

Nytt sykehusbygg, uendret kostnadsnivå

side 1194, 1195

Hvordan kan infeksjoner ved peritoneal dialyse forebygges?

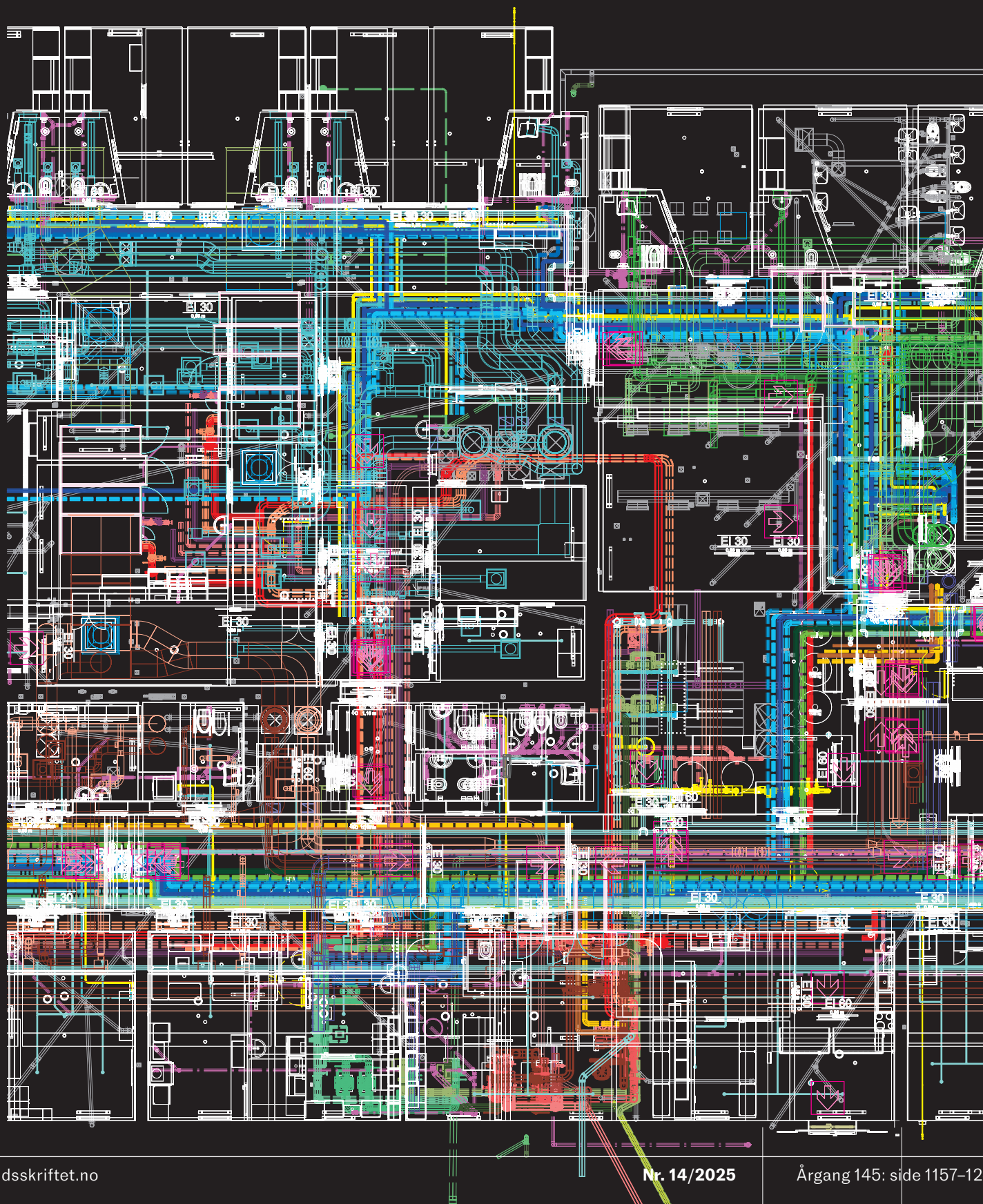
side 1190, 1191, 1209

Vellykket tarmflorabehandling ved *C. difficile*-infeksjon

side 1204

Tidsskrift for
Den norske
legeforening

Tidsskriftet



Eneste medikament¹ godkjent for behandling av kort tarm-syndrom

Godkjent i
beslutnings-
forum²

Kan tas i bruk med vilkår
fra 1. november 2025²

Vilkår for bruk²:

Før oppstart: Pasienten har hatt behov for parenteral ernæring i minst 12 måneder. Pasienten trenger parenteral ernæring minst 3 ganger ukentlig

Stoppkriterier: Behandlingen skal evalueres etter 6 måneder, og skal avsluttes dersom ukentlig behov for parenteral ernæring ikke er redusert med minst 20 % i volum eller med minst 1 dag.

UTVALGT PRODUKT- OG SIKKERHETSINFORMASJON¹

▼REVESTIVE (teduglutid)
1,25 mg og 5 mg, pulver og væske til injeksjonsvæske, oppløsning

Indikasjon: Revestive er indisert til behandling av pasienter i alderen 4 måneder korrigert gestasjonsalder og eldre med kort tarm-syndrom (Short Bowel Syndrome, SBS). Pasienter bør være stabile etter en periode med intestinal adaptasjon etter kirurgi.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene eller spor av tetrazyklinrester. Aktivt eller mistenkt malignitet. Malignitet i mage-tarmkanalen, inkl. lever- og gallesystemet samt pankreas i løpet av de siste 5 årene. Forsiktighetsregler: Kolorektale polypper: Koloskopi med fjerning av polypper bør gjennomføres ved behandlingsstart. En oppfølgingskoloskopi (eller annen bildediagnostikk) anbefales i løpet av de 2 første behandlingsårene, deretter minst hvert 5. år. Utvikling av tyntarmspolypper er sett. Pga. dette anbefales øvre gastrointestinal endoskopi eller annen bildediagnostikk før og under behandling. Før behandlingsoppstart hos barn bør det tas prøver for okkult blod i avføringen, deretter årlige prøver. Ved symptomer relatert til galleblæren eller galleganger, bivirkninger i pankreas, gjentakende tarmobstruksjon skal behovet for fortsatt behandling med Revestive revurderes. Bør ikke brukes under graviditet og amming. **Hyppigst rapporterte bivirkninger:** Abdominal smerte og distensjon, luftveisinfeksjoner (inkludert nasofaryngitt, influensa, øvre luftveisinfeksjon og nedre luftveisinfeksjon), kvalme, reaksjoner på injeksjonsstedet, hodepine og oppkast. Pasienter med gastrointestinal stomi opplevde komplikasjoner med stomien.

Dosering: Preparatnavn og produktionsnr. skal noteres i pasientjournalen. Behandling av voksne og barn skal startes opp under veiledning av helsepersonell med erfaring i behandling av hhv. SBS og pediatrik SBS. Optimalisering og stabilisering av i.v. væske og ernæring bør være gjennomført før behandlingsstart. **Voksne inkl. eldre >65 år: Hetteglass 5 mg:** 0,05 mg/kg kroppsvekt 1 gang daglig. Forsiktig nedtitrering av daglig dose kan vurderes for å optimere toleransen av behandlingen. Rekonstituert Revestive gis som s.c. injeksjon i magen, ev. i låret hvis dette ikke er mulig. Skal ikke gis i.v. eller i.m. **Barn og ungdom 4 mnd korrigert gestasjonsalder - 17 år:** 0,05 mg/kg kroppsvekt 1 gang daglig. Kroppsvekt >20 kg: Hetteglass 5 mg brukes.

Pakninger, priser og finansiering: **1,25 mg:** 1 sett (28 hettegl. m/pulver + 28 ferdigfylte sprøyter m/oppløsningsvæske) kr. 114 720,20. H-resept. **5 mg:** 1 sett (28 hettegl. m/pulver + 28 ferdigfylte sprøyter m/oppløsningsvæske) kr. 235 585,70. H-resept. Oppført pris inkluderer ikke rabatten som er gitt i forbindelse med godkjenning i Beslutningsforum sept. 2025.

Reseptgruppe: C.

For fullstendig preparatomtale, se Revestive SPC (godkjent 04.07.2024) www.legemiddelsok.no

REFERANSER

1. Revestive SPC (godkjent 04.07.2024) avsnitt 4.1-4.6 og 4.8. Se www.legemiddelsok.no
2. Møte i Beslutningsforum for nye metoder 22.09.2025, <https://www.nyemetoder.no/metoder/teduglutid-revestive> (sist sett 31.10.2025)



Leirbålet



Are Brean
Sjefredaktør

Holder du denne fysiske utgaven av Tidsskriftet i hånden akkurat nå? Det er du ikke alene om, skal vi tro vår nylige leserundersøkelse. På oppdrag fra Tidsskriftet har et eksternt firma telefonintervjuet et representativt utvalg på noe over 250 yrkesaktive leger i Norge. Blant de 88 % av dem som leser Tidsskriftet, gjør 58 % det mest eller bare på papir. De andre foretrekker nett. Men det er bevegelse i lesevanene: Blant leger under 40 år leser de fleste mest på nett, mens de mellom 40 og 65 fortsatt leser mest på papir. Og den gjennomsnittlige papirlesende lege bruker rett under 30 minutter på hver utgave.

Internett er vår primære publiseringskanal. Derfor har vi nå påbegynt et større arbeid med fornyelse av tidsskriftet.no – en gullgruve med mer enn 40 000 artikler om medisin og helse. Samtidig bekrefter leserundersøkelsen at Tidsskriftet på papir fortsatt er en viktig medlemsfordel i Legeforeningen. På papir, på nett og i sosiale medier samt i vår populære podkast Stetoskopet – Tidsskriftet kan tilby noe for alle. For bare slik kan Tidsskriftet fortsette å være det felles leirbålet som samler leger på tvers av spesialiteter, aldre og yrkestilknytninger. ■

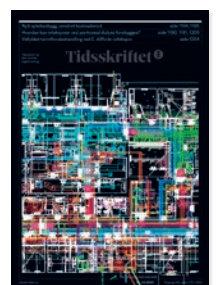
Hvordan bygger man et sykehus? Et godt og funksjonelt bygg for pasienter og ansatte krever nøye planlegging. Utallige funksjoner må være på plass, fra IT-løsninger og logistikk til operasjonsstuer, kantiner og pasientrom. Det er ikke mulig uten nitid og årelang planlegging fra arkitekter, ingeniører og andre spesialister.

Forsideillustrasjonen i dette nummeret viser et utsnitt av en plantegning med infrastruktur i ulike farger. Bak veggene og mellom etasjene

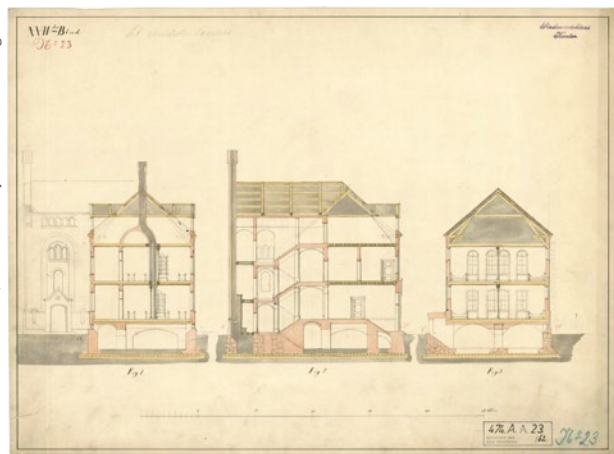
befinner det seg et mikrokosmos av tekniske og strukturelle løsninger som holder det hele sammen. Tenk på det neste gang du haster gjennom en sykehuskorridor.

Tegningen er hentet fra prosjektet Årstadhuset (tidligere Kvinneklubben) i Bergen, som Bølgeblikk Arkitekter arbeider med. Flere av deres arbeider kan du se på bolgeblikk.no.

Illustrasjon: Bølgeblikk Arkitekter for Helse Bergen, fargebearbeidet av Tidsskriftet



I denne utgaven:



Chr. H. Grosh: Krongstøtten sykehus, 1859. Skannet fra arkiv A-10371, tilhører Oslo byarkiv og Groschsamlingen

Nytt sykehusbygg, uendret kostnadsnivå

Investeringer i bygningsmassen ved norske sykehus førte samlet sett ikke til en forventet kostnadseffektivisering. Dette er hovedfunnet i en analyse av data om drifts-kostnader og DRG-poeng for helseforetakene for perioden 1999–2023.

Nye sykehusbygg oppføres først og fremst fordi det gir høyere kvalitet i behandlingen, eller fordi de gamle byggene ikke fungerer etter hensikten, påpeker to samfunnsøkonomer i en invitert kommentar. De minner om at det kan være lite rom for økt kvalitet i helsetilbudet i årene som kommer.

Side 1194, 1195

Peritoneal dialyse ved kronisk nyresvikt

For mange pasienter med kronisk nyresvikt er hjemmebehandling med peritoneal dialyse et bedre alternativ enn hemodialyse på sykehus. I perioden 2017–22 fikk 172 pasienter ved Ullevål sykehus anlagt et peritonealt dialysekateter. Komplikasjonsraten var omtrent den samme som i utenlandske studier. Forekomsten av infeksjon rundt kateterutgangen var imidlertid noe høyere. Hvordan kan slike infeksjoner forebygges? Side 1190, 1191, 1209

Kasuistikker å lære av

Etter oppstart av sondeernæring etter en vellykket fedmeoperasjon fikk en kvinne i 40-årene fallende bevissthetsnivå, snøvlete tale og dyspné. Hun utviklet etter hvert nyresvikt og alvorlige kramper. Etter at årsaken ble avklart og adekvat behandling igangsatt, kom hun seg og ble etter noen uker utskrevet i god form.

C. difficile-infeksjon er en fryktet årsak til magesmerter og diaré etter antibiotikabruk. Hos en kvinne i 60-årene med *C. difficile*-infeksjon forsvant alle plagene etter fekal mikrobiotransplantasjon, også kjent som tarmflorabehandling.

Side 1198, 1204

Innhold

Leder

- 1161 Et system i krise
Are Brean

Invitert kommentar

- 1162 Legers betydning for rettssikkerheten til overgrepsofsatte
Siri Thoresen, Thomas Benestad, Synne Stensland
- 1664 Paracetamol i svangerskapet
Eivind Ystrøm, Hedvig Nordeng

Debatt

Debatt

- 1168 Migrasjon og etnisitet må inn i forskningen
Esperanza Diaz
- 1169 Mangelfull behandling av funksjonelle anfall hos barn og ungdom
Trine Ingebrigtsen
- 1170 Gir ketamin bedre effekt enn elektrokonvulsiv terapi?
Dag Sele, Knut H. Leseth, Eivind Aakhus
- 1173 Verdens beste fødselsomsorg – eller?
Lars T. Johansen, Ellen Blix, Geir Sverre Braut, Pål Øian
- 1176 Revidert regelverk for ph.d.-utdanningen
Grete Anita Dyb, Magnus Løberg, Eli Feiring, Jan Bjålie, Hanne Flinstad Harbo

Kronikk

- 1180 Bygdas uvurderlige rolle i medisinen
Robert Pedersen

Vitenskap

Fra andre tidsskrifter

- 1186 Molekylære drivere av artrose
Ruth Halsne
- 1186 Monoklonal immunrespons ved heparinindusert trombocytopeni
Petter Gjersvik
- 1187 Dokumentert underernæring hos barn i Gaza
Martine Fimreite Wilhelmsen
- 1188 Blodtrykksmedisin mot migrene
Martine Fimreite Wilhelmsen
- 1188 Inhalatorer påvirker miljøet
Martine Fimreite Wilhelmsen

Originalartikkel

- 1190 Peritonealt dialysekateter ved nyresvikt – en retrospektiv studie
Andjelia Ruzic, Kamilla Kollen Larsen, Torgeir Thorson Søvik, Nanna von der Lippe, Helga Gudmundsdottir, Cecilie Jacobsen, Magnus Hølmo Fasting

nr. 14/2025

Utgivelsesdato
25. november 2025

1191	Invitert kommentar Peritonealt dialysekateter – behov for mer enhetlig kirurgisk praksis <i>Egil Hafstad Gleditsch, Christian Beisland, Kristin Sæle, Øystein Eikrem</i>
1194	Kort rapport Sykehusenes kostnadsnivå før og etter investeringer i bygningsmassen <i>Terje P. Hagen, Kjartan Sarheim Anthun</i>
1195	Invitert kommentar Sykehusbygg og gevinstrealisering <i>Erik Magnus Sæther, Finn Gjerull Rygh</i>
1196	Kort rapport Cystoskopisk injeksjon av botulinumtoksin for overaktiv blære med lekkasje <i>Siv Svennevik Myhr, Hjalmar A. Schiøtz</i>
1197	Invitert kommentar Botox for overaktiv blære – en perfekt behandling? <i>Henriette Veiby Holm</i>
1198	Noe å lære av En kvinne i 40-årene med fallende bevissthetsnivå etter oppstart av sondeernæring <i>Johan Fredrik Ziesler, Lasse G. Gøransson, Ingrid Ask Østhus, Yngve Th. Blikrud, Kristin Garpestad Kommedal, Sindre Gabrielsen, Kristian Strand</i>
1204	Kort kasuistikk Tarmflora-behandling mot førstegangsinfeksjon med <i>Clostridioides difficile</i> <i>Sebastian Bø, Håvard Wiig, Frederik Emil Juul, Kjetil K. Garborg, Peter Holger Johnsen, Michael Bretthauer</i>
1209	Medisinen i bilder Når katettermansjetten presses ut <i>Sadollah Abedini, Stig Arne Kjellevoid</i>
1210	Språkspalten Årets helseord er ... <i>Erlend Hem</i>
1211	Fra fagmiljøene Voksenvaksinasjonsprogram i Norge <i>Eli Heen, Svein Rune Andersen, Kjersti Margrethe Rydland</i>
1212	Felles løsning for legemiddelsøknader i sykehusene <i>Tormod Karlsen Bjånes, Jannicke Slettli Wathne</i>
1213	KoSy er lansert <i>Guri Rørtveit, Christine Bergland</i>

Magasin

1214	Intervju Med kniv i bagasjen <i>Marit Tveito</i>
1219	Legelivet Smarttelefonavhengighetssyndromet <i>Olaf Gjerløw Aasland</i>
1220	Det var i den tiden <i>Bernward Zeller</i>
1221	Fra arkivet Hongkong-syken 1968–70 <i>Julie Didriksen</i>
1222	Anmeldelser Inspirerende om slanking av medisinlister <i>Ingvild Holtan-Hartwig</i>
1223	Ph.d.-disputaser
1224	Minneord
Annonser	
1226	Legejobber
1228	Ledige stipender, legater, fond
Aktuelt i foreningen	
1231	En oppdatert fastlegeforskrift må gi mening <i>Anne-Karin Rime</i>
1232	Dette vil oppta Legeforeningens sentralstyre de neste to årene <i>Andreas Haslegaard</i>
1236	– Vi står overfor en stille pandemi <i>Ingrid Rise Fry</i>
1237	Full seier over staten i KBU-saken <i>Tor Martin Nilsen</i>
1238	Verdens legeforening krever beskyttelse av helsetjenesten i Gaza <i>Elin Lothe Haga</i>
1239	Verdens legeforening om kvinners rett til reproduktiv helsehjelp <i>Elin Lothe Haga</i>
1239	Når legen blir pasient <i>Erlend Hem</i>

legejobber.no

Norges mest komplette stillingsportal for leger

UTVALGTE STILLINGER

HELSE STAVANGER HF

Overlege, psykiatri
Frist 30. november

SØRLANDET SYKEHUS HF

Overlege, radiologi
Frist 30. november

KARMØY KOMMUNE

Fastlege
Frist 7. desember

TIME KOMMUNE

Fastlege
Frist 1. desember

VESTRE VIKEN HF

Overlege, klinisk nevrofysiologi
Frist 30. november

BÆRUM KOMMUNE

Assisterende kommuneoverlege
Frist 30. november

AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF

Overlege, psykiatri
Frist 1. desember

LOVISENBERG DIAKONALE SYKEHUS

Overlege, psykiatri
Frist 31. desember

SYKEHUSET INNLANDET HF

Overlege, øyesykdommer
Frist 1. desember

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

Overlege, hjertesykdommer
Frist 30. november

Et system i krise

Det internasjonale publiseringssystemet er i krise. Ikke-kommersielle vitenskapelige tidsskrifter som Tidsskriftet er en del av løsningen.

Tillit til akademisk publisering er en hjørnestein i vitenskapen. Nå er tilliten under press. Noen har kalt det en truende kunnskapskollaps (1). Andre peker på at utviklingen skader samfunnets vitenskapelige og økonomiske fremgang (2). Blant de mange problemene fremholdes ofte tre som de viktigste.

Det første problemet er det enorme og økende volumet av publiserte artikler, en bivirkning av publiseringssystemet åpen tilgang (open access). Tidligere fikk de fleste tidsskrifter sine inntekter fra salg av abonnementer. Forskere og andre måtte betale for å lese artiklene. Åpen tilgang-modellen løste dette ved at forskerne betaler for å få publisere, mens de publiserte artiklene kan leses gratis av alle (gull-åpen tilgang). Men dermed oppsto et nytt problem: Når tidsskriftene får penger for hver artikkel de publiserer, har ingen i systemet lenger interesse av å begrense antallet artikler. Med det har antallet vokst eksponentielt – fra ca. 1,92 millioner publiserte artikler i 2016 til ca. 2,82 millioner i 2022 (3). Selv i de minste fagfelt er det blitt vanskelig å holde oversikt i flommen av gode, mindre gode og dårlige artikler. Og siden antallet forskere ikke på langt nær holder følge med antallet nye manuskripter, har det å få tak i fagfelleverdere blitt et stort problem (3–5).

Når antallet artikler øker, øker også forlagenes inntekter. En studie estimerte at de seks største kommersielle forlagene økte sine inntekter fra 9 milliarder norske kroner i 2019 til over 25 milliarder i 2023 (6). Dette er penger som ideelle og offentlige finansører har øremerket til forskning, men som i stedet går til å øke forlagenes skyhøye profitt.

Det andre problemet er fremveksten av røvertidsskrifter (predatory publishers). Forretningsideen er enkel: Sett opp en enkel nettside. Gi den et imponerende navn (gjerne noe med *International Journal* i). Få forskere til å betale for redaksjonell kvalitetssikring og fagfelleverdering, mens du i realiteten ikke gjør noen av delene, bare publiserer manuskriptet uendret og stikker pengene i egen lomme. Allerede i 2021 var det estimert at det fantes rundt 16 000 slike røvertidsskrifter (7), og det er grunn til å tro at antallet vokser. Røverne etterligner ofte seriøse tidsskrifter, slik at det er vanskelig å se forskjellen for både forfattere og lesere. Samtidig inneholder de gjerne en salig blanding av seriøs forskning, rent sprøyt og villedende juks, noe som ytterligere øker forvirringen.

Det tredje problemet er såkalte artikkelmøller (paper mills). Dette er «fabrikker» som spyr ut mengder av profesjonelt utseende falske forskningsartikler og som tilbyr forskere kjøp av forfatterskap i bytte mot noen tusenlapper. Antallet falske artikler som produseres av artikkelmøller, er beregnet til å doble seg hvert halvannet år (8). Bare innen medisinen publiseres det nå mer enn 100 000 falske artikler årlig (1). Enkelte forlag har rapportert at opptil en av syv innsendte manuskripter sannsynligvis er produsert av artikkelmøller (8).

Falsk forskning er ikke noe nytt, heller ikke innen medisinen. Det nye er det enorme volumet, særlig akselerert av de tre ovenstående problemene og forsterket av kunstig intelligens, som kan skrive en falsk, men tillitvekkende forskningsartikkel på sekunder. Alt dette gjør det vanskeligere å hindre at resultater fra falske studier sniker seg inn i systematiske oversiktsartikler og metaanalyser og i verste fall påvirker kliniske behandlingsretningslinjer.

I et forsøk på å påvirke utviklingen jobber internasjonale redaktør- og utgiverforeninger systematisk med å utgi retningslinjer og heve den redaksjonelle standarden. Flere forlag har utviklet digitale verktøy som kan avsløre ulike former for uredelighet. Men så lenge akademisk publisering er så gjennomkommersialisert og lukrativ som den er, vil den tiltrekke seg aktører med evne og vilje til å utvikle stadig nye sofistikerte former for juks og røveri.

Dette peker mot at kvalitetssikring av vitenskapelig publisering er for viktig til å bli overlatt til kommersielle krefter alene. Flere har derfor tatt til orde for at det er på tide å omfavne og styrke ikke-kommersielle, fellesskapsdrevne og ideelle publiseringkanaler. Diamant-åpen tilgang, altså tidsskrifter som ikke krever hverken abonnementstilgang eller forfatterbetaling, fremholdes av flere som den ideelle publiseringformen (9). Mye tyder også på at slike tidsskrifter, i motsetning til kommersielle tidsskrifter, i mindre grad er utsatt for krisen i fagfelleverdering (5, 7).

Vårt eget tidsskrift er et eksempel på et slikt tidsskrift. Vi er bredt internasjonalt indeksert, tilbyr diamant-åpen tilgang, har lojale fagfelleverdere og er eid av våre egne kjerneforfattere – leger i Norge. Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo har nylig åpnet for at artikler publisert i Tidsskriftet igjen kan inngå i en ph.d.-grad (10). Det kan være i tråd med en internasjonal trend. Det kreves mange tiltak mot krisen i akademisk publisering. Satsing på tidsskrifter som dette er ett av dem. ■

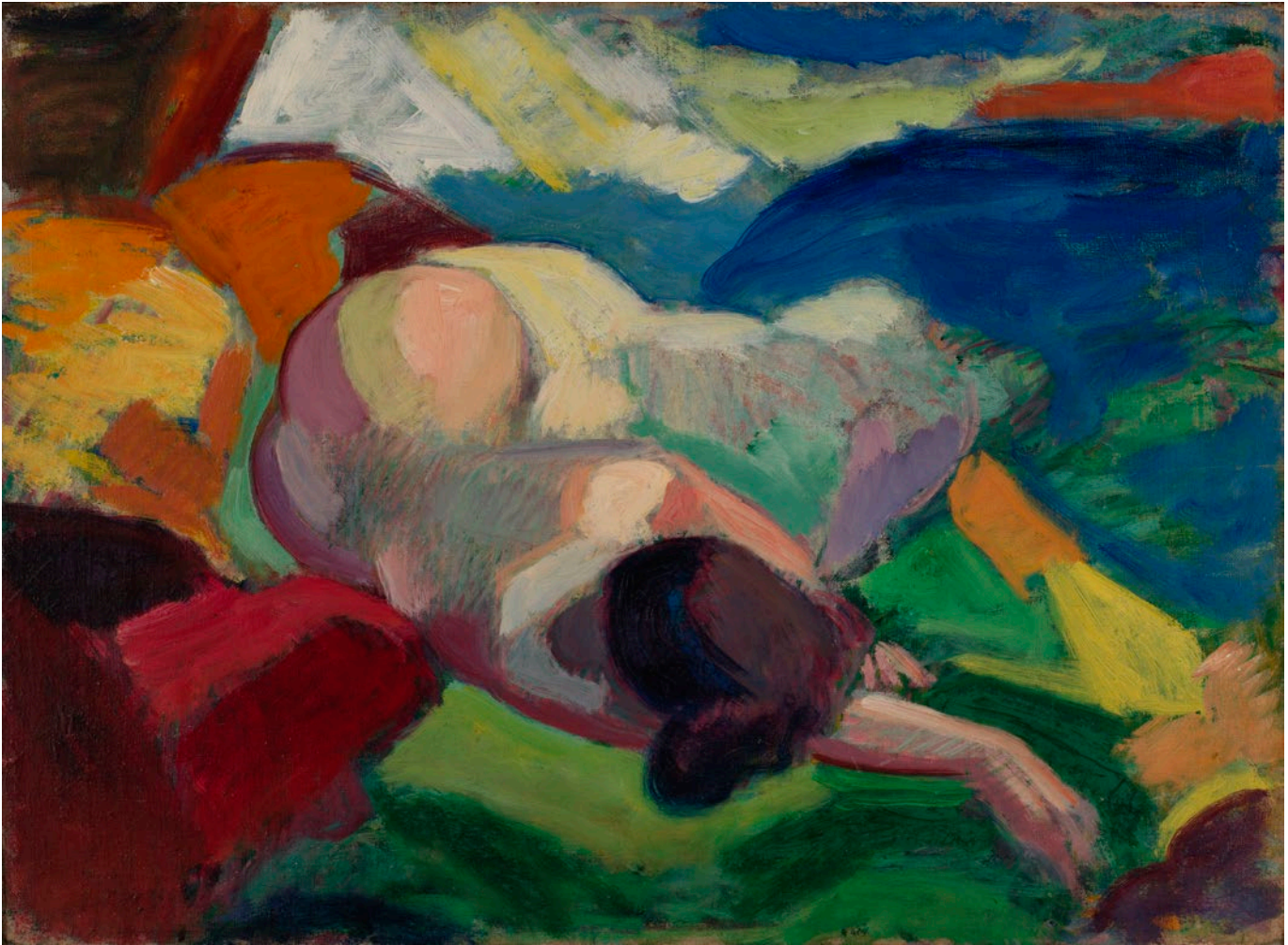
Are Brean

are.brean@tidsskriftet.no

Are Brean er sjefredaktør i Tidsskriftet og visepresident i European Association of Science Editors. Han er ph.d. og spesialist i nevrologi.

Litteratur

- 1 Sabel FT. A tide of fabricated research risks scientific integrity. *Financial Times* 5.11.2025. Lest 12.11.2025.
- 2 Vetenskapsakademien K. Proposed actions against fake science presented after meeting. 5.11.2025. Lest 12.11.2025.
- 3 Hanson MA, Barreiro PG, Crosetto P et al. The strain on scientific publishing. *Quant Sci Stud* 2024; 5: 823–43.
- 4 Svarstad J. Tidsskriftet klarte ikke å finne fagfeller: — Systemet er ødelagt. *Khrono* 25.9.2025. Lest 12.11.2025.
- 5 Ørstavik R. Uten fagfeller, intet Tidsskrift. *Tidsskr Nor Legeforen* 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0371.
- 6 Science OU. (OPUS). Estimating Global Article Processing Charges Paid to Six Publishers for Open Access 2019–2023. OPUS 1.8.2024. Lest 12.11.2025.
- 7 Laine C, Babski D, Bachelet VC et al. Predatory Journals - What Can We Do to Protect Their Prey? *N Engl J Med* 2025; 392: 283–5.
- 8 Richardson RAK, Hong SS, Byrne JA et al. The entities enabling scientific fraud at scale are large, resilient, and growing rapidly. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2025; 122. doi: 10.1073/pnas.2420092122.
- 9 Sabel B, Larhammar D. Reformation of science publishing: the Stockholm Declaration. *R Soc Open Sci* 2025; 12. doi: 10.1098/rsos.251805.
- 10 Dyb GA, Løberg M, Feiring E et al. Revidert regelverk for ph.d.-utdanningen. *Tidsskr Nor Legeforen* 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0652.



Carl Newman, *Nude*, ca. 1915–16, olje på lerret montert på fiberplate. Smithsonian American Art Museum, Creative Commons.

Legers betydning for rettssikkerheten til overgrepssatte

Ofre for seksuell vold kan ha rett til erstatning, men disse rettighetene er alvorlig svekket i ny lov om voldserstatning. Her kan leger spille en viktig rolle og bidra til økt rettssikkerhet.

Voldserstatning handler ikke bare om økonomi, men også om anerkjennelse, trygghet og helse (1). Med ny lov om voldserstatning i 2023 er det vår mening at overgrepssattes rettigheter er alvorlig svekket (2).

I påvente av evalueringen av loven kan leger bidra til å sikre voldsutsattes rettssikkerhet. Voldtekstutvalgets rapport *Voldtekt – et uløst samfunnsproblem* (3) viser at mange ikke får nødvendig hjelp og at helsetilbudet har store mangler. Leger har en nøkkelrolle i å avdekke og dokumentere overgrep og skader, sikre tilgang til

behandling og oppfølging samt informere om muligheter for erstatning og rettshjelp.

Seksuelle overgrep er utbredt og rammer særlig unge kvinner (4, 5). I tiden etter et overgrep opplever de fleste alvorlige stressreaksjoner (6, 7). Etter ett år har halvparten utviklet en psykisk lidelse, oftest posttraumatisk stresslidelse (PTSD) eller depresjon (8). På lang sikt er overgrep forbundet med alvorlige psykiske helseproblemer, kroniske smertetilstander, rusproblemer, spiseforstyrrelser, suicidalitet og selvskading (9). Ny norsk forskning viser at unge utsatt for seksuelle

overgrep har betydelig økt risiko for psykiske lidelser på tvers av spekteret av psykopatologi (10). Gruppen får også oftere utskrevet reseptbelagte smertestillende, inkludert opioider (11). Leger møter dermed overgrepsutsatte i både allmennpraksis, somatikk og psykiatri.

Ikke alle straffbare handlinger omfattes av voldserstatningsloven, men alvorlige seksuelle overgrep dekkes som regel dersom saken er politianmeldt. Man kan ha rett til voldserstatning selv om gjerningspersonen(e) er ukjent eller død. Søknad om voldserstatning må sendes innen 6 måneder etter rettskraftig dom eller innen ett år etter at politisaken ble henlagt. Overskrides fristen, vil man få avslag.

Det finnes flere muligheter for erstatning. Det kan gis erstatning for påførte og fremtidige utgifter, for lidet og fremtidig inntektstap, oppreisningserstatning (påført krenkelse), menerstatning (for tapt livskvalitet ved stor og langvarig skade) og etterlatte-erstatning. Ordningen har et «tak» på 60 × G (grunnbeløp), og ofte er erstatningen lav. Ved rettsak må alle krav tas med, ellers kan man senere miste retten til å kreve dette dekket fra Kontoret for voldsoffererstatning. Beviskravet er *klar sannsynlighetsovervekt*, det vil si lavere enn i straffesaker. Mange søknader avslås fordi det ikke er fremlagt nok bevis.

God dokumentasjon er avgjørende, og Høyesterett har uttalt at pasientjournaler har stor bevisvekt. Legen er sentral i å dokumentere fysisk og psykisk skade

God dokumentasjon er avgjørende, og Høyesterett har uttalt at pasientjournaler har stor bevisvekt. Legen er sentral i å dokumentere fysisk og psykisk skade og sammenheng med overgrepet. Legen kan også være vitne, sakkyndig vitne eller rettsoppnevnt sakkyndig.

For men- og inntektserstatning kreves som regel lege-/spesialistklæring. Spesialistklæringer kan koste titalls tusen kroner og bør ikke bestilles før det er innvilget en forhåndsgodkjenning for dekning av slike utgifter. Søknad om dette bør inneholde prisoverslag fra spesialist og komplett journal som dokumenterer plager/skade etter overgrep, at søker har gjennomgått behandling, og at skaden anses som stabil.

Med den nye loven har fornærmede ikke lenger rett til gratis bistandsadvokat, og det er viktig at legen bidrar til realistiske forventninger i søknadsprosessen. Kvinner kan søke Juridisk rådgivning for kvinner (JURK) om gratis bistand, og i henlagte saker kan man søke om å få dekket advokatutgifter. Dette innvilges kun i særskilte tilfeller. Vi ser derfor at de fleste ikke tar sjansen på å bruke advokat. I praksis er det derfor ofte slik at den voldsutsatte selv må søke voldserstatning uten bistand fra advokat.

Når man først har søkt, kan det være lang ventetid. Den overgrepsutsatte må også få vite at med ny ordning har skadevolder (overgriper) rettigheter som part i saken med rett til innsyn i saksdokumenter som journal og spesialistuttalelser. For overgrepsutsatte kan dette være særlig utfordrende, fordi overgriper ofte er en man kjenner og (må) omgås.

Vi støtter Voldtektsutvalgets konklusjon om at innskjerpede frister, tap av rett til bistandsadvokat når man søker og innføring av partsrettigheter som gir overgriper innsyn i sensitiv informasjon, har svekket overgrepsutsattes rettigheter.

For mer informasjon se <https://dinutvei.no/>. ■

Siri Thoresen

siri.thoresen@nkvts.no

Siri Thoresen er klinisk psykolog, forsker I ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress og professor II ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Thomas Benestad

Thomas Benestad er advokat ved Advokatfirmaet Salomon Johansen AS. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Synne Stensland

Synne Stensland er spesialist i barnesykdommer og forsker I ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress og Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun er påtroppende president i International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS).

Litteratur

- Herman JL. Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror. New York, NY: Basic Books, 2015.
- Justis- og beredskapsdepartementet. LOV-2022-06-17-57 Lov om erstatning fra staten til voldsutsatte (voldserstatningsloven). Lest 27.10.2025.
- Justis- og beredskapsdepartementet. Voldtekt – et uløst samfunnsproblem. NOU 2024:4. Lest 28.10.2025.
- Thoresen S, Hjemdal OK. Vold og voldtekt i Norge – en nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2014. Lest 27.10.2025.
- Dale MTG, Aakvaag HF, Strøm IF et al. Omfang av vold og overgrep i den norske befolkningen. Rapport nr. 1/2023. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2023. Lest 27.10.2025.
- Steenkamp MM, Dickstein BD, Salters-Pedneault K et al. Trajectories of PTSD symptoms following sexual assault: is resilience the modal outcome? J Trauma Stress 2012; 25: 469–74.
- Thoresen S, Blix I, Johnsen GE et al. Social reactions to disclosure and perceived social support are each uniquely associated with mental health in the first 6 months following sexual assault. Front Psychol 2025; 16: 1648804.
- Dworkin ER. Risk for mental disorders associated with sexual assault: A meta-analysis. Trauma Violence Abuse 2020; 21: 1011–28.
- Chen LP, Murad MH, Paras ML et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. Mayo Clin Proc 2010; 85: 618–29.
- Stangeland H, Aakvaag HF, Baumann-Larsen M et al. Prevalence and risk of psychiatric disorders in young people: prospective cohort study exploring the role of childhood trauma (the HUNT study). Br J Psychiatry 2024; 225: 476–83.
- Baumann-Larsen M, Storheim K, Stangeland H et al. Childhood trauma and the use of opioids and other prescription analgesics in adolescence and young adulthood: The HUNT Study. Pain 2024; 165: 1317–26.

Paracetamol i svangerskapet

Gravide betaler prisen når politisk retorikk møter vitenskapelig evidens.

September anbefalte Trump-administrasjonen gravide å unngå paracetamol grunnet en påstått kobling til autisme (1). Det amerikanske mat- og legemiddelverket (FDA) initierte deretter en prosess for å endre merkingen av paracetamolprodukter og sendte brev til leger om å anbefale begrenset bruk av paracetamol under graviditet (2). Dette til tross for tiår med forskning som støtter trygg bruk i svangerskapet.

Påstanden bygger på en selektiv tolkning av observasjonsstudier. Slike studier kan som kjent vise assosiasjoner, men ikke årsakssammenhenger. Studiekvalitet og totaliteten av data må alltid vurderes før årsaksslutninger trekkes. En fersk metaanalyse av 2 001 studier om paracetamolbruk i svangerskapet finner ikke sammenheng med autisme hos barn, men en liten, uforklart assosiasjon med ADHD (3).

I 2013 undersøkte vi problemstillingen ved hjelp av data fra Den norske mor, far og barn-undersøkelsen (MoBa) (4). Vi fant at langvarig paracetamolbruk (> 28 dager) var assosiert med redusert motorisk og språklig utvikling og økt forekomst av atferdsproblemer, sammenlignet med ikke-eksponerte søsken. Mer kortvarig bruk viste usikre sammenhenger.

Vi så nærmere på sammenhengen i oppfølgingsstudier, der vi koblet MoBa-data med ADHD-diagnoser fra Norsk pasientregister (5). Vi inkluderte da *fedres* bruk av paracetamol og fant at barn av *både* mødre og fedre som brukte paracetamol over lengre perioder, hadde tilsvarende økt risiko for ADHD. Altså kunne ikke en direkte virkning på fosteret forklare sammenhengen. Samlet tyder funnene på at assosiasjonen skyldes familiære faktorer, for eksempel gener, og ikke legemiddelet.

De europeiske legemiddelmyndighetenes konklusjon i 2019, om at samlet evidens var ikke-entydig og uten kausal sammenheng mellom prenatal paracetamoleksponering og nevroutviklingsforstyrrelser (6), ligger til grunn for omtalen av paracetamolpreparater i Norge.

«Forsiktighet er bedre enn anger», og Trump-administrasjonens råd kan ved første øyekast fremstå som rimelig. Men denne tilnærmingen kan få alvorlige konsekvenser. Paracetamol er det tryggeste smertestillende og febernedsettende legemiddelet ved graviditet (7). Alternativer, som ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAID-preparater) og opioider, har veldokumenterte negative effekter på fosteret. NSAID-preparater er forbundet med økt risiko for spontanabort ved bruk tidlig i svangerskapet, og etter uke 20 øker risikoen for føtal nyrepåvirkning, oligohydramnion, for tidlig lukking av ductus arteriosus, forlenget fødsel og blødninger. Opioider kan gi perinatale komplikasjoner som respirasjonsdepresjon og neonatalt abstinenssyndrom.

Rådet om å unngå paracetamol stiller den gravide overfor et uhensiktsmessig valg mellom ubehandlet feber og smerte, som i seg selv kan være skadelig for både henne og fosteret, eller bruk av legemidler med kjent risiko. Fosterets temperaturregulering er avhengig av varmeutveksling med placenta. Ved maternell hypertermi øker fostertemperaturen, noe som kan forstyrre fosterutviklingen, særlig i første trimester. Dagens kunnskapsgrunnlag tilsier at risikoen knyttet til ubehandlet feber og bruk av mindre egnede legemidler overstiger den potensielle risikoen for medisinsk indikert bruk av paracetamol (8).

Fagekspertenes enighet står i skarp kontrast til Trump-administrasjonens anbefalinger, og internasjonale helsemyndigheter reagerte raskt. Dagen etter bekreftet Det europeiske legemiddelbyrået (EMA) at det ikke finnes evidens som støtter påstandene, og at paracetamol fortsatt kan brukes under graviditet når det er indisert. Verdens helseorganisasjon (WHO) understreket at det ikke finnes konkluderende evidens for en sammenheng mellom paracetamol og autisme (9).

Denne saken viser farene når medisinsk usikkerhet blir politisert. Når politiske ledere gir medisinske råd uten forankring i det fulle vitenskapelige evidensgrunnlaget, kan gravide og deres barn komme til å betale en høy pris. Forskere, helsepersonell og politikere må basere sine anbefalinger på best tilgjengelig evidens. De må, uavhengig av politiske agendaer, kommunisere usikkerhet på en måte som bevarer tillit uten å skape frykt.

