

Pasienter som søker hjelp på et overgrepsmottak, må følges opp

side 240, 241

En unik tekstanalyse av ti pasientjournaler i psykisk helsevern

side 236, 237

Nyttige og nødvendige helsetjenester må prioriteres

side 218, 222, 226

Tidsskrift for
Den norske
legeforening

Tidsskriftet



Øredråper ved øregangseksem

DIPROTIT®

betametason

- enkel og praktisk endosepipette

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

DIPROTIT® selges i
anvendelige forpakninger
med 30 endosepipetter.



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

EVOLAN.

Internasjonalt anerkjent forskning



Are Brean
Sjefredaktør

NeurIPS er en av verdens mest prestisjefylte konferanser for forskning på kunstig intelligens (KI). Mindre enn 25 % av de innsendte bidragene antas etter grundig fagfelle-vurdering. Nå har man i en analyse av fjorårets om lag 4 000 antatte bidrag påvist at minst 100 av dem er KI-genererte: Hallusinerende referanser med ikke-eksisterende forfattere, tidsskrifter og lenker er blant funnene.

Det er ekstra pinlig når KI-ekspertene selv lar seg lure. Men de fleste fagfelt oversvømmes nå av KI-generert juks. Preprint-serveren arXiv, en av verdens største, med over tre millioner forskningsmanuskripter, har begynt å kreve at nye manuskripter må følges av en anbefaling fra en anerkjent forsker. Slik håper de å stoppe det grøvste av jukset. Ikke alle som publiserer forskning, er like nøye: Cabells' Predatory Reports registrerer røvertidsskrifter. I januar 2026 passerte Cabells en trist milepel. Da var det over 20 000 registrerte internasjonale røvertidsskrifter i databasen, tidsskrifter som har liten eller ingen kontroll over kvaliteten på det de publiserer.

En gang i tiden var det å publisere sin forskning «internasjonalt» nærmest en garanti for at både tidsskrift og artikkel holdt høy kvalitet. Det begynner å bli lenge siden. ■

Forsiden

Svart på hvitt. Grep over. Utsatt.

Har du opplevd overgrep, vil et døgnåpent overgrepsmottak ta deg imot og gi øyeblikkelig hjelp. Du trenger ikke henvisning eller å politianmelde. Mottakene følger nasjonal retningslinje for dokumentasjon av seksuelle overgrep og har helsepersonell med psykososial, medisinsk og rettsmedisinsk kompetanse.

Overgrepsmottakene kan også ta imot deg som trenger veiledning om hvordan du best kan støtte en som har vært utsatt for overgrep.
Svart på hvitt. Harde kontraster. Myke konturer. Du tas imot.

Forsideillustrasjonen er laget av den norske tegneren Ylva Greni. Du finner henne på ylvagreni.com og på Instagram: [@ylvagreni](https://www.instagram.com/ylvagreni)



Illustrasjon: Ylva Greni

I denne utgaven:**Overgrep, etterkontroll og forebygging**

Overgrepsmottaket i Oslo ble etablert i 1986 og drives etter en multidisiplinær modell, der både medisinske, psykososiale og rettsmedisinske behov ivaretas på ett og samme sted – uavhengig av om overgrepet er meldt til politiet eller ikke. Mottaket praktiserer en aktiv oppfølging av pasienter som ikke møter til medisinsk kontroll etter den første undersøkelsen. Dette har ført til en markant økning i andelen pasienter som gjennomfører medisinsk etterkontroll, noe som gjør det mulig å yte viktig forebyggende helsehjelp til en sårbar pasientgruppe.

Side 240, 241

**Pasientjournaler uten refleksjoner**

En litteraturviter har sammen med fagfolk fra helsetjenesten foretatt en tekstanalyse av journalene til ti pasienter i psykisk helsevern, til sammen rundt 5 500 sider. Journalene inneholdt store tekstmengder med mange ordrette klipp- og lim-gjentagelser, tidvis med inkonsekvente utsagn og selvmotsigelser. Pasientens synspunkter og fagpersonellens refleksjoner manglet ofte. Forskerne opplevde pasientjournalene som et dokument som blottlegger skriverens maktesløshet. De oppfordrer til «å ta journalen tilbake».

Side 236, 237

Bedre prioritering av helsetjenester

Medisin er også debatt. Istedenfor å bruke mye tid og ressurser på å korte ned ventetiden for alle typer undersøkelser og behandling, bør helsetjenesten prioritere det som er særlig nyttig og nødvendig, mener tre leger ved Stavanger universitetssjukehus. Terskelen for henvisning til MR-undersøkelse er for lav, skriver to nevrokirurger og en radiolog. Hvordan kan beregninger av kostnadseffektivitet og alternativkostnad bidra til bedre vurderinger av nye metoder? Tre helseøkonomer prøver å svare.

Side 218, 222, 226

Innhold

	Leder
201	Ord som hemmer helsefremmende arbeid <i>Petter Gjersvik</i>
	Invitert kommentar
202	Endometriose – fra oppmerksomhet til struktur og endring <i>Guri Majak, Tina Tellum</i>
206	Akutt somatisk tilstand ved rusbrukslidelse og psykiatrisk sykdom <i>Gunn-Vivian Eide, Beathe Hauge Rønning</i>

Debatt

	Debatt
208	Humanitær og medisinsk krise i Iran <i>Dianosh Dinparvar</i>
209	Gjenbruk av pensjonerte leger <i>Bjarne Bjorvatn</i>
210	Eldre ekskluderes fra kirurgisk forskning <i>Patrick Juliebø-Jones, Christian Beisland</i>
212	Mer internasjonalt samarbeid i medisinstudiet <i>Srijan Karthik Kancherla, Mohammed Almashhadani, Milad Bagheri, Stian Dueholm, Bismah Ejaz, Nesibe Kara, Talal Mohammad</i>
213	Fraværsgyberer på ville veier <i>Joar Røkke Fystro</i>
	Kronikk
218	«Hva med en MR?» <i>Kjell Alexander Thunes Akre, Kathinka Dæhli Kurz, Clemens Weber</i>
222	Hvorfor oppstår helsekøer, og må vi akseptere dem? <i>Øystein Evjen Olsen, Eldar Søreide, Ole Tjomsland</i>
226	Alternativkostnad og grensene for kostnadseffektivitet <i>Fredrik Schaug Haukaas, Gudrun Waaler Bjørnelv, Eline Aas</i>

Vitenskap og praksis

	Fra andre tidsskrifter
232	Enklere behandling av akutte smerter i ambulansen <i>Martine Fimreite Wilhelmsen</i>
233	Komplikasjoner med ulik dødelighet under CAR-T-behandling <i>Martine Fimreite Wilhelmsen</i>
233	Ingen langtidseffekt av kirurgi eller fysioterapi ved subakromialt smertesyndrom <i>Martine Fimreite Wilhelmsen</i>
234	For stor og for liten vektøkning i svangerskapet <i>Martine Fimreite Wilhelmsen</i>
234	Tvil om robotassistert pankreaskirurgi <i>Petter Gjersvik</i>

nr. 3/2026

Utgivelsesdato
3. mars 2026

236	Originalartikkel Pasientens stemme og skriverens rolle i pasientjournaler i psykisk helsevern <i>Petter Aaslestad, Marion Cecilie Andrade Bakke, Petter Andreas Ringen, Erlend Hem</i>
237	Invitert kommentar Når teksten tar makta <i>Linn Okkenhaug Getz</i>
240	Kort rapport Medisinsk oppfølging ved Overgrepsmottaket i Oslo <i>Nanja Rogne, Nora Langeland, Dina Midttun, Odd Martin Vallersnes</i>
241	Invitert kommentar Overgrep, overgrepsmottak og forebygging <i>Cecilie Therese Hagemann</i>
242	Noe å lære av En nyfødt gutt med feber og krampes <i>Mir Rahman, Per Kristian Knudsen, Anette Ramm-Pettersen, Susanne Gjeruldsen Dudman, Elisabeth Toverud Landaas</i>
246	Kort Kasuistikk Infeksjon med sjelden ikke-tuberkuløs mykobakterie etter injeksjon av hyaluronsyre <i>Amina Dokara, Anne Torunn Mengshoel, Hedda von der Lippe, Jan Mikael A. Gerl, Kirsten Bjerkreim Strand</i>
248	Medisin og tall Hvilke variabler bør være med i en regresjonsmodell? <i>Stian Lydersen, Eva Skovlund</i>
249	Medisinen i bilder En kule bak øyet <i>Frida Marie Ingstad, Paul Debrah Karikari, Thomas Pedersen Bærlund, Dag Krohn-Hansen</i>
250	Språkspalten Lorazepam-responstest <i>Ole Kristian Sindland, Jørn Henrik Vold</i>
252	Fra fagmiljøene Pankreastransplantasjon – fortsatt et godt behandlingsalternativ ved type 1-diabetes <i>Espen Nordheim, Trond Geir Jenssen, Jørn Petter Lindahl, Kristine Lyck Fasting, Harald Hugenschmidt, Kåre Inge Birkeland, Anders Åsberg, Karsten Midtvedt, Hanne Scholz, Turid Birgitte Boye, Kristian Heldal, Morten Hagness</i>

Magasin

254	Intervju Entreprenøren <i>Marit Tveito</i>
-----	---

260	Legelivet Er vi ikke lenger et gjennombarket folkeferd? <i>Karl Otto Nakken</i>
261	Bedre team, bedre leger <i>Erlend Hem</i>
262	Fra arkivet Dermatitt fra tulipaner og appelsiner <i>Julie Didriksen</i>
263	Anmeldelser Taus kunnskap skriftliggjort <i>Eirik Hugaas Ofstad</i>
265	Minneord

