør være for at pasienten skal henvises videre til MR eller biopsi.

I en studie ble det vist at menn som ble screenet med én enkelt PSA-test, hadde høyere forekomst av prostatakrefte sammenliknet med en kontrollgruppe som ikke ble screenet (4). Samtidig så man at en overvekt av krefttillfellene som ble fanget opp i screeninggruppen, var tumorer med lavt malignitetspotensial, vurdert ved histopatologisk undersøkelse, det vil si Gleason-skår ≤ 6 . Etter ti års oppfølging var det heller ingen forskjell i total dødelighet blant mennene som ble screenet, sammenliknet med kontrollgruppen. Det var derfor ikke tydelige holdepunkter for at enkeltstående PSA-tester reduserer den generelle mortaliteten i screeninggruppen. Tvert imot økte antallet prostatakrefte-diagnoser, og dermed også antallet pasienter som må følges opp og eventuelt behandles.

Samtidig viste en studie fra 2019 at PSA-screening kan redusere sykdomsspesifikk mortalitet ved langvarig oppfølging (5). Ulempen er at det er estimert at 570 menn må screenes og 18 menn må få diagnosen prostatakrefte for å forhindre ett sykdomsassosiert dødsfall over en 16-års periode med gjentatte PSA-tester. Dermed må veldig mange screenes for at det skal være fordelaktig for noen få. Andre studier viser imidlertid ingen forskjell i total mortalitet og at dødeligheten av andre årsaker faktisk øker blant menn som har fått diagnosen prostatakrefte i screeninggruppen (6). Dette kan skyldes at man ved screening oppdager mange lavgradige svulster med lav risiko for dødelig utgang, uansett hvordan det følges opp (7).

Overdiagnostikk og overbehandling

Overdiagnostikk innebærer funn av sykdom som aldri ville blitt klinisk relevant.

PSA-screening kan redusere forekomsten av avansert sykdom, men fører også til at mange friske menn får påvist kreft som aldri kommer til å bli behandlingskrevende (7). Ulempen ved å fange opp flere tilfeller av prostatakreft er at det øker andelen som skal følges opp eller behandles, noe som er ressurskrevende.

All behandling som ikke gir noen helsegevinst for pasienten, kalles overbehandling, og det er en naturlig konsekvens ved overdiagnostikk. Overbehandling kan medføre bivirkninger, komplikasjoner og unødvendig belastning for pasienten. Konsekvensene av behandling for prostatakreft avhenger av behandlingsstrategi, men kan inkludere urininkontinens, nokturi, seksuell dysfunksjon, fekal inkontinens, blodig avføring eller løs avføring (8). Noen får kun forbigående plager, mens andre får vedvarende plager som forverres med tiden.

Etter å ha satt meg inn i konsekvensene av PSA-testing, virker det som om nytten for mange ikke står i forhold til risikoen de utsettes for. Dette reiser noen etiske spørsmål knyttet til balansen mellom nytte og skade, samt individ og samfunn.

Etiske utfordringer

PSA-screening aktualiserer etiske dilemmaer knyttet til folkehelseiltak generelt. Screening er et folkehelseiltak, og folkehelse handler om befolkningen som helhet. Selv om slike tiltak er ment å redusere sykkelighet og dødelighet på befolkningsnivå, er det enkeltindivider som bærer de fysiske og psykiske byrdene (9, s. 161). Det etiske spørsmålet blir dermed om det er rett å påføre friske mennesker slike belastninger hvis gevinstene som oppnås på gruppenivå er små.

Råd og tiltak fra helsemyndigheter tas gjerne på alvor av pasientene, og den tilliten gir oss som helsepersonell en form for makt. Derfor er det viktig at vi forvalter den makten på en måte som ikke påfører pasientene unødig skade (9, s. 163). PSA-testing uten nasjonale anbefalinger, såkalt villscreening, gjør at det i dag er opp til den enkelte lege å avgjøre om testen skal tilbys. Å utsette friske menn for en test med usikker nytte og reell risiko for skade gjør det nødvendig å stille spørsmål ved om dette er en legitim maktutøvelse. Manglende forankring i retningslinjer svekker også det etiske grunnlaget.

Rettferdig prioritering

Når vi som helsepersonell vurderer å tilby tiltak som PSA-testing, må vi også se det i lys av hvilke ressurser vi har til rådighet. Det utvikles stadig nye diagnostiske hjelpemidler og behandlingmuligheter, og det er et press fra pasientene, pasientorganisasjoner, media og fagmiljøer om å tilby mest mulig til flest mulig (9, s. 170). Likevel har det norske helsevesenet begrenset kapasitet. Helsetjenesten skal ivareta stadig flere syke og behandlingstrengende, og med en eldrebølge på dørstokken blir det enda viktigere å prioritere de pasientene som har størst nytte av helsehjelpen.

Helsegapet er forskjellen mellom hvor mye utredning og behandling helsevesenet —>

Svaret på når man skal bruke PSA-testing ligger mellom alltid og aldri, og det finnes nok ikke ett entydig svar

teoretisk sett kan tilby, og hvor mye som er bærekraftig å tilby for å sikre gode tilbud i tiden fremover (9, s. 170). Helsegapet øker, noe som betyr at leger må begrense utredning og behandling, slik at man ikke sløser med helseressursene. Det krever faglig skjønn og erfaring, men også at vi som fagmiljø tar stilling til hva som bør prioriteres. Som medisinstudent kjenner jeg på at unge leger arver noen utfordringer som burde vært håndtert på systemnivå. Hvordan skal jeg som fremtidig lege klare å prioritere riktig?

I en stortingsmelding ble det foreslått noen prinsipper for rettferdig prioritering i helsevesenet, som nettopp skal hjelpe oss i slike vurderinger (10). Her vektlegges nytten av utredning og behandling, ressursbruken knyttet til tiltaket samt alvorlighetsgraden av diagnosen. Dette innebærer at man må balansere byrden på helsevesenet med pasientens behov, for å komme frem til tiltak som gir nødvendig helsehjelp til enkeltpasienter og pasientgrupper uten å sløse med ressurser. Dette er likevel ikke enkelt å omsette i praksis. Selv om man lærer grunnprinsippene for prioritering på medisinstudiet, opplever jeg at det er vanskelig å vite hvordan disse prinsippene faktisk skal anvendes i møte med pasienter. Hva betyr det i praksis å prioritere riktig?

Noe av svaret ligger i å forstå at prioritering skjer på alle nivåer i helsetjenesten, både på systemnivå og i helt konkrete beslutninger i hverdagen til helsepersonell (9, s. 171). Som lege i allmennpraksis har man et stort ansvar, både som portvakt inn til spesialisthelsetjenesten og som den som bestemmer hvilke diagnostiske verktøy og behandlingstiltak som tas i bruk. Det er her prioritering skjer i praksis: i valget om man skal utrede videre eller ikke, i vurderingen av hvor stor nytte en test har og i forståelsen av hva et prøveresultat faktisk vil bety for videre oppfølging.

Hvorfor er det så vanskelig å si nei?

Selv med prioriteringsprinsippene i ryggen kan det være utfordrende å stå i konkrete situasjoner der en pasient ber om en undersøkelse legen er usikker på om er til pasientens beste. I eksempelet med PSA-testing har man lite støtte i retningslinjene. I dagens norske retningslinjer anbefales det at asymptomatiske menn kan tilbys testen dersom de selv ønsker det, men avgjørelsen bør tas i samråd med lege etter at pasienten har fått informasjon om fordeler og ulemper (3).

Dette gir liten faglig støtte i situasjoner der det ikke er en utvetydig klinisk indikasjon for testingen. Ansvaret legges i stor grad over på pasientene, som ofte allerede har en klar formening om at de ønsker å ta testen når de møter legen. Mange er påvirket av erfaringer fra bekjente, medieoppslag eller kommersielle aktører som har økonomisk interesse i å promotere slike tester (1). Dette kan prege pasientens syn og gjøre det vanskelig for legen å få gjennomslag for faglige vurderinger.

Funn fra en studie viste at mange fastleger opplever usikkerhet knyttet til når de skal teste,

tolkning av prøvesvarene og når pasienten skal henvises videre til spesialisthelsetjenesten (1). Denne usikkerheten kan gjøre det enda vanskeligere å si nei til å ta en PSA-test under press fra pasient og pårørende (9, s. 173). De fleste leger ønsker å gjøre det som er best for pasienten, og det kan være vanskelig å vurdere hva som er best i en slik situasjon. Ofte er det enklere og raskere å bare si ja. Dette blir gjerne en større utfordring for uerfarne leger.

Tør å la være

Valgene som tas i primærhelsetjenesten, påvirker både pasientenes liv og bærekraften i helsevesenet. Dette gjelder ikke bare PSA-testing, men diagnostikk og behandling generelt. Svaret på når man skal bruke PSA-testing ligger mellom alltid og aldri, og det finnes nok ikke ett entydig svar. Når retningslinjene er utydelige og bygger på klinisk skjønn, bærer legen og pasienten et stort ansvar for vanskelige beslutninger. Dette er særlig utfordrende for uerfarne leger. Derfor bør medisinstudenter og unge leger bevisstgjøres om konsekvensene av valgene de tar. Hvis vi skal unngå unødvendig testing, må vi utdanne leger som ikke bare kan diagnostisere, men som også tør å la være. ■

Mottatt 21.8.2025, første revisjon innsendt 5.10.2025, godkjent 6.10.2025.

Kristin Foshaug Ingvaldsen

krisfing@stud.ntnu.no

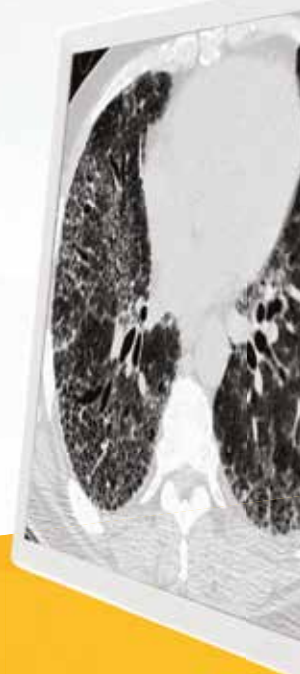
Kristin Foshaug Ingvaldsen er medisinstudent ved NTNU, Levanger og deltaker i Legeforeningens prosjekt Studenter for kloke valg. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Thorsen O, Viste E, Lid TG et al. General practitioners' reflections on using PSA for diagnosis of prostate cancer. A qualitative study. *Scand J Prim Health Care* 2022; 40: 123–8.
- 2 Helsedirektoratet. Screeningprogram for kreft. Lest 6.10.2025.
- 3 Helsedirektoratet. Prostatakraft – handlingsprogram. Lest 6.10.2025.
- 4 Martin RM, Donovan JL, Turner EL et al. Effect of a Low-Intensity PSA-Based Screening Intervention on Prostate Cancer Mortality: The CAP Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2018; 319: 883–95.
- 5 Hugosson J, Roobol MJ, Månsson M et al. A 16-yr Follow-up of the European Randomized study of Screening for Prostate Cancer. *Eur Urol* 2019; 76: 43–51.
- 6 Booth N, Rissanen P, Tammela TLJ et al. Cost-effectiveness analysis of PSA-based mass screening: Evidence from a randomised controlled trial combined with register data. *PLoS One* 2019; 14: e0224479.
- 7 Gandaglia G, Albers P, Abrahamsson P-A et al. Structured Population-based Prostate-specific Antigen Screening for Prostate Cancer: The European Association of Urology Position in 2019. *Eur Urol* 2019; 76: 142–50.
- 8 Donovan JL, Hamdy FC, Lane JA et al. Patient-Reported Outcomes 12 Years after Localized Prostate Cancer Treatment. *NEJM Evid* 2023; 2: a2300018.
- 9 Magelssen M, Førde R, Lillemoen L et al. Etik i helsetjenesten. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2020.
- 10 Helsedirektoratet. Nytt, ressurs og alvorlighet. Lest 30.9.2025.



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



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

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

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

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

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

*Lungefunksjonen måles som årlig reduksjonsrate i FVC

Indikasjoner: Voksne: Idiopatisk lungefibrose (IPF). Andre kroniske fibroserende interstitielle lungesykdommer (ILD) med en progressiv fenotype. Systemisk sklerose-assosiert interstitiell lungesykdom (SSc-ILD). **Dosering:** 150 mg 2 ganger daglig med ca. 12 timers mellomrom. Bivirkninger håndteres ved symptomatisk behandling, dosereduksjon og midlertidig behandlingsavbrudd, inntil aktuell bivirkning tillater fortsatt behandling. **Kontraindikasjoner:** Graviditet. Overfølsomhet for innholdsstoffene, peanøtter eller soya. Frarådes ved amming. **Forsiktighetsregler:** Tett oppfølging av gastrointestinale symptomer, leververdier, nyrefunksjon og blødning. Forsiktighet utvises ved blødningsrisiko og forhøyet kardiovaskulær risiko. Bør ikke brukes ved alvorlig pulmonal hypertensjon. Dosereduksjon eller behandlingsavbrudd kan være nødvendig. Posterior reversibelt encefalopatisyndrom (PRES) er sett. Hvis PRES mistenkes skal nintedanibbehandling seponeres. **Interaksjoner:** Samtidig bruk av potente P-gp-hemmere kan øke eksponeringen. Potente P-gp-induktorer kan redusere eksponeringen. **Utvalgte bivirkninger:** Svært vanlige (>10%): IPF: Abdominalmerter, diaré, kvalme, økte leverenzymmer. PF-ILD: Abdominalmerter, diaré, kvalme, oppkast, økt ALAT, økte leverenzymmer, nedsatt appetitt. SSc-ILD: Abdominalmerter, diaré, kvalme, oppkast, økte leverenzymmer. Alvorlige bivirkninger sett ved ikke kjent, vanlig eller mindre vanlig frekvens uavhengig av indikasjoner: Trombocytopeni, myokardinfarkt, blødning, aneurismer og arteriedisseksjoner, kolitt, legemiddelindusert leverskade, nyresvikt, proteinuri, posterior reversibelt encefalopatisyndrom. Pakninger og priser: Kapsler, myke (blister 60 stk): 150 mg kr 28 435,60. Kapsler, myke (blister 60 stk): 100 mg kr 15 903,90. **Refusjon:** H-resept: Voksne: IPF og andre kroniske fibroserende ILD-er med en progressiv fenotype. Refusjonsberettiget bruk: Der det er utarbeidet nasjonale handlingsprogrammer/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[®]



Les mer på
VYDURA.NO

SMELTETABLETT TIL MIGRENEBEHANDLING BÅDE FOR **ANFALL** OG **FOREBYGGING**



Første orale CGRP*-reseptorhemmer for¹⁻²

- **AKUTT** behandling av migrene med eller uten aura hos voksne
- **FOREBYGGENDE** behandling av episodisk migrene hos voksne som har minst 4 migreaneanfall i måneden

Administrasjonsform: Smeltetabletten skal legges på eller under tungen. Den vil gå i oppløsning i munnen, væske er ikke nødvendig. Kan tas med eller utenom måltider.

Dosering¹:

- Anbefalt dose ved behandling av akutt migrene er 75 mg 1 gang daglig ved behov
- Ved forebyggende behandling av episodisk migrene, er anbefalt dose 75 mg annen hver dag
- Maks daglig dose er 75 mg

Kontraindikasjon¹: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

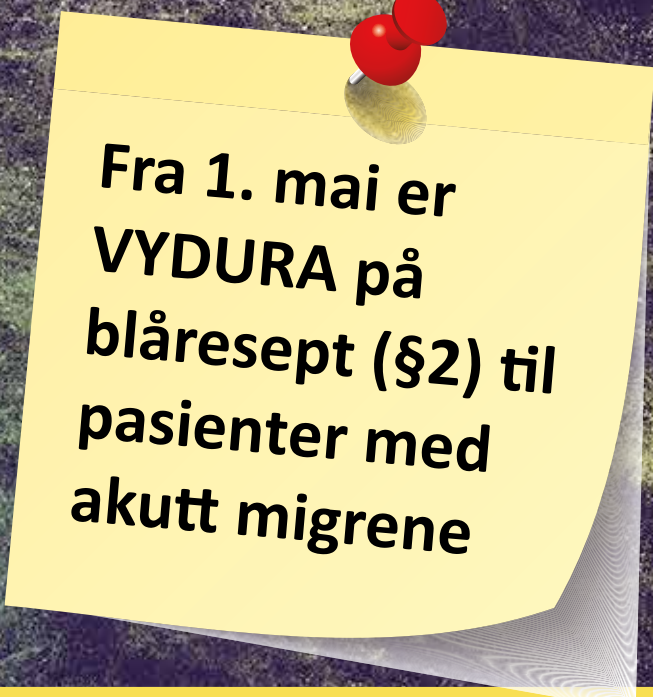
Pakninger og priser: 75 mg: 2 stk. (blister) kr 540,80, 8 stk. (blister) kr 2054,10.

Reseptgruppe C.

Refusjonsberettiget bruk: Blåresept (§2). Behandling av akutt migrene med eller uten aura hos voksne uten tilstrekkelig symptomlindring på minst tre triptaner, samt ved intoleranse eller kontraindikasjoner mot triptaner.

Refusjon foreligger ikke for forebyggende behandling.





Fra 1. mai er
VYDURA på
blåresept (§2) til
pasienter med
akutt migrene

Vydura[®] 75mg 
(rimegepant)
smeltetablett

Bivirkninger¹:

Vanligste bivirkning ved akutt behandling og migreneprofylakse var kvalme. Overfølsomhetsreaksjoner, inkl. alvorlige, kan oppstå også dager etter administrering.

Viktig sikkerhetsinformasjon¹:

- Ikke anbefalt ved alvorlig nedsatt leverfunksjon, terminal nyresvikt, graviditet eller samtidig bruk av sterke CYP3A4-hemmere eller moderat/sterke CYP3A4-induktorer.
- Ny dose bør unngås innen 48 timer ved samtidig bruk av moderate CYP3A4-hemmere eller sterke P-gp-hemmere.
- Vurder medikamentoverforbrukshodepine (MOH) ved hyppig eller daglig hodepine under behandling.
- Ved amming er relativ dose for spedbarnet anslått til mindre enn 1%. Bruk under amming kan vurderes basert på nytte-/risikovurdering.

For fullstendig informasjon, se Vydura preparatomtale på Felleskatalogen.no eller Dmp.no

Referanser:

1. Vydura[®] (Rimegepant) SPC, tilgjengelig på www.dmp.no. 2. Vevenstad M A, Første migrenemedisin i klassen gepanter er nå tilgjengelig i Norge, Nevrologisk Tidsskrift, 2022

*CGRP: Calcitonin gene-related peptide.

Tekst: Svein Aarseth og Tilde Broch Østborg

Grenseoverskridende atferd blant leger

Av og til trår leger feil og innleder en privat eller seksuell relasjon til en pasient. Det kan få alvorlige konsekvenser, både i form av tap av autorisasjon, men også mulig straffeforfølgelse.

Seksuell utnyttelse av en pasient er en hyppig årsak til tap av autorisasjon, og er nylig blitt gjenstand for nasjonal oppmerksomhet i flere profilerte mediesaker.

Helse- og omsorgsdepartementet oppnevnte i 2021 et utvalg for å undersøke saker om overgrep begått av helsepersonell mot pasienter i perioden 2010–20, det såkalte Pasientovergrepsutvalget (1). I perioden som Pasientovergrepsutvalget undersøkte, ble 40 leger, hvorav 21 allmennleger, fratatt autorisasjonen pga. seksuelle relasjoner (1). Vi oppfatter likevel at det er lite søkelys på denne problemstillingen i grunn-, videre- og etterutdanningen.

Det er ulike måter å forstå dette på. Helsetilsynet angir at individuelle forhold står sentralt, derunder «sviktende holdninger, manglende vurderingsevne og svak impuls kontroll» (2). Dette står i kontrast til Pasientovergrepsutvalget som, med støtte i litteraturen, beskriver en slik forståelse som forenklet og reduksjonistisk, og anser risiko for grenseoverskridelser mer som en yrkesrisiko. Uavhengig av rammen for forståelse er det alltid legens ansvar å håndtere profesjonelle situasjoner på en forsvarlig måte (3).

Nyttige definisjoner

Rollesammenblanding kan defineres som et ikke-behandlingsrelatert forhold mellom helsepersonell og en pasient eller bruker, og oppstår når helsepersonellet unnlater å skille mellom private og profesjonelle relasjoner (2). Overordnet er det to kategorier rollesammenblanding: privatisering og grenseoverskridende atferd.

Privatisering, av og til kalt doble forhold/relasjoner oppstår når helsepersonellet har kontakt med pasienten utenfor den profesjonelle rammen (4). En privat relasjon oppstår i tillegg til den profesjonelle, eller i forlengelsen av denne (5). Ikke sjelden vil doble forhold/relasjoner ha sitt utspring i andre arenaer, f.eks. idrettsaktivitet, barns relasjoner o.l. Slike relasjoner blir ikke omtalt nærmere her.

Grenseoverskridende atferd kan beskrives som konkrete handlinger som overskrider pasientens grenser. Det er viktig å være klar over at det kan dreie seg om ytringer så vel som fysiske og seksuelle handlinger.

Pasientovergrepsutvalget graderer seksuelle relasjoner fra 1 til 5 (1). Grad 1 = «innlede et kjærlighetsforhold uten åpenbare elementer av tvang, med en begrenset og noe overflatisk profesjonell kontakt som gjør det sannsynlig at forholdet like gjerne kunne oppstått dersom partene møttes i en annen kontekst», mens grad 5 = «sakene omhandler alvorlige seksuelle grensekrenkelser i form av overgrep og regelrett voldtekt».

Utvalget mente at tilsynsmyndigheten i større grad burde tilpasse reaksjonen til hvor alvorlig pliktbruddet har vært.

Relasjon til tidligere pasient

Det er allmenn enighet om at det er uakseptabelt å ha en seksuell relasjon til en pasient man behandler, men hva med en tidligere pasient? I The International Code of medical Ethics artikkel 27 brukes begrepet *current patient* (6). Ethiske regler for leger kapittel I, § 7 slår fast: «En lege må ikke innlede et seksuelt forhold til en person han/hun er lege for» (7). Men så enkelt er det ikke. Tilsynsmyndigheten vil også kunne reagere på en relasjon til en tidligere pasient.

Hvorvidt, og eventuelt når, det er akseptabelt å innlede et forhold til en tidligere pasient, vil avhenge av flere forhold, som behandlingens omfang og art (8). Det er umulig å angi en eksakt tidsgrense for hvilken avstand i tid som er akseptabel. Videre vil det være vesensforskjell på behandlingsrelasjonen som oppstår ved å ha operert en pasient for en mindre alvorlig tilstand for tre år siden, mot å ha vært fastlege eller psykiater for en person i samme tidsperiode.

General Medical Council har råd om momenter som må vurderes vedrørende relasjon til en tidligere pasient (9): Tid siden behandlingen fant sted og hva slags behandling det gjaldt, hvorvidt pasienten var eller fortsatt er, spesielt sårbar, om man er behandler for en av pasien-

Uavhengig av rammen for forståelse er det alltid legens ansvar å håndtere profesjonelle situasjoner på en forsvarlig måte

Om et slikt lege-pasient-forhold skulle ta slutt, kan man på mange måter si at maktubalansen er snudd. Da løper legen en risiko for å bli vurdert av tilsynsmyndigheten

tens nærmeste eller om kontakten er, eller kan vurderes som, å være påvirket av den tidligere profesjonelle kontakten, eller kan vurderes som utnyttelse av den profesjonelle posisjonen til helsepersonellet.

American Psychological Association har i sine etiske retningslinjer en regel for to års avstand i tid, samtidig som de har klare retningslinjer for hvordan man bør forholde seg dersom det er gått lengre tid (10).

Ikke systematisk undervist

Etiske problemstillinger som rollesammenblanding undervises etter vår kunnskap ikke, eller i svært begrenset omfang, i grunnutdanningen. Jamfør rapporten fra Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) i 2024 er det er opp til hver enkelt helseutdanning i hvilken grad det undervises om etikk, gråsoner og rollesammenblanding i pasientbehandlingen (11). Problemstillingen er heller ikke del av Legeforeningens nettkurs i medisinsk etikk, og gruppeveiledning i allmenntilleggsmedisin tar ikke opp dette temaet spesifikt (12).

Forebygging av overgrep

Ukom anbefaler at de regionale helseforetakene og kommunene stiller krav til virksomheter de har ansvar for: Alle pasienter, så langt det er mulig, skal få tilbud om å ha ekstra helsepersonell til stede under gynekologisk undersøkelse og andre intime undersøkelser (11). Pasient- og brukerrettighetsloven sier følgende (§ 3.1, siste

avsnitt): «Ønsker pasient eller bruker at andre personer skal være til stede når helse- og omsorgstjenester gis, skal dette som hovedregel imøtekommes» (13).

Ukom anbefaler at alle som bestiller time til gynekologisk undersøkelse, får opplyst at det finnes kvalitetssikret informasjon om dette på helsenorge.no (14). Pasienten står fritt til å ha med en venn/slektning som ledsager (14). Denne rettigheten foreslås styrket i forslag til endring i lov om pasient- og brukerrettigheter som per september 2025 er på høring (15).

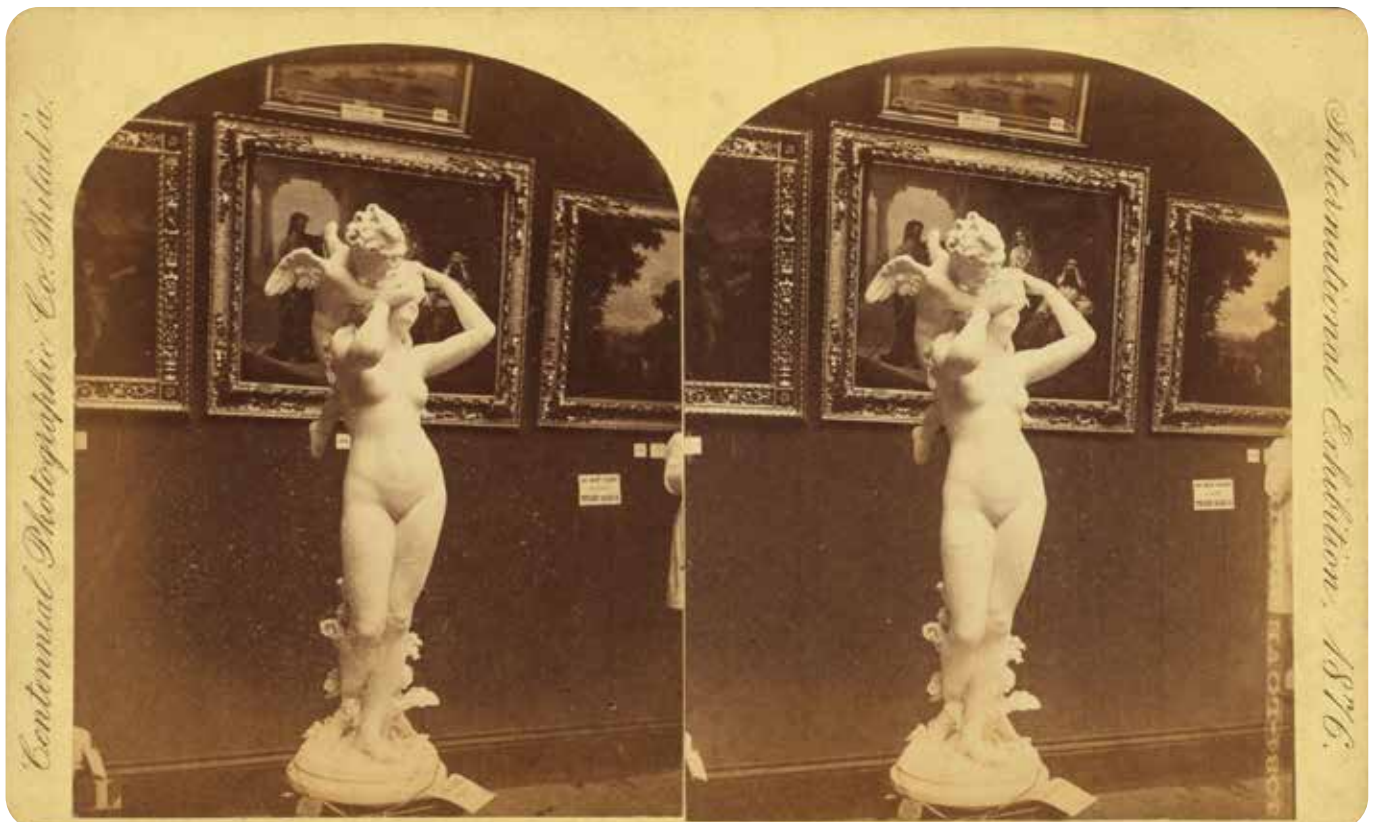
Dersom du som lege står i en situasjon der du har følelser for en pasient, kan det være nyttig å diskutere dette fortrolig med en kollega, eventuelt med en av Legeforeningens støttekolleger. Etiske regler for leger, kapittel II, § 1 sier at man bør ta problemet opp med kollegaen dersom uakseptabel adferd observeres (7).

Maktubalansen

Det er flere grunner til at det er en maktubalanse i lege-pasient-forholdet, der legen er den sterke part (16). Pasienten deler personlig og privat informasjon og tillater fysisk undersøkelse og prosedyrer for å bli diagnostisert og behandlet. Som lege gir man råd på et intimt nivå og må kanskje fysisk undersøke pasientens intimområder for å kunne gi nødvendig behandling. Mens helsepersonellet vet hva som er god profesjonell praksis, er det ikke alltid klart for pasienten om det utøves god praksis eller om det er brudd på standarder for behandling. Det er verdt å nevne at om et slikt

Kjærlighet gjør blind:

Donato Barcaglias skulptur *Love is blind* (1875). The New York Public Library. I offentlig eie.



lege-pasient-forhold skulle ta slutt, kan man på mange måter si at maktubalansen er snudd. Da løper legen en risiko for å bli vurdert av tilsynsmyndigheten.

Reaksjoner fra myndighetene

Ved grenseoverskridende adferd gir Helsetilsynet ofte en administrativ reaksjon, gjerne i form av tilbakekalling av autorisasjon. Når autorisasjonen (eller lisensen) tilbakekalles, begrunnes det i svikt i fagetisk forståelse, vesentlig mangel på faglig innsikt, uforsvarlig virksomhet eller adferd som er uforenlig med yrkesutøvelsen. Helsetilsynet legger stor vekt på pasientens, brukerens eller pårørendes beskrivelse av hendelsen. I de fleste tilfeller stadfester Statens helsepersonellnemnd vedtaket ved klage (2). Både Pasientovergrepsutvalget og Helsedirektoratet mener det kan være grunnlag for å differensiere reaksjonen. I så fall kan faglig pålegg, eventuelt begrensninger i autorisasjonen sammen med faglig pålegg, være aktuelt.

Ramme 1

Sjekkliste: Når bør du være ekstra på vakt?

Kilde: *Identifying and tackling sexual misconduct – ethical topic (GMC.org) (16)*

1. Gaver og sosiale invitasjoner

– Vurder risiko ved å gi eller akseptere gaver, eller ved å takke ja til sosiale invitasjoner fra pasienten.
– Slike handlinger kan undergrave profesjonell relasjon

2. Personlig deling

– Unngå å dele intime detaljer om ditt privatliv med pasienten, da dette kan skape uheldig rolleblanding

3. Privat kontaktinformasjon

– Ikke gi pasienten din private telefonnummer, e-post-adresse eller sosiale medier – gode kommunikasjoner skal skje via profesjonelle kanaler

4. Upassende kommentarer eller seksualisert atferd

– Vær observant på seksuelle kommentarer eller kroppsspråk fra lege eller pasient. Dersom slike forekommer, skal man si fra, sette grenser, og eventuelt avbryte konsultasjonen eller søke hjelp

5. Uformelle konsultasjoner utenfor kontortid

– Vær ekstra oppmerksom hvis konsultasjoner avtales utenom normal arbeidstid, spesielt når det ikke er andre kolleger til stede

6. Ubegrunnede sykebesøk

– Å besøke pasienter privat når det ikke foreligger medisinsk begrunnelse kan være problematisk og bør unngås

7. Rapportering og oppfølging

– Dersom pasienten oppfører seg seksualisert, skal du, hvis du føler deg trygg, si at atferden er uakseptabel. Hvis atferden fortsetter eller du føler deg utrygg, bør du avbryte og rapportere i samsvar med arbeidsplassens retningslinjer

Studenter vil også kunne vurderes. Har studenten lisens, vil Helsetilsynet kunne vurdere denne. Alle medisinstudenter kan bli vurdert av tilsynsnemnda, som kan vedta at hvis en student har skapt fare for liv eller helse, eller har opptrådt grovt usømmelig overfor noen som studenten har møtt i forbindelse med undervisning eller praksisstudier, kan vedkommende utestenges fra fagskoleutdanning med klinisk undervisning og praksisstudier i inntil tre år (17).

Veien tilbake

Veien tilbake til autorisasjon går gjennom veiledning og eventuelt terapi. Det er helsepersonellet selv som må dokumentere at hen har innsett sine feil og at adferden ikke vil gjenta seg. Helsetilsynet har utarbeidet en veileder for helsepersonell som har mistet eller frasagt seg autorisasjon grunnet adferd uforenlig med yrkesrollen (18). Der heter det at personen må ha bearbeidet det som skjedde, oppnådd innsikt i hvorfor dette var egnet til å svekke den allmenne tilliten til personen og til helse- og omsorgstjenesten generelt, og det må sannsynliggjøres at personen ikke igjen vil utøve adferd som er uforenlig med yrkesutførelsen.

I en sak der en lege var tiltalt for seksuell handling uten samtykke med en pasient, opprettholdt tingretten vedtaket om tap av autorisasjon, selv om legen ble frikjent i lagmannsretten i straffesaken rundt forholdet (19, 20). Det som av tingretten ble ansett som mest sannsynlig, ble i lagmannsretten ikke vurdert som så sannsynlig at legen ble funnet skyldig.

Leger har et særlig ansvar

Helsepersonell har et særlig ansvar for at pasientrelasjonen ikke utvides ved privatisering eller at pasienten utnyttes ved grenseoverskridende adferd. Det er viktig å være klar over hvordan og når dette kan skje og ta forholdsregler, f.eks. å avslutte behandlingen. Å anerkjenne at behandlingsforhold i seg selv innebærer en potensiell risiko for helsepersonellet krever både individuell refleksjon, men bør også ivaretas på systemnivå i organisasjoner og utdanningsinstitusjoner. Det finnes også enkle virkemidler, som tilbud om anstand ved intime undersøkelser som kan sikre både behandler og pasient. ■

Mottatt 14.9.2025, godkjent 7.10.2025.

Svein Aarseth

svein.aarseth@vikenfiber.no

Svein Aarseth er spesialist i allmennmedisin og i arbeidsmedisin. Han er tidligere leder i Rådet for legeetikk. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Tilde Broch Østborg

Tilde Broch Østborg er ph.d., spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, overlege ved Stavanger universitetssjukehus og leder i Rådet for legeetikk. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Stoknes BK, Befring AK, Hytten K et al. Rapport fra pasientovergrepsutvalget. Helse- og omsorgsdepartementet. 2022. Lest 1.9.2025.
- 2 Helsetilsynet. Tilsynssaker der helsepersonellet har hatt en seksuell relasjon til pasient/ bruker eller utøvd grenseoverskridende seksuelle handlinger – rapport fra en intern gjennomgang. Internserien 2/2022. Lest 7.10.2025.
- 3 Gabbard GO. Boundaries and boundary violations in psychoanalysis. 2. utg. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2016.
- 4 Gundersen MS. Det skal ikke hende. Oslo: Tapir Akademisk forlag, 2007: 61.
- 5 Molin PK. Etablering av seksuelle relasjoner mellom behandler og pasient. Psykologtidsskriftet 7.7.2023. Lest 1.9.2025.
- 6 WMA. WMA International Code of Medical Ethics. Lest 1.9.2025.
- 7 Den norske legeforening. Ethiske regler for leger. Lest 1.9.2025.
- 8 Hytten K. Privat forhold mellom lege og pasient. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1100.
- 9 General Medical Council. Maintaining personal and professional boundaries. Punkt 12. Lest 1.9.2025.
- 10 American Psychological Association. Ethical principles of psychologists and code of conduct. Art. 10.8. Lest 1.9.2025.
- 11 Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten. Overgrep forkledd som behandling. Kap 8. Rapport 2024. Lest 2.9.2025.
- 12 Den norske legeforening. Håndbok for veiledningsgrupper i Allmennmedisin. Lest 2.9.2025.
- 13 Helse- og omsorgsdepartementet. LOV-1999-07-02-63 Pasient og brukerrettighetsloven. Lest 2.9.2025.
- 14 HelseNorge. Gynekologisk undersøkelse. Lest 2.9.2025.
- 15 Helse- og omsorgsdepartementet. Høyring - rett til å ha med andre personar når det blir gitt helse- og omsorgstjenester. Lest 2.9.2025.
- 16 General Medical Council. Identifying and tackling sexual misconduct. Lest 2.9.2025.
- 17 Kunnskapsdepartementet. Lov om høyere yrkesfaglig utdanning (fagskoleloven). Kapittel 5 Studentenes rettigheter og plikter. § 26.Vurdering av skikkethet. Lest 2.9.2025.
- 18 Helsetilsynet. Informasjon til deg som har mistet din autorisasjon eller som har gitt frivillig avkall på den. Rundskriv IK-2/2017. Lest 7.10.2025.
- 19 Oslo tingrett. Dom. TOSL-2023-43856. Lest 9.10.2025.
- 20 Frostating lagmannsrett. Dom. LF-2024-77900 2024. Lest 7.10.2025.



Første og eneste godkjente biotilsvarende omalizumab¹



Fordi alle pasienter er forskjellige

Omlyclo er den første og eneste godkjente biotilsvarende omalizumab i Europa.¹ Et nytt behandlingsalternativ med dokumentert tilsvarende effekt og sikkerhet ved kronisk spontan urtikaria sammenlignet med referansepreparatet.² Omlyclo er på bytteliste med samme refusjon som referansepreparat.³

Godkjent for behandling av:^{3,4}

- **Kronisk spontan urtikaria (CSU)** hos voksne og ungdom fra 12 år
- **Alvorlig allergisk astma** hos voksne, ungdom og barn fra 6 år
- **Kronisk rhinosinitt med nesepolypper (CRSwNP)** hos voksne

Avtale møte?