Den samlede vitenskapelige kunnskapen må være førende for politikken – ikke omvendt, og budskapet til gravide er klart: Paracetamol er fortsatt førstevalg ved feber og behov for smertelindring. ■

Eivind Ystrøm

eivind.ystrom@psykologi.uio.no

Eivind Ystrøm er professor ved Psykologisk institutt og leder for genetikkguppen ved PROMENTA forskningssenter, begge ved Universitetet i Oslo. Han er seniorforsker ved Folkehelseinstituttet og redaktør i JCPP Advances. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Hedvig Nordeng

Hedvig Nordeng er professor ved Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo og seniorforsker ved Folkehelseinstituttet. Hun er medlem av European Network of Teratology Information Services (ENTIS) og utnevnt av EU som uavhengig vitenskapelig ekspert i PRAC, EMAs komité for legemiddelsikkerhet, og deltok i EMA-vurderingen av paracetamol i 2019. Uttalelsene uttrykker hennes egne synspunkter. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 The White House. FACT: Evidence Suggests Link Between Acetaminophen, Autism. Lest 31.10.2025.
- 2 U.S. food and drug administration. FDA Responds to Evidence of Possible Association Between Autism and Acetaminophen Use During Pregnancy. Lest 31.10.2025.
- 3 Bérard A, Cottin J, Leal LF et al. Systematic Review and Meta-Analysis: Acetaminophen Use During Pregnancy and the Risk of Neurodevelopmental Disorders in Childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2025; S0890-8567(25)02106-9.
- 4 Brandlistuen RE, Ystrom E, Nulman I et al. Prenatal paracetamol exposure and child neurodevelopment: a sibling-controlled cohort study. *Int J Epidemiol* 2013; 42: 1702–13.
- 5 Ystrom E, Gustavson K, Brandlistuen RE et al. Prenatal Exposure to Acetaminophen and Risk of ADHD. *Pediatrics* 2017; 140: e20163840.
- 6 PRAC. PRAC recommendations on signals – Adopted at the 12-15 March 2019 PRAC meeting. Lest 31.10.2025.
- 7 Black E, Khor KE, Kennedy D et al. Medication Use and Pain Management in Pregnancy: A Critical Review. *Pain Pract* 2019; 19: 875–99.
- 8 Gustavson K, Ask H, Ystrom E et al. Maternal fever during pregnancy and offspring attention deficit hyperactivity disorder. *Sci Rep* 2019; 9: 9519.
- 9 European Medicines Agency. Use of paracetamol during pregnancy unchanged in the EU. Lest 31.10.2025.

Et grunnleggende prinsipp innen persontilpasset medisin er å identifisere pasienter som med størst sannsynlighet vil respondere på en spesifikk behandling¹

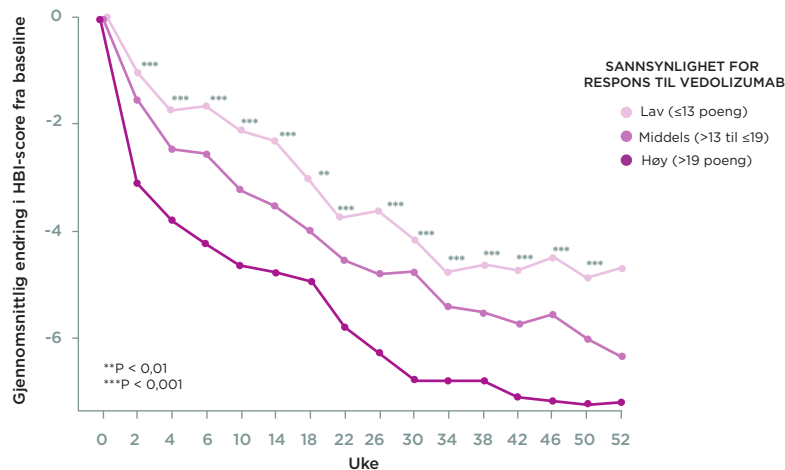
Leger kan nå benytte det digitale støtteverktøyet Vedolizumab Clinical Decision Support Tool **VDZ-CDST** for å persontilpasse behandling med vedolizumab ved Crohns sykdom

Entyvio (vedolizumab) er indisert til behandling av voksne pasienter med moderat til alvorlig aktiv Crohns sykdom som har hatt utilstrekkelig respons, mistet respons eller som var intolerante overfor enten konvensjonell behandling eller en TNF α -antagonist. Entyvio skal ikke brukes av pasienter med aktive alvorlige infeksjoner som tuberkulose (TB), sepsis, cytomegalovirus, listeriose og opportunistiske infeksjoner som progressiv multifokal leukoencefalopati (PML)³

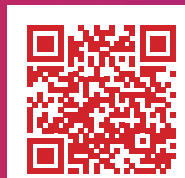
VDZ-CDST er en validert kalkulator som anvender pasientens kliniske variabler for å predikere sannsynlighet for respons til behandling med vedolizumab hos voksne pasienter med Crohns sykdom²

Pasienter med høy sannsynlighet for respons (>19 poeng) hadde raskere og vedvarende større reduksjon i HBI-score fram til uke 52¹

Gjennomsnittlig reduksjon i HBI stratifisert av VDZ-CDST (N = 814)¹



VDZ: vedolizumab; CDST: Clinical Decision Support Tool; HBI: Harvey-Bradshaw Indeks | Figur tilpasset av Takeda



Scann QR-koden for å registrere deg og få tilgang til verktøyet.

VDZ-CDST bør ikke være det eneste grunnlaget for beslutninger vedrørende behandling. Resultatene fra verktøyet kan være til hjelp når det gjelder valg av behandling, men for alle behandlingsmetoder og -beslutninger bør forskrivende lege vurdere ytterligere pasientinformasjon og andre kliniske data.

Pakninger, priser og finansiering: Pulver til konsentrat til infusjonsvæske: 20 ml (hettegl.) kr 27 335,50. Injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt penn: 1 stk. (ferdigfylt penn) kr 6 102,80. 2 stk. (ferdigfylt penn) kr 12 169,30. 6 stk. (ferdigfylt penn) kr 36 435,30. H-resept. Besluttet innført av Beslutningsforum 16.11.2015. Inngår i TNF BIO anbefalinger 2025-2026. Reseptgruppe: C. For fullstendig preparatomtale av Entyvio, se SPC, www.legemiddelsok.no

Referanser

1. Dulai PS, et al. A clinical decision support tool may help to optimize vedolizumab therapy in Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2020;51:553-564
2. <https://fr-prd.vdz-cdst-calculator.com> (sist sett 30.10.2025)
3. Entyvio (vedolizumab) SPC (28.03.2025) avsnitt 3, 4.1, 4.3



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

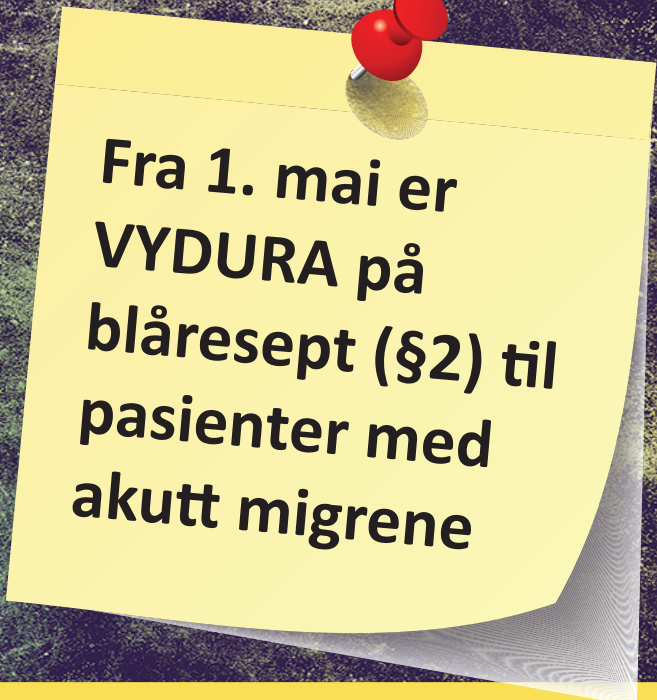
Kontraindikasjon¹: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

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 MA, Første migrenemedisin i klassen gepanter er nå tilgjengelig i Norge, Nevrologisk Tidsskrift, 2022

*CGRP: Calcitonin gene-related peptide.

Migrasjon og etnisitet må inn i forskningen

Migrasjon, etnisitet, helse og geopolittikk er inne i et kritisk øyeblikk som krever faglig ansvar for fremtidig beredskap.

Den nåværende geopolitiske situasjonen, preget av økende konflikter, nasjonalisme og økonomisk usikkerhet, har bidratt til en tydelig intensivering av politiseringen av migrasjon, også innen akademia. For å møte dagens og fremtidens utfordringer kreves et paradigmeskifte: Migrasjon og etnisitet må integreres i helseforskningen på linje med alder og kjønn (1). Bedre helse for alle oppnås når vi inkluderer hele befolkningen. Først da får vi kunnskap om hvem som har behov for målrettede tiltak, og da kan vi evaluere effekten av disse tiltakene på en faglig og rettferdig måte. Helsetjenester som er tilgjengelige og relevante for *hele* befolkningen, styrker både folkehelsen og samfunnsberedskapen.

Helsetjenester som er tilgjengelige og relevante for hele befolkningen, styrker både folkehelsen og samfunnsberedskapen



Illustrasjon: Tidsskriftet. Underlagsfoto: We-Ge/iStock

Et faglig og etisk ansvar

Den andre verdenskonferansen om migrasjon, etnisitet og helse, organisert av The Global Society on Migration, Ethnicity, Race and Health, ble avholdt i Lisboa i september 2025. Der uttrykte mange internasjonale kollegaer bekymring over den økende politiseringen av fagfeltet i deres respektive hjemland. Med dette som bakteppe – og i lys av flere nylige artikler i Tidsskriftet om innvandrere og migrasjonsrelaterte temaer – ser jeg et stort behov for å tydeliggjøre hvorfor vi trenger mer og

bedre forskning og undervisning om migrasjonshelse. Dette er avgjørende for å sikre faglig kvalitet, etisk forsvarlighet og inkluderende praksis i møte med en stadig mer mangfoldig befolkning.

Samtidig må vi være bevisste på hvordan dette arbeidet gjennomføres. Det krever faglig ansvarlighet og etisk refleksjon, slik at vi unngår både stigmatisering og neglisjering av grupper og enkeltpersoner. Migrasjonshelse er et komplekst og sensitivt felt, og nettopp derfor må det behandles med presisjon, respekt og åpenhet.

I flere europeiske land ser vi nå en nedskalering eller fullstendig stopp i støtte til fagmiljøer som arbeider med migrasjonsrelaterte spørsmål

Hvordan få et godt kunnskapsgrunnlag

Til tross for fremskritt er fagfeltet fortsatt dårlig rustet til å møte kompleksiteten i et mangfoldig samfunn. Mangelen på internasjonalt anerkjente og fleksible klassifikasjoner hemmer utviklingen, og den systematiske ekskluderingen av spesifiserte data om minoritetsgrupper svekker forskningens bredde og relevans for praksis og politikktutforming (2). Fokuset er ofte skjevt, med overvekt på stigmatiserende helseutfall som infeksjonssykdommer, mens evaluering av intervensjoner og helsetjenestetilgang er underbelyst (3).

For å utvikle kunnskap som kan omsettes i praksis, må forskningen engasjere seg i komplekse og flerdimensjonale dynamikker. Dette krever tverrfaglige og transdisiplinære metoder, det vil si, samarbeid på tvers av fag og med berørte grupper. Vi trenger et felles språk med presise og respektfulle begreper som både fagmiljøer og minoritetsgrupper kan forstå og akseptere. Detaljerte helseforskjeller og utvikle treffsikre modeller. Samtidig må data tolkes med etisk omtanke for å unngå stigmatisering og skjev ressursfordeling. Berørte grupper må involveres aktivt, både som informanter og medprodusenter av kunnskap. Helseutdanning bør styrkes med kulturell kompetanse, klare læringsmål og systematisk evaluering. Tiltak må vurderes ut fra både målrettet effekt og evne til å redusere helseulikheter.

Kunstig intelligens gir nye muligheter for å studere migranter og etniske minoritetsgrupper og utvikle mer treffsikre helsetjenester. Men teknologien bringer også spesifikke etiske utfordringer, særlig knyttet til grensekontroll, algoritmisk skjevhet og personvern. Uten kritisk refleksjon kan eksisterende forskningsskjevheter forsterkes eller feilaktige konklusjoner i fravær av gode data genereres (4). Misbruk av kunstig intelligens til å spre feilinformasjon og undergrave tillit kan føre til at enkelte grupper trekker seg fra forskningssamarbeid og blir ytterligere marginalisert.

Et felles ansvar

Migrasjon har blitt et symbolpolitisk felt der faglig kunnskap og institusjonell kompetanse utfordres og marginaliseres. I flere europeiske land ser vi nå en nedskalering eller fullstendig stopp i støtte til fagmiljøer som arbeider med migrasjonsrelaterte spørsmål, inkludert forskning på helseutfall, helsetjenestetilgang og intervensjoner rettet mot innvandrerbefolkningen. Dette skjer samtidig som behovet for slik kunnskap er større enn noen gang.

Å problematisere hvorvidt kunnskap om migrasjon, etnisitet og helse er nødvendig, er ikke bare faglig uansvarlig – det er etisk uforvarlig. Norge har fortsatt muligheten til å være et foregangsland innen migrasjons- og minoritetshelse (5). Men dette krever politisk vilje, institusjonell støtte og faglig mot. Vi må stå imot trenden der migrasjon reduseres til et sikkerhetsproblem og helse til et individansvar. I stedet må vi fremme en kunnskapsbasert, inkluderende og rettferdig tilnærming – der migrasjon og etnisitet virkelig er integrert i helseforskningen og helsetjenestene. ■

Mottatt 2.9.2025, første revisjon innsendt 20.10.2025, godkjent 22.10.2025.

Esperanza Diaz

esperanza.diaz@uib.no

Esperanza Diaz er spesialist i allmenntilleggsmedisin og professor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Hun leder flere forskningsprosjekter knyttet til helse og migrasjon og er leder for Pandemiseret ved universitetet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Kumar BN, Eikemo TA, Diaz E. Migration and Health: Time for a new research agenda. *Scand J Public Health* 2023; 51: 309–11.
- 2 Grosser A, Razum O, Vrijkotte TG et al. Inclusion of migrants and ethnic minorities in European birth cohort studies—a scoping review. *Eur J Public Health* 2016; 26: 984–91.
- 3 Dada S, Ashworth HC, Bewa MJ et al. Words matter: political and gender analysis of speeches made by heads of government during the COVID-19 pandemic. *BMJ Glob Health* 2021; 6: e003910.
- 4 Matlin SA, Hanefeld J, Corte-Real A et al. Digital solutions for migrant and refugee health: a framework for analysis and action. *Lancet Reg Health Eur* 2024; 50: 101190.
- 5 Diaz E, Benavente P. Contextualising the WHO Global Research Agenda on Health, Migration and Displacement in Norway invites to a reflection for decolonising research. *Int J Equity Health* 2025; 24: 62.

Tekst: Trine Ingebrigtsen

Mangelfull behandling av funksjonelle anfall hos barn og ungdom

Funksjonelle anfall hos barn og ungdom har god prognose, men tilfriskningen hindres av mangelfull oppfølging og uklar ansvarsfordeling i helsevesenet.

Funksjonell nevrologisk lidelse (FND) er en vanlig nevrologisk tilstand som innebærer ulike nevrologiske symptomer, som for eksempel lammelser, bevegelsesforstyrrelser, sensoriske symptomer og psykogene, ikke-epileptiske anfall. Diagnosen kan baseres på positive kliniske tegn, og det er ikke lenger et krav om at det må foreligge bakenforliggende psykologiske stressorer. Studier med fMRI (*functional magnetic resonance imaging*) har påvist endringer i hjernens nettverk som involverer komplekse interaksjoner mellom emosjonelle, motoriske og kognitive nettverk. Ettersom det foreligger målbare nevrobiologiske korrelater, kan funksjonelle nevrologiske lidelser sees på som en konsekvens av nettverksdysfunksjon (1).

Dersom fagpersoner har felles forståelse og mål, vil helsevesenet kunne jobbe mer effektivt, noe som vil komme både pasientene og samfunnet til gode

Funksjonelle dissosiative anfall

Undergruppen psykogene, ikke-epileptiske anfall vil etter de nye ICD-11-kriteriene bli kalt funksjonelle dissosiative anfall (FDS). Disse anfallene ligner epilepsi, men er ikke forårsaket av epileptiske utbrudd i hjernen. Gullstandarden for å stille diagnosen er å fange opp et typisk utbrudd under EEG-registrering, men diagnosen kan også stilles klinisk med ulike grader av diagnostisk sikkerhet. Disse kalles *mulig funksjonelt anfall*, *trolig funksjonelt anfall*, *klinisk forenlig med funksjonelt anfall* og *anfall registrert i EEG*.

Funksjonelle anfall utgjør en relativt stor diagnosegruppe innenfor epilepsiomsorgen. Opptil 12 % av pasienter med epilepsi har funksjonelle anfall, og 10–30 % av pasientene som har funksjonelle anfall, har i tillegg epilepsi (2).

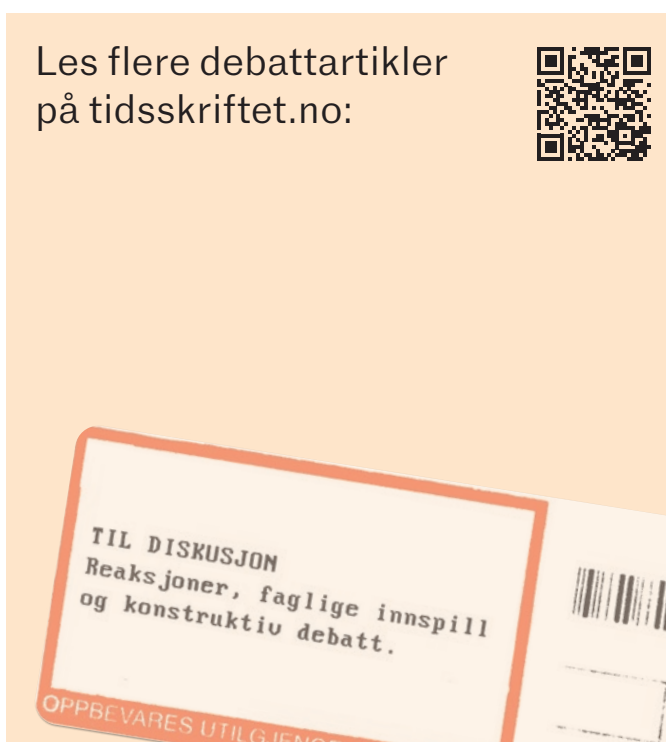
Mange pasienter får diagnosen så sent at symptomene er blitt kronifisert. Studier har vist at det kan ta mellom syv og ni år fra symptomdebut til diagnosen settes, og i denne perioden har pasienten kanskje brukt én eller flere anfallsforebyggende medisiner (3).

Mulig feilbehandling

Det er heller ikke uvanlig at funksjonelle anfall blir behandlet som status epilepticus, noe som kan gi alvorlige konsekvenser og i verste fall død.

I en studie med 980 pasienter fra åtte år og oppover, som ble behandlet for status epilepticus, hadde 8,1 % av pasientene egentlig funksjonelle anfall. Størst feildiagnostisering var det blant ungdom og unge voksne med hele 20,1 % (4, 5). →

Les flere debattartikler på tidsskriftet.no:



Manglende diagnostisering og behandling medvirker til gjentatte akutte innleggelses og innebærer store og unødvendige kostnader innenfor et allerede presset helsebudsjett (6).

Ifølge norske retningslinjer er det psykiatrien som har behandlingsansvar for funksjonelle anfall. Men man erfarer imidlertid at henvisninger avvises hvis det «bare» foreligger anfall, eller at behandlingen avsluttes hvis det ikke foreligger psykiatrisk komorbiditet. I somatiske sykehus er det flere som mener at pasientgruppen ikke skal ha behandling der. Dette kan skyldes et syn på at funksjonelle lidelser er psykiatri, eller at man er redd for at pasientgruppen kan komme til å ta ressurser fra andre pasienter med epilepsi. Dette medfører en uklar ansvarsfordeling og at pasientene ikke får den hjelpen de trenger.

Riktig behandling er lønnsom

Det er ikke gjort mye forskning på funksjonelle lidelser. Men med den kunnskapen vi allerede har, opplever mange pasienter bedring og viser takknemlighet ved å bli tatt på alvor.

Behandlingen av funksjonelle anfall starter med å gi en positiv diagnose og psykoedukasjon om tilstanden. Deretter kan det være nyttig med en biopsykososial tilnærming for å kartlegge sårbarhet, utløsende og opprettholdende faktorer for anfall og lage en plan for anfallshåndtering og aktivitetstilpasset behandling. Videre bør det utarbeides et individuelt tilpasset behandlingsopplegg som kan innebære henvisning til psykomotorisk fysioterapeut eller psykolog.

Ved å stille riktig diagnose, gi psykoedukasjon og kunnskapsbasert veiledning, bør målet for behandlingen være anfallsfrihet og normalisering av daglig funksjon. Dersom fagpersoner har felles forståelse og mål, vil helsevesenet kunne jobbe mer effektivt, noe som vil komme både pasientene og samfunnet til gode.

Det vil være økonomisk lønnsomt for samfunnet at den enkelte pasient får hjelp til å bli frisk. Vi har allerede noe kunnskap, og prognosen hos unge mennesker er god. Kanskje kunne den vært det for voksne også dersom hjelpen hadde kommet raskere. ■

Mottatt 23.9.2025, første revisjon innsendt 11.10.2025, godkjent 14.10.2025.

Trine Ingebrigtsen

trine.ingebrigtsen@ous-hf.no

Trine Ingebrigtsen er spesialist i allmenntilleggsmedisin og pediatri, og er overlege på barne- og ungdomsavdelingen ved Spesialsykehuset for epilepsi. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Szaflarski JP, LaFrance WC. Psychogenic Nonepileptic Seizures (PNES) as a Network Disorder - Evidence From Neuroimaging of Functional (Psychogenic) Neurological Disorders. *Epilepsy Curr* 2018; 18: 211–6.
- 2 Liampas A, Markoula S, Zis P et al. Psychogenic non-epileptic seizures (PNES) in the context of concurrent epilepsy - making the right diagnosis. *Acta Epileptol* 2021; 3: 23.
- 3 Reuber M, Fernández G, Bauer J et al. Diagnostic delay in psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology* 2002; 58: 493–5.
- 4 Jungilligens J, Michaelis R, Popkirov S. Misdiagnosis of prolonged psychogenic non-epileptic seizures as status epilepticus: epidemiology and associated risks. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2021; 92: 1341–5.
- 5 Lehn A, Watson E, Ryan EG et al. Psychogenic nonepileptic seizures treated as epileptic seizures in the emergency department. *Epilepsia* 2021; 62: 2416–25.
- 6 O'Mahony B, Nielsen G, Baxendale S et al. Economic cost of functional neurological disorder: A systematic review *Neurology* 2023; 101: e202–14.

Gir ketamin bedre effekt enn elektrokonvulsiv terapi?

Det er grunn for å åtvare mot at ein, i iver etter å framsnakka ketamin, kan koma i skade for å snakka ned elektrokonvulsiv terapi på sviktande grunnlag.

Beslutningsforum for Nye metoder vedtok i august 2025 å godkjenne bruk av ketamin mot behandlingsresistent depresjon, føreset at behandlinga er ein del av kliniske studiar (1). I Tidsskriftet nr. 12/2025 kommenterer Lars Lien og Ingmar Clausen denne avgjerda (2).

Det er grunn til å vera glad for vedtaket om å godkjenne bruk av ketamin i helseføretaka så lenge bruken er innanfor rammene av vitenskaplege studiar. Dette fordi me treng meir kunnskap om denne behandlingsforma, ikkje minst om langtidseffektane.

Det som imidlertid vekker undring er påstanden om at ketamin har bedre effekt enn elektrokonvulsiv terapi (ECT) (1, 2). For dei som har følgd ECT-forskinga dei siste åra, framstår dette som ein diskutabel påstand. Det som særleg vekker nysgjerrigheit, er den svært låge responsraten som er oppgitt for elektrokonvulsiv terapi i beslutningsgrunnlaget frå Direktoratet for medisinske produkt (3). Ein responsrate på 34 % er langt lågare enn det me finn i ei rekkje andre studiar, i lærebøker og frå klinisk praksis (4–6).

Den eine studien som Direktoratet for medisinske produkt refererer til, ELEKT-D (7), er kjent for å ha funne uvanleg låg responsrate for elektrokonvulsiv terapi. Men i grunnlaget utelèt direktoratet ein annan studie, KetECT-studien (6), der forfatarane hadde brukt eit ikkje-underlegenheitsdesign (non-inferiority design) og ikkje klart å visa at ketamin var like bra som elektrokonvulsiv terapi.

ELEKT-D-studien

Studien til Anand og medarbeidarar, ELEKT-D (7), har etter publiseringa blitt utfordra metodologisk. Til dømes har Ekstrand og medarbeidarar gjort ei samanlikning av ELEKT-D-studien og KetECT-studien (8). Dei fann fleire skilnader som svært truleg kan ha hatt innverknad på konklusjonane. I ELEKT-D-studien fekk pasientane maksimalt ni sesjonar med elektrokonvulsiv terapi, sjølv om andre studiar har vist at om lag 25 % av pasientane treng meir enn ni behandlingar. I tillegg nytta dei ei pulsbreidde på 0,25 ms (*ultrabrief*), noko som gir færre biverknader, men ofte gjer at pasientane treng fleire behandlingar for å oppnå effekt (9). Metoden er dessutan foreløpig ikkje svært godt dokumentert og inngår difor mellom anna ikkje i dei norske retningslinjene for elektrokonvulsiv terapi (10). ELEKT-D-studien hadde dessutan langt fleire diagnosar og komorbiditet i sitt materiale enn det KetECT-studien hadde. Dette inkluderte langt fleire pasientar med angstdiagnose, samtidig



som pasientar med psykotisk depresjon var ekskludert, ei gruppe som erfaringsmessig har særleg god nytte av elektrokonvulsiv terapi.

Det uunngåelige spørsmålet er difor om det kan vera desse og andre faktorar som kan ha forårsaka den uvanleg låge effekten som vart funne for elektrokonvulsiv terapi i ELEKT-D-studien og som førte til den noko overraskande konklusjonen at ketamin er minst like bra som elektrokonvulsiv terapi mot terapieresistent depresjon. I og med at Direktoratet for medisinske produkt, så langt me kan sjå, byggjer heile sin konklusjon om ketamin versus elektrokonvulsiv terapi på denne eine studien, er desse faktorane av vesentleg betydning.

Rett konklusjon på feil grunnlag?

Konklusjonen om at ketamin gir betre effekt enn elektrokonvulsiv terapi, kan lett framstå som «opplesen og vedtatt» når den kjem frå Beslutningsforum. Dei fleste vil vel tenka at beslutningsgrunnlaget derfrå er særleg grundig og tillitvekkande. Men i dette tilfellet kan det altså faktisk vera grunn til å stilla spørsmål ved nettopp det. I og med at me støttar hovudkonklusjonen om å opna for ketaminbehandling innanfor ramma av vitenskaplege studiar, var det i utgangspunktet naturleg å la dette bipoenget liggja. Men når leiaren i Norsk psykiatrisk forening i innlegg i Tidsskriftet vidarefor-

midlar Direktoratet for medisinske produkt sin konklusjon, og dermed forsterkar budskapet, vart det for underteikna naturleg å peika på det usikre vitenskaplege grunnlaget for konklusjonen omkring ketamin versus elektrokonvulsiv terapi.

Den eine studien som Direktoratet for medisinske produkt refererer til, er kjent for å ha funne uvanleg låg responsrate for elektrokonvulsiv terapi. Men i grunnlaget utelèt direktoratet ein annan studie

I forlenging av dette temaet har det også blitt peika på at ketamin kan vera mindre ressurskrevjande enn elektrokonvulsiv terapi. Slike argument har naturlegvis stor klangbotn i ei helseteneste som er hardt pressa på ressursar, særleg om me samanliknar behandlingsmetodar som er minst likeverdige i effekt. Men nett det kan det altså vera grunn til å stilla spørsmål ved. ■

Mottatt 7.10.2025, godkjent 20.10.2025.

Dag Sele

dag.sele@helse-fonna.no

Dag Sele er spesialist i psykiatri og i allmenntidrett og er avdelingsoverlege ved Stord DPS. Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikar.

Knut H. Leseth

Knut H. Leseth er spesialist i psykiatri og i øre-nase-hals-sjukdommar og er overlege ved Stord DPS. Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikar.

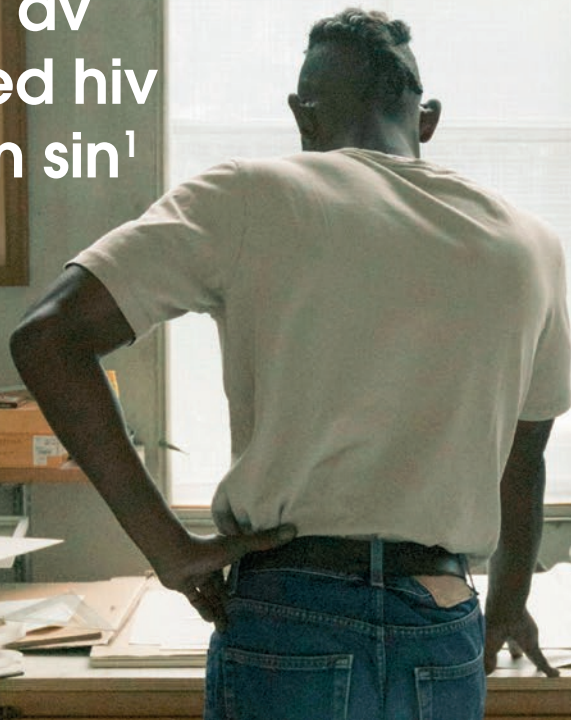
Eivind Aakhus

Eivind Aakhus er ph.d., spesialist i psykiatri og fagsjef for psykisk helse ved Nasjonalt senter for aldring og helse, Sykehuset i Vestfold. Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikar.

Litteratur

- 1 Nye metoder. Ketamin. ID2022_18. Lest 29.9.2025.
- 2 Lien L, Clausen I. Ketamin som offentlig behandlingstilbud i psykiatrien. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0532.
- 3 Direktoratet for medisinske produkter. Health Technology Assessment: Intravenous ketamine for treatment-resistant depression. ID2022_018. Lest 29.9.2025.
- 4 Waite J, Easton A. The ECT Handbook. 4. utg. London: RCPsych Publications, 2019.
- 5 Kellner CH. Handbook of ECT. Cambridge: Cambridge University Press, 2019.
- 6 Ekstrand J, Fattah C, Persson M et al. Racemic ketamine as an alternative to electroconvulsive therapy for unipolar depression: a randomized, open-label, non-inferiority trial (KetECT). Int J Neuropsychopharmacol 2022; 25: 339–49.
- 7 Anand A, Mathew SJ, Sanacora G et al. Ketamine versus ECT for nonpsychotic treatment-resistant major depression. N Engl J Med 2023; 388: 2315–25.
- 8 Ekstrand J, Takamiya A, Nordenskjöld A et al. Ketamine or ECT? What have we learned from the KetECT and ELEKT-D trials? Int J Neuropsychopharmacol 2024; 27. doi: 10.1093/ijnp/pyad065.
- 9 Spaans HP, Verwijk E, Comijs HC et al. Efficacy and cognitive side effects after brief pulse and ultrabrief pulse right unilateral electroconvulsive therapy for major depression: a randomized, double-blind, controlled study. J Clin Psychiatry 2013; 74: e1029–36.
- 10 Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for bruk av ECT. Lest 29.9.2025.

Over halvparten av de som lever med hiv skjuler medisinen sin¹



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

BØR IKKE PASIENTEN FÅ SI SIN MENING OM BEHANDLINGSFORM?

I dag får hiv-pasienter god medikamentell behandling, men diskriminering og psykisk uheld kan være et problem for mange.^{2,3} Mange med hiv frykter å bli "avslørt", og gjemmer eller "forkler" medisinen sin.¹ Daglige tabletter kan være vanskelig for noen, pga. stigma, utenlandsreiser og påminnelse om sykdom.^{1,4,5} Mange med hiv vil være mer delaktig i valg av sin egen behandlingsform.¹ Kanskje det kan bidra til å nå UNAIDS sitt fjerde foreslåtte mål om langsiktig trivsel for mennesker med hiv?⁶

ET ALTERNATIV TIL TABLETTER

▼ Vocabria + ▼ Rekambys er den første og eneste komplette langtidsvirkende injeksjonsbehandlingen for hivpasienter.⁷⁻⁹ Med dosering hver 2. måned kan den være et aktuelt alternativ for de som har problemer med daglig tablettinntak.^{7,8} Effekten og sikkerheten til behandlingen er dokumentert i flere kliniske studier.¹⁰⁻¹⁵

SPØR PASIENTEN

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

Skann koden for å lese mer om behandlingsvalg for hiv-pasienter



Indikasjon:

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

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

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

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

Reseptgruppe C

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

Referanser:

1. Okoli C et al. AIDS Behav 2021;25:1384-95. 2. Degroote S et al. Arch Pub Health 2014;72:40 doi:10.1186/2049-3258-72-40. 3. Lowther K et al. Int J Nurs Stud 2014;51:1171-89. 4. Norsk forening for infeksjonsmedisin. <https://hivfag.no/images/2025/hivretninglinjer2025.pdf> (sett 27.10.2025). 5. de Los Rios P et al. AIDS Behav. 2021;25:961-972. 6. Lazarus JV et al. Nat Commun 2021;12:4450 doi:10.1038/s41467-021-24673-w. 7. Vocabria preparatomtale. 8. Rekambys preparatomtale. 9. Brizzi M et al. Ther Adv Infect Dis 2023;10:20499361221149773 doi:10.1177/20499361221149773. 10. Overton ET et al. Lancet 2021;396:1994-2005. 11. Overton ET et al. Clin Infect Dis 2023;76:1646-54. 12. Jonsson-Oldenbuttel C et al. J Acquir Immune Defic Syndr 2024;96:472-80. 13. Ramgopal MN et al. Lancet HIV 2023;10:e566-77 doi: 10.1016/S2352-3018(23)00136-4. 14. Kityo C et al. Lancet Infect Dis 2024;10:1089-92. 15. Smith G et al. Open Forum Infect Dis 2021;8:ofab439 doi:10.1093/ofid/ofab439.

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



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

Tekst: Lars T. Johansen et al.

Verdens beste fødselsomsorg – eller?

Fødselsomsorgen i Norge er tilgjengelig for alle og har svært gode resultater målt i dødelighet og sykkelighet. Samtidig tyder tilbakemeldinger på at omsorgsfull helsehjelp, informasjon, medvirkning og samtykke kan bli bedre.

Når fødselsomsorgen får kritikk fra brukerne, er ofte svaret fra helsepersonell og myndigheter at vi har verdens beste fødselsomsorg. Selv om vi har gode resultater målt i dødelighet hos mor og barn, kan vi likevel ikke være sikre på at kvaliteten er topp. Flere kvinner rapporterer nå om dårligere mental helse i perinatalperioden enn tidligere (1). I tillegg til at kvinner kan få varige fysiske plager etter fødsel, kan dårlige fødselsopplevelser knyttes til barseldepresjon, fødselsangst og at kvinnen ikke ønsker flere barn.

Kvinner ønsker valgfrihet og medbestemmelse. De ønsker helsetjenester der de blir møtt med respekt og informasjon, der de samtykker til undersøkelser og behandling, og der både medisinsk sikkerhet og sosiale og følelsmessige behov ivaretas (2).

Vi vet at en ensidig oppmerksomhet på risiko kan føre til unødvendig diagnostikk og behandling. Tall fra

Medisinsk fødselsregister viser at 29,8 % av alle fødsler i 2024 ble igangsatt, 30,8 % ble behandlet med riestimulerende medikamenter, og 19,6 % ble klippet i mellomkjøttet (episiotomi). Elektronisk fosterovervåking (CTG) er anbefalt for risikofødende, men brukes i stor grad også på lavrisikofødende (3). Stadig færre opplever en naturlig fødsel uten bruk av tekniske hjelpemidler eller medikamenter.

Et overdrevent fokus på risiko kan føre til at helsepersonell legger mindre vekt på å ivareta kvinnen og hennes fødselsopplevelse. Flere velger planlagt hjemme-fødsel med jordmor til stede fordi de opplever større grad av trygghet og omsorg, og det gir flere naturlige fødselsforløp.

Erfaringer fra tilsyn, Norsk pasientskadeerstatning og rettssystemet viser at grunnleggende rettigheter, som pasientinformasjon, medvirkning og samtykke til behandling, ikke alltid ivaretas (4). Dette er viktige elementer i omsorgsfull helsehjelp.

Omsorgsfull helsehjelp

Helsepersonells arbeid skal være faglig forsvarlig, og helsehjelpen de gir skal være omsorgsfull, i henhold til helsepersonelloven § 4. Sistnevnte innebærer å gi helsehjelp som yter pasienten omtanke og respekt, og som ikke krenker den enkeltes personlige integritet. Det gjenspeiles også i yrkesetiske retningslinjer for jordmødre og leger.

Det er et ledelsesansvar å legge til rette for at helsepersonell kan gi forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. Det forutsetter en felles forståelse av hva det er og hvordan dette skal ytes.

Når kvinner gir uttrykk for manglende omsorg i fødselshjelpen, gjelder det ofte måten de har blitt møtt på eller snakket til. Kvinner ønsker at helsepersonell ser og verdsetter dem, er imøtekommende, empatiske og gir dem trygghet. Når fødselsomsorgen ivaretar —>



Illustrasjonsfoto: Genna Nacoache/Millennium / NTB

både medisinske aspekter og behovet for genuin og respektfull omsorg, er det også sannsynlig at fødende og pårørende sitter igjen med en positiv fødselsopplevelse. Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefaler en mer personsentrert fødselsomsorg for å oppnå dette (5).

Norske fødeinstitusjoner bør i større grad følge nasjonale og internasjonale anbefalinger om kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor under aktiv fødsel (6, 7). En-til-én-oppfølging legger til rette for fortløpende informasjon og god omsorg. Det forutsetter imidlertid at driften er tilrettelagt for dette og at bemanningen er tilstrekkelig. Dessverre finnes det flere eksempler på at jordmødre i sykehus slutter på grunn av høy arbeidsbelastning. Det er på tide å øke grunnbemanningen slik at alle fødende tilbys én-til-én-oppfølging.

Informasjon er sentralt

Pasienter har krav på informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven.

Det er et tilbakevendende problem at pasienter klager over mangelfull informasjon. Under fødsel er det nødvendig å gi fortløpende informasjon. Det har betydning for forståelsen av det som skjer, og det skaper trygghet. Like viktig er det å gi informasjon i etterkant av fødselen, særlig når det har vært komplikasjoner.

Akutte hendelser krever rask handling, og som oftest har fødselshjelperen tid til å gi noe informasjon. Ved øyeblikkelig hjelp kan det være tilstrekkelig å informere om tiltakets art. I tilfeller der det er fare for liv, kan informasjon og medvirkning unnlates, i henhold til helsepersonelloven § 7. Etter slike hendelser er det særlig viktig at det gis en utfyllende forklaring på det som skjedde. Tilsyn har vist at oppfølgingsamtale med ansvarlig fødselshjelper ikke alltid finner sted (4).

Ved fødsler i Norge brukes det tradisjonelle partogrammet, som beskriver livmorhalsens åpning og fosterets posisjon i bekkenet. WHO anbefaler i stedet bruk av Labour Care Guide, som er et utvidet partogram, der også informasjon til kvinnen, plan for videre behandling og samtykke registreres (7). Denne guiden kan bidra til at flere får en positiv fødselsopplevelse, at komplikasjoner identifiseres raskt og at unødvendige inngrep unngås.

Medvirkning og tilpasning

Pasient og brukere har rett til å medvirke og få innflytelse i egen behandling, i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven. Vi mener denne retten kan forbedres på flere områder i fødselsomsorgen, både når en kvinne mottar fødselshjelp, men også i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid og ved utarbeidelse av nasjonalfaglige retningslinjer. Reell brukermedvirkning oppnås når kunnskap og erfaringer fra brukere og pårørende blir lyttet til, forstått og brukt i planlegging, implementering og evaluering.

Vi skal ha et differensiert fødetilbud i Norge (6) som tilpasser fødselsomsorgen til hver kvinnes behov og risikonivå. Målet er å redusere antall unødvendige inngrep, styrke kontinuitet og sikre et trygt fødselsforløp. I en ordinær fødeavdeling vil ofte alle fødende, uansett risikogruppe, få samme grad av overvåking og behandling. Da er ikke differensiert fødselsomsorg ivarettatt. Gravide etterlyser muligheten til å føde på lavrisikoenheter, der det legges til rette for en naturlig fødsel. Dessverre har flere lavrisikoenheter blitt nedlagt.

Det finnes ofte flere behandlingsalternativ i fødselsomsorgen. Gravide må informeres om disse og gis en reell mulighet til å velge. Tidspres og behandling som

bærer preg av «samlebånd», gir dessverre ikke alltid rom for all nødvendig informasjon eller pasientmedvirkning. Internasjonale retningslinjer legger stor vekt på at fødselsomsorgen skal være personsentrert og ivareta den fødendes autonomi (5). Når kvinner som har født gir uttrykk for at de ble tilsidesatt uten en reell mulighet til å medvirke, gjenspeiler det ikke en fødselsomsorg av god kvalitet.

Når kvinner som har født gir uttrykk for at de ble tilsidesatt uten en reell mulighet til å medvirke, gjenspeiler det ikke en fødselsomsorg av god kvalitet

Omsorgsfull helsehjelp forutsetter kunnskap og ferdigheter, og temaet må prioriteres i helsepersonells grunn- og etterutdanning. Videre er det virksomhetens ansvar å legge til rette for at helsepersonell kan gi forsvarlig og omsorgsfull fødselshjelp. Grunnbemanning og drift må tilrettelegges slik at det er nok fødselshjelpere til stede ved stor pågang av fødende.

Det er på høy tid at vi i Norge tar dette mer på alvor, slik at enda flere kvinner får gode fødselsopplevelser. ■

Mottatt 8.10.2025, første revisjon innsendt 24.10.2025, godkjent 26.10.2025.

Lars T. Johansen

ltj@helsetilsynet.no

Lars T. Johansen er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og seniorrådgiver i Avdeling for operativt tilsyn, Statens helsetilsyn. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ellen Blix

Ellen Blix er professor og jordmor ved Fakultet for helsevitenskap, OsloMet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Geir Sverre Braut

Geir Sverre Braut er spesialist i samfunnsmedisin, seniorrådgiver ved Stavanger universitetssjukehus og professor emeritus fra Høgskulen på Vestlandet og Universitetet i Stavanger. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Pål Øian

Pål Øian er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og professor emeritus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Høvik MS, Eberhard-Gran M, Wang CEA et al. Perinatal mental health around the world: priorities for research and service development in Norway. *BJPsych Int* 2021; 18: 102–5.
- 2 Vedeler C, Nilsen A, Blix E et al. What women emphasise as important aspects of care in childbirth - an online survey. *BJOG* 2022; 129: 647–55.
- 3 Aanstad KJ, Pripp AH, Dalbye R et al. Intrapartum fetal monitoring practices in Norway: A population-based study. *Sex Reprod Healthc* 2024; 41: 101006.
- 4 Johansen LT, Braut GS, Acharya G et al. Adverse events reporting by obstetric units in Norway as part of their quality assurance and patient safety work: an analysis of practice. *BMC Health Serv Res* 2021; 21: 931.
- 5 WHO recommendations 2018. Intrapartum care for a positive childbirth experience. Lest 10.9.2025.
- 6 Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorgen. 2. Rutiner for bemanning av jordmødre i fødeinstitusjoner. Lest 28.8.2025.
- 7 WHO. WHO Labour Care Guide 2020. User's manual. Lest 10.9.2025.