Annonser

269	Legejobber
271	Kurs og møter

Aktuelt i foreningen

275	Ryddige rammer for faglig samarbeid <i>Anne-Karin Rime</i>
276	Hjernerforskeren <i>Stig Kringen</i>
279	Enighet med Spekter om ny hovedavtale <i>Avdeling for jus og arbeidsliv</i>
280	Ledersamling 2026: Med ny helsereform på agendaen <i>Elin Lothe Haga</i>
281	Den tyske helsekomiteen på besøk hos Legeforeningen <i>Elin Lothe Haga</i>
281	Stortinget vil ha ny finansieringsmodell for sykehus: – Viktig gjennomslag <i>Knut E. Braaten</i>
282	Nytt IT-utvalg skal styrke legenes stemme i digitaliseringen <i>Ingrid Rise Fry</i>
283	Pizzakveld for medisinstudenter på Legenes hus <i>Andreas Haslegaard</i>

legejobber.no

Norges mest komplette stillingsportal for leger

UTVALGTE STILLINGER

NORDLANDSSYKEHUSET HF

Overlege, psykiatri

Frist 12. mars

SYKEHUSET TELEMARKE HF

Overlege, psykiatri

Frist 26. april

STAVANGER KOMMUNE

Fastlegehjemler

Frist 10. mars

EIDSKOG KOMMUNE

Kommuneoverlege

Frist 10. mars

SØRLANDET SYKEHUS HF

LIS, onkologi

Frist 15. mars

STANGE KOMMUNE

Fastlegevikarer

Frist 15. mars

HELGELANDSSYKEHUSET HF

Overlege, radiologi

Frist 29. mars

SYKEHUSET I VESTFOLD HF

LIS, barnesykdommer

Frist 20. mars

YGDRA AS

Gynekolog

Frist 24. mars

ALERIS HELSE AS

Nevrolog

Frist 15. mars

Ord som hemmer helsefremmende arbeid

Et engelsk faguttrykk er ikke nødvendigvis mer presist eller dekkende enn en oversettelse eller et avløserord på norsk. Et engelsk uttrykk kan være vanskelig å forstå for dem du prøver å nå.

Når nye faguttrykk oppstår på engelsk, kan det være vanskelig å finne en god oversettelse eller et godt avløserord på norsk. Men det lar seg gjøre hvis man har motivasjon, ønske og evne til å gjøre det (1). Likevel har mange engelske faguttrykk etablert seg uten særlig motstand. Dette trenger ikke være et stort problem, men det kan være det i personrelatert arbeid når uttrykket oppfattes som uklart, fremmedgjørende og floskelpreget. Her er to eksempler: *empowerment* og *recovery*.

Verdens helseorganisasjon omtaler *empowerment* som «en prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse» (2). Men det finnes flere andre definisjoner, og uttrykket forstås og anvendes på ulike måter og brukes også i psykologi, sosiologi og andre fag (3). Da uttrykket ble diskutert i Tidsskriftet for mange år siden, mente sentrale fagfolk i feltet at en oversettelse som *mestringsstyrking* ikke var dekkende, fordi *empowerment* også omfatter tiltak rettet mot krefter som skaper avmakt (4). Uttrykket har gjennom årene blitt brukt med ulike forklaringer i utallige fagartikler i Tidsskriftet og andre norske publikasjoner.

Man står i fare for å utvikle et stammespråk som ikke forstås utenfor fagmiljøene, og å bli et lukket og teoretisk miljø med begrenset gjennomslag utad

Det er et paradoks at et konsept som skal bidra til å «sette folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse» betegnes med et ord som er vanskelig å forstå for dem det gjelder, dvs. en gruppe mennesker der mange har lav utdanning, sosiale vansker og dårlig helse. *Empowerment* kan lett oppfattes som et teoretisk begrep som utelukkende brukes i lukkede fagseminarer og akademiske tekster. Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse har brukt ordet *egenkraftmobilisering* som et synonym (2). Å mobilisere krefter (og å styrke mestringsveien) er noe folk kan forholde seg til. Poenget om at man også skal motarbeide motkrefter, er like mye implisitt i disse uttrykkene som i det engelske.

På nettsiden til Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid defineres uttrykket *recovery* som «bedringsprosessen slik den 'eies' og erfares av den som opplever den» (5). *Recovery* støttende tjenesteutvikling, *recovery*spespektivet og *recovery*orienterte tjenester beskrives i mer detalj. Det står også at «for mange kan begrepet oppleves litt diffust og fremmedgjørende, særlig siden det er engelsk», men at de har valgt å beholde det engelske uttrykket fordi det ikke finnes en god norsk oversettelse og det engelske er «godt innarbeidet». En selvmotsigelse, slik jeg ser det.

Mangelen på en oversettelse eller et avløserord for *recovery* kan skyldes at ingen har forsøkt å lage et. Det

kan også være at ordet kan oppfattes som å appellere til en viktig målgruppe, nemlig ungdom. Det er likevel underlig at man velger å bruke et fremmedgjørende uttrykk for å bevisstgjøre mennesker som sliter med egen mental helse. Hvis man kan bruke *recovery* som faguttrykk med en betydning som går ut over ordets betydning som allmennord (gjenoppretting, restitusjon, å bli bra igjen), må man på samme måte kunne velge et norsk allmennord for å betegne «bedringsprosessen slik den 'eies' og erfares av den som opplever den». Det trenger ikke å være en direkte oversettelse. Hva med et ord som *mestring*, rett og slett?

Jeg skriver ikke i håp om å bli kvitt etablerte fagspråkuttrykk som funker dårlig, men for å minne om at norske fagmiljøer og utdanningsinstitusjoner har et ansvar for å finne gode norske oversettelser eller avløserord for engelskspråklige faguttrykk. Dette bør helst skje for det nye engelske uttrykket har festet seg (1). Norske utdanningsinstitusjoner, inkludert de medisinske fakultetene, har faktisk et lovpålagt ansvar for å «bruke, utvikle og styrke norsk fagspråk» (6). Jeg bare nevner det.

Å bruke engelske faguttrykk også i norsk skrift og tale kan være fristende, fordi det er lett og føles trygt. Det kan styrke et fagmiljøes identitet og faglige kredibilitet. Men man står i fare for å utvikle et stammespråk som ikke forstås utenfor fagmiljøene, og å bli et lukket og teoretisk miljø med begrenset gjennomslag utad. Det gjør noe med oss som fagfolk. Vi distanserer oss. Dette er særlig uheldig når det dreier seg om mennesker som har vansker med å komme seg ut av sykdom og uhelse. Det kan rett og slett hemme det helsefremmende arbeidet. Alternativet er å se på en slik ordbruk som noe vi skal embrace. ■

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@tidsskriftet.no

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

Litteratur

- 1 Gjersvik P. Alt som kan sies på engelsk, kan sies på norsk. Tidsskr Nor Legeforen 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.21.0260.
- 2 Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. Lest 17.1.2026.
- 3 Empowerment. Lest 18.1.2026.
- 4 Thesen J, Malterud K. "Empowerment" og pasientstyrking – et undervisningsopplegg. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1624–8.
- 5 NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Recovery. Lest 18.1.2026.
- 6 Kunnskapsdepartementet. Lov om universiteter og høyskoler (universitets- og høyskoleloven). Lest 18.1.2026.

Endometriose – fra oppmerksomhet til struktur og endring

Mars er den internasjonale endometriosemåneden, men varig forbedring for de rammede krever mer enn økt oppmerksomhet.



Uten tittel, 1984–87, Lizzie Calligas (1943–), MOMus, Hellas / CC BY-SA

Endometriose rammer anslagsvis én av ti biologiske kvinner, på linje med sykdommer som diabetes og leddgikt. Likevel har bare rundt 1,5 % fått diagnosen i Norge, ifølge en nylig publisert studie (1). Kunnskapsnivået om tilstanden kan beskrives som tilsvarende forståelsen av brystkreft på 1970-tallet – og er preget av manglende biologisk innsikt, lav prioritering og fragmentert behandling.

Helsedirektoratets rapport *Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose* fra 2024 slo fast at endometriose i liten grad var integrert i profesjonsutdanningene og at det var behov for et omfattende kunnskaps- og kompetanseløft i helsetjenesten (2). Samme år, etter mange års innsats fra fagmiljøet, organisasjoner og pasienter, ble Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose (NKTEA) etablert på oppdrag fra Helsedirektoratet (3). Målet med kompetansetjenesten er å styrke kunnskapen rundt tilstandene på både primær- og spesialisthelsetjenestenivå.

Endometriosebehandlingen i Norge har flere gjennomgående utfordringer, ikke minst er det en betydelig diagnostisk forsinkelse og manglende kontinuitet i oppfølgingen. I tillegg er det begrenset tilgang til spisskompetanse om tilstanden. Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose er forankret i Helse Sør-Øst, men har ansatt gynekologer fra alle helseregioner, noe som er unikt og trolig avgjørende for at nødvendig høyspesialisert kompetanse gjøres tilgjengelig. Vi har derfor organisert kompetanse-spredningen som en todelt strategi.