Kontakt Åse Marit på asemarit.vig@celltrionhc.com eller **+47 979 75 067**

1. European Medicines Agency, EMA: <https://www.ema.europa.eu/en>

2. Saini S et al., *Allergy*, 2025; 0:1-11

3. Felleskatalogen.no; DMP bytteliste 01.07.2025

4. Omlyclo SPC (Preparatomtale)

OMLYCLO

▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning på elektronisk meldeskjema: www.dmp.no/meldeskjema.

Omlyclo (omalizumab) 75 mg og 150 mg injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt sprøyte, **ATC-kode:** R03DX05

Indikasjon: Allergisk astma: Tilleggsbehandling for å forbedre astmakontrollen hos voksne, ungdom og barn ≥ 6 år med alvorlig vedvarende allergisk astma, som har en positiv prikktest eller in vitro reaktivitet på et helårs luftbåret allergen, redusert lungefunksjon (kun for pasienter ≥ 12 år med FEV1 $<80\%$), hyppige symptomer på dagtid eller oppvåkning om natten, og som har hatt flere dokumenterte alvorlige astmaeksaserbasjoner til tross for daglig inhalasjon av høydose kortikosteroider og langtidsvirkende β_2 -agonist til inhalasjon. Behandling bør kun vurderes hos pasienter med påvist IgE (immunoglobulin E)-mediert astma. **Kronisk rhinosinitt med nasal polypose (CRSwNP):** Tilleggsbehandling i kombinasjon med intranasale kortikosteroider (INC) hos voksne med alvorlig CRSwNP hvor behandling med INC ikke gir tilfredsstillende sykdomskontroll. **Kronisk spontan urtikaria (CSU) (kun 150 mg):** Tilleggsbehandling av kronisk spontan urtikaria hos voksne og ungdom (≥ 12 år) med utilstrekkelig respons på behandling med H1 antihistaminer. **Dosering:** Behandling bør initieres av leger med erfaring i diagnose og behandling av alvorlig vedvarende astma, CRSwNP eller kronisk spontan urtikaria. **Allergisk astma og CRSwNP:** Egnet dose og frekvens fastsettes på bakgrunn av utgangsnivået av IgE (IE/ml), målt før behandlingsstart, samt kroppsvekt (kg). Pasientens IgE-nivå skal bestemmes for å fastsette dosen. Basert på disse målingene kan det være behov for 75-600 mg gitt som 1-4 injeksjoner ved hver administrering. Maks. anbefalt dose er 600 mg hver 2. uke. For fullstendig informasjon om dosering og bruk, se preparatomtalen (SPC) til Omlyclo. **Kronisk spontan urtikaria:** Anbefalt dose er 300 mg gitt som subkutan injeksjon hver 4. uke. Forskriver anbefales å periodisk vurdere behovet for fortsatt behandling. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet overfor innholdsstoffene. **Advarsler og forsiktighetsregler:** Ikke indisert ved behandling av akutte astmaeksaserbasjoner, akutt bronkospasme, status asthmaticus, hyperimmunoglobulin E syndrom, allergisk bronkopulmonal aspergillus eller som forebygging av anafylaktiske reaksjoner, inkludert de som utløses av matallergi, atopisk dermatitt eller allergisk rhinitt. Forsiktighet bør utvises når omalizumab gis til pasienter med autoimmune sykdommer, immunkompleks-medierte tilstander eller som har nedsatt nyre- eller leverfunksjon. Brå seponering av kortikosteroider, systemiske eller til inhalasjon, anbefales ikke etter initiering av behandling mot allergisk astma eller CRSwNP. Reduksjon bør skje under direkte tilsyn av lege og gradvis nedtrapping kan være nødvendig. Forstyrrelser i immunsystemet: Type I lokale eller systemiske allergiske reaksjoner, inkludert anafylaksi og anafylaktisk sjokk, kan forekomme. Serumsyke og serumsyke-lignende reaksjoner er sett. Oppmerksomhet bør utvises mht. utvikling av uttalt eosinofili, vaskulittutslett, forverring av lungesyntomer, unormaliteter i nesebihulene, hjertekomplikasjoner og/eller nevropati. Parasittære infeksjoner (helmintiasis): Forsiktighet skal utvises hos pasienter med høy risiko for helmintiasis, spesielt ved reiser til områder hvor slike infeksjoner er endemiske. **Fertilitet, graviditet og amming:** Hvis klinisk nødvendig kan bruk vurderes. **Oppsummering av bivirkningsprofilen:** De vanligst rapporterte bivirkningene ved allergisk astma og CRSwNP var hodepine og reaksjoner på injeksjonsstedet, inkl. smerte ved injeksjonsstedet, hevelse, erytem og kløe, pyreksi, smerter i øvre del av magen, svimmelhet og artralgi. **Pakninger, priser og refusjon:** Injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt sprøyte, 1stk. 0,5 ml (75 mg) kr 1443,00 kr. 1stk, 1 ml (150 mg) kr 2734,00, Blå resept. **Reseptgruppe:** C. **For ytterligere informasjon se fullstendig preparatomtale (SPC) eller www.felleskatalogen.no.**

Innehaver av markedsføringstillatelsen: Celltrion Healthcare Hungary Kft., 1062 Budapest, Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony, Ungarn.

Kontaktinformasjon: Celltrion Healthcare Norway AS, Aker Brygge, Fjordalleen 16, 0250, Oslo. E-post: contact_no@celltrionhc.com

Tekst: David Hui et al.

Bruk av KI-verktøy på fastlegekontoret

Kunstig intelligens er tatt i bruk i helse- og omsorgssektoren, men mange er usikre på hva som er tillatt. Vi ønsker å avklare når det er tillatt å bruke KI-verktøy på fastlegekontoret.

Helsedirektoratet har gitt ut en god, men svært omfattende veileder om bruk av kunstig intelligens (KI) i helsesektoren (1). På ulike arrangementer om medisinsk KI får vi ofte spørsmål om fastleger kan bruke KI-verktøy. Det synes å være en oppfatning at KI kun kan brukes av spesialister i sykehus eller i forbindelse med forskningsprosjekter. Samtidig forteller fastleger at de bruker språkmodeller som ChatGPT for å finne medisinsk informasjon eller skrive pasientjournaler.

Hva er medisinsk KI i regulatorisk forstand?

Bruk av medisinsk KI er blant annet regulert gjennom regelverket for medisinsk utstyr og personvernregelverket (2–4). I tillegg kommer KI-forordningen fra EU som gir supplerende krav til KI-systemer med «høy risiko», herunder medisinsk KI. Forordningen gjelder i EU fra august 2026 (5), og vil bli innført i norsk lovgivning gjennom EØS-avtalen, trolig med effekt fra samme tidspunkt (6).

Med KI-forordningen får vi den første juridiske definisjonen av kunstig intelligens. Et KI-system opererer med «varierende grad av autonomi», ifølge artikkel 3 i KI-forordningen (1), noe som betyr at systemet til en viss grad er uavhengig av medvirkning fra mennesker og har evnen til å fungere uten menneskelig inngripen (5). I tillegg til forhåndsprogrammerte KI-baserte ekspertprogrammer kan KI utvikles gjennom maskinlæring. Maskinlæring er kjennetegnet ved at KI-systemet selv finner svar gjennom mønstre i datagrunnlaget, gjennom enten veiledet eller uveiledet læring. Veiledet læring innebærer læring gjennom data som er annotert av mennesker. Enkelte KI-systemer kan «lære» av data uten veiledning av mennesker, som i realiteten innebærer at systemet foretar en ubegripelig mengde kalkulasjoner for å identifisere likheter,

forskjeller og sammenhenger mellom datapunkter (7).

Medisinsk KI er kunstig intelligens som faller inn under definisjonen «medisinsk utstyr». Medisinsk utstyr er kort oppsummert utstyr brukt til diagnostikk, forebygging, overvåkning, prediksjon, prognosering, behandling eller lindring av sykdom (3). Produsentene av medisinsk utstyr er ansvarlig for å definere formålet til utstyret og klinisk validere utstyret i tråd med det tiltenkte formålet. Medisinsk KI er CE-merket, som innebærer at det er godkjent i henhold til regelverket for medisinsk utstyr i EU, og vil også bli CE-merket som godkjent KI-system når KI-forordningen kommer på plass (5). EU jobber med en egen database over medisinsk utstyr, European Database on Medical Devices (EUDAMED), som også inkluderer medisinsk KI (8).

KI-systemer som ikke er tiltenkt et medisinsk formål av produsenten, er ikke medisinsk KI. For eksempel er ChatGPT, DeepSeek og andre generative språkmodeller ikke regnet som medisinsk KI, selv om en lege velger å ta dem i bruk i sin medisinske praksis. Bruk av ChatGPT til medisinske formål kan derfor være uforsvarlig og i strid med helsepersonelloven § 4. Bruken kan også være i strid med personvernregelverket (2). Fastleger som ønsker å bruke språkmodeller til hjelp, bør heller finne fram til et CE-merket medisinsk KI-system.

Hvilke krav gjelder?

Lov om medisinsk utstyr retter seg mot produsentene, uten krav til helsepersonell, brukere eller pasienter. For profesjonelle brukere av medisinsk utstyr finnes det kun en enklere regulering gjennom forskrift om håndtering av medisinsk utstyr (9). Forskriften angir at utstyret skal brukes og vedlikeholdes i tråd med produsentens instruksjoner. Dette vil endres med KI-forordningen.

KI-forordningen stiller en rekke krav til helsepersonell som profesjonelle brukere av

medisinsk KI. Dette er virksomhetsrelaterte krav som vil gjelde i sykehus, på fastlegekontor og i andre virksomheter som leverer helsetjenester og som ønsker å ta i bruk KI-systemer.

Krav om tilstrekkelig KI-kompetanse og menneskelig tilsyn med KI-systemet er blant de nye som kommer. Virksomheten skal utpeke hvem som skal føre menneskelig tilsyn, og den utpekte skal ha nødvendig kompetanse, opplæring og støtte. Det menneskelige tilsynet skal være egnet til å oppdage og «håndtere uregelmessigheter, funksjonsforstyrrelser og uventet ytelse», ifølge artikkel 14 (4). Tilsynet skal også sørge for korrekt tolkning av KI-resultatene og sette personer i stand til å ignorere, overstyre eller reversere resultatene, eventuelt intervensjon og stoppe KI-systemet ved feil. Kravet til menneskelig tilsyn er en av grunnene til at bruk av generativ KI som ChatGPT kan

ChatGPT, DeepSeek og andre generative språkmodeller er ikke regnet som medisinsk KI, selv om en lege velger å ta dem i bruk i sin medisinske praksis

være uforsvarlig. Det vil være særlig utfordrende for helsepersonell å føre tilstrekkelig tilsyn med systemer som ikke er utviklet for et medisinsk formål.

I tillegg til menneskelig tilsyn skal virksomheten iverksette «egnete tekniske og organisatoriske tiltak for å sikre at de bruker disse systemene i samsvar med bruksanvisningen», ifølge KI-forordningen artikkel 26. Blant tilleggskravene relatert til menneskelig tilsyn er krav til overvåking, varsling, logging og gjennomgang av datagrunnlaget som KI-modellen bygger på.

Hvem skal føre menneskelig tilsyn?

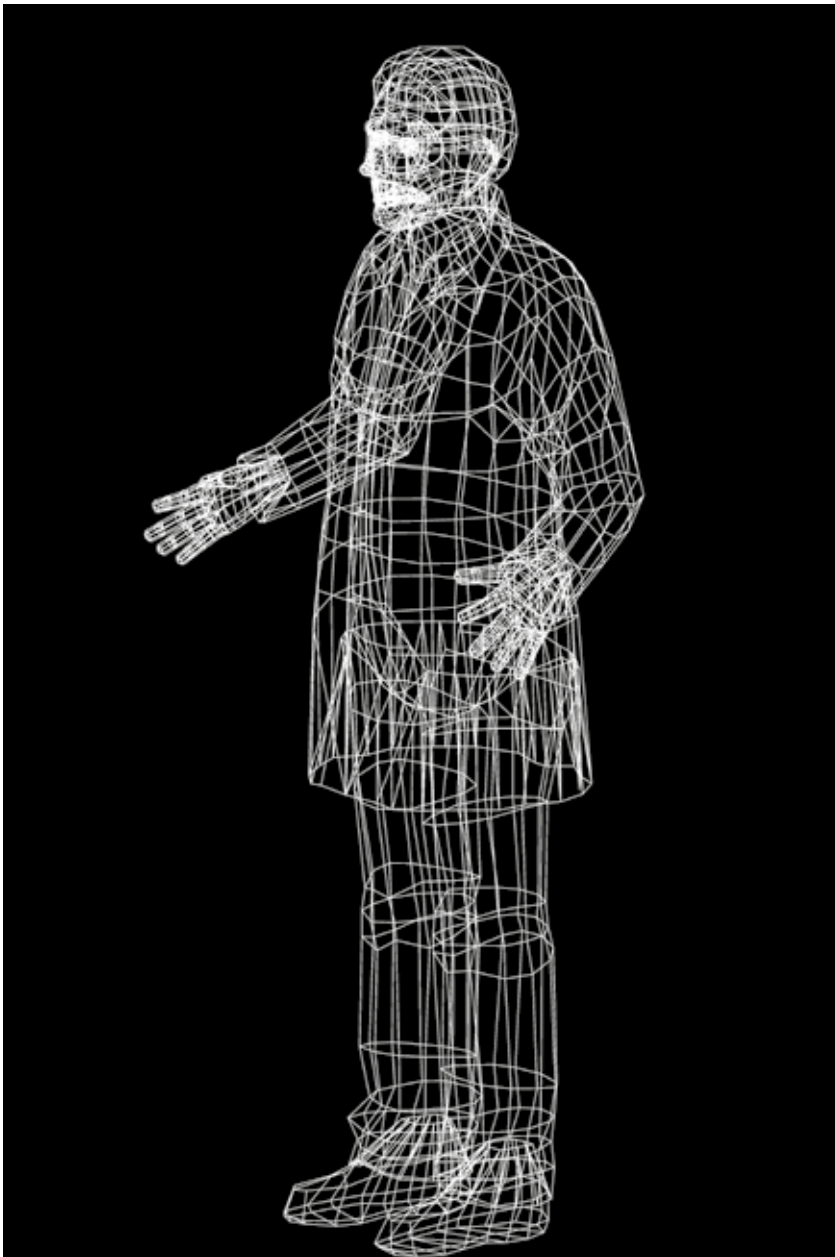
Medisinsk KI er en mangfoldig gruppe av systemer som stiller ulike krav til kompetanse hos brukeren. Tilstrekkelig menneskelig tilsyn med medisinske KI-systemer forutsetter tilstrekkelig medisinsk innsikt i det aktuelle feltet (10).

KI-forordningen artikkel 26 forutsetter at virksomheten gjennomfører menneskelig tilsyn og andre «egnete tekniske og organisatoriske tiltak». Dette kravet kan virke krevende å oppfylle for små virksomheter som fastlegekontorer.

Menneskelig tilsyn er et obligatorisk lovkrav etter KI-forordningen, men tilsynet kan likevel utføres på ulike måter. Det er ikke et krav om at den enkelte lege selv skal føre menneskelig tilsyn eller at tilsynet må gjennomføres av personer ansatt i virksomheten. Arten og omfanget av tilsynet vil variere avhengig av hva slags type KI-system det er snakk om. Et fastlegekontor kan, for eksempel, inngå avtale med en ekstern tilbyder med tilstrekkelig kompetanse om å utføre menneskelig tilsyn. Bestemmelsen er fleksibel. Det er derfor også en mulighet at produsenten selv kan påta seg en stor del av ansvaret for tilsyn. Utgangspunktet for medisinsk utstyr er at produsenten selv er ansvarlig for å føre tilsyn med utstyret mens det er i bruk (3, 4), for å oppdage feil og avvik, mens brukeren kun er ansvarlig for å følge instruksjonene gitt av produsenten. Hvilken grad av tilsyn som er nødvendig, vil derfor avhenge av hva som kommer frem i instruksjonene, altså i stor grad det samme kravet som allerede gjelder for ordinært medisinsk utstyr.

Konklusjon

Denne kommende KI-forordningen vil innebære nye tilleggskrav til virksomheter som ønsker å ta i bruk medisinsk KI. De nye kravene, spesielt kravet om menneskelig tilsyn med KI-systemet, kan virke uoverkommelig for for eksempel fastlegekontorer. Hovedansvaret ligger imidlertid hos produsenten. På lik linje med annet medisinsk utstyr, så er den enkelte lege selv ansvarlig for å sette seg inn produsentens instruksjoner for å få oversikt over hvilke begrensninger eller restriksjoner som gjelder for bruken av systemet. Menneskelig tilsyn kan løses på mange ulike måter av produsenten, og det nye kravet forutsetter ikke nødvendigvis at den enkelte fastlege må være en KI-ekspert for å bruke systemet. —>



Det er ikke et krav om at den enkelte lege selv skal føre menneskelig tilsyn eller at tilsynet må gjennomføres av personer ansatt i virksomheten

I tillegg må leger forholde seg til personvernregelverket, lov om behandling av helse- og personopplysninger samt pasientens rett til informasjon og medvirkning i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3 - 1 og 3 - 2. Pasienten har rett til å få informasjon om behandlingen, og pasienten bør få informasjon om at medisinsk KI inngår som en del av behandlingsforløpet. ■

Mottatt 2.7.2025, første revisjon innsendt 30.8.2025, godkjent 23.9.2025.

David Hui

david.hui@medisin.uio.no

David Hui er lege i spesialisering i generell kirurgi ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet og klinisk doktorgradsstipendiat ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Harriet Akre

Harriet Akre er professor emerita i medisin ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Vera Goebel

Vera Goebel er professor i informatikk ved Institutt for informatikk, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt midler fra Norges forskningsråd for prosjektet Respire (Responsible Explainable Machine Learning for Sleep-related Respiratory Disorders).

Thomas Plagemann

Thomas Plagemann er professor i informatikk ved Institutt for informatikk, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt midler fra Norges forskningsråd for prosjektet Respire (Responsible Explainable Machine Learning for Sleep-related Respiratory Disorders).

Lars Andre Strøm Arnesen

Lars Andre Strøm Arnesen er advokat og doktorgradsstipendiat ved Institutt for privatrett, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt midler fra Norges forskningsråd for prosjektet Respire (Responsible Explainable Machine Learning for Sleep-related Respiratory Disorders).

Litteratur

- 1 Helsedirektoratet. Rapport om kvalitetssikring: Bruk av kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten. 2025. Lest 23.9.2025.
- 2 Justis- og beredskapsdepartementet. Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven). EUROPAPARLAMENTS- OG RÅDSFORORDNING (EU) 2016/679 av 27 april 2016 om vern av fysiske personer i forbindelse med behandling av personopplysninger og om fri utveksling av slike opplysninger samt om oppheving av direktiv 95/46/EF (generell personvernforordning) [PVF, GDPR]. Lest 23.9.2025.
- 3 §Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om medisinsk utstyr. § 1.Gjennomføring av forordningene om medisinsk utstyr. Forordning (EU) 2017/745 av 5 april 2017 om medisinsk utstyr. Lest 23.9.2025.
- 4 Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om medisinsk utstyr. § 1.Gjennomføring av forordningene om medisinsk utstyr. Forordning (EU) 2017/746 av 5 april 2017 om in vitro medisinsk utstyr. Lest 23.9.2025.
- 5 Regjeringen. EUROPAPARLAMENTS- OG RÅDSFORORDNING (EU) 2024/1689 av 13. juni 2024 om fastsettelse av harmoniserte regler for kunstig intelligens og om endring av forordning (EF) nr. 300/2008, (EU) nr. 167/2013, (EU) nr. 168/2013, (EU) 2018/858, (EU) 2018/1139 og (EU) 2019/2144 og direktiv 2014/90/EU, (EU) 2016/797 og (EU) 2020/1828 (forordningen om kunstig intelligens). Lest 23.9.2025.
- 6 Regjeringen. Høring – utkast til ny lov om kunstig intelligens – gjennomføring av EUs forordning om kunstig intelligens i norsk rett. Lest 23.9.2025.
- 7 Cabitza F, Campagner A, Malgieri G et al. Quod erat demonstrandum? - Towards a typology of the concept of explanation for the design of explainable AI. Expert Syst Appl 2023; 213: 118888.
- 8 European Commission. EUDAMED database. Lest 23.9.2025.
- 9 Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet. FOR-2013-11-29-1373 Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr. Lest 23.9.2025.
- 10 López MQ, Plagemann T, Goebel V et al. Requirements Analysis for Responsible Explainable AI for Pediatric Sleep Apnea Diagnosis. 2024 IEEE International Conference on Smart Computing (SMARTCOMP). Lest 29.1.2025.



Er du medlem i Den norske legeforening?

Husk at du har gode priser og betingelser

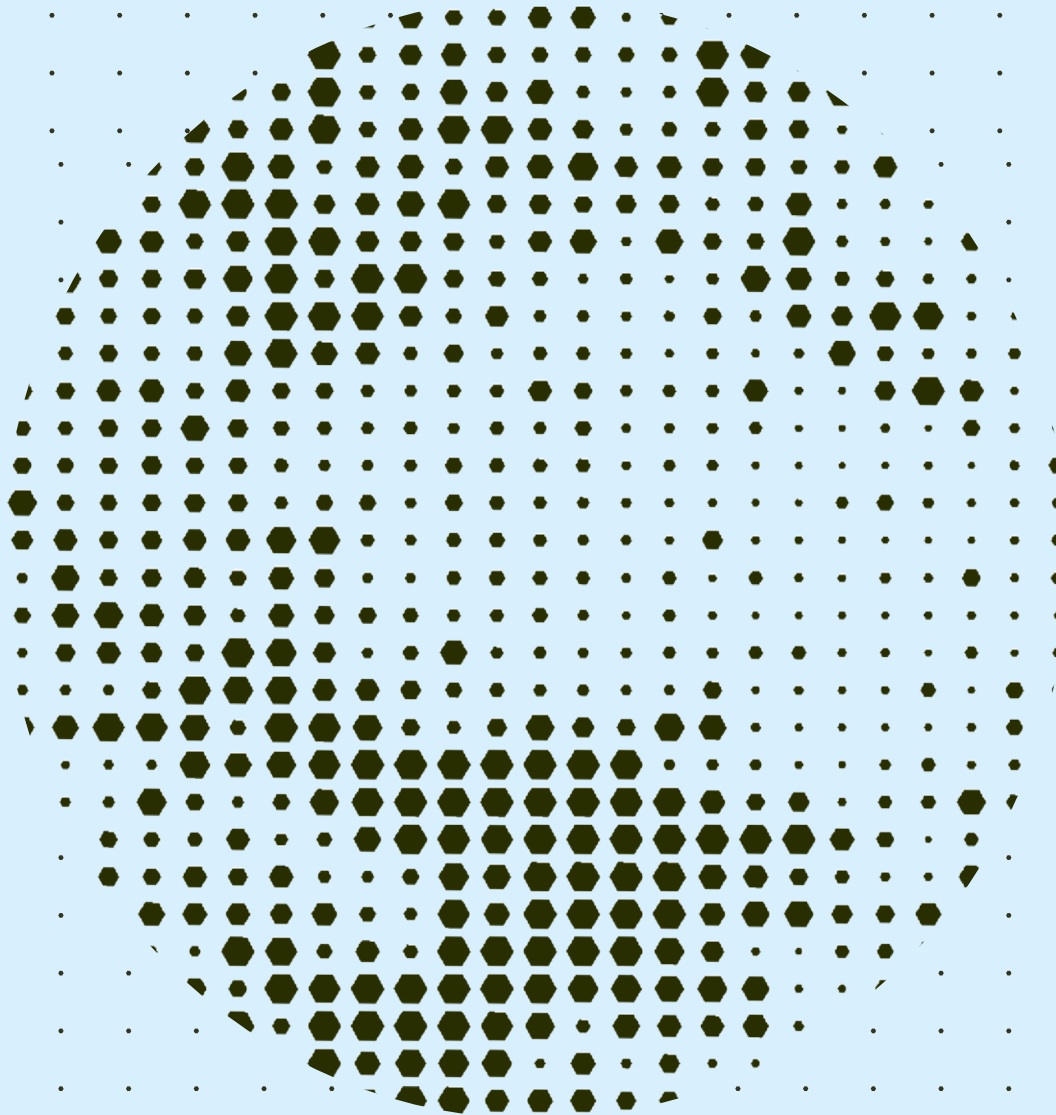
- Du får **30 prosent rabatt** på skadeforsikringer
- Samler du minst tre forsikringer, øker rabatten til **35 prosent**
- Kjøper du på nett, får du i tillegg **10 prosent nettrabatt**

Scan QR-koden
for å lese mer



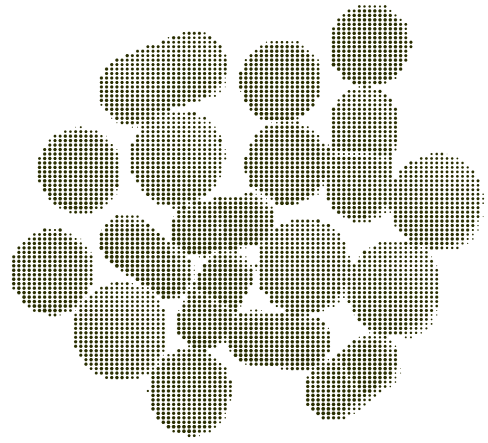
Nytt om legemidler

Bekymring for overdoser og økende bruk av kvetiapin.



Overdoser med kvetiapin

DMP har fått henvendelser fra klinikere som er bekymret over at unge pasienter blir innlagt etter selvmordsforsøk med overdose kvetiapin. Bruken av kvetiapin har økt markant de siste ti årene.



Kvetiapin finnes i tablett og depottablett, i styrker fra 25 til 400 mg. Legemiddelet er godkjent til behandling av schizofreni og bipolar lidelse. Legemidlet brukes også "off-label" til behandling av søvnproblemer.

Økende bruk

Bruken har vært økende over flere år. Sammenliknet med andre antipsykotika har økningen vært markant (se figur).

Søvnighet er en svært vanlig bivirkning av kvetiapin. De senere årene har det vært en økende forskrivning av doser på 25-100 mg for behandling av søvnproblemer (1). Forskrivning er omdiskutert, fordi dokumentasjonen på effekt er mangelfull, og selv bruk av lave doser har risiko for både kortids- og langtidsbivirkninger (2).

I 2024 fikk 95 000 pasienter resept på kvetiapin. Av disse fikk 72 000 resept på 25 mg tabletter (3). Det er grunn til å tro at en stor andel av disse pasientene har fått behandling off-label. Hvite resepter utgjorde 45 % av forskrivningen. Forskrivning av høyere styrker er stort sett på forhåndsgodkjent refusjon til behandling av pasienter med bipolar lidelse.

Meld fra

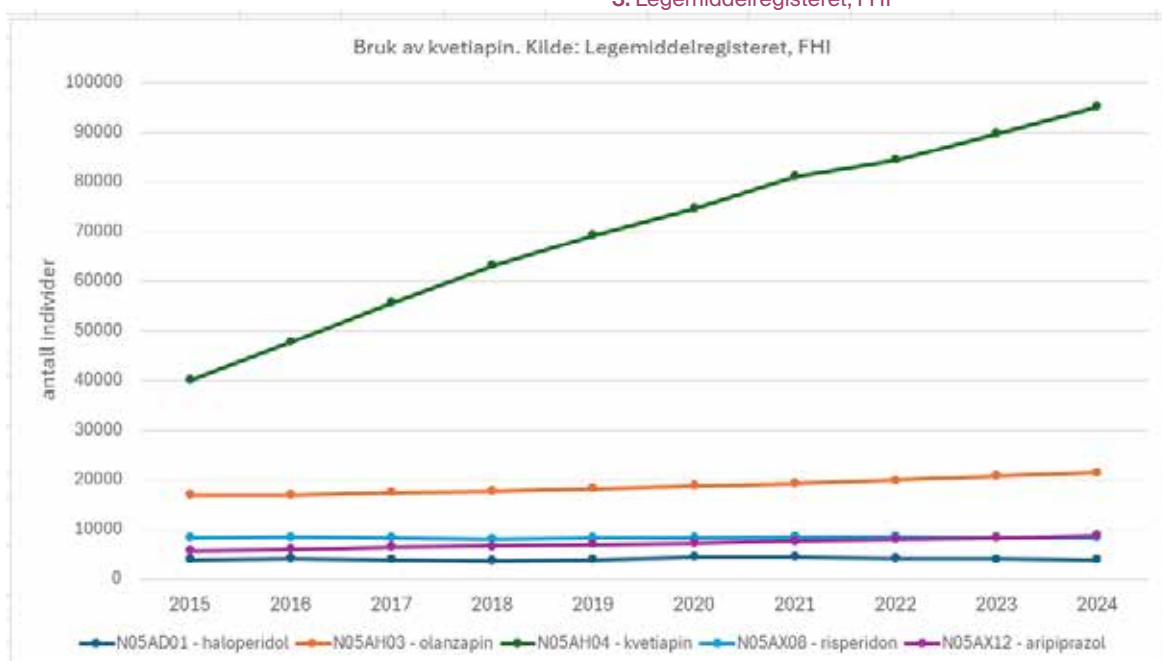
Selvordstanker og selvmordsrelatert adferd er kjent ved bruk av kvetiapin, og omtalt som bivirkning i pakningsvedlegget. Vi minner om at helsepersonell likevel har meldeplikt ved mistanke om slike alvorlige bivirkninger.

Din bivirkningsmelding gir verdifull kunnskap og styrker grunnlaget for tryggere legemiddelbruk, også for kjente bivirkninger.



Referanser:

- [1. https://tidsskriftet.no/2019/09/kronikk/kvetiapin-er-ikke-en-sovemedisin](https://tidsskriftet.no/2019/09/kronikk/kvetiapin-er-ikke-en-sovemedisin)
- [2. https://www.dagensmedisin.no/antipsykotika-bipolar-lidelse-insomni/tror-en-del-av-off-label-forskrivningen-av-kvetiapin-gjores-av-psykiatere/640829](https://www.dagensmedisin.no/antipsykotika-bipolar-lidelse-insomni/tror-en-del-av-off-label-forskrivningen-av-kvetiapin-gjores-av-psykiatere/640829)
- Legemiddelregisteret, FHI



Antikoagulasjon etter ablasjon mot atrieflimmer

Hvor lenge skal pasienter stå på antikoagulasjonsbehandling etter kateterablasjon mot atrieflimmer?

Kateterablasjon gis for å lindre symptomer hos personer som er plaget av atrieflimmer der frekvensregulerende eller antiarytmisk medikamentell behandling ikke har vært tilstrekkelig. Skal personer ha langvarig, noen ganger livslang, antikoagulasjonsbehandling etter ablasjon for atrieflimmer, eller ikke?

I en studie i Sør-Korea ble 840 deltagere med atrieflimmer randomisert til å avslutte eller fortsette antikoagulasjonsbehandling ett år etter utført kateterablasjon (1). To år senere hadde 0,3 % av pasientene som hadde avsluttet

antikoagulasjonsbehandling, hatt hjer- neslag, systemisk embolisme og alvorlig blødning, mot 2,2 % i gruppen som fortsatte behandlingen ($p = 0,02$). Forskjellen skyldtes i hovedsak færre større blødninger hos gruppen som avsluttet behandling. Det var ingen forskjell i forekomsten av systemisk embolisme. Forekomsten av iskemisk slag var lav og nokså lik.

– Denne studien bidrar til økt kunnskap om rådene man gir om lengden av antikoagulasjonsbehandling etter ablasjon for atrieflimmer, sier Marit Aarønæs, som er overlege ved Diakonhjemmet sykehus og forsker på atrieflimmer.

– Risikoen for slag og systemisk embolisme må veies opp mot risikoen for blødninger, sier hun.

– Resultatene i studien må sees i lys av at pasientene er av sørøstasiatisk opprinnelse og at antallet studiedeltakere var relativt lavt. Men studien synes å være godt gjennomført, der rundt 90 % av pasientene i begge grupper fullførte oppfølgingstiden. Studien var imidlertid ikke blindet, slik at pasientene visste om de tok blodfortynnende medisiner eller

ikke. De kan derfor ha vært mer oppmerksomme på eventuelle blødnings- tegn hvis de var randomisert til gruppen som tok blodfortynnende medisin, mener hun.

– I Norge gis det ulike råd om lengde på antikoagulasjonsbehandling ut fra hvilket intervensjonscenter som utfører prosedyren. Min mening er at denne studien ikke gir oss godt nok grunnlag til å endre praksis foreløpig. De neste årene vil antakelig gi oss et større og bedre beslutningsgrunnlag for å vurdere hvilke pasienter som skal fortsette med antikoagulasjonsbehandling, sier Aarønæs. ■

Martine Fimreite Wilhelmsen

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Kim D, Shim J, Choi EK et al. ALONE-AF Investigators. Long-Term Anticoagulation Discontinuation After Catheter Ablation for Atrial Fibrillation: The ALONE-AF Randomized Clinical Trial. JAMA 2025; e2514679.



Flytende biopsi etter kreftbehandling

Kan blodprøve fra portvenen benyttes for å predikere residiv av pankreaskreft?

Prognosen ved pankreaskreft er dårlig til tross for behandling med cytostatika og kirurgi. For å overvåke tumorutvikling og risiko for tumorresidiv benyttes ofte avansert bildediagnostikk. En annen mulighet er blodprøver, også kalt flytende biopsi, som er langt billigere og mer tilgjengelig. Kan for eksempel sirkulerende tumorceller i blod fra portvenen benyttes for å predikere tilbakefall etter operasjon for pankreaskreft?

I en nylig publisert studie ble blodprøver fra portvene og perifert veneblod fra pasienter etter operasjon for pankreaskreft sammenlignet (1). Forekomsten av sirkulerende tumorceller var høyere i blodprøver fra portvenen enn fra perifert veneblod. Blant 14 pasienter med pankreatisk adenokarsinom var det en viss sammenheng mellom antall sirkulerende tumorceller i portvenen og residiv.

– Det er begrenset hvilke konklusjoner man kan trekke fra denne studien, sier Oddmund Nordgård, som er professor ved Stavanger universitetssykehus og Universitetet i Stavanger. – Dette skyldes det lave antallet pasienter og noe uklare funn hva gjelder sammenhengen med residivfri overlevelse. Metoden som ble brukt, kunne med fordel vært sammenliknet med CellSearch-metoden, som regnes som gullstandarden for påvisning av sirkulerende tumorceller, sier han.

– Dette forskningsfeltet beveger seg mer i retning av å måle sirkulerende celfritt tumor-DNA i blodprøver, såkalte ctDNA, enn å påvise sirkulerende tumorceller. Studier om sirkulerende kreftceller kan likevel være av interesse når det gjelder å forstå mekanismene bak metastasering bedre, sier Nordgård. ■

Ruth Halsne

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Yeo D, Seyfi D, Bastian A et al. Portal venous circulating tumor cells as a biomarker for relapse prediction in resected pancreatic cancer. *Cell Mol Life Sci* 2025; 82: 155.

Betablokkere etter hjerteinfarkt har forebyggende effekt

En norsk-dansk studie inkludert i en metaanalyse kan endre retningslinjer for forebygging av kardiovaskulære sykdommer.

Behandling med betablokkere har blitt brukt som sekundærprofylakse etter hjerteinfarkt siden 1980-tallet, men diagnostikk og behandling av hjerteinfarkt har endret seg mye. Data fra fire studier er nylig brukt i en metaanalyse, publisert i *The Lancet*, for å undersøke om betablokkerbehandling er effektivt som sekundærprofylakse etter hjerteinfarkt hos pasienter med lett redusert ejeksjonsfraksjon (1). En av studiene i metaanalysen var den norsk-danske BETAMI-DANBLOCK-studien, som ble publisert samtidig i *New England Journal of Medicine* (2). Studien ledes av Dan Atar og John Munkhaugen ved Universitetet i Oslo og Eva Prescott ved Bispebjerg Hospital i København, sammen med en styringsgruppe med representanter fra alle store sykehus i Norge og Danmark.



Dan Atar. Foto: Alessio Attanasio

Metaanalysen omfattet nesten 2 000 pasienter med lett redusert ejeksjonsfraksjon etter akutt hjerteinfarkt, og de var randomisert til enten å få betablokkerbehandling eller ikke (1). Etter en median oppfølgingstid på 3,5 år var forekomsten av død, nytt hjerteinfarkt eller hjertesvikt signifikant lavere ($p = 0,031$) i gruppen med betablokkerbehandling enn i gruppen som ikke fikk slik behandling.

– Disse resultatene viser at forebygging med betablokkerbehandling reduserer risikoen for nye hjerte- og karhendelser etter gjennomgått hjerteinfarkt, sier John Munkhaugen, som er sisteforfatter av metaanalysen, første- forfatter av den norsk-danske studien, seksjonsleder ved Drammen sykehus og professor ved Universitetet i Oslo.



John Munkhaugen. Foto: privat

– Deltakerne brukte en moderat dose, tilsvarende metoprolol 50 mg per dag, og ser ut til å tolerere behandlingen godt. En metaanalyse med data fra gruppen med normal ejeksjonsfraksjon kommer senere i høst. Resultatene vil sannsynligvis påvirke retningslinjer for behandling med betablokkere både i Norge og i resten av verden, sier Munkhaugen. ■

Martine Fimreite Wilhelmsen

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Rossello X, Prescott EIB, Kristensen AMD et al. β blockers after myocardial infarction with mildly reduced ejection fraction: an individual patient data meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet* 2025; 406: 1128–37.
- 2 Munkhaugen J, Kristensen AMD, Halvorsen S et al. Beta-Blockers after Myocardial Infarction in Patients without Heart Failure. *N Engl J Med* 2025; NEJMoa2505985.