THE ONLY
ONCE-MONTHLY
PCSK9i IN A
PRE-FILLED PEN^{1-3†}



It's
Praluent,
of course.

Soon available:
THE NEW ONCE-MONTHLY PEN¹

Praluent har forhåndsgodkjent refusjon⁴

Praluent – på blå resept med refusjonskriterier⁴

Familier hyperkolesterolemi* FH – sekundærprevensjon **LDL-C >2,6 mmol/l**, FH – primærprevensjon (barn og voksne fra og med 8 år) **LDL-C >3,6 mmol/l**. **Hyperkolesterolemi ved etablert aterosklerotisk sykdom** (sekundærprevensjon)** med en av følgende risikofaktorer: tidligere hjerteinfarkt, med tilbakevendende CV-hendelser, diabetes mellitus **LDL-C >2,6 mmol/l**, uten tilleggssrisiko **LDL-C >3,6 mmol/l**. Krav til tidligere behandling: Refusjon ytes når alirokumab brukes som tillegg til statin og/ eller ezetimib hos pasienter som ikke oppnår LDL-nivåer under grenseverdiene nevnt ovenfor.

†PRALUENT er den eneste PCSK9i som gis én gang i måneden som enkeltinjeksjon i en ferdigfylt penn.⁴

*Gentest må være utført.

**Sekundærprofylakse etter akutt koronarsykdom (hjerteinfarkt, ustabil angina med sykehusinnleggelse), koronar- eller annen arteriell revaskularisering, angina pectoris, iskemisk hjerneslag eller symptomatisk perifer arteriell sykdom.

Se følgende krav.

Spesialistkrav: Forskrivning skal være instituert av spesialist i indremedisin, kardiologi, endokrinologi, geriatri, pediatri, nevrologi eller av lege ved tilsvarende sykehusavdeling.

For brukere som tåler statiner: Høyeste tolererbare dose statin i kombinasjon med ezetimib. For brukere som ikke tåler statiner (statinintoleranse): Minst to forskjellige statiner i laveste dose i kombinasjon med ezetimib.

Intoleranse må dokumenteres i journal av forskrivende lege. Ved absolutt kontraindikasjon mot statiner: ezetimib i monoterapi.

Refusjonskoder ICD: -26 etablert aterosklerotisk sykdom (sekundærprevensjon) og E78 ren hyperkolesterolemi. ICPC: -26 etablert aterosklerotisk sykdom og T93 hyperkolesterolemi.

Referanser:

1. Praluent SPC 02.05.2025 pkt 4.2.
2. Repatha® Basert på SPC godkjent av DMP/EMA: 30.03.2023.
3. Leqvio® Basert på SPC godkjent av DMP/EMA: 30.07.2025.
4. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/blaarev-register/c10ax14-1> (15.05.2025).

MAT-NO-2500321 v1.0 10/2025

Praluent godkjent preparatomtale



SCAN ME

C Praluent «sanofi-aventis»

Lipidmodifiserende middel, humant monoklonalt antistoff (IgG1).
ATC-nr.: C10A X14

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 75 mg/ml, 150 mg/ml og 300 mg/2 ml: Hver ferdigfylt penn inneh.: Alirokumab 75 mg, 150 mg resp. 300 mg, histidin, sukrose, polysorbat 20, vann til injeksjonsvæsker.

PRALUENT er indisert ved: Primær hyperkolesterolemi eller blandet dyslipidemi:

Til voksne med primær hyperkolesterolemi (heterozygot familiær og ikke-familiær) eller blandet dyslipidemi, og hos pediatriske pasienter >8 år med heterozygot familiær hyperkolesterolemi (HeFH) som tilleggssbehandling til diett: I kombinasjon med et statin eller statin med annen lipidsenkende behandling hos pasienter som ikke oppnår LDL-kolesterol (LDL-C)-mål med høyeste tolererte dose av et statin, eller alene eller i kombinasjon med et statin eller statin er kontraindisert. **Påvist aterosklerotisk kardiovaskulær sykdom:** Til voksne med påvist aterosklerotisk kardiovaskulær sykdom for å redusere kardiovaskulær risiko ved å senke LDL-C-nivåene, som tillegg til korreksjon av andre risikofaktorer: I kombinasjon med den maks. tolererte dosen av et statin med eller uten andre lipidsenkende behandlinger, eller, alene eller i kombinasjon med andre lipidsenkende behandlinger hos pasienter som er statinintolerante, eller der et statin er kontraindisert. For informasjon om studieresultater i forhold til effekt på LDL-C, kardiovaskulære hendelser og studerte pasientgrupper, se SPC.

Dosering: Anbefalt dose er 75 mg 1 gang hver 2. uke, 150 mg hver 2. uke eller 300 mg hver 4. uke (månedlig). Alle doser kan brukes som oppstart av behandling. Dosen individualiseres ut fra utgangsnivå av LDL-C, behandlingsmål og respons.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Generelle: Reaksjon på injeksjonsstedet inkl. erytem/rødhet, kløe, hevelse, smerter/ømheter. Hud: Kløe. Luftveier: Tegn og symptomer fra de øvre luftveiene inkl. smerter i orofarynx, rhinoré, nysing. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hud: Nummulært eksem, urtikaria. Immunsystemet: Overfølsomhet, overfølsomhetsvaskulitt. Ukjent frekvens: Generelle: Influensalignende sykdom. Hud: Angioødem. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Brukes med forsiktighet ved alvorlig nedsatt lever- eller nyrefunksjon. **Interaksjoner:** Klinisk relevante interaksjoner forventes ikke. **Pakninger og listepriiser:** 75 mg/ml: 2 stk. kr 4453, 6 stk. kr 13286,60. 150 mg/ml: 2 stk. kr 4453, 6 stk. kr 13286,60. 300 mg/2 ml: 3 stk. kr 13286,60. **Refusjonsprisen er rabattert: Anbudskode: 2580.** For fullstendig informasjon les godkjent FK-tekst eller SPC for Praluent. Praluent «Sanofi» - Felleskatalogen Basert på Praluent SPC godkjent av DMP/EMA 02.05.2025.

sanofi-aventis Norge AS
Pb 133, 1325 Lysaker
Tel.: 67 10 71 00 | www.sanofi.no

sanofi

Revidert regelverk for ph.d.- utdanningen

Utforming og håndheving av regelverket knyttet til ph.d.-utdanningen ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, har vekket oppmerksomhet og debatt. Vi har nå revidert regelverket og mener at de nye reglene bidrar til å sikre kvaliteten i utdanningen, gir kandidatene gode rammer og forutsigbarhet for forskerutdanningen – og støtter opp om norsk fagspråk.

Ph.d.-utdanning er den høyeste akademiske utdanningen og er blant de viktigste oppgavene universitetene har ansvar for.

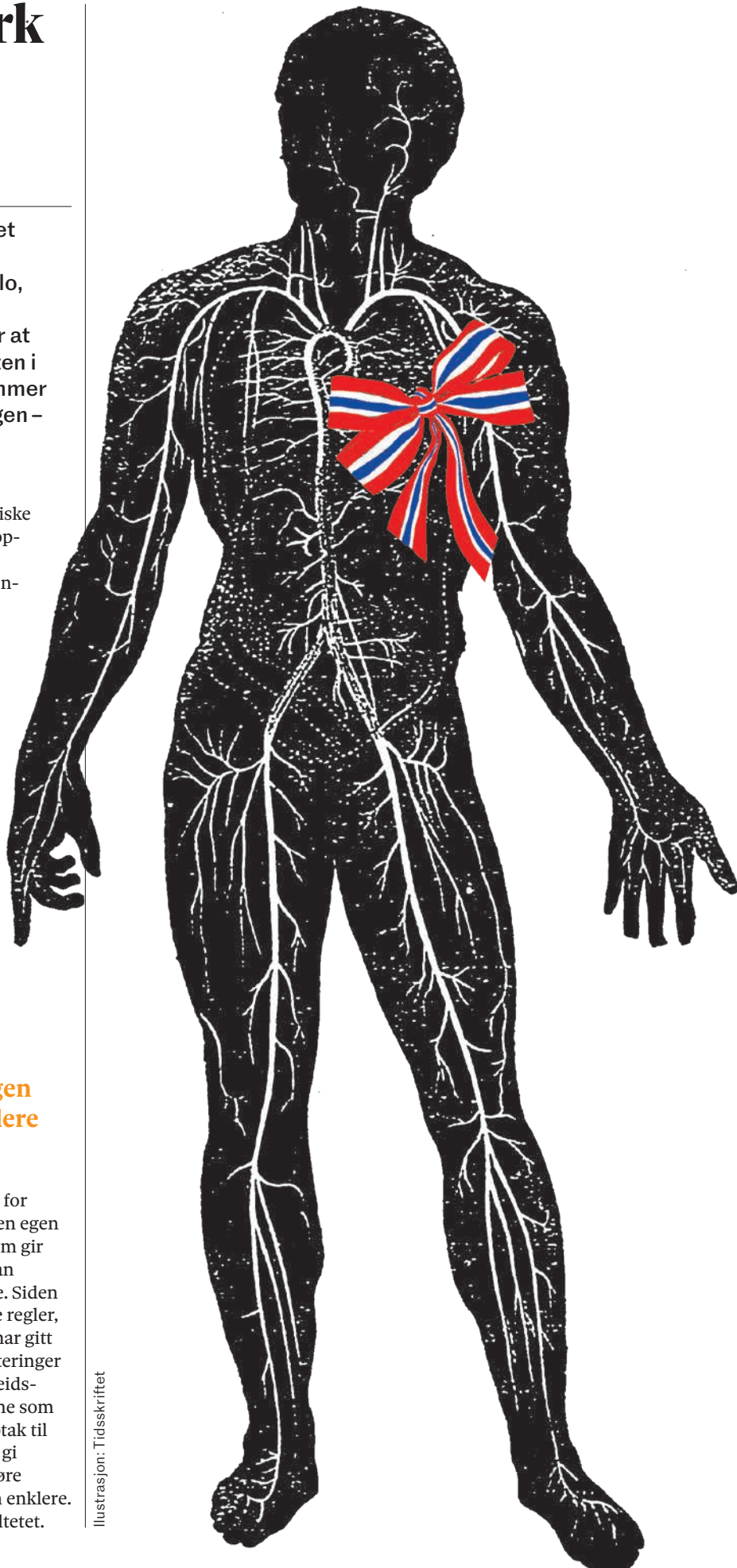
I ph.d.-programmet utdanner vi morgendagens eksperter, forskere og undervisere. Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo har ansvar for Norges største ph.d.-utdanningsprogram med ca. 1 350 kandidater, og hvert år gjennomføres omkring 200 disputaser.

Vårt ph.d.-program skal ha høy kvalitet, både faglig og administrativt, og dette forutsetter kontinuerlig utvikling. Som målestokk forholder vi oss til internasjonale retningslinjer (1) og samarbeider aktivt med de andre medisinske fakultetene i Norge og i Norden (2). Fakultetet har nå oppdatert sine regler for ph.d.-utdanningen etter en grundig prosess. Det har vært stor interesse for denne saken, og vi vil derfor fortelle om prosessen og resultatet av dette arbeidet.

De reviderte reglene skal gi forutsigbarhet for kandidater og veiledere og gjøre saksbehandlingen knyttet til ph.d.-utdanningen enklere

Prosess for revisjon

Universitetsstyret har det overordnede ansvaret for ph.d.-utdanningen og regulerer dette gjennom en egen forskrift. Fakultetene vedtar utfyllende regler som gir kandidater og veiledere god rettleiding i hvordan utdanningen er innrettet i de ulike fagområdene. Siden 2010 har Det medisinske fakultet hatt utfyllende regler, og disse ble sist revidert i 2019. Våre fagmiljøer har gitt en rekke innspill om behov for endringer og justeringer av reglene. Derfor nedsatte vi våren 2023 en arbeidsgruppe med oppdrag å foreslå endringer i reglene som løfter kvaliteten på ph.d.-utdanningen – fra opptak til gjennomført disputas. De reviderte reglene skal gi forutsigbarhet for kandidater og veiledere og gjøre saksbehandlingen knyttet til ph.d.-utdanningen enklere. Dekanaten ønsket bred involvering fra hele fakultetet.



Arbeidsgruppens forslag ble sendt på høring til fakultets institutter, og et digitalt spørreskjema om de vesentligste endringene ble sendt til alle ph.d.-kandidater og vitenskapelige ansatte på fakultetet. Vi mottok omfattende høringssvar fra instituttene og svar på spørreskjemaundersøkelsen fra 367 ph.d.-kandidater og 242 vitenskapelig ansatte. Etter høringsprosessen er det gjort ytterligere justeringer, og forslagene er drøftet i fakultetets organer. Det endelige forslaget ble vedtatt av fakultetsstyret 4. november 2025.

For de øvrige arbeidene i avhandlingen er det ikke spesifikke publiseringskrav. Dette er en justering som åpner for å nå andre fagmiljøer, også gjennom norske indekserte tidsskrifter som publiserer på norsk og engelsk

Vesentlige justeringer

Faglige diskusjoner, opplæring i forskningsmetoder og inkludering i faglige fora er sentralt i forskeropplæringen. Vi har derfor krav om at kandidatene skal være inkludert i en forskningsgruppe ved Universitetet i Oslo eller ved andre forskningsinstitusjoner vi samarbeider med (såkalt residensplikt) i minst ett år (mot tidligere seks måneder). For å sikre ph.d.-kandidatene gode arbeidsvilkår er det normalt krav om tre års finansiering. Tilstrekkelig tid til veiledning av kandidatene skal sikres ved at en veileder normalt ikke skal ha mer enn seks samtidige veilederskap.

Flere fagmiljøer har påpekt at forventningen om å inkludere minst tre artikler i avhandlingen er uheldig i en treårig forskerutdanning og kan stimulere til «salamipublisering». I de nye reglene presiserer vi derfor at arbeidet skal tilsvare et betydelig forskningsbidrag innen fagfeltet og at antall artikler vil variere avhengig av kandidatens involvering, størrelsen og kvaliteten på arbeidene. Kravet i de reviderte reglene er at minst ett arbeid skal være publisert eller akseptert for publisering.

Debatten om å fremme norsk medisinsk fagspråk har vært viktig i arbeidet. I stort er medisinsk forskning internasjonal, og norske forskere bidrar vesentlig til den globale kunnskapen om helse og sykdom. De aller fleste ph.d.-avhandlinger på Det medisinske fakultet leveres på engelsk og med publikasjoner i engelskspråklige tidsskrifter. I de reviderte reglene er det presisert at minst én artikkel skal være publisert eller endelig antatt for publisering i et internasjonalt anerkjent engelskspråklig tidsskrift med fagfelleevaluering på engelsk. For de øvrige arbeidene i avhandlingen er det ikke spesifikke publiseringskrav. Dette er en justering som åpner for å nå andre fagmiljøer, også gjennom norske indekserte tidsskrifter som publiserer på norsk og engelsk.

Språk har også preget diskusjonen om den muntlige doktorgradsprøven som består av prøveforelesning og disputas. Vi forventer at kandidaten kan holde prøveforelesning og kommunisere med komiteen under disputas på engelsk. Fakultetet kan fravike kravet om engelsk språk på disputasen dersom kandidat og komité behersker skandinavisk språk.

Ph.d.-utdanning er viktig

Oppdateringen av de utfyllende reglene er ledd i et omfattende utviklingsarbeid for ph.d.-utdanningen ved fakultetet. Etter en prosessevaluering har vi justert våre

administrative prosedyrer og effektivisert saksbehandlingen. For å styrke opplæring av kandidatene er vi i gang med å fornye kurstilbudet, og en kurspakke i veilederopplæring skal være på plass i 2026.

Kompetanse på ph.d.-nivå trengs for å løse viktige oppgaver og utfordringer i offentlig og privat sektor. Ph.d.-graden er også inngangsporten for å søke vitenskapelige stillinger på universitet og høyskoler. Våre vitenskapelig ansatte gjør en uvurderlig innsats med å forske, undervise studenter og veilede ph.d.-kandidater. Vi arbeider aktivt med å utvikle og forvalte en god forskerutdanning for fremtidens forskere. Slik bidrar vi til fremragende utdanning og forskning til samfunnets beste. ■

Mottatt 28.10.2025, godkjent 30.10.2025.

Grete Anita Dyb

Grete Anita Dyb er spesialist i barne- og ungdomspsykiatri, professor og visedekan for forskning og forskerutdanning ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Magnus Løberg

magnus.loberg@medisin.uio.no

Magnus Løberg er lege, professor og prodekan for studier ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Eli Feiring

Eli Feiring er statsviter, professor og visedekan for bachelor- og masterstudier ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jan Bjålie

Jan Bjålie er lege, professor og prodekan for forskning og innovasjon ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Hanne Flinstad Harbo

Hanne Flinstad Harbo er spesialist i nevrologi, professor og dekan ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Orpheus. Lest 28.10.2025.
- 2 Nordic Doctoral Training in Health Sciences. Lest 28.10.2025.

A black and white photograph of an elderly couple walking away from the camera on a gravel path in a park. The woman on the left is wearing a bright yellow quilted vest over a grey long-sleeved shirt and grey pants. The man on the right is wearing a grey jacket and bright yellow cargo pants. They are holding hands. The background is filled with trees and foliage, creating a soft, natural setting.

FOR YOUR PATIENTS WITH OVERACTIVE BLADDER¹

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

BETMIGA™ (mirabegron) 25 og 50 mg depottabletter

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Basert på SPC godkjent: 22.08.2024.

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

Preparatomtalen kan bestilles kostnadsfritt fra den lokale representanten.

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

Visit Betmiga.no



Tekst: Robert Pedersen Illustrasjon: Tidsskriftet

Bygdas uvurderlige rolle i medisinen

Det moderne helsevesenet fremstår ofte som en høyteknologisk urban institusjon, men uten bygda stopper det helt opp.

Når vi diskuterer helsevesenets bærekraft, er det lett å fokusere på økonomiske rammer, bemanningsutfordringer eller teknologiske fremskritt. Ett grunnleggende aspekt blir ofte oversett: Helsevesenet er fullstendig avhengig av produksjon av råvarer langt utenfor sykehusenes vegger. Den moderne medisinen ville ikke vært mulig uten at noen bor og arbeider på steder som ligger langt fra de store universitetssykehusene og forskningsmiljøene.

Strøm til sykehusene og sikker medisinemballasje

Hovedpoenget her er at noen må lage de varene og produktene vi trenger. Dette foregår ofte på bygda og under radaren for de fleste. Helsevesenets funksjon er strukturelt avhengig av arbeidskraft i råvareproduserende lokalsamfunn, selv om denne sammenhengen sjelden synliggjøres. Dette er ikke en uttømmende forklaring på hvordan ulike produksjonsprosesser foregår, men eksempler som illustrerer viktigheten av lokalsamfunnene.

Noen må bo i Bamble for å produsere plast og polymerer til farmasøytisk innpakning. Uten luft- og fuktett emballasje ville moderne legemidler hatt drastisk kortere holdbarhet, og sikker distribusjon til pasienter ville vært vanskelig (1).

Noen må bo i Mosjøen, hvor aluminiumsverket leverer metall som inngår i kirurgiske instrumenter, anesthesiutstyr og avansert bildediagnostikk (2).

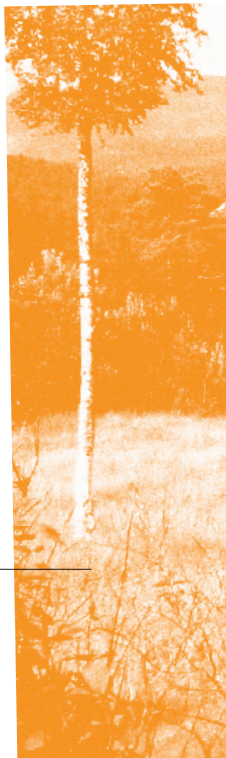
Noen må arbeide på Finnfjord i Finnsnes, der ferrosilicium produseres. Ferrosilicium er en nøkkelkomponent i stål, som utgjør grunnmuren i sykehusbygg, operasjonsstuer, medisinsk utstyr og transportinfrastruktur (3).

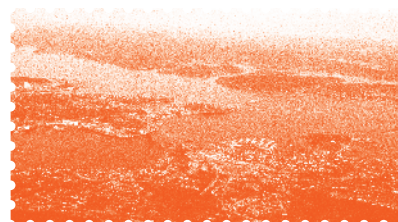
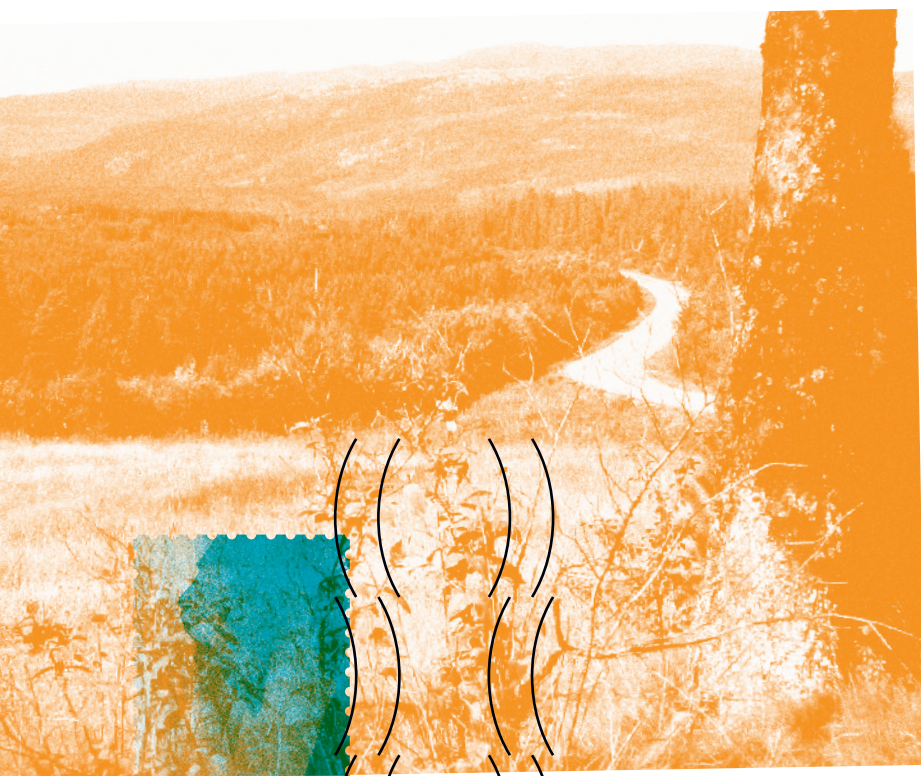
Noen må bo i Sokndal, hvor ilmenitt utvinnes. Mineralet kan bearbeides videre til titandioksid, som gir hvit farge på tabletter og kapsler (4).

Noen må arbeide på Norske Skog i Skogn, der papirindustri lager papir som kan brukes til brosjyrer, bruksanvisninger og innpakking (5).

Noen må bo i Mo i Rana, hvor armeringsjern produseres av resirkulert skrapjern for å muliggjøre bygningskonstruksjoner i sykehus og helsestasjoner (6). —>

Den moderne medisinen ville ikke vært mulig uten at noen bor og arbeider på steder som ligger langt fra de store universitetssykehusene og forskningsmiljøene





Bildeunderlag: Beagle84 / CC BY-SA 2.0.
Orcaborealis - Helga, Henrik / CC BY-SA 3.0,
via Wikimedia Commons.



Skal helsevesenet være bærekraftig og robust for alle, må vi erkjenne avhengigheten av lokalsamfunnene samtidig som vi sikrer at de som bor og arbeider der, får like gode helse-tjenester som resten av befolkningen

Noen må bo i Alta, eller et annet sted med lignende geologi, der nefelinsyenitt utvinnes. Mineralet brukes i glass og keramikk, som inngår i laboratorieutstyr og legemiddelproduksjon (7).

Noen må bo på steder som i Namdalen, hvor vannkraftverkene produserer strøm som holder sykehusene i gang. Elektrisitet er selve blodåren i moderne medisin. Uten strøm stopper intensivavdelinger, bildediagnostikk og kjøleanlegg for legemidler (8). Strøm er helt essensielt for alle deler av samfunnet – fra matproduksjon og industri til helsevesen og dagligliv. Når strømprisen øker, blir kostnadene ved å produsere mat, drive fabrikker og levere tjenester høyere. Dette fører til at prisene på nesten alt vi bruker i hverdagen også stiger. Dermed påvirker dyrere strøm alle økonomisk, men det påvirker også folkehelsen når det gjør viktige varer mindre tilgjengelige for mange (9).

I Namdalen produseres også sikteduker til bruk i pukkverkene (10), noe som gjør det mulig å sortere grus og stein i riktige fraksjoner. Uten dette stopper betongproduksjon, jernbanebygging og sykehusbygging opp. Pukkverk er grunnlaget for både byer og sykehus.

Et annet eksempel er kalksteinsutvinningen i Tromsdalen i Verdal, hvor Verdalskalk AS driver en forekomst av kalsiumkarbonat (CaCO_3) (11). Denne råvaren videreføres til en rekke produkter med direkte relevans for det moderne liv, inkludert helsesektoren. Det er kalk i næringsmidler og tabletter, presipiterte kalsiumkarbonater (PCC) som fyllstoff i medisinsk emballasje, samt kalkprodukter til vannrensing for folk flest, inkludert sykehus. Det er tilsetningsstoffer i plast og gummi til medisinsk engangsutstyr. For at disse verdikjedene skal fungere, er det avgjørende at mennesker faktisk bor og arbeider i Verdal som maskinførere, sprengningsarbeidere, prosessoperatører og havnearbeidere.

Spørsmålet om gjensidighet

Arbeidere ved fabrikker og kraftverk i Bamble, Mosjøen, Finnfjord, Sokndal, Skogn, Mo i Rana og Alta utsettes for miljøbelastninger, skiftarbeid og helserisikoer som i seg selv krever robuste lokale helsetjenester. Finnes det sykehus i Mosjøen som kan behandle flus-syreskade ved aluminiumsfabrikken? Fiskere jobber under tøffe værforhold og er blant yrkesgruppene med høyest risiko for alvorlige ulykker og yrkesskader, inkludert fall over bord, klemskader og langvarige muskel- og skjelett-plager (12). I tillegg er bønder en yrkesgruppe med betydelig yrkesrelatert helsefare, særlig knyttet til eksponering for plantevernmidler (13, 14). Små lokalsamfunn har ofte sårbare helsetjenester som lett kan nedprioriteres i en tid med sentralisering og effektivisering.

Robusthet i by og bygd

Plast, metaller, mineraler, strøm, emballasje, mat og infrastruktur er like grunnleggende som medisinsk kunnskap og teknologi. Skal helsevesenet være bærekraftig og robust for

alle, må vi erkjenne avhengigheten av lokalsamfunnene samtidig som vi sikrer at de som bor og arbeider der, får like gode helsetjenester som resten av befolkningen. Byen muliggjør forskning, spesialisering, ledelse og helt nødvendig administrasjon. Bygda produserer de grunnleggende ressursene som helsevesenet ikke kan fungere uten. Nicholas Nassim Taleb skriver i sin bok *Antifragile* at desentralisering kan redusere systematisk skjørhet (15). Full sentralisering vil antageligvis gjøre samfunnet mer sårbart, både når det gjelder daglig drift og i krisesituasjoner. ■

Mottatt 10.9.2025, første revisjon innsendt 4.10.2025, godkjent 6.10.2025.

Robert Pedersen

robert.pedersen@hnt.no

Robert Pedersen er spesialist i anestesi og overlege ved Sykehuset Levanger. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 INEOS. Polyeten. Lest 3.9.2025.
- 2 Alcoa. Alcoa i Norge. Lest 3.9.2025.
- 3 Finnfjord. Teknologi og kompetanse. Lest 3.9.2025.
- 4 Haraldsen H, Sonnenberg CB. Titandioksid. Store norske leksikon. Lest 3.9.2025.
- 5 Norske skog. Produkter. Lest 3.9.2025.
- 6 Oslo Havn KF. Skrapavfallet blir til armeringsjern i huset ditt. Lest 3.9.2025.
- 7 Gruve.info. Nefelin – Der ingen skulle tru. Lest 3.9.2025.
- 8 Norges vassdrags- og energidirektorat. Tunnsjødal-Strinda. Lest 3.9.2025.
- 9 Statistisk sentralbyrå. Effects of changes in electricity prices on the power-intensive industries and other sectors in Norway towards 2030. Lest 9.9.2025.
- 10 Siktedukfabrikken. Lest 3.9.2025.
- 11 Franzefoss Minerals. Verdalskalk. Tromsdalen Quarry. Lest 3.9.2025.
- 12 Kastner T, Chaudhary A, Gingrich S et al. Global agricultural trade and land system sustainability: Implications for ecosystem carbon storage, biodiversity, and human nutrition. *One Earth* 2021; 4: 1425–43.
- 13 Mostafalou S, Abdollahi M. Pesticides and human chronic diseases: evidences, mechanisms, and perspectives. *Toxicol Appl Pharmacol* 2013; 268: 157–77.
- 14 Gunnarsson LG, Bodin L. Occupational Exposures and Neurodegenerative Diseases-A Systematic Literature Review and Meta-Analyses. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16: 337.
- 15 Taleb NN. *Antifragile: Things That Gain from Disorder*. New York, NY: Random House, 2012.

allente

TV for bedrifter

Vis at dere bryr dere om pasientenes opplevelse – en liten detalj som TV på venterommet kan utgjøre en stor forskjell.

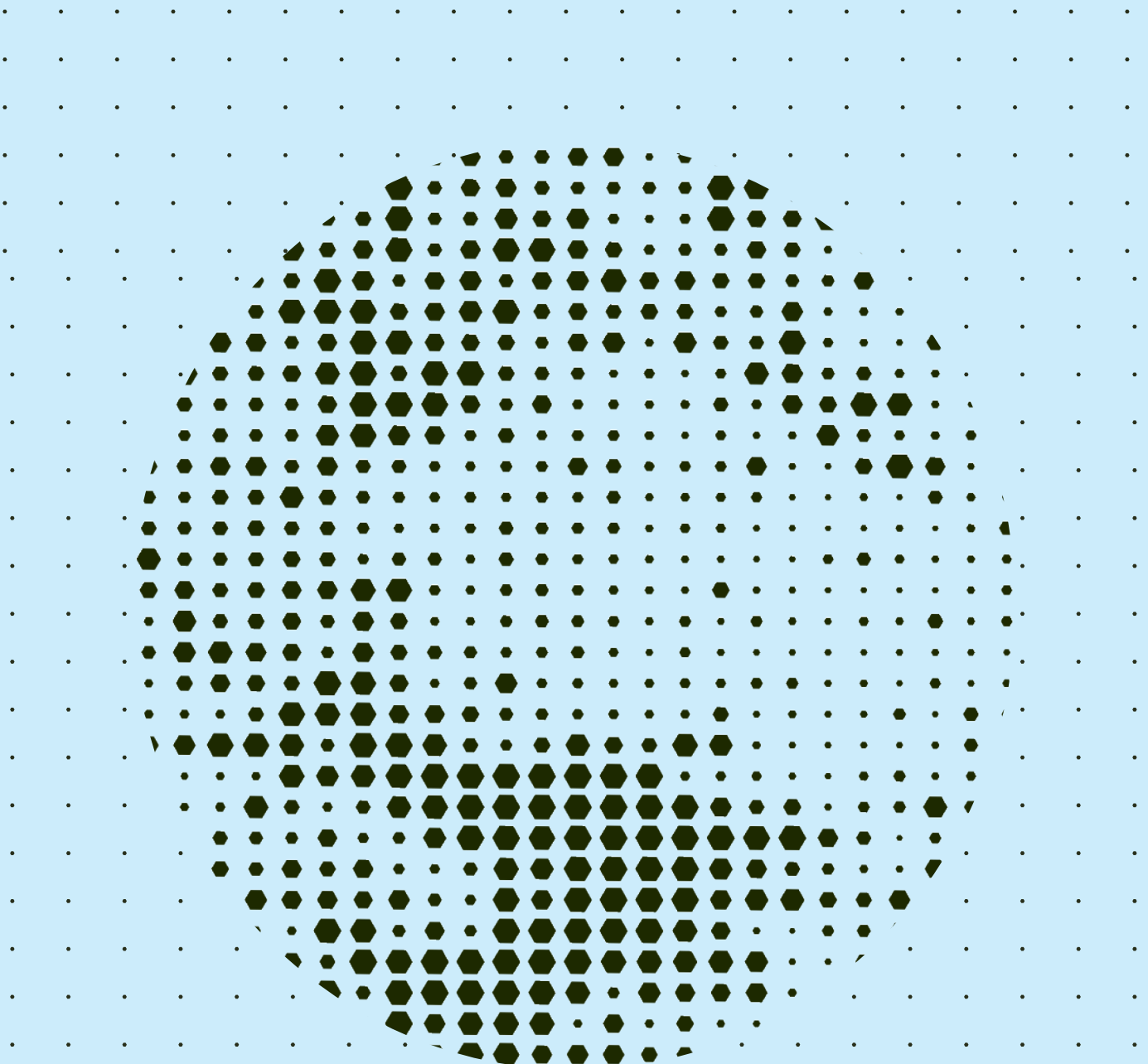


Hvordan dere kan få
Allente til deres bedrift?
Scan og finn det ut her:



Nytt om legemidler

Beholder ibuprofen i butikk. Hormonlegemidler og sekundær eksponering. PCSK9-hemmeren Repatha er førsterangert og skal vurderes først for alle nye pasienter.



Beholder ibuprofen i butikk

Ibuprofen skal brukes med forsiktighet, men kan være et alternativ hos pasienter uten risikofaktorer. Salg i butikk sikrer valgfrihet og tilgang, både utenom apotekets åpningstid og når man er langt fra apotek.

DMP har gjennomført en høring om endringer i listen over legemidler som kan selges utenom apotek (1).

Flere foreninger, inkludert Legeforeningen, ønsker å fjerne ibuprofen fra dagligvarebutikker og bensinstasjoner (2). Begrunnelsen er økt forbruk av smertestillende blant barn og unge, lav kunnskap om korrekt bruk av ibuprofen, samt risiko for alvorlige bivirkninger hos personer med ulike helsetilstander.

Ikke spesifikt for butikk

DMP mener at økende bruk av smertestillende hos unge ikke er en problemstilling som kun gjelder ibuprofen (3).

Salget av ibuprofen i butikk har vært stabilt de 20 siste årene. Det er heller ikke vist at salg utenom apotek har ført til flere alvorlige bivirkninger og feilbruk av ibuprofen. DMP mener derfor at effekten av å fjerne ibuprofen fra dagligvarebutikk og bensinstasjoner er høyst usikker, og at andre tiltak vil være mindre inngripende og mer treffsikre.

Advarsel på pakningen

DMP deler bekymringen for bruk av ibuprofen hos risikogrupper, og ønsker derfor å styrke folks evne til å bruke ibuprofen riktig. Vi har forsterket våre budskap og advarer mot feilbruk. Det kommer også en tydeligere advarsel på pakningen. Dette formidler vi i media, sosiale medier og via helsetjenesten.

Leger har en nøkkelrolle i å bidra til riktig bruk blant sine pasienter. Ved behov for smertestillende er paracetet førstevalget. Blant de som skal unngå ibuprofen er gravide, eldre, pasienter med hjerte- og eller nyresvikt og de som bruker mange medisiner.

Referanser:

- [1. https://www.dmp.no/nyheter/gjennomgang-av-lua-list-en---horing-avsluttet](https://www.dmp.no/nyheter/gjennomgang-av-lua-list-en---horing-avsluttet)
- [2. https://www.dmp.no/contentassets/03b66ff79f214bb799345f91553a44ca/den-norske-tannlegeforening-norges-famaceutiske-forening-norsk-forening-for-allmenntidning-innspill-til-horing---lua-listen.pdf](https://www.dmp.no/contentassets/03b66ff79f214bb799345f91553a44ca/den-norske-tannlegeforening-norges-famaceutiske-forening-norsk-forening-for-allmenntidning-innspill-til-horing---lua-listen.pdf)
- [3. https://www.dmp.no/nyheter/holder-ibuprofen-i-butikk](https://www.dmp.no/nyheter/holder-ibuprofen-i-butikk)

Nytt om legemidler

PCSK9-hemmere

Som resultat av anbudskonkurransen høsten 2024, har både Repatha og Praluent fått forhånds-godkjent refusjon. **Vi minner om at Repatha er førsterangert og skal vurderes først for alle nye pasienter.**

Les mer på dmp.no



Hormonlegemidler og sekundær eksponering

Det er en kjent risiko at hormonlegemidler som sprayer eller smøres på huden kan påvirke personer pasienten har nærkontakt med. Ved tett hudkontakt kan hormonene overføres til andre. Dette står blant annet i pakningsvedlegget.

DMP har mottatt noen få bivirkningsmeldinger om påvirkning av andre ved bruk av østrogenspray og -gel.

Risikoen for sekundær eksponering er lav, men det er likevel viktig at pasienter som bruker disse legemidlene er oppmerksomme.

Råd til leger:

Informere pasienter om risikoen og nødvendige tiltak for å hindre eksponering. Som for eksempel:

- Vaske hender etter påføring.
- Unngå at nærkontakter, som barn, kommer i direkte kontakt med påført hudområde.
- Dekke til påført hudområde, for eksempel ved å bruke genser.

Meld fra ved mistanke om bivirkninger og sekundær eksponering på melde.no

Molekylære drivere av artrose

Forandringer i subkondralt benvev kan være patogenetisk viktig for utviklingen av artrose.

Med en stadig eldre befolkning øker forekomsten av artrose – en sykdom med begrensede behandlingsmuligheter. Ligger det spesifikke molekylære drivere bak utviklingen av artrose?

I en studie av subkondralt vev fra mus og mennesker ble det gjort enkeltcelle-RNA-sekvensering av ulike celletyper (1). Snittene og RNA-transkriptomene ble analysert med bioinformatisk verktøy for å sette genuttrykk i sammenheng med spesifikke celletyper, vevstyper og patologi i subkondralt benvev. Sykdomsutviklingen i benvevet viste seg å bli drevet av mesenkymale stamceller i samspill med proteinet epiregulin og epidermale vekstfaktorreseptorer. In vitro-forsøk viste at epiregulin fremmer cellealdning og overaktiv benproduksjon i subkondralt benvev. Forsøk med mus bekreftet at genetisk fravær eller hemming av epiregulin reduserte stamcellealdning, dempet benfortetning og bremset sykdomsutviklingen.



Illustrasjonsfoto: Jacques Hugo / iStock

– De klassiske komponentene ved artrose er degradering av leddbrusken, utvikling av osteofytter og sklerosering av subkondralt benvev, sier Jan E. Brinchmann, seniorforsker ved Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin ved Oslo universitetssykehus.

– Det er uklart hvilke molekylære mekanismer som setter i gang denne prosessen, men vedvarende inflammasjon er en viktig faktor. Man har trodd at prosessen først og fremst påvirker leddbrusk, men denne og andre studier tyder på at forandringer i subkondralt benvev kan være patogenetisk viktig, sier han.

– Studien har brukt avanserte genuttryksanalyser av subkondralt benvev for å identifisere molekylære drivere for artrose, med vekt på gener som er høyere uttrykt i vev fra langtkommen artrose sammenliknet med tidlig artrose. Dette kan potensielt være et problem, ettersom molekylære som setter prosessen i gang, kan være høyere uttrykt tidlig i sykdomsforløpet. Molekylære som er høyt uttrykt i senere faser, kan derimot være et resultat av prosessen, altså et sekundært fenomen, og ikke primære drivere, sier Brinchmann. ■

Ruth Halsne

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Li PL, Tang J, Li XT et al. Multiomic identification of senescent stem cell populations critical for osteoarthritis progression and therapy in subchondral bones. *Sci Adv* 2025; 11: eadu2294.

Monoklonal immunrespons ved heparinindusert trombocytopeni

Ny studie utfordrer oppfatningen om at immunresponsen ved heparinindusert trombocytopeni er polyklonal.

Heparinindusert trombocytopeni er en immunmediert heparinbivirkning som gir lavt blodplattetall og risiko for trombotiser. Bivirkningen skyldes antistoffer mot platefaktor 4 (PF₄) og heparin og er blitt beskrevet som en polyklonal immunrespons.

I en kanadisk studie ble antistoffer mot PF₄-heparin-komplekset fra ni pasienter med verifisert heparinindusert trombocytopeni undersøkt for klonalitet med ulike immunologiske metoder (1). Serum fra alle pasientene inneholdt plateaktiverende antistoffer mot PF₄-heparin, og monoklonale antistoffer ble påvist ved immunfiksasjonselektroforese hos seks pasienter. Massespektroskopi viste monoklonalitet av affinitetsrensede antistoffer mot PF₄-heparin i serum fra alle pasientene. Ytterligere undersøkelser viste tap av bindingsevne i serum uten antistoffer mot PF₄-heparin. Epi-

topkartlegging utført hos to pasienter bekreftet at affinitetsrensede antistoffer hadde samsvarende mønster med anti-PF₄-heparin-antistoffer fra ubehandlet serum.

– Denne viktige studien gir ny innsikt i patogenesen ved heparinindusert trombocytopeni og har implikasjoner for både diagnostikk og behandling av denne sjeldne tilstanden, sier Ingvild Hausberg Sørvoll, som er overlege ved Nasjonal behandlingstjeneste for avansert trombocytimmunologi ved UiT Norges arktiske universitet.

– Alle pasientene i studien hadde et monoklonalt antistoffmønster, men fem av ni hadde også heparinuahengige antistoffer – i motsetning til klassisk heparinindusert trombocytopenisk sykdom, der responsen er heparinavhengig og mer ligner en autoimmun eller vaksineindusert reaksjon, sier Sørvoll. Forskerne bak studien mener at en underliggende monoklonal antistoffkomponent kan være sykdomsdrivende, men er «skjult» under den ofte dominerende polyklonale responsen.

Immunresponsen ved heparinindusert trombocytopenisk sykdom er kjent å være polyklonal, med både patogene og ikke-patogene antistoffer. Dette står i kontrast til vaksineindusert trombotisk trombocytopeni, hvor responsen er monoklonal eller oligoklonal og krever en litt annen behandling (2).

– Den nye kanadiske studien viser at utredningen av pasienter med heparinindusert trombocytopeni også bør omfatte heparinuahengige antistoffer og funksjonell testing som sier noe om antistoffenes patogenisitet, dvs. evne til å aktivere og aggregere blodplater. Slike tester utføres allerede ved vår nasjonale behandlingstjeneste for avansert trombocytimmunologi i Tromsø, sier Sørvoll. ■

Petter Gjersvik

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Treverton J, Arnold DM, Ivanov DG et al. Monoclonal Antibodies in the Pathogenesis of Heparin-Induced Thrombocytopenia. *N Engl J Med* 2025; 393: 879–86.
- 2 Schultz NH, Sørvoll IH, Michelsen AE et al. Thrombosis and Thrombocytopenia after ChAdOx1 nCoV-19 Vaccination. *N Engl J Med* 2021; 384: 2124–30.