Først og fremst arbeider vi bredt for et felles og tilstrekkelig kunnskapsnivå gjennom undervisning, nasjonale kursprogrammer for helsepersonell, digitale læringsressurser og kvalitetssikret pasientinformasjon. For å øke tilgangen på spisskompetanse bygger vi opp et nasjonalt nettverk av *endometrioseambassadører* – regionale ressurspersoner med særskilt opplæring som skal styrke lokal kompetanse, veiledning og samhandling.

Kvinner med endometriose etterspør bedre informasjonsflyt, tydeligere koordinering og et mer helhetlig behandlingstilbud (4). Mange rapporterer også om behov for strukturert opplæring etter å ha fått diagnosen. I fravær av dette ser vi dessverre at informasjonsbehovet i stor grad fylles fra sosiale medier med negativt og misvisende innhold (5). For å imøtekomme informasjonsbehovet tilbyr kompetansetjenesten i flere helseforetak nå mestringskurs for pasienter og pårørende, og i 2025 ble *Endometriosedagboken*, et symptomregistreringsverktøy, lansert i samarbeid med KBB Medic (6). Målet er bedre pasientoppfølging og at dagboken kan brukes i forskning. Videre lanserer vi i år en digital behandlingstjeneste og en nasjonal kunnskaps- og mestringsplattform.

I et forsknings-samarbeid med SINTEF med støtte fra Forskningsrådet tar vi i bruk kunnskap og teknologi fra kreftforskningen med mål om å utvikle nye diagnostiserings- og behandlingsmetoder for endometriose (7). Parallelt arbeides det med å styrke kunnskapsgrunnlaget gjennom systematisk datainnsamling, der etablering av et nasjonalt pasientregister står sentralt.

Vi ser at avstanden mellom opplæringsbehov og tilgjengelige ressurser i kompetansetjenesten fortsatt er stor. Diagnostisk er ultralyd for lite utnyttet. Gitt riktig kompetanse har transvaginal ultralydundersøkelse høy diagnostisk presisjon – i tillegg til å være billig, tilgjengelig og ikke-invasiv. Imidlertid er det ingen systematisk

opplæring i ultralyddiagnostikk av endometriose, spisskompetansen er begrenset, og vi står i en krevende ettersleppsituasjon som reflekterer strukturelle mangler i utdanningssystemet for gynekologi.

Endometriose er i dag anerkjent som en kronisk, systemisk inflammatorisk sykdom med et sammensatt og varierende symptom-bilde (8). Tilstanden krever en tverrfaglig tilnærming, og det er ikke tilstrekkelig å heve kompetansen blant gynekologer og fastleger. Symptomene starter gjerne allerede i tenårene (9), noe som gir skolehelsetjenesten en nøkkelrolle i tidlig gjenkjenning – en rolle som er lite formalisert gjennom opplæring og ansvar. Komorbiditet er vanlig hos pasienter med endometriose. Barneleger, gastroenterologer og urologer må derfor også inkluderes i kunnskapshevingen. Vi ser at behandlingen svikter når endometriosepasienter gjentatte ganger henvises tilbake til gynekolog uten helhetlig og koordinert oppfølging.

Mars er måneden for økt oppmerksomhet om endometriose, men for å oppnå varig forbedring for dem som rammes av sykdommen, kreves klare prioriteringer, realistisk oppgavedeling og langsiktig satsing. Helsedirektoratet kommer i år med nasjonale retningslinjer for endometriose og adenomyose. Det er viktig at disse blir tydelige på samhandling mellom tjenestenivåene og at pasientens behov står i sentrum, med vekt på tverrfaglighet og langtidseffekt. ■

Guri Majak

NKTEA@ous-hf.no

Guri Majak er ph.d., spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, overlege ved Gynekologisk avdeling, Oslo universitetssykehus og faglig leder for Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Tina Tellum

Tina Tellum er ph.d., spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, overlege ved Gynekologisk avdeling, Oslo universitetssykehus og ved Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose og førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt forelesningshonorar fra GE Vingmed Ultrasound, GE Healthcare og Gedeon Richter og forelesningshonorar betalt til institusjonen fra Olympus og Merck. Hun sitter også i rådgivningskomité i European Endometriosis League.

Litteratur

- 1 Magnus MC, Hanevik HI, Wensaas KA et al. Endometriose, adenomyose og relaterte helseplager blant norske kvinner. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0155.
- 2 Helsedirektoratet. Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose. Lest 15.1.2026.
- 3 Oslo universitetssykehus HF. Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose. Lest 15.1.2026.
- 4 Omtvedt M, Bean E, Hald K et al. Patients' and relatives' perspectives on best possible care in the context of developing a multidisciplinary center for endometriosis and adenomyosis: findings from a national survey. BMC Womens Health 2022; 22: 219.
- 5 Goel R, Modhukur V, Täär K et al. Users' Concerns About Endometriosis on Social Media: Sentiment Analysis and Topic Modeling Study. J Med Internet Res 2023; 25: e45381.
- 6 Endometriosedagboken. Lest 23.1.2026.
- 7 SINTEF. Skal kaste lys over utbredt kvinnesykdom. Lest 27.1.2026.
- 8 Saunders PTK, Horne AW. Endometriosis: Etiology, pathobiology, and therapeutic prospects. Cell 2021; 184: 2807–24.
- 9 Fryer J, Mason-Jones AJ, Woodward A. Understanding diagnostic delay for endometriosis: A scoping review using the social-ecological framework. Health Care Women Int 2025; 46: 335–51.

VYDURA ER PÅ BLÅRESEPT (S2)
TIL PASIENTER MED
AKUTT MIGRENE

Smeltetablett til migrenebehandling
både for anfall og forebygging.

Vydura[®] 75 mg
(rimegepant)
smeltetablett



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.

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



Les mer på
VYDURA.NO

Referanser:

1. Vydura® (Rimegepant) SPC, tilgjengelig på www.dmp.no. 2. Vebenstad M A, Første migrenemedisin i klassen gepanter er nå tilgjengelig i Norge, *Neurologisk Tidsskrift*, 2022

*CGRP: Calcitonin gene-related peptide.

Akutt somatisk tilstand ved rusbrukslidelse og psykiatrisk sykdom

Vurdering av akutt somatisk sykdom hos pasienter med rusbruk eller alvorlig psykiatri, kan være særlig krevende.

Pasienter med alvorlig psykisk sykdom og/eller rusbrukslidelse har ofte behov for akutt medisinsk hjelp, men opplever å bli sendt mellom ulike avdelinger. Mer kunnskap på tvers av psykiatri og somatikk vil kunne gi dem bedre helsehjelp.

Ved akutt alvorlig somatisk sykdom, for eksempel systemisk infeksjon eller tarmiskemi, kan ruspåvirkning, intoksikasjon og abstinenser påvirke symptom bildet, vitale parametere og kliniske funn. God klinisk vurdering krever derfor kunnskap om rusbruk og rusmidlenes farmakologi.

For heroin, GHB og andre rusmidler med kort halveringstid er det et lite tidsintervall mellom intoksikasjons- og abstinenssymptomer. Intoksikasjonen kan gi lav pustefrekvens, hypotensjon og bradykardi, mens abstinensen, kun få timer senere i forløpet, kan gi takypné, hypertensjon og takykardi.

En norsk studie fant 5–7 ganger økt mortalitet hos pasienter med schizofreni og/eller rusbrukslidelser sammenlignet med befolkningen for øvrig

Angst, psykose, forvirring og agitasjon kan ofte ha somatisk årsak, også ved kjent psykisk sykdom. Akutt somatisk sykdom kan overses hvis man primært tillegger symptomene psykiatrisk og/eller rusmedisinsk forklaring.

Pasientgruppen har økt somatisk morbiditet og mortalitet. En norsk studie fant 5–7 ganger økt mortalitet hos pasienter med schizofreni og/eller rusbrukslidelser sammenlignet med befolkningen for øvrig (1). Økningen skyldes unaturlige dødsfall etter suicid, vold og andre traumer, men også kronisk, somatisk sykdom (1).

Ved akuttinnleggelse i somatisk sykehus er det derfor gode grunner til å ha en lavere terskel for supplerende undersøkelser: Risiko for akutt, somatisk sykdom øker betydelig ved rusbrukslidelser (2), herunder inntil ti ganger høyere risiko for samfunnservvert pneumoni (mulig grunnet høy prevalens av røyking og aspirasjon) (3). En norsk studie av avdøde pasienter med rus- og alvorlig psykisk lidelse fant underbruk av kardiovaskulær utredning, til tross for at de fleste hadde vært i kontakt med helsetjenesten kort tid før de døde (4).

Rapporten *Bedre helse og lengre liv for personer med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddel- og avhengighetslidelse* har gode forslag til forebygging som integrert treningspoliklinikk og tiltak for røykeslutt (5). Den beskriver også vanskene med å benytte seg av høyspesialiserte helse-tjenester som til dels krever mye helsekompetanse (5). Kontinuitet i fastlegerelasjonen er vist å redusere mortali-



Illustrasjon: Tidsskriftet

tet og akuttinnleggelse i sykehus (6). Fastlegekontakt bør derfor stå sentralt også for denne pasientgruppen, og tiltak som fjerning av egenandel for pasienter med rusbrukslidelse (7) kan tenkes å styrke tilgangen.