Karen Sørbø Larsen¹
Mette Brekke²
Odd Martin Vallersnes^{2,3}
o.m.vallersnes@medisin.uio.no

1 Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo
 2 Avdeling for allmenntmedisin, Universitetet i Oslo
 3 Allmennlegevakten, Legevakten i Oslo

Rusrelaterte forgiftninger behandlet ved Legevakten i Oslo 2019–23

Bakgrunn

Behandling av rusrelatert forgiftning fordrer kunnskap om hvilke rusmidler som forekommer. Vi beskriver rusrelaterte forgiftninger ved Legevakten i Oslo i perioden 2019–23.

Materiale og metode

Rusrelatert forgiftning behandlet ved Legevakten i Oslo i perioden 2019–23 ble retrospektivt inkludert fra legevaktens journalsystem. Vi inkluderte tilfeller, ikke unike pasienter. Diagnose var basert på den behandlende legens journalførte kliniske vurdering. Insidenstall ble regnet ut basert på antall innbyggere i Oslo kommune ≥ 12 år.

Resultater

Fra 2019 til 2023 ble 18 402 tilfeller av rusrelatert forgiftning behandlet ved Legevakten i Oslo, hvorav 8 981 (49 %) var ren etanolforgiftning. Den totale insidensen av rusrelatert forgiftning steg fra 6,32 per 1 000 innbyggere i 2019 til 6,68 i 2023, med et bunnpunkt på 5,36 i 2021. Insidensen av ren etanolforgiftning var 3,10 i 2019 og 3,06 i 2023, med et bunnpunkt på 2,53 i 2020. Gjennom femårsperioden steg insidensen av kokainforgiftninger fra 0,28 til 0,70 og ketaminforgiftninger fra 0,01 til 0,12. Kvinneandelen steg fra 33 % til 39 % ved ren etanolforgiftning, og fra 20 % til 31 % ved øvrig rusrelatert forgiftning.

Fortolkning

Insidensen av rusrelaterte forgiftninger behandlet ved Legevakten i Oslo steg fra 2019 til 2023, med en forbigående nedgang under koronapandemien.

Hovedfunn

I femårsperioden 2019–2023 behandlet Legevakten i Oslo 18 402 rusrelaterte forgiftninger, hvorav halvparten var rene etanolforgiftninger.

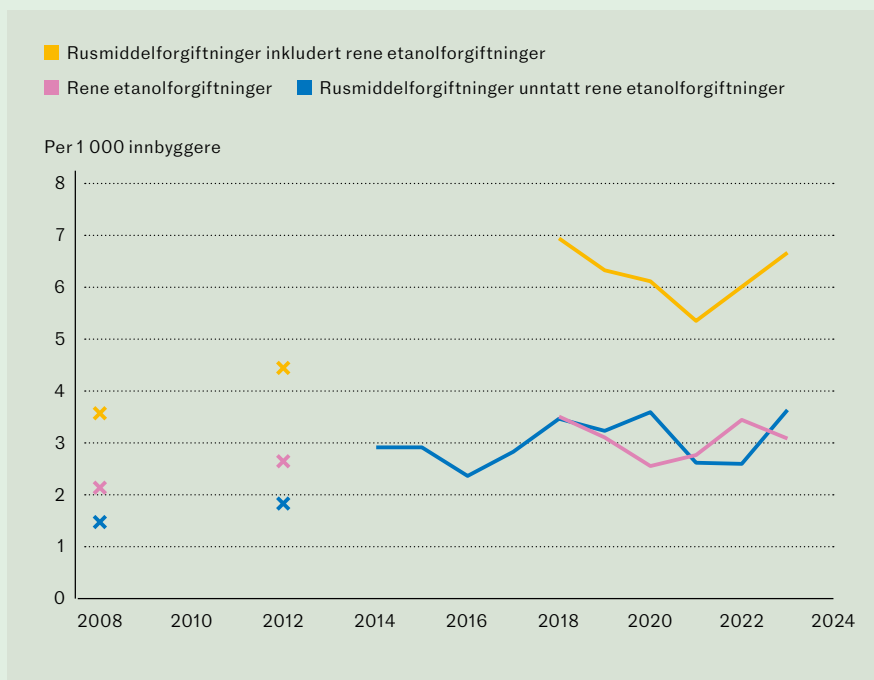
Fra 2019 til 2023 ble insidensen av kokainforgiftning doblet, og insidensen av ketaminforgiftning ble mer enn tidoblet.

Andelen kvinner behandlet for rusrelatert forgiftning økte.

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.



Figur 1 Insidens av rusrelaterte forgiftninger behandlet ved Legevakten i Oslo fra 2008 til 2023. Tallene fra 2008, 2012 og 2014–18 er hentet fra tidligere studier (10–12). Insidensene er basert på tilfeller, ikke unike pasienter.



Rusrelaterte forgiftninger: nye trender utfordrer akuttmedisinen

Alkohol er fortsatt hovedårsaken til rusrelaterte forgiftninger, men en økende forekomst av kokain- og ketaminforgiftninger blant unge voksne og kvinner påvirker både akuttberedskap og folkehelse.

En ny studie fra Legevakten i Oslo gir et oppdatert bilde av rusrelaterte forgiftninger i hovedstaden i perioden 2019–2023 (1). I løpet av disse fem årene ble 18 402 tilfeller behandlet, hvorav nesten halvparten var rene etanolforgiftninger. Tallene bekrefter at alkohol fortsatt er den viktigste enkeltårsaken, men viser samtidig tydelige endringer i rusmiddelbruken. Kokainforgiftninger doblet seg, ketaminforgiftninger ble mer enn tidoblet, og stadig flere kvinner ble behandlet for rusrelaterte forgiftninger.

Medianalderen blant pasientene var 35 år, og omtrent to tredeler var menn. Likevel økte kvinneandelen gjennom hele perioden, både for alkohol og andre rusmidler. Dette samsvarer med europeiske funn som også viser økende forekomst av alvorlige rusproblemer blant kvinner (2). Studien dokumenterer dessuten at kokain, MDMA og ketamin oftest brukes av unge voksne, og at forgiftninger med disse stoffene utgjør en økende utfordring i akuttmottak og legevakt.

For akuttmedisinen er utviklingen klinisk viktig. Kokainbruk kan utløse hjerteinfarkt, arytmier og hjerneslag, også hos unge uten risikofaktorer (3). Brystmerter etter kokaininntak må derfor alltid vurderes som potensielt koronare. Ketaminforgiftning gir ofte agitasjon, hallusinasjoner og dissosiasjon, og kronisk bruk kan medføre ulcererende cystitt med betydelige smerte- og vannlatingsplager (4). Utviklingen fra enkelttilfeller til flere titalls forgiftninger årlig viser at også ketaminbruk nå må regnes som en betydelig klinisk problemstilling.

Rusrelaterte forgiftninger må forstås både som en akuttmedisinsk utfordring og som markør for risikofylt rusmiddelbruk og økt dødelighet

For akuttmottakene og legevaktene innebærer dette ikke bare medisinske utfordringer, men også organisatoriske. Agiterte og uforutsigbare pasienter krever skjerpet sikkerhet og ekstra ressurser. Kompetanse i akuttpsykiatri, samarbeid mellom ulike faggrupper og tilgang til egnede lokaler er avgjørende for å håndtere situasjonene på en trygg måte.

Benzodiazepiner økte også i forekomst, særlig blant unge. Dette kan reflektere både forskrivningspraksis og illegal omsetning. Samtidig opprettholdes en høy forekomst av heroin- og opioidforgiftninger, i tråd med nasjonale overdosetall (5). Summen er et stadig mer komplekst rusbilde, som krever oppdatert kunnskap og beredskap i hele akuttkjeden.

Studien illustrerer også hvordan samfunnsforhold påvirker rusmønstre. Under koronapandemien, da

utelivet stengte, falt antallet forgiftninger markant, særlig de alkoholrelaterte. Dette viser hvor tett rusbruk henger sammen med sosiale arenaer og tilgjengelighet.

Data fra Legevakten i Oslo gir et viktig innblikk i utviklingen av rusmiddelbruk i Norge. Studien bygger på et stort og systematisk registrert materiale over flere år, noe som er en klar styrke med undersøkelsen. Det at funnene også samsvarer med politiets beslag, kloakkanalyser og spørreundersøkelser (6, 7), styrker datagrunnlaget ytterligere. Samtidig er de mest alvorlige tilfellene, som ofte transporteres direkte til sykehus, ikke inkludert. Studien gir på den måten et godt bilde av bredden av de akutte forgiftningene, men fanger ikke hele spekteret av alvorlighetsgrader.

Rusrelaterte forgiftninger må forstås både som en akuttmedisinsk utfordring og som markør for risikofylt rusmiddelbruk og økt dødelighet (8). De synliggjør behovet for forebyggende tiltak rettet mot høyrisikogrupper, særlig unge voksne og kvinner, samt for styrket skadereduksjon og lavterskeltilbud innen helse. For helsevesenet innebærer dette å kombinere klinisk beredskap med forebygging gjennom oppdatert kunnskap om toksidromer, tilgang til antidoter, som nalokson, og gode rutiner for håndtering av agiterte pasienter. ■

Lars Erik Laugsand

lars.erik.laugsand@stolav.no

Lars Erik Laugsand er spesialist i akutt- og mottaksmedisin, overlege ved Akutten, St. Olavs hospital og førsteamanuensis ved Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Larsen KS, Brekke M, Vallersnes OM. Rusrelaterte forgiftninger ved Legevakten i Oslo 2019–23. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0128.
- 2 European Union Drug Agency. European Drug Report 2025: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2025. Lest 14.10.2025.
- 3 Zimmerman JL. Cocaine intoxication. Crit Care Clin 2012; 28: 517–26.
- 4 Schep LJ, Slaughter RJ, Watts M et al. The clinical toxicology of ketamine. Clin Toxicol (Phila) 2023; 61: 415–28.
- 5 Folkehelseinstituttet. Dødsårsaker i Norge 2023. Oslo: FHI, 2024. Lest 14.10.2025.
- 6 Kripos. Narkotika- og dopingstatistikk 2023. Oslo: Kripos, 2024. Lest 14.10.2025.
- 7 Bretteville-Jensen AL, Amundsen EJ, Mounteney J. Key Interpretation Challenges for Wastewater-Based Epidemiology of Illicit Drugs: A Norwegian Three-City Case Study. Eur Addict Res 2022; 28: 436–45.
- 8 Lund C, Bjørnaas MA, Sandvik L et al. Five-year mortality after acute poisoning treated in ambulances, an emergency outpatient clinic and hospitals in Oslo. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2013; 21: 65.

Nadja Tanovic¹
nadjatanovic@gmail.com
Ellen Kvestad²
Trine Kåsine³

Gorm Hansen⁴
Børre Fevang^{5,6}

- 1 Øre-, nese- og halsavdelingen, Drammen sykehus, Vestre Viken
- 2 Øre-, nese- og halsavdelingen, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
- 3 Avdeling for anesthesiologi og intensivmedisin, Akuttlinikken, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
- 4 Avdeling for mikrobiologi, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
- 5 Seksjon for klinisk immunologi og infeksjonssykdommer, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
- 6 Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

Nekrotiserende bløtdelsinfeksjon i hode-hals-området 2017–23

Bakgrunn

Nekrotiserende bløtdelsinfeksjon er en sjelden og alvorlig infeksjonstilstand i hud og underliggende bløtvev. Etter covid-19-pandemien har det internasjonalt vært rapportert en økning i tilfeller forårsaket av *Streptococcus pyogenes* (gruppe A-streptokokker). Vi har undersøkt forekomst, etiologi og resistensmønster ved nekrotiserende bløtdelsinfeksjoner i hode- og halsområdet ved Øre-, nese- og halsavdelingen, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet i perioden 2017–23.

Materiale og metode

Vi gjorde en retrospektiv journalgjennomgang av pasienter behandlet for nekrotiserende bløtdelsinfeksjon før pandemien (1.1.2017–11.3.2020), under pandemien (12.3.2020–12.2.2022) og etter pandemien (13.2.2022–31.12.2023).

Figur 1 Mikrobiologiske funn hos 53 pasienter behandlet for nekrotiserende bløtdelsinfeksjon i hode-hals-området ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet i perioden 2017–23.

Resultater

53 pasienter med nekrotiserende bløtdelsinfeksjon ble inkludert: 21 pasienter før covid-19-pandemien, 7 pasienter under pandemien og 25 etter. Gruppe A-streptokokker ble påvist hos 27 pasienter, og alle isolatene var følsomme for penicillin.

Fortolkning

I tråd med rapporter fra andre land kan resultatene fra vår avdeling indikere en økning i nekrotiserende bløtdelsinfeksjoner med gruppe A-streptokokker i perioden etter pandemien.

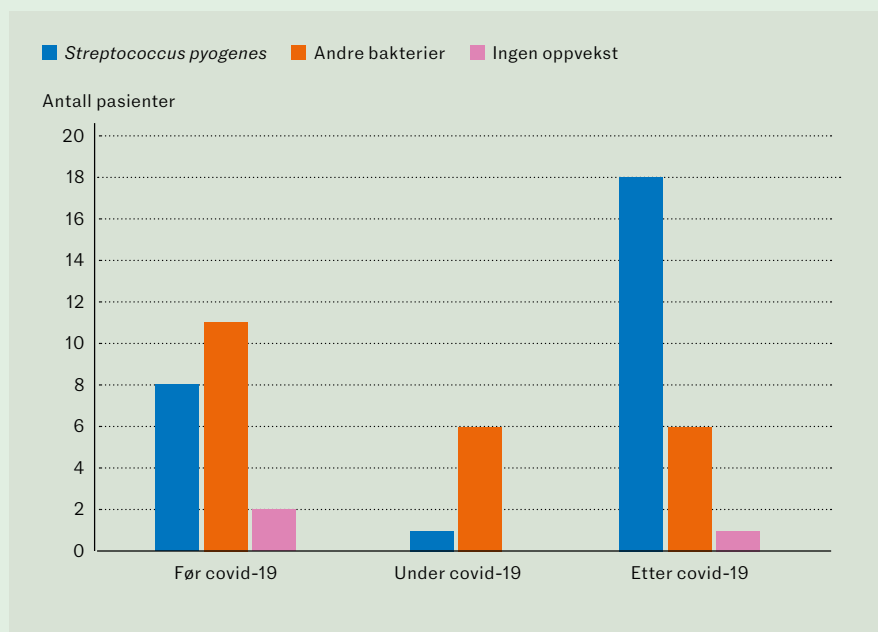
Hovedfunn

I 2017–23 ble 53 pasienter behandlet for nekrotiserende bløtdelsinfeksjon i hode-hals-området ved Øre-, nese- og halsavdelingen på Rikshospitalet, 21 før covid-19-pandemien, 7 under og 25 etter.

8/21 pasienter i perioden før pandemien og 18/25 i perioden etter fikk påvist gruppe A-streptokokker.

Alle isolater med gruppe A-streptokokker var følsomme for penicillin.

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.



Dødelige kjeder

Nekrotiserende bløtdelsinfeksjoner er sjeldne, akutte og livstruende. Behandlingen krever store ressurser, men kunnskapsgrunnlaget er begrenset. Egne data kan ha stor betydning for å identifisere forbedringsområder som kan bidra til bedre pasientutfall.

Med nekrotiserende bløtdelsinfeksjoner forstår vi bakterielle infeksjoner som kan spre seg hurtig og ramme hud, underhud, bindevev og muskulatur. Flertallet har infeksjon i ekstremitetene, rundt 1/6 oppstår i hode-hals-området, ofte utgående fra munnhule eller svelg, og omtrent halvparten får septisk sjokk (1). For de omtrent 200 personene som rammes i Norge per år, er det behov for et mangfold av ressurser, med komplekse behandlingsskjeder på tvers av en rekke fagområder (2).

Hjørnesteinsbehandlingen er kirurgi. Denne må iverksettes hurtig, fordi prognosetapet øker raskt (3). Øvrig behandling er dårligere dokumentert, og ulike enkelttiltak er omdiskuterte (4). Diagnosen stilles i mange tilfeller sent (5) og bidrar til forsinket igangsettelse av behandling.

Tanovic og medarbeidere i Øre-, nese- og halsavdelingen ved Rikshospitalet presenterer nå i Tidsskriftet resultater fra et kvalitetssikringsprosjekt rundt nekrotiserende bløtdelsinfeksjoner (6). De har undersøkt forekomst og mikrobenivå over en syvårsperiode før, under og etter koronapandemien samt etterlevelse av nasjonale retningslinjer for bruk av antibiotika. De fant et lavere antall pasienter under pandemien enn før, at infeksjoner forårsaket av *Streptococcus pyogenes* (στυρεπτός kjede, κόκκος bær; gruppe A-streptokokker, GAS) utgjorde mer enn halvparten av tilfellene og var viktigste etiologi etter pandemien.

Dette gjenspeiler den raske og forbigående økningen i forekomst av gruppe A-streptokokker i mange land, inkludert Norge, i 2022–24 (7). Årsakene er sammensatte og handler om endringer på individ-, samfunns- og mikrobenivå. Nedsatt flokkimmunitet mot gruppe A-streptokokkinfeksjoner etter pandemien, som følge av sosial isolering, og fallende forekomst av infeksjoner forårsaket av luftveispatogene mikrober under pandemien er mulige bidrag. På mikrobesiden økte antallet gruppe A-streptokokkinfeksjoner med en virulent klon med økt evne til å kolonisere øvre luftveier og påvirke slimhinneinflammasjon, noe som kan ha forsterket smitte og spredning (8).

Til tross for stor ressursbruk i hvert enkelt tilfelle av nekrotiserende bløtdelsinfeksjon, vil rundt 20 % dø. 15 % vil måtte amputere ekstremiteter, med dertil betydelige ettervirkninger. Tiltak som kan bedre disse utfallene er etterspurt. Det er gjennomført to randomiserte behandlingsstudier av tilstanden, og i høst er det oppstart for den første internasjonale multisenterstudien av effekt av hyperbar oksygenbehandling. Andre foreslåtte studier er knyttet til effekt av immunmodulerende behandling, operasjonsmetoder eller antibiotikavalg (4, 9). Fordi tilstanden er sjelden, hyperakutt og involverer mange, er det svært krevende metodisk og etisk å gjennomføre slike studier. Det vil derfor ta tid å forbedre kunnskapsgrunnlaget og praksisen.

I denne situasjonen kan enklere kvalitets- og forbedringsstudier være nyttige med tanke på å hente gevinster lokalt, gjerne med inspirasjon fra det statlige tilsynet av sepsis i akuttmottak i årene 2016–18. Dette tilsynet førte til at en rekke sykehus ble kjent med egne resultater og kunne gjøre revisjoner av struktur, organisering og rutiner, med bedre resultater som følge.

Ved nekrotiserende bløtdelsinfeksjoner er det tid fra start av infeksjon til operasjon som har størst betydning for utfallet. Forbedringer rettet mot tidsaspektet vil derfor kunne være særlig verdifulle. Rikshospitalets studie tilbyr ikke en slik analyse (6), men det kan like fullt stå som et eksempel til etterfølgelse. Lokale data kan bidra nettopp til identifikasjon av områder for evaluerbare kvalitetsarbeider. De er kanskje aller mest regningssvarende dersom de har søkelys på å sikre tilgjengelighet og forkorte tid til kirurgi og revisjon. Forutsetningene for at vi skal nå dit, er ikke helt innfridd ennå. Det er behov for entydige definisjoner av tilstandene, slik at vi kan fremskaffe data som gjør det mulig å vurdere tilgang til behandling og evaluere innsats og utfall. Dette vil senere styrke mulighetene også for utvikling av en nasjonal, tverrfaglig behandlingsveileder. Til dette behøver spesialistene ledere som fremmer arbeidet på tvers av fagene, også på IKT-siden.

Endringene av de alvorligste gruppe A-streptokokkinfeksjonene har tiltrukket seg oppmerksomhet i samfunnet, noe som har medvirket til økt interesse også for hele gruppen med livstruende bløtdelsinfeksjoner. Med tiltak inspirert av pasientsikkerhetsprogrammet for sepsis kan vi kanskje forbedre organisering, tilgjengelighet, rutiner og behandlingsresultater også ved disse infeksjonene? ■

Steinar Skrede

steinar.skrede@helse-bergen.no

Steinar Skrede er spesialist i indremedisin og i infeksjonssykdommer, assisterende klinikkdirektør ved Medisinsk klinikk, Haukeland universitetssjukehus og professor II og gruppeleder for Streptokokkforskningsgruppen (Beta-SIG) ved Klinisk Institutt 2, Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Madsen MB, Skrede S, Perner A et al. Patient's characteristics and outcomes in necrotizing soft-tissue infections: results from a Scandinavian, multicentre, prospective cohort study. *Intensive Care Med* 2019; 45: 1241–51.
- 2 Gundersen IM, Bruun T, Almeland SK et al. Nekrotiserende bløtdelsinfeksjoner. *Tidsskr Nor Legeforen* 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.23.0720.
- 3 Nawijn F, Smeeing DPJ, Houwert RM et al. Time is of the essence when treating necrotizing soft tissue infections: a systematic review and meta-analysis. *World J Emerg Surg* 2020; 15: 4.
- 4 McDermott J, Kao LS, Keeley JA et al. Necrotizing Soft Tissue Infections: A Review. *JAMA Surg* 2024; 159: 1308–15.
- 5 Goh T, Goh LG, Ang CH et al. Early diagnosis of necrotizing fasciitis. *Br J Surg* 2014; 101: e119–25.
- 6 Tanovic N, Kvestad E, Kåsine T et al. Nekrotiserende bløtdelsinfeksjoner i hode-hals-området 2017–23. *Tidsskr Nor Legeforen* 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0216.
- 7 Valcarcel Salamanca B, Cyr PR, Bentdal YE et al. Increase in invasive group A streptococcal infections (iGAS) in children and older adults, Norway, 2022 to 2024. *Euro Surveill* 2024; 29: 2400242.
- 8 Vieira A, Wan Y, Ryan Y et al. Rapid expansion and international spread of M1UK in the post-pandemic UK upsurge of *Streptococcus pyogenes*. *Nat Commun* 2024; 15: 3916.
- 9 Peetermans M, de Prost N, Eckmann C et al. Necrotizing skin and soft-tissue infections in the intensive care unit. *Clin Microbiol Infect* 2020; 26: 8–17.

Aleksandra Kamila Galwa-Støkkan* 1, 2

Ingunn Egeberg Vari* 3

Mikkel Elvebakk Saidi* 3

Martin Selvaag* 3

Victoria Troos Torsteinsbø* 3

Axel Karl Gottfrid Nyman 2, 4

Tobias Navarro Schröder** 1

Thanh Pierre Doan** 2, 5

thanh.p.doan@ntnu.no

1 Kavli-instituttet for systemneurovitenskap, NTNU

2 Nevroklinikken, St. Olavs hospital

3 Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

4 K.G. Jebsens senter for Alzheimers sykdom,

Institutt for nevromedisin, NTNU

5 Institutt for nevromedisin, NTNU

*Aleksandra Kamila Galwa-Støkkan, Ingunn Egeberg Vari, Mikkel Elvebakk Saidi, Martin Selvaag og Victoria Troos Torsteinsbø har bidratt i like stor grad til denne artikkelen (førsteforfatterskap).

** Tobias Navarro Schröder og Thanh Pierre Doan har bidratt i like stor grad til denne artikkelen (sisteforfatterskap).

Transitorisk global amnesi

Transitorisk global amnesi er en akutt og forbigående svikt i evnen til å danne nye minner. Mekanismen er uklar, men antas å involvere dysfunksjon i hippocampus, særlig cornu ammonis 1 (CA1). Tilstanden har vært betraktet som sjelden, enkeltstående og fullt reversibel. Nyere data viser imidlertid et mer sammensatt symptom-bilde. Diagnosen bygger fortsatt på kriterier fra 1990, etablert før høyfelt-MR ble vanlig. Selv om diagnosen er klinisk, kan MR gi viktige differensialdiagnostiske og terapeutiske avklaringer. I denne kliniske oversikten diskuteres hukommelsessystemets funksjonelle neuroanatomiske, mulige patofysiologiske mekanismer og diagnostiske aspekter for transitorisk global amnesi.

Transitorisk global amnesi er et neurologisk syndrom som kjennetegnes av plutselig innsettende hukommelsestap. Pasientene mister evnen til å danne nye minner (anterograd amnesi) og opplever også hukommelsestap tilbake i tid (retrograd amnesi), av varierende grad og lengde. Hukommelsen normaliseres som regel innen 24 timer (1). Den kognitiv funksjonen bedres som regel fullstendig, men hippocampusrelaterte ferdigheter som romlig orientering kan være påvirket i måneder (2, 3). Årlig insidens er 3–8 per 100 000 innbyggere, og tilstanden rammer hyppigst dem i 50–70-årene, sjelden dem under 40 år (1). Hos pasienter yngre enn 56 år er tilstanden ofte assosiert med migrene.

Selv om tilstanden tidligere har vært ansett som enkeltstående, opplever én av åtte pasienter residiv, særlig ved migrene, depresjon eller ved episoder utløst av seksuell aktivitet (4). Transitorisk global amnesi er assosiert med psykiatriske lidelser, fobiske trekk samt psykologisk eller emosjonell ustabilitet og kan utløses av emosjonell eller fysisk stress som isbading eller valsalvalignende manøvre (1, 5). Nyere data tyder på vedvarende hippocampusskade (6) samt økt risiko for epilepsi og demens (7). Etiologien ved transitorisk global amnesi er fremdeles uavklart.

Denne kliniske oversikten bygger på et skjønnsmessig utvalg av litteratur samt forfatterens erfaring. Vi belyser hukommelsessystemets funksjonelle neuroanatomiske, potensielle patofysiologiske mekanismer samt klinisk relevante aspekter ved diagnostikk, inkludert MR-undersøkelsens rolle.

Medial temporallapp

Episodisk hukommelse, evnen til å huske «hva», «hvor» og «når» vi opplevde hendelser i livet, er knyttet til den mediale temporallappen, og da særlig hippocampusformasjonen. Denne strukturen består av gyrus dentatus, cornu ammonis-feltene og subiculum. Strukturen mottar bearbejdet informasjon fra entorhinal cortex, som igjen integrerer informasjon fra ulike hjerneområder. Den komplekse funksjonelle arkitekturen av dette nettverket spiller en sentral rolle for hukommelsedannelse og gjenhenting av informasjon (figur 1) (8).

Rollen til hippocampus i episodisk hukommelse ble tydeliggjort gjennom den berømte epilepsikasustikken H.M. (Henry Molaison). Etter bilateral reseksjon av den mediale temporallappen mistet han evnen til å danne nye episodiske minner, mens prosedural hukommelse, som speiltegning, forble intakt (9). Et beslektet fenomen sees ved transitorisk global amnesi.

Forskningen til May-Britt og Edvard Moser, i samarbeid med John O'Keefe, har utdypet vår forståelse av den mediale temporallappens rolle i episodisk hukommelse og romlig orientering. Oppdagelsene av stedceller i CA1-regionen av hippocampus og gitterceller i entorhinal cortex har belyst nevralk mekanismer for rom og episodisk hukommelse (10–12). Denne forskningen, belønnet med nobelpris i 2014, har utvidet innsikten i de nevralk kretsløpene som styrer hukommelse, med betydning for tilfeller som H.M. og pasienter med transitorisk global amnesi.

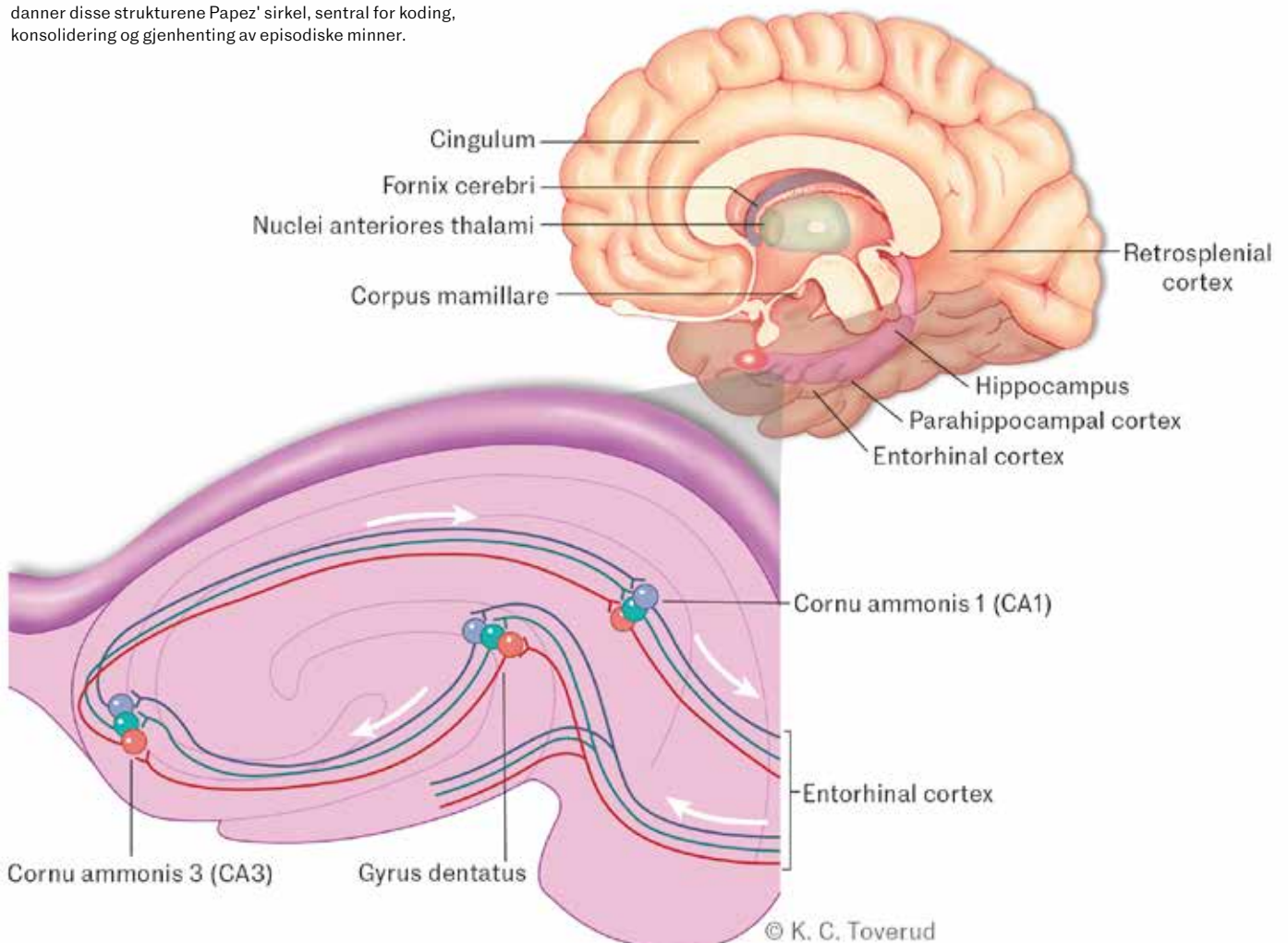
Klinisk oversiktsartikkel

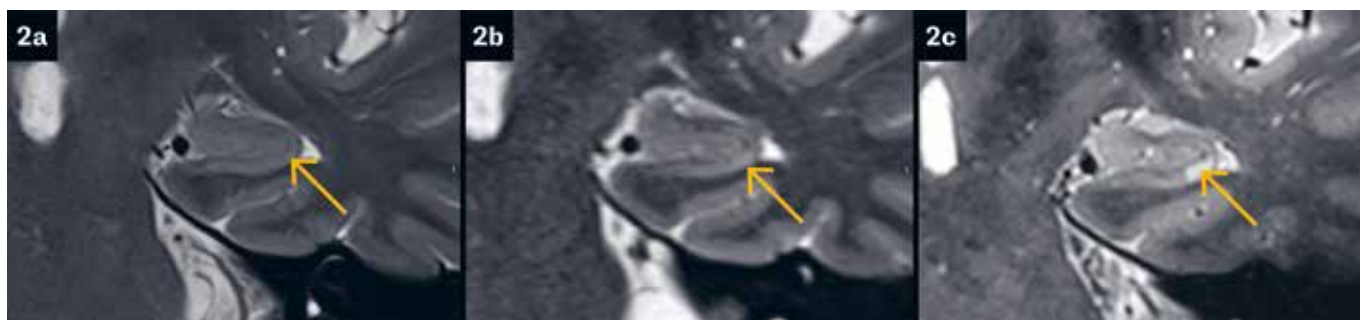
Klinisk relevante tema med utgangspunkt i forfatterens egne erfaringer, gjeldende praksis og medisinsk litteratur

Patofysiologi

CA1-feltet er særlig utsatt for metabolsk, hypoksisk og cytotoxisk stress, en sårbarhet observert ved tilstander som hypoksi-iskemi, temporallappsepilepsi og Alzheimers sykdom (1,13–15). Ved transitorisk global amnesi antas lesjonen(e) å ramme dette området, noe som kan forklare det midlertidige tapet av evnen til å danne nye minner, mens eldre minner forblir stort sett intakte. De ledende patofysiologiske hypotesene omfatter epileptiske, vaskulære og migrenelignende mekanismer, inkludert kortikal spredende depresjon. Epileptisk årsak støttes ikke av nevrofysiologien (16). Det er heller ikke funnet typiske vaskulære risikofaktorer som ved transitorisk iskemisk attack, og diffusjonsforandringer skiller seg fra migrene med aura (1). →

Figur 1 Hukommelsessystemets funksjonelle anatomi. Episodisk hukommelse – evnen til å huske hva, hvor og når vi har opplevd noe – er knyttet til den mediale temporallappen, særlig hippocampusformasjonen. Denne består av gyrus dentatus, cornu ammonisfeltene (CA3 og CA1; CA2 er utelatt for enkelhet) og subiculum. Strukturene mottar bearbeidet multisensorisk informasjon fra entorhinal cortex, som integrerer signaler fra flere kortikale områder. Via fornix ledes informasjon til corpus mamillare, videre til de anteriore talamuskjernene, og via cingulum til retrosplenial og parahippocampal cortex – før den returnerer til entorhinal cortex. Samlet danner disse strukturene Papez' sirkel, sentral for koding, konsolidering og gjenhenting av episodiske minner.





Figur 2 Hyperintens punktformet lesjon i venstre hippocampus ved transitorisk global amnesi (pil). T2-vektede sekvenser i koronalplan, tatt på følgende MR-magnetfeltstyrke: 1,5 T (a), 3 T (b) og 7 T (c). Høyere magnetfeltstyrke forbedrer synligheten av lesjonen (1,5 T: usynlig, 3 T: knapt synlig, 7 T: tydelig synlig).

Diagnostisk strategi

Diagnosen stilles fortsatt på klinisk grunnlag, basert på kriteriene formulert av Hodges og Warlow i 1990, som igjen bygger på Caplans tidlige klassifiseringsforsøk (ramme 1) (17, 18). Ved anamnese bør man kartlegge risikofaktorer for cerebrovaskulær sykdom, både hos pasienten og i nær familie, og vurdere aktuelle differensialdiagnoser. Migrene og depresjon kan støtte diagnosen transitorisk global amnesi (ramme 1). Det er avgjørende å undersøke symptomstart, varighet og eventuelle utløsende faktorer. Gjentatte eller hyppige episoder bør alltid utløse videre utredning. Pasienter har ofte både anterograd og retrograd amnesi, inkludert hukommelsestap rundt hendelsen og minner som kan strekke seg flere tiår tilbake (19). Komparentopplysninger er viktige, og vitner bør beskrive atferd uten ledende spørsmål (for eksempel unngå å spørre om pasienten har repetert samme spørsmål flere ganger før vitnene har beskrevet episoden). Symptomer som pareser, kramper eller bevissthetsreduksjon taler mot transitorisk global amnesi.

De viktigste differensialdiagnosene inkluderer transitorisk epileptisk amnesi, transitorisk iskemisk attack, migrene med aura, dissosiativ amnesi og Wernickes encefalopati. *Transitorisk epileptisk amnesi* varer oftest under én time, er residiverende og oppstår ofte om morgenen. EEG-funn eller respons på anfallsforebyggende behandling støtter diagnosen. *Transitorisk iskemisk attack* kan gi isolert amnesi, men ledsages som regel av fokale utfall fra bakre kretsløp (synsfeltutfall, dysartri, ataksi). MR kan, men ikke alltid, påvise iskemiske lesjoner. *Migrene med aura* kan gi forbigående kognitive symptomer, men opptrer vanligvis sammen med synsforstyrrelser og hodepine. Ved *dissosiativ (psykogen) amnesi* har pasienten intakt innlæring og selektiv retrograd amnesi uten nevrologiske utfall. *Wernickes encefalopati* forekommer ved alkoholmisbruk eller ernæringssvikt og kjennetegnes av ataksi og øyemotilitetsforstyrrelser (20).

Ramme 1

Diagnosekriterier fra Hodges og Warlow (17)

Diagnosekriterier:

- Anterograd amnesi observert av en pålitelig observatør som har vært til stede under store deler av hendelsen
- Kognitiv påvirkning begrenset til amnesi, uten tap av egen identitet eller bevissthetsforstyrrelser
- Ingen medfølgende fokale nevrologiske utfall
- Fraværende epileptiske trekk
- Tilbakegang av symptomer innen 24 timer
- Nylig hodeskade eller aktiv epilepsi er eksklusjonskriterier

Kliniske funn som støtter diagnosen:

- Pasienten stiller repetitive orienterende spørsmål
- Forut for hendelsen kan pasienten ha opplevd fysisk anstrengelse eller psykisk/emosjonell belastning
- Milde vegetative symptomer som hodepine, svimmelhet eller kvalme kan forekomme
- Migrene eller depresjon i sykehistorien
- Endret episodisk romlig orienteringsevne

Klinisk vurdering, observasjon og målrettede tilleggsundersøkelser, særlig MR og eventuelt EEG, er derfor avgjørende for å skille tilstandene og sikre riktig behandling. Blodprøver bør tas for å utelukke hypoglykemi, infeksjon eller metabolsk forstyrrelse. Pasienten bør observeres så lenge amnesieepisoden pågår, da symptomtilbakefall innen 24 timer er et nødvendig kriterium for diagnosen transitorisk global amnesi. Det finnes foreløpig ingen behandling for transitorisk global amnesi (20).