Majed Mohammed Zarab døde av underernæring, kun én måned gammel. Her fra hans gravferd, 16.9.2025, ved Nasser Hospital, Khan Yunis, Gaza.
Foto: AA/ABACA/NTB

Dokumentert underernæring hos barn i Gaza

Krigen i Gaza har ført til en betydelig økning av barn med alvorlig underernæring.

Krigen i Gaza de siste to årene har ført til fordrivelse av familier, uforutsigbar og utilstrekkelig tilgang på mat, underernæring og dødelighet. Omfanget og utviklingen av akutt underernæring hos barn er nå kartlagt og analysert i en nylig publisert studie i *The Lancet* (1).

Omkretsen av overarmene på barn brukes som mål på lav muskelmasse, tap av muskelmasse og generell ernæringsstatus. I studien samlet man data om overarmsomkretsen til nesten 220 000 barn ved 104 helseenheter ved skoler og

teltleirer fra januar 2024 til august 2025. I flere perioder med blokade var det en betydelig økning i antall barn med akutt underernæring. I perioden mai–august 2025 hadde Gaza lite tilgang til humanitær hjelp, og rundt 16 % av barna som ble undersøkt, var da rammet av akutt underernæring. Ellers varierte prevalensen mellom 5 % og 14,3 % fra måned til måned. Andelen med alvorlig underernæring økte fra 0,7 % i januar 2024 til 3,7 % i august 2025.

– Alvorlig underernæring gir tredoblet dødelighet av akutt sykdom. Dette gjør tilgangen på mat for barn i en konflikt svært viktig, sier Ketil Størdal, som er professor i barnesykdommer på Universitetet i Oslo og overlege på Oslo universitetssykehus.

– Dødstallene fra Gaza har i stor grad handlet om de som dør i krigshandlinger, mens dødeligheten som en indirekte konsekvens av underernæring og mangel på helsehjelp har så langt fått langt mindre oppmerksomhet på grunn av manglende data, sier han.

– Det er imponerende at FNs hjelpeorganisasjon for palestinske flyktninger i Midtøsten har samlet inn data midt i en brutal krig, sier Størdal.

– I studien ble nesten to tredeler av alle barn under fem år i Gaza undersøkt. Likevel er utvalget noe skjevt fordi det finnes lite data fra Nord-Gaza, der situasjonen er verst. Studien bekrefter rapporter fra hjelpeorganisasjonene om at høyprofilerte flydropp og militarisert forsyning ikke har nådd de aller mest sårbare: de minste barna, påpeker han. ■

Martine Fimreite Wilhelmsen

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Horino M, Al Najjar S, Tabaza A et al. Assessment of malnutrition in preschool-aged children by mid-upper arm circumference in the Gaza Strip (January, 2024–August, 2025): a longitudinal, cross-sectional, surveillance study. *Lancet* 2025; doi: 10.1016/S0140-6736(25)01820-3.

Blodtrykksmedisin mot migrene

Kandesartan, en angiotensin II-reseptorblokker, kan redusere antall dager med migrene, viser en norsk multisenterstudie.

Kandesartan er en angiotensin II-reseptorblokker som ofte brukes i behandling av høyt blodtrykk, med få bivirkninger. Mindre observasjonsstudier har antydnet at kandesartan også kan ha en forebyggende effekt mot migrene. En norsk studie, som nylig er publisert i *Lancet Neurology*, viser at middelet har dokumentert effekt ved episodisk migrene (1).

Studien ble gjennomført ved ni sykehus i Norge og ett i Estland, og omfattet 457 voksne pasienter med episodisk migrene. Pasientene ble randomisert til å få enten 8 eller 16 mg daglig dose med kandesartan eller placebo. Etter 9–12 uker rapporterte begge kandesartan-gruppene en signifikant reduksjon i antall dager med migrene og mindre bruk av triptaner.

Studien er finansiert av Norges forskningsråd, gjennomført i samarbeid mellom sykehus over hele landet og organisert av Norsk senter for hodepineforskning, NorHead. Dette er et nasjonalt

forskningscenter som samler ledende fagmiljøer innen hodepineforskning, og som arbeider for å forbedre diagnostikk, behandling og forebygging av hodepinesykdommer.

– Vi tror disse resultatene kan påvirke internasjonale retningslinjer for behandling av migrene, og at kandesartan kan bli anbefalt som et førstevalgspreparat, sier Lise Rystad Øie, som er førsteforfatter av studien.

– Samtidig arbeider vi med å få kandesartan tatt inn på Verdens helseorganisasjons liste over essensielle medisiner. Dette vil kunne bidra til at kandesartan blir tilgjengelig for mennesker med migrene også i lav- og mellominntektsland. Migrene rammer særlig unge mennesker, de fleste i arbeidsløst alder, og det er vesentlig at de får medisin som tolereres godt. Kandesartan har god effekt, få bivirkninger og er relativt billig. I Norge håper vi at kandesartan snart kan bli forskrevet ved migrene på blå resept, sier Øie. ■

Martine Fimreite Wilhelmsen

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Øie LR, Wergeland T, Salvesen Ø et al. Candesartan versus placebo for migraine prevention in patients with episodic migraine: a randomised, triple-blind, placebo-controlled, phase 2 trial. *Lancet Neurol* 2025; 24: 817–27.

Illustrasjonsfoto: Science Photo Library / NTB



Inhalatorer påvirker miljøet

Forskrivningsendringer kan gi betydelige reduksjoner i klimaavtrykket fra inhalatorer.

Klimaavtrykket fra doseringsinhalatorer med inhalasjonsaerosol er høyere enn fra pulverinhalatorer, og i Norge har vi egne mål om å unngå inhalasjonsaerosol der det er mulig. En studie som viser sammenhengen mellom utviklingen i klimagassutslipp over tid og antatt påvirkning fra inhalatorer, er nylig publisert i tidsskriftet *JAMA* (1).

Utslipp målt i CO₂-ekvivalenter fra inhalatorer forskrevet til pasienter i helsevesenet for amerikanske veteraner sank betydelig fra 2008 til 2014: fra estimert rundt 300 000 tonn CO₂-ekvivalenter til rundt 134 000 tonn. Reduksjonen frem til 2014 sammenfaller med utfasingen av ozonnedbrytende stoffer. En ytterligere reduksjon på over 100 000 tonn CO₂-ekvivalenter i 2021 sammenfaller med en prioritering av pulverinhalatorer fremfor inhalasjonsaerosoler i USA. Etter 2008 sank klimagassutslipp fra forskrevne inhalatorer med over 200 000 tonn CO₂-ekvivalenter, noe som tilsvarer en reduksjon på 68 %. Justert for økt pasienttall var reduksjonen på hele 76 % per pasient.

– Denne studien viser at overgangen fra inhalatorer med inhalasjonsaerosol til pulverinhalatorer gir store miljøgevinst, sier Lena Bugge Nordberg, som er overlege og forsker ved Revmatologisk avdeling på Diakonhjemmet. Hun arbeider også med å integrere klima- og miljøhensyn i klinisk praksis og forskning.

– Disse tallene viser at helsevesenet kan redusere sine klimagassutslipp betydelig uten at det går på bekostning av pasientbehandlingen, sier hun.

– Klima- og miljøavtrykk bør vektlegges der behandlingsalternativer har samme nytte for pasienten, sier Nordberg, som understreker at vi trenger mer og bedre kunnskap om miljøpåvirkningen av helseintervensjoner for å ta bærekraftige valg i klinisk praksis. ■

Martine Fimreite Wilhelmsen

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Weppner GW, Singh H, Boyd J et al. A Longitudinal Assessment of Greenhouse Gas Emissions From Inhaler Devices in a National Health System. *JAMA* 2025; doi: 10.1001/jama.2025.15638.

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

Andjelia Ruzic*¹
Kamilla Kollen Larsen*¹
Torgeir Thorson Søvik²

Nanna von der Lippe³
Helga Gudmundsdottir³
Cecilie Jacobsen⁴
Magnus Hølmo Fasting²
magfas@ous-hf.no

1 Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo
2 Avdeling for gastro- og barnekirurgi, Oslo universitetssykehus
3 Avdeling for nyremedisin, Oslo universitetssykehus
4 Poliklinikk for peritoneal dialyse, Avdeling for nyremedisin, Oslo universitetssykehus

Peritonealt dialysekateter ved nyresvikt – en retrospektiv studie

Bakgrunn og formål

Peritoneal dialyse er et behandlingsalternativ ved dialysekrevede nyresvikt. For å gjennomføre behandlingen kreves anleggelse av et peritonealt dialysekateter. Formålet med studien var å gjennomgå bruk av denne metoden ved Oslo universitetssykehus, Ullevål og evaluere kvaliteten av denne behandlingen.

Materiale og metode

Pasienter som fikk anlagt peritonealt dialysekateter for første gang i tidsrommet 1.1.2017–31.12.2022 ved sykehuset og som var registrert i Norsk nyreregister, ble inkludert i studien. Perioperative data og opplysninger om kateterfunksjon ble hentet fra journal og sammenlignet med internasjonale kvalitetsindikatorer.

Resultater

172 pasienter fikk anlagt kateter i tidsrommet vi undersøkte. Median pasientalder ved operasjonstidspunktet var 65 år (interkvartilbredde 48–74), og 110 (64 %) var menn. Hypertensjon og diabetes utgjorde hovedårsaken til nyresvikt hos 96 (56 %) av pasientene. 167 (97 %) av kateterinnleggelsene ble utført som elektive inngrep. Median postoperativ liggetid var 1 dag (1–5 dager). Innen 30 dager ble det registrert infeksjon ved kateterutgangen hos 18 pasienter (11 %) og peritonitt hos seks (4 %). Fire pasienter (2 %) ble reoperert innen 30 dager på grunn av infeksjon eller blødning. Den kumulative andelen av katetre som fungerte etter 12 måneder var 81 %.

Fortolkning

Forekomsten av komplikasjoner etter anleggelse av peritonealt dialysekateter ved Oslo universitetssykehus, Ullevål i studieperioden var i stor grad sammenlignbar med internasjonale kvalitetsindikatorer. Unntaket var høyere forekomst av infeksjon ved kateterutgangen.

Hovedfunn

172 pasienter, hvorav 64 % menn, fikk i perioden 2017–22 anlagt peritonealt dialysekateter ved Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Hos 56 % var hovedårsaken til nyresvikten hypertensjon eller diabetes.

Fire pasienter måtte reopereres innen 30 dager grunnet infeksjon eller blødning.

Den kumulative andelen katetre som fungerte etter 12 måneder, var 81 %.

	Crabtree's kliniske mål, %	Katetre anlagt ved Ullevål, % (antall) ²
Kateteroverlevelse etter 12 måneder	> 80 ¹	81
Infeksjon ved kateterutgangen innen 30 dager	< 5	11 (18)
Peritonitt innen 30 dager	< 5	4 (6)
Transfusjonskrevede blødning	< 1	1 (1)
Perforasjon av hulorgan	< 1	1 (2)

Tabell 1 Resultater fra anleggelse av peritonealt dialysekateter ved Oslo universitetssykehus, Ullevål i tidsrommet 1.1.2017–31.12.2022 (N = 172), sammenlignet med kvalitetsindikatorer fra Crabtree og medarbeidere (10).

- > 80 % kateteroverlevelse gjelder ved bruk av åpen teknikk. Tilsvarende gjelder > 95 % ved bruk av avansert laparoskopisk teknikk.
- 170 pasienter (99 %) gjennomgikk åpen prosedyre, hvorav 13 (8 %) ble konvertert til laparoskopi. To ble primært operert med laparoskopisk teknikk.

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.



Tekst: Egil Hafstad Gleditsch et al.

Peritonealt dialysekateter – behov for mer enhetlig kirurgisk praksis

Retrospektive kvalitetsdata gir oss et verdifullt innblikk i praksisen rundt kirurgisk anleggelse av peritonealt dialysekateter. Her trenger vi tydeligere ansvarsfordeling og struktur.

Ruzic og medarbeidere presenterer nå i Tidsskriftet resultatene fra en retrospektiv kvalitetsstudie av kirurgisk anleggelse av peritonealt dialysekateter ved Oslo universitetssykehus i perioden 2017–22 (1). Forfatterne skal ha ros for å dele verdifulle data om komplikasjonsrate, kateterfunksjon og operatørvolum.

Bruken av peritonealdialyse i Norge har variert over tid og mellom helseregionene. I 2012 utgjorde dem som fikk peritonealdialyse om lag 16 % av dialysepasientene på nasjonalt nivå (2). Etter innføringen av nasjonale mål om økt hjemmedialyse i 2017 har andelen gradvis økt, og 24 % av norske dialysepasienter mottok hjemmebehandling i form av peritonealdialyse i 2023 (2). Det finnes imidlertid tydelige regionale forskjeller. Helsedirektoratet rapporterer at i første tertial 2025 fikk 27 % av pasientene hjemmedialyse (inkludert hjemmememodialyse). Andelen for Helse Midt-Norge, Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest er henholdsvis 20 %, 27 %, 32 % og 15 % (3). Av de 555 pasientene som startet nyreerstattende behandling i løpet av 2023, startet 55 % med hemodialyse, 35 % med peritonealdialyse og 10 % ble transplantert uten forutgående dialyse. Således er fokus på kateteroverlevelse ved peritonealdialyse tidsriktig og viktig i årene som kommer.

Det må antas at Oslo universitetssykehus ikke har vært fornøyd med resultatene, ettersom sykehuset allerede har gjort forandringer med hensyn til organiseringen av kirurgien

Mens det er nefrologene som styrer indikasjonen for peritonealdialyse og oppfølging av behandlingen, så er det en kirurgisk oppgave å operere dialysekateteret på plass i bukhulen. Det er interessant å reflektere over hvordan valg av kirurgisk teknikk ved innlegging av

kateteret ser ut til å balansere mellom praktiske hensyn og ønske om best mulig pasientutfall. Laparoskopisk teknikk gir bedre oversikt og presisjon, noe som kan redusere komplikasjoner og sikre korrekt plassering av kateteret. Samtidig er det forståelig at begrensede operasjonsressurser og anestesikapasitet ved mange sykehus påvirker valget av metode.

I denne sammenhengen er det naturlig å spørre seg hvordan kloke valg-prinsippene bør anvendes. Skal de først og fremst bidra til å minimere ressursbruk, eller bør de også utfordre oss til å heve ambisjonsnivået for pasientbehandlingen? Kloke valg handler ikke bare om å gjøre mindre, men om å gjøre det som er riktig – for den enkelte pasient, på rett tidspunkt, med rett metode. Bør en suksessrate på 80 % anses som godt nok? Er det riktig å la organisatoriske begrensninger definere hva som anses som akseptabel behandling? Kanskje vi heller burde spørre oss hva som er best for pasienten og om vi i større grad bør tilstrebe en praksis der 95 % kateteroverlevelse er normen, ikke unntaket. Argumentet om at kortvarig narkose utgjør en betydelig risiko for pasienten, kan også diskuteres. For mange vil et 30–40 minutters laparoskopisk inngrep være fullt forsvarlig – og for noen kanskje det som gir best langtidsresultat.

Internasjonale retningslinjer for peritonealdialyse anbefaler at 30-dagersinsidensen for både infeksjon ved kateterutgangen og peritonitt skal være under 5 % (4). I dette materialet fant man infeksjon ved kateterutgangen hos 11 % og peritonitt hos 4 % av pasientene. Som forfatterne diskuterer, er det vanskelig å skille mellom klinisk sikker infeksjon og kolonisering eller lett rubor ved kateterutgangen. Infeksjoner ved kateterutgangen utgjør en viktig risikofaktor for peritonitt og katetersvikt, og disse bør følges opp med lav terskel for intervensjon for å sikre kateterfunksjon og unngå avslutning av peritonealdialyse (4). De nyeste internasjonale retningslinjene har tydeliggjort kriterier for og monitorering av kateterrelaterte infeksjoner samt skjerpet anbefaling om tiltak som kan redusere tidlig kateterrelatert infeksjon (5, 6). —>

Anleggelse av peritonealt dialysekateter hører ikke naturlig inn under noen av de kirurgiske hovedspesialitetene. Hvem som utfører den kirurgiske prosedyren, varierer fra sykehus til sykehus. I studien utførte totalt 78 operatører 172 inngrep. Blant de 16 ansvarlige operatørene hadde minst fire gjort kun én prosedyre hver i løpet av studieperioden. Over halvparten av dem hadde gjort mindre enn to inngrep per år gjennom studieperioden. Selv om diskusjoner om kirurgiske volum er vanskelige, er det nok ønskelig med færre operatører enn rapportert her. Det må antas at Oslo universitetssykehus ikke har vært fornøyd med resultatene, ettersom sykehuset allerede har gjort forandringer med hensyn til organiseringen av kirurgien (1). Dessverre er det liten grunn til å tro at forholdene er annerledes ved landets øvrige kirurgiske avdelinger. Denne studien bør være en anledning for alle kirurgiske avdelinger som utfører prosedyren, til å reflektere over egen praksis. ■

Egil Hafstad Gleditsch

Egil Hafstad Gleditsch er spesialist i karkirurgi og overlege ved Karkirurgisk avdeling, Haukeland universitetssykehus og universitetslektor ved Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Christian Beisland

christian.beisland@helse-bergen.no

Christian Beisland er spesialist i urologi og i generell kirurgi. Han er avdelingsjef ved Avdeling for urologi, Haukeland universitetssykehus og professor i urologi ved Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kristin Sæle

Kristin Sæle er spesialist i indremedisin, i nyresykdommer og i geriatri. Hun er overlege ved Seksjon for nyresykdommer, Haukeland universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Øystein Eikrem

Øystein Eikrem er spesialist i nyresykdommer og overlege ved Nyreseksjonen, Haukeland universitetssykehus. Han er leder for nyreforskningsgruppen ved Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Ruzic A, Larsen KK, Søvik TT et al. Peritonealt dialysekateter ved nyresvikt – en retrospektiv studie. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0059.
- 2 The Norwegian Renal Registry. Annual report 2023. Lest 30.10.2025.
- 3 Helsedirektoratet. Nyresvikt – dialysepasienter som får hjemmedialyse». Nasjonale kvalitetsindikatorer innen sykdom og overlevelse. Lest 30.10.2025.
- 4 Crabtree JH, Shrestha BM, Chow KM et al. Creating and Maintaining Optimal Peritoneal Dialysis Access in the Adult Patient: 2019 Update. Perit Dial Int 2019; 39: 414–36.
- 5 Chow KM, Li PK, Cho Y et al. ISPD Catheter-related Infection Recommendations: 2023 Update. Perit Dial Int 2023; 43: 201–19.
- 6 Li PK-T, Chow KM, Cho Y et al. ISPD peritonitis guideline recommendations: 2022 update on prevention and treatment. Perit Dial Int 2022; 42: 110–53.

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 



Kjære kollega

Beskytt deg selv, pasientene og dine nærmeste mot alvorlig influensasykdom!

Ta influensavaksinen du også!

Les mer på
fhi.no/voksendvaksinasjon

Terje P. Hagen¹

t.p.hagen@medisin.uio.no

Kjartan Sarheim Anthun^{2,3}

- 1 Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo
- 2 Avdeling Helse, SINTEF Digital, Trondheim
- 3 Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU, Trondheim

Sykehusenes kostnadsnivå før og etter investeringer i bygningsmassen

Bakgrunn

Investeringer i sykehusbygg er i Norge delvis basert på forventninger om høyere kostnadseffektivitet i etterkant. Helseforetakene skal behandle pasientene til en lavere kostnad enn før investeringen, slik at gevinsten kan benyttes til å betjene kapitalkostnader. Formålet med vår analyse er å etterprøve om denne forventningen innfris.

Materiale og metode

Data om driftskostnader og DRG-poeng for alle helseforetak er hentet fra SAM-DATA spesialisthelsetjenesten i perioden 1999–2023. Analysene gjennomføres som toveis variansanalyse (ANOVA), med logaritmen av sykehusenes kostnadsnivå som avhengig variabel. Perioden fra 1999 til ett år før implementeringen av investeringen benyttes som referanseperiode.

Resultater

Investeringer i bygningsmassen var assosiert med kostnadsøkninger på kort sikt. Kostnadsøkningene startet året før iverksettelsen av investeringene og var 4,9 % (95 % konfidensintervall (KI) 0,7 til 9,0) over kostnadsnivået i referanseperioden, året etter iverksettelsen av investeringene. Fra og med år fire etter investeringen var det gjennomsnittlige kostnadsnivået tilbake på referansenivået.

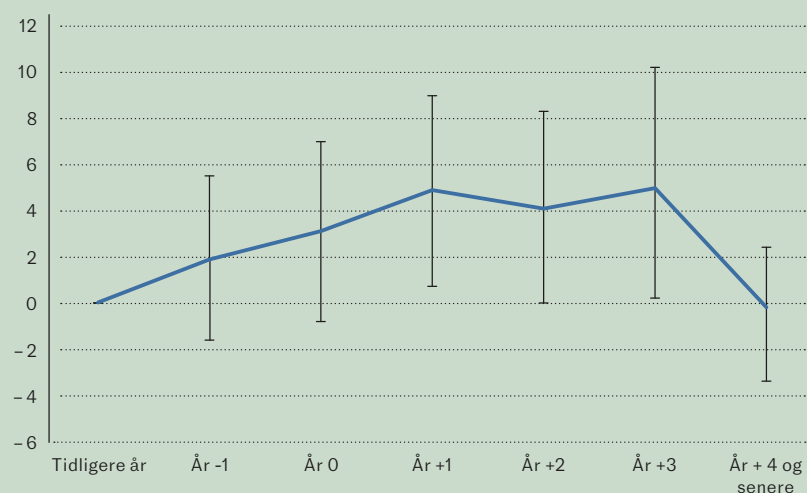
Sensitivitetsanalyser indikerte at i prosjekter der hele bygningsmassen ble fornyet, var det ingen statistisk signifikante endringer i kostnadsnivået de tre første årene etter implementeringen, men fra fire år og utover ble det et signifikant redusert kostnadsnivå på -4,4 % (95 % KI -7,9 til -1,0).

Fortolkning

Forventningene om kostnadseffektivisering ble på gruppenivå ikke oppnådd ved investeringene i bygningsmasse som ble gjennomført i perioden 2003–23. Dette gir grunnlag for å stille spørsmål ved realismen i de regionale helseforetakenes investeringskalkyler.

Figur 2 Prosentvis endring i kostnader per DRG-poeng fra referanseperioden (tidligere år) for helseforetak med investeringer i sykehusbygg (somatikk) i perioden 2003–23. År 0 er året da investeringene ble iverksatt. Figuren viser punktestimater med 95 % konfidensintervall.

Prosentvis endring fra tidligere år



Hovedfunn

Investeringer i sykehusenes bygningsmasse var assosiert med en økning i driftskostnadene per DRG-poeng på kort sikt.

På lengre sikt var kostnadsnivået ikke signifikant forskjellig fra nivået før investeringen.

I tilfeller der hele bygningsmassen ble fornyet, ble kostnadsnivået redusert signifikant på lang sikt.

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.



Sykehusbygg og gevinstrealisering

Når helsevesenet bygger, bør det i større grad være mål om effektivitetsgevinster

Oslo Economics har over tid bidratt til kvalitetssikring av en rekke byggeprosjekter i helseforetakene. En del av oppgaven er å vurdere hvordan det redegjøres for forventede driftseffekter, og hvordan disse bidrar til at byggeprosjektet blir økonomisk bærekraftig (1).

Vi ser at det i mange tilfeller er et svært begrenset omfang av forventede driftsbesparelser i prosjektene. Kostnadene knyttet til teknisk drift av bygningsmassen øker gjerne ved nybygg, og byggenes utforming legger ikke i vesentlig grad til rette for nye og mer effektive arbeidsmetoder. Begrunnelsene som gis for at prosjektene likevel bør gjennomføres, er blant annet at kvaliteten på behandlingen og pasientenes opplevelse styrkes, eller at de eksisterende bygningene ikke oppfyller dagens krav til helse, miljø og sikkerhet.

Slik sett er det ikke veldig overraskende at Hagen og Anthun, i studien som nå publiseres i Tidsskriftet, i liten grad finner reduserte kostnader i kjølvannet av sykehuses byggeprosjekter (2). Nye sykehusbygg oppføres fordi de gir ønsket kvalitet i behandlingen, eller fordi de gamle byggene ikke fungerer etter hensikten.

Det er imidlertid ikke opplagt at det er rom for økt kvalitet i helsetilbudet fremover. Dette beskrives blant annet tydelig i Helsepersonellkommissjonens utredning fra 2023 (3). Også Riksrevisjonen har pekt på behovet for økt produktivitet, lav kapasitetsutnyttelsen i norske sykehus, manglende effektivisering gjennom digitalisering og manglende kostnadsstyring i teknologiske investeringsprosjekter (4–5). Manglende effektivisering etter realisering av nye sykehusbygg synes således å være en del av et større mønster, der helseforetakene sliter med å redusere kostnader gjennom omstilling. Samtidig viser vår kartlegging av tidstyver i sykehusene at det finnes en rekke bygningsmessige tiltak som kan bidra til økt effektivitet (6).

Hva kan gjøres for å få en tettere kobling mellom byggeprosjekter og effektivitet? Vi økonomer begynner ofte med å vurdere om aktørenes insentiver er slik de bør være. Dagens modell gir allerede ledelsen i helseforetakene insentiver til å oppnå effektivisering, ettersom helseforetakene selv må finne midler til å betale for byggeprosjektene. Dersom prosjektene ikke gir reduksjon i andre driftskostnader, men bare medfører økte kostnader i form av renter, avskrivninger og kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold, må det kuttes andre steder, og det kan fort bety redusert aktivitet.

Samtidig er det gjerne slik at kriser i spesialisthelsetjenesten løses gjennom økte tilskudd fra staten. Som vi har vist i rapporten *Marginalkostnader i spesialisthelsetjenesten* har den gjennomsnittlige årlige inflasjonsjusterte kostnadsveksten i norske helseforetak vært 1,6 % i perioden 2013–22 (7). Kostnadene vokser vesentlig mer enn effektiviteten, slik at kostnaden per DRG-poeng øker. En slik kostnads- og produktivitetsutvikling ville ikke vært mulig uten stadig økte statlige tilskudd.

Den samme rapporten viser at det er lønnskostnader som driver de samlede kostnadene oppover (7). Den gjennomsnittlige, inflasjonsjusterte årlige kostnadsveksten

for lønn har vært 2,8 % i perioden 2013–22, mens avskrivningene, som kan ses på som et mål på kostnader knyttet til bygningsmasse og utstyr, har hatt en reell årlig nedgang på 0,5 % i samme periode. Dette kan være en av årsakene til at marginalkostnadene i sykehusene ser ut til å ha økt, og vi har i rapporten anbefalt å kompensere for dette. Det hjelper lite å sette inn flere hender i produksjonen når det er bygninger og utstyr som skaper flaskehals, og sykehusstrukturen begrenser stordriftsfordelene (8).

Mye tyder på at det er behov for investeringer i bygninger og utstyr ved norske sykehus. Men premisset for slike investeringer må være at det bidrar til produktivitetsvekst. Dette kan antagelig bare oppnås gjennom stram økonomisk styring av sykehusene, kombinert med en kulturendring der oppmerksomhet og belønningsstrukturer vris fra å fokusere på økt kvalitet til økt effektivitet. Vi mener det er opplagt at det er mulig å effektivisere et helsevesen der antallet leger per innbygger har økt med 67 prosent fra 2001 til 2024 (9), og der det er 3,4 sykehussenger per 1 000 innbyggere, mens Sverige klarer seg med 2,0 (i 2021) (10). Vi tar til orde for økte investeringer, kombinert med tydelig styring, for å utløse reelle og varige effektiviseringsgevinster. ■

Erik Magnus Sæther

ems@osloeconomics.no

Erik Magnus Sæther er ph.d., samfunnsøkonom og helseøkonom og partner i Oslo Economics, et uavhengig medarbeidereid analysemiljø. Selskapet er ett av flere miljøer som har rammeavtale med Sykehusbygg om kvalitetssikring av sykehusutredninger. Sæther har medvirket i utredning og kvalitetssikring av ulike sykehusbyggprosjekter. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Finn Gjerull Rygh

Finn Gjerull Rygh er samfunnsøkonom og direktør i Oslo Economics. Han har medvirket i utredning og kvalitetssikring av ulike sykehusbyggprosjekter. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Sykehusbygg. Om veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter. Lest 27.10.2025.
- 2 Hagen TP, Anthun KS. Sykehusenes kostnadsnivå før og etter investeringer i bygningsmassen. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.24.0679.
- 3 Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 2023:4: Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Lest 1.11.2025.
- 4 Riksrevisjonen. Undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr. Vedlegg 14 til Dokument 3:2 (2021–2022). Lest 1.11.2025.
- 5 Riksrevisjonen. Dokument 3–6 (2023–2024). Utnyttelse av IT-systemer på Sykehus. Lest 1.11.2025.
- 6 Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo Economics. Effekten av å fjerne tidstyver i sykehus, rapport 2025–29. Lest 1.11.2025.
- 7 Sæther EM, Anthun KS, Bilet AM et al. Marginalkostnader i spesialisthelsetjenesten. Oslo Economics (2024:18) - Analyse utarbeidet for Helse- og omsorgsdepartementet. Lest 1.11.2025.
- 8 Kittelsen SAC, Anthun KS, Bilet AM et al. Scale economies in somatic hospitals in Norway. J Prod Anal 2025; 64: 393–404.
- 9 Statistisk sentralbyrå. 13953: Årsverk i spesialisthelsetjenesten, etter yrke, tjenesteområde og helseforetak 2015 - 2024. Lest 1.11.2025.
- 10 OECD. Health at a glance 2023. Hospital beds. Lest 1.11.2025.

Siv Svennevik Myhr¹
Hjalmar A. Schiøtz¹
s-schi@online.no

1 Gynekologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

Cystoskopisk injeksjon av botulinumtoksin for overaktiv blære med lekkasje

Bakgrunn

Overaktiv blære med urinlekkasje er en hyppig forekommende tilstand som kan være vanskelig å behandle. Cystoskopisk injeksjon av botulinumtoksin i blæreveggen er et behandlingsalternativ når enklere behandling ikke har ført frem. Målet med studien var å kartlegge behandlingsresultater og klinisk nytte av injeksjon med botulinumtoksin.

Materiale og metode

Vi gjorde en retrospektiv journalbasert studie ved Gynekologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold. Studien omfattet kvinner som i perioden 2014–22, etter manglende respons på konservativ behandling, fikk intravesikal botulinumtoksin for overaktiv blære med lekkasje. Det primære endepunktet var tilfredshet med behandlingen. Sekundære endepunkter var selvrapportert kontinens, gjentatt injeksjon, behandlingsintervall, samt komplikasjoner.

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



Resultater

167 kvinner fikk behandling med til sammen 403 injeksjoner. Ved poliklinisk kontroll seks måneder etter injeksjon rapporterte 297/391 (76 %) at de var fornøyde og 272/384 (71 %) at de hadde gjen vunnet kontinens. Det var registrert én eller flere komplikasjoner etter 79/395 (20 %) injeksjoner. Av disse var det 48 urinveisinfeksjoner, 25 tilfeller med behov for kateterisering på grunn av resturin og 6 tilfeller med smerter.

Tabell 1 Selvrapporterte behandlingsresultater fra 167 kvinner med overaktiv blære og urinlekkasje, tross konservativ behandling, seks måneder etter cystoskopisk injeksjon med botulinumtoksin ved Gynekologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold i perioden 2014–22.

Injeksjon nr.	Antall injeksjoner	Fornøyd n/n ¹ (%)	Kontinent n/n ¹ (%)	Gjennomsnittlig behandlingsintervall (måneder, spredning)	Komplikasjoner n/n ¹ (%)
1	167	115/164 (70)	107/162 (66)	6 (0–24)	29/164 (18)
2	98	69/92 (75)	69/92 (75)	7 (1–30)	18/93 (19)
3	55	42/52 (81)	38/51 (75)	7 (0–17)	15/55 (27)
4	35	29/35 (83)	26/34 (77)	6 (0–18)	5/36 (14)
5	20	16/20 (80)	12/19 (63)	7 (0–24)	6/20 (30)
6	12	10/12 (83)	7/11 (64)	6 (1–12)	2/12 (17)
7	8	8/8 (100)	5/7 (71)	6 (3–10)	3/8 (38)
8–11	8	8/8 (100)	8/8 (100)	7 (3–12)	1/8 (13)
Sum	403	297/391 (76)	272/384 (71)	6 (0–30)	79/396 (20)

1 n/n = antall hendelser/antall journalnotater som omtalte om hendelsen hadde forekommet.

Fortolkning

Cystoskopisk injeksjon av botulinumtoksin kan være nyttig når enklere behandlingsmetoder av overaktiv blære med lekkasje ikke har gitt tilstrekkelig bedring. Metoden er imidlertid ikke uten risiko for komplikasjoner.

Hovedfunn

167 kvinner med overaktiv blære med urinlekkasje mottok totalt 403 injeksjonsbehandlinger med botulinumtoksin.

Ved seks måneders kontroll rapporterte kvinnene å være fornøyde med 76 % av injeksjonsbehandlingene.

Tilsvarende rapporterte kvinnene gjen vunnet kontinens etter 71 % av injeksjonene.

Komplikasjoner ble rapportert etter 20 % av injeksjonene.

Botox for overaktiv blære – en perfekt behandling?

Botox kan være et vidundermiddel for så mangt, men det er viktig å kjenne til fallgruver og hvordan disse lett kan unngås. Noen ganger er behandlingen rett og slett for effektiv, slik at én plage kan erstattes av en annen.

Behandling med injeksjon av onabotulinumtoksin-A har vært brukt i urologien siden slutten av 1980-tallet, da man begynte å bruke det hos ryggmargsskadede pasienter med nevrogen dysfunksjon av nedre urinveier. Injeksjonene ble satt i eksterne uretrale sfinkter og etter hvert i urinblæren for å redusere ukontrollert overaktivitet av disse.

I 2013 ble Botox godkjent av U.S. Food and Drug Administration (FDA) for bruk hos pasienter med såkalt overaktiv blære, altså pasienter med sterk vannlatingstrang, hyppig vannlating og urgeinkontinens *uten* bakenforliggende årsak, med eller uten påvist detrusoroveraktivitet ved urodynamisk undersøkelse (1).

Behandling av overaktiv blære med onabotulinumtoksin-A har de siste 10–15 årene blitt et vanlig behandlingsalternativ ved de fleste urologiske avdelinger i Norge. Når den gis til riktig pasient, er behandlingen som oftest meget effektiv og god.

I en rapport av Schiøtz og Myhr som nå publiseres i Tidsskriftet, leser vi at henholdsvis 76 % og 71 % av kvinner behandlet for urgeinkontinens var fornøyde og kontinente etter behandlingen (2). Kunne suksessraten vært enda høyere?

I artikkelen er det ikke rapportert hvordan diagnosen overaktiv blære ble stilt, men det beskrives at pasientene hadde forsøkt konservativ behandling uten effekt (2). Urinveisinfeksjon var rapportert hos 12 % og kateteriseringsbehov hos 6,5 %. Førstnevnte ble definert som behandlet mistenkt eller sikker infeksjon, mens sistnevnte er mindre nøyaktig definert (2). Man inkluderte pasienter med blæretømmingsproblemer (påvist resturin eller urinretensjon med kateterisering én eller flere ganger), men det er ikke beskrevet om alle ble sjekket for resturin eller hvor grensen for resturin ble satt.

Når pasienter ikke blir fornøyde etter behandling med onabotulinumtoksin-A for overaktiv blære, kan det ha flere grunner. Jeg vil trekke frem et par av disse, som er viktige og enkle å unngå i en klinisk hverdag. Først og fremst må man være sikker på at pasienten har riktig diagnose. Videre er det viktig med både god opplæring før behandling og evaluering av pasienten etterpå.

I en studie fra 2021 bekreftes det vi ofte opplever i klinisk praksis, nemlig at mange pasienter som blir henvist med «overaktiv blære refraktær til konservativ behandling», ikke alltid har overaktiv blære, men en annen lidelse i eller utenfor nedre urinveier (3). I urologi er blæren kjent som et «upålitelig vitne». Symptomer fra nedre urinveier er uspesifikke og kan være forårsaket av så mangt, hos både kvinner og menn (4–6). Sterk vannlatingstrang, hyppig vannlating og urgeinkontinens kan være symptomer på blærelidelser, inklusive både *underaktiv* og *overaktiv* blære – og selvfølgelig også cystitt, blæresteiner eller blærekreft. Men også lidelser som påvirker blæretømmingen (funksjonelt eller anatomisk avløpshinder), eller lidelser tilhørende andre organsystemer, som hjertesvikt, søvnapné, diabetes insipidus eller pudendal nevralg, kan gi slike symptomer (5, 6). Dersom en pasient ikke har effekt av konservativ behandling av overaktiv blære, bør man derfor vurdere å gjøre grundigere undersøkelser av pasienten. Serati og medarbeidere sammenliknet to grupper kvinner med symptomer på overaktiv blære (3). Den ene gruppen gjennomgikk urodynamiske undersøkelser, den andre ikke. Ikke uventet fant man i gruppen som ble

nøyere undersøkt, at *ikke alle* hadde overaktiv blære, men annen underliggende årsak til symptomene. Behandlingen ble endret deretter, og etter korrekt behandling økte tilfredsheten i gruppen.

En annen årsak til dårlig subjektiv effekt etter behandling med onabotulinumtoksin-A er uoppdaget resturin. Om en pasient får god objektiv effekt av denne behandlingen, med betydelig økt blærevolum, men stadig går med mye resturin, vil pasienten ikke oppleve den objektive effekten som en god subjektiv effekt. På grunn av resturinen vil pasienten fortsatt ha sterk vannlatingstrang, hyppig vannlating og kanskje lekkasje.

I en nylig studie fant man at en kombinasjon av urodynamiske faktorer, resturin før behandling og høyere alder var prediktivt for mer resturin etter behandling med onabotulinumtoksin-A for overaktiv blære (7). Igjen, siden blæren er «upålitelig», er det ikke mulig for pasienter å selv identifisere inadekvat blæretømming uten klinisk undersøkelse med blæreskanning eller kateterisering. De bør derfor undersøkes for resturin etter hver behandling. Pasienten kan læres opp (helst før behandlingen gis) i å gjøre dette selv med ren intermitterende kateterisering. De bør også inviteres til kontroll av resturin både én og to uker etter behandlingen, når effekten av onabotulinumtoksin-A er på det høyeste. Dersom pasienten ikke ønsker å utsettes for mulige komplikasjoner som resturin og urinveisinfeksjon, kan det i stedet være aktuelt å henvise til forsøk med sakral nevromodulering.

Behandling med onabotulinumtoksin-A for overaktiv blære kan være en veldig god behandling, men tilfredshet etter behandlingen kan forbedres om man utelukker andre diagnoser med liknende symptomer og evaluerer pasientene adekvat etter behandlingen. ■

Henriette Veiby Holm

hveiby@ous-hf.no

Henriette Veiby Holm er ph.d., spesialist i urologi og overlege ved Seksjon for rekonstruktiv urologi og nevrourologi ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt foredragshonorar fra Ipsen, Astellas og Pierre Fabre.

Litteratur

- 1 Weckx F, Tutolo M, De Ridder D et al. The role of botulinum toxin A in treating neurogenic bladder. *Transl Androl Urol* 2016; 5: 63–71.
- 2 Myhr SS, Schiøtz HA. Cystoskopisk injeksjon av botulinumtoksin for overaktiv blære med lekkasje. *Tidsskr Nor Legeforen* 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0247.
- 3 Serati M, Cantaluppi S, Coluccia AC et al. Is urodynamic evaluation able to change and improve the management of women with idiopathic overactive bladder? *Minerva Urol Nephrol* 2021; 73: 823–30.
- 4 Drake MJ. Fundamentals of terminology in lower urinary tract function. *Neurourol Urodyn* 2018; 37: S13–9.
- 5 Guidelines EAU. Management of Non-neurogenic Male LUTS. Lest 1.11.2025.
- 6 Guidelines EAU. Non-neurogenic Female LUTS. Lest 1.11.2025.
- 7 Franco I, Schwartz M, Cline K et al. Predicting Elevated Postvoid Residual Urine Volume Following OnabotulinumtoxinA Treatment for Overactive Bladder: A Pilot Study. *Low Urin Tract Symptoms* 2025; 17: e70004.

Johan Fredrik Ziesler¹

johan.fredrik.oxnevad.ziesler@sus.no

Lasse G. Gøransson^{2,3}**Ingrid Ask Østhus**⁴**Yngve Th. Bliksrud**⁵**Kristin Garpestad Kommedal**⁶**Sindre Gabrielsen**⁷**Kristian Strand**^{8,3}

- 1 Anestesiavdelingen, Stavanger universitetssjukehus
- 2 Seksjon for nyresykdommer, Stavanger universitetssjukehus
- 3 Universitetet i Bergen
- 4 Nevrologisk avdeling, Stavanger universitetssjukehus
- 5 Avdeling for medisinsk biokjemi, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
- 6 Stavanger universitetssjukehus
- 7 Gastroseksjonen, Stavanger universitetssjukehus
- 8 Intensivavdelingen, Stavanger universitetssjukehus

En kvinne i 40-årene med fallende bevissthetsnivå etter oppstart av sondeernæring

I etterkant av vellykket fedmekirurgi og ønsket vektnedgang kan det oppstå alvorlige komplikasjoner. Vi beskriver her en pasient med behov for sondeernæring grunnet underernæring som etter hvert utviklet encefalopati, oppkast og alvorlige kramper.

En kvinne i 40-årene ble operert med SA-SI-bypass (single anastomosis sleeve ileal bypass) (figur 1) grunnet overvektproblematikk. Initialt hadde hun en ønsket vektnedgang fra 96 kg til 60 kg. Et år etter inngrepet ble hun innlagt for oppstart av sondeernæring grunnet ytterligere vekt-

tap som følge av vedvarende reflektorisk oppkast ved matinntak og lite matlyst. Hun var også plaget av kraftløshet og ankelødemer. Fire måneder tidligere hadde hun vært utredet med gastroskopi og CT abdomen uten at det var funn som kunne forklare symptomene. Etter utredningen ble hun fulgt opp hos klinisk ernæringsfysiolog ved sykehusets overvektspoliklinikk. Kvinnen hadde fra tidligere en kjent makrocytær anemi og var på velregulert legemiddelassistert rehabilitering (LAR) med buprenorfin (14 mg daglig) for tidligere skadelig rusmiddelbruk. I tillegg tok hun daglig tilskudd med vitamin B₆/B₉/B₁₂-, multivitamin og magnesiumtabletter, omega 3 og kaliumklorid 750 mg × 3.