Klinisk erfaring tilsier imidlertid at mange ikke klarer å benytte seg av fastlegetjenesten, heller ikke ved betydelig tilrettelegging. Vi mener derfor at integrert behandling av rusbrukslidelse, somatisk og psykisk sykdom bør tilbys ved allerede etablert poliklinisk behandling i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling. En norsk intervensjonsstudie fant at integrert hepatitt C-behandling i poliklinikk for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ga bedre resultater med større grad av virusfrihet, sammenliknet med standard behandling (8). En annen studie fant at LAR-pasienter som fikk et integrert tilbud om nikotinsubstitusjon, røykte færre sigaretter enn de som ikke fikk det (9). Vår hypotese er at tilsvarende kan oppnås med integrert behandling av hypertensjon, diabetes og andre livsstilsrelaterte sykdommer.

Kunnskap om rusmedisin, somatikk og psykiatri er sentralt for gode kliniske vurderinger hos en multimorbid pasientpopulasjon med høy prevalens av akutt sykdom. Fastleger og sykehusleger i somatiske avdelinger bør interessere seg for rus og psykiatri, men samtidig beholde «de somatiske brillene» på i møte med pasientgruppen. Tilsvarende tilnærming bør også være et mål for oss i psykisk helsevern og rusbehandling. ■

Gunn-Vivian Eide

gunn-vivian.eide@helse-bergen.no

Gunn-Vivian Eide er spesialist i psykiatri og i rus- og avhengighetsmedisin og overlege ved Rus- og avhengighetsklinikken, Haukeland universitetssjukehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt forelesningshonorar fra Lundbeck.

Beathe Hauge Rønning

Beathe Hauge Rønning er lege i spesialisering i rus- og avhengighetsmedisin og konstituert overlege ved Rus- og avhengighetsklinikken, Haukeland universitetssjukehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Heiberg IH, Jacobsen BK, Nesvåg R et al. Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. *PLoS One* 2018; 13: e0202028.
- 2 Kolla BP, Oesterle T, Gold M et al. Infectious diseases occurring in the context of substance use disorders: A concise review. *J Neurol Sci* 2020; 411: 116719.
- 3 Gordon RJ, Lowy FD. Bacterial infections in drug users. *N Engl J Med* 2005; 353: 1945–54.
- 4 Heiberg IH, Jacobsen BK, Balteskard L et al. Undiagnosed cardiovascular disease prior to cardiovascular death in individuals with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 2019; 139: 558–71.
- 5 Den norske legeforening. Bedre helse og lengre liv for personer med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddel- og avhengighetslidelse. Lest 21.12.2025.
- 6 Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J et al. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract* 2022; 72: e84–90.
- 7 Lid IM, Lid TG, Sjøfjell T. Bedre tilrettelegging av helsetjenesten for rusmiddelavhengige. *Tidsskr Nor Legeforen* 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.24.0257.
- 8 Fadnes LT, Aas CF, Vold JH et al. Integrated treatment of hepatitis C virus infection among people who inject drugs: A multicenter randomized controlled trial (INTRO-HCV). *PLoS Med* 2021; 18: e1003653.
- 9 Druckrey-Fiskaaen KT, Madebo T, Daltveit JT et al. Integrated Nicotine Replacement and Behavioral Support to Reduce Smoking in Opioid Agonist Therapy. *JAMA Psychiatry* 2025; 82: 406–14.



KERN PRESISE VEKTER FOR KLINIKKER, PRAKSISER OG PLEIE

Sertifisert i henhold til MDR
(EU) 2017/745.



effektiv
hygienisk
kan kobles
til nettverk



[kern-sohn.com](https://www.kern-sohn.com)

PROFESSIONAL MEASURING
SINCE 1844



Brutalt: Demonstranter i Shiraz blokkerte en gate 9. januar 2026 under protestene som hadde utviklet seg fra økonomisk frustrasjon til åpen regimekritikk. Demonstrantene har blitt møtt med vold, streng sensur og informasjonslokk. Foto: Abacea/NTB

Humanitær og medisinsk krise i Iran

De siste ukene har Iran vært åsted for det som nå fremstår som en av de mest omfattende voldelige undertrykkelsene av sivile i nyere tid. Etter fredelige demonstrasjoner som startet rett før nyttår, har situasjonen eskalert dramatisk.

I følge rapporter fra pålitelige kilder og vitnebeskrivelser på bakken, kan over 30 000 mennesker i Iran ha blitt drept og flere tusen skadet i løpet av kort tid (1, 2). I tillegg skal titusener være arrestert og fengslet (2). Dette representerer ikke bare en politisk og humanitær krise, men også en dypt alvorlig medisinsk og etisk krise.

Angrep på pasienter

Det foreligger sterke og rystende rapporter om at pasienter har blitt arrestert eller drept etter å ha mottatt medisinsk behandling, inkludert tilfeller der personer skal ha blitt skutt etter overføring til postoperative avdelinger (3–5). Videre finnes vitnesbyrd om at kirurger og andre helsearbeidere har forsøkt å skjule eller holde pasienter inne på operasjonsstuer for å beskytte dem mot represalier etter behandling (4).

Dette er direkte brudd på grunnleggende medisinsk etikk, Genèvekonvensjonene og internasjonale normer for beskyttelse av pasienter og helsepersonell i konflikt- og krisesituasjoner.

Jeg vil oppfordre Den norske legeforening til å anerkjenne situasjonen i Iran som en alvorlig medisinsk og humanitær krise

Omfattende skader og varig blindhet

Særlig alvorlig er rapportene om systematiske øyeskader etter bruk av hagle- og pelletsammunisjon rettet mot ansiktet (3, 5, 6). Ved Farabi Eye Hospital i Teheran skal det alene ha blitt registrert rundt tusen alvorlige øyeska-

der (3). Hvor mange på landsbasis som kan ha mistet synet permanent, er usikkert. Dette følger et urovekkende mønster kjent fra tidligere protester i Iran i 2022, hvor tilsvarende taktikker ble rapportert brukt mot sivile.

Til tross for omfattende sensur har det kommet frem sterk fotografisk dokumentasjon, blant annet gjennom internasjonalt pressearbeid og samarbeid med prisvinnende fotografer som dokumenterer skader, overgrep og humanitære konsekvenser.

Det er også rapportert at leger, sykepleiere og annet helsepersonell har blitt arrestert, overvåket eller truet som følge av sitt arbeid med å behandle skadde demonstranter (7, 8). Dette skaper et klima av frykt og hindrer nødvendig helsehjelp til sivile i nød. Samtidig beskrives en situasjon med streng sensur, kontroll og informasjonsblokkade, noe som gjør dokumentasjon vanskelig og setter helsepersonell og pasienter i ytterligere fare (9).

Det foreligger sterke og rystende rapporter om at pasienter har blitt arrestert eller drept etter å ha mottatt medisinsk behandling

En appell til Legeforeningen

Som lege og medlem av den medisinske profesjon opplever jeg det som en faglig, etisk og humanitær plikt å bringe dette til oppmerksomhet. Jeg vil oppfordre Den norske legeforening til å anerkjenne situasjonen i Iran som en alvorlig medisinsk og humanitær krise. Videre ber jeg foreningen om å fordømme angrep på pasienter og helsepersonell, støtte krav om uavhengig internasjonal granskning, bidra til beskyttelse av iranske helsearbeidere og vurdere humanitære og faglige tiltak for ofrene.

Når pasienter straffes for å søke behandling, og leger risikerer represalier for å redde liv, utfordres selve fundamentet for medisinsk praksis. Stillhet i møte med dette vil kunne oppfattes som aksept. ■

Dianosh Dinparvar

Dianosh Dinparvar er spesialist i øyesykdommer og avtalespesialist i Askim. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Serjoe KA, Saberi R, Jamalpour F. Iran Protest Death Toll Could Top 30,000, According to Local Health Officials. TIME 25.1.2026. Lest 29.1.2026.
- 2 Lepperød T. – Det er ikke urealistisk at vi snakker om 20.000 eller 30.000 drepte, sier talsmann for Iran Human Rights. Nettavisen 28.1.2026. Lest 29.1.2026.
- 3 Pakzad S. 'Don't take us to a hospital': Iran protesters treated in secret to avoid arrest. BBC 28.1.2026. Lest 29.1.2026.
- 4 Barazesh S, Lepperød T. Iransk lege: Demonstranter ble nektet livreddende hjelp. Nettavisen 28.1.2026. Lest 29.1.2026.
- 5 Le Poidevin O, Hafezi P. Iran detaining protesters being treated in hospitals as part of crackdown, says UN expert. Reuters 26.1.2026. Lest 29.1.2026.
- 6 Parent D, Christou W. Hundreds of gunshot eye injuries found in one Iranian hospital amid brutal crackdown on protests. The Guardian 13.1.2026. Lest 29.1.2026.
- 7 Parent D. Iran accused of 'campaign of revenge' as doctors arrested for treating protesters. The Guardian 29.1.2026. Lest 29.1.2026.
- 8 Hengaw. Iran arrests Dr. Alireza Golchini for treating injured protesters, charges him with "waging war against God". Lest 29.1.2026.
- 9 Anonymous. 'Pools of blood, hundreds of gunshots': I am a surgeon in Iran - this is the horror I've witnessed in the crackdown. The Guardian 25.1.2026. Lest 29.1.2026.

Tekst: Bjarne Bjorvatn

Gjenbruk av pensjonerte leger

Tilbud om regelmessig faglig oppdatering og normal lønn uten reduksjon i pensjonen kan trolig lokke pensjonerte leger tilbake i sitt yrke.

Det kan se ut til at det fortsatt er mangel på kvalifiserte leger i Norge (1, 2). Det har blitt snakket om legemangel i Norge siden 1945, og mangel på helsepersonell er i dag en global utfordring (3, 4). Årsakene kan være mange, men effektive og hurtigvirkende tiltak er få.