Betydningen av MR-undersøkelse

Selv om transitorisk global amnesi fortsatt regnes som en klinisk diagnose, kan MR bidra til å styrke diagnosen og utelukke viktige differensialdiagnoser, særlig ved atypiske symptomer. Strategisk lokalisert iskemisk skade – for eksempel i thalamus, fornix cerebri eller temporallapp – kan gi et klinisk bilde som etterligner transitorisk global amnesi, men som krever rask behandling (21–25). I tillegg har nyere data vist at nesten én av fem pasienter med antatt transitorisk global amnesi senere reklassifiseres som transitorisk epileptisk amnesi etter grundigere vurdering med EEG og oppfølging (26). I motsetning til transitorisk global amnesi, som kan gi karakteristiske hippocampuslesjoner, er det som regel normale MR-funn ved transitorisk epileptisk amnesi (26), men tilstanden krever spesifikk behandling med anfallsforebyggende medisiner. Velegnet MR-protokoll gjennomført i riktig tidsvindu har derfor viktig differensialdiagnostisk og klar terapeutisk implikasjon.

Ved transitorisk global amnesi ses ofte små, punktformede lesjoner (1–8 mm i størrelsen) i hippocampus på diffusjonsvektede og T2-vektede MR-sekvenser (1, 27). De antas å være lokalisert i CA1-regionen i hippocampus, selv om ekstrahippokampale lesjoner er rapportert i sjeldne tilfeller (28). Slike lesjoner fremkommer best på diffusjonsvektede sekvenser etter 12–24 timer og på T2-vektede sekvenser etter 24–72 timer, før de gradvis forsvinner i løpet av 7–10 dager (1). Standard MR-undersøkelser med feltstyrke på 1,5 - 3 Tesla har tradisjonelt vært brukt ved mistanke om transitorisk global amnesi, og nyere data viser at enda høyere feltstyrke (7 Tesla) kan doble deteksjonsraten (29). Selv om 7-Tesla-teknologien foreløpig kun er tilgjengelig ved enkelte forsknings- og spesialenheter, anbefales høyest mulig magnetfelt (figur 2), tynne koronale snitt uten mellomrom, ortogonalt for hippokampal langakse for å visualisere hippocampus' anatomi best mulig, samt bruk av høye b-verdier (> 2000) for best mulig sensitivitet (1). Sammenligning av diffusjonsvektede og T2-vektede sekvenser i samme snittplan gir god anatomisk oversikt og lesjonsvisualisering. Falskt negative funn skyldes oftest uegnet MR-protokoll eller for tidlig bildeopptak, siden tilstanden initialt utredes som mulig cerebrovaskulær hendelse.

Transitorisk global amnesi er en akutt, forbigående og godartet tilstand, men med et mer sammensatt symptom-bilde enn tidligere antatt. Økt innsikt i mekanismene bak tilstanden forutsetter integrerte kliniske og eksperimentelle studier. ■

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 8.1.2025, første revisjon innsendt 27.2.2025, godkjent 22.9.2025.

Aleksandra Kamila Galwa-Støkkan*

Aleksandra Kamila Galwa-Støkkan er forsker. Forfatterbidrag: idé, utforming og design, litteratursøk, utarbeiding/revisjon av manuset og godkjenning av innsendte manusversjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt ph.d.-stipend fra Helse Midt-Norges samarbeidsorgan for prosjektet Fysiologi, kretsløp og atferd ved transitorisk global amnesi.

Ingunn Egeberg Vari*

Ingunn Egeberg Vari er 6. års medisinstudent og har skrevet hovedoppgave om transitorisk global amnesi. Forfatterbidrag: idé, utforming og design, litteratursøk, utarbeiding/revisjon av manuset og godkjenning av innsendte manusversjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Mikkel Elvebakk Saidi*

Mikkel Elvebakk Saidi er 6. års medisinstudent og har skrevet hovedoppgave om transitorisk global amnesi. Forfatterbidrag: idé, utforming og design, litteratursøk, utarbeiding/revisjon av manuset og godkjenning av innsendte manusversjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Martin Selvaag*

Martin Selvaag er 6. års medisinstudent og har skrevet hovedoppgave om transitorisk global amnesi. Forfatterbidrag: idé, utforming og design, litteratursøk, utarbeiding/revisjon av manuset og godkjenning av innsendte manusversjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Victoria Troos Torsteinsbø*

Victoria Troos Torsteinsbø er 6. års medisinstudent og har skrevet hovedoppgave om transitorisk global amnesi. Forfatterbidrag: idé, utforming og design, litteratursøk, utarbeiding/revisjon av manuset og godkjenning av innsendte manusversjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Axel Karl Gottfrid Nyman

Axel Karl Gottfrid Nyman er lege i spesialisering i nevrologi og postdoktor. Forfatterbidrag: idé, utforming og design, litteratursøk, utarbeiding/revisjon av manuset og godkjenning av innsendte manusversjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Tobias Navarro Schröder**

Tobias Navarro Schröder er førsteamanuensis og gruppeleder. Forfatterbidrag: idé, utforming og design, litteratursøk, utarbeiding/revisjon av manuset og godkjenning av innsendte manusversjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt prosjektmidler fra Helse Midt-Norges samarbeidsorgan for prosjektet Fysiologi, kretsløp og atferd ved transitorisk global amnesi.

Thanh Pierre Doan**

thanh.p.doan@ntnu.no

Thanh Pierre Doan er ph.d., lege i spesialisering i nevrologi og forskningsgruppeleder for Clinical Brain Systems (CBS). Forfatterbidrag: idé, utforming og design, litteratursøk, utarbeiding/revisjon av manuset og godkjenning av innsendte manusversjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt prosjektmidler fra Helse Midt-Norges samarbeidsorgan for prosjektet Fysiologi, kretsløp og atferd ved transitorisk global amnesi.

*Aleksandra Kamila Galwa-Støkkan, Ingunn Egeberg Vari, Mikkel Elvebakk Saidi, Martin Selvaag og Victoria Troos Torsteinsbø har bidratt i like stor grad til denne artikkelen (førsteforfatterskap).

**Tobias Navarro Schröder og Thanh Pierre Doan har bidratt i like stor grad til denne artikkelen (sisteforfatterskap).

Litteratur

- 1 Bartsch T, Deuschl G. Transient global amnesia: functional anatomy and clinical implications. *Lancet Neurol* 2010; 9: 205–14.
- 2 Jäger T, Bänzner H, Kliegel M et al. The transience and nature of cognitive impairments in transient global amnesia: a meta-analysis. *J Clin Exp Neuropsychol* 2009; 31: 8–19.
- 3 Schöberl F, Irving S, Pradhan C et al. Prolonged allocentric navigation deficits indicate hippocampal damage in TGA. *Neurology* 2019; 92: e234–43.
- 4 Hernández MA, Arena JE, Alessandro L et al. Transient Global Amnesia Recurrence: Prevalence and Risk Factor Meta-analysis. *Neurol Clin Pract* 2022; 12: e35–48.

Litteraturlisten fortsetter på neste side →

- 5 Pantoni L, Bertini E, Lamassa M et al. Clinical features, risk factors, and prognosis in transient global amnesia: a follow-up study. *Eur J Neurol* 2005; 12: 350–6.
- 6 Singh RB, Ahmed AK, Vibhute P et al. Chronic hippocampal subfield damage in transient global amnesia revealed by 7T MRI: All is not reversible? *Neuroradiol J* 2024; 37: 247–50.
- 7 Liampas I, Raptoulou M, Siokas V et al. The long-term prognosis of Transient Global Amnesia: a systematic review. *Rev Neurosci* 2021; 32: 531–43.
- 8 Buzsáki G, Moser EI. Memory, navigation and theta rhythm in the hippocampal-entorhinal system. *Nat Neurosci* 2013; 16: 130–8.
- 9 Squire LR. The legacy of patient H.M. for neuroscience. *Neuron* 2009; 61: 6–9.
- 10 O'Keefe J, Dostrovsky J. The hippocampus as a spatial map. Preliminary evidence from unit activity in the freely-moving rat. *Brain Res* 1971; 34: 171–5.
- 11 Fyhn M, Molden S, Witter MP et al. Spatial representation in the entorhinal cortex. *Science* 2004; 305: 1258–64.
- 12 Hafting T, Fyhn M, Molden S et al. Microstructure of a spatial map in the entorhinal cortex. *Nature* 2005; 436: 801–6.
- 13 El-Hassar L, Esclapez M, Bernard C. Hyperexcitability of the CA1 hippocampal region during epileptogenesis. *Epilepsia* 2007; 48: 131–9.
- 14 Kreisman NR, Soliman S, Gozal D. Regional differences in hypoxic depolarization and swelling in hippocampal slices. *J Neurophysiol* 2000; 83: 1031–8.
- 15 Masurkar AV. Towards a circuit-level understanding of hippocampal CA1 dysfunction in Alzheimer's disease across anatomical axes. *J Alzheimers Dis Parkinsonism* 2018; 8: 1–6.
- 16 Jung KH, Kang DJ, Lee WJ et al. Pathophysiological insight into transient global amnesia from quantitative electroencephalography. *Neurobiol Dis* 2022; 170: 105778.
- 17 Hodges JR, Warlow CP. Syndromes of transient amnesia: towards a classification. A study of 153 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1990; 53: 834–43.
- 18 Caplan LR. Transient global amnesia: criteria and classification. *Neurology* 1986; 36: 441–2.
- 19 Bartsch T, Döhring J, Rohr A et al. CA1 neurons in the human hippocampus are critical for autobiographical memory, mental time travel, and auto-noetic consciousness. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2011; 108: 17562–7.
- 20 Bartsch T, Butler C. Transient amnesic syndromes. *Nat Rev Neurol* 2013; 9: 86–97.
- 21 Grewal RP. Severe amnesia following a unilateral temporal lobe stroke. *J Clin Neurosci* 2003; 10: 102–4.
- 22 Van der Werf YD, Scheltens P, Lindeboom J et al. Deficits of memory, executive functioning and attention following infarction in the thalamus; a study of 22 cases with localised lesions. *Neuropsychologia* 2003; 41: 1330–44.
- 23 Turine G, Gille M, Druart C et al. Bilateral anterior fornix infarction: the "amnesic syndrome of the subcallosal artery". *Acta Neurol Belg* 2016; 116: 371–3.
- 24 Meila D, Saliou G, Krings T. Subcallosal artery stroke: infarction of the fornix and the genu of the corpus callosum. The importance of the anterior communicating artery complex. Case series and review of the literature. *Neuroradiology* 2015; 57: 41–7.
- 25 Salvalaggio A, Cagnin A, Nardetto L et al. Acute amnesic syndrome in isolated bilateral fornix stroke. *Eur J Neurol* 2018; 25: 787–9.
- 26 Lanzzone J, Ricci L, Assenza G et al. Transient epileptic and global amnesia: Real-life differential diagnosis. *Epilepsy Behav* 2018; 88: 205–11.
- 27 Szabo K, Hoyer C, Caplan LR et al. Diffusion-weighted MRI in transient global amnesia and its diagnostic implications. *Neurology* 2020; 95: e206–12.
- 28 Piffer S, Nannoni S, Maulucci F et al. Transient global amnesia with unexpected clinical and radiological findings: A case series and systematic review. *J Neurol Sci* 2022; 441: 120349.
- 29 Unsgård RG, Doan TP, Nordlid KK et al. Transient global amnesia: 7 Tesla MRI reveals more hippocampal lesions with diffusion restriction compared to 1.5 and 3 Tesla MRI. *Neuroradiology* 2022; 64: 2217–26.



Zomig® Nasal «zolmitriptan» 5 mg/dose nesesypray

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:* Abdominalmerter, 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. ICD: 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.

Charlotte Eileen Mack¹
charlotte.eileen.mack@gmail.com

Elisabet Nordmo²
Ane Skaare Sjulstad^{1,3}
Grete Kristin Bakkejord¹
Andreas Finvåg⁴
Oana-Gratiela Ciopat¹
Benjamin Storm^{5,6,3}

1 Nevrologisk avdeling, Nordlandssykehuset, Bodø
2 RELIS Nord-Norge, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø
3 Institutt for klinisk medisin, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø
4 Medisinsk avdeling, Helgelandssykehuset, Sandnessjøen
5 Kirurgisk klinikk, Nordlandssykehuset, Bodø
6 Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet, Bodø

Kvinne i 50-årene med overvekt, multimorbiditet og kramper

En pasient med polyfarmasi ble akutt innlagt med kramper av ukjent årsak. Det videre sykdomsforløpet ble komplisert av tiltakende autonom ustabilitet, noe som medførte behov for omfattende differensialdiagnostikk og et langvarig sykehusopphold.

En kvinne i 50-årene ble innlagt på lokalsykehus med førstegangs krampeanfall. Hun hadde kjent diabetes type 2, hypertensjon, astma, obstruktiv søvnapné, refluks, angst, depresjon og nakke- og ryggplager. Hun brukte tablettene metformin 500 mg × 3, kandesartan 8 mg × 1, atorvastatin 40 mg × 1, escitalopram 10 mg × 1, og inhalasjonsmedisinen budesonid/formoterol 160/4,5 µg × 2 fast, samt tablettene oksazepam 10 mg, zopiklon 7,5 mg, pantoprazol 40 mg og paracetamol 1 g ved behov. Grunnet overvekt (BMI på 46,8 kg/m²) hadde pasienten de siste tre månedene brukt Mysimba (bupropion-naltrekson) vektredukerende depottabletter, gradvis opptrappet til maksimalt anbefalt døgndose 360 mg bupropion og 32 mg naltrekson.

Forekomsten av overvekt, samt bruk og tilgjengelighet av slankemedisiner, er økende (1). Mysimba, et kombinasjonspreparat med noradrenalin- og dopaminreopptakshemmeren bupropion og opioidantagonisten naltrekson, er godkjent for vektreduksjon hos voksne og har vært tilgjengelig i Norge siden 2017 (2, 3). Europeiske legemiddelmyndigheter advarer imidlertid om potensielt alvorlige bivirkninger og legemiddelinteraksjoner (3).

På innleggelsesdagen tilkalte pårørende ambulans da pasienten fremsto forvirret, ropte ut og utviklet et bilateralt tonisk-klonisk anfall. Da ambulansen kom, var hun våken, men postiktal. Hun fikk deretter et tonisk anfall med redusert bevissthet. Dette ble kupert med 5 mg midazolam intramuskulært.

Ved ankomst på lokalsykehus var rektaltemperatur på 37,2 °C, blodtrykk på 160/85 mmHg, puls på 90 per minutt, oksygensaturasjon (SpO₂) på 82 % uten oksygentilskudd, raskt korrigert til 98 % med 6 L oksygen på maske. Hun hadde frie luftveier, var selvpustende med sidelike respirasjonslyder, åpnet øynene ved tiltale, beveget fingrene spontant, men ga ingen verbal eller motorisk respons.

Arteriell blodgass med 6 L oksygen på maske viste pH 7,20 (referanseområde 7,37–7,45), pCO₂ 6,6 kPa (4,3–5,7), pO₂ 24 kPa (> 10) og bikarbonat 18 mmol/L (22–26), baseoverskudd -8 mmol/L (-3–+2), laktat 7,3 mmol/L (0,5–1,6). Blodprøver viste blant annet CRP 7 mg/L (< 5), leukocytter 10,7 × 10⁹/L (4,0–11,0) og glukose 10,4 mmol/L (4–7 fastende). Det var ingen elektrolyttavvik som kunne forklare pasientens kramper. Nyre- og leverprøver samt CT caput med angiografi var normale. Pasienten ble kontinuerlig overvåket, inkludert invasiv blodtrykkmåling, på akuttstuen i påvente av intensivplass.

Noe å lære av

Komplekse pasienthistorier med vekt på de kliniske vurderingene

Ut fra anamnese og kliniske funn var mistanken om cerebrovaskulær hendelse lav. CT-undersøkelsene viste ingen sikker intrakraniell patologi. Blodprøvene ga ingen avklarende etiologi. Laktatstigning og syre-base-avvik passet med gjennomgått krampeanfall. Pasienten hadde diabetes, men normalt blodsukker ved innleggelsen. Årsaken til krampeanfallene var foreløpig uavklart.

Pasienten våknet plutselig til, beveget ekstremitetene og svarte kortvarig adekvat på spørsmål før hun ble desorientert og ytret usammenhengende enkeltord. Etter to timer fikk hun et selvlimiterende tominutters tonisk anfall. Én time senere ble hun takykard og hypertensiv med systolisk blodtrykk på 250 mmHg, snakket usammenhengende, smattet, fikk hodedreining mot høyre og deretter bilaterale kramper. Midazolam 3 mg intravenøst kuperte krampeanfall og normaliserte vitalia. Etter ytterligere én time ble hun igjen hypertensiv, motorisk urolig, pratet usammenhengende og smattet. Dette ble tolket som epileptisk betinget, og hun fikk heretter midazolam 1–3 mg intravenøst hvert 45. minutt for stereotype episoder. Fire timer etter ankomst fikk hun i tillegg 1 000 mg valproat intravenøst, og én time senere ytterligere 2 000 mg samt valproatinfusjon 200 mg/t. Det ble administrert totalt 13 mg midazolam over seks timer, samt to doser metoklopramid 10 mg intravenøst med fire timers mellomrom grunnet brekninger.

Etter ni timer utviklet hun feber med rektaltemperatur på 38,6 °C. Det ble utført spinalpunksjon med normalt celletall ($< 5 \times 10^6/L$), protein 0,23 g/L ($< 0,55$), glukose 5,3 mmol/L (serum-glukose 7,7 mmol/L), og PCR som var negativ for herpes simplex-virus type 1 og 2, varicella-zoster-virus og enterovirus. Pasienten holdt frie luftveier, men ga ingen adekvat verbal respons mellom anfallet. Før overflytning til regionsykehus ble hun sedert med propofol 4 mg/kg/t, var selvpustende og uten ytterligere krampeanfoll.

Pasientens tilstand var forenlig med status epilepticus. Hun hadde ingen kjent kramperisiko. Normale spinalvæskesvar gjorde CNS-infeksjon usannsynlig. Vi mistenkte bivirkning/intoksikasjon med kombinasjonspreparatet bupropion-naltrekson, ettersom bupropion gir doserelatert økt risiko for krampeanfoll (2, 3). Escitalopram kunne heller ikke utelukkes, da også selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) kan øke kramperisikoen (4–6). Påførende mistenkte ikke intoksikasjon eller rusmiddelbruk, og utover nylig oppstart med bupropion-naltrekson var det ingen medisinerendringer. Urinprøve ble likevel tatt for toksikologisk screening.

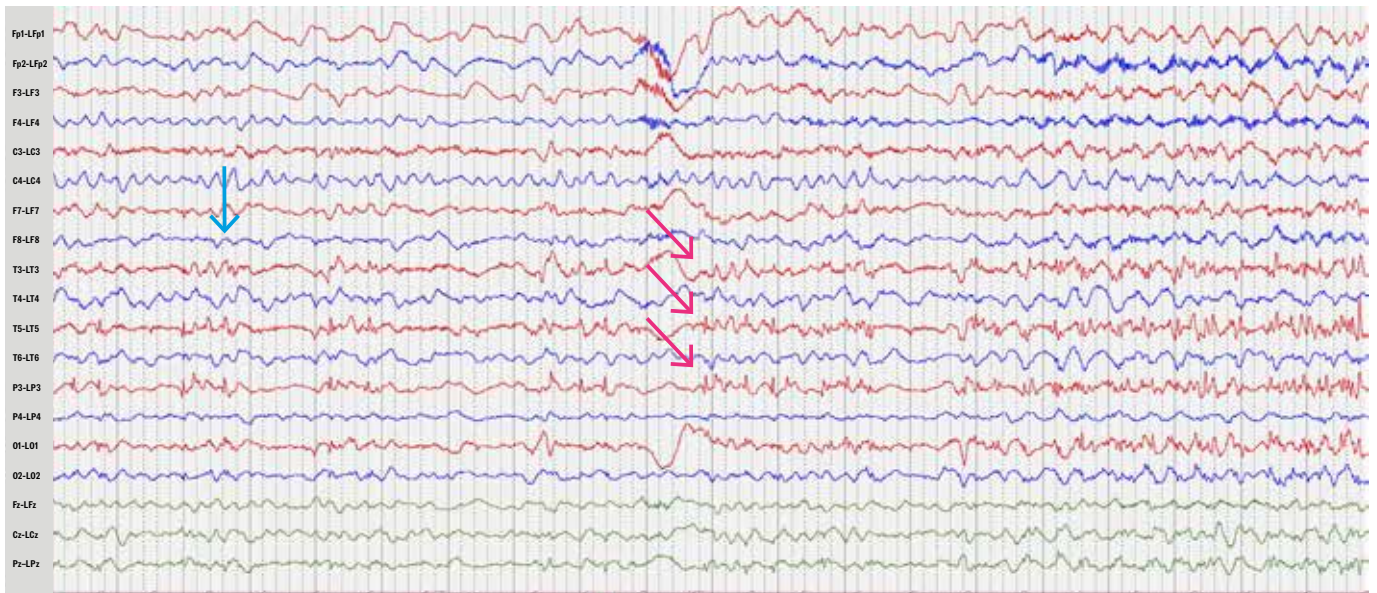
På regionsykehuset, 15 timer etter symptomdebut, var pasienten dypt sovende, selvpustende, og sirkulatorisk og respiratorisk stabil. Blæretemperaturen var 38,0 °C. Propofol- og valproatinfusjonene ble stoppet. Etter noen minutter åpnet hun øynene på tiltale og klemte i hånden, men utviklet raskt flere minuttlange episoder med hodedreining og nystagmus mot høyre, automatismer med smatting, redsel og gråtela-

bilitet etterfulgt av økende somnolens. Vi mistenkte fokale, temporale epileptiske anfoll med påvirket bevissthet. Siden valproat var stoppet, startet vi ny antiepileptisk behandling med metningsdose levetiracetam 4 500 mg etterfulgt av vedlikeholdsdosering 1 000 mg \times 3 intravenøst. EEG fire timer senere viste epileptisk aktivitet i venstre hemisfære hovedsakelig temporalt, forenlig med status epilepticus (figur 1). Vi supplerte med lakosamid 200 mg som metningsdose og 50 mg \times 2 som vedlikeholdsdose intravenøst. De neste to timene hadde pasienten likevel gjentatte stereotype fokale krampeanfoll samt stigende blodtrykk 140–195/55–80 mmHg, og hun måtte sederes på nytt. Hun ble intubert og var deretter anfallsfri med propofol 4 mg/kg/t og remifentanil 0,10 μ g/kg/t.

Dag 2 (1,5 døgn etter symptomdebut) ble lakosamid økt til 100 mg \times 2. EEG viste ingen epileptisk aktivitet og blodprøvene ikke tegn til infeksjon. MR caput viste multiple, diffust avgrensede høysignalforandringer, og kontrastundersøkelse ble anbefalt. Toksikologisk urinscreening fra dag 1 påviste kun oksazepam og zopiklon.

Dag 3 ble propofolinfusjonen redusert, men grunnet kroppslig uro og stivhet ble dosen økt igjen. Vekkeforsøk ble gjentatt etter to timer der pasienten våknet til og så på undersøker. Etter 1–2 minutter ble hun urolig, utviklet nystagmus, uttalt rigiditet, hyperrefleksi, subklonus, hypertensjon med blodtrykk på 200/60 mmHg og gåsehud, hadde livlige tarmlyder, vaginal utflod samt blæretemperaturstigning fra 37,2 til 39,7 °C over 30 minutter. Kontinuerlig EEG viste ingen epileptisk anfallsaktivitet. Symptombildet var forenlig med serotonergt syndrom. —>

Figur 1 EEG-utsnitt fra dag 1 hos pasient med status epilepticus. Diffus polymorf langsom aktivitet og fokal interiktal epileptiform aktivitet temporalt på venstre side (blå pil). Start av anfallsaktiviteten (rosa piler) vises med gjentatte spike-formasjoner, etterfulgt av rekrutterende høyfrekvent rytme. EEG-montasje: Source-derivasjon. Lavfrekvent filter: 1 Hz. Høyfrekvent filter: 70 Hz. Sensitivitet: 10 μ V/mm. Hastighet: 30 mm/sek. 17 sek/bilde. Oddetall (rosa): venstre hemisfære. Partall (blå): høyre hemisfære. F = frontal, C = sentral, T = temporal, P = parietal, O = oksipital. Fz, Cz, Pz = midtlinje.



Serotonergt syndrom er potensielt livstruende og skyldes serotonerg overstimulering i sentralnervesystemet. Serotoninnivået i synapsene må øke betraktelig før syndromet inntrer. Risikoen er størst ved samtidig bruk av flere legemidler som øker serotoninnivåene via ulike mekanismer. Symptomer oppstår typisk innen 24 timer, og oftest innen 6 timer etter behandlingsstart eller doseøkning. Diagnosen stilles klinisk på bakgrunn av autonome, nevro-muskulære og mentale symptomer og funn hos pasienter som bruker legemidler som øker serotoninaktiviteten. Autonome symptomer kan være svetting, takykardi, hypertermi, hypertensjon, autonom instabilitet og endret tarmaktivitet. Nevromuskulære tegn inkluderer rigiditet, hyperrefleksi, subklonus, okulær klonus og myoklonus. Typiske mentale symptomer er agitasjon, uro, redsel og forvirring (figur 2) (7–10).

Umiddelbar seponering av det utløsende legemiddelet er avgjørende. Behandlingen er symptomatisk rettet mot muskelaktivitet og autonom ustabilitet, inkludert aktiv nedkjøling (7–10). Antidotet cyproheptadin, et antihistamin med serotoninantagonistisk effekt, kan vurderes ved moderate til alvorlige tilfeller (7, 10).

Pasienten fikk diazepam 5 + 5 mg intravenøst uten symptomlindring. Vi ga derfor gjentatte propofolboluser, totalt 500 mg, samt muskelrelaksantiumet cisatrakurium 10 mg intravenøst etterfulgt av midazolaminfusjon 10 mg/t og fentanylinfusjon 0,1 µg/kg/t. Rigiditeten avtok, men på grunn av vedvarende hypertermi og hypertensjon initierte vi kjøling med isposer, kalde kluter og kjøledress, med effekt. Etter råd fra Giftinformasjonen ble cyproheptadin 12 mg gitt i ventrikelsonde, etterfulgt av 2 mg annenhver time, til totalt 28 mg. Ny laboratorieutredning, inkludert blodkulturer, viste fortsatt ingen tegn til infeksjon og heller ingen koagulasjonsforstyrrelser eller rhabdomyolyse. Ifølge pårørende hadde pasienten følt seg uvel etter opptrapping av Mysimba og klaget på økt svettetendens noen dager før innleggelsen.

Alvorlig serotonergt syndrom er assosiert med kramper (10), men det er ikke holdepunkter for at pasienten hadde alvorlig serotonergt syndrom før det første krampeanfallet. Diaforese er en kjent bivirkning av både bupropion og escitalopram (4, 11), og kan ha vært tegn på begynnende serotonerg overaktivitet. Pasientens autonome instabilitet de første timene var imidlertid anfallsvis og kunne passe med et epileptisk fokus i insularenregionen. Hypertermi tilkom først flere timer etter innleggelsen, og rigiditet og hyperrefleksi er ikke beskrevet ved ankomst til regionsykehuset før pasienten var sedert. Sedasjonen gjorde tidspunktet for full symptomutvikling uklart.

Serumkonsentrasjonsmålinger foretatt dag 3 viste hydroksybupropion (aktiv metabolitt) 1 277 nmol/L (500–4 000) og escitalopram 30 nmol/L (25–140). Siste inntak antas å ha vært på morgenen før innleggelsen.

Basert på gjennomsnittlige halveringstider med ca. 30 timer for escitalopram og 20 timer for både bupropion og hydroksybupropion (4, 11), kan man anta nivåer i øvre del av de tentative referanseområdene på innleggelsesdagen tre dager tidligere. Mistanken om intoksikasjon var dermed svekket.

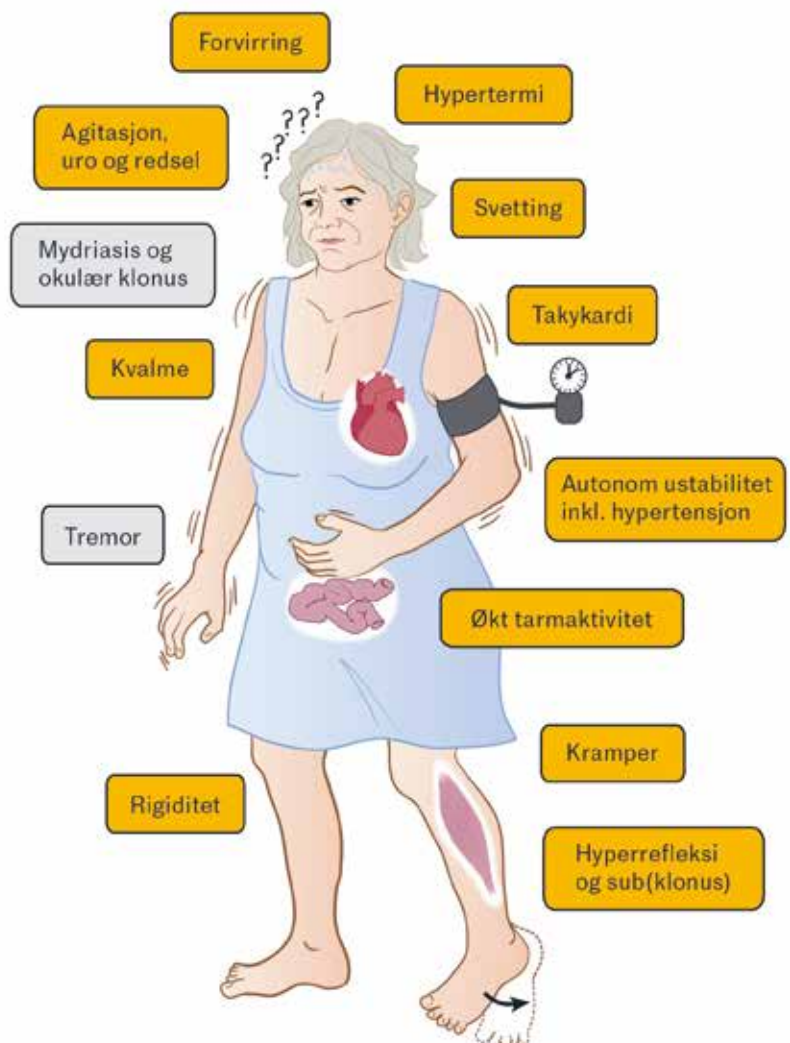
Escitalopram kan forårsake serotonergt syndrom, men alvorlige tilfeller er sjeldne ved terapeutiske doser i monoterapi (8, 9). Pasienten hadde brukt en uendret, forholdsvis lav dose over lang tid. Bupropion har ingen direkte serotonerge effekter, men flere tilfeller med sero-

tonergt syndrom er rapportert ved overdose av bupropion eller ved kombinasjon av bupropion og serotonerge legemidler. Mekanismen er ukjent, men indirekte virkninger som gir økt serotonerg effekt og/eller farmakokinetiske interaksjoner som gir økt nivå av samtidig brukte serotonerge legemidler, diskuteres (5, 6). Bupropion er en potent hemmer av CYP2D6, som er viktig i metabolismen av enkelte selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) (5, 6). Escitalopram metaboliseres imidlertid primært av CYP2C19, med mindre bidrag fra CYP2D6 (4). Samtidig bruk av CYP2D6-hemmere har derfor vanligvis liten betydning for metabolismen av escitalopram.

Dag 4 var pasienten intubert og sedert med midazolam og fentanyl, men uten kjøling. CRP var 331 mg/L, prokalsitonin 5,9 µg/L (< 0,1), leukocytter $16,9 \times 10^9/L$ (3,5–11) og blæretemperaturen var 38,0 °C. Behandling med piperacillin/tazobactam 4 g × 3 intravenøst ble startet mot aspirasjons-pneumoni og vaginit.

Dag 5 var EEG uten epileptisk aktivitet. Røntgen toraks viste pneumoniske fortetninger. Midazolam og fentanyl ble redusert utover dagen. Ved seponering steg blæretemperaturen (37,9–38,5 °C) og blodtrykket til 200/70 mmHg. Vi startet cyproheptadin 2 mg annenhver time til maks 20 mg, og etter hvert også propofolinfusjon 2 mg/kg/t. Vi gjeninnsette pasientens faste blodtrykksmedisiner.

Figur 2 Typiske symptomer ved serotonergt syndrom, med pasientens symptomer på oransje bakgrunn (7–10). Illustrasjon: Illumedic



	Kramper	Serotonergt syndrom	Mulige farmakokinetiske interaksjoner
Bupropion	Kjent doserelatert risiko (2, 3)	Mange tilfeller rapportert, ukjent mekanisme (5, 10)	Kan ved hemming av CYP2D6, det viktigste enzymet i metoklopramid-metabolismen, øke serumkonsentrasjonen av metoklopramid (14)
Escitalopram	Noe økt risiko (3)	Kjent risiko (7–10)	
Valproat	Indirekte	Mulig serotonerg aktivitet (8, 9), samt indirekte	Økt serumkonsentrasjon av hydroksybupropion, ukjent mekanisme (12)
Metoklopramid		Svak serotonerg effekt (8)	
Pantoprazol	Indirekte	Indirekte	Kan gjennom CYP2C19-hemming gi lett økt serumkonsentrasjon av escitalopram (15)
Fentanyl		Opioid med serotonerg effekt, flere tilfeller rapportert (16)	

Tabell 1 Farmakodynamiske og farmakokinetiske interaksjoner som kan ha bidratt til kramper og serotonergt syndrom.

MR caput dag 6 viste ingen kontrastoppladning. Høysignalforandringene ble tolket som kroniske iskemiske forandringer. Etterrevirerte encefalitt- og paraneoplastiske antistoffer var negative. Propofol ble redusert gradvis før seponering dag 7. Pasienten var rolig og kommuniserte adekvat. Blæretemperaturen var 38,1 °C, men med effekt av paracetamol. Hun ble lagt på optiflow på tuben.

Dag 8 var hun spontanpustende via tuben uten oksygentilskudd og hadde god hostekraft. Hun ble ekstubert, men utviklet inspiratorisk stridor og hypoksemi, med SpO₂ ned til 60 %, og måtte umiddelbart reintuberes. Et betydelig larynksødem vanskeliggjorde intubasjon, som dog lot seg gjennomføre med videolaryngoskop. Ødembehandling med deksametason 8 mg intravenøst daglig ble igangsatt.

Dag 12 ble pasienten trakeostomert grunnet vedvarende larynksødem. Pneumonibehandling ble avsluttet dag 14. Pasienten trengte angstlindrende medisin, og vi reinsatte escitalopram 10 mg peroralt til tross for gjennomgått serotonergt syndrom. Kombinasjonspreparatet bupropion-naltrekson forble seponert.

Dag 20 ble trakeostomien fjernet. Hun hadde ikke flere epileptiske anfall, normal neurologisk undersøkelse og fin fremgang. Lakosamid ble trappet ned, og pasienten ble utskrevet med kun levetiracetam 1 500 mg × 2.

Etter et rehabiliteringsopphold var hun selvstendig hjemme. Pasienten ble videre fulgt opp poliklinisk. Hun har ikke hatt nye epileptiske anfall, har normalt EEG og er tilbake i sin habitualtilstand. Levetiracetam er kontinuert grunnet gjennomgått status epilepticus.

Diskusjon

Pasienten gjennomgikk et komplisert sykdomsforløp først preget av status epilepticus og senere tiltagende serotonergt syndrom.

Årsaken til pasientens kramper er usikker, men det er mest nærliggende å mistenke bupropion. Kombinasjonspreparatet bupropion-naltrekson er forholdsvis nytt, men bupropion har vært brukt lenge, først som antidepressivum, senere for røykeavvenning (3). Til tross for begrenset nytte versus risiko, samt markedsføring av de

mer effektive vektreduserende glukagonlignende peptid-1-analogene, har bruken av bupropion-naltrekson vært høy (1, 3). Ifølge Folkehelseinstituttet fikk 42 808, tilsvarende 1,04 % av den voksne befolkningen, minst én resept på kombinasjonspreparatet i 2022 (1).

Risikoen for krampeanfall ved bupropionbruk er vel-dokumentert og korrelerer med dosen (2, 3, 11). For å redusere kramperisikoen bør bupropion-naltrekson derfor ikke trappes opp hurtigere enn anbefalt, og maksdosen må ikke overskrides. Bupropion er kontraindisert ved tidligere krampeanfall, og forsiktighet anbefales hos pasienter med kramperisiko. Ved anbefalte doser hos pasienter uten risikofaktorer angis lav krampeforekomst (2). Det er i ettertid ikke mistanke om intoksikasjon eller bruk av høyere doser av bupropion-naltrekson enn anbefalt hos vår pasient, som heller ikke hadde kjente risikofaktorer, bortsett fra samtidig bruk av escitalopram.

Vi mener at pasientens serotonerge syndrom utviklet seg gradvis under innleggelsen fram til dag 3. EEG uten epileptisk anfallsaktivitet dag 3 støttet denne kliniske diagnosen, framfor epileptiske anfall som har noe klinisk overlapp (f.eks. tonusøkning, nystagmus, hypertensjon og hypertermi).