Ved innleggelsen veide kvinnen 46 kg. Sonden skulle plasseres i det normale tarmløpet, men grunnet vanskelige endoskopiske forhold kunne ikke skopør med sikkerhet si om sonden ble lagt i ønsket løp eller i det gastroileale løpet. Før oppstart av sondeernæring ble hun overflyttet til en kommunal sengepost for behandling med 200 mg intravenøs tiamin

daglig i ti dager, før videre gradvis opptrapping av sondeernæringen ved oppfølging i kommunen.

Fem dager etter oppstart av sondeernæring ble kvinnen innlagt i akuttmottak grunnet påfallende mentalstatus, snølete tale og dyspné samt forverring av kraftløshet og perifere ødemer. Klinisk undersøkelse avdekket ikke ytterligere funn. Vitale parametere var innenfor normalområdet, med puls 81 slag/min, temperatur 36,8 °C, blodtrykk 112/68

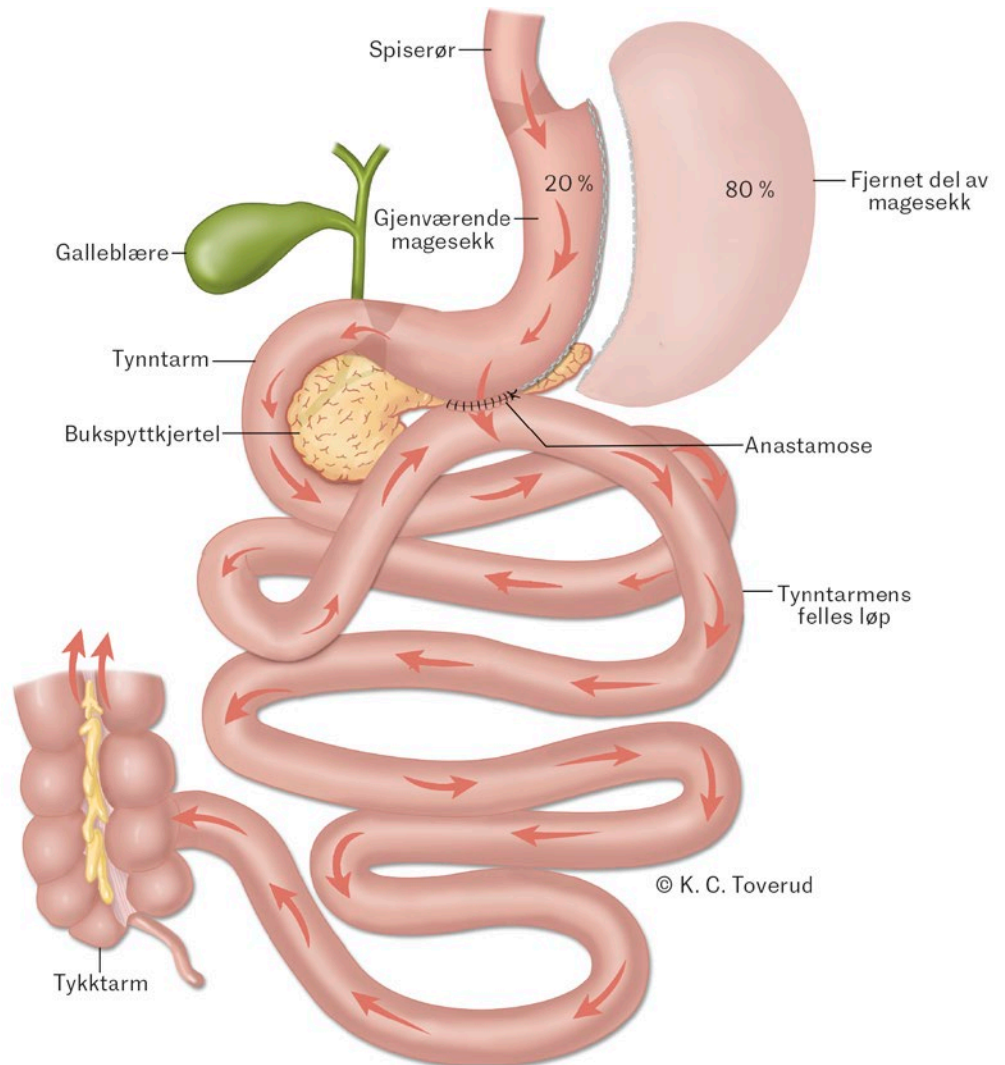
mmHg, respirasjonsfrekvens 18 åndedrag/min og saturasjon 97 % på romluft. Glasgow coma scale (GCS)-skåren ble vurdert til 15 poeng (skala 3–15).

Siden forrige innleggelse hadde nivåene av fosfat falt fra 1,12 mmol/L til 0,45 mmol/L (0,84–1,44) og natrium steget fra 143 mmol/L til

146 mmol/L (137–145). Kalium og magnesium var innenfor normalområdet. Hemoglobin (Hb) var 9,8 g/dL (11,7–15,3). Albumin var 15 g/L (36–45). Verdiene i serum av gammaglutamyltransferase (S-GGT) var 133 U/L (10–75) og alkalisk fosfatase (S-ALP) 127 U/L (37–109). S-bilirubin, S-alaninaminotransferase (S-ALAT) og P-INR var innenfor normalområdet. Blodgassanalyse viste normale funn. Kreatinin var 33 µmol/L (45–90) og klorid 114 mmol/L (99–108). Hun hadde et lett redusert aniongap på 8 mmol/L. Det ble oppdaget at det ved en feil var gitt daglig sondeernæring på 1 730 kcal, hvorav 1,9 g protein/kg, i stedet for inntil 1 300 kcal, hvorav 1,3 g protein/kg.

Noe å lære av

Komplekse pasienthistorier med vekt på de kliniske vurderingene



Figur 1 Ved SASI-kirurgi (single anastomosis sleeve ileal bypass) fjernes ca. 80 % av magesekken og det lages en anastomose mellom magesekk og ileum omtrent 2 meter fra ileocøkalovergangen. Ca. 80 % av maten vil passere gjennom det nye gastroileale løpet, mens ca. 20 % følger det normale tarmløpet.

På bakgrunn av endret mental status, ødemer og hypofosfatemi mistenkte man reernæringsyndrom som årsak til kvinnens tilstand, og hun ble flyttet til observasjonspost for korrigerende av elektrolytter og tilsyn av klinisk ernæringsfysiolog. Kvalme og oppkast er ikke uvanlig etter fedmekirurgi og ble ikke ytterligere utredet.

Dag 2 falt kvinnens bevissthetsnivå markant. Ved undersøkelse hadde hun latenstid, lett spontannystagmus, multifokale myoklonier og GCS-skår på 11. Pupillene ble beskrevet som moderat dilaterte og med treg lysreaksjon. På mistanke om Wernickes encefalopati med tiaminmangel som årsak ble tiamindosen økt til 400 mg × 3 daglig. For å utelukke meningitt og encefalitt ble det gjort spinalpunksjon der glukose, protein, leukocytter, mikrobiologiske analyser og encefalitt-antistoffer i spinalvæske viste normale funn. Pupillefunn ga mistanke om økt intrakranielt trykk, men mistanken ble svekket da CT og MR av hodet var uten aktuelle funn og dråpetakten ved spinalpunksjon hadde vært upåfallende.

Dag 3 falt pasientens bevissthetsnivå ytterligere (GCS-skår ikke vurdert). Hun fikk rykninger i skuldrene, blikkdeviasjon og var ikke kontaktbar. EEG viste pågående myoklonisk status epilepticus. Hun ble overflyttet til nevrologisk overvåkningsenhet for antiepileptisk behandling med levetiracetam, lakosamid og fosfenytoin.

På bakgrunn av publiserte kasuistikker om hyperammonemi etter fedmekirurgi ble S-ammoniakk analysert.

S-ammoniakkverdien var 168 $\mu\text{mol/L}$ (11–32), mens leverfunksjonsprøver (INR, bilirubin og ALAT) var uendret normale. Det ble startet behandling av hyperammonemi med laktulose og rifaksimin.

Laktulose og rifaksimin virker ved å hemme produksjon av ammoniakk i tykktarmen (figur 2) (1, 2). Omkring 90–95 % av tilfellene med hyperammonemi skyldes leversvikt (3). Ved leversvikt svekkes leverens evne til å omdanne ammoniakk til urea på grunn av celledød og strukturell skade som reduserer antallet funksjonelle hepatocytter. Dette fører til redusert aktivitet av nøkkelenzymer nødvendige for urea-syntese. Endret struktur kan også føre til portal hypertensjon, som igjen shunter blod over til systemisk sirkulasjon uten at ammoniakk omdannes til urea i leveren (2).

Dag 4 fallerte pasienten ytterligere. GCS-skåren var 3 poeng, og EEG viste non-konvulsiv status epilepticus. Nivået av S-ammoniakk steg kraftig til 295 $\mu\text{mol/L}$.

Det fremstod som høyst sannsynlig at en ikke-hepatisk hyperammonemi var hovedårsaken til kvinnens encefalopati. Man hadde ingen sikker forklaring på ammoniakktigningen, men mistenkte at rask opptrapping av sondeernæring med høyt proteininnhold i kombinasjon med

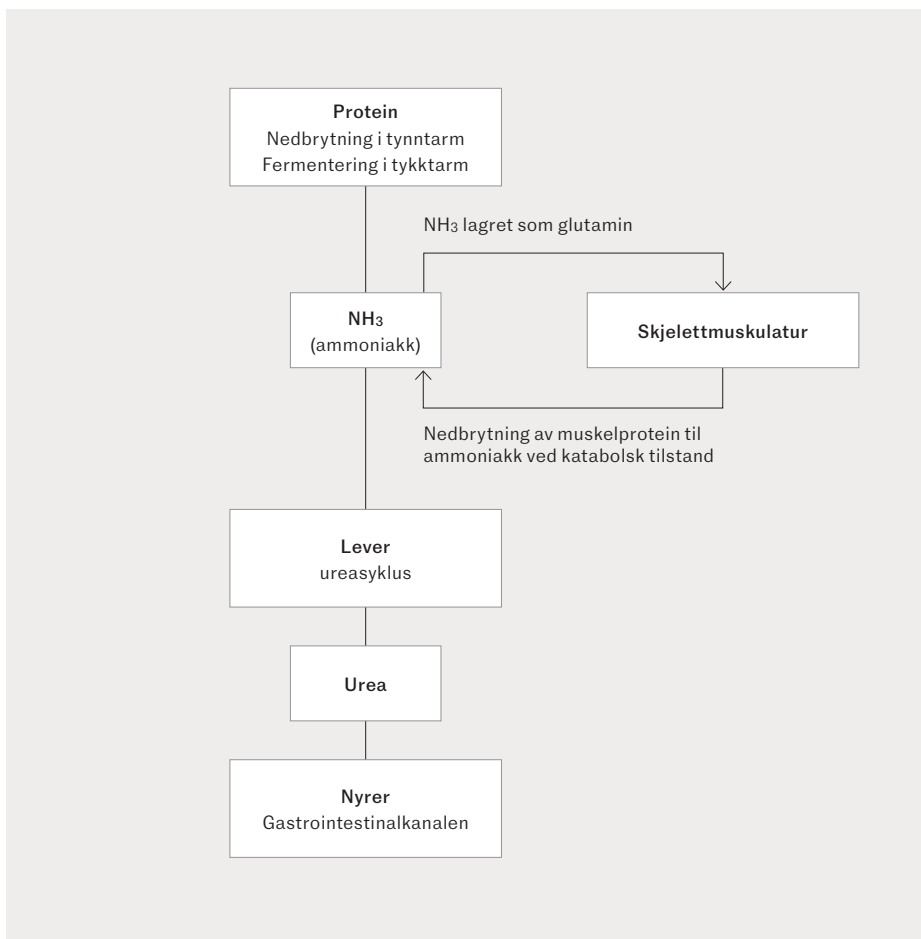
gjennomgått fedmekirurgi var årsaken, og sondeernæring ble derfor stoppet.

Grunnet refraktær status epilepticus og forverring av bevisstheten ble anestesilege kontaktet. Pasienten ble overflyttet til intensivavdelingen for intubasjon og sedasjon, ytterligere ammoniakksenkende tiltak og behandling av status epilepticus med tillegg av propofol og midazolam.

Respiratorisk var hun ukomplisert med enkle respiratorinnstillinger. Sirkulatorisk stabiliserte hun seg etter initielt behov for en moderat dose vasopressor. Strategien for å senke ammoniakkkverdien var tredelt: For å raskt fjerne ammoniakk ble det startet intermitterende hemodialyse (IHD), og etter fire timer falt ammoniakkkverdien fra 295 $\mu\text{mol/L}$ til 107 $\mu\text{mol/L}$. Etter avslutning av intermitterende hemodialyse ble det umiddelbart startet høydose kontinuerlig venovenøs hemodiafiltrasjon (CVVHDF), som hun ble behandlet med i tre dager. Parallelt forsøkte man å unngå katabolsk nydannelse av ammoniakk ved å gi næring i form av glukose. Sondeernæring i lav dose ble reintrodusert etter to dager med dialyse.

Dag 10 steg ammoniakkkverdien fra 90 $\mu\text{mol/L}$ til 105 $\mu\text{mol/L}$. Man startet derfor med natriumbenzoat, som virker ved å binde til aminosyren glysin og danne hippursyre, som skilles ut i urin uten å gå via ureasyklusen.

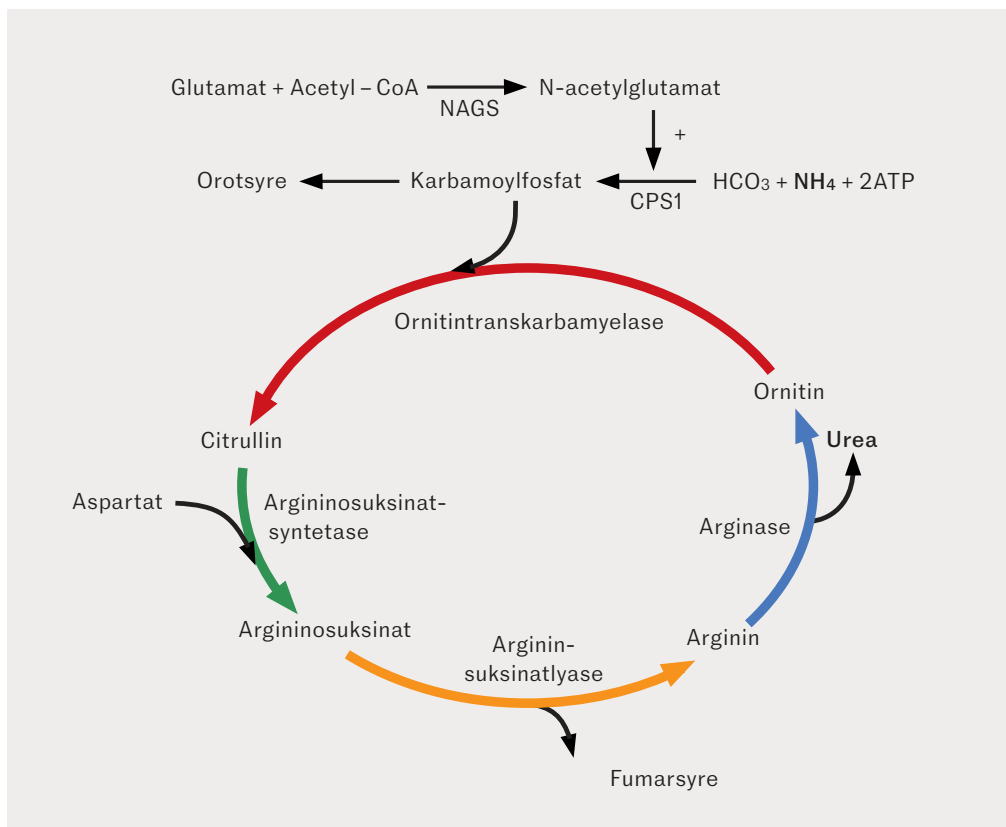
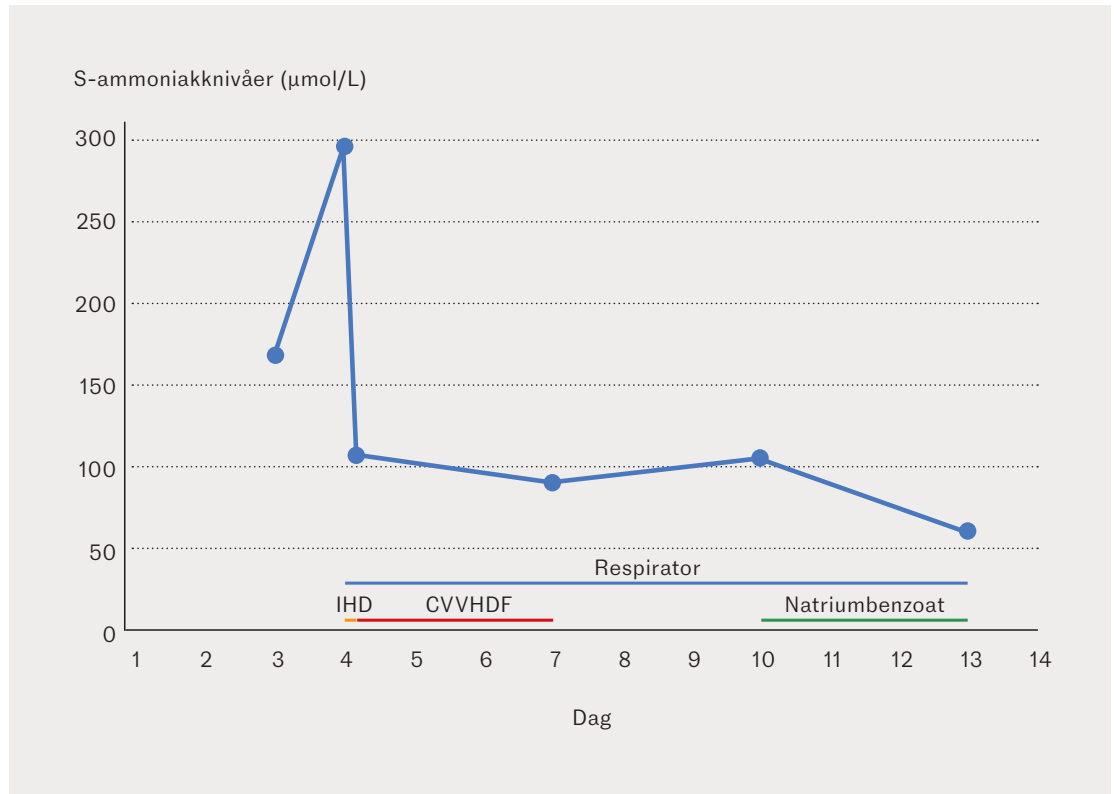
Dag 13 ble pasienten ekstubert grunnet bortfall av epileptisk aktivitet på EEG. Hun våknet og kjente igjen pårørende. Etter 14 dager ble pasienten flyttet fra intensivavdelingen til gastromedisinsk sengepost for observasjon og videre utredning.



Figur 2 Ammoniakkmetabolisme.

Ammoniakk dannes primært ved at mikrober i tykktarm bryter ned proteiner. Eliminering skjer hovedsakelig i lever gjennom ureasyklus, der ammoniakk omdannes til urea og skilles ut gjennom nyrene og gastrointestinalkanalen. Hjernen kan omdanne ammoniakk til glutamin, men da med nevrotoksisk bivirkning og fare for hjerneødem med herniering. Skjelettmuskulaturen har bufferfunksjon og kan lagre ammoniakk som glutamin. Ved katabolsk tilstand reduseres bufferkapasiteten og ammoniakk frigis (1, 2).

Figur 3 Behandlingslinjer (forenklet) og ammoniakknivåer de første 14 dagene i sykehus (frem til ekstusjon). Pasienten ble intubert dag 4 på grunn av klinisk forverring og stigende ammoniakknivå. Samtidig ble det startet intermitterende hemodialyse (IHD) for rask reduksjon av ammoniakk. Dette ble etterfulgt av tre dager med kontinuerlig høydose hemodiafiltrasjon (CVVHDF). For videre reduksjon av ammoniakk fikk kvinnen infusjon med natriumbenzoat.



Figur 4 Ureasyklusen består av en rekke enzymatiske reaksjoner. Svikt i syklusen kan skyldes medfødt (primær) eller ervervet (sekundær) årsak. Primær svikt er eksempelvis mangel på ornitintranskarbamyelase (OTC) og karbamoylfosfatsyntetase 1 (CPS1). Sekundær svikt skyldes eksterne forhold som påvirker ureasyklusen. Medikamenter, toksiske metabolitter og karnitinmangel kan hemme N-acetylglutamatsyntase (NAGS), og sinkmangel kan medføre manglende OTC-aktivering. Begge gir sekundær svikt. Andre faktorer som kan begrense ureasyklusen, er citrullinmangel grunnet redusert syntese i tarmvegg og argininmangel som følge av mykoplasmainfeksjon (5, 6, 8).

Økt produksjon av ammoniakk	Redusert eliminasjon av ammoniakk
Økt proteininntak	Medikamenter (valproat, karbamazepin, protonpumpehemmere, topiramid m.fl.)
Katabolsk tilstand med muskelnedbrytning og redusert bufferkapasitet for lagring av ammoniakk som glutamat	Portosystemisk shunt
Gastrointestinal blødning	Ureasyklusdefekt
Overvekst av ammoniakkproduserende bakterier (f.eks. <i>Ureaplasma urolyticum</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Mycoplasma pneumoniae</i>). <i>Mycoplasma</i> forbruger arginin og kan gi sekundær ureasyklusdefekt	Nyresvikt Acidose og hyperkalemi øker ammoniakksekresjon Alkalose og hypokalemi reduserer sekresjonen
Endret tarmanatomi og mikrobiologisk miljø etter kirurgi med oppvekst av ammoniakkproduserende bakterier	Urinretensjon ved urinveisinfeksjon, reabsorpsjon av ammoniakk i urinblæren

Tabell 1 Årsaker til ikke-hepatisk hyperammonemi (3, 7–10).

Intermitterende hemodialyse er en effektiv metode for å raskt redusere ammoniakk. En ulempe kan være hemodynamisk påvirkning, men dette tålte vår pasient greit. Ammoniakk er i likhet med urinstoff godt dialyserbart grunnet lav molekylvekt og god vannløselighet. Til gjengjeld har det stort distribusjonsvolum, og det kan oppstå ammoniakkstigning etter avsluttet dialyse grunnet diffusjon fra ekstravaskulært vev til blodbanen (4). For å unngå dette gikk vi over til kontinuerlig høydose hemodiafiltrasjon, hvorpå ammoniakkverdiene holdt seg stabilt rundt 100 $\mu\text{mol/L}$ (figur 3).

Flere aminosyrer og sporstoffer er viktige kofaktorer i ureasyklusen (figur 4) (5, 6).

Ved oppstart av dialyse var verdien av sink 3,5 $\mu\text{mol/L}$ (10,1–16,6), mens fritt karnitin var i nedre normalområdet med 19 $\mu\text{mol/L}$ (12,2–55,1) og ble substituert. Kvinnen fikk også intravenøst vitamintilskudd og sporstoffelementer, som inneholder andre viktige kofaktorer. Elektrolytter ble monitorert og korrigert.

På sengepost ble årsaker til ikke-hepatisk hyperammonemi videre utredet (tabell 1) (3, 7–10). Forhold som kunne medføre redusert omdanning av ammoniakk til urea, ble undersøkt. Metabolsk screening og test av genpanel med tanke på ureasyklusdefekter var negativ. Utredning med leverelastografi, ny CT abdomen og blodprøver ga ikke holdepunkt for leversvikt eller anatomisk bypass av lever via portosystemisk shunt. Hun hadde ikke urinretensjon eller nyresvikt, og ingen medikamenter kunne assosieres med hyperammonemi. CT abdomen avdekket derimot at sonden lå feilplassert i det gastroileale tarmløpet og ikke i det normale tarmløpet (figur 1).

Andre forhold som kan gi økt ammoniakkproduksjon, ble også undersøkt. *Ureaplasma urolyticum*-PCR av urin og *Mycoplasma pneumoniae*-DNA av trakealsekret ble analysert, med negativt resultat, og det var ikke holdepunkt for gastrointestinal blødning.

Normalt brytes protein ned i tynntarmen og absorberes til blodbanen. Men siden den distale enden av sonden var plassert ca. 2 meter fra ileocøkalovergangen, var det sannsynlig at en større mengde ufordøyd protein nådde tykktarmen og bidro til økt ammoniakkproduksjon (11). Sondens ble reposisjonert med mål om å bedre nærings-

opptaket, bidra til å vaske ut eventuell oppvekst av ammoniakkproduserende bakterier i tynntarmen samt begrense andelen ufordøyd protein som når tykktarmen.

Etter fire uker ble pasienten utskrevet til hjemmet i god form og med normale ammoniakkverdier. Ett år etter akuttinnleggelsen oppgir pasienten at hun lever et godt og sosialt liv med trening fire ganger i uken. Sondens ble seponert tre måneder etter utskrivning, og hun spiser nå litt sakte, men ellers som normalt. Vekten har stabilisert seg på rundt 53 kg.

Diskusjon

Vår pasient viste seg å ha en ikke-hepatisk hyperammonemisk encefalopati, trolig av sammensatte årsaker. Ammoniakkproduksjonen var trolig økt som følge av feildosert høy proteintilførsel, feilplassert ernæringssonde i det gastroileale løpet samt katabolsk tilstand som følge av ernæringssvikt med muskelnedbrytning og redusert bufferkapasitet for ammoniakk. I tillegg hadde hun redusert ammoniakkeliminasjon som følge av en sekundær ureasyklusvekkelse grunnet under- og feilernæring etter gjennomgått SASI-kirurgi.

Ikke-hepatisk hyperammonemisk encefalopati etter SASI-kirurgi er oss bekjent ikke tidligere beskrevet i litteraturen, men tilstanden er beskrevet etter annen fedmekirurgi. Sakran og medarbeidere publiserte en systematisk oversiktsartikkel i 2023 om denne tilstanden etter fedmekirurgi (3). Forfatterne inkluderte 33 pasientkasuistikker, hvorav 32 var kvinner. 28 hadde gjennomgått gastrisk bypass, mens de resterende hadde gjennomgått gastrisk båndkirurgi eller biliopankreatisk diversjon. Symptomdebut var alt fra måneder til 28 år etter kirurgi. Nevrologiske symptomer var vanlige (60 %), med alt fra forvirring til koma og kramper. Flere pasienter hadde i likhet med vår pasient forhøyet glutamin, hypoalbuminemi og lave sinkverdier, også referert til som gastrisk bypass-relatert hyperammonemi (GaBHA) (9). Mortaliteten var omkring 40 %, i andre artikler opp mot 50 % (9).

Den høye andelen kvinner (97 %) ledet forfatterne til å mistenke ornitintranskarnbamylasemangel. Det er en

X-bundet defekt i ureasyklus som gir alvorlig sykdom hos menn, men som også kan gi milde symptomer hos kvinner. Symptomene hos kvinner er varierende, men kan typisk oppstå etter en metabolsk «trigger» som eksempelvis operasjon eller økt proteinbelastning (12). I materialet til Sakran og medarbeidere hadde syv pasienter en metabolsk svikt i form av ornitintranskarbamylase-, karbamoylfosfatsyntetase 1- eller karnitinmangel. Bakenfølgende metabolsk sykdom kunne således passe godt for vår pasient, men metabolsk utredning var negativ.

Ikke-hepatisk hyperammonemisk encefalopati hos voksne er en sjelden problemstilling, vanligvis med et diffust symptombilde som kan mistolkes som Wernickes encefalopati (3). Det eksisterer ingen etablerte retningslinjer for behandling av ikke-hepatisk hyperammonemisk encefalopati, men i en artikkel fra 2022 foreslås blant annet at immunosupprimerte (som transplanterte) bør få empirisk antibiotika som dekker ureaplasma og mykoplasma (f.eks. doksyklin), samt oppstart av dialyse hos pasienter med uttalte symptomer eller med ammoniakkverdier $> 150 \mu\text{mol/L}$ (8). Rask stigning av ammoniakk fra normale verdier vil ofte gi mer alvorlige symptomer enn ved tilsvarende verdier hos pasienter med kronisk hyperammonemi. Det er derfor rimelig at terskelen for å starte med dialyse vil være relativt lav ($> 150 \mu\text{mol/L}$) hos pasienter med akutt hyperammonemi sammenlignet med pasienter med f.eks. akutt på kronisk leversvikt. Ved tidlig oppstart kan man dessuten benytte kontinuerlig nyreerstattende behandling, som er forbundet med færre komplikasjoner enn intermitterende hemodialyse (8, 9).

Denne kasuistikken belyser en sjelden tilstand som trolig er underdiagnostisert eller, som i vårt tilfelle, sent diagnostisert, fordi man ofte ikke gjør ammoniakkanalyse ved normale leverprøver. Spørsmålet er om man bør være mer liberal med rekvirering av ammoniakkanalyse. Dette er en relativt billig prøve, og nevnte artikkel fra 2022 foreslår analysen ved nylig oppstått moderat til alvorlig encefalopati uten klar årsak, uforklarlige, persisterende nevrologiske symptomer med refraktært oppkast, nyoppståtte kramper uten kjent anfallslidelse samt ved endret mental status hos organmottakere eller immunosupprimerte pasienter (8).

Man bør imidlertid være klar over at hvis man analyserer ammoniakk ved pågående/nylig krampeanfallet, kan to av tre ha forbigående ammoniakkstigning (opp mot $537 \mu\text{mol/L}$), som normaliseres innen 3–8 timer (13). Man bør derfor vurdere om hyperammonemien skyldes kramper eller motsatt og følge opp med kontrollprøver.

Oppsummering

Ikke-hepatisk hyperammonemisk encefalopati er en sjelden, men potensielt dødelig tilstand. Man bør være liberal med screening for hyperammonemi hos kritisk syke pasienter med nytilkommet encefalopati, kramper eller refraktært oppkast til tross for normale leverprøver. Pasientene har ofte behov for aggressiv støttebehandling som tar sikte på å hindre nydannelse av samt eliminere ammoniakk. Empirisk behandling av uoppdaget ureasyklusdefekt og antibiotikabehandling av ammoniakkproduserende bakterier bør vurderes. ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 14.5.2025, første revisjon innsendt 1.8.2025, godkjent 24.9.2025.

Johan Fredrik Ziesler

johan.fredrik.oxnevad.ziesler@sus.no

Johan Fredrik Ziesler er lege i spesialisering i anesthesiologi. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Lasse G. Gøransson

Lasse G. Gøransson er spesialist i nyresykdommer, seksjonsoverlege og professor II. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ingrid Ask Østhus

Ingrid Ask Østhus er spesialist i nevrologi og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Yngve Th. Bliksrud

Yngve Th. Bliksrud er spesialist i medisinsk biokjemi. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kristin Garpestad Kommedal

Kristin Garpestad Kommedal er klinisk ernæringsfysiolog. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Sindre Gabrielsen

Sindre Gabrielsen er spesialist i fordøyelsessykdommer og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kristian Strand

Kristian Strand er ph.d., spesialist i anesthesiologi, avdelingsoverlege og førsteamanuensis. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Clemmesen JO, Larsen FS, Kondrup J et al. Cerebral herniation in patients with acute liver failure is correlated with arterial ammonia concentration. *Hepatology* 1999; 29: 648–53.
- 2 Jakhari D, Sarin SK, Kaur S. Gut microbiota and dynamics of ammonia metabolism in liver disease. *NPJ Gut and Liver* 2024; 1: 11.
- 3 Sakran N, Parmar C, Pouwels S. Nonhepatic hyperammonemic encephalopathy following bariatric surgery: A systematic review. *Obes Res Clin Pract* 2023; 17: 458–67.
- 4 Fennes AZ, Schwartz JC, Somers MJ. Intermittent dialysis and continuous modalities for patients with hyperammonemia. *UpToDate*. Lest 24.9.2025.
- 5 Riggio O, Merli M, Capocaccia L et al. Zinc supplementation reduces blood ammonia and increases liver ornithine transcarbamylase activity in experimental cirrhosis. *Hepatology* 1992; 16: 785–9.
- 6 Limketkai BN, Zucker SD. Hyperammonemic encephalopathy caused by carnitine deficiency. *J Gen Intern Med* 2008; 23: 210–3.
- 7 Shakerdi L, Ryan A. Drug-induced hyperammonaemia. *J Clin Pathol* 2023; 76: 501–9.
- 8 Long MT, Coursin DB. Undifferentiated non-hepatic hyperammonemia in the ICU: Diagnosis and management. *J Crit Care* 2022; 70: 154042.
- 9 Fennes AZ, Shchelochkov OA, Mehta A. Hyperammonemic syndrome after Roux-en-Y gastric bypass. *Obesity (Silver Spring)* 2015; 23: 746–9.
- 10 Kenzaka T, Kato K, Kitao A et al. Hyperammonemia in urinary tract infections. *PLoS One* 2015; 10: e0136220.
- 11 Windey K, De Preter V, Verbeke K. Relevance of protein fermentation to gut health. *Mol Nutr Food Res* 2012; 56: 184–96.
- 12 Häberle J, Burlina A, Chakrapani A et al. Suggested guidelines for the diagnosis and management of urea cycle disorders: First revision. *J Inher Metab Dis* 2019; 42: 1192–230.
- 13 Hung TY, Chen CC, Wang TL et al. Transient hyperammonemia in seizures: a prospective study. *Epilepsia* 2011; 52: 2043–9.

Sebastian Bø¹
Håvard Wiig²
Frederik Emil Juul^{3, 4, 5}
Kjetil K. Garborg^{4, 5}
Peter Holger Johnsen⁶
Michael Bretthauer^{4, 5}

michael.bretthauer@medisin.uio.no

- 1 Lund legesenter, Kristiansand
- 2 Medisinsk avdeling, Sørlandet sykehus, Kristiansand
- 3 Medisinsk avdeling, Bærum sykehus
- 4 Klinisk effektforskning, Universitetet i Oslo
- 5 Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo universitetssykehus
- 6 Medisinsk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge, Harstad

Tarmflorabehandling mot førstegangsinfeksjon med *Clostridioides difficile*

En kvinne i 60-årene med akutt førstegangsinfeksjon med *Clostridioides difficile* ønsket ikke den anbefalte behandlingen med antibiotika. Pasienten kontaktet vår forskergruppe direkte og ba om en ikke-anbefalt behandling som var effektiv i en ny randomisert studie vi nettopp hadde avsluttet, men ikke publisert.

En kvinne i 60-årene med kjent kostregulert diabetes mellitus type 2, strukturell skoliose med redusert lungekapasitet (forsert vitalkapasitet: 40 %), osteoporose, hyperkolesterolemi og Leiden-mutasjon, utviklet diaré dagen etter utskrivelse fra et sykehusopphold. Hun hadde blitt operert for tynntarmsvolvulus med adheranseløsning og detorkivering av tynntarmen. Nå hadde hun vanntynn, gullfarget avføring med opptil tolv tømminger i døgnet, og hun følte seg tiltagende slapp, men hadde ikke magesmerter eller feber. Under den tidligere innleggelsen hadde pasienten fått peroperativ intravenøs antibiotikaprofylakse med 400 mg doksosylin og 1 000 mg metronidazol. I tillegg hadde hun fått fire doser erytromycin 250 mg peroralt postoperativt de første to dagene for å fremme ventrikkelperistaltikk. Orienterende blodprøver tatt av fastlegen var upåfallende, men fecesprøve dag 18 etter utskrivelsen var positiv for toksinproduserende *Clostridioides difficile* (*C. difficile*).

Fastlegen forskrev behandling med metronidazol peroralt 500 mg × 3 i 10 dager, slik de nasjonale retningslinjene for antibiotika i primærhelsetjenesten anbefaler for førstegangsinfeksjon med *C. difficile* (1).

Pasienten ønsket ikke antibiotika og tok derfor ikke den forskrevne behandlingen. Hun syntes det var ubeha-

gelig å svelge tabletter og hadde generelt lite lyst på flere medisiner enn de hun allerede tok fast på grunn av sine andre sykdommer. Hun var også redd for bivirkninger av metronidazol.

Pasienten hadde lest i media om forskergruppen Klinisk effektforskning ved Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus som testet tarmflorabehandling (også kalt fekal mikrobiotatransplantasjon) for pasienter med førstegangsinfeksjon med *C. difficile* (2). Fire uker etter symptomdebut av diaréen tok hun derfor direkte kontakt på telefon med et medlem av forskergruppen. Hun hadde da fortsatt ti til tolv daglige vanntynne avføringer og følte seg i redusert allmenntilstand.

Vi forklarte pasienten at tarmflorabehandling ikke er anbefalt i norske eller utenlandske retningslinjer for pasienter med førstegangsinfeksjon med *C. difficile*, men at vi hadde nye, da upubliserte, data fra en randomisert studie som indikerer at behandlingen ikke er underlegen antibiotika. Vi forklarte pasienten videre hva tarmflorabehandling innebærer og hvordan den praktisk gjennomføres. Pasienten ønsket tarmflorabehandling. Pasientens fastlege bekreftet sykdomsforløp, prøvesvar og pasientens forståelse av behandlingsoalternativer.

Fem dager senere fikk pasienten administrert tarmflorabehandling i form av feces fra en frisk giver, produsert ved en regional fecesbank ved Universitetssykehuset

Nord-Norge, Harstad. Pasientens lokalsykehus hadde deltatt i den nylig avsluttede randomiserte studien (3) og hadde tilgang til behandlingen (figur 1).

Vi brukte den samme fremgangsmåten for administrering som i studien: 200 ml tarmfloraoppløsning bestående av feces, saltvann og glycerol dypfryst ved -80 grader ble tint opp i 37 grader vannbad og gitt som klyster med rektumsonde av trent sykepleier ved gastrolab. Pasienten ble ikke forbehandlet, og det var ingen tarmtømming eller sedasjon. Pasienten ble snudd på undersøkelsesbenken for å fordele tarmfloraoppløsningen i kolon (figur 2) (4). Pasienten reiste hjem samme dag som behandlingen ble gitt. Hun ga uttrykk for at tarmfloraoppløsningen luktet vondt, men syntes at behandlingen gikk fint.

Pasienten hadde komplett remisjon av symptomene med normal konsistens, farge og frekvens av avføring i løpet av to dager etter behandlingen. Ved kontroll hos fastlege en uke senere fortalte hun at hun var «helt god i magen igjen». Hun har ikke hatt residiv av *C. difficile*-infeksjon ved oppfølging to måneder senere.

Figur 1 Tarmflorabehandling fra frisk avføringsdonor, klar til bruk.
Foto: Peter Holger Johnsen, Universitetssykehuset Nord-Norge, Harstad



Diskusjon

Vandig diare (≥ 3 løse tømminger per dag) etter nylig antibiotikabehandling og funn av toksinproduserende *C. difficile* i avføring, som hos vår pasient, er diagnostisk for akutt *C. difficile*-infeksjon. Pasienten ønsket ikke behandling med antibiotika, som er førstevalg i henhold til nasjonale retningslinjer (1).

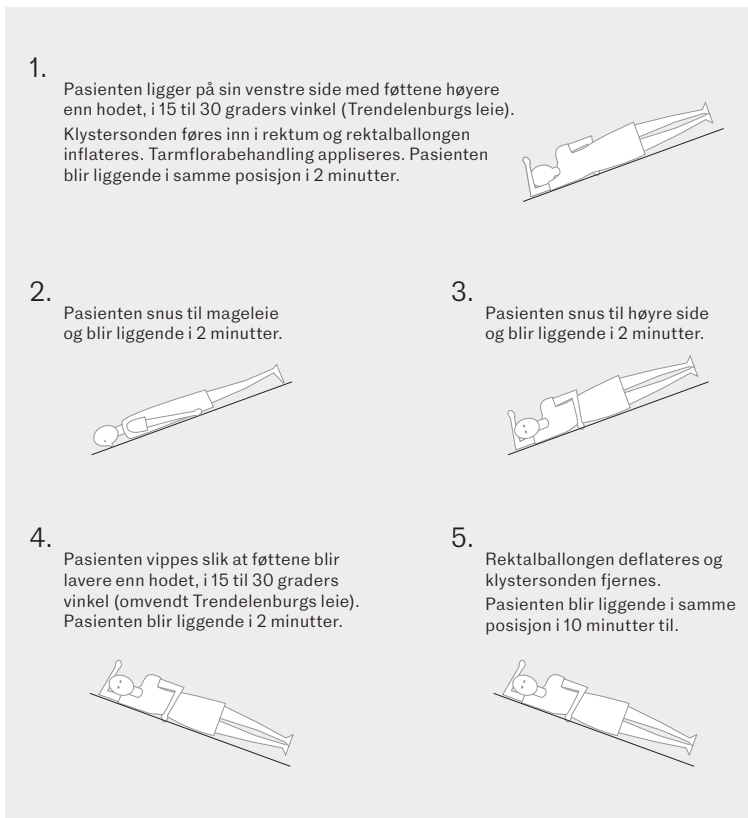
Tarmflorabehandling har i noen år vært anbefalt som tredjelinjebehandling for pasienter med residiverende *C. difficile*-infeksjon (1, 5). For pasienter med førstegangsinfeksjon er tarmflorabehandling ikke anbefalt fordi det inntil nylig ikke forelå større kliniske studier.

I og med at behandlingen ikke var anbefalt i kliniske retningslinjer på grunn av mangel på større kliniske studier, kunne man mene at den fortsatt var å anse som eksperimentell da pasienten tok kontakt med forskergruppen. Eksperimentell behandling bør kun tilbys i kliniske studier.

Imidlertid hadde vi kunnskap som ikke var offentliggjort, og som hadde betydning for behandlingsvalget: Kort tid før pasienten tok kontakt, hadde vi avsluttet en større randomisert fase III-studie som sammenlignet standard antibiotikabehandling for *C. difficile* infeksjon med tarmflorabehandling (3). Vi diskuterte pasientens forespørsel faglig og etisk i forskningsgruppen samt med fastlegen og lokal gastroenterolog. Vi la vekt på at pasienten tydelig uttrykte at hun ikke ønsket antibiotikabehandling, som var anbefalt i retningslinjene. Samvalg er et viktig element i kunnskapsbasert praksis (6).

Vi vurderte videre at den nye studien var relevant for pasientens problemstilling. Studien viste at 67 % av pasienter behandlet med tarmfloraoppløsning, ble kurert av sykdommen, sammenlignet med 61 % med standard antibiotika (forskjell på 6 prosentpoeng, p -verdi for ikke-underlegenhet $< 0,001$) (3). Studien viste også at tarmflorabehandling ikke har flere bivirkninger enn antibiotikabehandling (3). Vi vurderte resultatene som entydige. Studiens design, størrelse og endepunkter var etter vår vurdering av høy kvalitet slik at vi hadde stor tillitt til resultatene (3).

Eksperimentell behandling er ny behandling som ikke har blitt testet i vel gjennomførte randomiserte studier, der den sammenlignes med dagens anbefalte behandling (7, 8). På tidspunktet for vår vurdering av den aktuelle pasienten, hadde vi kjennskap til resultatene av den nye studien (3). I tillegg fantes det to mindre, kliniske studier som viste at tarmflorabehandling er minst like god som antibiotika også for førstegangstilfeller av *C. difficile*-infeksjon, og at behandlingen ikke har alvorlige bivirkninger eller komplikasjoner (9, 10). Andre studier har vist at tarmflorabehandling generelt er trygt (11). Vi vurderte det derfor til at behandlingen på det aktuelle tidspunktet ikke lenger var å anse som eksperimentell, selv om resultatene fra vår nye studie ennå ikke var publisert i fulltekst i et vitenskapelig tidsskrift.