Påfallende sjelden diskuteres bedre utnyttelse av pensjonerte leger, innregnet de som på grunn av høy alder er fratatt sin autorisasjon. Jeg tror mange pensjonerte leger savner sitt yrke og sine pasienter, og at tapet av autorisasjon kan være traumatisk. Min erfaring er at eldre pasienter ofte foretrekker eldre leger. I dagens demografiske situasjon burde dette være argumenter for å få flere pensjonerte leger tilbake i aktiv tjeneste.

Jeg finner det lite sannsynlig at pensjonerte leger med lyst til å fortsette i sitt fag, representerer en fare for sine pasienter. Mer trolig vil de på en god måte kunne avlaste stressede, yngre kolleger ved for eksempel deltidsarbeid på legevakter og poliklinikker, eller ved å vikariere på heltid. Ventelister og kostbar innleie av eksterne spesialister vil trolig kunne reduseres raskere om bare noen prosent av våre pensjonister kom tilbake i arbeid. Sannsynligvis må både økonomiske og faglige forhold legges bedre til rette for å få dette til.

For å avhjelpe presset på helsevesenet under covid-19 pandemien, ble pensjonerte leger med ekspertise på relevante områder tilbudt lønn etter vanlige takster, uten at deres ordinære pensjon ble redusert (5). Tiltaket var tidsbegrenset, men det forhindret bemanningskriser. Ventetidsløftet ga pensjonerte sykehusleger en liknende, tidsbegrenset mulighet (6). Også dagens ordninger tillater riktignok at våre pensjonister kan ha ekstrainntekter uten trekk i pensjonen (7), men regelverket er komplisert og avhenger av pensjonstype. Trolig ville mange pensjonerte leger ha jobbet mer om slike begrensninger ble fullstendig opphevet.

Min erfaring er at eldre pasienter ofte foretrekker eldre leger. I dagens demografiske situasjon burde dette være argumenter for å få flere pensjonerte leger tilbake i aktiv tjeneste

Særlig på universitetssykehus kan direkte pasientrettet virksomhet lett bli skadelidende ved at de mest erfarne spesialistene har tunge forpliktelser også innen undervisning og veiledning. Her kunne pensjonerte leger med akademisk bakgrunn oftere benyttes som avlastning. Dessverre er den tilbudte pensjonistlønnen ved høyskoler og universiteter lite attraktiv – kun 269 kroner per time!



I Norge har vi innført automatisk tap av lisens når man fyller 80 år (8). Unntak fra regelen kan innvilges, men kun etter årlig gjentatt søknad. Denne må dokumentere aktuell medisinsk praksis, god helse og arbeidsgiverens behov for denne spesielle tjenesten.

Både økonomiske sperrer og en urettferdig aldersgrense bidrar således til å hindre vel kvalifiserte, pensjonerte leger fra å gjøre en innsats i et kriserammet Helse-Norge, skal vi forstå media rett. Covid-19-pandemien viste at justering av reglene for pensjonisters ekstraintekt kunne benyttes i rekrutteringen av kritisk viktig ekspertise. De samme argumentene bør kunne anvendes mange steder i landet for å redusere det aktuelle kompetansetapet.

Utfordringen ved reaktivering av gamle leger er trolig i første rekke faglig. Rask utvikling innen det medisinske fagområdet og innføring av nye datasystemer vil diskvalifisere leger uten aktuell klinisk eksponering. Faglige argumenter er selvsagt relevante, men denne utfordringen kan løses ved å tilby gode, nasjonale reaktiveringskurs som også omfatter innføring i aktuelle datasystemer. Alle medisinske spesialiteter burde pålegges å snarest mulig tilby sine pensjonister slike kurs. For leger over 80 år burde et bevis på aktuell faglig oppdatering automatisk åpne for videre medisinsk virksomhet. Dette ville være en langt mer fornuftig og rettferdig ordning enn den rent aldersbaserte diskvalifisering vi opplever i dag. ■

Bjarne Bjorvatn

bjarne.bjorvatn@gmail.com

Bjarne Bjorvatn er professor emeritus ved Universitetet i Bergen og pensjonert spesialist i indremedisin og i infeksjonssykdommer. Han jobbet som overlege i smittevern ved Sørlandet sykehus i forbindelse med covid-19. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Den norske legeforening. Legebarometeret: Rekrutteringskrise blant både fastleger og psykiatere. Lest 26.1.2026.
- 2 Hodne AM, Five ML, Bu F et al. Noe skjer blant norske leger: – Folk orker ikke mer. TV2 8.10.2025. Lest 26.1.2026.
- 3 Espeland W. Landet med kronisk legemangel. NRK 9.3.2023. Lest 26.1.2026.
- 4 WHO. Health workforce. Lest 26.1.2026.
- 5 Statens pensjonskasse. Arbeid relatert til coronapandemien. Lest 26.1.2026.
- 6 Den norske legeforening. Pensjonerte leger kan bidra til «Vente-tidsløftet». Avdeling for jus og arbeidsliv. Lest 26.1.2026.
- 7 Statens pensjonskasse. Skal du jobbe etter 67 år? Lest 26.1.2026.
- 8 Helsedirektoratet. Helsepersonelloven § 54. Bortfall av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning. Lest 26.1.2026.

Les flere
debattartikler på
tidsskriftet.no:



TIL DISKUSJON
Reaksjoner, faglige innspill
og konstruktiv debatt

Eldre ekskluderes fra kirurgisk forskning

Eldre pasienter utgjør en stadig større andel av den kirurgiske hverdagen, men er fortsatt underrepresentert i forskningen bak kliniske retningslinjer.

Norge blir befolkningen stadig eldre. I perioden 2014–24 økte antallet personer i alderen 67–79 år med 38 % og gruppen 80–89 år med 18 % (1).

Operasjonsprogrammene viser det samme som rapporteres fra store deler av Europa: Eldre utgjør i dag en uforholdsmessig stor andel av kirurgiske pasienter sammenlignet med deres andel av befolkningen generelt. I USA gjennomgår nær én av tre personer over 65 år en form for kirurgi i siste leveår (2).

Likevel er kunnskapsgrunnlaget for kirurgi blant eldre svakt. Dette skyldes ikke manglende vilje, men metodologiske, etiske og praktiske utfordringer. Kliniske studier som danner grunnlaget for kirurgiske retningslinjer, er oftest gjennomført på yngre pasienter (3). Kunnskapsgapet har vært kjent i flere tiår (4). At utfordringene består, reflekterer ikke manglende bevissthet, men snarere en iboende kompleksitet ved forskning på denne gruppen.

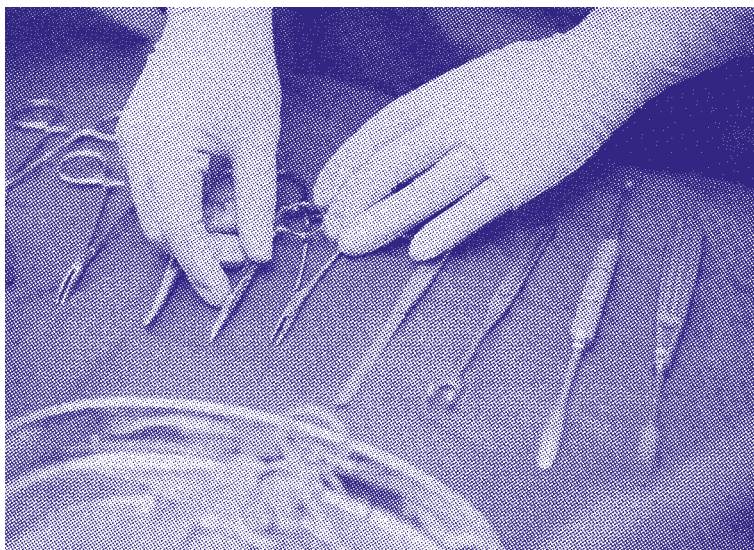
Studier rapporterer i hovedsak resultater for pasienter som allerede er selektert som kirurgisk «egnet». Dette kan føre til at risikoen undervurderes og at bildet av kirurgisk nytte blir for optimistisk

Et komplekst forskningslandskap

Forskning på eldre pasienter er krevende. «Eldre» kan være spreke 60-åringer og skrøpelige 90-åringer. Mange har flere kroniske sykdommer, bruker mange legemidler og har varierende grad av funksjonssvikt eller kognitiv svikt. Denne variasjonen utfordrer tradisjonelle studie-design. Randomiserte studier er ofte konstruert for relativt homogene pasientpopulasjoner. Når kognitiv svikt, ustabil sykdom og skrøpelighet introduseres, blir spørsmål knyttet til samtykkekompetanse, protokolloppfølging og pasientsikkerhet betydelig mer utfordrende.

Regulatoriske og etiske krav ved inkludering av pasienter uten full samtykkekompetanse fører ofte til at de ekskluderes. Dette er særlig uttalt innen kirurgisk forskning, da få har erfaring med stedfortredende samtykke og de juridiske rammene for dette (5). Konsekvensen er at pasientene med høyest risiko ofte er minst representert.