Selv om det serotonerge syndromet trolig også ble utløst av escitalopram og bupropion, kan vi ikke utelukke at legemidler gitt under sykehusinnleggelsen kan ha medvirket. Bupropion metaboliseres hovedsakelig av CYP2B6 til hydroksybupropion, en aktiv metabolitt som trolig er ansvarlig for mesteparten av den farmakologiske effekten (3). Enkelte interaksjonsdatabaser advarer om at samtidig bruk av valproat og bupropion kan gi dobling i serumkonsentrasjon av hydroksybupropion (12). Den kliniske relevansen av denne interaksjonen er usikker, men valproat kan ha ført til forlenget elimineringstid for bupropion, og dermed forlenget krampeanfallene. Valproat øker muligens også sentral serotonerg neurotransmisjon, og det foreligger flere rapporter om serotonergt syndrom ved bruk av valproat (8, 9). I dette tilfellet ble valproat valgt initialt, da det er et effektivt antiepileptikum, selv om levetiracetam grunnet færre interaksjoner og bivirkninger ofte er vårt førstevalg. Vi kan heller ikke utelukke at fentanyl eller metoklopramid, som hun fikk under innleggelsen, eller behovsmedisinen pantoprazol, kan ha bidratt (tabell 1). —→

Det er ikke foretatt CYP-genotyping av pasienten, og genetisk disposisjon for doseavhengige bivirkninger og/eller interaksjoner kan ikke utelukkes.

Legemiddelmyndighetene har også advart om at opioidantagonisten naltrekson i kombinasjonspreparatet bupropion-naltrekson kan redusere effekten av opioider (13), noe som kan være kritisk ved akutt smertebehandling. Det ble i dette tilfellet ikke registrert behov for uventet høye opioiddoser.

Vår vurdering er at pasienten utviklet kramper og status epilepticus, etterfulgt av serotonergt syndrom, som følge av oppstart av bupropion under pågående behandling med escitalopram. Kasuistikken belyser risikoen for alvorlige bivirkninger og interaksjoner ved bruk av vektreduserende legemidler med bupropion, og den understreker viktigheten av nøye nytte–risiko-vurderinger ved oppstart av nye legemidler. Det komplekse sykdomsforløpet med status epilepticus fremhever også nødvendigheten av bred differensialdiagnostikk, god overvåking, behovet for tverrfaglig samarbeid, tilgang til EEG-tjenester og nevrofysiologisk ekspertise, samt viktigheten av å kunne identifisere og behandle serotonergt syndrom. ■

Det er sendt bivirkningsmelding via melde.no.

Artikkelen er fagfellevurdert. Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Mottatt 22.1.2025, første revisjon innsendt 25.4.2025, godkjent 22.9.2025.

Charlotte Eileen Mack

charlotte.eileen.mack@gmail.com

Charlotte Eileen Mack er lege i spesialisering i nevrologi. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Elisabet Nordmo

Elisabet Nordmo er cand.pharm. og seniorrådgiver.

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

Ane Skaare Sjulstad

Ane Skaare Sjulstad er overlege i nevrologi.

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

Grete Kristin Bakkejord

Grete Kristin Bakkejord er overlege i nevrologi.

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

Andreas Finvåg

Andreas Finvåg er lege i spesialisering i lungemedisin.

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

Oana-Gratiela Ciopat

Oana-Gratiela Ciopat er overlege i klinisk nevrofysiologi.

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

Benjamin Storm

Benjamin Storm er ph.d., spesialist i anestesi og overlege.

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

Litteratur

- 1 Ruiz PL-D, Karlstad Ø, Nøkleby K et al. Pharmacological treatment of obesity in adults in Norway 2004-2022. *Diabetes Obes Metab* 2024; 26: 2102–10.
- 2 Direktoratet for medisinske produkter. Preparatomtale (SPC) Mysimba. Lest 18.7.2025.
- 3 Nordmo E, Vorren S. Bupropion og kramper. Lest 19.8.2025.
- 4 Escitalopram. Lexi-Drugs. UpToDate Lexidrug. UpToDate Inc. Lest 19.8.2025.
- 5 Escitalopram/Bupropion. Drug Interactions in Lexi-Drugs. UpToDate Lexidrug. UpToDate Inc. Lest 19.8.2025.
- 6 Preston CL, red. SSRIs + Bupropion. Stockleys Drug Interactions (online). Lest 19.8.2025.
- 7 Giftinformasjonen. Serotonergt syndrom – behandlingsanbefaling ved forgiftning. Lest 19.8.2025.
- 8 Spadaro A, Scott KR, Koyfman A et al. High risk and low prevalence diseases: Serotonin syndrome. *Am J Emerg Med* 2022; 61: 90–7.
- 9 Prakash S, Rathore C, Rana K et al. Antiepileptic drugs and serotonin syndrome- A systematic review of case series and case reports. *Seizure* 2021; 91: 117–31.
- 10 Boyer EW. Serotonin syndrome (serotonin toxicity). I: UpToDate, Liebelt EL, red, Wolters Kluwer. Lest 19.8.2025.
- 11 Bupropion. Lexi-Drugs. UpToDate Lexidrug. UpToDate Inc. Lest 19.8.2025.
- 12 Preston CL, red. Bupropion + Valproate. Stockleys Drug Interactions (online). Lest 18.7.2025.
- 13 European Medicines Agency. Updated advice to minimise risks of interaction between weight loss medicine Mysimba and opioids. Lest 19.8.2025.
- 14 CYP2D6 Inhibitors (strong) / Metoclopramide. Drug Interactions in Lexi-Drugs. UpToDate Lexidrug. UpToDate. Lest 19.8.2025.
- 15 Preston CL, red. Proton pump inhibitors + SSRIs. Stockleys Drug Interactions (online). Lest 19.8.2025.
- 16 Preston CL, red. SSRIs + Opioids. Stockleys Drug Interaction (online). Lest 9.10.2025.

Kjære kollega

Beskytt deg selv, pasientene og dine nærmeste mot alvorlig influensas sykdom!

Ta influensavaksinen du også!

Les mer på
fhi.no/voksenvaksinasjon

Adam Dhayyat¹
adam.dhayyat@so-hf.no

Peter S. Deeg¹
Jacek Srokosz¹
Gitta Turowski²
Kjetil Steine³

1 Kardiologisk avdeling, Sykehuset Østfold, Kalnes
2 Avdeling for patologi, Oslo universitetssykehus, Ullevål
3 Kardiologisk avdeling, Akershus universitetssykehus

Amyloid hjertesvulst

En svært sjelden gang kan man utvikle svulstlignende avleiring av amyloid i hjertet. Vi presenterer her en kasuistikk med amyloid hjertesvulst med alvorlige hemodynamiske konsekvenser som følge.

En tidligere frisk mann i 40-årene ble innlagt på lokalsykehuset etter tre uker med uttalt tretthet og redusert yteevne. Han hadde stort sett bare ligget sovende på sofaen, men anga både intermitterende inspiratoriske stikkende og klemmende brystmerter som forverret seg ved anstrengelse.

Ved innleggelsen var han våken, orientert og fremsto ikke som smertepåvirket. Temperaturen var 38,5 °C, blodtrykket 105/81 mmHg, oksygenmetningen 98 % og det var sinustakykardi på 112 slag/min. EKG viste ingen iskemitegn eller ledningsforstyrrelser. Han hadde heller ingen bilyd ved hjerteauskultasjon, og supplerende undersøkelser, inkludert EKG, røntgen toraks og håndholdt ultralyd av hjertet, viste ingen åpenbar patologi. Blodprøver viste lett forhøyede inflammasjonsmarkører: CRP 16 mg/L (< 5), leukocytter $15 \times 10^9/L$ ($3,5\text{--}10 \times 10^9/L$) og klart forhøyet troponin I på 308 ng/L (< 34). D-dimer var normal (< 0,5 mg/L). Øvrige laboratorieprøver var upåfallende.

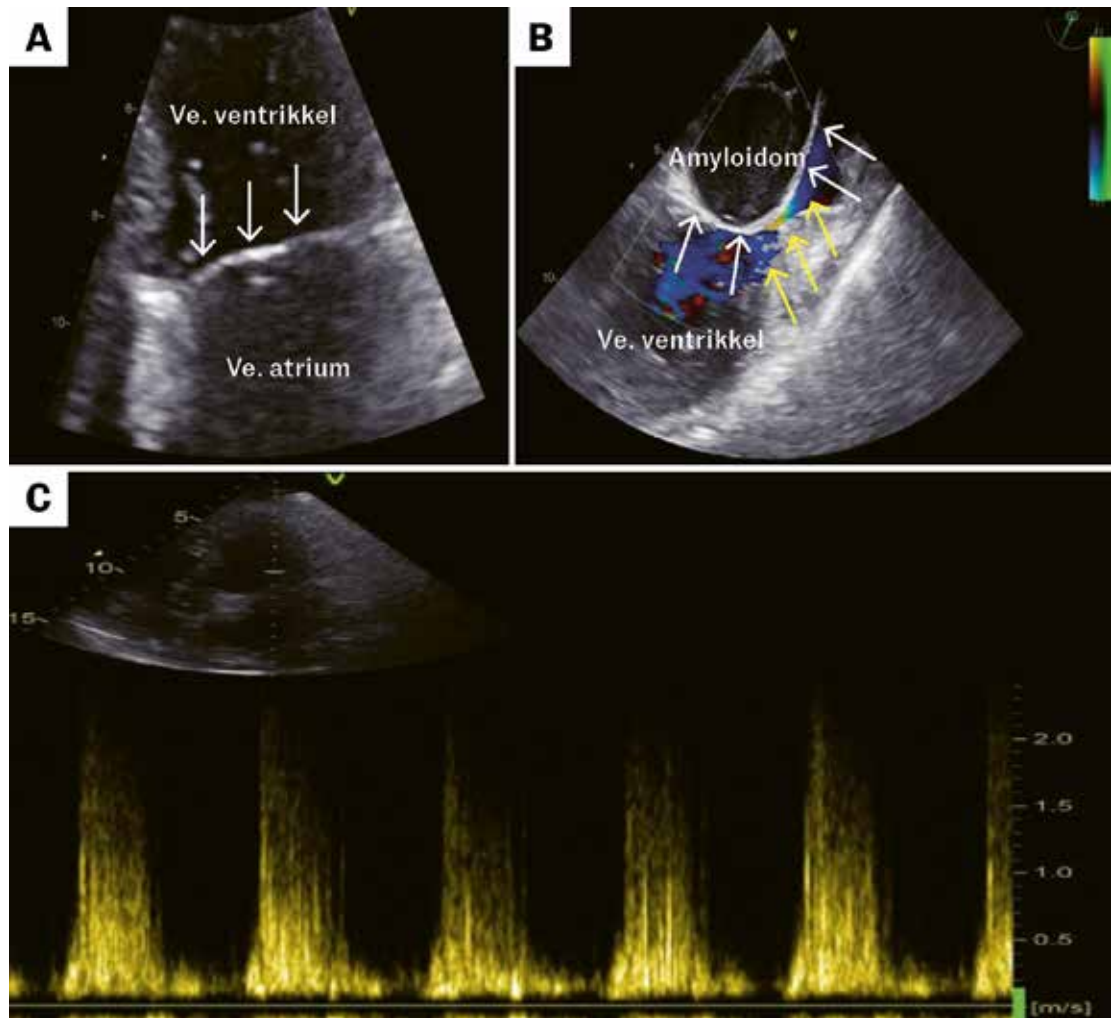
Pasienten ble overført til hjerteavdelingen for videre diagnostikk og behandling. De neste timene utviklet han hypotensjon, som ble forsøkt stabilisert med ca. 2 500 mL Ringer-acetat intravenøst. På grunn av vedvarende feber og takykardi tok man høyde for mulig sepsisutvikling. Det ble derfor sikret blodkulturer og startet opp med bredspektrert antibiotika intravenøst: penicillin 3 g \times 4 samt gentamicin 400 mg \times 1. Han utviklet deretter respirasjonssvikt med oksygenmetning på 89 %. Lungeødem ble bekreftet ved røntgen toraks ved sengen, og han ble derfor behandlet med kontinuerlig positivt luftveistrykk (CPAP).

Fullstendig transtorakal ekkokardiografi (TTE) ble utført omtrent 14 timer etter innleggelsen (figur 1a). Denne viste en hyperekkogen struktur i mitralringen som dannet en bro mellom venstre atrium og ventrikkel med alvorlig forhøyede diastoliske trykkgradienter. Det var normal systolisk venstre ventrikkel-funksjon og normal størrelse på alle fire hjertekamrene uten tegn til pulmonal hypertensjon.

Tilstanden forverret seg med fallende blodtrykk under 90/60 mmHg (middeltrykk 65 mmHg), laveste målt til 74/49 mmHg (57 mmHg). I tillegg fikk pasienten økende sinustakykardi på 120–130 slag/min og anuri. Man startet derfor med noradrenalininfusjon med dosering opptil 0,3 µg/kg/min. CPAP-behandling førte ikke til respiratorisk stabilisering. Pasienten ble derfor sedert med fentanyl, midazolam og ketamin, intubert og lagt på respirator omtrent 18 timer etter innleggelsen. Han ble overført til intensivavdelingen. Her ble det raskt utført transøsofageal ekkokardiografi (TØE) (figur 1b), der man identifiserte en bro-lignende hyperekkogen struktur i mitralringen som det ytre laget av en oppfylning som utgjorde over 95 % av venstre atriums hulrom. Oppfylningen etterlot lite plass for blodet til å passere fra lungevenene via venstre atrium inn i venstre ventrikkel (figur 1b). Den diastoliske trykkgradienten mellom venstre atrium og ventrikkel viste en betydelig økning med et middeltrykk på 18 mmHg (0–5) (figur 1c). Man mistenkte nå en kardial tumor, og pasienten ble transportert med luftambulanse til universitetssykehuset for akutt operasjon. Under operasjonen ble det funnet store tumormasser i begge atriene, mest på venstre side. Dessverre forverret pasientens tilstand seg, og han døde under operasjonen omtrent et døgn etter innleggelsen på lokalsykehuset.

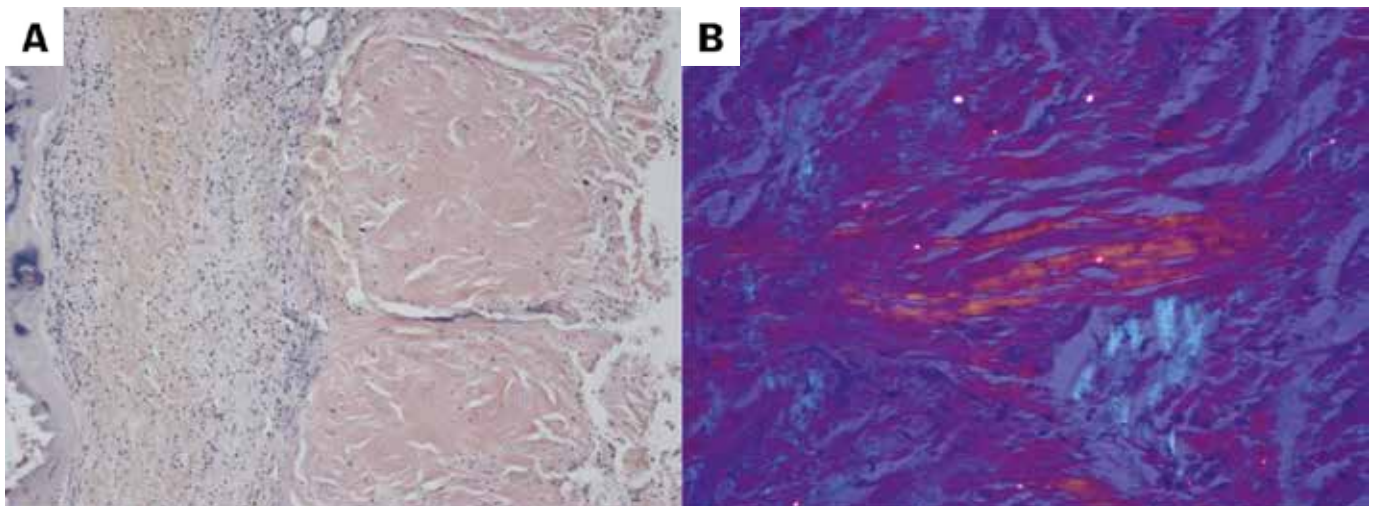
Hjertemuskelresektat med tumoren ble sendt til avdeling for patologi, hvor spesialfarging med kongorødt viste eplegrønn dobbeltbrytning. Immunhistokjemi for amyloid P var positiv, og transmisjonselektronmikroskopi avslørte homogen avleiring av amyloidproteiner, noe som understøttet diagnosen amyloidom (figur 2). Massespektrometri viste hovedsakelig proteiner av typen atrial natriuretisk peptid. Obduksjonen avslørte ingen amyloid avleiring i andre organer, men tegn til lungeødem, og dødsårsaken ble oppfattet som hjertesvikt utløst av atrial amyloidom.





Figur 1 Ekkokardiografi. a) Transtorakalt ekkobilde som viser en broilignende struktur (hvite piler) nær mitralklaffen. b) Transøsofagealt bilde med fargedoppler som viser blodstrøm (gule piler) ved siden av atriesvulsten. c) Transtorakal kontinuerlig dopplermåling over mitralklaffutløpet som viser høye hastigheter og store trykkgradienter.

Figur 2 a) Kongorødtfarget tumorsnitt (20× forstørrelse) som viser hjertemuskel med kondenserte eosinofile cytoplasmatiske avleiringer og fokale forkalkninger. b) Rød-gul-grønnaktig fluorescerende cytoplasmatiske avleiringer (20× forstørrelse).



Diskusjon

Den kardiale massen viste seg å være et amyloidom, en tumorlignende avleiring av amyloid.

Mange tilstander kan opptre som kardiale masser, slik som vegetasjoner, tromber, sarkoide avleiringer og myokardabscesser (1). Generelt sett er kardiale metastaser mye mer vanlig enn primære hjertesvulster (20: 1-forhold). Blant de primære hjertetumorene er over 90 % benigne, med myksom som den vanligste og med venstre atrium som predileksjonssted. Disse kan føre til obstruksjon (2). Av de maligne primære hjertesvulstene utgjøres de fleste av sarkomer og lymfomer (2). HjerTEAMYLOIDOSE opptrer oftest som restriktiv kardiomyopati forårsaket av ekstracellulær avleiring av proteiner i hjertemuskelen (2). Denne typen amyloidose kan være primær, assosiert med monoklonale plasmacelleforstyrrelser, eller den kan være sekundær, for eksempel knyttet til arvelige faktorer eller kroniske inflammatoriske tilstander. Amyloidom er en sjelden manifestasjon av amyloidose, som igjen representerer ulike avleiringssykdommer hvor ni av mer enn 30 forskjellige proteiner kan danne amyloidfibriller som avleires i hjertet (2). Amyloidom kan forekomme i mange anatomiske områder som hud, brystvegg og hjerne (3), men det er få rapporterte tilfeller av amyloidom i hjertet (4–7). Hos vår pasient var det hovedsakelig amyloid fra atrial natriuretisk peptid som ble identifisert, noe som sees hos pasienter med isolert atrial amyloidose der amyloidosen er lokalisert kun til atrier (8).

Under operasjonen ble det observert store tumormasser i begge atriene. Likevel viste det kardiale amyloidomet seg å være vanskelig å oppdage med transtorakal ekkokardiografi på grunn av reduserte akustiske forhold. Selv om dopplermålinger ved transtorakal ekkokardiografi ga mistanke om obstruksjon med manglende fylling av venstre ventrikel som ved en alvorlig funksjonell mitralstenose, kunne den atriale tumoren først visualiseres med transøsofageal ekkokardiografi. Transøsofageal ekkokardiografi som en innledende diagnostisk prosedyre utføres sjelden i akuttmottaket, men kunne ha identifisert strukturen tidligere. CT toraks kunne også vært et diagnostisk alternativ initalt ved innleggelsen før dekompenasjonen ble mer klinisk manifest og gjorde det vanskelig å gjennomføre en slik undersøkelse.

Det kan diskuteres hvorvidt en mer restriktiv behandling med inotropi, vasopressor og væske kunne ha redusert belastningen på hjertet og kanskje forhindret den raske utviklingen av hjertesvikt og lungeødem. På den annen side sto man overfor en diagnostisk uavklart pasient med et klinisk bilde som kunne ligne på septisk sjokk, der hemodynamisk støtte ofte er nødvendig for å opprettholde organperfusjon. Pasientens unge alder og gode fysiske form kan ha bidratt til å kompensere for de initiale hemodynamiske effektene.

Vi ønsker med denne kasuistikken å rapportere om et meget sjeldent funn. Internasjonalt er det rapportert få tilfeller av intrakardialt amyloidom (4–7). Vi ønsker også å poengtere viktigheten av god ultralyddiagnostikk og illustrere de alvorlige hemodynamiske konsekvensene en obstruerende masse i hjertet kan medføre uavhengig av tumorens etiologi. Dette er relevant, fordi selv om amyloidom i hjertet er svært sjelden, kan symptomatologien relateres til en større gruppe pasienter som regelmessig ses i klinisk praksis. ■

Forfatterne har forsøkt, men ikke lyktes med å komme i kontakt med pasientens nærmeste pårørende. Artikkelen er anonymisert så langt det lar seg gjøre og publiseres uten samtykke, da innholdet vurderes å ha stor samfunnsinteresse og det ikke er grunn til å tro at pasienten eller pårørende ville ha motsatt seg publisering.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 9.12.2024, første revisjon innsendt 10.2.2025, godkjent 21.8.2025.

Adam Dhayyat

adam.dhayyat@so-hf.no

Adam Dhayyat er spesialist i indremedisin og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Peter S. Deeg

Peter S. Deeg er spesialist i indremedisin og i hjertesykdommer og er overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jacek Srokosz

Jacek Srokosz, er spesialist i indremedisin og i hjertesykdommer og er overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Gitta Turowski

Gitta Turowski, er ph.d., spesialist i patologi, overlege og leder for autopsi og barne- og svangerskapsrelatert patologi. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kjetil Steine

Kjetil Steine er ph.d., spesialist i indremedisin og i hjertesykdommer og er overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Gupta R, Meghrajani V, Desai R et al. Primary Malignant Cardiac Tumors: A Rare Disease With an Adventurous Journey. *J Am Heart Assoc* 2020; 9: e016032.
- 2 Garcia-Pavia P, Rapezzi C, Adler Y et al. Diagnosis and treatment of cardiac amyloidosis: a position statement of the ESC Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. *Eur Heart J* 2021; 42: 1554–68.
- 3 Desai SS, Rizzo MG, Rush AJ 3rd et al. Amyloidoma: a review and case report. *Skeletal Radiol* 2021; 50: 437–44.
- 4 Warner KJ, Blackwell GG, Herrera GA et al. Cardiac amyloidoma with IgM-kappa gammopathy. *Arch Pathol Lab Med* 1994; 118: 1148–50.
- 5 Moles MP, Brousseau M, Rachieru AP et al. Tumor like presentation of primitive amyloidosis: amyloidoma. *Rev Med Interne* 2007; 28: 339–42.
- 6 Yang K, Li CC, Li JH et al. Isolated left atrial amyloidosis: masquerading as a left atrial mass. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging* 2023; 24: e30.
- 7 Richter S, Jahnke C, Klingel K et al. Isolated atrial amyloidosis. *Eur Heart J* 2020; 41: 2695.
- 8 Vergaro G, Aimo A, Rapezzi C et al. Atrial amyloidosis: mechanisms and clinical manifestations. *Eur J Heart Fail* 2022; 24: 2019–28.

Workshop om Kloke valg-sykehus



Tid: 10. desember 2025 kl. 10-15

Sted: Legenes hus, Oslo

Arrangør: Gjør kloke valg i Legeforeningen

Målet er å samle alle som ønsker å være en del av nettverket for Kloke valg-sykehus, for å:

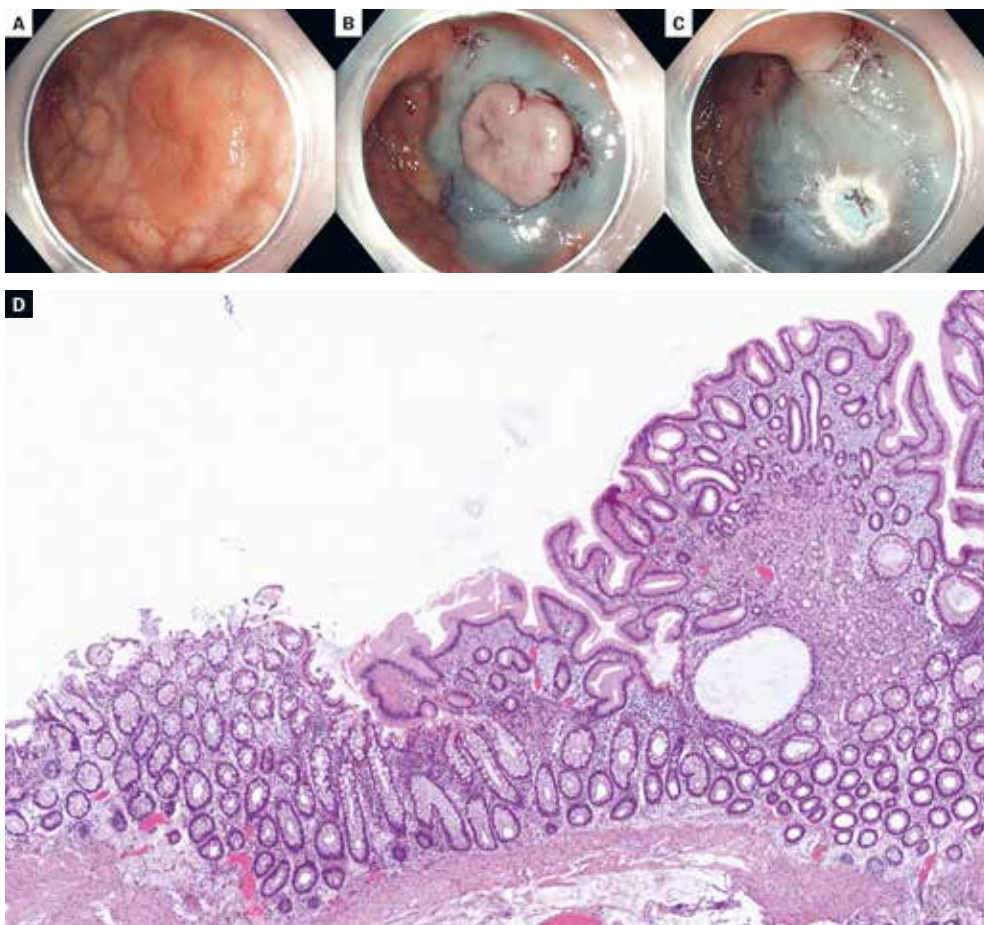
- Drøfte hvordan kriteriene for Kloke valg-sykehus kan implementeres, måles og evalueres
 - Dele erfaringer, utfordringer og behov
 - Utveksle ideer og gi innspill til videre utvikling
- Inspirere både leger og ledere – uavhengig av hvor langt sykehuset har kommet i prosessen



**For mer informasjon og påmelding, kontakt
klokevalg@legeforeningen.no**

 **Gjør kloke valg**

Ventrikkelslimhinne i rektum



Endoskopibildet (a) viser en sirkulær slimhinnelesjon på 20 mm i rektum, 15 cm ovenfor endetarmsåpningen. Lesjonen ble oppfattet som en polyp og fjernet ved hjelp av endoskopisk mukosareseksjon, en teknikk som innebærer at farget løftevæske injiseres submukosalt for å heve lesjonen (b), etterfulgt av reseksjon med diatermislynge (c). Mikroskopibildet (d) viser at preparatet likevel ikke var en polyp,

men bestod av ventrikkelslimhinne av corpustype (synlig til høyre i snittet), omgitt av normal tykktarmsslimhinne (synlig til venstre i snittet).

Pasienten var en tidligere frisk kvinne i 20-årene som var blitt henvist til gastroenterologisk utredning grunnet gjentatte episoder med rektalblødning. Ileokoloskopi viste helt normale funn bortsett fra lesjonen i rektum. Symptomene opphørte etter at lesjonen ble fjernet.

Ektopisk ventrikkelslimhinne – også kalt gastrisk heterotopi – er morfologisk normal ventrikkelslimhinne i andre organer enn i magesekken. Tilstanden er trolig medfødt, og forandringene kan forekomme i hele gastrointestinaltraktus, inkludert i Meckels divertikkel, men er vanligst i proksimale øsofagus (kalles da ofte *inlet patch*) (1). Gastrisk heterotopi i rektum regnes for å være svært sjeldent, men er ofte – i motsetning til i spise-

røret – assosiert med symptomer (2). Siden den ektopiske ventrikkelslimhinnen produserer magesaft, kan det danne seg sår, som igjen kan forårsake blødninger, perforasjoner og strikturer. *Ulcus pepticum* er altså ikke nødvendigvis kun en sykdom i øvre gastrointestinaltraktus. ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfelleurdert. Mottatt 15.8.2025, godkjent 29.9.2025.

Jørgen Valeur

jorgen.valeur@lds.no
Unger-Vetlesens Institutt, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Jørgen Valeur er spesialist i indremedisin og i fordøyelsessykdommer, overlege og professor. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Camilla Spersrud Haug

Avdeling for patologi, Klinikk for laboratoriemedisin, Oslo universitetssykehus Camilla Spersrud Haug er spesialist i patologi og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Yu L, Yang Y, Cui L et al. Heterotopic gastric mucosa of the gastrointestinal tract: prevalence, histological features, and clinical characteristics. *Scand J Gastroenterol* 2014; 49: 138–44.
- 2 Devereaux CE, Devereaux RG. Heterotopic gastric mucosa of the rectum with a review of the literature. *J Clin Gastroenterol* 1994; 19: 41–5.

Avlæring og ferdighetsreduksjon ved bruk av kunstig intelligens

KI-verktøy kan svekke enkeltpersoners ferdigheter og kompetanse. *Deskilling* kalles det på engelsk. Hva kan det kalles på norsk?

Kunstig intelligens (KI) har et stort og positivt potensial, ikke minst i medisinsk praksis og forskning, men kan også ha kognitive kostnader. Når kompliserte oppgaver som tidligere krevde mye personlig innsats i stor grad utføres av KI, kan det etter hvert føre til at behovet for å bruke egne kognitive og praktiske ferdigheter blir mindre. Vår evne til å tenke kritisk og løse problemer på egen hånd kan svekkes.

I en studie ved 19 sykehus i Polen påviste leger færre adenomer ved vanlig koloskopi etter at de hadde fått erfaring med et KI-basert støtteverktøy (1). Deres ferdigheter som koloskopører ble svekket. Effekten ble omtalt som *deskilling*.

Hva er deskilling?

Verbet *to deskill* forklares i ordbøker med *to reduce the level of skill required to carry out (a job)* (2). Ordet *deskilling* er mest brukt innen industri og økonomi for å betegne innføring av teknologi som tar bort eller reduserer behovet for kvalifisert arbeidskraft, altså om arbeids- og produksjonsmetoder og ikke om personer (3).

Men uttrykket *deskilling* blir også brukt om enkeltpersoner som opplever at deres kompetanse svekkes som følge av intern omplassering til enklere oppgaver eller oppgaver som ligger utenfor deres fagfelt. Dette betegnes gjerne som *professional deskilling* (3). Det samme gjelder innvandrere med høyere utdanning som ikke finner arbeid de er kvalifisert til, og som må ta til takke med arbeid som ikke krever særskilte kvalifikasjoner. Nå blir uttrykket *deskilling* også brukt om redusert kompetanse og svekkede ferdigheter som følge av KI-teknologi (4), slik som i den polske studien om koloskopi (1).

Mulige norske oversettelser

Engelskspråklige faguttrykk bør helst ha en norsk oversettelse (5, 6). Hva kan være en passende oversettelse av ordet *deskilling*?

Ordet *skill* er et substantiv som betyr 'ferdighet' eller 'dyktighet', men det kan

også brukes som verb i betydningen 'å lære opp noen til en spesiell oppgave': *to skill a worker to do a particular task* (2). Opplæringsprosessen vil da kunne kalles *skilling*, mens prefikset *de-* indikerer det motsatte, nemlig å fjerne, redusere eller oppheve det som er lært, altså avlæring.

Vi mener derfor at *avlæring* kan være en passende oversettelse av *deskilling* – til tross for at avlæring vanligvis betegner en prosess der man venner seg av med noe innlært eller tilvent, underforstått som en ønsket og bevisst prosess (7). Ordet må etter vårt skjønn også kunne brukes der svekkelsen er en utilsiktet og uønsket bivirkning av et tiltak. Ordet *avlæring* kan tilbakeoverettes til *unlearning*, et ord vi mener dekker meningsinnholdet av *deskilling* brukt i betydningen *professional deskilling* (3).

Også *ferdighetsreduksjon*, *ferdighetsfall* (som i *børsfall*), *ferdighetsvekkelse* og *ferdighetsforvitring* kan være dekkende oversettelser. *Ferdighetstap*, derimot, mener vi er lite egnet, ettersom ordet lett kan oppfattes som et komplett og irreversibelt tap av ferdigheter. Ordet *kompetansenedgang* kan også brukes.

Konklusjon

Fenomenet *deskilling* vil antakelig få mer oppmerksomhet i årene fremover etter hvert som kunstig intelligens blir tatt i bruk i større grad. I norsk tale og norske tekster foreslår vi å bruke ord som *avlæring*, *ferdighetsreduksjon* eller *ferdighetsfall* som dekkende oversettelser av *deskilling*. I tekster kan gjerne *deskilling* eller *professional deskilling* settes i parentes første gang det norske ordet brukes. ■

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@tidsskriftet.no

Petter Gjersvik er medisinsk redaktør i Tidsskriftet, medlem av Gruppe for norsk medisinsk fagspråk og professor emeritus ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Michael Bretthauer

Michael Bretthauer er professor ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, overlege ved Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo universitetssykehus og medforfatter av den omtalte studien om koloskopi (1). Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 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.
- Ordnnett. Lest 22.9.2025.
- Wikipedia. Deskilling. Lest 22.9.2025.
- Natali C, Marconi L, Dias Duran LD et al. AI-induced deskilling in medicine: A mixed-method review and research agenda for healthcare and beyond. *Artif Intell Rev* 2025; 58: 356.
- Gjersvik P. Alt som kan sies på engelsk, kan sies på norsk. *Tidsskr Nor Legeforen* 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.21.0260.
- Tidsskriftet. Engelske faguttrykk med norsk oversettelse. Lest 24.9.2025.
- NAOB. Lest 22.9.2025.



Utfordringer ved vurdering av alkoholabstinens

Symptomstyrt medikamentell behandling med Clinical Institute Withdrawal Assessment for alcohol revised (CIWA-Ar) er den vanligste behandlingstilnærmingen til alkoholabstinens. Den passer imidlertid ikke for alle.

Medikamentkrevende alkoholabstinens oppstår etter avbrudd av høyt alkoholinntak over tid. Uten adekvat behandling kan det føre til abstinensutløste krampeanfallet eller alkoholisk delirium, og i verste fall død (1, 2). Pasienter med alkoholabstinens vil oppsøke legevakt og bli henvist til rusakuttavdeling, eventuelt bli innlagt ved en somatisk avdeling for andre problemstillinger som må behandles samtidig.

CIWA-Ar er et validert skåringsverktøy for alkoholabstinens og symptombasert behandling i akutt avrusning. Skåring skjer etter en protokoll med fast tidsintervall, og styrer medikamentell behandling med benzodiazepiner (3). Behandlingen settes i gang når pasienten legges inn.

CIWA-Ar består av ti symptomer og tegn på alkoholabstinens. Ni av disse skåres fra 1 til 7 og ett fra 1 til 4. Av objektive mål registreres tremor, svetting og motorisk uro, i tillegg til blodtrykk og puls. De andre målene er i stor grad subjektive, selvrapporterte symptomer (3, 4). Alkoholabstinens deles inn i mild, moderat eller alvorlig. Vanligvis vil en samlet skår på 10 eller høyere være et tegn på moderat eller alvorlig abstinens og utløse medikamentell behandling.

Kulturforskjeller

Innen psykisk helse og rusbehandling er språkbarrierer og kulturelle forskjeller av stor betydning, ettersom vi i liten grad kan støtte oss på objektive funn, men er avhengige av pasientens respons på spørsmål og tolkning av atferd. Det er kjent at pasienter som har en annen kulturell bakgrunn kan bli over-, under- eller feildiagnostisert. Dette skyldes ofte at klinikerer ikke har fått nok informasjon fra pasienten når det gjelder uttrykk for plager, smerter og lidelser (5). Det kan derfor være behov for alternative verktøy for å kartlegge graden av abstinens hos pasienter som rapporterer få subjektive plager, men som likevel er i fare for å utvikle alvorlige tilstander.

Det finnes alternative skåringsverktøy, for eksempel Objective Alcohol Withdrawal Scale (OAWS) og Brief Alcohol Withdrawal Scale (BAWS). Begge består av fem objektive parametre. Ingen av disse skåringsverktøyene er foreløpig oversatt til norsk.

Dersom pasienten underrapporterer symptomer, kan det føre til utilstrekkelig medikamentell behandling av akutt abstinens, som igjen kan føre til forverring av symptomer og abstinensgrad. Det er derfor viktig at helsepersonell kartlegger pasientenes alkoholanamnese og vurderer objektive funn for å sikre adekvat behandling. I noen tilfeller kan det være nødvendig å benytte alternative skåringsverktøy. ■

Mottatt 25.8.2025, første revisjon innsendt 9.9.2025, godkjent 25.9.2025.

Katrine Melby

katrine.melby@stolav.no

Katrine Melby er spesialist i klinisk farmakologi, lege i spesialisering ved Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin, St. Olavs hospital og førsteamanuensis ved NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Natalia Plukis

Natalia Plukis er psykolog ved Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin, St. Olavs hospital. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Fredrik Winsnes

Fredrik Winsnes er spesialist i rusmedisin og overlege ved Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin, St. Olavs hospital. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Lars Lien

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

Litteratur

- Mirijello A, D'Angelo C, Ferrulli A et al. Identification and management of alcohol withdrawal syndrome. *Drugs* 2015; 75: 353–65.
- Abraham TH, Marchant-Miros K, McCarther MB et al. Adapting Coordinated Anxiety Learning and Management for Veterans Affairs Community-Based Outpatient Clinics: Iterative Approach. *JMIR Ment Health* 2018; 5: e10277.
- Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J et al. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict* 1989; 84: 1353–7.
- Helsebiblioteket. CIWA-Ar - Clinical Institute Withdrawal Assessment Alcohol revised. Lest 25.9.2025.
- Lewis-Fernández R, Díaz N. The cultural formulation: a method for assessing cultural factors affecting the clinical encounter. *Psychiatr Q* 2002; 73: 271–95.