Figur 2 Pasienten snus på undersøkelsesbenken etter en testet prosedyre som sørger for fordeling av oppløsningen med fekal mikrobiota i hele kolon (4).

Samlet kom vi frem til at det var etisk forsvarlig og klinisk riktig å tilby pasienten tarmflorabehandling etter samvalg og informert samtykke. Vi mente at tarmflorabehandling for denne pasienten ville være minst like effektiv som behandling med antibiotika, at risikoen for komplikasjoner og bivirkninger ikke var høyere og at behandlingen ikke lenger var å anse som eksperimentell. Vi vurderte om vi skulle drøfte saken med klinisk etikkomité, men kom frem til at det ikke var nødvendig, da vi følte oss trygge på vårt resonnement. Pasienten hadde god effekt og ble raskt symptomfri. Den randomiserte studien ble publisert kort tid etter (3). ■

Vi takker forskningskoordinator og sykepleier Siv Isaksen for rask og smidig tilrettelegging av fekal mikrobiotatransplantasjon for pasienten.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 16.4.2025, første revisjon innsendt 9.9.2025, godkjent 3.10.2025.

Sebastian Bø

Sebastian Bø er fastlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Håvard Wiig

Håvard Wiig er spesialist i indremedisin og i fordøyelsessykdommer og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Frederik Emil Juul

Frederik Emil Juul er postdoktor og lege i spesialisering. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har holdt foredrag om bruk av tarmflorabehandling ved blant annet *C. difficile*-infeksjon på Vestre Viken Gastroforum, organisert av Tillotts, i mai 2024.

Kjetil K. Garborg

Kjetil K. Garborg er ph.d. og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Peter Holger Johnsen

Peter Holger Johnsen er ph.d. og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Michael Bretthauer

michael.bretthauer@medisin.uio.no

Michael Bretthauer er dr.med., spesialist i indremedisin og i fordøyelsessykdommer, professor og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje. Antibiotika i primærhelsetjensten. 4. Mage-tarm-infeksjoner. Lest 3.10.2024.
- 2 Juul FE. Er avføring en bedre behandling enn probiotika? Aftenposten Viten 6.6.2019. Lest 3.10.2024.
- 3 Juul FE, Bretthauer M, Johnsen PH et al. Fecal microbiota transplantation versus vancomycin for primary clostridioides difficile infection – randomized controlled trial. *Ann Intern Med* 2025; 178: 940–7.
- 4 Skjevling LK, Hanssen HM, Valle PC et al. Colonic distribution of FMT by different enema procedures compared to colonoscopy – proof of concept study using contrast fluid. *BMC Gastroenterol* 2023; 23: 363.
- 5 Bishop EJ, Tiruvoipati R. Management of Clostridioides difficile infection in adults and challenges in clinical practice: review and comparison of current IDSA/SHEA, ESCMID and ASID guidelines. *J Antimicrob Chemother* 2022; 78: 21–30.
- 6 Kienlin S, Eiring Ø, Kasper J. Samvalg. *Michael* 2020; 17: 127–43.
- 7 Bretthauer M, Haug C. Hva er etablert behandling? *Tidsskr Nor Legeforen* 2011; 131: 1275.
- 8 Bretthauer M. Når er en kirurgisk metode etablert behandling? *Kirurg* 14.12.2024. Lest 3.10.2025.
- 9 Juul FE, Garborg K, Bretthauer M et al. Fecal Microbiota Transplantation for Primary Clostridium difficile Infection. *N Engl J Med* 2018; 378: 2535–6.
- 10 Baunwall SMD, Andreassen SE, Hansen MM et al. Faecal microbiota transplantation for first or second Clostridioides difficile infection (EarlyFMT): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2022; 7: 1083–91.
- 11 Rapoport EA, Baig M, Puli SR. Adverse events in fecal microbiota transplantation: a systematic review and meta-analysis. *Ann Gastroenterol* 2022; 35: 150–63.



SHINGRIX

VAKSINE MOT HELVETESILD
(REKOMBINANT, MED ADJUVANS)

Nye langtidsdata¹

Helvetesild kan forebygges med vaksine¹

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

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

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

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

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON:

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

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

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

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

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

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

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



Shingrix
preparatomtale

For mer informasjon:
shingrix.no

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

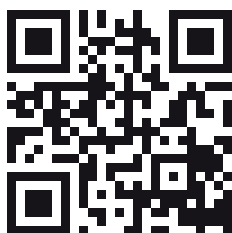
GSK



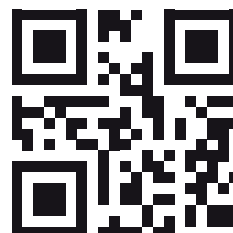
Er du i tvil om du og pasienten kan kommunisere godt nok?

Husk å bestille kvalifisert tolk for personer med begrensede norskkunnskaper

Les mer: [Helsenorge.no/tolk](https://helsenorge.no/tolk) og imdi.no/tolk



Skann meg for Helsenorge



Skann meg for IMDi

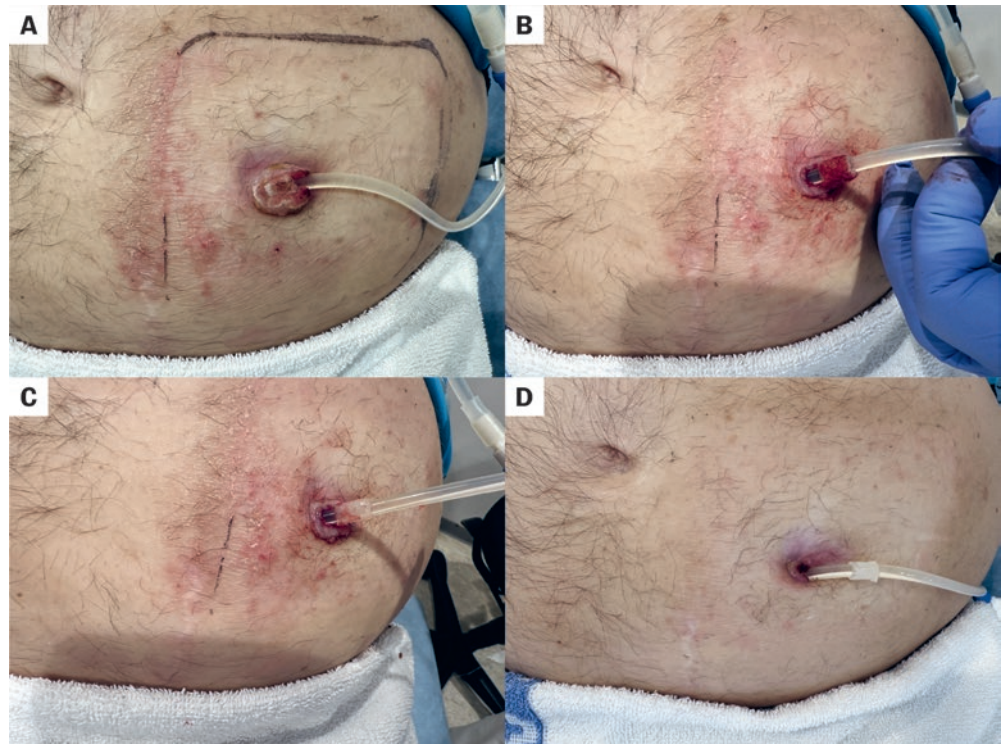
Når katetermansjetten presses ut

Bildene viser en ytre katetermansjett (engelsk: *cuff*) ved peritonealdialyse som har ekstrudert, dvs. blitt presset ut istedenfor å ligge i det subkutane vevet. Øverst til venstre er huden rundt mansjetten infisert. I bildet øverst til høyre er den ytre mansjetten frigjort helt fra huden. Nederst til venstre ser man at mansjetten er forsiktig skrapet og vasket. Nederst til høyre, vises utgangen for det peritoneale dialysekateteret med gjenværende ekstern ytre mansjett, uten tegn til residiverende infeksjon fire uker etter frigjøring/rengjøring.

Bildene er tatt av en mann i 50-årene med diabetesnefropati som hadde brukt peritonealt dialysekateter i tre år. De siste månedene opplevde han gjentatte kateterutgangsinfeksjoner (*exit-site infections*) forårsaket av *Staphylococcus aureus*. Til tross for adekvat antibiotikabehandling persisterte infeksjonene. Det var observert at den ytre katetermansjetten hadde ekstrudert nesten fullstendig.

Peritonealdialyse er en viktig behandlingsform for pasienter med endestadium nyresykdom. Katetermansjettekstrusjon er en relativt sjelden komplikasjon, ofte forårsaket av gjentatte kateterutgangsinfeksjoner eller vekt-tap som forkorter katetertunnelen og som gjør at den ytre mansjetten etter hvert presses ut. Insidensen er ukjent.

Den ekstruderte mansjetten kan fungere som et reservoar for bakterier, noe som fører til residiverende infeksjoner og potensielt tap av kateter. Dette kan behandles ved å dissekere under sterile forhold, den eks-



truderte mansjetten fra omkringliggende vev og skrapte den med et skalpellblad (*cuff-shaving*). Prosedyren er enkel og gjør det mulig å bevare dialysekateteret og eliminere infeksjonskilden. Det er vist at infeksjonen ble bekjempet i opptil 80 % av tilfellene, uten komplikasjoner relatert til selve inngrepet (1). Denne kasuistikken illustrerer viktigheten av regelmessig oppfølging av peritoneal dialyse-pasienter og tidlig intervensjon ved katetermansjettekstrusjon, som anbefalt i kliniske retningslinjer (2). Prosedyren vist i bildene kan forlenge levetiden til det peritoneale dialysekateteret og redusere risikoen for alvorlige komplikasjoner som tunnelinfeksjon og peritonitt (2). ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.
Mottatt 2.5.2025, første revisjon
innsendt 4.9.2025, godkjent 16.9.2025.

Sadollah Abedini

sadollah.abedini@siv.no
Medisinsk klinikk, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg. Sadollah Abedini er spesialist i indremedisin og i nyresykdommer, overlege og ph.d. i klinisk epidemiologi. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Stig Arne Kjellevold

Medisinsk klinikk, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg. Stig Arne Kjellevold er spesialist i indremedisin og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Debowski JA, Wærp C, Kjellevold SA et al. Cuff extrusion in peritoneal dialysis: single-centre experience with the cuff-shaving procedure in five patients over a 4-year period. *Clin Kidney J* 2017; 10: 131–4.
- 2 Chow KM, Li PK-T, Cho Y et al. ISPD Catheter-related Infection Recommendations: 2023 Update. *Perit Dial Int* 2023; 43: 201–19.



Illustrasjon: Tidsskriftet

Årets helseord er ...

I desember hvert år publiserer Språkrådet en liste på ti ord som har preget året som gikk. Hittil har kun to helseord gått helt til topps.

Orda som Språkrådet velger, skal være aktuelle, mye brukt og levedyktige, men de trenger ikke være helt nye. Også ord av nyere dato og ord som har blitt brukt i en ny og aktuell betydning, kan velges (1, 2).

Helseord

Orda på Språkrådets liste gir en pekepinn om hva som er viktige temaer i samfunnet. Økonomi, sykdom og klima er tema som går igjen (3). *Svineinfluensa* ble årets ord i 2009 og *koronaen* i 2020. Toppåret for antall helseord på lista var nettopp 2020, da den hadde med fem helseord knyttet til covid-19-pandemien: *koronaen*, *holde meteren*, *flate ut kurven*, *sprite* og *kohort*. Noen ord på listene har en løsere tilknytning til helse, for eksempel *demenskor* (2023) og *å nave* (2012).

Ordet *hundredagershoste* sto på ti-på-topp-lista i 2024. Det er et nokså nytt og folkelig navn på kikhoste. Tilsvarende ord på engelsk er *100-day cough* (4). Både utbredelsen av sykdommen og det nye ordet fikk et kraftig oppsving i 2024. Bokstavrimet med hundre og *hoste* kan bidra til å fremme

spredningen av ordet (4). Et søk i Nasjonalbibliotekets nettbibliotek viser at *hundredagershoste* ikke er helt nytt, første treff er fra 2006 (5).

Juryen i Språkrådet lager også en liste over ord som ikke når helt opp. I 2024 gjaldt det blant annet *kjønnsråte*, som var vinnerordet i en konkurranse utlyst av Studentsamskipnaden i Oslo for å finne et mer beskrivende navn på gonore (4). *Kjønnsråte* er et eksempel på et kreativt resultat av aktivt og planmessig nyordsarbeid, ifølge juryen.

Blir orda brukt?

Språkrådet står bak kåringa sammen med professor Gisle Andersen ved Norges handelshøgskole. Det innebærer ikke en normering eller annen offisiell godkjenning fra Språkrådet. Det er heller ikke sikkert at nyorda kommer inn i ordbøkene, for det avhenger av om de slår rot i språket (1). Men når man ser tilbake på årets ord siden starten i 2008, har mange av orda stått seg over tid og blitt mye brukt (3).

De fleste nyord oppstår spontant blant folk. Om orda blir døgnfluer eller tas opp i allmennspråket, avgjøres ikke med vedtak. Nyord kan imidlertid være

resultat av bevisst arbeid fra myndighetenes side, som innføringen av termen *statsforvalter* i stedet for *fylkesmann* fra 2021 er et eksempel på (6). Vedtaket var et ledd i arbeidet med å skifte ut kjønns spesifikke stillingstitler med kjønnsnøytrale i alle statlige virksomheter. Ordet var på lista i 2020 (6). Året før finner vi *helsesykepleier*, som erstattet den gamle betegnelsen *helsesøster*. Disse orda har tatt helt over for de gamle.

Det gjenstår å se hva som vil skje med andre ord, for eksempel et av orda fra 2023-lista: *nevromangfold* (7). Dette er en moderne betegnelse for den nevrobiologiske variasjonen som omfatter alle, men som ofte blir brukt om mennesker med diagnoser som Aspergers syndrom, Tourettes syndrom, ADHD med flere. Ordet gjenspeiler et ønske om å se på nevrobiologisk variasjon som naturlig og ukomplisert (7).

Lignende kåringer som den i Norge finnes også i andre land. I 2024 ble uttrykket *brain rot* kåret til årets ord av Oxford Dictionaries (8). Uttrykket, som kan oversettes med *hjermeråte*, brukes i dagligtale om følelsen av mental trøtthet, sløvheter eller at man ikke klarer å tenke klart, særlig etter for mye meningsløs bruk av skjerm over lang tid. ■

Mottatt 9.2.2025, godkjent 11.2.2025.

Erlend Hem

erlend.hem@medisin.uio.no

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

Litteratur

- 1 Språkrådet. Årets ord. Lest 20.1.2025.
- 2 Hem E. Samtidshistorie i nyord. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1216.
- 3 Språkrådet. Krypflasjon er årets ord 2022. Lest 9.2.2025.
- 4 Språkrådet. Omtaler av årets ord 2024. Lest 20.1.2025.
- 5 Sandbu S, red. Vaksinasjonsboka: veiledning om vaksinasjon for helsepersonell 2006. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2006.
- 6 Språkrådet. Om ordene på lista 2020 (bm).
- 7 Språkrådet. Omtaler av årets ord 2023. Lest 9.2.2025.
- 8 Oxford University Press. 'Brain rot' named Oxford Word of the Year 2024. Lest 9.2.2025.

Voksenvaksinasjonsprogram i Norge

Det er innført et nytt, nasjonalt vaksinasjonsprogram for voksne.

Det nye vaksinasjonsprogrammet ble innført 1. juni 2025 og er et tilbud til innbyggere som, på grunn av alder eller helsetilstand, har økt risiko for å utvikle alvorlig sykdom hvis de får influensa eller covid-19. I tillegg tilbys vaksine mot pneumokokksykdom til personer over 65 år.

Korona- og influensavaksine tilbys i voksenvaksinasjonsprogrammet fra fylte 65 år, i tillegg til voksne og barn i risikogrupper. Dette samsvarer med de gjeldende medisinske anbefalingene for influensavaksinering. Folkehelseinstituttets oppdaterte anbefaling for koronavaksinering er aldersindikasjon fra 75 år, men alle mellom 65 og 74 år kan få vaksinen gjennom vaksinasjonsprogrammet hvis de selv ønsker det.

Pneumokokkvaksine tilbys gjennom voksenvaksinasjonsprogrammet det året man fyller 65 år. Retten til å motta vaksinen består selv om man ikke benytter seg av tilbudet det året. Mennesker født før 1960, og yngre personer i risikogrupperne, anbefales fortsatt å ta pneumokokkvaksine, men de omfattes ikke av programmet og får derfor en høyere egenbetaling ved vaksinering.

I sesongen 2024/25 var vaksinasjonsdekningen for influensa- og koronavaksine i aldersgruppen 65 år og eldre henholdsvis 66 % og 50 %. I den samme aldersgruppen har 30 % vært vaksinert mot pneumokokksykdom de seneste årene (1).

Alvorlighetsgraden av influensautbrudd varierer fra sesong til sesong. Sesongen 2024/25 var hardere enn på mange år. Fra uke 35 i 2024 til uke 34 i 2025 var det 8 249 innleggelser med influensa i norske sykehus, og 383 ble registrert med influensa som dødsårsak.

Tilsvarende tall for covid-19 var 5 844 sykehusinnleggelser og 397 dødsfall. De aller fleste som ble rammet, tilhørte en risikogruppe for disse sykdommene (2).

I 2024 ble det meldt 390 tilfeller av invasiv pneumokokksykdom i aldersgruppen 65 år og eldre (3). Dødeligheten ved invasiv pneumokokksykdom er tidligere rapportert å være opp mot 17 % i en norsk, uselektert populasjon (4).

Det er kommunene som har ansvar for at innbyggerne tilbys vaksine i henhold til voksenvaksinasjonsprogrammet, organisere vaksinering slik at høyest mulig vaksinasjonsdekning oppnås og etablere rutiner for samarbeid mellom kommunen og eventuelle private vaksinatorer (fastleger, apotek) de inngår avtale med. Kommunen skal også informere innbyggerne om vaksinene, målgruppene for vaksinasjon og den lokale organiseringen.

Kostnaden for vaksine og vaksinering mot pneumokokksykdom og covid-19 i vaksinasjonsprogrammet er delvis subsidiert av staten, men kommunene kan kreve full egenbetaling for influensavaksinering. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder til vaksinasjonsforskriften som omhandler egenbetaling, kompensasjon til vaksinator og oppgjørsløsning mellom privat vaksinator og kommunen.

Uvaksinerte som har aldersindikasjon for én eller flere av vaksinene, vil få et varsel om manglende vaksinering via Helsenorge i midten av november. Det er mulig å reservere seg mot dette. Påminnelsesordningen omfatter ikke de som er inkludert i vaksinasjonsprogrammet på grunn av risikotilstander og sykdommer.

For å overvåke sykdomsbyrde, vaksinasjonsdekning og vaksineeffekt vil

Folkehelseinstituttet sammenstille og analysere data fra flere sentrale helseregistre. Overvåkingen skal også bidra til å styrke beredskapen ved framtidige utbrudd eller pandemier. ■

Mottatt 9.10.2025, første revisjon innsendt 28.10.2025, godkjent 30.10.2025.

Eli Heen

eli.heen@fhi.no

Eli Heen er spesialist i allmenntilleggsmedisin og overlege ved Avdeling for smittevern og vaksine, Folkehelseinstituttet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Svein Rune Andersen

Svein Rune Andersen er dr.scient. og fagdirektør ved Avdeling for smittevern og vaksine, Folkehelseinstituttet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kjersti Margrethe Rydland

Kjersti Margrethe Rydland er cand.pharm., seniorrådgiver ved Avdeling for smittevern og vaksine, Folkehelseinstituttet og leder for voksenvaksinasjonsprogrammet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

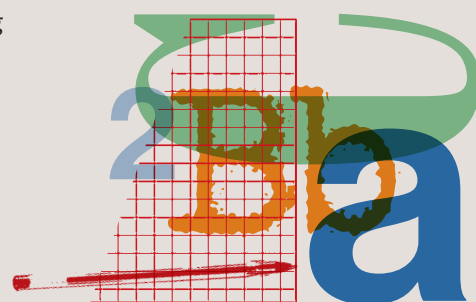
- 1 Folkehelseinstituttet. Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK. Lest 30.10.2025.
- 2 Folkehelseinstituttet. Statusrapport for luftveisinfeksjoner. Sesongen 2024–25. Uke 20 (2025). Lest 30.10.2025.
- 3 Folkehelseinstituttet. Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS). Lest 30.10.2025.
- 4 Holm AM, Berild D, Ringertz SH et al. Occurrence and clinical presentation of systemic pneumococcal infections in an unselected population in Oslo, Norway, between 1993 and 1997. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2002; 21: 465–7.

Vil du publisere i Tidsskriftet?

Kontakt oss, så hjelper vi deg med forslag om hvordan du går frem med akkurat dine data eller din idé.

Finn mer informasjon på tidsskriftet.no.

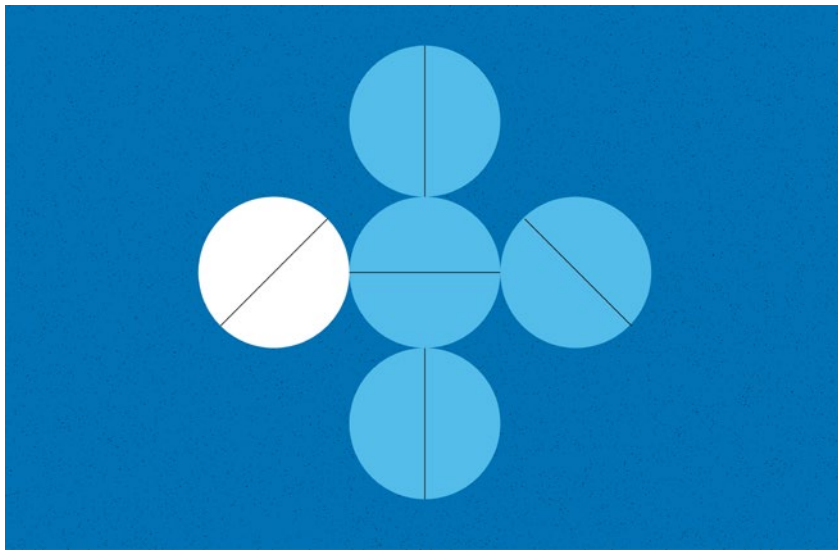
Tidsskriftet®



Felles løsning for legemiddel-søknader i sykehusene

Utforming, vurdering og oppfølging av søknader om legemiddelbehandling til pasienter i norske sykehus får nå et løft gjennom en ny nettløsning.

Illustrasjon: Tidsskriftet



Det fins ulike søknadsordninger som sykehusleger kan benytte for å få vurdert om pasienter kan behandles med legemidler som foreløpig ikke er innført på nasjonalt nivå. I 2022 ble det laget en oversiktlig fremstilling av de ulike søknadsordningene som var gjeldende på det tidspunktet (1). I april 2025 ble også Tilgangsordningen for klinisk eksepjonelle enkeltpasienter lansert (2).

Søknadsordningene har frem til nå vært praktisert manuelt per e-post innad i og mellom helseforetakene. Behovet for en felles løsning som ivaretar personvernet, øker kvaliteten på søknadene og gir oversikt over praksis på området, har vært fremhevet både i de regionale helseforetakenes rapport om Nye metoder i 2023 (3) og i prioriteringsmeldingen fra april 2025 (4).

Legemiddelsøknader.no

Nettløsningen legemiddelsøknader.no er et nylansert felles system for å støtte søknads- og vurderingsprosessene i norske sykehus. Løsningen benytter digitale skjema og inkluderer kunnskapsstøtte

både for søker (behandlerne lege), avdelings-/klinikkledere, fagdirektører og deres rådgivere. Strukturert registrering av data gir grunnlag for samhandling og oversikt over praksis, både innad i og mellom helseforetakene som benytter løsningen. Integrasjoner mot Forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte (FEST), Finnkode.no og Felleskatalogen bidrar også til å bygge kvalitet og konsistens i innholdet.

Brukere logger på løsningen med HelseID fra en PC innenfor helsenettet. Alle sensitive data fra søknadene er tilgangsstyrt, basert på brukerrolle (5) og tjenstlig behov.

Løsningen er utviklet av Helse Bergen og Helse Vest IKT i samarbeid, med støtte fra Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, Helse Bergens sårkornmidler, Helse Vests innovasjonsmidler og de regionale helseforetakene i fellesskap.

Legemiddelsøknader.no er nå tatt i bruk ved sykehusene i Helse Vest og vil bli gjort tilgjengelig for alle regioner i løpet av 2025. Dette inkluderer også Nye metoder og interregionale vurderinger knyttet til Tilgangsordningen.

Videre utviklingsplan inkluderer bl.a. integrasjon mot forskrivningssystemene for e-resept og ønske om etablering av et helseregister. Registeret vil kunne inneha forløpsdata og dermed bidra til kunnskapsgenerering i tråd med anbefaling i Helsedirektoratets veileder for utprøvede behandling (6). Dette kan bli en viktig kilde til forskning på pasientgrupper og behandlinger der tradisjonelle kliniske studier er mangelfulle. ■

Mottatt 7.10.2025, første revisjon innsendt 21.10.2025, godkjent 22.10.2025.

Tormod Karlsen Bjånes

tkab@ihelse.net

Tormod Karlsen Bjånes er ph.d., spesialist i klinisk farmakologi, overlege ved Avdeling for medisinsk biokjemi og farmakologi, Haukeland universitetssjukehus og førsteamanuensis ved Klinisk Institutt 2, Universitetet i Bergen. Han er prosjektleder for utviklingen av legemiddelsøknader.no. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jannicke Sletli Wathne

Jannicke Sletli Wathne er ph.d., MSc, Clin. Pharm, farmasøyt og spesialrådgiver ved Forsknings- og utviklingsavdelingen, Haukeland universitetssjukehus. Hun er prosjektleder for utviklingen av legemiddelsøknader.no. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Brustugun OT. Slik kan man få tilgang til legemidler uten vedtak i Beslutningsforum. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.21.0886.
- 2 Nye metoder. Tilgangsordningen. Lest 7.10.2025.
- 3 De regionale helseforetakene. Unntaksordningen i system for Nye metoder. Rapport fra de regionale helseforetakene. Lest 7.10.2025.
- 4 Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 21 (2024-2025). Helse for alle - Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste. Lest 7.10.2025.
- 5 Legemiddelsøknader.no. Brukerveiledning. Lest 7.10.2025.
- 6 Helsedirektoratet. Utprøvede behandling - nasjonale prinsipper. Lest 7.10.2025.

KoSy er lansert

Folkehelseinstituttet har klargjort en tjeneste som gir dagsaktuell statistikk om smittsomme sykdommer og vaksinasjon i egen kommune og nabokommuner.

Kommuneoverlegene har mange lovpålagte smittevernoppgaver. De skal blant annet ha oversikt over og forebygge smittsomme sykdommer i kommunen. For å løse denne oppgaven mottar kommuneoverlegene i dag papirkopier av meldinger fra Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) med posten, og de kan se anonym statistikk i Folkehelseinstituttet (FHI) sine statistikkbanker.

I starten av pandemien så FHI at det var vanskelig for kommuneoverleger å utføre sine lovpålagte oppgaver med den informasjonen de hadde til rådighet. Derfor startet FHI arbeidet med Kommunens sykdomsoversikt (KoSy). I utviklingen har det vært tett dialog med kommuneoverlegene for å sikre at tjenesten inneholder informasjon som dekker deres reelle behov.

Ved hjelp av denne løsningen kan kommuneoverlegene nå enkelt få tilgang til dagsaktuell statistikk når de vil, inkludert statistikk som er unntatt offentligheten, slik at de kan utføre sine oppgaver på en god måte. KoSy er gratis å ta i bruk for kommunene.

Siden høsten 2024 har vi gjennomført et pilotprosjekt, og fra 9. september åpnet vi for at alle kommuneoverleger i landet kan ta i bruk KoSy.

Erfaringene fra kommuneoverlegene som har deltatt i pilotprosjektet, er svært positive. De har brukt KoSy til blant annet å få fortløpende oversikt over smittesituasjonen lokalt og regionalt, tall for vaksinasjonsoppslutning og hva slags organisering av vaksinasjon som har gitt god effekt (kommunene lærer av hverandre). Tjenesten har også bidratt til raskere og mer tilpassede råd til kommunehelsetjenesten og befolkningen, fremskyndet opp-

friskningsvaksinasjon mot kikhoste på bakgrunn av oppdatert statistikk om utbrudd, iverksatt forsterkede tiltak for å redusere smitte av gonore blant unge og gitt informasjon om forekomsten av resistente gule stafylokokker (MRSA).

Ved oppstart inneholder KoSy statistikk over prøvesvar fra medisinsk-mikrobiologiske laboratorier, vaksinasjoner, meldte tilfeller av smittsomme sykdommer og antall konsultasjoner med diagnosekoder for smittsomme sykdommer fra allmennpraktiserende leger og legevakt.

Vi er godt fornøyde med versjonen av KoSy som nå rulles ut nasjonalt. Kommuneoverlegene i pilotprosjektet har meldt inn ønsker om flere data i KoSy. Vi videreutvikler derfor løsningen slik at den blir enda bedre støtte for kommuneoverlegene i deres smittevernarbeid. ■

Mottatt 25.9.2025, godkjent 24.10.2025.

Guri Rørtveit

guri.rortveit@fhi.no

Guri Rørtveit er spesialist i allmennmedisin og direktør ved Folkehelseinstituttet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Christine Bergland

Christine Bergland er områdedirektør for helsedata og digitalisering ved Folkehelseinstituttet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KERN

KOMFORTABEL OG PÅLITELIG FOR PASIENTERS SKYLD

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



effektiv
hygienisk
kan kobles
til nettverk



www.kern-sohn.com

PROFESSIONAL MEASURING
SINCE 1844

Tekst: Marit Tveito

Foto: Leikny Havik

Først og fremst kirurg, men også eventyrer og forfatter. Johan Bondi får ulike karakteristikk av venner og kolleger, men de er alle enige om at han er en lege med uvanlig godt humør.

MED KNIV I BAGASJEN

Terrenskoene står oppreist og til tørk utenfor døra i Asker. Fra rekkehuset, som ligger nær Semsvannet, er det kort vei til marka, men ellers er det lite som røper at det huser en eventyrer. Mens jazzmusikk spilles rolig i bakgrunnen, byr Bondi på nybrygget kaffe, og han lurte litt på hvem som har foreslått at han skal intervjues. Det er flere muligheter, for han har reist på mange internasjonale humanitære oppdrag, overvintret i Antarktis og gitt ut en bok om kirurgi.

– Hvorfor ble du lege?

– Jeg ønsket meg et yrke hvor jeg kunne være til nytte for andre, og samtidig ville jeg ta en ordentlig utdanning. Den kombinasjonen førte raskt til legeutdanning.

Det var to grunner til at han valgte kirurgi. Det var den første avdelingen i turnustjenesten, og det ble også hans første jobb etterpå.

– Avdelingssjefen ringte og spurte om jeg ville komme tilbake, og det passet fint for oss som familie da. Han prøver å huske på hvor gøy det var med de første inngrepene, nå som han selv

har med studenter og turnusleger på opplæring.

– Jeg håper det kan inspirere noen til å bli like glad i faget som jeg har blitt.

I starten gikk han felles vakt for ortopedi og gastrokirurgi, noe som senere skulle vise seg å være nyttig.

– Det at jeg både kan operere en ankel og gjøre et keisersnitt, har jeg hatt nytte av når jeg har reist ut med Røde Kors.

Eventyrlyst er et ord som går igjen når venner og kolleger beskriver Bondi.

– Jeg er glad i å være på tur, men jeg synes jo det er viktig at man har en fast jobb, et kollegium og en faglig trygghet. Det er lurt å være en del av et kollegium. Det gir korrektiv og utvikling. Det kan være risikabelt å være en helt fri fugl.

Han fremhever at han har det fint på jobben ved Drammen sykehus, der han har vært de siste ti årene.

– Er det vanskeligere å være kirurg nå enn da du begynte?

– Ja, det tror jeg faktisk. Faget har utviklet seg veldig, og repertoaret er større. På godt og vondt er alt mer transparent. Kirurgi er et kompetitivt

Teamarbeid: – Det å jobbe sammen om å hjelpe andre er noe helt unikt.





fag, med en umiddelbar forbindelse mellom hva vi gjør, hvordan det går med pasienten og driften av avdelingen.

– Roboter er også nytt?

– En robot på operasjonssalen er foreløpig bare én type tilgang, for den er jo ikke selvgående som en ekte robot. Men det er et fantastisk instrument som er veldig godt å operere med.

Bondi er likevel ikke bekymret for å bli overflødig.

– Det er viktig at den som behandler fortsatt er et annet ansvarlig menneske som kan ta imot reaksjoner, følelser og respondere på det. Kirurgi blir aldri helt instrumentelt.

Isolert i isødet

Da muligheten til å kombinere jobb og eventyr på Antarktis dukket opp, var det faktisk kona som tipset om jobbannonsen, og som understreket at det var bedre at han reiste før alle de tre barna hadde flyttet hjemmefra. Arbeidsgiveren syntes også at Bondi passet godt til stillingen.

– Jeg var eneste lege på den norske polarstasjonen Troll i tretten måneder. I åtte av dem var vi bare seks personer, helt isolert på stasjonen midt ute i polarisen.

– Hvordan var det?

– Det var en fantastisk opplevelse, hvor man lærer mye om seg selv, men også et år med mye savn. Jeg savnet familie og venner, men også det å kunne gå på butikken og velge seg mat man har lyst på.

– Hva var jobben din?

– Jeg hadde medisinsk ansvar for alt som foregikk på stasjonen. I fire av månedene var vi opp mot hundre mennesker der. Det er både røntgen- og ultralydapparat der, samt muligheter for teledisin.

En gang måtte han gjøre en ultralydundersøkelse av en mulig miltruptur, under veiledning fra radiolog ved Universitetssykehuset Nord-Norge.

– Kunne du operert en sprukken milt?

– Det er en operasjonsstue der, men det er vanskelig med både anestesi og operasjon helt alene. En nødløsning ville være at pasienten brukte en spray med fentanyl og ga seg selv anestesi, i alle fall for noen mindre inngrep.

– Det er ikke optimalt, understreker han. Løsningen var at alle hadde totalforbud mot å slå seg i hodet, brystkasse eller mage. For selv om det er opplegg for å kunne gjøre større inngrep, ville det vært ekstremt utfordrende. En miltskade høyere enn grad 3 kunne vært livstruende.

– Hva gjør man med en hjerneblødning i Antarktis?

– Om sommeren kan du evakuere innen et døgn, hvis du er heldig. Om vinteren er ikke flystripa åpen. Det er helt mørkt og 40–50 minusgrader. Det tar flere uker å måke flystripa med beltevogner. Det er mildt sagt en vanskelig situasjon, konkluderer han.

– Om sommeren er det bare syv timer til Cape Town, og da hender det at vi henviser folk til behandling der.

Flere land har stasjoner i Antarktis, men de ligger langt fra hverandre.

– Jeg hadde litt kontakt med min tyske kollega på den tyske stasjonen, men det var ikke mulig å reise til hverandre i hverdagen. Stasjonene lå vel 50 mil unna hverandre.

Mens det fortsatt var sommer og mulig å fly, var Bondi med på et inspeksjonsoppdrag. Traktaten for Antarktis slår fast at det er et kontinent for fred og samarbeid, og at det ikke skal være kommersiell eller militær virksomhet.

– Det betyr også at det er fritt frem for å inspisere hverandre. Vi fløy til tre nabolagstasjoner, og det var interessant å få se hvordan den tyske stasjonen var. Den var mye større enn den norske, og den hadde en diger sykestue.

– Alle land kan ha en stasjon på Antarktis?

– Ja, i prinsippet, og det er mange stasjoner der. Men det er ikke så mange som har helårsdrift og overvintringsteam.

Troll ligger i Dronning Maud Land, et område som er seks ganger større i areal enn Norges fastland. En leges oppgaver der går utover det å være helsepersonell.

– Jeg hadde blant mye annet også ansvar for fugleregistrering. Det er noen fuglekolonier der som følges tett. Jeg vandret mye og registrerte reir, egg og kyllinger. Fantastiske opplevelser, understreker han.

– Et karrigere landskap finnes vel knapt, og plutselig dukker det opp en liten loddenhvit kylling som venter på at foreldrene skal komme tilbake. Foreldrene er ute og flyr i to til tre uker av gangen for å hente mat. Det tror jeg er en av de tøffeste oppvekstene på jorda. Det var vel også en av grunnene til at BBC var og filmet til serien *Planet Earth* mens vi var der.

Med Røde kors

Bondi har jobbet for Røde Kors både nasjonalt og internasjonalt.

– Det første oppdraget var på Filippinene, etter en såkalt supertyfon. Den hadde ført med seg den kraftigste vinden som var målt på jorda noensinne.

Det er viktig at den som behandler fortsatt er et annet ansvarlig menneske som kan ta imot reaksjoner, følelser og respondere på det

Tyfonen hadde feid over øyriket og forårsaket store materielle ødeleggelser, med mange drepte og skadde.

– Vi satte opp feltsykehus på en av øyene og opererte alt det var akutt behov for å løse.

– Du har vært i krigssoner også?

– Jeg var i Sør-Sudan, på et sykehus som nærmest bare opererer våpenskader. Operasjonene hadde et eksotisk tilsnitt, for flere hadde skader etter å ha blitt truffet av spyd og piler.

Han har vært tett på situasjoner hvor våpen har blitt tatt frem, og konfliktnivået har vært til å ta og føle på.

– Er det mer risikabelt å være helsepersonell i dag enn tidligere?

– Ja, man opplever jo at det røde korset ikke er så beskyttende lenger.

– Har du vært redd når du har vært ute på oppdrag?

Johan Bondi

Født 14. januar 1969

Cand.med., Universitetet i Oslo, 1997

Ph.d., Universitetet i Oslo, 2005

Spesialist i gastrokirurgi, 2010

Første leder av Norsk forening for kolorektal kirurgi

Forfatter av boken *Med kniven i hånden*, 2024

Overlege ved Gastrokirurgisk avdeling, Drammen sykehus, 2016–d.d.

– Det har hendt. Når man sitter på en buss på vei inn i en flyktningleir, og unge gutter med maskingevær tar seg inn i bussen, blir det litt anspent. Men det har alltid gått bra, jeg har aldri vært utsatt for noe.

En annen gang han kjente på nerver, var da han opererte under et kraftig etterskjelvet.

– Vi hadde rykket ut til Nepal etter et kraftig jordskjelv, og stod og opererte folk som hadde blitt skadet.

Etterskjelvet kom et par uker etter det første skjelvet.

– Hele grunnen under oss flyttet seg frem og tilbake med minst en meter. Det gikk bra med oss, men da kom det mange nye skadde. De husene som så vidt hadde klart seg under det første skjelvet, raste sammen da.

Alle reisene har likevel først og fremst gitt positive erfaringer.

– Alle disse menneskemøtene er flotte opplevelser. Det å jobbe i et team, sammen for andre, og å få oppleve den takknemligheten vi møter, er noe helt unikt.

– Skal du ut igjen?

– Ja, det skal jeg.

Lege på Grønland

På skitur på Grønland møtte han på sjefen for kirurgisk avdeling på sykehuset i Nuuk.

– Etter å ha blitt litt kjent, sa han «Nå får du komme og jobbe hos meg». Det slo jeg til på.

Bondi skal tilbake til Grønland for tredje gang denne sommeren.

– Det er bare ett fullverdig sykehus der, og det ligger i Nuuk. Det er fantastisk å få oppleve den grønlandske kulturen. Inuittene er et polart folkeslag med stor integritet. De er fortsatt fangstfolk og jegere.

Noen pasienter husker han bedre enn andre.

– Vi opererte en eldre, hardbarket fyr som bodde langt nord på Grønland. Han drev med narhvalfangst fra kajakk. Det er hvast, altså!

Alle større inngrep gjøres på sykehuset i Nuuk, men det finnes også utekontor som gjør mindre inngrep. Har du vakt, har du vakt for hele Grønland.

– Det er ingen veier der, så noe av virksomheten handler om å fly til mindre steder og gjennomføre mange operasjoner på kort tid. Det er tross alt rimeligere enn at alle pasientene skal fraktes til Nuuk. Halve budsjettet til helsetjenester på Grønland er transportutgifter. Transporten kan være uforutsigbar. —>



Vi opererte en eldre, hardbarket fyr som bodde langt nord på Grønland. Han drev med narhvalfangst fra kajakk. Det er hvast, altså!

– Noen ganger er været såpass dårlig at pasientene på Øst-Grønland må flys til Island i stedet. Det kan være at du som vakthavende må ta stilling til om pasienten kan vente eller burde evakueres, men så er været uansett for dårlig til at det er aktuelt med transport. Det er hardt, men det er realitetene, og noe alle er klar over når man bor der.

Knives out

Bondi ga i 2024 ut boken *Med kniven i hånden*.

– Hva fikk deg til å skrive den?
 – Intensjonen var jo ikke å skrive bok i utgangspunktet, men jeg ville samle noen tanker og anekdoter og begynte å grave litt i kirurgiens historie. Etter hvert tenkte jeg at det kanskje hadde blitt til noe som kunne være gøy for andre å lese også. Det var forlaget enig i.
 – Har du fått noen tilbakemeldinger?
 – Ja, det er jo det som er hele premien, synes jeg. Senest forrige uke hadde en av pasientene på poliklinikken lest den og syntes boka var artig. Og noen ganger får jeg meldinger fra helt ukjente mennesker som synes boka er givende. Det gjør meg veldig glad.

Skriving er imidlertid ikke hans eneste fritidsinteresse. Bondi går for å være lett å få med på tur, enten det er til lands eller til vanns.

– Det neste private prosjektet blir å krysse Atlanterhavet i seilbåt.

– Du er med i en reiseklubb?

– Den er for folk som er interessert i reising. Det er ukentlige møter med foredrag og middag hvis man vil. Det er mange artige folk som er med der, og han nevner flere kjente navn som gir assosiasjoner til store ekspedisjoner.

Bondi beskrives som en uttalt sosial type, og under studietiden var han med i medisinstudentkoret Sangvinerne. De sang blant annet i OL-studio på Lillehammer da kullkameraten Johan Olav Koss vant tre gull, og når gamle kormedlemmer inviteres til sammenkomster, blir Bondi fortsatt med når han kan.

– Du driver med mye, men hva liker du aller best i livet?

– Oi! Han må tenke seg om.

– Det er jo å være sammen med dem man er glad i. Og gjerne samtidig oppleve natur og spenning.

– Har du noe du gjerne ville gjort?

– Ja, det har jeg. Jeg ser alltid frem til neste tur eller opplevelse. ■

Marit Tveito

marit.tveito@me.com

Klar for nye oppdrag: Til sommeren skal han være vakthavende kirurg på Grønland for tredje gang. Foto: Leikny Havik



Smarttelefonavhengighetssyndromet

Vi har fått en ny avhengighet som rammer nesten alle – smarttelefonen.
La oss håpe at vi greier å frigjøre oss. Vi greide det med røykingen.