Retrospektive utfallsstudier utgjør fortsatt ryggraden i kirurgisk litteratur. Selv om slike studier har stor verdi, fanger de ofte ikke hele populasjonen som vurderes for kirurgi. I klinisk praksis blir mange eldre som henvises



Illustrasjonsfoto: Asia-Pacific Images Studio / iStock. Tilpasset av Tidsskriftet

til kirurgisk vurdering, ikke tilbudt operasjon på grunn av skrøpeligheit eller kognitiv svikt. Disse pasientene utgjør en usynlig nevner, og retrospektive studier rapporterer derfor i hovedsak resultater for pasienter som allerede er selektert som kirurgisk «egnet» (6). Dette kan føre til at risikoen undervurderes og at bildet av kirurgisk nytte blir for optimistisk. Når vi systematisk ekskluderer de mest sårbare pasientene fra forskning, bør vi også være ærlige på at retningslinjene våre har begrenset relevans for en betydelig andel av dem vi behandler.

Rom for nytenkning

Etter flere tiår med begrenset fremgang kan det være på tide å revurdere hvordan vi utvikler kunnskap for eldre kirurgiske pasienter. I stedet for å etterlyse flere studier av samme type, bør vi spørre hvilke forskningsmetoder som faktisk er gjennomførbare, og hvilke utfall som er mest relevante.

For det første bør forskningen i større grad speile hvordan kirurgisk behandling faktisk foregår. Kirurger er vant til å samarbeide med andre faggrupper i klinisk hverdag gjennom tverrfaglige møter og beslutningsprosesser. I forskningssammenheng er dette samarbeidet langt mindre utbredt, og prosjekter utvikles ofte innenfor relativt avgrensede faglige rammer.

Når kognitiv svikt, ustabil sykdom og skrøpeligheit introduseres, blir spørsmål knyttet til samtykkekompetanse, protokolloppfølging og pasientsikkerhet betydelig mer utfordrende

For det andre må vi utvide hvilke utfall vi måler. Mange eldre pasienter gjør egne vurderinger av målene med et inngrep, som strekker seg langt ut over tradisjonelle kirurgiske endepunkter. Selvstendighet, kognitiv stabilitet og livskvalitet er ofte like viktig som komplikasjonsrater og liggetid. Studier viser at redusert funksjonsnivå etter kirurgi er vanlig, også hos pasienter uten

registrerte komplikasjoner. Systematisk måling av funksjon og kognisjon vil gjøre forskningen mer relevant.

Mangelfull kobling mellom elektroniske pasientjournaler i spesialist- og primærhelsetjenesten innebærer at en betydelig andel postoperative komplikasjoner ikke fanges opp. Antibiotikabehandling for urinveisinfeksjoner i sykehjem eller hos fastlege er et relevant eksempel på utfall som ofte forblir uregistrert, og som dermed svekker påliteligheten av kirurgisk forskning (7). Det er å anta at primærhelsetjenesten sannsynligvis ønsker seg at kirurger i større grad er bevisst disse konsekvensene.

For det tredje kan et mer pragmatisk studiedesign gi bedre samsvar med den kliniske virkeligheten. Pragmatisk randomiserte studier, adaptive design og prospektive kohortstudier muliggjør inkludering av pasienter med multimorbiditet, skrøpeligheit og varierende sykdomsforløp. Selv om slike studier ikke gir aller høyeste grad av evidens, gir de funn som er direkte relevante for pasientene kirurger møter i hverdagen.

Veien videre

Det finnes ingen enkel løsning, men retningen fremover er stadig tydeligere. Eldre pasienter utgjør en mangefasettert og raskt voksende andel av den kirurgiske pasientpopulasjonen. Fortsetter vi med forskningsmodeller som systematisk filtrerer bort denne kompleksiteten, etterlates både klinikere og pasienter uten meningsfull veiledning.

Ved å etablere tverrfaglige forskningssamarbeid, utvide hvilke utfallsmål vi måler og ta i bruk pragmatiske metoder som tillater inkludering av pasienter slik de faktisk er, kan vi gradvis bygge et sterkere og mer relevant kunnskapsgrunnlag. Spørsmålet er ikke om vi trenger bedre kunnskap, men om vi vil endre forskningspraksisen for å få den. ■

Patrick Juliebø-Jones

jonesurology@gmail.com

Patrick Juliebø-Jones er spesialist i urologi og overlege ved Urologisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt et lite stipend fra Norsk urologisk forening.

Christian Beisland

Christian Beisland er spesialist i urologi, overlege ved Urologisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus og professor ved Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Befolkning SSB. 2024. Lest 15.1.2026.
- 2 Kwok AC, Semel ME, Lipsitz SR et al. The intensity and variation of surgical care at the end of life: a retrospective cohort study. *Lancet* 2011; 378: 1408–13.
- 3 Thake M, Lowry A. A systematic review of trends in the selective exclusion of older participant from randomised clinical trials. *Arch Gerontol Geriatr* 2017; 72: 99–102.
- 4 Bell JA, May FE, Stewart RB. Clinical research in the elderly: ethical and methodological considerations. *Drug Intell Clin Pharm* 1987; 21: 1002–7.
- 5 Gallagher P, Clark K. The ethics of surgery in the elderly demented patient with bowel obstruction. *J Med Ethics* 2002; 28: 105–8.
- 6 Juliebø-Jones P, Beisland C. Improving Outcomes in Urological Surgery for the Elderly: Strategies for Optimization and Risk Reduction. *Curr Urol Rep* 2025; 26: 54.
- 7 Juliebø-Jones P, Ulvik Ø, Moen CA et al. Are complications reported in clinical studies just the tip of the iceberg? *World J Urol* 2024; 43: 18.

Mer internasjonalt samarbeid i medisinstudiet

Tiden er inne for å tenke annerledes rundt internasjonalt forskningssamarbeid i medisinstudiet. Det bør være en integrert del av utdanningen, snarere enn et frivillig tillegg.

Internasjonalt samarbeid i medisinsk utdanning må tilgjengeliggjøres i mye større grad. Norsk helsevesen står overfor komplekse utfordringer – fra migrasjon og klimaendringer til økende ulikhet i tilgang på helsehjelp. Internasjonal humanitær rett brytes daglig, helsepersonell trues, og helsetjenester svekkes i store deler av verden. Felles for disse utfordringene er at de ikke kan løses innenfor nasjonale grenser alene.

Mulighetene for forskningsutveksling for medisinstuderter i Norge er i dag sterkt begrenset, ikke på grunn av manglende interesse, men på grunn av få tilgjengelige forskningsprosjekter med formelle utvekslingsavtaler. Sammenlignet med naboland stiller Norge svakt. Polen har rundt 30 etablerte forskningsutvekslingsprosjekter, Finland har ni, mens Norge kun har to. Dette begrenser norske studenters tilgang til internasjonal forskningsutveksling.

For å kunne sende norske medisinstuderter ut, må Norge også kunne ta imot internasjonale studenter. Den begrensede prosjektkapasiteten gjør dette vanskelig og reduserer dermed antallet norske studenter som kan delta i utveksling. Resultatet mener vi er et tap både for norsk forskning og for det internasjonale samarbeidet den er avhengig av.

Mulighetene for forskningsutveksling for medisinstuderter i Norge er i dag sterkt begrenset, på grunn av få tilgjengelige forskningsprosjekter med formelle utvekslingsavtaler

Studentinvolvering

I norske forskningsmiljøer innebærer dette sannsynligvis ikke et behov for nye prosjekter, men for tydeligere rammer for studentinvolvering. I mange pågående studier finnes det allerede avgrensede oppgaver som egner seg for medisinstuderter. Når slike oppgaver defineres og synliggjøres, blir det lettere å inkludere både norske og internasjonale studenter, samtidig som prosjektets kapasitet og læringsutbytte styrkes.

De eksisterende avtalene via Norsk medisinstudentforening er godt strukturerte og inneholder tydelige prosjektbeskrivelser med definerte studentoppgaver, akademiske mål og rammer for veiledning over enten et fire ukers eller et åtte ukers opphold. Norsk medisinstudentforening håndterer all praktisk tilrettelegging, men selv om avtalene som finnes er velfungerende, er kapasiteten for lav til å dekke etterspørselen.

Skal ikke være bistandsarbeid

Internasjonalt samarbeid i medisinsk utdanning handler ikke primært om å «reise ut og hjelpe», men om å lære, utveksle perspektiver og utvikle faglig kompetanse i samarbeid med andre. Erfaringer fra ulike helsesystemer gir innsikt som også er relevant i norsk klinisk praksis, der pasientpopulasjonen blir stadig mer mangfoldig, og der kliniske problemstillinger ofte har globale paralleller. Det er derfor viktig å være presis om hva som menes med internasjonalt forskningssamarbeid. Det dreier seg verken om symbolsk samarbeid eller veldedighet, heller ikke utelukkende om samarbeid mellom etablerte forskere i høyinntektsland. Vi viser til et konkret, faglig samarbeid der medisinstuderter inngår som aktive deltakere i pågående forskningsprosjekter, på samme måte som ved norske institusjoner. Dette kan omfatte datainnsamling, journalgjennomgang, litteratursøk, analysearbeid eller bidrag til systematiske oversikter og kvalitetsprosjekter. Sentralt står inkludering i eksisterende forskningsmiljøer, ikke etablering av parallelle strukturer.

Forskning uten grenser

Som representanter for Norsk medisinstudentforening (Nmf) deltok vi nylig i *From Peers to Papers: Global Research Without Borders*, en internasjonal nettbasert seminarserie der medisinstuderter fra en rekke land møttes for å arbeide med grunnleggende forskningsmetode og dele erfaringer fra studentdrevne forskningsprosjekter. Studenter fra blant annet Indonesia, Egypt, Palestina, Libanon, Norge, Marokko, Italia, Mexico og Oman delte erfaringer fra ulike helsevesen, med et felles mål om å bidra til en mer rettferdig og kunnskapsbasert helsetjeneste.