Henri de Toulouse-Lautrec, *En quarante*, 1893
National Gallery of Art, Rosenwald Collection.
Creative commons CCO





SHINGRIX

VAKSINE MOT HELVETESILD
(REKOMBINANT, MED ADJUVANS)

Nye langtidsdata¹

Helvetesild kan forebygges med vaksine¹

Shingrix gir opptil 97 % effekt mot helvetesild hos voksne ≥ 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 ≥ 50 år og voksne ≥ 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 ≥ 50 år med 2 doser administrert med 2 måneders mellomrom:¹

- ZOE-50: Totalt vaksinerte kohort (TVC) på 15 405 voksne ≥ 50 år som fikk minst én dose av enten Shingrix (n=7 695) eller placebo (n=7 710). Alder ≥ 50 år: vaksineeffekt 97,2 %, 95 % KI [93,7; 99,0]. Median oppfølgingsperiode 3,1 år.
- ZOE-70: TVC på 13 900 voksne ≥ 70 år som fikk minst én dose av enten Shingrix (n=6 950) eller placebo (n=6 950). Alder ≥ 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 ≥ 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 ≥ 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

Tekst: Tori Flaatten Halvorsen

Foto: John Trygve Tollefsen

Pasientene kaller seg Eikakriggerne og slår ring om legen sin

Aina Mumbi får ikke mye heder og ære fra norske helsemyndigheter. Men hun gir seg likevel ikke. Saken om å behandle alvorlig rusavhengige er viktigere enn henne selv.

Aina Mumbi er legen som tok over stafettpinnen etter at «de narkomanes lege» Sverre Eika døde og ble hedret med en begravelse i en fullstappet Oslo domkirke i 2021. Det turte hun til tross for at Eika hadde fått flere tilsynssaker mot seg og at Eikas nære kollega Stig Asplin hadde blitt fratatt rekvisisjonsretten fordi han hadde skrevet ut for mye A- og B-preparater. Rustet med gode og dårlige erfaringer fra «rusunderverdenen», tok den uredde, ganske nyutdannede Aina fatt på oppgaven.

Fire år etter stormer det rundt henne. For å forsvare seg i flere saker som er under behandling i Helsetilsynet, sendte hun og Eikaklinikken

i vår over 1 000 sider med dokumentasjon fra medisinske journaler og forskningsartikler som underbygger deres behandlingsfilosofi. Varselet om å frata henne forskrivningsretten umiddelbart ble trukket. Ifølge Aina snudde Helsetilsynet blant annet fordi Asplin i juni – etter flere runder i rettsvesenet – fikk tilbake rekvisisjonsretten. Usikkerheten rundt Ainas framtid opprørte pasientene. De gikk sammen og lagde aksjonsgruppa Eikakriggerne. Aina blir rørt når jeg leser høyt meldingen fra Eikakriggeren Janne Bøhmer Killingstad: «Aina har gitt meg det mest verdifulle et menneske kan ha, verdighet. Hadde det ikke vært for Aina, så hadde jeg fremdeles gått i Oslos glemte gater, og ingen hadde sett mennesket, meg, kun taperen. Aina så mennesket bak rusen og har gitt meg muligheten til å kjempe for og med de som fremdeles ikke blir sett.» —>





Innlevelse: Aina mener at legene må tørre å sette seg inn i hvordan et liv på gata oppleves. Foto: John Trygve Tollefsen

Aina Mumbi

Født 1973, oppvokst i flere land i Afrika og i Norge

Spansk grunnfag, Universitetet i Oslo, 1994

Kinesisk grunnfag, Universitetet i Oslo, 1998

Drev kulturhuset Barongsai i Oslo, 1999–2005

Medisinsk embetseksamen, Universitetet i Oslo, 2012

Studier ved Akademi for fem element akupunktur, 2012–16

Turnustjeneste, Lovisenberg sykehus, Diakonhjemmet sykehus og Lambertseter, 2014–16

Vikarlege, Rena Legevakt, 2016–18

Drev Dr. Mumbis mikropraksis, 2019–24

Lege på EmmaSofie Klinikk, 2018–23

Lege på Eikaklinikken, 2021–d.d.

Vakt ved Safe Space (skal sikre trygge soner ved arrangementer med rusmiddelbruk), 2022–d.d.

Krigssone

Vi sitter i Eikaklinikkens lokaler i et kontorbygg rett ved Akerselva. I det kombinerte venterommet og pauserommet for de ansatte står det framme kaffe, te og frukt.

– Her på klinikken har vi pasienter som er såkalt «hard to reach, hard to treat», multimorbide. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) klarer ikke å ivareta denne gruppen godt nok. De får derfor ikke oppfylt retten til behandling. De har tidlig rusdebut, mange fra 10–12-årsalderen. Gjennomsnittsalderen er litt under 50 år, eldste er snart 70. Masse somatisk sykdom river i slitne kropper. De har traumeerfaringer og relasjonsskader fra barndommen, behandlingsapparatet og fra livet som rusavhengige. De er veteraner i livet på gata. Disse folk skal ikke bli møtt med at «du skal ikke ha benzodiazepiner, fordi da kan du dø av en overdose». Det vitner om liten forståelse av deres daglige virkelighet og manglende kulturell kompetanse.

Samtalen sklir over i hvordan politiet nå arbeider i Oslos gater:

– Mennesker skal heller ikke bli utvist fra kvartaler der de kjøper stoffene de er avhengige av, sier Aina.

Hun veiver med armene og snakker i et høyt tempo. Jeg må konsentrere meg omtrent som jeg gjør når jeg skal få med meg raptekster. Rap skal vi komme tilbake til. Bevegelse også. Dans er viktig i Ainas liv.

Men først må vi snakke om politiets arbeid:

– Når de rusavhengige utvises fra området der rusmidlene selges, får de ikke tilgang til de daglige dosene sine. De blir redde for å bli dausjuke. Full av abstinens og frykt for å bli tatt sniker de seg likevel bort til handelsplassen. Fordi det ikke er tid til å finne de faste selgerne, kjøper de det første og beste som tilbys. Det kan bety ekstra urent stoff. Når du kjenner deres virkelighet, skjønner du at det helt rasjonelt å gjøre akkurat det. De lever i en krigssone.

Hun forteller om stadig mer urent stoff på det illegale markedet. På 1990-tallet var det rundt 30 % heroin i gateheroinen, mens det nå kanskje er 8–10 % heroin, resten er blanding av paracetamol, koffein og annet.

Foreningen Tryggere Ruspolitikk, som Eikaklinikken eies av, har tatt konsekvensen av utviklingen. På Ainas nabokontor kan for eksempel dødsredde foreldre komme for å få veiledning eller få analysert stoff de har funnet på barnerommet. Alt på Rusmiddelanalysetjenesten er gratis og kan gjøres anonymt. Nalokson neseppray, rent brukerutstyr og utstyr for å filtrere stoffene kan man også få.

– Folk blir syke av å injisere urent stoff år etter år: seriøse infeksjoner, abscesser, nyresvikt og leversvikt. Det er forferdelig å være vitne til, forteller Aina.

Tillit er en selvfølge

– Så hvordan møter dere pasientene?

– Først: Pasientene mine er ekstremt lei av livet på gata. De har behandlingstraumer fra starten av LAR-tilbudet for 20–30 år siden, da det var ekstremt mye kontrolltiltak. De orker ikke lenger

å bli møtt med mistro og mistenksomhet. Møter vi dem ikke med tillit, kommer vi ingen vei. Konkret betyr det at vi snakker med dem og tar utgangspunkt i det de forteller når vi planlegger behandlingen – akkurat som vi gjør med andre pasienter.

– Anamnesen skal så langt det er mulig avklare hvor mye og hva hver enkelt bruker gjennom en dag. Når og hvordan abstinensreaksjonene opplever, er viktig, sier Aina.

På bakgrunn av opplysningene forskriver Aina legemidler fra Felleskatalogen. Det betyr oftest Dolcontin i tablettform og benzodiazepiner, som regel i doser som overskrider det som er vanlig i LAR-systemet. Legemidlene betales av pasientens egen lomme og hentes på apoteket, som regel med mer rause henteordninger enn i LAR-systemet. De som har stabile liv, henter medisiner i hele pakninger. Tanken er å unngå unødvendige begrensninger i hverdagen og å legge til rette for autonomi.

De har traumeerfaringer og relasjonsskader fra barndommen, behandlingsapparatet og fra livet som rusavhengige. De er veteraner i livet på gata

– Målet er å bli stabilisert på en dose som verken gir tung rus eller ubehagelig abstinens gjennom døgnet. Pasientene er ikke bare fysisk avhengige av rusmidlene. Mange ble avhengige av rusmidler fordi mangel på trygge voksne eller ustabile oppvekstvilkår gjorde det vanskelig å utvikle evnen til å regulere egne følelser. Rusen har vært og er en pause fra uutholdelig og kaotisk følelsesmessig uro, påpeker Aina.

– Men selger ikke pasientene dine disse legemidlene på gata eller, kanskje enda verre, injiserer tablettene?

– Det kan jeg ikke utelukke, men jeg har holdt på siden 2021 uten én eneste dødelig overdose. Vi har rundt 65 pasienter, som vi kjenner svært godt. Når noen har hatt et tilbakefall, bruker vi det som en mulighet til å forstå hva som skjedde og styrke strategiene for å komme videre. Flere har dødd av somatiske årsaker, og også av selvmord. Husk at dette er en multisyk gruppe som dessverre har langt kortere leveutsikter enn den øvrige befolkningen – ikke minst hvis de fortsetter med farlige medisiner fra gata. Personsentrert og individuell behandling skal jo være gullstanderen, sier Aina.

Når pasienten er medisinsk stabilisert, venter en omfattende og ofte tverrfaglig oppfølging. Eikaklinikken, som er privat med tilskudd fra Oslo kommune, Helsedirektoratet og private givere, har midler til åtte fulle stillinger. Dette inkluderer vernepleier, sykepleiere, tannpleiere og helsefagarbeidere. Alle ansatte tar utgangspunkt i det pasienten selv ønsker for å få en bedre hverdag: finne bolig, ordne opp i økonomien, finne meningsfull aktivitet/jobb og få vurdering av den somatiske og psykiske tilstanden. Kanskje er det mulig å reparere gamle relasjoner. Hjemmebesøk og samarbeidsmøter er en selvfølge. —>

– Denne tette oppfølgingen er en forutsetning for at jeg kan skrive ut medisinen slik jeg gjør. Oppfølgingen er så ressurskrevende at vi dessverre ikke har kunnet ta inn nye pasienter de to siste årene.

Aina er opptatt av manglende bevissthet rundt det asymmetriske maktforholdet som alltid finnes i pasient–lege-relasjonen.

– Vi kan starte med at de som spesialiserte seg i rus- og avhengighetsmedisin, må jobbe ved et lavterskeltilbud, et sted der man har fokus på skadereduksjon og økt livskvalitet for personer i aktiv rus. Da blir man ikke en sånn lege som sier «jeg er snill, jeg vil gjerne hjelpe deg, men vi har våre retningslinjer, skjønner du». Det fungerer ikke, sier hun, og ler med et litt tragikomisk uttrykk. Hendene ligger plutselig rolig i fanget, som en litt karikert lege som gjerne vil hjelpe, men uten et kroppslig engasjement. Aina har selv aldri jobbet på et offentlig lavterskeltilbud. Likevel finnes det nok av livserfaringer hun har med seg inn i konsultasjonene.

Rap, graffiti og skating

Størstedelen av barndommen bodde Aina i ulike land i Afrika. Foreldrene jobbet i Norad.

– Jeg var en selvstendig, skoleflink jente, en nerd som kastet meg over bøker om litt sære temaer. Jeg følte meg alltid utenfor og annerledes. Det ble forklart med all flyttingen. Men da jeg som 16-åring ville slå meg ned i Norge, ble det ikke noe bedre. Jeg gikk rett inn i en alvorlig spiseforstyrrelse, en ensom og heftig tilstand.

Sykdommen hindret henne ikke i å ta en god videregående eksamen. Hun ville bli lege, men ønsket en utdanning som inkluderte Østens medisin. Etter et år med kinesisk på Blindern ville hun perfeksjonere språket ved å bo på landsbygda i Kina før hun startet medisinstudier i det store landet. Positiv graviditetstest rett før avreise stoppet henne ikke i å sette seg på flyet. Men planen om medisinstudier ble utsatt.

– Jeg kom tilbake, og det ble fødsel på Ullevål. I noen år framover engasjerte jeg meg i det både broren min og barnets far allerede var i gang med: Vi bygget opp Barongsai – et kulturhus med rap, graffiti, skating, dans og annet. Broren min er rapartisten Vinni. Selv elsker jeg å danse. Der regulerer jeg følelsene mine. Jeg husker godt den dansen da jeg gjennom bevegelsene klarte å få vekk «styggene på ryggen». Det ble ikke lenger viktig å tenke på hva andre mener om meg. Mange tror at jeg er full av psykedelika når jeg beveger meg på dansegulvet, men det er jeg ikke.

Aina røykte hasj i en periode i 20-årene. Det tålte hun dårlig.

– Hjernen min er for sensitiv for det. Jeg ble usikker på hva som var virkelighet og hva som var fantasi. Da sluttet jeg. Nå drikker jeg svært sjelden alkohol.

Sosialt nettverk langt utenfor studiemiljøet

Aina startet på medisin i Oslo da hun var hun 32 år, var skilt fra faren til de to første barna og uten muligheter for avlastning av foreldrene, som fortsatt jobbet i Afrika. Hun dukket bare opp på studiet når det var obligatorisk undervisning. Når eksamen hadde barna, dro hun ut for å

danse til teknomusikk og hiphop. Der traff hun en ny mann som skulle bli hennes store kjærlighet og som hun fikk et barn med. Samtidig fikk hun nært kjennskap til en hverdag med heftig rus, psykiske problemer og selvmordstanker.

– Hadde jeg bare visst hvor alvorlig det er når noen tenker at det beste for de nærmeste er at man selv forsvinner. Da kunne jeg kanskje ha gjort enda mer for at han ikke skulle ta livet sitt.

Hun tar en liten pause, og legger til:

– Det tenker jeg ofte på.

Trebarnsmoren tvang seg til å fortsette studiet midt i sorgen. Det var likevel innholdet i den kliniske undervisningen i slutten av studiet som gjorde det vanskeligst. Hun reagerte sterkt på hvordan studentene ble lært opp til å bruke legevitenenskapen til å dempe menneskers symptomer – uten å se helhet, oppdage sammenhenger, finne muligheter sammen med pasientene eller bare stå i stormen sammen med dem. Aina tok eksamen, men turnustjenesten måtte vente. Redningen ble moren som nå var blitt ambassadør i Tanzania. I det samme afrikanske landskapet som Aina hadde vokst opp i, fikk hun kreftene tilbake. 1 ½ år etter startet hun på turnustjenesten.

Klarte ikke tanken på en vanlig legejobb

Det ble akupunkturutdanning og flytting til et småbruk på landet. Nok inntekt fikk hun ved å ta vakter på Rena legevakt. Dit kom en pasient som hadde fått god effekt av medisinsk cannabis mot posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Aina kastet seg over litteraturen. Overbevist om nytten av cannabis som behandling for denne lidelsen samt for smerter og ADHD skrev hun ut helseattester for pasienter som reiste til Nederland for å få utskrevet medisinsk cannabis og derfor trengte helseattesten for å ta med seg legemiddelet til Norge. Det var en del av Dr. Mumbis mikropraksis som fokuserte på «hele menneskets landskap», som hun selv uttrykker det.

Tilbakevendende tanker om selvmordet til kjæresten gjorde at Aina engasjerte seg i ny kunnskap om ketaminbehandling. Sammen med psykolog Pål-Ørjan Johansen var hun først ut i Norge til å tilby ketaminbehandling for alvorlig depresjon ved EmmaSofia Klinikk. I mellomtiden hadde arbeidet rundt cannabisbehandling i egen klinikk fanget tilsynsmyndighetenes oppmerksomhet. En kontrovers rundt utstedelse av helseattester førte til klinikktilsyn på Dr. Mumbis mikropraksis. Tilsynet valgte å begrense autorisasjonen hennes. Hun ble fratatt mulighetene for å jobbe som selvstendig lege uten å være ansatt under en annen lege. Forskrivningsretten til A- og B-preparater ble ikke rørt.

Tilsynssaker på Eikaklinikken

Aina hadde på dette tidspunktet lagt all sin energi i å videreføre arbeidet for narkomane startet av Sverre Eika. Både Eikaklinikken sine ansatte og Helseilsynet ble bekymret for pasientsikkerheten for pasientene hvis Aina ikke kunne fortsette å jobbe der. Aina fikk derfor fortsette jobben under forutsetning av veiledning fra en kollega. Nå jobber hun fulltid på Eikaklinikken – og har i likhet med Eika og Asplin fått flere tilsynssaker mot seg som

Empati: – Det er forferdelig å være vitne til at mennesker må leve på gata, sier Aina.

Foto: John Trygve Tollefsen



Målet er arbeidsro for å kunne jobbe for denne pasientgruppen som altfor få leger vil engasjere seg i

omhandler den medikamentelle behandlingen av de rusmiddelavhengige pasientene på klinikken.

– Eikaklinikken har blitt til mens vi har gått. Jeg har hatt en læringskurve som er rett opp, 90 grader. Det er klart vi skal bli bedre på mange områder. Vi startet på scratch da Sverre Eika døde, svarte Aina til fagbladet Rus og Samfunn da forhåndsvarselet om å miste forskrivningsretten ble trukket på forsommeren.

Helsetilsynets leder Sjur Lehmann, som er både lege og jurist, ga Rus og Samfunn følgende kommentar: «... Helsetilsynet har lagt avgjørende vekt på hensynet til ivaretagelsen av den medisinske oppfølgingen av pasientene ved Eikaklinikken...».

Nå legger Aina til:

– Veiledning to ganger månedlig med tidlige bydelsoverlege Finn Bovim fungerer fint. Jeg lærer mye av samtalene om et komplekst fagfelt

tettpakket med mye følelser, stigma og dogmer. Legemiddelassistert rehabilitering og Eika er samstemte om at det finnes en pasientgruppe som de ikke klarer å nå.

– At jeg nå har blitt invitert inn i LAR-legenettverket for å tenke høyt om hvordan vi sammen kan lage et mer inkluderende opplegg for en lignende pasientgruppe som den vi har på Eika, setter jeg stor pris på. Jeg ønsker å fortsette den gode dialogen med Helsetilsynet. Et tilsyn på klinikken vil være naturlig. Målet er arbeidsro for å kunne jobbe for denne pasientgruppen som altfor få leger vil engasjere seg i. Nå har vi fått midler til å ansette en lege til. Det ser jeg virkelig fram til, avslutter Aina. ■

Tori Flaatten Halvorsen

tori.f.halvorsen@gmail.com



Tekst: Trygve Holmøy og Karl Otto Nakken

Trollelgen og epilepsien

Beskrivelser av epilepsi i eldre skjønnlitteratur har ofte vært preget av mystikk, overtro og fordommer. Få norske romaner illustrerer dette bedre enn *Trollelgen* (1921) av Mikkjel Fønhus.

Trollelgen er den fjerde og mest kjente romanen til Mikkjel Fønhus (1894–1973). Boka er fortellingen om den mystiske elgoksen Rauten som synes udødelig, og den ensomme jegeren Gaupa som blir besatt av jakten på den.

Fallesyken

Tidlig i boka møter vi Redalssvenskin, en halvtullete gammel svenske som streifer rundt i den øde Redalen på jakt etter en gammel sølvskatt. Det er velkjent blant bygdefolket at Redalssvenskin lider av epilepsi, i boka kalt «faldesyke». Ved setrene har buedeiene nemlig sett ham falle om og få kramperier. En sommerkveld treffer storjegeren Gaupa ham mens han graver etter skatten (1):

«Saa retter han sig; hakken henger ledig i høire haanden; med den venstre stryker han svetten av skallen, og det blir striper etter den, skitten som den er etter gravingen. Det rødskjeggete ansiktet arbeider sig opp i et fjollet smil; øinene er store, slappe og forvirrete.

Saa sier han:

– Och när jag engång dør, då vil jag komma tillbaka til Rødalen, som et djur...

Da ser Gaupa at svensken blir saa rar, at han liksom blir staaende og lyde aandeløst efter noget...

Saa gir han et stygt vræl fra sig og gaar hodestups fremover, bent ned i varmekanten.

Eldende svint rykker Gaupa ham tilside, og der ligger svensken i krampe. Haanden knytter han saa fast omkring hakkeskaftet at Gaupa ikke magter ta den opigien; men han får stukket en pinde ind mellom tandgardene saa svensken ikke skal bite av sig tungen. Der ligger han da, krøker benene ind under sig, mens det av og til kommer et kjørvt hurg nede fra strupen og skummet vælter ut av munden paa ham.

Langt om længe slutter kroppen at rykke, svensken tar til at puste langt og tungt; han sover, fast, som en dødstræt mand.

No kjæm 'n snart atti, tænker Gaupa. Han har set folk med faldesyke før, og han vet at denne søvnen gjerne er slutten på riene.

Men svensken sover og sover, og Gaupa hører at pustene stadig blir lettere. Tilslut maa han lægge sig nær ind til ham for at merke dem. Tilslut puster ikke Redalssvenskin»

Fønhus gir en god beskrivelse av et tonisk-klonisk anfall med fokal start og plutselig og uventet epilepsirelatert død. Å stikke en pinne i munnen på en person med et tonisk-klonisk anfall for å unngå tungebitt var lenge god latin, men frarådes i dag, ettersom pinnebiter kan blokkere luftveiene.

Villmarkas dikter

Trollelgen befestet Mikkjel Fønhus' posisjon som villmarkas forfatter. Handlingen foregår i den øde Vidalen, mellom mellom Krøderen og Sperillen, i Fønhus' litterære univers omdøpt til Redalen. Redalssvensken er en svensk tømmerhogger som er besatt av å finne sølvskatten som ifølge sagnet ble gravd ned i Vidalen under svartedauden. Sjur Renden, med tilnavnet Gaupa, er bygdas største elgjeger, en einstøing uten andre nære venner enn elghunden Bjønn.

Gaupa har også muligens en form for epilepsi:

«Ved venstre mundviken har han nogen stadige rykninger i huden; disse rykningene fikk han da han var unggut, og nu legger han ikke lenger merke

til dem: men de er der støtt, enten han sover eller vaaken».

Ut fra beskrivelsen kan vi spekulere i om rykningene enten skyldtes hemifacial spasme eller epilepsia partialis continua (Kojevnikovs syndrom), kanskje forårsaket av kortikal dysplasi eller en annen stasjonær lesjon nær sentralfuren (2).

Våren etter Redalssvenskens død skyter Gaupa en elgkalle i Redalen. Kolla har kalvet samme natt. Øynene til den nyfødte kalven skremmer den drevne jegeren. Han syns ikke de er tomme og sjelløse som andre nyfødte dyrs, men folkeøyne som stirrer på ham:

«Gaupa holder elgkalven med begge hænder. Han kjenner blodgangen i den spinkle kroppen; under buken på dyret ser



han at det er en øksekalv. Og han ser ogsaa ansiktet på Rødalssvenskin, hører det stygge vrålet med det samme han får anfaldet, ser munden aapne sig og dette siste hilstet: djur, djur...» (1)

Kalven vokser opp og blir den vidgjetne Rauten, selve Trollelgen, den største og mektigste elgoksen noen har hørt om. Jakten på Rauten blir Gaupas besettelse og bane. Parallelt skapes det en forestilling om at Redalssvensken har vendt tilbake til Redalen i Rautens skikkelse.

I likhet med Fønhus' tidligere romaner *Skoggangsmand* (1917), *Der vildmarken suser* (1919) og *Det skriker fra Kverrviljuvet* (1920) hyller *Trollelgen* vitaliteten i villdyr, villmark og jeger (3). Gjennom hele forfatterskapet flyter også en strøm av usentimental, men likevel følsom naturpoesi, der landskap og hendelser skildres vekselvis fra dyrenes og menneskenes perspektiv (4). *Trollelgen* skiller seg imidlertid fra andre Fønhus-bøker ved mystikken som skapes gjennom Gaupas forestilling om reinkarnasjon. Det er denne sjelevandringen som gjør Rauten til en trollelg. Rauten eier ikke bare villdyrets krefter, drifter og brunst, Rauten bærer også noe menneskelig i seg. I hvert fall opplever Gaupa det slik, og gjennom ham også leseren.

Strålende suksess

Trollelgen fikk strålende kritikker og står for mange som den beste av Fønhus' mange romaner. «Det er meisterverket både i form og lyrikk, eit lykkefunn i ein lykkestund ... Det er ikkje å vente at ein diktar kan skape slikt meir enn ein gong», skrev forfatterkollega Knut Hauge i minneskriftet over Mikkjel Fønhus (5).

Spillefilmen *Trollelgen*, som hadde premiere andre juledag 1927, fikk også strålende kritikker og ble en publikumssuksess både i Norge og Sverige (6). Der er imidlertid den ulykksalige Redalssvensken og hans epilepsi erstattet med romantikk, og mye av handlingen er fra debutromanen *Skoggangsmand*. Filmen hadde et svimlende budsjett på 100 000 kroner og gikk med underskudd til tross for voldsom publikumstilstrømming (6).

Trollelgen og Tyskland

Trollelgen ble oversatt til mange språk. Ingen steder traff naturmystikken lesernes og anmeldernes hjerter så godt som i Tyskland, der *Der Troll-Elch* ble utgitt i 1926 (3). Både *Deutsche Allgemeine Zeitung* og *Die Welt am Montag* sammenlignet Fønhus med Hamsun og *Trollelgen* med *Pan* (3): «I begge verkene blir naturen et åndende, levende vesen, i seg selv besjelet. Man merker i begge bøker den broderlige nærhet til alt som er, til alt levende. Men mens Hamsuns holdning i grunnen er sentimental, en tilbake-til-naturen holdning, så springer Fønhus' opprinnelige iakttagende forhold ut av en nærmere, mer naturlig forbindelse» (7).

Ingen steder traff naturmystikken lesernes og anmeldernes hjerter så godt som i Tyskland

Selv om flere Fønhus-bøker solgte brukbart i Tyskland før den annen verdenskrig, kunne ingen måle seg med *Trollelgen*. I 1940 hadde det blitt trykket 409 000 eksemplarer på tysk (8). Ikke engang Knut Hamsun oppnådde så store opplagstall i Tyskland. Kun Trygve Gulbrandsens *Und ewig singen Die Wälder (Og bakom synger skogene)* gjorde det bedre (8). Gulbrandsens triologi hyller et ufordervet og førindustrielt naturmen-

neske, litt som Fønhus gjør i *Trollelgen*. Den umiddelbare årsaken til *Der Troll-Elch* sin suksess var at den nazifiserte bokklubben Büchergilde Gutenberg Berlin brukte den som vervepremie. Under krigen trykket Wehrmacht ytterligere 15 000 eksemplarer til distribusjon blant soldater ved fronten (3).

Nazifisert marsipanelg

Mikkjel Fønhus var svært kritisk til sosialismen og arbeiderbevegelsen. I 1927 fremmet han et mistillitsforslag som førte til at Arnulf Øverland gikk av som leder i forfatterforeningen. Årsaken var at Øverland hadde deltatt i feiringen av tiårsjubileet for Sovjetunionen (3). På invitasjon fra det nazistiske Nordische Gesellschaft besøkte Fønhus i 1937 den kontroversielle forfatterutvekslingen i Travemünde. Han oppfordret sin nære venn Tarjei Vesaas til å gjøre det samme: «Du vil se det er et annet Tyskland du treffer enn det Dagbladet ljuger om, planlagt og konsekvent løgn» (9). Så sent som oktober 1938 reiste han, om enn motvillig, på foredragsturné i Tyskland i regi av Nordische Gesellschaft (3). Ingenting tyder imidlertid på at Fønhus var nazist. Da Tyskland invaderte Norge, reagerte han med avsky, og han —>



Mikkjel Fønhus. Foto: Aschehougs fotoarkiv



Illustrasjonsfoto: Jan-Eilert Pedersen

samarbeidet ikke med okkupasjonsmakten. Ironisk nok hadde en tysk beundrer rett før krigshandlingene brøt ut, sendt ham en vakker «trollelg» modellert av marsipan. Den grov han ned så dypt han kunne da tyske tropper nådde hjembygda (10).

Det er kanskje ikke så vanskelig å forstå at Fønhus' naturromantikk og hyllest av den ensomme jegerens samfølelse med vill nordisk natur appellerte til tyske nasjonalsosialister. Derimot er det tankevekkende at de falt for en fortelling der epilepsi spiller en så stor rolle. Personer med epilepsi var i deres øyne en belastning for samfunnet. Det såkalte eutanasi-programmet ble opprettet med tanke på å myrde blant annet mennesker med epilepsi (11). Selv om ikke epilepsien fyller mange sider i *Trollelgen*, er Redalssvenskins dramatiske død og ikke minst hans reinkarnasjon et sentralt element i boka. Det er nettopp dette som gjør Rauten til trollelg.

Noe av forklaringen kan kanskje ligge i den nokså nedsettende beskrivelsen av Redalssvenskin: en letturt tomsing besatt av et gammelt sagn, om ikke direkte utstøtt så i hvert fall delvis på siden av samfunnet, en som ingen savnet eller sørget over.

Stigma og overtro

Rundt 1920 ble epilepsi i Norge av mange ansett som en psykisk sykdom. I sin lærebok i nevrologi fra 1923 skrev Søren Bloch Laache (1854–1941) at epilepsi var en av de alvorligste nevrosene. Behandlingsmulighetene på den tiden var svært begrenset, og lenge hadde bromsalter, enten gitt som mikstur eller bakt inn i brød, vært den eneste behandlingen ved epilepsi. Ut over på 1920-tallet ble det etter hvert vanlig å kombinere kaliumbromid med fenobarbital, som alt i 1912 var vist å ha anfalledempende egenskaper (12).

Det er tankevekkende at tyske nasjonalsosialister falt for en fortelling der epilepsi spiller en så stor rolle. Personer med epilepsi var i deres øyne en belastning for samfunnet

Fortellingen om Redalssvenskins reinkarnasjon i Rauten er del av en litterær tradisjon som formidler stigma, overtro og fordommer mot personer med epilepsi (13).

Det er ikke tilfeldig at Fønhus lar Redalssvenskin dø av epilepsi. Epilepsi ble i antikken kalt *morbus sacer*, den hellige sykdom. Uttrykket gjenspeiler en seiglivet myte om at anfallene er guds eller djevelens straff for gamle synder. Det er noe demonisk over Rauten. Det kan virke som om Redalssvenskins villfarne sjel rir ham som en ond ånd. Denne forestillingen uttrykkes tydelig i en bok om Fønhus som kom ut mens han fortsatt levde: «Det gamle hedenske dukker opp som ledemotiv: menneskets jakt på onde ånder som førte ulykker med seg. Det ligger en dyp mening under fortellingen om skoggangsmannen Gaupa og Bjønn ... Deres kamp mot den onde ånd, den forlenget døde kjeltringen Redalssvenskin» (14).

Han kan ha lest om epileptiske anfall, men skildringen av Redalssvenskins død bærer snarere preg av øyevitneskildring

Den italienske legen og kriminologen Cesare Lombroso (1835–1909) hevdet på slutten av 1800-tallet at kriminalitet, genialitet og epilepsi hadde felles patogenese og at kriminalitet var epileptiske ekvivalenter (15). Forfatteren Émile Zola (1840–1902) ble påvirket av Lombroso, ikke minst i skildringen av den morderiske Jacques Lantier i *La Bête Humaine* (*Menneskedyret* på norsk/ *The Beast Within* på engelsk). Også andre forfattere har fremstilt personer med epilepsi som kjeltringer, blant dem William Shakespeare (1564–1616) i *Othello* og Charles Dickens (1812–1870) i *Oliver Twist* (13). Fønhus gjorde ikke det, selv om den første biografien fremstilte det slik (14). Selv om han lot Redalssvenskin gå igjen som en uhellsvanger ånd i Rautens skikkelse, beskrev han ikke svensken som noen kjeltring i levende live. Vi forstår ham som troskyldig og naiv, men ikke kriminell eller ondskapsfull.

Ikke så mye skrøn

Fønhus bygget nesten alle sine bøker på muntlige overleveringer om virkelige hendelser han snappet opp. «Ei bok er i grunnen ikke så mye skrøn som mange trur. Mesteparten av det som hender i bøkene mine, er ikke dikta. Det er ting som virkelig har hendt, men som er omplassert. Nesten alltid er det virkelighet bak det jeg skriver. Jeg kan nok forandre litt på det, men» (16).

Karakteren Gaupa bygger på de kjente storjegerne Per Maribo fra Strømsodbygda og Elling Jallen Tørrisdokken fra Gol (1, 4). Karakteren Redalssvenskin bygger på en svensk soldat som i likhet med mange andre tok arbeid med tømmerhogst i Vidalen i 1870- og 80-årene (17). Han skal ha lett forgjeves etter den sagnomsuste sølvskatten i mange år, men han hadde ikke epilepsi og døde ikke i Vidalen (17).

Hvor fant Fønhus inspirasjon til sin livaktige skildring av epilepsi? Fønhus leste mye og var blant de første norske forfatterne som leste Sigmund Freud allerede i 1920 (3). Han kan ha lest om epileptiske anfall, men skildringen av Redalssvenskins død bærer snarere preg av øyevitneskildring. Vi har imidlertid ikke funnet kilder som tyder på at noen av Fønhus' slektninger eller omgangskrets hadde epilepsi. Det nærmeste vi kommer er at onkelen på Nordre Fønhus døde av tetanus etterjulsvinteren 1921 – samme året som *Trollelgen* kom ut på høsten. Etter muntlige overleveringer i slekten lå han med groteske kramper hjemme på gården i mange dager før han døde (Arne Erik Fønhus, personlig

meddelelse). Det er sannsynlig at Mikkjel var vitne til dette. De sterke inntrykkene kan ha preget boka han nettopp da skrev.

Vi får neppe noen gang vite hvorfor Mikkjel Fønhus skrev som han gjorde om epilepsi, eller hvorfor en nasjonalsosialistisk bokklubb valgte å dyrke nettopp denne boka. Vi får nøye oss med undringen og glede oss over de malmfulle og poetiske skildringene av norsk natur og naturfølelse.

Da formann i forfatterforeningen Ebba Haslund i 1972 gratulerte Mikkjel Fønhus med at opplaget til årets bok *Villmarksoteren* hadde kommet opp i 20 000, svarte Fønhus (14):

«De e kji de at e skriv so godt. De e berre de at de e skriv um ha vorte moderne i dag»

Fønhus tenkte nok da på vern av urørt natur. Det er kanskje fortsatt moderne. Hans fremstilling av epilepsi er det definitivt ikke. ■

Mottatt 16.6.2025, første revisjon innsendt 9.7.2025, godkjent 18.8.2025.

Trygve Holmøy

trygve.holmoy@medisin.uio.no

Trygve Holmøy er seksjonsoverlege ved Nevrologisk avdeling, Akershus universitetssykehus, professor ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo og medlem av Den nevrologiske klubben. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Karl Otto Nakken

Karl Otto Nakken er dr.med., spesialist i nevrologi og pensjonert overlege. Han var i mange år medisinsk ansvarlig ved Spesialsykehuset for epilepsi i Sandvika. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Fønhus M. Troll-elgen. Kristiania: Aschehoug, 1921: 12–3.
- 2 Nakken KO, Eriksson AS, Kostov H et al. Epilepsia partialis continua (Kojevnikovs syndrom). Tidsskr Nor Laegeforen 2005; 125: 746–9.
- 3 Brandrud R. Drømmejegeren. En Mikkjel Fønhus biografi. Oslo: Aschehoug, 1993.
- 4 Wærp HH. Mikkjel Fønhus og dytreskildringen. Acta Univ Carol [Med] (Praha) 1993; 12: 99–113.
- 5 Hauge K. Den lykkelege diktaren. I: Hauge K, red. Mikkjel Fønhus slik vi husker ham. Et minneskrift. Oslo: Aschehoug, 1974: 36.
- 6 Brenne T. Mikkjel Fønhus – hans liv og forfatterskap. Oslo: Landbruksforlaget, 1993.
- 7 Lange H. Der Troll-Elch. Berlin: Deutsche Allgemeine Zeitung 18.7.1926: 10–1.
- 8 Meyen B. Die deutschen Übersetzungen norwegischer Schönlietatur. Oslo: Gunnar Stenersens Forlag, 1942: 57.
- 9 Vesaas O. Løynde land. Ein bok om Tarjei Vesaas. Oslo: Cappelen Damm, 2017: 186.
- 10 Fønhus GS. Mikkjel, far min. Oslo: Aschehoug, 1985: 87.
- 11 Martin M, Fangerau H, Karenberg A. German Neurology and the 'Third Reich'. Eur Neurol 2016; 76: 234–43.
- 12 Hauptmann A. Luminal bei Epilepsie. Munch Med Wochenschr 1912; 59: 1907–12.
- 13 Mjåset C. Epilepsi i litteratur og film. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 680–3.
- 14 Gleditsch U. Mikkjel Fønhus, skoggangsmann og tradisjonsbevarer. Oslo: Aschehoug, 1960: 47.
- 15 Lombroso C. L'uomo delinquent. 5. utg. Milan: Hoepli, 1896.
- 16 Haslund E. Møte med Mikkjel Fønhus. I: Hauge K, red. Mikkjel Fønhus slik som vi husker ham. Et minneskrift. Oslo: Aschehoug, 1974: 56–60.
- 17 Hohle P. Vidalssvensken. I: Folk og skrømt i Vassfaret. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1973: 34–9.

Yrke, identitet eller kall

Helsevesenet er stadig i endring, og leger må takle nye utfordringer.
Kan en endring i legeidentiteten være positiv med tanke på å skape bedre rammer å jobbe i?

Jeg jobber som lege. Den erfarne overlegen stusser på hvordan en yngre kollega presenterer seg: «jobber som lege» – akkurat som om vedkommende har en helt vanlig jobb der man stempler inn på morgenen og ut på ettermiddagen, på og av jobb til faste tidspunkt hver dag?