Jeg har vært så heldig å få være med på et prosjekt i regi av Verdens helseorganisasjon (WHO), der hensikten var å gjøre helsevesenet, særlig primærhelsetjenesten, mer oppmerksom på pasienter som brukte alkohol på en risikofylt måte. Dette var en del av arbeidet som har bidratt til at synet på rusavhengighet har skiftet fra enten-eller, til noe som forekommer i forskjellige grader, og som kan endre seg over tid – avhengighetssyndromet.

Før vi gikk bredt ut og samlet data fra seks forskjellige land, kom pilotdataene fra norske pasienter i sykehus og allmennpraksis. Sluttproduktet ble et internasjonalt anerkjent «instrument» til å måle graden av alkoholavhengighet, Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (1).

Tidligere skilte vi mellom fysisk og psykisk avhengighet og mente at rusmidlene selv var den viktigste årsaken til avhengigheten, men at noen var mer disponert enn andre. Vi spøkte med at det var mulig å bli avhengig av hva som helst, som for eksempel kosedyr, smør eller bukseseler, men sjelden slik at det truet livskvaliteten. Vi så ikke for oss at en liten skjerm skulle bli som en del av kroppen, som det var nesten umulig å skille seg fra.

Smartphone dependence syndrome

Hvis du greier å løfte blikket når du går på gaten eller sitter på tog eller buss, prøv å anslå hvor mange omkring deg som holder en mobiltelefon i hånden. Jeg kommer ofte til 80–90 prosent. Det har altså oppstått en ny form for «fysisk» avhengighet, en som rammer nesten hele befolkningen, barn og voksne, unge og gamle. Ikke bare reduserer den oppmerksomheten mot mennesker og ting rundt deg. Den stjeler også tid. Masse tid. Både arbeidstid, fritid og sovetid. Og det er sikkert flere enn meg som reagerer på hvordan foreldre med nesa i telefonen overser sine kontaktsøkende barn.

Diagnosen «mobilavhengig» er ikke reell, men i ICD-11, som var klar i 2022, men ennå ikke ferdig oversatt til norsk, har WHO i tillegg til «disorders due to substance use» tatt med «disorders due to other addictive behaviour». Her finner vi både «gambling» og «gaming». Vi må nok vente på ICD-12 for at «the smartphone dependence syndrome» blir en diagnose.

Hjem fra krigen

En klassiker innen avhengighetsforskningen viser hvordan titusener av amerikanske soldater som brukte heroin i Vietnamkrigen, sluttet tvert da de kom tilbake til USA (2). Den sier både noe om betydningen av radikalt miljøskifte, fra krig til fred, og om hvor stor del av avhengigheten som kan tilskrives

selve rusmiddelet. Kanskje antyder den også at et radikalt miljøskifte kan være en effektiv behandling ved avhengighet. Et tragisk motstykke er OxyContin-epidemien i USA, som har tatt livet av hundretusener av pasienter, ofte fattige som fikk opiatet fra en hensynsløs legemiddelindustri via «snille» leger, men som ikke hadde mulighet til å slippe fri fra en håpløs tilværelse. Et interessant unntak er USAs visepresident J.D. Vance, som har skrevet bok om hvordan han greide å komme seg ut av dette baklandet (3).



Abstinens

Jeg er blant dem som mener at veien ut av elendigheten, enten man er avhengig av alkohol, mat eller smarttelefon, begynner med å «ta seg selv i nakken». Men da jeg for noen år siden, etter omfattende kirurgi, ble satt på det syntetiske opioidet Tramadol og skulle seponere, opplevde jeg for første gang fysisk abstinens. Det var en uutholdelig kroppslig uro jeg aldri hadde kjent maken til, og jeg måtte trappe ned for å kunne slippe fri. Da steg min respekt for alle ruspasientene jeg har møtt gjennom årene, mennesker som med større eller mindre hell hadde slitt med å komme løs. Flere hadde en historie om at det begynte med smertestillende opiatet etter en operasjon.

Legelivet

Personlige tekster om livet som lege

Smarttelefonfri

Finnes det en vei ut for dem som sitter fast i smarttelefonen? Det er en gryende motbevegelse, og markedet for «dumme» mobiltelefoner går opp (4).

Dessuten er alkoholkonsumet synkende, særlig blant de yngre. La oss håpe det ikke bare er fordi én avhengighet erstattes av en annen. Vi greide det langt på vei med røykingen. Men smarttelefonindustrien er neppe like ettergivende som tobakksindustrien har vært. ■

Olaf Gjerløw Aasland

olaf2306@gmail.com

Litteratur

- 1 Saunders JB, Aasland OG, Babor TF et al. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption–II. *Addiction* 1993; 88: 791–804.
- 2 Robins LN. The sixth Thomas James Okey Memorial Lecture. Vietnam veterans' rapid recovery from heroin addiction: a fluke or normal expectation? *Addiction* 1993; 88: 1041–54.
- 3 Vance JD. Hillbillyenes klagesang – en biografi om en familie og en kultur i krise. Oslo: Cappelen Damm, 2017.
- 4 WARC. The smartphone detox: why young people are choosing dumb phones. 1.4.2025. Lest 7.10.2025.

Det var i den tiden

Var alt så mye bedre før?
Noen aspekter fra tidligere tider kan med fordel brukes
til å bedre dagens klinikerhverdag.

Det var i den tiden vi konkurrerte om å ha de korteste epikrisene. Ingen slo Anders, den eminente kliniker, som elsket struktur og hatet utenomsnak. «I dag har jeg laget en epikrise på en halv side, som dekker samtlige opphold for hele leukemibehandlingen, litt sånn: Pasienten fikk akutt leukemi, ble behandlet med cytostatika og er nå frisk». Vi lo godt. Det hører med til historien at leukemibehandlingen hadde vart i hele to år og at det var snakk om minst 20 innleggelser.

Det var i den tiden vi var få leger som behandlet mange pasienter. Vi jobbet lange dager. Det var mulig fordi utfordringene på hjemmefronten ble ivaretatt av andre – ofte en deltidssarbeidende ektefelle. Ubetalt overtid var normalen, forventet ovenfra og akseptert nedenfra. Måtte jeg en sjelden gang dra hjem allerede klokken halv fem om ettermiddagen, kikket jeg meg forsiktig over skulderen – håpet bare ingen så meg. Vi var nødt til å prioritere det viktigste: det kliniske arbeidet med pasientene. Dokumentasjon, kvalitetssikring og ledermøter var nedprioriterte områder. Tempoet var lavere. E-mailer hadde ikke fått inngang i rutinetilværelsen. Papirjournalene var tykke, ofte vanskelige å oppspore og nærmest umulige å finne frem i. Det var i den tiden barneonkologer var lykkeligere mennesker (1).

Tempoet var lavere. Papirjournalene var tykke, ofte vanskelige å oppspore og nærmest umulige å finne frem i. Det var i den tiden barneonkologer var lykkeligere mennesker

I dag er vi mange leger som behandler noen flere pasienter. Det kan man ha mange tanker om. Medisinen er en helt annen enn for 30 år siden. Det var i den tiden barna i vår avdeling gjennomgikk en kort utredning, de fikk cellegiftkurer eller ble behandlet for infeksjoner. I dag er bare beskrivelsen av alle de nødvendige diagnostiske tiltakene en flere siders lange prosedyre (eller på fint: SOP – standard operating procedure). Behandlingsprotokollene ligner i omfang en middels Jo Nesbø-krim. Hver krefttype har en lang rekke undergrupper, som ofte krever forskjellig behandling. Hvis primærbehandlingen svikter, finnes redningsplanker – stamcelletransplantasjon eller CAR-T-terapi kan være blant dem. Pasienter får behandling for første, andre, noen ganger tredje residiv eller for langvarige komplikasjoner. De «enkle» pasientene er borte, de tas hånd om av mindre avdelinger – som forresten har det samme problemet, bare på en annen del av skalaen.

«Alt er bare kaos!» kan vi noen ganger høre fra sykepleiere eller yngre leger. Kompleksitet kan i en hektisk hverdag fort føles som kaos. Det er utmattende. Kollegaer møter vegg, helt eller delvis. Utbrenthet blant barneonkologer har blitt et aktuelt

tema (2, 3). Men kompleksiteten forklarer bare en del. Like viktig er at leger har for lite tid til det de er utdannet for: undersøke pasienter, snakke med barna og pårørende, se på prøvesvar, utføre prosedyrer, tenke, lage en plan. Tenke om igjen, lese seg opp eller til og med fordype seg. I stedet går dagen ofte med til møter, tungvinn logistikk, kontorarbeid som man ikke trenger legeutdanning for, plunder og heft. Å stå i en 100 % klinisk stilling over tid er nesten blitt en umulighet. Den siste overlegen som klarte dette, ble pensjonert for over ti år siden. Avsatt regelmessig kontortid for å ivareta spesialfunksjoner eller administrative oppgaver og frikjøp til forskning gjør at

folk klarer å holde hodet over vannet. Men det fører også til at kontinuiteten blir borte, pasientene møter et stort antall forskjellige leger, og hyppige rapportmøter blir uunngåelig.

Fint er det at de håpløse gamle papirjournalene, kurvpermene, rekvisisjoner og resepter er erstattet av DIPS, Metavision og andre elektroniske programmer. Det er en klar forbedring med tanke på pasientsikkerhet og kvalitetssikring, men fører også til at legetiden som ikke brukes til møtevirksomhet tilbringes mye foran dataskjermen. Og siden dagens yngre leger må forlate avdelingen ved arbeidstidens slutt, må de ofte fortsette arbeidet hjemme om kvelden. Selvsagt fordi dagens systemer tillater at mye av legearbeidet gjøres via ekstern oppkobling.

Det var i den tiden vi gjorde så godt vi kunne. Med de midlene vi hadde til rådighet. Vi liker å huske det som en tid med mer fellesskap, mer galgenhumor og mer latter. Men bør vi derfor lengte tilbake til de gode, gamle tidene? Ikke nødvendigvis! Det var i den tiden tre av fire barn overlevde sin kreftsykdom. I dag er det ni av ti som får vokse opp (4). La oss heller jobbe for at dagens sykehusrutiner ses på med nye, friske øyne. La legene gjøre det arbeidet de er utdannet for, og la andre ta seg av det de kan best. Mer nytenkning, takk! ■

Bernward Zeller

bzeller@ous-hf.no

Bernward Zeller er pensjonert overlege ved Barneavdeling for kreft og blodsykdommer, Oslo universitetssykehus.

Litteratur

- 1 Stenmarker M, Palmérus K, Márky I. Life satisfaction of Swedish pediatric oncologists: The role of personality, work-related aspects, and emotional distress. *Pediatr Blood Cancer* 2009; 53: 1308–14.
- 2 Roth M, Morrone K, Moody K et al. Career burnout among pediatric oncologists. *Pediatr Blood Cancer* 2011; 57: 1168–73.
- 3 Whitford B, Nadel AL, Fish JD. Burnout in pediatric hematology/oncology-time to address the elephant by name. *Pediatr Blood Cancer* 2018; 65: e27244.
- 4 Nasjonalt kvalitetsregister for barnekreft. Årsrapport 2024. *Kreftregisteret* 2025. Lest 7.10.2025.

Legelivet

Personlige tekster
om livet som lege

Julie Didriksen

julie.didriksen@tidsskriftet.no

Hongkong-syken 1968–70

Nr. 20/1968

I juli 1968 startet et influensautbrudd i Hongkong, nå i ettertiden kjent som Hongkong-syken og Hongkong-influensa. I Tidsskriftet nr. 20/1968, utgitt i oktober, orienterer Helsedirektoratet om situasjonen. På det tidspunktet ble utbruddet ansett som relativt mildt og med få dødsfall, men allerede da var det snakk om spredning til andre land (Tidsskr Nor Lægeforen 1968; 88: 1988). De første tilfellene nådde Norge i 1969. Globalt er det estimert at 1–4 millioner mennesker døde av pandemien.

Fra Helsedirektoratet: Influensa

Til legenes orientering meddeles at det tidligere i år opptrådte en omfattende influensaepidemi i Hong Kong. Epidemien var den største i kronkolonien siden 1957 da A₂-virus opptrådte for første gang som årsak til influensa. Virologiske undersøkelser har vist at epidemien i 1968 også er fremkalt av A₂-virus, med en antigen struktur som er markant forskjellig fra tidligere diagnostiserte A₂-virus. Epidemien rammet i løpet av 4 uker mellom 15 og 30 % av befolkningen. Sykdommen karakteriseres som mild, med få dødsfall.

En tilsvarende epidemi fremkalt av de nye Hong Kong-stammer opptrådte i Singapore i midten av august. Om-

fattende influensaepidemier er senere meldt i Filippinene og Indonesia, men disses etiologi er ennå usikre.

Hong Kong-stammene er nå påvist som årsak til influensa også i USA, men noen epidemisk spredning er ennå ikke rapportert.

Det er ikke mulig å si med noen sikkerhet hvorvidt epidemien i Sør-øst-Asia vil spre seg pandemisk eller om den vil få et mere begrenset geografisk omfang. Hong Kong-stammenes antigene egenskaper er imidlertid så vidt forskjellige fra de tidligere A₂-stammers, at det ikke vil være overraskende om influensaepidemien i Sør-Asia spredte seg vidt omkring, og at de nye stammer også blir introdusert i Norge. Det kan da ikke gjøres regning med at tidligere gjennomgått infeksjon med A₂-virus vil gi særlig immunitet overfor infeksjon av de nye stammer.

Heller ikke kan det gjøres regning med at de nå tilgjengelig influensavaksiner vil gi noen særlig grad av beskyttelse. Hong Kong-stammene blir nå inkludert i influensa-vaksinene fra de store medikamentfirmaer. Det kan imidlertid ikke gjøres regning med at disse vaksiner vil kunne komme på markedet i noe omfang i inneværende år.

Det er ikke mulig å si med noen sikkerhet hvorvidt epidemien i Sør-øst-Asia vil spre seg pandemisk eller om den vil få et mere begrenset geografisk omfang

Statens Institutt for Folkehelse inkluderer nå Hong Kong-stammene i den influensavaksine instituttet stadig produserer. Produksjonen vil, som hittil, bli stor nok til å dekke behovet blant pasienter hvis tilstand vil bli særlig truet av en influensa, og vaksinen vil, når produksjonen er kommet i gang, kunne bestilles ved instituttet av pasientenes lege. En økning av den nasjonale produksjon med de vidtrekkende konsekvensene dette vil ha for instituttets øvrige virksomhet gir opplysningene om Hong Kong-epidemiens kliniske karakter ikke grunnlag for å sette i verk.

Av produksjonstekniske årsaker ligger det således utenfor mulighetenes grenser for tiden å imøtekomme eventuelle ønsker om forebyggende vaksinasjon av større eller mindre yrkesgrupper, av ansatte i enkelte bedrifter osv. Hvorvidt det vil foreligge epidemiologisk grunnlag for slik vaksinasjon når vaksinetilgangen er blitt stor nok, må vurderes på det tidspunkt. ■

Helsedirektoratet, 20. september 1968.

Karl Evang

Fr. Mellbye

Servitriser med munnbind, Moskva, 1969. Illustrasjonsfoto: TopFoto/NTB



Inspirerende om slanking av medisiner



Mindre medisiner – mer omsorg

Pernille Bruusgaard
158 s., Gyldendal, 2025.
Pris NOK 429
ISBN 9788205588059

Sykehjemslege Pernille Bruusgaard har gjennom en lang karriere stått i bresjen for å øke livskvaliteten til sykehjemsbeboere, blant annet ved å slanke medisinlistene deres. I denne boken deler hun sine erfaringer og beskriver sin egenutviklede metode for avmedisinering. Formålet er å redusere over- og feilmedisinering for å øke pasientenes livskvalitet og legge til rette for en trygg og verdig død.

Boken er hovedsakelig beregnet på leger og annet helsepersonell som

jobber med pasienter som behandles med mange medisiner, men den er skrevet på en såpass forståelig måte at også andre kan ha glede av den. Med sine drøyt 150 sider er den lettlest og oversiktlig. Innbindingen er myk, og teksten brytes opp av tekstbokser med illustrerende kasuistikker som levendegjør lesingen.

Bruusgaards bok er kanskje liten og lettlest, men ikke desto mindre viktig. Med en aldrende befolkning som lever lenger med flere sykdommer, vil leger i alle spesialiteter stadig oftere møte pasienter med lange medisinlister. Å legge til medisiner er lett, å ta dem bort er langt vanskeligere. Bruusgaard minner oss på ting vi nok egentlig vet, men lett glemmer i en travelt hverdag der vi stadig skriver ut nye medisiner mot nye sykdommer, nemlig at det finnes lite god forskning på nytten av lange medisinlister til de eldste og sykeste blant oss.

Det finnes mange måter å «angripe» en for lang medisinliste på. Bruusgaards metode for avmedisinering fremstår som både praktisk og fornuftig, med pasientens livskvalitet som tydelig mål. Avmedisinering krever ikke bare kunnskap om farmakologi og andre medisinske fagfelt, men også klinisk erfaring. Sistnevnte tar tid å tilegne seg, men Bruusgaard deler så raust av sine erfaringer at boken oppleves som en aldri så liten snarvei.

Jeg tror særlig sykehjemsleger og fastleger har nytte av denne boken, men også leger i andre spesialiteter vil finne den interessant. Til neste opplag ønsker jeg meg en kortfattet oppsummering av Bruusgaards metode, slik at jeg kan printe den ut og henge den på kontoret. ■

Ingvild Holtan-Hartwig

Ingvild Holtan-Hartwig er allmennlege i spesialisering (ALIS)



Kjenner du Navs telefontjeneste for leger?

Få hjelp til å avklare det du lurer på hos Navs lege- og behandlertelefon.

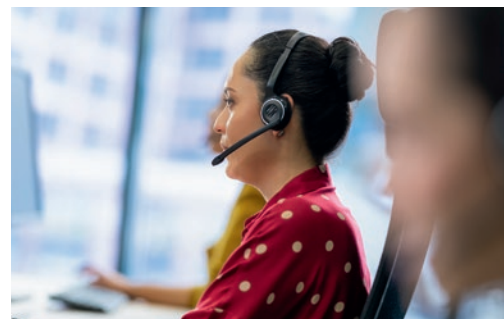
En lett tilgjengelig tjeneste

Ved å ta kontakt med oss vil vi kunne gi deg svar i første ledd. Her møter du veiledere som har spesiell kompetanse om din rolle, og om din pasient knyttet til Nav. Dersom det er behov og viktig å få direkte kontakt med en annen veileder, vil vi viderefordre og sikre at det opprettes kontakt mellom dere.

Hva kan du få hjelp til?

Navs lege- og behandlertelefon kan blant annet svare deg på spørsmål om:

- Sykmeldingen
- Legeerklæringer
- Dialogmøter og samarbeidsmøter
- Oppfølging av sykmeldte og inkluderende arbeidsliv
- Innlogging og brukerveiledning til Statistikkportal for sykmelder og nettkurset *Opplæring sykmelder*
- L-takster – andre honortakster
- Vilkår og regelverk rundt oppfølging av ytelser
- E – dialog mellom EPJ-systemer og Nav



Hvordan ta kontakt med oss?

Ring **55 55 33 36** og velg «lege».

Telefonen er betjent kl. 09:00-15:00.

Når det er behov for å gå inn i pasientens sak må du identifisere deg med HPR- nummer.

Ler mer her: www.nav.no/samarbeidspartner/annen-informasjon-lege-og-behandler
eller kontakt **Lege -og behandlertelefonen 55 55 33 36**

Ph.d.-disputaser

Thomas Andersen

Novel biomarkers for risk prediction in chest pain and acute coronary syndromes.

Utgår fra Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Disputas 17.10.2025.

Bedømmelseskomité: David Erlinge, Lunds Universitet, Sverige, Emma Svennberg, Karolinska Institutet, Sverige og Eva Gerdt, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Frederic Kontny, Dennis Nilsen og Heidi Grundt.

Marte Karen Brattås

Exploring the spleen tyrosine kinase (SYK) as a possible pharmacological target in human acute myeloid leukemia.

Utgår fra Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Disputas 31.10.2025.

Bedømmelseskomité: Petter Quist Paulsen, NTNU, Ellen Elisabeth Brodin, Akershus Universitetssykehus og Camilla Tøndel, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Håkon Reikvam og Kimberley Hatfield.

Martin Rygh Braathen

Propofol Concentrations in Patients with Obesity During General Anaesthesia and Surgery — Aspects of Pharmacokinetic Modelling and Online Drug Measurements.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 31.10.2025.

Bedømmelseskomité: Anthony Absalom, University of Groningen, Nederland, Lone Nikolajsen, Aarhus Universitet, Danmark og Syed Sajid Hussain Kazmi, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Johan Ræder og Tom Heier.

Mathilde Suhr Hemminghyth

Cognitive aging – lines between health and pathology.

Utgår fra Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen. Disputas 30.10.2025.

Bedømmelseskomité: Kolbjørn Brønne, Universitetet i Stavanger, Erika Jonsson Laukka, Karolinska Institutet, Sverige og Kamilla Haugland-Pruitt, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Monica Haraldseid Breitve, Bjørn-Eivind Borderwick Kirsebom, Luiza Jadwiga Chwiszczuk og Arvid Rongve.

Tove Elizabeth Francés Hunt

Patients with atrial fibrillation and obstructive sleep apnea: Impact of continuous airway pressure treatment.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 17.10.2025.

Bedømmelseskomité:

Carina Blomström-Lundqvist, Uppsala universitet, Sverige, Sverre Lehmann, Universitetet i Bergen og Jørgen Gravning, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Ole-Gunnar Anfinson, Kristina Herman Haugaa og Lars Gullestad.

Jarle Karlsen

Lung Toxicity after Breast Cancer Radiotherapy.

Utgår fra Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU. Disputas 4.9.2025.

Bedømmelseskomité: Christoffer Johansen, Københavns universitet, Danmark, Bjørnar Gilje, Stavanger Universitetssykehus og Unn Merete Fagerli, NTNU.

Veiledere: Randi Johansen Reidunsdatter og Torgrim Tandstad.

Solveig Løkhammer

Biological and Phenomic Risk in Mental and Somatic Disorders Susceptible to Stress and Adversity.

Utgår fra Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Disputas 28.10.2025.

Bedømmelseskomité: Charlotte Cecil, Erasmus Medical Centre, Rotterdam, Nederland, Bjørn Olav Åsvold, NTNU og Stefan Johansson, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Stephanie Le Hellard, og Renato Polimanti.

Kari Lenita Falck Moore

Changes in treatment and survival in multiple myeloma: population-based real-world evidence in the Nordic and Baltic countries.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 30.10.2025.

Bedømmelseskomité: Charlotte Pawlyn, The Institute of Cancer Research, Storbritannia, Sigurdur Kristinnsson, University of Iceland, Island og June Myklebust, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Fredrik Schjesvold, Cecilie Hveding Blimark, Geir E. Tjønnfjord og Tom Børge Johannesen.

Dag Ferner Netteland

Optic Nerve Sheath Parameters in the Noninvasive Assessment of Intracranial Pressure.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 16.10.2025.

Bedømmelseskomité:

Frantz Rom Paulsen, Syddansk Universitet, Danmark, Elham Rostami, Uppsala Universitet, Sverige og Kjetil Sunde, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Mads Aarhus, Else Charlotte Sandset, Reidar Brekken og Eirik Helseth.

Nikoline Balteskard Rinde

Validation of non-traditional cardiovascular biomarkers for kidney function and cardiovascular disease with iohexol clearance in the general population.

Utgår fra Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet. Disputas 17.10.2025.

Bedømmelseskomité: Johan Ärnlov, Karolinska institutet, Sverige, Anne Cecilie Kjeldsen Larstorp, Universitetssykehuset i Oslo og Ragnar Joakimsen, UiT Norges arktiske universitet.

Veileder: Jon Viljar Porsrud Norvik.

Nasir Saeed

Follow-up of patients with acute chest pain and the use of cardiac biomarkers for long-term prognostic assessment.

Utgår fra Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Disputas 17.10.2025.

Bedømmelseskomité: Lori Daniels, University of California, USA, Stefan James, Uppsala Universitet, Sverige og Bård Kittang, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Kristin Moberg Aakre, Torbjørn Omland og Tone Merete Norekvål.

Henriette Røed-Undlien

Apixaban in acute aortic surgery: quantification, surgical challenges and removal strategies.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 15.10.2025.

Bedømmelseskomité: Anders Jeppsson, Göteborgs universitet, Sverige, Hege Kristin Brekke, Haukeland universitetssykehus og Peder Langeland Myhre, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Johannes Lagethon Bjørnstad, Nina Haagenrud Schultz og Rupali Rajendra Akerkar.

Theo Leon Winther

Determination of proliferative activity in human meningiomas – relevant for diagnosis and treatment? Winther disputerer for graden dr. philos.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 28.10.2025.

Bedømmelseskomité: Robert Harris, Karolinska Institutet, Sverige, Morten Lund-Johansen, Universitetet i Bergen og Mathias Toft, Universitetet i Oslo.

Anne Kristin Goplen



Det er med dyp sorg vi minnes vår kjære kollega, Anne Kristin Goplen, som gikk bort 11. oktober 2025 etter tapper kamp mot sykdom, bare 65 år gammel.

Hun ble født og vokste opp i Oslo før hun begynte på medisinstudiene ved Universitetet i Oslo (UiO). Etter endt utdanning i 1990 gjennomførte hun turnustjeneste ved Sandefjord sykehus og Romsås helsesenter i Oslo. Hun påbegynte sin spesialistutdanning ved Ullevål sykehus i 1992, før hun i perioden 1996–99 var doktorgradsstipendiat ved UiO, der hun forsket på «The AIDS material at Ullevål hospital 1983–98 – an autopsy study». Hun disputerte og ble dr.med. i 2001, og samme år tiltrådte hun som overlege ved Ullevål universitetssykehus.

Gjennom sitt yrkesliv hadde hun flere viktige verv, blant annet som styremedlem og kasserer i Den norske patologforening, samt kvalitetskoordinator ved patologiavdelingen på Ullevål sykehus. I 2012 begynte hun ved det private Laboratorium for Patologi, senere overtatt av Først Medisinsk Laboratorium, hvor hun fortsatte sitt utrettelige arbeid innen patologidiagnostikk.

Hun utmerket seg gjennom sitt skarpe intellekt, enestående arbeidsmoral og store kapasitet. Hennes brennende engasjement og lidenskap for faget har satt spor som vil leve videre. Hun var en pioner, blant annet som en av de første patologene som tok i bruk digitalpatologi. Hun behersket også elektronmikroskopi, og hun hospiterte ved EM-laboratoriet på Duke University Hospital i North Carolina. Hennes faglige dyktighet ble kombinert med ærlighet, tålmodighet og evne til å støtte og inspirere kollegene rundt seg.

Vi vil huske hennes målrettethet, vilje til stadig læring og evne til å aldri gi opp. Bidragene hennes har vært av uvurderlig betydning for både samfunnet og pasientene, og hennes kunnskap og erfaring vil prege oss videre.

Hun hadde et nært og varmt forhold til familien, med ektemann, to barn og fire barnebarn. Våre tanker går til dem i denne vanskelige tiden. ■

På vegne av legene ved Først Medisinsk Laboratorium

Ying Chen, Magnus Røger

Dag Bratlid



Vår tidligere doktorgradsveileder Dag Bratlid, f. 18.7.1944, døde brått og uventet 30.9.2025. Han ble 81 år, men var fortsatt vital og aktiv på den måten som karakteriserte ham i de mange årene vi kjente ham. Dag ble født i Oslo og tok artium på Oslo katedralskole i 1963 og medisinsk embetseksamen på Universitetet i Oslo i 1969. Han begynte umiddelbart på sin forskerutdanning på Pediatrisk forskningsinstitutt ved Rikshospitalet. Hans doktorgradsarbeid, som han fullførte i 1973, dreide seg om bilirubin og dets albuminbinding og toksisitet.

Denne interessen førte ham videre til en av oss, selv om han ganske snart utvidet sitt vitenskapelige interessefelt.

Etter turnustjeneste på sykehus og i distrikt i Tromsø påbegynte Dag straks sin spesialistutdanning i pediatri ved Regionsykehuset i Tromsø. I 1978 gikk ferden til Rikshospitalet, der han etter en tid som assistentlege ganske snart ble overlege på nyfødtseksjonen, der han var fram til 1995. I denne tiden tok han initiativet til de vitenskapelige arbeidene, både eksperimentelle og kliniske, som ledet fram til våre doktorgrader. I 1981/82 var han gjesteprofessor/Fogarty Fellow ved Brown University i USA. Der lærte han hvordan en dyremodell kunne brukes til å forske på forskjellige problemstillinger i nyfødtmedisin. Denne modellen hadde han med seg hjem og innførte på forskningsinstituttene for pediatri og kirurgi ved Rikshospitalet. Modellen ble senere brukt i flere prosjekter. I 1992 fullførte han også en mastergrad i helseadministrasjon. Fra 1995–2014 var han så professor og overlege ved Barneklubben ved NTNU/St. Olavs hospital.

Dag var nysgjerrig og vitebegjærlig på mange områder, og som hans stipendiater opplevde vi ikke sjelden at han lå et hestehode foran oss i fantasi og oppfinnsomhet. Han reiste gjerne utenlands for å lære seg nye metoder og kom så tilbake og satte metodene i drift i laboratoriet. Men hans interessefelt omfattet mer enn vitenskap og forskning. Han var aktiv i mediedebatter om helsepolitikk, sykehusdrift, demografi og ernæring. Her uttrykte han ofte sterke og klare meninger. Gjennom en årrekke tok han som ekspert i Norsk pasientskadeerstatning medansvar for at uhell i helsevesenet skulle få en samvittighetsfull avklaring.

Energien hans var utenom det vanlige, han var alltid positiv og i godt humør. Vitebegjæret og aktivitetsnivået fortsatte selv om pensjonsalderen var nådd. I vår var han til stede på Barnelegeforeningens vårmøte da ett av hans barnebarn fikk premie for en studentoppgave om behandling av gulsott hos afrikanske barn, utført under Dags veiledning.

Dag etterlater seg sin ektefelle gjennom mer enn 60 år, Siri, tre barn med ektefeller og åtte barnebarn. De, som han, vil nok tenke at han fortsatt hadde mye gjort. Våre tanker er hos dem i tiden som kommer, og vi lyser fred over Dag Bratlids minne. ■

**Teresa Farstad, Jan Petter Odden,
Tom Stiris, Thor Willy Ruud Hansen**

Johan Pillgram-Larsen



Johan Pillgram-Larsen døde av kreft 27. september 2025, 81 år gammel.

Han var født i Skien i 1944 og fullførte gymnaset der i 1963. I 1971 ble han cand.med. i Oslo. Han begynte ved Ullevål sykehus i 1976, først på anesthesiavdelingen, siden på Kirurgisk avdeling III, der han ble spesialist i generell kirurgi, karkirurgi og torakskirurgi. Fra 1987 var han overlege på denne avdelingen frem til han gikk av med pensjon 70 år gammel.

Ved siden av kirurgien hadde han en omfattende militær karriere og avanserte til oberstløytnant. Fra 2001 var han forsvarrets overlege i kirurgi, og han var æresmedlem i American Association for the Surgery of Trauma. Hans utdanning og praksis innen kirurgi, anesthesiologi og militær aktivitet bidro sterkt til at Ullevål sykehus ble Norges akuttkirurgiske flaggskip, med dokumenterte resultater på høyt internasjonalt nivå. Han brukte sine helt spesielle organisatoriske og pedagogiske evner til å bygge opp et velfungerende arbeidsteam, som kontinuerlig benyttet seg av sykehusets store tverrfaglige kompetanse. Hver uke hadde vi en kritisk selvransakelse i et åpent faglig møte hvor vi evaluerte diagnose og behandling av siste ukas pasienter. Gevinsten av denne strategien, og det store volumet av skadde pasienter som kom til Ullevål sykehus, ble tydelig etter terrorangrepene 22. juli 2011. Johan var selv på vakt den kvelden. Mye av rosen som ble gitt til Ullevål sykehus i etterkant, kan tilskrives hans utrettelige forarbeid.

Johan formidlet sin kliniske erfaring med stort pedagogisk engasjement gjennom praktisk veiledning, foredrag og artikler. Hans sentrale rolle i krigskirurgikurset, det årlige kurset i pre- og postoperativ behandling og intensivmedisin, var ettertraktet, og hans rolle i den praktiske undervisningen torakskirurgisk avdeling ga studenter og underordnede leger, ble høyt verdsatt.

Vi var Johans medarbeidere og venner gjennom mange år og skiftende tider. Vi har erfart og hatt glede av hans store intellektuelle kapasitet og arbeidsevne. Ingen kunne lese en tilsendt tekst og komme med konstruktive bemerkninger bedre enn ham. Han stilte høye krav til seg selv og til sine medarbeidere. Til tider kunne han være krass mot dem han mente ikke var etterrettelige eller som ikke fulgte spilleregler, og da var han ikke alltid diplomatisk. Man kan være fristet til å bruke karakteristikken som ble gitt av en engelsk kollega: «He did not suffer fools easily.»

Johan hadde imidlertid en utrolig evne til å gå i seg selv, erkjenne og beklage, og han var aldri blind for sine egne feil. Han stilte alltid villig opp som assistent og problemløser. Mange leger under utdanning ved Ullevål sykehus erfarte at Johan kom til operasjonsstuen uten opphold for å bistå i å løse praktiske problemer når det kirurgiske forløpet ikke gikk som forventet.

Vi er takknemlige for den tid vi fikk sammen med ham, både profesjonelt og som en inspirerende venn. ■

Stein Koldsland, Mons Lie, Theis Tønnessen, Øystein Vengen

Arne Thormod Østerud



Vår kjære kollega Arne Thormod Østerud døde 10. september, nær 94 år gammel. Han studerte medisin i Oslo og hadde turnustjeneste ved Rogaland sykehus og hos distriktslegen i Gol, fulgt av militærtjeneste på Bardufoss.

Arne arbeidet fra 1959 drøyt et år som underordnet lege ved kirurgisk avdeling, Aker sykehus. Deretter fulgte et nesten treårig vikariat, som underordnet lege på anesthesiavdelingen, Rikshospitalet. Han ble godkjent spesialist i 1964 og ansatt som spesiallege i hjermeanestesi på Rikshospitalet. I 1965 ble han utpekt til et halvt års engasjement som *honorary clinical assistant* ved Hammersmith Hospital i London. Han fordypet seg også i faget ved Great Ormond Street Hospital, et av verdens ledende sykehus innen barnehjertekirurgi. Da hjertekirurgi ble etablert ved Ullevål sykehus i 1972, ble Arne kruttert til stillingen som assisterende overlege der. Han var en særdeles årvåken lege, ydmyk og beskjeden på egne vegne, men kompromissløs i utøvelsen av sitt fag og et stort forbilde for yngre kollegaer.

Arne var selvlært i svakstrøm og hadde bygget radio allerede som 12-åring, et farlig prosjekt under krigen. Hans kunnskaper kom ofte til nytte når medisinsk teknisk utstyr skulle godkjennes eller utstyrrelaterte pasientskader utredes. Fra oktober 1989 til han gikk av med pensjon i 2001 valgte han å rendyrke denne interessen i stillingen som seksjonsoverlege ved medisinsk teknisk avdeling. Arne sluttet seg da til driftsgruppen for Ullevål museum, det spennende gjenstandsmuseet som holder til i en av de fredede epidemipaviljongene fra 1887. Han var et engasjert medlem både som kurator og omviser. Gleden over å delta i «museumsgjengen» ga seg uttrykk i at han møtte opp så godt som hver gang museet hadde åpent, enten for å slå av en prat med de andre omviserne eller for å supplere dem. Hans kunnskaper om de forskjellige gjenstandene var omfattende og han presenterte dem på en engasjerende måte. Med Arnes død har det oppstått et «kunnskapshull» i museet som blir vanskelig å fylle.

Arne giftet seg i 1954 med barndomskjæresten, Berit Braadland, som han fikk barna Arve og Brit med. Han trente hele livet, var leken og engasjerte seg i sine barn, barnebarn og oldebarn. Hytta på Grua, som han bygde sammen med Berit, ble et populært samlingssted for familien. Det var et stort tap for Arne og familien da Berit gikk bort i 1992. Noe senere møtte han Wenche Beate, som han fikk mange gode år sammen med.

Arne vil bli husket som en kunnskapsrik, praktisk og vennlig mann. Vi lyser fred over hans minne. ■

Lars J. Bjertnæs, Borghild Roald, Paul Linnestad, Rolf Kåresen

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



**Sør-Varanger
kommune**

**Sykehjems- og
helsestasjonslege**

Sør-Varanger kommune har ledig fast 100 % stilling som lege for legetjenester i sykehjem, skole og helsestasjonsvirksomhet. Stillingen samarbeider og har fagfellesskap med fastlegene ved Kirkenes legesenter, samt helsesykepleiertjenesten og sykehjemmene. For fullstendig utlysningstekst og søknadsskjema, se Legejobber.no eller kommunens nettside. Søknadsfrist 30.11.25

Forskjellige stillinger



**TRONDHEIM
KOMMUNE**

**Sommervikarer lege/
medisinstudent med lisens**

Er du nyutdannet lege eller medisinstudent med lisens og ønsker et spennende sommervikariat? I tillegg får du arbeidserfaring som er relevant ved søknad på utlyste LIS1-stillinger. For fullstendig utlysning, se vår nettside eller Legejobber.no. **Søknadsfrist: 18.01.2026**

Onkologi

Professor i klinisk onkologi

förenad med anställning som
specialistläkare i onkologi vid
Region Östergötland

med placering vid Institutionen för biomedicinska
och kliniska vetenskaper

- Mer information på liu.se/jobba
- Sista ansökningsdag 12 januari 2026

li.u LINKÖPINGS
UNIVERSITET

Vid Linköpings universitet har vi för vana att tänka nytt. Att ständigt utmana oss själva har varit vår starkaste drivkraft sedan 1975. Nu planerar vi för fler framsteg - i ditt sällskap. Välkommen.

Legejobber*

**Spesialist i psykiatri eller rus- og avhengighets-
medisin søkes til Blå Kors, Trondheim**

**Kombiner medisinsk ansvar med helhetlig oppfølging i
en tverrfaglig spesialisert rusbehandlingsinstitusjon.**

På vegne av Blå Kors klinikk Lade søker vi lege med spesialisering i psykiatri eller rusmedisin til en stilling i et av Midt-Norges mest erfarne og tverrfaglige behandlingsmiljø. Blå kors tilbyr deg blant annet:

- Et spesialisert og godt etablert fagmiljø med tett kollegialt samarbeid
- Konkurransedyktig lønn
- Moderne fasiliteter: godt utstyrt treningsrom, kantine, garderobes, sykkelparkering og rimelig bilparkering
- Gode forsikringsordninger

Ta gjerne kontakt med rekrutteringsrådgiver Kari M. Gihle på tlf. 90405666 eller fagansvarlig Wenche B. Hansen, tlf. 91769932. Se fullstendig utlysning på Legejobber.no.

På Legejobber.no
finner du Norges mest
komplette oversikt
over ledige legestillinger

Legejobber*

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](#).

Ledige stipender, legater, fond**Ønsker du å søke støtte til forskning?****Forskningsfondet om nevromuskulære sykdommer**

Totalt til tildeling kr. 600 000. Det finnes øremerkede midler til blant annet DMY og ALS, hvor gode søknader kan få tildeling utover årets pott.

Søknadsfrist 24. januar 2026

Erik Allums Legat for Duchenne

Totalt til tildeling ca. kr 300.000

Søknadsfrist 10. januar 2026

Prosjektstøtte/forskningsmidler innen årsak, arvelighet, diagnostikk, behandling og økt livskvalitet knyttet til sjeldne nevromuskulære diagnoser.

Mer informasjon på <https://ffm.no/ffm/legater-og-fond/>

Ta gjerne kontakt med Maren Igland Trommestad, Daglig leder

E-post fondet@ffm.no

Telefon 48292316 (kjernetid 10-14 mandager og torsdager)

www.ffm.no



ODD FELLOW
**MEDISINSK-VITENSKAPELIG FORSKNINGSFOND/
ASTA OG MIKAEL AKSDALS FOND FOR
MEDISINSK-VITENSKAPELIG FORSKNING**

og

**ODD FELLOWS FORSKNINGSFOND FOR MULTIPLE
SKLEROSE-SYKDOMMEN**

Odd Fellow Ordenen i Norge ønsker å støtte norsk medisinsk forskning med midler.

Frist for søknad om støtte til vitenskapelig arbeid fra årets tildeling av forskningsmidler må være oss i hende innen 15. januar 2026. Søknadsskjema fås ved henvendelse til sekretariatet på e-mail odd.fellow@oddfellow.no.

Forskningsmidler **kan bare brukes til drift**, ikke til lønn.

Kurs og møter

 **AKERSHUS UNIVERSITY HOSPITAL**

SYMPOSIUM

22-23 January 2026. Mark your calendar!

**Proctology and IBD surgery –
general aspects and hot topics**

Join us for the 14th Ahus symposium in 2026, where leading experts and innovators in IBD and Proctology will converge to share their insights, experiences, and groundbreaking research.



For further info: merete.helgeland@ahus.no

**Ønsker du
oppmerksomhet om
forskningen din?**

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

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

Send inn manus via
forfatterveiledningen
på tidsskriftet.no.



Tidsskriftet 

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

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

Sekretariatsledelsen

Generalsekretær Siri Skumlien

Avdeling for jus og arbeidsliv,
avdelingsdirektør Lars Duvaland

Medisinsk fagavdeling, avdelings-
direktør Johan Georg Røstad Torgersen

Kommunikasjonsavdelingen,
avdelingsdirektør Knut E. Braaten

Helsepolitisk avdeling, avdelings-
direktør Marit Bækkelund Randsborg

Økonomi- og administrasjons-
avdelingen, avdelingsdirektør
Erling Bakken

Postadresse

Den norske legeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Besøksadresse

Christiania Torv 5
Telefon: 23 10 90 00

Kontakt en ansatt

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

De følgende sidene
produseres av Legeforeningens
kommunikasjonsavdeling.

Redaksjon**Aktuelt i foreningen**

Ingrid Rise Fry
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 oppdatert fastlegeforskrift må gi mening

Fastlegeordningen er en bærebjelke i norsk helsevesen. Den har gitt befolkningen trygghet, kontinuitet og kvalitet, uavhengig av bosted og økonomi. Derfor må vi ta tydelige grep for å bevare og fornye ordningen, ikke uthule den.



Anne-Karin Rime
President

Nå vurderes en oppdatert fastlegeforskrift. Regjeringen ønsker å modernisere regelverket for å tilpasse det en ny virkelighet der flere fastleger er kommunalt ansatte. Legeforeningen støtter behovet for oppdatering og tydeligere ansvarslinjer. Men endringene må faktisk styrke ordningen, ikke svekke den.

Forslaget til ny forskrift har gode intensjoner. Klare begreper, ryddigere ansvar og bedre tilrettelegging for ansettelsesforhold kan bidra til nødvendig forutsigbarhet. Samtidig går enkelte forslag for langt. De griper inn i etablerte rettigheter, svekker næringsdriftsmodellen og rokker ved de faglige og juridiske rammene som ordningen bygger på.