Seminarene ble arrangert gjennom The International Federation of Medical Students' Associations (IFMSA), en studentdrevet organisasjon som blant annet koordinerer forskningsutveksling med mål om å fremme samarbeid i helseforskning på tvers av landegrenser. Norsk medisinstudentforening arbeider for å styrke både inn- og utreisende studenters muligheter til tettere samarbeid med forskningsmiljøer ved norske institusjoner. Gjennom seminarserien har vi lært å sette pris på verdien av digitale møteplasser for medisinstuderter.



Når metodene er de samme, men rammene ulike, blir verdien av global dialog særlig tydelig.

Seminarserien ble gjennomført og organisert i samarbeid mellom medisinstudenter fra ulike land, med betydelige bidrag fra palestinske medisinstudenter. Gjennom faglige innlegg delte de erfaringer fra et helsesystem preget av usikkerhet og begrensede ressurser, noe som gjorde sterkt inntrykk på oss. Dette påminner oss om hvor grunnleggende det er at helsearbeidere knyttes til et globalt kunnskapsfellesskap – også under de mest krevende forhold.

Skal Norge være en relevant aktør i det globale medisinske kunnskapsfellesskapet, må vi i større grad åpne eksisterende forskningsmiljøer for studentinvolvement og internasjonalt samarbeid. Dette handler ikke om å gjøre *mer*, men om å gjøre *annerledes*. Å integrere forskning i medisinstudiet er et spørsmål om faglig kvalitet, beredskap og ansvar. Finansieringen og den praktiske gjennomføringen håndteres allerede gjennom Norsk medisinstudentforening. Det som mangler, er vilje fra fakulteter og forskere til å strukturere prosjekter slik at flere studenter kan tas imot. I en verden der helseutfordringer ikke kjenner grenser, kan heller ikke medisinsk utdanning tillate seg å gjøre det. ■

Srijan Karthik Kancherla

srijankk@uio.no

Srijan Karthik Kancherla er medisinstudent (1. år, 2. semester) ved Universitetet i Oslo, nestleder i Norsk medisinstudentforenings lokallag Oslo. Han er studentforsker ved Eksperimentell kardiologi, Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Mohammed Almashhadani

Mohammed Almashhadani er medisinstudent (6. år, 2. semester) ved Universitetet i Oslo og internasjonalt ansvarlig i Norsk medisinstudentforening. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Milad Bagheri

Milad Bagheri er medisinstudent (3. år, 2. semester) ved EUC School of Medicine, Frankfurt Branch, Frankfurt am Main, Tyskland og nasjonalt folkehelseansvarlig (2026) i Norsk medisinstudentforening. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Stian Dueholm

Stian Dueholm er medisinstudent (3. år, 2. semester) ved Masaryk University i Brno, Tsjekkia. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Bismah Ejaz

Bismah Ejaz er medisinstudent (3. år, 2. semester) ved Universitetet i Oslo og lokalt utvekslingsansvarlig i Norsk medisinstudentforenings lokallag Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Nesibe Kara

Nesibe Kara er medisinstudent (2. år, 1. semester) ved Universitetet i Oslo og nasjonalt forskningsutvekslingsansvarlig i Norsk medisinstudentforening (2026). Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Talal Mohammad

Talal Mohammad er medisinstudent (2. år, 2. semester) ved NTNU og har vært nasjonalt forskningsutvekslingsansvarlig (2025) i Norsk medisinstudentforening. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Tekst: Joar Røkke Fystrø

Fraværsgyberer på ville veier

I et kvart århundre har pasienter på norske sykehus blitt ilagt gebyrer for manglende oppmøte. Nå er tiden kommet for å revidere ordningen, eller skrote den fullstendig.

Pasienter som ikke møter opp til avtalt time på norske sykehus, uten å ha meldt avbud innen 24 timer i forkant, kan kreves et fraværsgyber (1). Fraværsgyberet ble innført i 2001, og i 2009 ble det normert til å tilsvare størrelsen på egenandelen for polikliniske konsultasjoner (i dag 443 kroner). Deretter, i 2015, vokste gebyret til to ganger egenandelen, i 2019 ble det hevet til tre ganger egenandelen, før det i 2023 ble satt til fire ganger egenandelen (2).

Men det stopper ikke der. Årets statsbudsjett har fått fraværsgyberet til å vokse inn i 2026. På den ene siden ble egenandelen for polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten økt med 10 %, noe som gjør at fraværsgyberet også øker (3). På den andre siden ble det i budsjettforhandlingene dekket inn 31,4 millioner ved hjelp av en ny vri: Gebyret økes med halvparten av størrelsen på egenandelen (4). Følgelig utgjør fraværsgyberet i dag 1 993 kroner per uteblivelse (1). Pasienter innen psykisk helsevern og i rusbehandling er fortsatt delvis skjermet gjennom å betale fraværsgyber tilsvarende størrelsen på egenandelen.

Symmetrien mellom egenandelen pasienten må betale for å komme til timen, og fraværsgyberet som pasienten må betale for å ikke møte opp, ble brutt da fraværsgyberet ble doblet i 2015

Symmetrier i lovforarbeidene

Det er tre utfordringer knyttet til dagens ordning med fraværsgyberer på norske sykehus. For det første har fraværsgyberet vokst seg for stort. Adgangen til å kreve gebyr for manglende fremmøte er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven, og i lovens forarbeider fra 1998 står det følgende: «Bestemmelsen [om å innføre fraværsgyberet] må også ses i sammenheng med hjemmelen til å bestemme at pasienten ikke skal betale ved forsinkelser [...]» (5, s. 93). Den gang som i dag, selv om det trolig er mindre kjent enn «ikke møtt-gebyret», kan pasienter slippe å betale egenandel dersom sykehustimen er forsinket med mer enn én time, forutsatt at de ikke på forhånd er blitt informert om den aktuelle forsinkelsen av poliklinikken (1).

Symmetrien mellom egenandelen pasienten må betale for å komme til timen, og fraværsgyberet som pasienten må betale for å ikke møte opp, ble brutt da fraværsgyberet ble doblet i 2015 (6). Dermed ble også balansen mellom pasientens og sykehusets tap ved å ikke overholde avtaler forrykket, i den forstand at lovforarbeidene legger opp til at pasient og sykehus skal ha sammenlignbare økonomiske interesser av å møte i tide (se også (7)).

Fravær av rettssikkerhet og dokumentert effekt

For det andre beskytter ikke dagens ordning pasientene godt nok. Siden gebyret ikke regnes som enkeltvedtak i forvaltningslovens betydning, inntreer heller ingen formelle klagerettigheter (8). Selv om pasienten i praksis kan slippe gebyret om gode grunner tilkjennevis, er konsekvensen ulik behandling av pasienter både innad i og mellom sykehus (9). Dersom gebyret hadde tilsvart størrelsen på egenandelen, ville argumentet om å skjerme sykehusene for den administrative byrden ved individuelle vurderinger vært mer slagkraftig (6). Når gebyret er så høyt som det er i dag, er situasjonen derimot rettssikkerhetsmessig uholdbar.

Sist, men ikke minst, vi vet ikke om gebyret er effektivt for å redusere pasientfravær (2). La meg tenne en brannfakkell: Sammenlignet med andre land er manglende oppmøte på norske sykehus et marginalt problem. I snitt synes tallene å ligge på om lag 4 % (2), som riktignok utgjør mange sykehustimer i absolutte tall, men som like fullt innebærer at 96 av 100 pasienter møter som de skal. Ettersom fraværet i helsevesenet (eller andre steder) aldri vil bli null, er det betimelig å undre seg over funksjonen til et stadig økende fraværsgbyr. Poenget underbygges av at gebyret synes å fungere som en inntektspost på statsbudsjettene.

Hva er løsningen?

En løsning er å beholde fraværsgbyret på norske sykehus, men redusere det kraftig. Hvis gebyret gjenspeiler størrelsen på egenandelen, kan det begrunnes i en moderat og symmetrisk kompensasjon til sykehuset (2). I tillegg bør klagerettigheter komme på plass, og pasienter som ikke rimelig kunne hindret fraværet eller er særlig sårbare, bør slippe unna gebyret. Da kan fraværsgbyret fungere både som en avmålt kompensasjon til sykehusene, en rimelig reaksjon overfor pasientene og et økonomisk insentiv til å møte opp eller melde avbud. ■

Manuskriptet er utviklet på bakgrunn av doktorgradsprosjektet mitt, som ble utført i samarbeid med Eli Feiring og Bjørn Hofmann. Prosjektet begrenser seg imidlertid til empiriske undersøkelser av debattene rundt fraværsgbyret og hvordan folk oppfatter gebyret, mens vurderingene som kommer til uttrykk i dette manuskriptet, står for forfatterens egen regning.