Hva overlegen føler der og da blir spekulasjoner, men å høre at en yngre kollega omtaler legeyrket som lite mer enn en inntektsbringende beskjeftigelse gjør i hvert fall såpass inntrykk at hun nevner det når hun senere på dagen holder kurs for oss som er i innspurten av en spesialistutdanning.

«For meg er det å være lege en identitet», sier hun. Noen i rommet smiler, andre nikker, noen rister på hodet og enkelte blir verbalt oppgitt. Men hva er egentlig problematisk med å si at det å være lege er mer enn en jobb – ja, at det faktisk er en del av deg og din identitet?

For noen kan det oppleves som en slags tvangstrøye å gjøre legeyrket til en del av egen identitet. Fordi det stiller visse krav til engasjement, prioriteringer og villighet til å ofre noe ut over avtalt arbeidstid. En spesiell dedikasjon der du prioriterer å være lege over andre deler av livet som venner, fritid og familie – fordi noe annet ville være å ofre identiteten din. Eller mindre ekstremt: At det å være lege prioriteres nærmest like høyt som disse tingene – uten at du krever noe mer enn lønnen du får.

Kanskje kan man få noen goder ved perleporten.

Det kan også være problematisk å definere et yrke som en del av ens identitet fordi det gir noe av makten over hvem man er til arbeidsgiveren. Som Lege (med stor L) er du vel villig til å strekke deg bare litt lenger? Arbeidsgiveren får mindre motivasjon til å endre arbeidskår og arbeidskultur dersom de vet at arbeidstakeren uansett er villige til å få jobben gjort – nettopp fordi det ikke bare er en jobb, men noe mer.

I dagens helsevesen kan man dessverre få en følelse av at pasientfokuset drukner, og da er det lett å glemme hva som er kjernen i legeyrket. Over operasjonsduken sammen med kirurgen, en vel ansett kollega med stor dedikasjon for faget og pasientene, diskuterer vi helsevesenet, helgejobbing, lønn og andre taffeltema. På spørsmålet om lønn, er responsen «uavhengig av lønnsklippen til de jeg møter i selskapslivet, kan jeg sitte med den rakeste ryggen fordi jeg er stolt over jobben jeg gjør». Og jeg tror ham. Det å gjøre legeyrket til en del av ens identitet betyr at man er en person som gjør noe for andre mennesker. Jeg følte meg litt stoltere den dagen.



Jeg er en annerledes mamma, ektefelle og venn fordi jeg også er lege. Få yrker gir oss muligheten til å se livet så tydelig i perspektiv

Legelivet

Personlige tekster om livet som lege

Disse tankene svirrer rundt i min eksistensielle krise, som gjør seg gjeldende når spesialisttittelen nærmer seg faktum. «Hvem er jeg?» Er dette yrket mitt, et kall eller identiteten min? Jeg tror at selve legerollen er annerledes i dag. Tap av støttefunksjoner og fokus på produksjon trekker oss unna pasientene. En vakthavende kollega i et særdeles travelt akuttmottak fortalte at det første han tenkte på vei inn til en pasient var «hvordan kan jeg komme meg raskest ut igjen fra dette pasientrommet?». Når mengden papirarbeid og andre oppgaver er så stor at man ikke har tid til å snakke med pasientene, er det lett å forstå at man ikke føler seg som Legen som utgjør en stor forskjell.

På den annen side er det kanskje en gammeldags forestilling at det ofte er én enkelt lege som utgjør den største forskjellen for pasientene. Personlig føler jeg sjelden jeg går på jobb og egenhendig redder liv. Oftest er man del av et team rundt pasienten, der alle spiller en rolle og der god pasientbehandling er resultatet av godt samarbeid i et system som fungerer. I de tilfellene pasientbehandling lider, så er det vel så mye systemsvikt som menneskelig svikt som ligger til grunn. Denne måten å jobbe på

endrer ikke bare legens posisjon, men det stiller andre krav til oss, eksempelvis til kommunikasjonsferdigheter.

Legeyrket er åpenbart en del av min identitet. Jeg er en annerledes mamma, ektefelle og venn fordi jeg også er lege. Få yrker gir oss muligheten til å se livet så tydelig i perspektiv som det å være lege, og jeg tror flere ønsker en opplevelse av at tiden vår faktisk er verdt noe. Det er ikke bærekraftig at god pasientbehandling hviler på enkeltindividers evne og vilje til å strekke seg stadig lenger. Jeg tror legeidentiteten er i endring fordi vi ønsker å kunne ha flere identiteter og prioritere tiden vår – på og utenfor jobb – slik det er riktig for en selv. Mitt håp er at dette ikke går på akkord med det å være Lege, men at vi kommer til å være bedre på å stå opp for levelige arbeidsvilkår. Nettopp fordi kjernen i legeidentiteten er pasientene våre, og fordi vi trenger rammer som gir oss muligheten til å omsette mest mulig tid og energi til pasientrettet arbeid. ■

Heidi Marthea Fossheim Ohnstad

heidi_marthea@hotmail.com

Fastleger opplever nytte av Gjør kloke valg

Gjør kloke valg-kampanjen har gjort det enklere å redusere overdiagnostikk og overbehandling i egen praksis, ifølge en studie blant norske fastleger.

Det anslås at en femtedel av medisinsk aktivitet er overforbruk (1). Gjør kloke valg-kampanjen har som mål å redusere denne overaktiviteten ved å øke bevisstheten hos både helsepersonell og pasienter om unødvendig og potensielt skadelig utredning og behandling. Norsk forening for allmennmedisin har derfor publisert ti anbefalinger for prosedyrer og behandlinger som kan gjøre mer skade enn nytte og som fastleger bør unngå (2, 3).

Ett år etter at anbefalingene ble lansert, undersøkte vi i hvilken grad fastleger i Norge kjente til dem og brukte dem i praksis (4). Av 8 149 fastleger som i 2021 mottok et nettbasert spørreskjema, svarte 900 (18 %). Respondentene var representative for fastleger når det gjaldt alder og enkelte andre bakgrunnsvariabler, men utvalget hadde en overvekt av kvinnelige og kommunalt ansatte fastleger. Det er også sannsynlig at leger med særlig interesse for eller kunnskap om medisinsk overforbruk i større grad besvarte undersøkelsen, noe som kan ha ført til en overestimert nytte av kampanjen.

Blant fastlegene som ikke opplevde kampanjen nyttig, oppga 74 % at dette delvis skyldtes at kampanjen ikke hadde påvirket pasientenes oppfatning av behovet for utredning eller behandling

Blant respondentene oppga 81 % at de kjente til Gjør kloke valg. Av disse vurderte 82 % kampanjen som ganske eller veldig nyttig for å redusere overdiagnostikk og overbehandling i egen praksis. Ni av ti som kjente til kampanjen, rapporterte at de hadde endret praksis i tråd med én eller flere av anbefalingene.

Fastleger som opplevde nytte av kampanjen rapporterte oftere at de oppnådde enighet med pasienter om å unngå unødvendige undersøkelser eller behandlinger. Dette kan tyde på at Gjør kloke valg har hatt en selvforsterkende effekt på portvokterrollen, særlig blant leger som allerede var engasjert i og hadde større mestring av denne rollen sammenlignet med kollegaer. Manglende eller lav opplevd nytte var derimot assosiert med høyere nivåer av arbeidsrelatert stress.

Blant fastlegene som ikke opplevde kampanjen nyttig (15 %), oppga 74 % at dette delvis skyldtes at kampanjen ikke hadde påvirket pasientenes oppfatning av behovet for utredning eller behandling. Halvparten mente at manglende tid til å sette seg inn i anbefalingene spilte en rolle.

Anbefalinger om å redusere medisinsk overaktivitet kan være en viktig støtte i fastlegenes portvokterrolle. De kan både styrke kompetanse og bevissthet og samtidig fungere som en påminnelse for leger som ikke alltid har

praktisert i fullt samsvar med egen faglig kunnskap.

Studien viser også betydningen av stress-reducerende tiltak for å støtte fastleger i å følge faglige anbefalinger. Det tar ofte lengre tid å oppnå enighet med pasienter om å unngå

unødvendige tester enn å skrive en henvisning. Portvokterrollen vil også bli lettere å ivareta dersom befolkningen får økt bevissthet om ulempene med medisinsk overaktivitet. ■

Karin Isaksson Rø

karin.ro@lefo.no

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

Jørgen Breivold

Jørgen Breivold er spesialist i allmennmedisin og ph.d.-kandidat ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.

Litteratur

- 1 OECD. Tackling wasteful spending on health. Paris: OECD Publishing, 2017. Lest 24.9.2025.
- 2 ABIM Foundation. Choosing Wisely. An initiative of the ABIM Foundation. 2023. Lest 20.9.2025.
- 3 Den norske legeforening. Gjør kloke valg 2020. Lest 20.9.2025.
- 4 Breivold J, Rø KI, Nilsen S et al. Perceptions of the usefulness of Choosing Wisely among general practitioners in Norway: a nationwide survey. *BMC Prim Care* 2025; 26: 240.



Klinisk improvisasjon (KI)

Kunstig intelligens kan gi oss støtte og struktur, men er ikke utstyrt med den menneskelige stemme eller evne til ikke-verbal kommunikasjon og improvisasjon. Den kan derfor aldri trumfe legen i pasientkommunikasjon.

En scene fra virkelighetslitteraturen:

Jeg sitter på kontoret mitt en tidlig morgen, og mens varmluften stiger fra kaffikoppen, vibrerer det i jobbmobilten fra dyppet av lommen på den hvite kittelen. Det er en sykepleier fra sengeavdelingen som ringer i god tid før previsitten. Det dreier seg om en gammel og skrøpelig mann som ble innlagt dagen i forveien med stille ikterus, redusert allmenntilstand og betydelig vekttnap. Nå har radiologen beskrevet sine funn på CT-undersøkelsen av mannens buk: pancreascancer, med innvekst i galleganger, portalvene og Treitz' bånd.

«Jeg ville bare gi deg beskjed før previsitten, slik at du kan forberede deg på hvordan du vil formidle budskapet til ham», sier sykepleieren.

Jaha, sier jeg til meg selv, og husker at jeg nylig leste en artikkel i Tidsskriftet som indikerte at språkmodellen GPT-4 kan være i stand til å frembringe svar som ble vurdert til å være mer empatiske, kunnskapsrike og hjelpsomme enn svar fra leger (1).

Da er det vel på sin plass å søke støtte hos Chatil, min virtuelle kopilot, tenker jeg, og spør:

«Hei, jeg skal informere en gammel pasient om at han har kreft i bukspyttkjertelen med spredning. Hvordan bør jeg gå frem?»

Svaret kom i løpet av to sekunder, og var både strukturert, informativt og forankret i fornuftige prinsipper for kommunikasjon omkring spesielt utfordrende kliniske tema. Men det var likevel noe jeg savnet svar på:

Bør jeg ha noen andre med meg inn til samtalen? Bør eventuelle nære pårørende involveres i prosessen? Skal jeg stå eller sitte når jeg presenterer budskapet? Skal jeg søke blikkontakt eller ikke? I hvilket leie skal jeg legge stemmen? Skal jeg ha en alvorlig mine eller skal jeg utstråle en form for optimisme? Hvor nærme kan jeg sitte (eller stå), og kan jeg driste meg til kroppskontakt, for eksempel ved å holde ham i hånden mens jeg formidler det triste budskapet? Det er ikke bare ordene som teller,



Illustrasjon: basha / iStock

men også hvordan de formidles – og hvem man formidler til. Hvordan entrer man pasientrommet, hvor og hvordan setter man seg ned (for sitte skal man, uavhengig av hvilket budskap som

formidles), på hvilken måte bruker man blikk, ansiktsuttrykk, mimikk og gester, og sist, men ikke minst: Hvordan skal man justere tilnærmingen ut fra pasientens reaksjonsmønster?

Så kan man selvfølgelig innvende at søketeksten min kunne vært lenger og mer nyansert, eller at den kunne vært fulgt av ett eller flere tilleggsspørsmål, gjerne spisset mot råd for god, ikke-verbal kommunikasjon i en slik utfordrende situasjon. Men gode virtuelle svar på slike henvendelser vil likevel ikke rokke ved grunnprinsippet:

Enhver interaksjon mellom pasient og helsearbeider lever sitt eget, unike liv. Det er en interaksjon som ikke kan algoritmiseres. En interaksjon som krever evne til improvisasjon. En interaksjon der ikke-verbale og verbale grep går hånd i hånd. Kort sagt, en interaksjon som alltid vil kreve *menneskelig* intelligens.

Det er derfor betryggende å tenke på at både jeg og kollegene mine i yngre generasjoner, samt fremtidige helsearbeidere, som kanskje en dag skal møte en

skrukkete, glemsk og romskinnutgave av meg selv med et budskap som ikke står øverst på ønskelisten min, aldri kan erstattes av Chatil eller andre virtuelle kapasiteter. Heller ikke når de muligens, en gang i fremtiden, vandrer robotaktig omkring på sengeavdelinger i vår verden. Men vi kan bruke dem for det de er verdt: som «samtalepartnere» for råd, støtte og struktur.

For det vil nok alltid være sannhet i utsagnet til den kontroversielle franske filosofen Jean Baudrillard:

«The sad thing about artificial intelligence is that it lacks artifice, and therefore intelligence». ■

Bård Reiakvam Kittang

bard.kittang@bergen.kommune.no

Bård Reiakvam Kittang er spesialist i indremedisin og i infeksjonssykdommer, overlege ved Haraldsplass Diagonale Sykehus og Enhet for sykehjemsmedisin, Bergen kommune og professor ved Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen.

Litteratur

- 1 Mork TE, Mjøs HG, Nilsen HG et al. Kunstig intelligens og legers svar på helsespørsmål. Tidsskr Nor Legeforen 2025;145. doi: 10.4045/tidsskr.24.0402.

Legelivet

Personlige tekster om livet som lege

Julie Didriksen

julie.didriksen@tidsskriftet.no

En forbedret metode i mellomkrigstiden

Nr. 16–17/1919

I Tidsskriftet nr. 16–17/1919 skrev den norske kirurg Ephraim Wolff Koritzinsky (1883–1942) en nyhetssak om en artikkel fra et tysk tidsskrift. Der beskrev W. Anschütz hvordan han hadde forbedret «Sauerbruchs metode» (Tidsskr Nor Lægeforen 1919; 39: 656–7). Ernst Ferdinand Sauerbruch (1875–1951) var en kjent tysk kirurg som utviklet flere teknikker, blant annet proteser etter amputasjon og et undertrykkskammer til bruk ved thoraxkirurgi. W. Anschütz er antageligvis Alfred Wilhelm Anschütz (1870–1954), kirurg og professor. Sauerbruch støttet senere offisielt nazistene da de kom til makten, selv om han også skal ha hjulpet forfulgte og brukt sin innflytelse for å avvikle eutanasiprogrammet. Anschütz meldte seg inn i partiet. I 1941 ble Koritzinsky arrestert av de nazistiske myndighetene her i Norge.

W. Anschütz:

Bidrag til behandlingen av amputasjonsstumper etter Sauerbruch's metode.

Sauerbruchs metode består som bekjent i dannelsen av vilkaarlig bevægelige overekstremitetsproteser. Forf. beretter om sine resultater fra Kieler-kliniken; ved metodens forbedring har han opnaadd større sikkerhet m. h. t. den operative helbredelse og et smukkere resultat hvad den endelige funktion angaar. Istedenfor S.'s enkeltstilkede hudlapper anvender forf. dobbeltstilkede, m. a. o. brolapper.

Disse faar ernæring fra to sider, hvorved hudkanalens endelige skjæbne sikres, mens S.'s metode staar og falder med hudlappens ernæring. Anschütz's brolap omdannes til kanal og indleires i muskelen ved at mobilisere denne ovenfor amputationsarret. Man kapper muskelen av nedenfor hudlappen, deler op muskelen langs efter, flateformig efter fiberforløpet og endelig sutureres de opdelte muskelender kloformig over hudlappen (fig. 2). Suturlinjen av hudlappen bør ligge i den proksimale del av dens cirkumferens, hvorved arret under kraftydelsen ikke belastes av stiften. Teknisk løses dette ved at føie to smaa lodrette snit distalt til nedre tversnit.

Forf. beskriver nærmere bicepskanalisationens teknik ved amputation i nedre tredjedel av overarmen. Ved kanal-dannelsen i triceps lægges der særlig vekt paa, at bare det isolerte, nøiagtig utpræparerte caput longum anvendes som kraftkilde. Paa underarmen er bedst skikket extensor digit. comm., ext. carpi

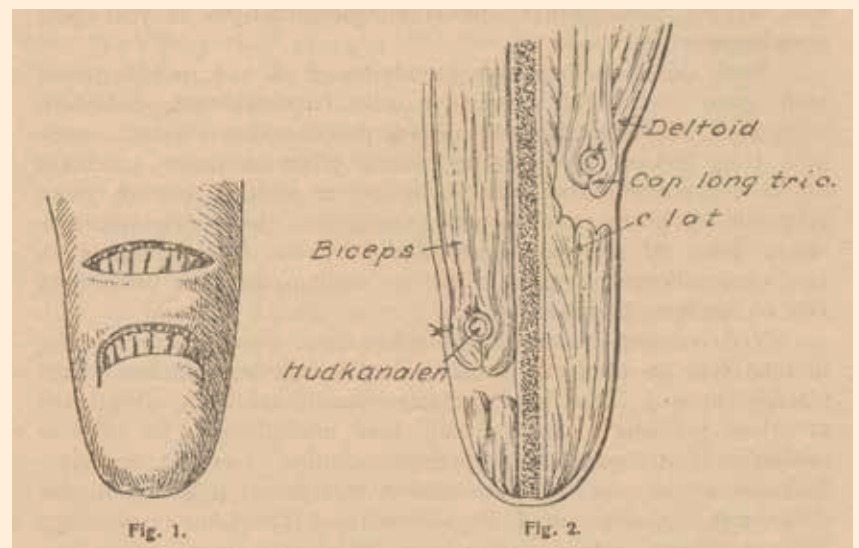
rad. og brachioradial. Man maa undgaa extensor carpi ulnaris. For fleksorernes vedk. er flexor digit. subl. og prof. samt poll. long. best egnet. Senerne kappes av nedenfor hudkanalen og slaes omkring denne og sutureres. Forf. omtaler tilslut teknikken ved korte underarmsstumper, kanaliseringen av pectoralis som ækvivalent for biceps, samt endelig dannelsen av fiksationskanaler til støtte for proteser. Nogen billeder illustrerer metodens udmerkede effekt.

(Münch. med. Wochenschrift 1919 nr. 17).
E. W. Koritzinsky.



Prof. Dr. Ferdinand Sauerbruch (1875–1951), 1932. Foto: Bundesarchive / CC-BY-SA 3.0

Faksimile, Tidsskriftet 16–17/1919



Liten, stor bok



Aldri god nok

Jeswanthiny Mayooraan
104 s., Det Norske Samlaget, 2025.
NOK 299
ISBN 9788234014932

Jeswanthiny «Thiny» Mayooraan (f. 1990) er overlege og spesialist i psykiatri, men også kollega, venn, søster, kone, mor og datter. Hun er norskfødt med tamilsk bakgrunn (innvandrereforeldre fra Sri Lanka) og oppvokst i Ulsteinvik. Og hun skriver på nynorsk. I boka *Aldri god nok*, som kanskje kan karakteriseres som en midt-i-30-årene-selvbiografi, skriver Mayooraan om alle disse rollene på en svært overbevisende måte.

Til tross for at det er en kort og liten bok (104 sider fordelt på 19 kapitler), rommer den store og vanskelige temaer som identitet, utenforskap, rasisme, forholdet mellom barn og foreldre, kulturkonflikter, skam, spiseforstyrrelser, tvangspregede disiplin, lojalitet og selvrealisering. Den røde tråden gjennom historien er hvordan opple-

velser i barndommen preger forfatteren som voksen – spesielt forholdet til faren og hans forventninger til henne.

Det er velkjent at innvandrereforeldre har høye ambisjoner for barna sine, som helst skal velge en av ALI-utdanningene (advokat, lege, ingeniør). Forventningspresset er stort, og barna blir satt i taknemlighetsgjeld. En perfekt fasade og å vise seg frem som vellykket er også viktig. Som norskfødt med innvandrereforeldre er det lett å kjenne seg igjen, selv om undertegnede er oppvokst i et annet tiår, har en annen religion, har bodd et helt annet sted i Norge og har foreldre som innvandret fra et annet land. Det tyder på at Mayooraan får frem noen av de mer universelle utfordringene som kommer med det å være «utlending» i Norge, akkurat som Karpe, Yohan Shanmugaratnam og Zeshan Shakar.

Teksten er utleverende, men også modig, ærlig og reflekterende. Hvert kapittel omhandler en konkret hendelse eller situasjon, som settes i en større kontekst. Språket er enkelt, men kraftfullt og gjør inntrykk, også lenge etter at man har lagt boka fra seg. Det stilles mange spørsmål, men det er få svar. Mot slutten undrer forfatteren seg over om det er klokt å være så åpen og utleverende, særlig med tanke på yrket hennes. Men det er nettopp denne

åpenheten som gjør boka så viktig og som bryter med den tilsynelatende perfekte fasaden.

Av kritiske bemerkninger er beskrivelsen av forholdet til faren svært krass og til tider litt vel ensidig, men forsonende mot slutten. Skildringen av forholdet til sønnen er lite nyansert og nærmer seg det stereotype.

Selv om boka tar utgangspunkt i presset og forventningene fra innvandrereforeldrene om å være flink, effektiv og få status som lege, vil mange kjenne seg igjen i beskrivelsene av det å stadig presse seg selv (flink pike-syndrom), følelsen av å ikke være flink nok (bedragersyndrom) samt indre uro og psykisk belastning. Foreldrenes rolle i å utvikle barnas potensial er heller ikke unikt for innvandrereforeldre.

Konklusjon: Dette er en liten perle av en bok som bør leses av mange, uavhengig av spesialitet og melaninnivå i huden. Det er imponerende hvor mye forfatteren får sagt på få sider. Hennes store lidenskap i barndommen var å skrive, noe som ble undertrykt under medisinstudiet og spesialiseringen. Nå har hun funnet tilbake til denne lidenskapen, og det er liten tvil om at hun bør fortsette å skrive. ■

Kashif Waqar Faiz

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 

NY EPISODE
HVER UKE

Stetoskopet



Ph.d.-disputaser

Hilde Marie Bergum

Long-term effects of multiple lifestyle intervention in subjects with elevated cardiovascular risk.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 7.10.2025.

Bedømmelseskomité: Mats Börjesson, Göteborgs universitet, Sverige, Inger-Lise Aamot Aksetøy, St. Olavs hospital og Per Ole Iversen, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Tor Ole Klemsdal, Jostein Grimsmo og Kåre Inge Birkeland.

Hanne Kristin Jahr Blakstad

Glioblastoma – treatment, outcome, and prognostic factors.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 25.9.2025.

Bedømmelseskomité: Annika Malmström, Linköpings universitet, Sverige, Slavka Lukacova, Aarhus Universitet, Danmark og Lasse Pihlström, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Petter Brandal, Kyrre Eeg Emblem og Eirik Helseth.

Margrethe Flesvig Holt

Screening and biomarkers in cardiac amyloidosis.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 25.9.2025.

Bedømmelseskomité: Riina Kandolin, Helsinki University Hospital, Finland, Rune Mo, St. Olavs hospital og Jørgen Graving, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Einar Gude, Kaspar Broch og Thor Ueland.

Sindre August Horn

Univariate inequalities in health and priority to the worse off.

Utgår fra Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Disputas 29.9.2025.

Bedømmelseskomité: Berit Bringedal, Legeforskningsinstituttet, Matthew Robson, Erasmus School of Economics, Nederland og Inger Lise Teig, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Ole Frithjof Norheim, Mathias Barra og Carl Tollef Solberg.

Trine Lauritzen

New pathophysiological knowledge and diagnostic biomarkers for atorvastatin-dependent muscle side effects in patients with coronary heart disease.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 10.10.2025.

Bedømmelseskomité: Mikko Olavi Niemi, University of Helsinki, Finland, Marit Waaseth, UiT Norges arktiske universitet og Per Medbøe Thorsby.

Veiledere: Nils Tore Vetthe, John Munkhaugen, Stein Bergan og Kjetil Wessel Andressen.

Anne Viktoria Lyngstadaas

Annexin A1, Its N-terminal Peptides, and Maresin 1 as Pro resolving Mediators in Preservation of Ocular Surface Health.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 3.10.2025.

Bedømmelseskomité: Anat Galor, University of Miami, USA, Jesmond Dalli, Queen Mary University of London, Storbritannia og Knut Tomas Dalen, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Tor Paaske Utheim, Darlene Dartt og Kim Alexander Tønseth.

Kaare Sourin Midtgaard

Operative treatment of isolated, displaced olecranon fractures.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 3.10.2025.

Bedømmelseskomité: Simon M. Lambert, University College London Hospital, Storbritannia, Hanna Björnsson Hallgren, Universitetssjukhuset i Linköping, Sverige og Sigbjørn Dimmen, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Gunnar Flugsrud, Frede Frihagen og Jan Erik Madsen.

Mariell Rivedal

Individual perspectives of prognosis and treatment in IgA nephropathy.

Utgår fra Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen. Disputas 14.10.2025.

Bedømmelseskomité: Jürgen Floege, Uniklinik RWTH Aachen, Tyskland, An De Vriese, AZ Sint-Jan Brugge, Belgia og Paal Methlie, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Thomas Knoop, Øystein Eikrem og Jessica Furriol.

Kjersti Øvrum Skipar

Multimodal imaging in patients with locally advanced cervical cancer: A tool for improved patient risk assessment and prediction of response to hypoxia targeted therapy.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 26.9.2025.

Bedømmelseskomité: Geoffrey Higgins, University of Oxford, Storbritannia, Alexandra Taylor, The Royal Marsden Hospital NHS Trust, Storbritannia og Petter Brandal, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Heidi Lyng, Kjersti Bruheim og Kristina Yvonne Kathe Lindemann.

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

Andreas Olav Holsen Myking



Det var med sorg og vemod vi mottok meldingen om at tidligere overlege og professor Andreas Olav Holsen Myking gikk bort 11. juli, 88 år gammel. Andreas var cand.med. fra Universitetet i Bergen 1961 og innledet sin lange og innholdsrike karriere som patolog da han i 1966 ble ansatt ved Gades Institutt, Avdeling for patologi ved Haukeland sykehus. Etter år med spesialisering i faget, sammen med forskning og undervisning, avla han sin medisinske doktorgrad i 1981. Fra 1979 fikk han som leder av biopsitjenesten ansvaret for mye av fagutviklingen innenfor den diagnostiske virksomheten. Dette arbeidet omfattet utviklingen av immunhistokjemi fra 1980-tallet og ut over, med et stadig økende antall markører av betydning, fremfor alt innenfor kreftdiagnostikken. Som avdelingssjef i 1994–2004 ledet han arbeidet med fagutvikling og tidsmessig organisering av avdelingen i ulike seksjoner og faggrupper. Sammen med universitetssiden bidro han til etablering av et eget laboratorium for molekylærpatologi.

Andreas påtok seg også ansvar for utviklingen av patologitjenester på regionalt nivå. Han deltok fra slutten av 1990-årene aktivt i forberedelser og etablering av ny patologiavdeling i Førde, og her bidro han selv i perioder med diagnostisk arbeid fram til 2010.

Som patolog var Andreas en hardtarbeidende, allsidig og interessert fagmann med et våkent øye for fagets utvikling. Han bidro til å gjøre faget spennende for medisinstudentene, han var mentor for mange spesialistkandidater og veiledet doktorgradskandidater. Med sin arbeidskapasitet og sitt rolige vesen hadde han alltid tid for sine medarbeidere, og han fulgte interessert med på avdelingens videre utvikling inntil de siste årene.

Vi vil minnes Andreas som en ressurssterk og kunnskapsrik person, med interesser og talenter som strakte seg ut over eget fagområde. Han var fysisk aktiv og elsket fjellturer sommer som vinter, han var rypejeger og i yngre år en ivrig orienteringsløper. Musikken betydde mye for ham, han spilte piano og var nevenyttig med treskjæring som en kjær hobby.

De siste årene hadde han sviktende helse. Etter noe tids sykdom sovnet han inn på Fyllingsdalen sykehjem. Ved Andreas sin bortgang går våre tanker særlig til hans tre sønner med familier, som nå har mistet en kjær og respektert familiefar. Vi lyser fred over Andreas sitt minne. ■

Bjørn Bertelsen, Lars A. Akslen, Sverre Mørk, Elisabeth Wik, Ståle Sund

Johan Pillgram-Larsen



Overstløytnant og thoraxkirurg Johan Pillgram-Larsen, en nestor innen moderne norsk krigskirurgi og traumatologi, gikk bort 27. september.

Johan ble født i 1944 i Skien og utdannet seg til lege i 1971. Han spesialiserte seg i generell kirurgi i 1981, karkirurgi i 1986 og thoraxkirurgi i 1987.

Han ble ansatt ved Ullevål sykehus i 1975. I 1987 ble han overlege ved Thoraxkirurgisk avdeling og senere også seksjonsoverlege ved samme avdeling.

Johan hadde et brennende engasjement for traumatologi. Ved Ullevål var han blant pionerene bak etableringen av et systemisert behandlingsopplegg for multitraumatiserte pasienter. Dette arbeidet ble banebrytende for traumebehandling, ikke bare i Oslo, men i hele landet.

Engasjementet for traumatologi tok han også med seg inn i Forsvaret, der han ble ansett som en av landets fremste eksperter på krigsskader. I Forsvaret spilte han en sentral rolle i utviklingen av norsk krigskirurgi. Han var Forsvarets overlege i kirurgi fra 2000 til 2012 og en av arkitektene bak Forsvarets krigskirurgikurs – et kurs som har vært avgjørende for kirurgiske team på internasjonale oppdrag, og som er obligatorisk for spesialisering innen flere kirurgiske fagområder. Hans arbeid har vært et unikt bidrag til helseberedskapen i totalforsvaret.

Under Gulfkrigen i 1991 hadde Johan en sentral rolle ved det norske feltsykehuset på grensen mellom Irak og Kuwait, der han tjenestegjorde som kirurg. I løpet av få uker behandlet feltsykehuset 68 traumatiske amputasjoner. Erfaringene fra denne tjenesten førte til betydelige forbedringer i behandlingen av sprengningsskader og i rutinen for håndtering av slike skader innen norsk krigskirurgi. Denne verdifulle felterfaringen ble senere integrert i både undervisning og praksis for norske militære kirurgiske team og sivile kirurger. Han tjenestegjorde senere også som kirurg og overlege i Bosnia-Hercegovina og Afghanistan.

Johan stilte høye krav – både til seg selv og sine omgivelser. Han hadde et sterkt fokus på betydningen av teamarbeid, kombinert med en dyp forståelse for kirurgisk teknikk og detaljenes avgjørende betydning («djevlen ligger i detaljene»). Selv lenge etter at han formelt gikk av med pensjon, fortsatte han å bidra aktivt på krigskirurgikurset. Han hadde et omfattende internasjonalt nettverk innen sitt fagfelt, noe både helsevesenet og Forsvaret har hatt stor nytte av. Han publiserte en rekke vitenskapelige artikler og ble tildelt Hærens fortjenestemedalje for sin innsats innen militærmedisin.

Hans bidrag til krigskirurgien har hatt varig betydning – både for utviklingen av det norske traumesystemet og for generasjonene av kirurger som har fulgt etter ham. Resultatene av hans arbeid kom blant annet til uttrykk etter terrorangrepene 22. juli og i forbindelse med Norges engasjement i krigen mot terror. I dag, i en tid med en endret sikkerhetspolitisk situasjon, nyter vi fortsatt godt av innsatsen hans – og det vil vi gjøre i lang tid fremover.

Vi lyser fred over hans minne. ■

Petter Iversen, Marius Svanevik

Jan Eirik Koen Thoresen



I 1986 kom en ung kirurg til det som den gang het RIT, Regionsykehuset i Trondheim. Han hadde stor bart, mørkt og bustete hår, hornbriller og godt humør. Født i Trondheim, gått på Ringve og studert medisin i Oslo. Vi hadde begynt på kirurgen mer eller mindre samtidig, og ble etter hvert en gruppe med stort initiativ, virkelyst og fantasi, noe som kom til å prege kirurgisk avdeling, og gastrokirurgisk enhet, i flere år.

Vi deltok med liv og lyst i innføringen av laparoskopisk kirurgi i Norge, hadde faglige seminarer på Hjerkinns og på Hurtigruta og arrangerte en internasjonal kongress på Dragvoll, med innlagt hopprenn. Jan Eirik var sentral i alt dette. Han var en svært god kirurg med store praktiske og teoretiske ferdigheter. Hans sentrale kirurgiske interessefelt var nok reservoarkirurgi, men han mestret hele vårt store fagfelt.

Etter hvert ble han mer interessert i og opptatt av administrasjon og ledelse. Han var sentral i arbeidet med RIT 2000, det nye sykehuset på Øya. Han har også innehatt direktørstillinger ved Helse Midt-Norge og ved Oslo universitetssykehus. Vi beholdt likevel kontakten gjennom Fiskarlaget, en gruppe fra St. Olavs som møttes årlig. Fiskarlaget hadde ikke noe med fisk å gjøre, kanskje bortsett fra menyen. Treffene var både sosialt og faglig givende og ga grunnlag for sosial kontakt også senere, selv om våre karriereveier skilte lag.

Jan Eirik var en god venn, en dyktig kirurg og hadde et sosialt talent som var til stor nytte i hans utfordringer på ledersiden, både ved St. Olavs hospital og i Oslo. Dette illustreres kanskje best av at han, mens han var sjef på Røros, delte kontor med hovedtillitsvalgt for Legeforeningen ved St. Olavs. Dette foranlediget mange diskusjoner og mye moro.

Våre tanker i denne tunge stunden går til Trine, Espen og Katinka i deres sorg. Vi lyser fred over Jan Eirik minne. ■

**Ronald Mårvik, Jon Erik Grønbech,
Gjermund Johnsen, Brynjulf Ystgaard**

Jan Eirik Koen Thoresen

Det var med sorg vi mottok budskapet om at Jan Eirik Koen Thoresen var gått bort 14. september 2025. Jan Eirik var en hedersmann, en fremragende kirurg og en høyt respektert helseleder. Han begynte sin karriere i Harstad etter turnustjeneste, før han vendte tilbake til hjembyen Trondheim. Han ble spesialist i generell kirurgi og i gastroenterologisk kirurgi og ble en ledende tarmkirurg og foregangsmann innen flere kirurgiske metoder. Han var med på å etablere kikkhullskirurgitilbudet ved St. Olavs hospital.

Jan Eirik hadde mastergrad i helseadministrasjon fra Universitetet i Oslo og ble en avholdt leder. Han var avdelingsoverlege ved Kirurgisk klinikk, og i 1999 tiltrådte han som medisinsk sjef for RiT 2000 – nytt St. Olavs hospital. Ved helsereformens start i 2002 ble han rekruttert som fagdirektør i Helse Midt-Norge RHF og i tillegg viseadministrerende direktør fra 2005. I denne perioden var han konstituert administrerende direktør både ved St. Olavs hospital og Helse Nord-Trøndelag.

Han var administrerende direktør i Helse Midt-Norge fra 2007 til 2008. Etter dette ble han konstituert administrerende direktør ved Oslo universitetssykehus i to perioder og viseadministrerende direktør i perioden 2009–11. Deretter vendte han tilbake til Helse Midt-Norge, hvor han i siste periode av yrkeskarrieren var direktør for eierstyring.

Jan Eirik var en faglig sterk og omgjengelig person som var godt likt og respektert i helsetjenesten, både som medarbeider og leder. Han var en lojal medarbeider som kunne bidra med klare innspill i prosesser internt, men stod fjellstøtt i det som ble vedtatt. Han opplevde også hvor tøft det kan være å sitte på toppen og måtte ta ansvar for komplekse prosesser. Likevel ble det aldri stilt tvil om hans integritet, verdier og evner som leder.

Jan Eirik var også en familiemann som var stolt av familien sin og holdt oss godt orientert om hvordan det gikk med barna sine. Han klarte å kombinere omsorg, sårbarhet og følelser med det å stå i krevende lederjobber, og bidro til å skape et godt arbeidsmiljø. Han var direkte, lun, varm, uhøytidelig, humoristisk, ærlig og en god samtalepartner. Derfor vil han bli husket som en svært god kollega og en viktig bidragsyter til helsetjenesten i Norge.

Vi lyser fred over Jan Eirik minne. ■

Jan Frich, Tom Christian Martinsen, Paul Hellandsvik, Stig A. Slørdahl, Cathrine M. Lofthus

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



Levanger
kommune

Fastlegehjemmel Kirkegata legesenter

Ledig fastlegehjemmel for næringsdrift ved Kirkegata legesenter i Levanger kommune. 1160 pasienter tilknyttet liste. 4 leger samarbeider ved legesenteret. Se fullstendig utlysning på Legejobber.no. Søknadsfrist 16.11.2025.



Holmestrand
kommune

Fastlegehjemmel

Det opprettes en nullhjemmel på Hof legesenter, oppstart 01.01.26. Det er ikke offentlig legearbeid knyttet til hjemmelen ved oppstart. For fullstendig utlysning, se Legejobber.no. Søknadsfrist 25. november 2025

Forskjellige stillinger



TRONDHEIM
KOMMUNE

Leger i kommunal stilling

Vi søker engasjerte og motiverte leger til helsehus, helse- og velferdssentre, helsestasjon, kompetansesenter for kjønn og seksualitet, helsestasjon for ungdom og i skolehelsetjenesten. Størrelsen og lengden på vikariatet kan avtales etter ønske. For fullstendig utlysning, se vår nettside eller Legejobber.no. Søknadsfrist: 01.01.2026

Helseblikk

Spesialister søkes til klinikk i Grimstad!

Vi søker spesialister innen øye, ØNH, nevrologi, psykiatri m.m. Hos oss møter du et stort pasienttilsig og gode muligheter til å bygge din egen praksis! Se fullstendig utlysningstekst på Legejobber.no.