Næringsdrift er ikke et hinder for utvikling, det er en forutsetning for bærekraft.

Det er denne modellen som har gjort fastlegeordningen til en suksess, og som sikrer faglig frihet, fleksibilitet og lokal forankring. Når departementet foreslår å fjerne retten til å overdra praksis, rokker det ved rettssikkerheten og tilliten mellom leger, kommuner og stat. Slike inngrep må ha tydelig hjemmel i lov og vurderes opp mot både Grunnloven og våre internasjonale forpliktelser. Tillit kan ikke forskriftsfestes, den må bygges.

Legeforeningen har sammen med KS vist at samarbeid gir resultater. Den reviderte rammeavtalen som trådte i kraft i 2024, vernet retten til overdragelse og innførte en balansert hjemfallsordning der kommunen kan overta uten vederlag når rekruttering ikke er mulig. Avtalen kombinerer trygghet for legene med fleksibilitet for kommunene. Når staten nå vurderer å forskriftsfeste deler av denne løsningen, risikerer vi å

ødelegge den balansen som partene møysommelig har bygget opp.

En fastlegeordning som skal fungere i hele landet, må bygge på forutsigbarhet, respekt for avtalefestede rettigheter og reell dialog mellom partene. Fornyelse skjer ikke gjennom overstyring, men gjennom samarbeid og tillit. Staten må spille på lag med dem som står i tjenesten hver dag.

Legeforeningen følger prosessen med ny forskrift tett. Vi har levert en grundig høringsuttalelse og er i dialog med både departement og storting. Målet er tydelig: en forskrift som styrker ordningen, støtter faglig kvalitet og sikrer rekruttering. Vi deler regjeringens mål om å bevare og utvikle fastlegeordningen.

Men skal vi lykkes, må vi bygge videre på det som har fungert i over tjue år: frihet kombinert med ansvar, faglighet kombinert med fellesskap. En forskrift som svekker insentivene til næringsdrift eller innfører nye digitale plikter uten faglig forankring, vil ikke løse utfordringene. Den vil forsterke dem.

Det vi trenger nå, er politisk vilje til å gi fastlegene rammer som gjør det mulig å levere den tryggheten folk forventer. Fastlegeordningen handler ikke bare om organisering, men om tillit, relasjon og kontinuitet i møtet mellom lege og pasient. Vårt ansvar er å sikre at den tilliten varer. Fastlegeordningen skal ikke bare overleve. Den skal fornyes og styrkes, slik at den fortsatt kan være bærebjelken i en trygg og bærekraftig helsetjeneste for alle. ■

Dette vil oppta Legeforeningens sentralstyre de neste to årene

Fra beredskap og distriktsmedisin til kampen mot tidstyver og rekrutteringskrise: medlemmene i Legeforeningens sentralstyre peker på både strukturelle og menneskelige utfordringer. Felles er ønsket om å styrke det offentlige helsevesenet – og sikre at leger kan stå i yrket og levere på pasientenes forventninger de neste årene.



Navn: Paul Olav Røsbø

Stilling: Avdelingslege ved Hærens Sykestue på Porsangmoen, Finnmark

Spesialitet: Allmennmedisin

1. Hva vil du jobbe for som medlem av Legeforeningens sentralstyre?

Jeg pleier å si litt flåsete at man kan se til rekrutteringsvake kommuner fra hopptårnet i Holmenkollen. Det forteller oss at arealmessig er det meste av Norge distrikt, men befolkningsmessig bor folk flest i sentrale strøk.

Jeg opplever at Legeforeningen kjenner landet sitt godt. Mitt bidrag i sentralstyret er å bringe distriktsperspektivet inn i Legeforeningens arbeid for likeverdige helsetjenester – uavhengig av hvor du bor. Gode helsetjenester får vi når leger får lov til å jobbe med høy faglig kvalitet og på hensiktsmessige måter.

Det geopolitiske bakteppet er dystert for tiden. Beredskap er blitt et gjennomgående tema, også i Legeforeningen. Med min militære bakgrunn og det at jeg til daglig jobber i Forsvaret, mener jeg at jeg kan bidra med verdifull kompetanse til sentralstyret.

2. Hva mener du er de største utfordringene helsetjenesten står overfor?

Jeg mener den største utfordringen helsevesenet står overfor er hvordan spesialisthelsetjenesten er organisert og finansiert. Klarer vi ikke å gjøre noe med det, frykter jeg at privat helseforsikring gradvis vil flytte tjenestene over til privat virksomhet. Da ender vi med et todelt helsevesen.



Navn: Ståle Ørstavik Clementsen

Stilling: Overlege og leder av Overlegeforeningen

Spesialitet: Ortopedisk kirurgi

1. Hva vil du jobbe for som medlem av Legeforeningens sentralstyre?

Jeg vil jobbe for at det offentlige helsevesenet fortsatt skal være stedet der leger ønsker å være – fordi ramme- ne gjør det mulig å gi god behandling, utvikle faget og stå i jobben over tid. Det forutsetter at arbeidsvilkår og lønnsbetingelser henger sammen med det ansvaret og den kompetansen legene faktisk bærer. Når leger mister innflytelse over eget arbeid og blir redusert til arbeidstakere som kun skal levere statistikk, undergraves grunnlaget for kvaliteten vi er satt til å forsvare.

Vi må snu dette. Leger må ha reell innflytelse når beslutninger tas om sykehusbygg, kapasitet, organisering, digital infrastruktur og ikke minst pasientbehandlingen. Vi må ha ledere med medisinsk faglig forankring – og en finansieringsmodell som støtter pasientbehandling, forskning og undervisning, ikke gjør gjeld og avdrag til hovedsaken.

Norsk helsevesen trenger kloke prioriteringer og investeringer som gir mer kapasitet og bedre arbeidsflyt, slik at vi ikke sløser bort tid og kompetanse. Vi skal være stolte av det offentlige helsevesenet. Men skal det være førstevalget for både pasienter og leger i fremtiden, må vi sikre at arbeidshverdagen igjen preges av faglighet, autonomi og respekt for profesjonen.

2. Hva mener du er de største utfordringene helsetjenesten står overfor?

Den største trusselen mot helsetjenesten er i dag ikke mangel på teknologi eller struktur – men at leger ikke får være leger. Vi bruker stadig mer tid på økonomiske begrensninger, rapportering og systemfeil, og stadig mindre på pasientene. Tillit og autonomi er snart borte. Det skaper en arbeidshverdag tappet for mening, og bidrar til at dyktige kolleger søker seg bort fra det offentlige.



Navn: Marie Skontorp
Stilling: Nestleder i Overlegeforeningen
Spesialitet: Anestesiologi

1. Hva vil du jobbe for som medlem av Legeforeningens sentralstyre?

Arbeidshverdagen for leger er presset i alle ledd. Leger er glade i faget sitt, men for at man skal kunne stå i yrket hele livet, må hverdagen henge sammen – både faglig og menneskelig.

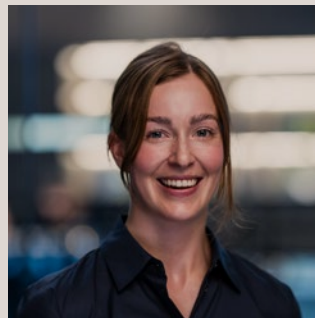
Jeg ønsker at sentralstyret skal fortsette arbeidet med å bedre arbeidshverdagen for den enkelte lege. Dette må prioriteres kontinuerlig og på flere arenaer. Alt fra lovforslag, statsbudsjett, oppdrag fra helseministeren og tarifforhandlinger påvirker medlemmenes hverdag – direkte eller indirekte.

De tillitsvalgte i tjenesten står midt i komplekse prosesser som ofte har lange linjer. De er avgjørende for å omsette overordnede beslutninger til praksis, og de er Legeforeningens viktigste bindeledd til medlemmene. Derfor må de tillitsvalgte få god støtte i sitt arbeid – både faglig og organisatorisk. Det samme gjelder for de ansattvalgte i styrene i helseforetak og regionale helseforetak. Styresakene er omfattende, og oppdragene som gis til foretakene har implikasjoner for hele helsetjenesten. Jeg ønsker å bidra til at kommunikasjonsen og samarbeidet mellom nivåene i helsevesenet styrkes ytterligere.

2. Hva mener du er de største utfordringene helsetjenesten står overfor?

Helsetjenesten er i stadig endring – det ligger i både fagets natur og samfunnsutviklingen ellers. Men akkurat nå skjer det mer på kort tid enn på lenge. Legeforeningen har lenge påpekt utfordringene med dagens organisering og de økonomiske problemene i sykehuse- ne. Helsereformutvalget har nylig startet sitt arbeid – så får vi se om de kommer med forslag som ivaretar helheten bedre enn dagens løsning.

En av de største utfordringene fremover blir å beholde og rekruttere fagfolk. Norsk offentlig helsevesen bør være førstevalget for helsearbeidere, men da må arbeidsplassene også oppleves som attraktive. Leger i Norge har tradisjonelt vært svært lojale til det offentlige helsevesenet, men det bildet er i endring – og det må tas på alvor.



Navn: Carolin Sparchholz
Stilling: Lege i spesialisering
Spesialitet: Nevrologi

1. Hva vil du jobbe for som medlem av Legeforeningens sentralstyre?

Som medlem av Legeforeningens sentralstyre skal man representere hele medlemsmassen, og følgelig dens interesser og behov. Dette er et stort ansvar som krever at man trer utenfor sin egen sfære og evner å tilføre diskusjonene objektivitet. Viktige kjernesaker som medlemmene er opptatt av er arbeids- og lønnsvilkår, og det må vi fortsette å jobbe for sentralt.

Jeg har erfaring fra ulike tillitsverv, og håper å kunne bruke kompetansen jeg har opparbeidet inn i rollen som medlem av sentralstyret. Jeg mener at Legeforeningen også fremover må være relevant for medlemmene. Sammen står vi sterkere og kan enklere få gjennomslag for vår politikk, men dette krever oppslutning. Da må vi sentralt sørge for at alle ledd opplever tilhørighet og ivaretagelse.

Jeg er opptatt av å bevare en godt skolert fagforening som utdanner trygge tillitsvalgte. Dette krever prioritering av tillitsvalgtopplæringen og at de tillitsvalgte får den støtten de trenger for å kunne yte. Et veletablert tillitsvalgtapparat bidrar til at medlemmene er informert og bedre rustet i møte med et komplekst arbeidsliv.

2. Hva mener du er de største utfordringene helsetjenesten står overfor?

Gapet mellom det som er medisinsk mulig og det helsetjenesten har ressurser til, vil trolig bli stadig større fremover. I tillegg tegner demografiske endringer og økt beredskapsbehov et utfordrende bilde.

I lys av bemannings- og rekrutteringsutfordringene vi står overfor, vil dette føre til krevende diskusjoner om prioriteringer og ressursbruk. Vi er derfor helt avhengige av at det offentlige helsevesenet også i fremtiden er legers foretrukne arbeidssted, med arbeidsforhold som understøtter faglig fundert og effektiv pasientbehandling. Dette krever at vi tetter hullene i arbeidslivet – slik som manglende medvirkning på egen arbeidssituasjon, dårlige vilkår for faglig utvikling, unødvendige tidstyver i arbeidshverdagen og utilfredsstillende kompensasjon for arbeidstid og ansvar.



Navn: Else Worren Nygård
Stilling: Nestleder i Allmennlegeforeningen
Spesialitet: Allmennmedisin

1. Hva vil du jobbe for som medlem av Legeforeningens sentralstyre?

Det å bli valgt inn i sentralstyret er noe jeg verdsetter høyt, og jeg har stor respekt for oppgaven jeg har sagt ja til. Selv om jeg er fastlege, har jeg vært tillitsvalgt i mange år og i ulike fora, og har derfor forståelse for helheten i helsevesenet – både det offentlige og det private. Jeg har vært selvstendig næringsdrivende hele mitt yrkesaktive liv, og liker det fortsatt.

Jeg er opptatt av å løfte frem faget igjen. Økonome har fått herje med helsetjenesten i altfor mange år. Det er på tide at våre ledende politikere og embetsverket lytter til fagfolkene som jobber med helse og de tillitsvalgte – og at de hører faktisk tas med i beslutningene. Jeg mener dette vil være til det beste for befolkningen, både syke og friske.

Videre ser jeg samhandling som veien å gå. Samhandling i for eksempel Helsefellesskap kan bedre kvaliteten på helsetjenester, fordi felles forståelse ofte gjør at riktige grep tas.

Fastlegeordningen har endelig begynt å få flere nye kollegaer, men fortsatt mangler det en del for stabilisering. Legevakt er fortsatt uavklart. At erfarne sykehusspesialister slutter og begynner som fastleger er et tap for alle, og ikke måten man ønsker å få flere fastleger på. Uten gode sykehus å henvise pasienter til sliter vi fastleger.

Å være kollega er for meg noe høytidelig. Det gir en god følelse i møte med andre leger – vi har en felles plattform, enten det er leger i Norge eller Europa. Som Per Fugelli sa: «Å verne om flokken».

Til sist vil jeg nevne distriktpolitikk. Man må verne om distrikts-Norge. Både folk og leger i distrikt må ha det godt i hverdagen for å fortsette å bo der.

2. Hva mener du er de største utfordringene helsetjenesten står overfor?

De største utfordringene er mangel på helsepersonell i en aldrende befolkning, og de beslutningene som må tas fremover for å sikre en god helsetjeneste. Dette gjelder både Norge og Europa.

Fastlegeordningen omtales som «gullet» i helsetjenesten. Men når fastleger opplever at myndighetene stadig innfører nye tiltak over natten som påvirker driften negativt, og motivet kun virker økonomisk, føles det ikke som noe gull.

Forutsigbarhet er avgjørende hvis leger skal satse på yrket. Det samme gjelder for aktører som mister kontrakter med helseforetak via anbud, hvor økonomi trumfer faglige argumenter og tilbudet blir dårligere. I dag ser vi også medisinmangel, noe som er spesielt alvorlig sett i et beredskapsperspektiv.



Navn: Yngvild Skåtun Hannestad
Stilling: Leder av PSL, visepresident i Legeforeningen
Spesialitet: Gynekologi

1. Hva vil du jobbe for som medlem av Legeforeningens sentralstyre?

Som medlem i sentralstyret er jeg tillitsvalgt for alle medlemmene i Legeforeningen. Det er leger i ulike deler av landet, i forskjellige aldre og livsfaser, i ulike spesialiteter og stillinger. Både ansatte og næringsdrivende, leger i klinikk og leger i andre roller.

Alle ønsker seg en hverdag med interessant og meningsfullt arbeid i et godt miljø, med mulighet til å gjøre godt arbeid og utvikle seg faglig. Vi må fortsette å styrke legenes arbeidsvilkår og faglige rammer – med mål om et solid helsevesen pasientene kan ha tillit til. Nå er vi i en tid der vi må ha ekstra oppmerksomhet mot sykehusene, der trang økonomi og problemer med å beholde og rekruttere leger gir grunn til stor bekymring.

2. Hva mener du er de største utfordringene helsetjenesten står overfor?

Den medisinske utviklingen er i seg selv en stor utfordring. Ny diagnostikk, nye medisiner og nye behandlingsformer gjør at vi kan redde flere liv, forlenge liv og gi bedre livskvalitet. Mulighetene blir stadig flere, og gapet mellom ressursene vi har og forventningene øker.

Men det blir også et gap mellom det som er mulig å gjøre og det som er klokt å gjøre. Dette handler ikke bare om økonomi – vi skal også unngå overutredning og overbehandling, som kan gi unødvendige belastninger og direkte skade. Vi må unngå å sykeliggjøre normalvarianter, og heller bruke helsevesenet der vi faktisk trenger det – mens kulturelle og politiske grep må tas for å bedre levekår og livsstil.



Navn: Ingeborg Henriksen
Stilling: Leder i Yngre legers forening
Spesialitet: Indremedisin/nyresykdommer (LIS)

1. Hva vil du jobbe for som medlem av Legeforeningens sentralstyre?

Sentralstyret har en viktig jobb med å samle foreningen. Vi kommer lengst når vi står sammen. Legeforeningen er en viktig politisk og faglig aktør, men først og fremst en medlemsforening. Uten god medlemsoppslutning svekkes både den politiske stemmen og den faglige tyngden.

For meg er det viktig å jobbe både utad mot eksterne aktører og innover mot medlemmene. Det som motiverer meg mest er spesialistutdanning, fagutvikling og gode arbeidsplasser for legene – hvor det både er trygt å være og trygt å lære. Inngangen til legelivet må være god, det er avgjørende for rekrutteringen.

Leger må ha et godt legeliv, der vi både kan være leger og ha plass og overskudd til resten av livet. Vi har en spennende jobb, men det er kort vei til at kjerneoppgavene vi liker blir en belastning. Når rammene er for trange, øker belastningen og leger mistrives.

Vi må opprettholde posisjonen vår som en konstruktiv og relevant part. Og vi må bygge laget vårt – Legeforeningen må være tilgjengelig for medlemmer og tillitsvalgte, og medlemmene må vite når og hvordan de skal si ifra. Det gjøres mye godt arbeid i hele foreningen, og mer av dette kan synliggjøres.

2. Hva mener du er de største utfordringene helsetjenesten står overfor?

Jeg mener helsetjenesten har flere store utfordringer. Overordnet handler det om å bevare en sterk offentlig helsetjeneste som også er attraktiv for leger og annet helsepersonell.

En av de viktigste sakene fremover er arbeidet til helsereformutvalget, som trolig vil foreslå endringer i strukturen i helsetjenesten. Her må Legeforeningen ha en tydelig stemme.

Den største utfordringen er likevel å beholde og rekruttere leger, særlig i sykehusene, men også i helsetjenesten generelt. Rakner det ett sted, rammer det hele systemet. Nyutdannede leger er mer skeptiske til å starte i spesialistutdanning, og samtidig slutter både LIS og overleger i sykehusene. I ubesatte stillinger ansettes LIS1-ventere og studenter med lisens. Dette bekymrer meg – det setter færre leger i en vanskelig situasjon og svekker kvaliteten i helsetjenesten.

Jeg tror at når leger får jobbe med kjerneoppgavene, opplever mestring og mening. Det gir motivasjon og trivsel. Derfor er det avgjørende at leger får være leger. Det er sykehusenes og politikernes ansvar å sikre at sykehusene er attraktive arbeidsplasser. Arbeidsbelastningen må ned og vilkårene bli bedre. Lederne må få handlingsrom til å være gode ledere, og politikerne må ta ansvar for å gi sykehusene rammer som gjør dette mulig.



Navn: Hans-Christian Myklestul
Stilling: Leder av Allmennlegeforeningen, fastlege ved Lillestrøm Legesenter og stipendiat ved avdeling for Allmennmedisin, UiO
Spesialitet: Allmennmedisin

1. Hva vil du jobbe for som medlem av Legeforeningens sentralstyre?

Det viktigste jeg som en del av sentralstyret skal jobbe med er å bedre legers rammebetingelser. Når leger har det bra på jobb, blir de værende. Det gir en effektiv ressursbruk som kommer pasientene til gode. Videre må vi legge bedre til rette for medisinsk forskning, både grunnforskningen og den praksisnære, for å sikre en kunnskapsbasert utvikling av faget.

2. Hva mener du er de største utfordringene helsetjenesten står overfor?

Utviklingen i befolkningssammensetningen gjør at det blir flere eldre per behandler. Framskritt i medisinsk behandling gjør at flere lever lengre med flere sykdommer. Det er bra for den enkelte, men gjør også at helsetjenesten stiller under stadig større press. Det er en utfordring at multisyke eldre, pasienter med rus- og psykisk sykdom samt personer med utviklingsforstyrrelser ikke får godt nok koordinerte helsetjenester i kommunene. Stabile fastleger er viktig for å følge opp pasientenes medisinske behov, men koordineringen av et tverrfaglig tilbud kan kanskje gjøres av personer som ikke er helsepersonell? ■

Andreas Haslegaard

andreas.haslegaard@legeforeningen.no

– Vi står overfor en stille pandemi

Krig i verden bidrar til å spre antibiotikaresistens, også til Norge, advarer overlege Kristian Tonby ved infeksjonsavdelingen på Ullevål sykehus.

Antibiotikaresistens er en av de største helseutfordringene i vår tid, og hvert år i november blir temaet aktualisert gjennom Verdens antibiotikaresistensuke (World AMR Awareness Week) av Verdens helseorganisasjon (WHO).

Som nylig avtrøppet styreleder i Norsk forening for infeksjonsmedisin, og som infeksjonslege og forsker ved Ullevål sykehus, ser Tonby daglig konsekvensene av resistensproblematikk, og hvor avgjørende rasjonell antibiotikabruk er.

– Antibiotikaresistens må tas på største alvor. Selv om vi i Norge har hatt god kontroll, er dette en global trussel. Antibiotika er grunnmuren i moderne medisin. Uten dem kan vi verken behandle vanlige infeksjoner, utføre organtransplantasjoner eller gjennomføre kreftbehandlinger, sier han.

Økende utfordring

Utviklingen varierer mellom land, men også i Norge ser man en økning i resistente bakterier. For å bevare den gode situasjonen vi har hatt, må arbeidet med overvåking og kontroll fortsette, understreker Tonby.

Han peker på at krig og ustabile forhold forsterker problemet:

– De siste årene har vi tatt imot pasienter fra Ukraina, der flere har infeksjoner som er vanskelige å behandle. I områder preget av krig og ødelagt infrastruktur er smittevern nærmest umulig å opprettholde. Det som skjer i Ukraina og Gaza, er oppskriften på økt resistens – og det sprer seg. Selv om vi fortsatt har et lavt nivå i Norge, henger utviklingen internasjonalt tett sammen med vår egen situasjon, sier han.

Etterlyser rammer og ressurser

For å kunne møte utfordringen mener Tonby at både helsepersonell og myndigheter må ta grep, og være forberedt. Han etterlyser også at arbeidet med den nasjonale handlingsplanen mot antibiotikaresistens sluttføres.

– Vi trenger politiske rammer som støtter opp under arbeidet. Samtidig må vi som klinikere hele tiden vurdere antibiotikabruken vår: riktig middel, riktig dose og riktig varighet. Det høres enkelt ut, men det krever kontinuerlig oppmerksomhet, sier han.

Han peker også på behovet for forskning, utvikling og bedre diagnostiske verktøy.



Resistensproblematikk: Infeksjonsmedisin Kristian Tonby jobber daglig med antibiotikaresistens og utfordringene dette fører med seg for behandlingen av pasienter. – Antibiotikaresistens må tas på største alvor, understreker han. Foto: OUS

Ti kloke antibiotikavalg

1. Unngå rutinemessig antibiotikabehandling ved akutt ørebetennelse hos barn over 1 år
– *Norsk barnelegeforening*
2. Unngå bruk av antibiotika ved asymptomatisk bakteriuri hos eldre
– *Norsk forening for geriatri*
3. Unngå rutinemessig bruk av antibiotika ved bihulekirurgi
– *Norsk forening for otorhinolaryngologi, hode- og halskirurgi*
4. Unngå bruk av antibiotika hos pasienter i livets slutfase uten å først ha diskutert effekt og bivirkninger
– *Norsk forening for infeksjonsmedisin*
5. Unngå å fortsette antibiotikabehandling uten å vurdere deeskalering ut fra klinisk utvikling og mikrobiologiske prøvesvar
– *Norsk forening for infeksjonsmedisin*
6. Unngå bruk av oral antibiotika ved ukomplisert akutt ekstern otitt
– *Norsk forening for otorhinolaryngologi, hode- og halskirurgi*
7. Unngå forskrivning av makrolider og ciprofloxacin, unntatt på spesifikk indikasjon
– *Norsk forening for klinisk farmakologi*
8. Unngå bruk av antibiotika ved akutt bronkitt
– *Norsk forening for klinisk farmakologi*
9. Antibiotika skal ikke brukes rutinemessig ved behandling av marginal periodontitt og periimplantitt
– *Den norske tannlegeforening*
10. Anbefal å avvente uthenting av antibiotika på vent-og-se-reseptor samme dag som de er forskrevet
– *Norges Farmaceutiske Forening*

Flere anbefalinger og referanser finner du på klokevalg.org

– Vi må raskere kunne identifisere bakterier og resistensmønstre. Som en del av beredskapen må vi også sikre tilgang på nødvendige antibiotika. Når forsyningskjeder svikter, blir sårbarheten tydelig.

En stille pandemi

Antibiotikaresistens omtales ofte som en «stille pandemi». For mange fremstår den som et teoretisk problem, men konsekvensene merkes allerede rundt i verden.

– Dette er en trussel som utvikler seg langsomt, men konsekvensene er enorme. Mange vet ikke at resistens allerede koster liv hvert år. Det skjer i det stille, og derfor får det for lite oppmerksomhet, sier Tonby.

Derfor mener han at Verdens antibiotikaresistensuke spiller en viktig rolle.

– Uka minner oss om temaet. I en travelt klinisk hverdag er det lett å glemme hvor avgjørende det er å bruke antibiotika riktig. De fleste leger og sykepleiere er flinke, men vi kan alltid bli bedre. Vi må bruke smalspektret antibiotika når vi kan, følge anbefalt behandlingstid og unngå unødvendig bruk, sier han.

Behov for nye medisiner

Utviklingen av nye antibiotika går sakte, og Tonby mener legemiddelindustrien må få bedre insentiver til å satse.

– Det er ressurskrevende å utvikle nye antibiotika, og markedet fungerer ikke godt nok. Derfor må myndighetene bidra med ordninger som gjør det økonomisk mulig å investere i denne typen legemidler, sier han.

Til tross for alvorret er motivasjonen hans sterk.

– Vi står overfor en stor utfordring, men også et stort ansvar. Målet er enkelt: å sikre at vi fortsatt kan gi behandling som virker. Det skylder vi pasientene våre.

Verdens antibiotikaresistensuke (World AMR Awareness Week, WAAW) er en global kampanje fra WHO for å øke bevisstheten og forståelsen rundt antibiotikaresistens (AMR), og for å fremme global handling for å bekjempe fremveksten og spredningen av legemiddelresistente mikrober. Kampanjen markeres 18.–24. november, og i år er temaet: «Handle nå – beskytt nåtiden, sikre fremtiden.» ■

Ingrid Rise Fry

Ingrid.Rise.Fry@legeforeningen.no



Foto: Thomas B. Eckhoff / Legeforeningen

Full seier over staten i KBU-saken

Oslo tingrett har gitt Malene Laursen Schack og Asbjørn Sune Schack fullt medhold i saken om dansk KBU (klinisk basisuddannelse). Konklusjonen er at staten har brutt EØS-retten. Legeforeningen har stått bak søksmålet og vært partshjelper i saken.

Retten har kommet til at EØS-avtalen artikkel 28 gjør at spesialistforskriften § 32 må tolkes slik at staten har plikt til å vurdere om dansk KBU kan godkjennes mot læringsmålene i LIS1, og begrunne eventuelt hva som mangler for å få godkjent LIS1. Legeforeningen og saksøkerne fikk også fulle sakskostnader tilkjent.

– Dette er en stor seier. Både for legene det gjelder og for Legeforeningen, som har kjempet for dette i lang tid. Vi har vært tydelige på at staten ikke har oppfylt sine forpliktelser etter EØS-regelverket. Dette har vært en lang kamp mot myndighetene, som stadig har endret argumentasjon. Retten gir oss nå fullt medhold, sier Anne-Karin Rime, president i Legeforeningen.

Dommen betyr at vedtakene fra Statens helsepersonellnemnd 20. juni 2024 er ugyldige. Nemnda må derfor behandle søknadene på nytt og foreta en konkret ekvivalensvurdering mellom KBU og læringsmålene i LIS1.

Legeforeningen har lenge ment at staten ikke står fritt til å utforme den nye ordningen, og at både dagens prak-

sis og en fremtidig løsning må oppfylle EØS-kravene.

– Dette handler både om rettigheter og realiteter. Mens regjeringen oppnevner kommisjoner og utvalg for å løse bemanningskrisen, har man samtidig stengt ferdig utdannede leger ute fra arbeidslivet. Det er verken rettferdig eller bærekraftig, sier hun.

Etter omleggingen av spesialistutdanningen 1. mars 2019 har leger med KBU eller tilsvarende tjeneste ikke fått dette vurdert som relevant erstatning for hele eller deler av LIS1, slik praksis tidligere var.

– Norsk helsetjeneste trenger disse legene. Det er uforståelig at leger med fullført KBU i Danmark, som har vist at de kan fungere i klinisk arbeid, ikke skal få bidra i Norge. Denne dommen er derfor også en viktig seier for pasientene og for hele helsetjenesten, avslutter Anne-Karin Rime. ■

Tor Martin Nilsen

tor.martin.nilsen@legeforeningen.no

Verdens legeforening krever beskyttelse av helsetjenesten i Gaza

– Jeg er glad for at verdens leger kan forenes om et klart og tydelig budskap om Gaza, sier president Anne-Karin Rime.

Under generalforsamlingen i Porto 11. oktober, vedtok Verdens legeforening (WMA) en *resolusjon* der de ber israelske myndigheter om å etterleve Genèvekonvensjonene og humanitærretten.

Det var Den tyrkiske legeforening som først fremmet forslaget om en Gaza-resolusjon. Etter bearbeidelse fra blant annet de nordiske legeforeningene, ble endelig tekstforslag vedtatt under generalforsamlingen i Porto.

Resolusjonsteksten har vært gjenstand for mye diskusjon, og som i Norge er det sterke meninger om hvordan man skal uttale seg om denne konflikten. Enkelte legeforeninger har brutt kontakten med Den israelske legeforening. Begrunnelsen er krigen og hvordan foreningen har håndtert situasjonen i Gaza.

– Med våpenhvilen følger ansvar. Nå må alle parter presses til å støtte fredsarbeidet, sikre nødhjelp, bygge opp helse-tjenesten i Gaza og behandle skadde og traumatiserte, påpeker Rime.

En representant for Tyrkias legeforening, Murat Civaner, var tydelig i sin begrunnelse for resolusjonsforslaget:

– I en verden der institusjoner mister verdiene av syne, må vi holde desto fastere på våre. Hvis ikke risikerer organisasjonene våre å miste troverdighet – og dermed sin påvirkningskraft. Den risikoen har vi ikke råd til. Menneskeheten trenger prinsipielle leger mer enn noen gang. Som vår nye president er opptatt av, vi gikk inn i legeyrket for å tjene menneskeheten.

I sin avskjedstale uttrykte avtroppende WMA-president Ashok Philip følgende om dialog og samarbeid mellom leger og legeforeninger i lys av konflikten i Gaza:

– Slutter du å snakke med dem du er uenig med, havner du i et ekkokammer. Du lærer aldri noe nytt eller korrigerer gamle feil. Vær så snill, Ikke kutt bånd til andre legeforeninger. En stats handlinger er ikke legeforeningens handlinger i den staten. I mange tilfel-

ler taler legeforeningen staten imot. Vi bør støtte dem, ikke bryte all kontakt. Vi tilhører et yrke som setter livslang læring høyt. Det bør også gjelde etikk. Min appell er derfor: Snakk med dem du er mest uenig med. Kanskje får du dem til å se din side, kanskje ser du at du tok feil, eller dere finner en mer presis syntese. Vi nekter ikke å behandle pasienter på ideologisk grunnlag. Hvorfor skulle vi behandle kolleger etter andre prinsipper?

Dette er også et viktig prinsipp for Den norske legeforening.

– Vi har fortsatt dialog med Den israelske legeforening. Det er lettere å formidle uenighet når man faktisk snakker sammen, avslutter Anne-Karin Rime. ■

Elin Lothe Haga

elin.haga@legeforeningen.no



Presidentene i de nordiske legeforeningene:

(f.v)
Sofia Rydgren Stale (Sveriges legeforening),
Camilla Noelle Rathcke (Danmarks legeforening),
Anne-Karin Rime, Steinunn Þórðardóttir (Íslands legeforening),
Niina Koivuviita (Finlands legeforening). Foto: Legeforeningen / Axel Rød

Verdens legeforening om kvinners rett til reproduktiv helsehjelp

– Akkurat nå utfordres kvinners og jenters rett til å få reproduktiv helsehjelp flere steder i verden. I lys av denne utviklingen, er det viktigere enn noen gang at verdens leger står opp for kvinners helserettigheter, sier president Anne-Karin Rime.

Under generalforsamlingen i Porto 11. oktober, vedtok Verdens Legeforening (WMA) en uttalelse om kvinner og jenters reproduktive helse. Den norske legeforening har ledet arbeidet sammen med Uruguays legeforening.

WMA ser med bekymring på hvordan reproduktiv helse i mange deler av verden er underprioritert. Moral, kultur og religion bør ikke stå i veien for tilgang til helsetjenester.

– Jeg vil takke Svein Aarseth, nylig avgått leder av Rådet for Legeetikk, for initiativet til å sette dette viktige temaet på dagsorden til WMA, sier Rime.

Nå ber WMA medlemsforeningene om blant annet å løfte reproduktiv helse i den offentlige debatten i hjemlandet, samt å jobbe for juridisk beskyttelse av leger som utfører svangerskapsavbrudd og deres pasienter.

– Dette handler om folkeopplysning og om å beskytte det grunnleggende tillitsforholdet mellom lege og pasient som er nedfelt i Genève-erklæringen, avslutter Anne-Karin Rime. ■

Elin Lothe Haga

elin.haga@legeforeningen.no

Når legen blir pasient

Hva skjer når legen blir pasient? Jonatan Wistrand har forsket på hvordan leger opplever å bli syke.

S pørsmålet ble nylig tatt opp da Legeforskningsinstituttet inviterte til webinar i Legenes hus i Oslo. Foredragsholder var Jonatan Wistrand fra Lunds universitet – allmennlege og forsker – som presenterte funn og erfaringer fra sin doktoravhandling (1) og boka *Sjuk doktor: tio läkare berättar* (2).

I *Sjuk doktor* deler svenske leger sine opplevelser med å bli syke. Fortellingene favner alt fra kreft og koagulasjonsforstyrrelser til diskusprolaps, depresjon og utbrenthet. Leseren får et nært innblikk i overgangen fra å være behandler til å bli pasient (3).

Legers historier er ikke bare personlige, de gir også innsikt i profesjonskulturen og de usynlige normene som former hvordan leger forholder seg til egen sykdom. Fortellingene viser at mange fortsatt opplever sykdom som et tegn på svakhet, og at de forventer av seg selv å framstå som mestrende og som en «god pasient» heller enn å være åpne om egne behov.

En lang historie

Vital signs: a young doctor's struggle with cancer av Fitzhugh Mullan (1942–2019) fra 1983 var en av de første bøkene skrevet av en lege med egne sykdomserfaringer. Wistrand trakk også fram den norske boka *Når legen blir syk*, utgitt i 1988 (4) og senere oversatt til svensk.

Men historien om syke leger går langt tilbake. «Legen må for sin verdighets skyld se frisk ut (...) For mange mener at de som ikke holder kroppen i god stand, heller ikke er i stand til å behandle andre på en god måte», står det i de hippokratiske skriftene (5). Ifølge Wistrand går denne tankegangen som en rød tråd gjennom vestlig kulturhistorie. Han viste blant annet til dr. Behrens i *Trolldomsfjellet* (1924) av Thomas Mann – lederen for sanatoriet hvor hovedpersonen tilbringer flere år, og som selv har tuberkulose.

Rekrutteringen til yrket

Seleksjonen til legeyrket kan også spille en rolle. Leger rekrutteres ut fra egenskaper som utholdenhet, pliktoppfyllende holdning, evne til å tåle belastninger, faglig dyktighet og et sterkt ønske om å hjelpe. Slike egenskaper gjør det ekstra vanskelig å innrømme når man ikke strekker til – noe som forsterkes av den medisinske profesjonskulturen.

En lege som hadde søkt hjelp på Villa Sana, fortalte at hun lenge hadde trodd hun var en «superkvinne». Oppvokst med dette selvbildet, ble det både skamfullt, skuffende og tungt å innse at hun ikke var det. Ved Villa Sana legger man stor vekt på å redusere skamfølelsen, noe som gjør det lettere å ta utfordringene man står oppe i på alvor.

Hjelp å få

– Fortellinger fra syke leger kan bidra til å normalisere sårbarhet og gjøre det lettere å snakke åpent om behov for støtte og behandling, sa seniorforsker Karin Isaksson Rø i Legeforskningsinstituttet. Mange leger kjenner fortsatt på presset, både fra egen profesjonell identitet og fra kolleger. Å dele erfaringer kan derfor ikke bare være helsefremmende, men også gi verdifull faglig innsikt.

I Norge finnes tre nasjonale kollegiale støtteordninger finansiert av Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP). I alle fylker finnes støttekollegaer som er lett tilgjengelige for samtaler. Leger fra hele landet kan også søke rådgivning og kurs ved Villa Sana på Modum Bad, og Trasoppklinikken tilbyr et eget program for leger med rusproblemer. Siden oppstarten i 1998 har 6 000 leger benyttet tilbudet ved Villa Sana. Slike tilbud mangler i Sverige, og ifølge Wistrand er det et stort savn. ■

Erlend Hem

erlend.hem@lefo.no

Litteratur

1. Wistrand J. Läkaren som patient. Dokumentära och litterära vittnesmål under 1900- och 2000-tal. Doktoravhandling. Lund: Lunds universitet, 2019.
2. Wistrand J, red. *Sjuk doktor: tio läkare berättar*. Stockholm: Fri tanke, 2024.
3. Rø KI. Doktor og pasient samtidig. *Michael* 2025; 22: 70–1. doi: 10.5617/michael.12119.
4. Anker H, red. *Når legen blir syk: ni norske leger forteller*. Oslo: Aschehoug, 1988.
5. Hippokrates. *Om legekunsten*. Oversatt av Eirik Welo. Oslo: De norske bokklubbene, 2000: 167.

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.
Ausen, 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
Frøtheim, Atle
Frøen, Hege
Fønnebø, 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
Koppnæs-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
Rena, 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
Vetthus, 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 Iidsøe

Digitalsjef Einar Ryvarden

Markedssjef Ellen Bye Knutsen

Vitenskapelige redaktører

Siri Lunde Strømme, Kari Tveito

Publiseringsredaktør Tone Enden

Debattredaktør Øyvind Stople Sivertsen

Medisinske redaktører

Lars Frich, Petter Gjersvik,

Inge Rasmus Groote, Mette Kalager,

Liv-Ellen Vangsnes, Martine Fimreite

Wilhelmsen, Elena V. Aandstad

Produksjonssjef Berit Seljebotn

Visuelt ansvarlig Peder Bernhardt

Grafisk designer Henrik Hjorth Austad

Journalister Lisa Dahlbak Jacobsen,

Helena Heimer Rognstad

Manusredaktører Marit Fjellhaug Been,

Kjetil Dons Jensen

Teknisk redaktør Julie Didriksen

Produksjonskonsulent Åse Gjefsen

Redaksjonskonsulent Jorunn B. Kvarme

Produktsjefer Njål H. Anderssen,

Tina Bjørnstad

Faste bidragsytere

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

Redaksjonskomité

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

Kontakt

Besøksadresse

Christiania Torv 5, Oslo

Postadresse

Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

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

Trykk Aksell AS

Opplag 33 610

Antall utgivelser 15 numre per år
ISSN 0029-2001



Les i neste nummer

- Da penicillin kom til Norge
- Svangerskapets varighet
- Danske leger sviktet i 1945
- En pasients fortelling

KOMMER
16. DESEMBER

Hiprex

(metenaminhippurat)



Inntil 30 % av norske kvinner i alderen ≥ 40 år rapporterer om symptomer på tilbakevendende UVI.¹

Hiprex: et ikke-antibiotisk alternativ med dokumentert effekt^{1,2,3}

- opp til 77 % reduksjon i antall urinveisinfeksjoner i en 12 måneders periode²
- reduksjon på 25 %³ til 58 %¹ antibiotikakurer for urinveisinfeksjon

Definisjon residiverende urinveisinfeksjon (UVI): gjentatte UVI'er med en frekvens på minst to episoder de siste seks måneder, eller tre episoder siste året.²

Hiprex til voksne og barn i alderen 6-12 år

Indikasjon:

- Hiprex brukes som langtidsprofilakse ved kronisk residiverende urinveisinfeksjoner (UVI) etter initialbehandling med kjemoterapeutika eller antibiotika.
- I tillegg er Hiprex indisert ved kort- eller langtids kateterdrenasje og ved transuretrale operasjoner. Bør også overveies ved enkeltkateterisering, cytoskopier og ved urodynamiske målinger i urinveiene.

Dosering av Hiprex:

- Hiprex doseres med 1 gram morgen og kveld, fortrinnsvis etter urinering.
- Barn mellom 6 og 12 år kan bruke halv tablett, eller halv dosepose, to ganger daglig.
- Hiprex har forebyggende effekt på residiverende urinveisinfeksjon ved fravær av urinveisanomalier eller nevropatisk blære.^{1,2}

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

- Kontraindisert ved alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon, alvorlig dehydrering, metabolsk acidose.
- Metenamin vil ikke ha effekt ved akutte urinveisinfeksjoner og infeksjoner i nyreparenkymet.
- Hiprex skal ikke benyttes sammen med sulfonamider pga. fare for krystalluri.

Hiprex (metenamin) priser og refusjon:

Hiprex koster kr 319,60 for 100 tabletter, kr 693,00 for 100 doseposer. Begge formuleringer er 1 gram. Reseptgruppe C. Refusjonsberettiget bruk: Langtidsprofilakse ved kroniske eller stadig residiverende infeksjoner i nyrer/urinveier og langtids kateterdrenasje. Infeksjonsprofilakse urinveier ved immunsvikt. Palliativ behandling i livets sluttfase. Infeksjoner ved organtransplantasjon. Refusjonskoder: ICPC: U71, Cystitt/urinveisinfeksjon IKA ICD: N30 Cystitt, N39.0 Urinveisinfeksjon med uspesifisert lokalisasjon Vilkår: 141: Pasienten må oppfylle et av følgende vilkår: - Pasienten har brukt/vil bruke antibiotika minst 3 måneder årlig på grunn av infeksjoner i nyrer/urinveier. - Pasienten har i gjennomsnitt de to siste årene hatt minst 3 årlige infeksjoner i nyrer/urinveier. - Pasienten bruker medikamentell behandling for en kronisk sykdom i refusjonslisten hvor sykdommen gir økt risiko for infeksjoner i nyrer/urinveier.

Referanser:

1. Linda Rui, Morten Lindbaek and Svein Gjelstad, Preventive effect of methenamine in women with recurrent urinary tract infection - a case- control study, SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE 2022, VOL. 40, NO. 3, 331-338.
2. Harding C., et al. Alternative to prophylactic antibiotics for the treatment of recurrent urinary tract infections in woman: multicenter, open label, randomized, non-inferiority trial. BMJ 2022;376: e068229.
3. Heltveit-Olsen SR, et al. Methenamine hippurate as prophylaxis for recurrent urinary tract infections in older women - a triple-blind, randomised, placebo-controlled, phase IV trial (ImpresU), Clinical Microbiology and Infection, <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2025.07.006>.



Les mer om Hiprex i SPC, basert på godkjent av SLV/EMEA 06.10.2022