Generell kirurgi

- 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.



Er du vår nye overlege i generell kirurgi?

Kirurgisk avdeling, Flekkefjord

Ved kirurgisk avdeling i Flekkefjord jobber du tett på kolleger i flere spesialiteter. Vi har legespesialister i anestesi, ortopedi, gynekologi og fødselshjelp i 4-delt vakt. Avdelingen består av kirurgisk sengepost kombinert med ortopedi og gynekologi, kirurgisk poliklinikk, intensivenhet med dagkirurgisk seksjon, en operasjonsenhet med fire stuer og en fødeenhet. Her får du bredden og ressursene du trenger, samtidig som nærheten og oversikten gjør at du ser den direkte effekten av arbeidet ditt.



Hos oss får du en sjelden mulighet til å bruke din kompetanse til å gjenreise og utvikle et viktig fagfelt, og samtidig være med på å sikre fremtidens kirurgiske tjenester for pasientene i regionen. Vi søker deg som har en langsiktig ambisjon for stillingen, og som ønsker en jobb der hvor nærmiljøet utenfor sykehuset legger opp til et enklere liv med korte avstander til arbeidsplass, skole, fritidsaktiviteter og natur, som gir mer tid til familie, venner og egne interesser.

I Flekkefjord blir du ønsket velkommen av et nærmiljø som tilbyr gratis bolig i en periode og gir jobbgaranti til partner.

For mer informasjon, se:

<https://sshf.no/om-oss/jobb-hos-oss>

Ta gjerne kontakt med klinikkdirktør
Jorunn Sandvik tlf. +47 902 21 949

Søknadsfrist:
23.11.2025

WebCruiter id:
5020870815

Nevrologi

- *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.



Bli LIS2/3 i nevrologi – i et faglig sterkt, engasjerende og trygt miljø

Nevrologisk avdeling i Kristiansand

Vi har ledig 2 faste og 2 vikariater i 100 % stillinger som lege i spesialisering (LIS 2-3). Vi tilbyr konkurransedyktig signeringstillegg. Vi ser både etter deg som har fullført LIS 1 og deg som har større eller mindre deler av LIS 1 igjen.

Hos oss møter du hele bredden i nevrologi, fra akutte hjerneslag til sjeldne diagnoser og komplekse pasientforløp. Vi har et stort pasientgrunnlag og behandler det meste selv. Det betyr at du raskt får variert erfaring som gir tyngde til spesialiseringen.



Vi legger vekt på en strukturert og trygg opplæring. Som LIS2/3 får du fadderordning, følgevakter og tett veiledning fra erfarne overleger. Vi oppfordrer LIS til deltakelse på nasjonale og internasjonale kongresser.

Hele spesialiseringsløpet i nevrologi kan gjennomføres her, inkludert seks måneders side-tjeneste i nevrokirurgi ved Oslo universitetssykehus, med stipendordning for pendling.

Forskningsmiljøet, Nevroforsk Sør, er sentralt. Er du interessert i forskning, er det store muligheter for dette her.

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

Ta gjerne kontakt med avdelingssjef Gunhild Fjeldvig Tørle tlf. 922 48 632

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

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

Kurs og møter**Mindfulness MBSR kurs
ledet av psykologspesialister**

Et 8 ukers forskningsbasert
mindfulnesskurs for deg som sliter
med arbeidsrelatert stress, vil unngå
utbrenthet og søker ro, tilstedeværelse
og balanse i arbeid og privatliv.

Kursstart 27. januar 2026

Kurset er godkjent av
Psykologforeningen. Søknad under
behandling hos Legeforeningen.



Håkon Ruud og Cathrine Helgø Sasson,
psykologspesialister og MBSR lærer

Hør oss i podcasten "Leger om livet"
- episode 209

Les mer og meld deg på:
www.mindfulnesskurs.org

Diverse annonser**Independent occupational health and general
practice for sale: Palma de Mallorca, Spain.**

This Practice is one of only two in Spain with accreditation to offer the British MCA ENG seafarers medical. The work is varied, GP and OH, with huge scope (and demand) for development; the limit is your imagination, skill set, and ambition. The sale could be flexible to your needs; outright or over time. Info from hedda@clubdemarmedical.com www.clubdemarmedical.com

Ledige stipender, legater, fond**Karla og Arne Oddmars Medisinske fond**

Avkastning av Karla og Arne Oddmars Medisinske fond skal benyttes til fremme av vitenskapelig arbeide og forskning innenfor fordøyelsessykdommer ved universitetene i Bergen og Oslo. Tildeling for 2026 skal skje til leger knyttet til slik virksomhet ved Universitetet i Oslo. Det skal tildeles stipendier til aktuelle forskningsprosjekter innen fordøyelsessykdommer. Til utdeling i år totalt kr. 65.000.-. Søknad (max 5 sider) sendes som en PDF-fil til: Fondsutvalget «Karla og Arne Oddmars Medisinske fond» ved leder professor Odd Helge Gilja, Universitetet i Bergen, e-post: odd.gilja@uib.no innen 20. januar 2026.

Velkommen til Emnekurs i svangerskaps- og barslesomsorg 30. og 31. januar på Scandic Fornebu

Kursleder: Kari Løvendahl Mogstad

Godkjent: Emnekurs 15 timer

Pris: 5500 kr + dagpakke

Kort info: Velkommen til et helt nytt emnekurs. Noen av de fremste fagpersonene innen svangerskaps- og barselomsorg samles for å gi allmennleger trygghet og oppdatert kunnskap til å håndtere den gravide gjennom hele svangerskapet – fra første kontroll til postpartum, med temaer som fosterdiagnostikk, risikotilstander, perinatal psykisk helse, NAV, infertilitet, abort, amming og trening.

Se mer informasjon i kurskatalogen på Legeforeningens nettsider. Kurs ID nr. 36984

Velkommen til Emnekurs i Pediatri i allmennpraksis 30. og 31. januar på Scandic Fornebu

Kursleder: Tomas Nordheim Alme

Godkjent: Emnekurs 15 timer

Pris: 5900 kr + dagpakke

Kort info: Tomas N. Alme er spesialist i barnesykdommer og har sammen med allmennleger laget dette kurset for å styrke allmennlegers kunnskap og trygghet i møte med barn i sin praksis. Kurset dekker mange temaer og er bygget opp av relevante kasuistikker som følger barnets alder fra nyfødt til ung voksen.

Se mer informasjon i kurskatalogen på Legeforeningens nettsider. Kurs ID nr. 37116.

Velkommen til emnekurs Ultralyd i allmennpraksis 30. og 31. januar på Scandic Fornebu

Kursleder: Andreas W. Fosmo og Nicolay B. Werner

Godkjent: Emnekurs 18 timer

Pris: 10 500 kr + dagpakke

Kort info: Vårt praktiske ultralydkurs arrangeres i samarbeid med faggruppen Ultralyd i Allmennpraksis. Kurset legger opp til korte teoretiske gjennomganger med mye tid til praktisk trening i små grupper med ultralydmaskiner, modeller og instruktører som bruker ultralyd daglig i sin kliniske hverdag.

Se mer informasjon i kurskatalogen på Legeforeningens nettsider. Kurs ID nr. 37042

Vil du annonsere for ditt kurs?



Ta kontakt på
annonser@tidsskriftet.no

Tidsskriftet



Velkommen til Legenes hus kurs- og konferansesenter

Legeforeningen har kurs- og konferansesenter
på Christiania torv 5 i Oslo.

Konferansesenteret inneholder 11 moderne møterom i
forskjellige størrelse, med kapasitet fra 6–120 personer.

Det er også mulig å arrangere private middager
og sosiale arrangement i restauranten.

www.legeneshus.no

**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
Elin Lothe Haga
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)

En robust og sammenhengende helsetjeneste for fremtiden



Anne-Karin Rime
President

AK Rime

Mandatet til Helsereformutvalget er en sjelden mulighet til å justere styring, finansiering og organisering. Den må brukes til reelle endringer, ikke til symboltiltak og spredte enkeltløsninger.

Legeforeningen ønsker Helsereformutvalgets utredning velkommen. Mandatet gir en sjelden mulighet til å justere styring, finansiering og organisering, med mål om bedre kvalitet og kapasitet. Den muligheten må brukes til reelle endringer – ikke nye symboltiltak og spredte enkeltløsninger.

Utfordringsbildet er tydelig. Langvarig underfinansiering har gitt etterslep i bygg, utstyr og digitale verktøy. Nye sykehus planlegges for små, kliniske arealer strupes, og drift salderes når budsjettene strammes. Behovene øker, men «gratis effektivisering» er brukt opp. For kapasiteten må bygges.

Styringen må dreies mot fag. Over tid har økonomiske delmål og rapportering satt faglige prioriteringer til side. Vi trenger tydelig politisk ansvar for retning og rammer, og større handlingsrom der pasienten behandles. Klinisk ledelse må måles på kvalitet, pasientsikkerhet og tilgjengelig kapasitet – ikke primært på kortsiktige økonomimål.

Folk er den kritiske innsatsfaktoren. Skal vi beholde og rekruttere leger og annet helsepersonell, må arbeidshverdagen bli mer bærekraftig: Trygge arbeidstidsordninger, sterke fagmiljøer, nok støttepersonell – og færre tidstyver. Dårlige IT-løsninger, fragmentert informasjonsflyt og unødvendig rapportering stjeler tid hver dag. Samtidig må Norge utdanne flere leger, og sikre tilstrekkelig LIS-kapasitet og veiledning.

Digitalisering må gi klinisk gevinst. Nasjonal digital grunnmur er et felles gode og må finansieres sentralt – ikke konkurrere med pasientbehandling på lokale driftsbudsjetter. Og løsningene må utvikles med klinikernes behov i førersetet.

Samhandlingen må fungere i praksis. Uten kraft i kommunehelsetjenesten øker presset på sykehusene, og uten tilstrekkelig kapasitet i sykehusene veltes belastningen over på fastleger og kommunale tjenester. Økonomiske virkemidler må støtte gode pasientforløp – ikke skyving av oppgaver mellom budsjetter og «svarteperspill» mellom nivåene. Riktig prioritering er uunngåelig og må forankres i fag (alvorlighet, nytte, ressursbruk). Kampanjen «Gjør kloke valg» viser vei.

Oppsummert så må vi få på plass en helsetjeneste som

- balanserer fag, kjerneoppgaver, personell og økonomi
- sikrer økonomisk bærekraft og nødvendige investeringer
- gir økt lokal styring av sykehusene
- tilrettelegger for bedre samhandling mellom tjenestenivåene
- sikrer likeverdige helsetjenester i hele landet

Får pasienten raskere og tryggere hjelp – og får fagfolk bedre vilkår for å gjøre jobben sin? Det er målestokken vi må legge til grunn når vi skal stake ut kursen for fremtidens helsetjeneste. Tiden for symboltiltak og spredte enkeltløsninger uten reell effekt er forbi. Det er på høy tid med et forpliktende veivalg som gjør helsetjenesten mer robust, sammenhengende og bærekraftig – også når presset øker. ■

Alt annet enn A4

Neelam Anjum har aldri valgt minste motstands vei. Hun trekkes dit utfordringene er størst – og dit endringene skjer raskest. Det er en drivkraft som nå har tatt henne til toppen av Oslo legeforening.



Formidler: – Jeg er opptatt av at leger må bli flinkere til å formidle. Det er ikke nok å sitte på kunnskap, vi må kunne dele den på en måte folk forstår og kjenner seg igjen i, sier Neelam Anjum. Foto: Andreas Haslegaard / Legeforeningen



Jeg liker ikke konflikter, men jeg elsker forandringer til det beste, sier hun.

De fleste intervjuene jeg gjør som kommunikasjonsrådgiver i Legeforeningen følger et kjent mønster: litt småprat for å varme opp intervjuobjektet, så går vi i gang med de planlagte spørsmålene. Hos Neelam Anjum ble det annerledes. Vi var i gang med en engasjert prat fra første øyeblikk, og samtalen tok oss langt forbi de planlagte temaene. Etter 25 minutter hadde vi fortsatt ikke åpnet spørsmålslisten min.

Førsteintrykket var tydelig: Anjum er ikke akkurat en A4-person.

Bestefars historie

Hun er født i Norge og vokste opp i en norsk-pakistansk familie i Groruddalen i Oslo, omgitt av en stor søskenflokk. Motivasjonen til å bli lege kom tidlig.

– Allerede på barneskolen sa jeg at jeg skulle bli lege. Det var aldri bare et yrkesvalg, det var et kall.

Bestefarens historier ble avgjørende.

– Han fortalte om bestemoren min som døde i barsel fordi hun blødde uten å få hjelp, og om en barndomsvenn som døde etter et hundebitt. Jeg husker jeg tenkte: «Sånn kan vi ikke ha det.»

– Jeg har jobbet i helsevesenet siden 2000 – på sykehjem, sykehus, i psykisk helsevern (blant annet i fengsels-

helsetjenesten) og som fastlege. Jeg har bred erfaring, men fellesnevneren er at jeg alltid har brent for arbeidsmiljø og rettferdig lønn. Leger står ofte alene i store beslutninger. Det er tøft, og da må rammene rundt være gode.

Samfunnsmedisin og pandemi

Anjum begynte etter hvert å se et mønster: hun ønsket å løfte blikket fra enkeltpasienten til systemene som omgir både pasienter og leger.

– Jeg skjønnte at jeg kunne ha mer gjennomslagskraft ved å jobbe overordnet med rammer, struktur og arbeidsmiljø. For meg ble samfunnsmedisinen den naturlige veien videre.

I rollen som bydelsoverlege for Frogner i Oslo har hun ansvar for alt fra psykososialt kriseteam og smittevern til miljørettet helsevern, folkehelsearbeid, kvalitetsutvikling og koordinering av fastlegekorpsset. Hun fatter vedtak om tvungen legeundersøkelse, håndterer bekymringsmeldinger og følger opp enkeltsaker.

– Det er en posisjon som gir både operativt ansvar og systemperspektiv, forteller Anjum.

Psykisk helsevern som fanesak

For Anjum er psykisk helsevern et område hun stadig vender tilbake til, både faglig og personlig. Hun ser hvordan systemene griper inn i folks liv, og hvor sårbare både pasienter og pårørende kan være.

– Jeg er jo veldig opptatt av psykisk helsevern. Det har jeg alltid hatt hjerte for. For det er ikke så lett å se på den som er rammet. Og jeg er ekstra oppmerksom på pårørende. Hvis det skulle bli en ny bok, så måtte det bli en pårørendebok. For jeg tror at den syke får hjelp, de havner i et system. Men de pårørende blir litt borte.

Hun peker på at det gjelder både foreldre og eldre pårørende til voksne barn som er alvorlig syke eller sliter med rus.

– Den biten tror jeg er viktig å få frem. Pårørende må få bedre støtte.

Hvor viktig og sammensatt samfunnsmedisinen er, fikk hun virkelig kjenne på da hun var sentral i pandemiarbeidet i Frogner bydel.

– Jeg jobbet 365 dager i strekk under pandemien – uten én eneste fridag, erindrer hun.

– Pandemien viste hvor avgjørende det er å ha systemer som fungerer. Vi måtte samarbeide på tvers av sektorer, improvisere, men også holde hodet kaldt. Jeg lærte hvor mye ledelse og struktur betyr i krisesituasjoner.

Teknologi og digitalisering

Teknologi var helt sentralt under pandemihåndteringen, og nå er det store temaet kunstig intelligens. For Anjum er det ikke et spørsmål om «hvis», men «hvordan».

– KI er ikke science fiction. Det skjer nå. Jeg er ikke bekymret for teknologien, men jeg håper vi unngår å bli passive. Leger må fortsatt definere hva som er god behandling. Hvis vi overlater det til systemene alene, mister vi både fotfeste og identitet.

Hun understreker at KI kan være et kraftfullt hjelpemiddel, men at det aldri kan erstatte legens faglige dømmekraft.

– Teknologien kan støtte oss, men den kan ikke ta ansvaret fra oss. Det må vi aldri glemme.

Master og medlemskap

Parallelt med jobb og familieliv (hun har fem barn i aldersspennet småbarn til unge voksne) valgte hun å satse på en master i helseledelse, økonomi og administrasjon.

– Jeg tok master fordi jeg ville forstå mer av hvordan systemene fungerer. Jeg hadde jobbet lenge klinisk, men jeg ville ha mer innsikt i rammer, struktur og økonomi. Jeg synes leger ofte blir overlatt til seg selv i store avgjørelser, og jeg ønsket å ha verktøy til å påvirke på et høyere nivå.

Nå bygger hun videre i rollen som leder av Oslo legeforening, Legeforeningens største lokalforening, med over 7 000 medlemmer.

– Jeg har hatt overlapping med tidligere leder, vært på runde rundt Legenes hus og blitt kjent med organisasjonen. Nå finner jeg min plass og rolle, samtidig som vi allerede til uken samler styret til seminar for å legge retning fremover. Vi skal jobbe med store og viktige tema.

For Anjum er det viktig at alle grupper føler seg sett.

– Ingen skal føle seg oversett. Som leder tar jeg alltid runden rundt bordet, og jeg minner medlemmene om å sende innspill skriftlig. Da kan vi faktisk løfte det videre.

Hun meldte seg inn i Legeforeningen allerede som student, «mest for å få Tidsskriftet i posten». Det var først da hun kom inn i LSA-styret i 2016 at hun virkelig forsto verdien av medlemskapet.

– Den første gangen jeg satt rundt bordet, ble jeg slått av trykningen. Vi kunne snakke fritt, og alt ble værende i rommet. Den lojaliteten gjorde inntrykk.

Ved siden av legerket har hun altså skrevet bok, vært foredragsholder, podkastet og deltatt i samfunnsdebatten.

– Jeg liker å skrive og å diskutere. Det gir meg energi, og det gjør meg bedre rustet som lege og leder.

Formidling med glimt i øyet

Anjum har også en tydelig medieprofil, med opptredener i «God morgen Norge», «Nyhetsmorgen» og mange andre kjente TV-programmer. Hun omtaler erfaringene med både selvironi og alvor, og ser dem som en del av sitt store formidlingsprosjekt.

– For meg handler formidling om å tørre å være tydelig. Jeg tror folk setter pris på at du ikke pakker inn alt i vanskelige ord. Enten jeg snakker til en pasient, en kollega eller på TV, så prøver jeg å være direkte og ekte.

Hun ser også en parallell til legerket.

– Jeg er opptatt av at leger må bli flinkere til å formidle. Det er ikke nok å sitte på kunnskap, vi må kunne dele den på en måte folk forstår og kjenner seg igjen i.

«Dette kommer til å ordne seg»

For å få overskudd til alt sammen er trening en viktig del av hverdagen.

– Jeg drar ofte på SATS klokka ni på kvelden, selv om jeg er utslitt. Jeg setter på en serie, og plutselig er jeg den siste igjen når de slukker lyset.

Når hun ser tilbake på livet og karrieren, er det én setting som stadig vender tilbake.

– Dette kommer til å ordne seg. Jeg har vært i mange krevende situasjoner, men jeg har alltid trodd at ting løser seg. Ikke fordi det skjer av seg selv, men fordi vi står på.

– Jeg er streng, både med meg selv og med andre, men det er fordi jeg ser at det hjelper.

Hun trekker på smilebåndet når hun sier det, men det er ingen tvil om at optimismen er ekte.

– Det er ikke naivitet. Det er viljen til å jobbe hardt og samtidig tro på at vi kan finne løsninger. ■

Andreas Haslegaard

andreas.haslegaard@legeforeningen.no

Sykehusene i gjeldsfellen: – Sykehusene må bygges for en bærekraftig fremtid

Sykehusene sliter med stor gjeld og høye rentekostnader, samtidig som behovet for investeringer øker. Under Legeforeningens helsepolitiske debatt var det bred enighet om at kursen må justeres, men uenighet om hvem som skal ta regningen.

Legenes hus var fulltegnet da president Anne-Karin Rime åpnet arrangementet. Hun slo fast at helsetjenesten trenger mer enn midlertidige løsninger, og utfordret politikerne til å tenke langsiktig.

– Det holder ikke med kortsiktige grep for å få unna ventelister. Vi må ta grep som sikrer bærekraftige sykehus for fremtiden, sa Rime.

En fullsatt sal vitnet ikke bare om engasjement, men også om et alvor som preget hele debatten.

– Temaet vi samles om i dag er både alvorlig og brennaktuelt. For når flere og flere sykehus må oppgraderes eller det må bygges nye, og de må ta opp mer lån og gjelden vokser, hvem skal da ta regningen? Jeg ser av oppmøte, både her i salen og på stream, at dette er noe som engasjerer, konstaterte Rime, før hun fortsatte:

– Og det er heller ikke rart. For når sykehusernes økonomi strammes til, får det direkte konsekvenser for pasientbehandlingen og for legers arbeidsvilkår.

Skal økonomien styre faget?

I dag preges spesialisthelsetjenesten av stramme rammer, økende gjeld, høye renter og vedvarende effektiviseringskrav, samtidig som det over tid har vært et etterslep på investeringer i nødvendige bygg og utstyr.

– Og når det har blitt bygd nye sykehus, så har planene tatt utgangspunkt i urealistiske utviklingstrekk for fremtiden, og byggene har blitt for små og lite effektive, utdypet Rime.

Dette har skapt et betydelig økonomisk press på sykehusene, et press som rammer hardt og stadig øker.

For som Ståle Clementsen, leder i Overlegeforeningen, sa fra scenen:

– Til slutt er det ikke faget som styrer økonomien, det er økonomien som styrer faget.

Er gjelden så stor, da?

Men hvor ille står det egentlig til? For å få et mer håndfast bilde av sykehusenes økonomi, inviterte Legeforeningen en som er vant til å rydde

Enighet: (F.v.) Helseminister Jan Christian Vestre (Ap), Seher Aydar (Rødt), Bård Hoksrud (FrP) og Trygve Slagsvold Vedum (Sp), er alle enige om at det trengs endring



i tall: økonom Hallgeir Kvadsheim, kjent fra tv-programmet Luksusfellen.

Med sin karakteristiske, folkelige stil tok han for seg gjeldsutviklingen i helseforetakene, og konklusjonen var alt annet enn lystig.

– Grafen minner meg om de gærne tidene i forbrukslånbransjen fra 2010 til 2017, hvor grafene gikk omtrent like raskt opp som dette. Rentekostnadene, til tross for en relativt snill rente, vil også øke dramatisk, oppsummerte Kvadsheim.

Ordstyrer Are Brean, sjefredaktør i Tidsskriftet, fulgte opp:

– For deltakerne dine i Luksusfellen, hvor stor skyld tenker du at kreditorene har i gjeldssituasjonen?

Svaret kom kontant: – Ganske stor.

Da Brean pekte på at staten både låner ut og krever inn, som både kreditor og eier, svarte Kvadsheim:

– For meg som står utenfor er det jo absurd. Det er jo på en måte staten på begge sider av lånesituasjonen.



Debattleder: Are Brean, sjefredaktør i Tidsskriftet

Fag, folk og økonomi

Nettopp dette, at helseforetakene er en del av staten og samtidig må ta opp lån av staten for å overleve, er en del av kjerneproblematikken Legeforeningen ønsket å rette søkelyset mot med debatten.

Samtidig var det viktig å belyse hvordan problemstillingen fortøner seg i praksis. En av dem som kan gi et godt bilde på dette, er sykehusdirektør Øyvind Bakke (Sykehuset i Vestfold).

– Jeg må innrømme at det å belyse situasjonen er et krevende oppdrag, for jeg ønsker ikke å drive med ansvarsfraskrivelse. Samtidig: Fag, folk og økonomi, dette er den hellige treenigheten en sykehusleder må prioritere mellom, hvor økonomi må deles mellom drift og investeringer. Det er styrker ved dette, blant annet overblikket jeg som sykehusleder har over helheten, men også svakheter.

Som også Clementsen påpekte: – Det blir å stå i spagat mellom fag og økonomi.

Politisk «ja» til endring

Med denne ferske innsikten i både økonomi og fag, var det engasjerte politikere som gikk på scenen for debatt.

Både helseminister Jan Christian Vestre (Ap), Bård Hoksrud (FrP), Trygve Slagsvold Vedum (Sp) og Seher Aydar (Rødt), er alle enige om at det trengs endring. Veien til mål er de likevel uenige om.

– Jeg er ikke gift med helseforetaksmodellen og jeg er åpen for å se på andre løsninger. Det er derfor Helsereformutvalget er etablert, og jeg ønsker å få på plass en helsereform i løpet av denne perioden. Men jeg er ikke enig i at sykehusene er i en gjeldsfelle, og det blir ikke mer penger av å skille drift og investering, åpnet en engasjert helse- og omsorgsminister debatten med.

Vestre møtte motstand fra resten av panelet, som alle ønsker å skille drift og investeringer. Men politikerne var uenige i hvor ansvaret for investeringene skal ligge, altså hvem som skal ta regningen.

– Helt prinsipielt mener vi at sykehusene skal styres slik vi styrer resten av staten: Etter konstantprinsippet, med et eget driftsbudsjett og et eget investeringsbudsjett, og hvor store byggeprosjekter løftes hos de folkevalgte og ikke i form av en lånesøknad, påpekte Slagsvold Vedum.

Senterpartilederen fikk støtte i behovet for et tydelig skille mellom drift og investeringer, men flere mente staten må ta en mer aktiv rolle i å finansiere bygg og utstyr.

– Vi mener at sykehusene skal drive med pasientbehandling, uten å måtte gjøre tøffe kutt for å få til dette. For investeringer bør vi derfor se til Nye veier-modellen, sa Bård Hoksrud.

Også representanten fra Rødt var opptatt av å løfte diskusjonen bort fra bedriftsøkonomisk tenkning og tilbake til de politiske prioriteringene.

– Det at rentene er så høye, er på en måte dråpen som får begeret til å renne over. Det er ikke det eneste problemet, men det kommer på toppen av de utfordringene som allerede er der. Skal vi ha en demokratisk drift av sykehusene, kan de ikke driftes som en fabrikk, sa Seher Aydar.

Ingen av politikerne ønsket å svare klart ja på spørsmålet om dagens gjeld bør kuttes, men helseminister Jan Christian Vestre oppsummerte det hele:

– Alle ser nå behovet for endring, og det er bra, for vi må justere kurs for fremtiden.

Spørsmålet er bare hvordan, og hvor lenge pasientene og sykehusene må vente på svaret. ■

Du kan se et redigert opptak av debatten på Legeforeningens Youtube-kanal!

Elin Lothe Haga

elin.haga@legeforeningen.no

SOP må kutte kostnader – foreslår omfattende endringer i ytelser

Styret i Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) har lagt frem forslag til omfattende kutt i ordningens ytelser. Målet er å sikre langsiktig økonomisk bærekraft.

SOP har i flere tiår vært et viktig sikkerhetsnett for privatpraktiserende leger, med støtte ved sykdom, fødselspermisjon og pensjonering. Nå står ordningen overfor store økonomiske utfordringer. Ifølge aktuarberegninger må de årlige kostnadene reduseres med mellom 30 og 35 millioner for at SOP skal kunne bestå i et langsiktig perspektiv.

– Vi ser at de årlige utbetalingene fra SOP er seks til syv ganger høyere enn det som tilføres ordningen gjennom

Vi vet at dette vil oppleves som krevende. Derfor ønsker vi å gjennomføre endringene som en åpen og inkluderende prosess.

Marit Hermansen,
styreleder SOP

normaltarifforhandlingene, sier leder i SOP-styret Marit Hermansen. Dette gapet må dekkes inn av finansinntekter hvis kapitalbasen skal opprettholdes. Beregningene viser imidlertid at finansinntektene ikke vil være tilstrekkelige over tid, gitt dagens ytelsesnivå. Dette betyr at gapet mellom inntektene fra normaltariffen og de årlige utbetalingene fra ordningen ikke kan dekkes.

Behov for innsparinger

De siste årene har avbruddsyttelsene – særlig sykehjelp og fødselsstønad – økt. Flere leger omfattes av ordningen, og høye omsetninger i praksis (økt basisgodtgjørelse, ulike rekrutteringstiltak, høye ALIS-tilskudd m.m.) gir høyere utbetalinger fra SOP. Samtidig har maksimalsatsene fra SOP økt betydelig (disse er knyttet til reguleringen av grunnbeløpet i folketrygden), og avkastningen på kapitalen er usikker.

Styret har derfor lagt frem følgende forslag til innsparingstiltak, som nå er sendt på organisasjonsmessig høring i Legeforeningen:

- fjerne engangsstønad ved dødsfall, eventuelt beholde for yngre leger
- fjerne barnetillegg for nye alderspensjonister
- kutte kollektive sosiale tiltak med 30 %
- endre ektefellepensjon til å gjelde til fylte 80 år
- redusere fødselsstønad med 12 %, 20 % eller 40 %

Styret har vurdert at tiltakene ikke skal omfatte uføreyttelsene. Dette for å skjerme de mest sårbare kollegene.

Historisk press

Ordningen har tidligere vært gjennom krevende omstillinger. I 2011 ble retten til alderspensjon beholdt leger med

– Høringsrunden er viktig, og vi håper på gode innspill fra medlemmene, sier Marit Hermansen. Foto: Arne Vatnøy



autorisasjon før 1. januar 1993. Bakgrunnen var at i perioden 1992 til 2010 hadde utbetalte ytelser fra SOP totalt sett blitt nesten tredoblet, mens tilførselen av ny kapital var minimal. Pensjonen ble nedregulert hvert eneste år, og SOP fikk mye kritikk fra leger som hadde påregnet å få en alderspensjon som var til å leve av.

Ved utgangen av 2008 var gjennomsnittlig alderspensjon omtrent lik som ved utgangen av 1994 – målt i nominelle kroner. Kjøpekraften av pensjonen var i perioden redusert med 22 %.

Gjennomsnittlig alderspensjon i 2010 lå på rundt kr 52 000,- årlig.

–Styret måtte derfor ta grep den gangen, sier Hermansen. – SOP er en stiftelse, ikke en pensjonskasse eller forsikringsordning. Det gir styret handlingsrom, men også ansvar.

Begrunnelsen for skillet på autorisasjon før og etter 1. januar 1993 for retten til alderspensjon var knyttet til at leger autorisert før denne dato hadde medvirket til å bygge opp SOP ved å gi avkall på inntekt i form av takstøkninger i normaltarifforhandlingene. Fra 1992 og i mange år fremover var avsetningene til SOP av symbolsk karakter.

Det ble også vurdert at de som var autorisert før 1. januar 1993 i mindre grad enn yngre leger hadde mulighet til å starte langsiktig sparing til egen alderspensjon. Det må i denne sammenheng nevnes at sparing gjennom Legeforetakenes pensjonsordning i Storebrand, var på plass fra 2008.

Åpen prosess

– Vi vet at dette vil oppleves som krevende, sier Hermansen.

– Derfor ønsker vi å gjennomføre endringene som en åpen og inkluderende prosess. Høringsrunden er viktig, og vi håper på gode innspill fra medlemmene.

Målet med tiltakene er klart: SOP skal bestå også i fremtiden – som en relevant og økonomisk bærekraftig ordning for fremtidens privatpraktiserende leger. ■

Styret i Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)

Ønsker innspill til revisjon av Taipei-deklarasjonen

Verdens legeforening (WMA) skal revidere Taipei-deklarasjonen om etiske hensyn ved helsedatabaser og biobanker. Legeforeningen deltar i arbeidet og ønsker innspill som kan tas videre til den internasjonale arbeidsgruppen.



Foto: Ingrid Rise Fry / Legeforeningen

På Verdens legeforening (WMA) i april 2025 ble det besluttet at **Taipei-deklarasjonen** skal revideres. Taipei-deklarasjonen er et viktig profesjonsetisk rammeverk, og berører mange temaer innen blant annet forskning og e-helse som Legeforeningen er opptatt av.

Legeforeningen deltar i arbeidsgruppen som skal arbeide med revisjonen i de to neste årene. Gjennom deltakelse i arbeidsgruppen får Legeforeningen en unik mulighet til å løfte våre standpunkter inn i de globale diskusjonene om hvordan man skal balansere sentrale – og tidvis motstridende – hensyn, slik som avveiningen mellom samfunnsinteresser og medisinske fremskritt opp mot beskyttelse av individet.

Innspill til videre arbeid

For å ha et godt utgangspunkt for det videre arbeidet arrangerte derfor Legeforeningen et rundebordsmøte 12. september om deklarasjonen. Her deltok både representanter fra Legeforeningens foreningsledd og representanter fra eksterne miljøer, slik som de regionale helseforetakene, fagmiljøer innen medisinsk etikk, forskningsetiske komiteer og registermiljøene. Formålet var å innhente innspill fra relevante fagmiljøer i Norge som sitter nærmest på de problemstillingene det kan være aktuelt å adressere i det videre revisjonsarbeidet.

Underveis ble det interessante diskusjoner, både om deklarasjonen og mer generelt om bruk av helsedata og biologisk materiale til andre formål enn pasientbehandling. Det er tydelig at temaets aktualitet øker i takt med den teknologiske utviklingen, og de stadig voksende mulighetene, og risikoene, knyttet til storskala datainn-samling og analyse.

Revisjonsarbeidet i WMA har en lang tidshorison, og Legeforeningen ser at det vil være aktuelt med innspill på flere ulike problemstillinger og temaer i løpet av arbeidet. Dersom du har innspill som Legeforeningen bør ta med i revisjonsarbeidet, kontakt gjerne sekretariatet ved Mari Garborg Hanto på e-post mari.garborg.hanto@legeforeningen.no ■

Mari Garborg Hanto

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 holdningsdanning hos legene
- videreutvikle etiske og kulturelle idealer i den medisinske tradisjon
- fremme den helsepolitiske debatt

© Tidsskrift for Den norske legeforening

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

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

Utgiver

Den norske legeforening
Generalsekretær Siri Skumlien

Redaktøransvar

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



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



Tidsskriftet støtter 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 bidragsyttere

Simon Andrup, Haakon B. Benestad,

Gudrun Maria Waaler Bjørnelv, Kristoffer

Brodwall, Jeanette Engquist, Jon Michael

Gran, Ruth Halsne, Tori Flaatten Halvorsen,

Martin Hotvedt, Bård Reiakvam Kittang,

Rita Gamlem Kristiansen, Charlotte Lunde,

Stian Lydersen, Heidi Mestl, Kåre Moen,

Karl Otto Nakken, Jan-Henrik Opsahl,

Are Hugo Pripp, Jo Røislien, Anne Kathrine

Sebjørnsen, Melanie Rae Simpson, Rune

Skogheim, Eva Skovlund, Amanda Hylland

Spjeldnæs, Marianne Riksheim Stavseth,

Mats Julius Stensrud, Christina Svanstrøm,

Elisabeth Swensen, Marte Roa Syvertsen,

Kari Toverud, Marit Tveito, Linn Vedeld,

Alexander Wahl, Geir Aamodt, Olaf

Gjøløw 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 33 580

Antall utgivelser 15 numre per år

ISSN 0029-2001



Les i neste nummer

- Tarmflorabehandling
- Overaktiv blære
- Peritonealt dialysekateter
- Sykehusenes kostnadsnivå
- Legelivet før og nå

KOMMER
25. NOVEMBER

Forstoppelse skal forebygges og kan behandles¹

Rizmoic[®] (naldemedin) for behandling av opioidindusert forstoppelse (OIC) hos voksne pasienter som tidligere har blitt behandlet med et laksativ



Kan tas med eller uten mat, anbefalt samme tid hver dag.



En 200 µg filmdrasjert tablett daglig, uten behov for dosejustering av opioiddosen.



Rizmoic[®] kan brukes med eller uten laksantia.

- både for pasienter med kreftrelaterte smerter og ikke kreftrelaterte smerter

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Kontraindikasjoner: Pasienter med kjent eller mistenkt gastrointestinal obstruksjon eller perforasjon og pasienter med økt risiko for tilbakevendende obstruksjon, grunnet fare for gastrointestinal perforasjon.

Forsiktighetsregler: Forsiktighet utvises hos pasienter med tilstander som kan medføre redusert integritet i GI-traktus. Pasienter skal rådes til å rapportere eventuelle sterke, vedvarende eller forverrede symptomer på gastrointestinale bivirkninger. Bruk av naldemedin anbefales ikke til pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon.

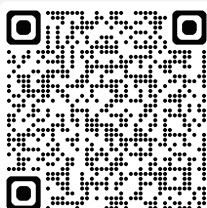
Behandling innledes med forsiktighet hos pasienter > 75 år. Pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon overvåkes innledningsvis.

Vanlige bivirkninger hos pasienter med kroniske, ikke-kreftrelaterte smerter og opioidindusert forstoppelse: diaré, abdominalsmerter, kvalme, oppkast. Hos pasienter med kreft og opioidindusert forstoppelse: **svært vanlige bivirkninger** diaré og **vanlige bivirkninger** abdominalsmerter.

Pakninger og priser: 30 tabl. kr 765,30, 100 tabl. kr 2 326,90. **Refusjonsberettiget bruk:** Behandling av opioidindusert forstoppelse hos voksne pasienter når respons på vanlig avførende behandling ikke har vært tilstrekkelig.

Refusjonskoder: ICPC/ICD-75 OIC hos pasienter som kun kan oppnå tilstrekkelig effekt av opioidreseptorantagonist, vilkår 221 og ICPC/ICD -90 Palliativ behandling i livets slutfase, vilkår 136, 200. Vilkår:136: Refusjon ytes selv om legemiddelet skal brukes i mindre enn tre måneder. 200: Refusjon ytes kun til pasienter som ikke har tilstrekkelig effekt av vanlig avførende behandling. 221: Forstoppelse skal være indusert av et opioid som pasienten får dekket etter refusjonskode -71.

Referanse: 1. Regional kompetansetjeneste i lindrende behandling i Nord-Norge, Medikamentell smertebehandling, Opioider.
<https://metodebok.no/index.php?action=topic&item=LcnRJqmD>
Lest 20.01.2025



Les mer om Rizmoic i
SPC fra 04.06.2024

Viatriis AS
Hagaløkkveien 26, Pb 194 – 1371 Asker, Norway |
Tel: +47 66 75 33 00 | infororge@viatriis.com