Joar Røkke Fystro

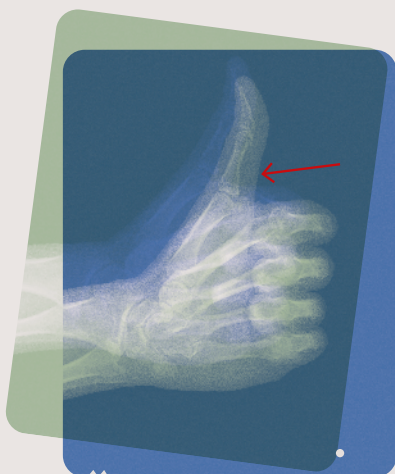
j.r.fystro@medisin.uio.no

Joar Røkke Fystro er postdoktor ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo og universitetslektor ved vernepleierutdanningen ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Universitetet i Innlandet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Helse- og omsorgsdepartementet. FOR-2016-12-20-1848. Forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta. Lest 21.1.2026.
- 2 Fystro JR. On the framings of and justifications for imposing patient non-attendance fees in public healthcare systems: three empirical studies. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, 2026.
- 3 Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 1 S (2025–2026). Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) – For budsjettåret 2026 under Helse- og omsorgsdepartementet. Lest 21.1.2026.
- 4 Stortinget. Innst. 2 S (2025–2026). Innstilling fra finanskomiteen om nasjonalbudsjettet 2026 og forslaget til statsbudsjett for 2026. Lest 21.1.2026.
- 5 Helse- og omsorgsdepartementet. Ot.prp. nr. 10 (1998–99). Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Lest 21.1.2026.
- 6 Fystro JR, Feiring E. Mapping out the arguments for and against patient non-attendance fees in healthcare: an analysis of public consultation documents. *J Med Ethics* 2023; 49: 844–9.
- 7 Barit A. Appointment cancellations and no shows: To charge or not to charge? *S Afr Med J* 2019; 109: 733–5.
- 8 Fystro JR. Ikke møtt-gebyr versus rettssikkerhet? *Tidsskr Nor Legeforen* 2023; 143: 122.
- 9 Ukom. Betalingsvansker – en pasientrisiko. Oslo: Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten, 2022. Lest 21.1.2026.

facebook.com/
tidsskriftet



Tidsskriftet på Facebook

Daglig oppdatering med nye artikler. Lik oss på Facebook, og du vil bli gjort oppmerksom på nye saker.

Klikk deg inn, fordyp deg i interessante temaer og del viktige artikler.

Tidsskriftet 

Embagyn

doksylin 20 mg/pyridoksin 20 mg

For behandling av svangerskapskvalme og oppkast¹

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

Enkel dosering

1–2 tabletter/dag

Tablett med modifisert frisetting¹



Et flerlags belegg med **øyeblikkelig frisetting**

Enterodrasjert kjerne med **forsinket frisetting**



To pakningsstørrelser

10 og 20 tabletter

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

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

Forsiktighetsregler:

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

Interaksjoner: Se SPC pkt.4.5

Bivirkninger: Hyppigst rapportert er somnolens.

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

Individuell stønad refusjon²

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

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

Ozempic[®] (semaglutid)

Nå behandlingsmålene for HbA1c og vekt
- reduser risikoen for alvorlige komplikasjoner i fremtiden*^{1,2}

Overlegen glykemisk kontroll^{‡2,3}



Redusert risiko for alvorlige kardiovaskulære hendelser^{‡2,4}



Redusert risiko for progresjon av nyresykdom^{Δ2,5}



Betydelig vektreduksjon^{‡#2}



Du kan lese mer om Ozempic[®] på vår nettside:
www.ozempic.no



* Nasjonal faglig retningslinje for diabetes anbefaler for de fleste pasienter et behandlingsmål for HbA1c på 53 mmol/mol. Ved overvekt anbefales en varig vektreduksjon på 5-10 %.¹

‡ Sammenlignet med behandling med aktiv kontroll (sitagliptin, insulin glargin, dulaglutid, liraglutid).^{2,3}

Ozempic[®] er ikke indisert for vektreduksjon.

◇ Kardiovaskular endepunktstudie (SUSTAIN 6): Pasienter med diabetes type 2 og høy kardiovaskulær risiko. Primært endepunkt: Tid til kardiovaskulær død, ikke-fatal hjerteinfarkt eller ikke-fatal hjerneslag. HR: 0,74 (95 % KI 0,58; 0,95). P < 0,001 for non-inferiority. P = 0,02 for superiority. 26 % relativ og 2,3 % absolutt risikoreduksjon.^{2,4}

Δ Renal endepunktstudie (FLOW): Pasienter med diabetes type 2 og kronisk nyresykdom. Primært endepunkt: Persistent ≥ 50 % reduksjon i eGFR, debut av persistent eGFR < 15 ml/min/1,73 m², oppstart av kontinuerlig nyreerstattende behandling, død som følge av nyresykdom eller kardiovaskulær død. HR: 0,76 (95 % KI 0,66; 0,88). P = 0,0003. 24 % relativ og 4,5 % absolutt risikoreduksjon.^{2,5}

Indikasjon

Ozempic® er indisert til behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 som tillegg til diett og fysisk aktivitet

- som monoterapi når metformin er vurdert uegnet grunnet intoleranse eller kontraindikasjoner.
- i tillegg til andre legemidler til behandling av diabetes.

For resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll, kardiovaskulær sykdom, renale hendelser og populasjoner som ble undersøkt, se preparatomtale avsnitt 4.4, 4.5 og 5.1.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon

- **Svært vanlige bivirkninger (≥ 1/10):** Kvalme og diaré. Generelt var disse reaksjonene milde eller moderate i alvorlighetsgrad og av kort varighet. Kombinert med sulfonylureapreparat eller insulin kan øke risiko for hypoglykemi. Egenmåling av blodglukose er nødvendig for å justere dosen av sulfonylurea og insulin, spesielt når behandling med Ozempic® startes opp og insulin reduseres. En trinnvis tilnærming til dosereduksjon av insulin anbefales.
- **Vanlige bivirkninger (≥ 1/100 til < 1/10):** Gastrointestinale bivirkninger; oppkast, dyspepsi, forstoppelse. Hodepine, gallesten. Hypoglykemi ved bruk sammen med andre orale antidiabetika. Hos pasienter med diabetisk retinopati som behandles med insulin og semaglutid, er det observert økt risiko for å utvikle komplikasjoner av diabetisk retinopati*. Forsiktighet bør utvises ved bruk av semaglutid hos pasienter med diabetisk retinopati som behandles med insulin.
- **Mindre vanlig bivirkning (≥ 1/1 000 til < 1/100):** Akutt pankreatitt er observert ved bruk av Ozempic®. Kliniske fase 3a-studier viser: 0,3 % for semaglutid og 0,2 % for komparator. Pasientene bør informeres om de karakteristiske symptomene på akutt pankreatitt. Ved mistanke om pankreatitt bør semaglutid seponeres.

NAION (Nonarteriell iskemisk optikusnevropati). Resultater fra flere store epidemiologiske studier indikerer at eksponering for semaglutid hos voksne med diabetes type 2 er assosiert med en omtrent to ganger økning i relativ risiko for å utvikle NAION tilsvarende omtrent ett ekstra tilfelle per 10 000 personår med behandling (svært sjelden < 1/10 000).

Forsiktighetsregler hos ulike pasientgrupper: Ozempic® skal ikke brukes ved diabetes mellitus type 1, hos gravide eller ammende. Ozempic® anbefales ikke ved hjertesvikt NYHA klasse IV. Begrenset erfaring ved terminal nyresykdom og hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon. Brukes med forsiktighet ved gastroparese, ikke anbefalt ved alvorlig gastroparese. Ozempic® er ikke et erstatningspreparat for insulin. Kvinner i fertil alder anbefales å bruke prevensjon når de behandles med Ozempic®.

Diabetisk ketoacidose har blitt rapportert hos insulinavhengige pasienter etter rask seponering eller dosereduksjon av insulin når behandling med en GLP-1 reseptoragonist ble startet.

* Komplikasjoner av diabetisk retinopati er en kombinasjon av: retinal fotokoagulasjon, behandling med intravitreale midler, intravitreal blødning, diabetesrelatert blindhet (mindre vanlig). Frekvens basert på kardiovaskulær endepunktsstudie.⁴

Dosering x1 per uke

Ozempic® skal administreres én gang per uke, subkutan i abdomen, i låret, eller i overarmen.

Start
0,25 mg
én gang per uke i 4 uker*



x4

Titrér
0,5 mg
én gang per uke i minst 4 uker.
Kan brukes som vedlikeholdsdose



x4

Vedlikehold
1 mg
for ytterligere glykemisk kontroll



x4/8

Etter minst 4 uker med en dose på 1 mg én gang per uke kan dosen økes til 2 mg én gang per uke for å bedre den glykemiske kontrollen ytterligere. Ukentlige doser over 2 mg anbefales ikke.

* Ozempic® 0,25 mg: En ubrukt penn inneholder fire doser à 0,25 mg. Etter at man har injisert de fire dosene, vil det fortsatt være noe oppløsning igjen i pennen. Pennen skal kastes.

Individuell stønad og pris^{6,7}

Ozempic® er ikke tilgjengelig på forhåndsgodkjent refusjon.

Vikår for individuell stønad for Ozempic®

Fra og med 01.07.2024 kan det søkes om individuell stønad etter folketrygdens § 3 til Ozempic®.

Du kan lese mer om individuell stønad på www.helsedirektoratet.no

Reseptgruppe: C

Pakninger og priser: 0,25 mg: 1,5 ml ferdigfylt penn kr 1 223,60. **0,5 mg:** 3 ml ferdigfylt penn kr 1 223,60.

1 mg: 3 ml ferdigfylt penn, 4 doser kr 1 269,70, 8 doser kr 2 481,20. (Pris per januar 2026).

Les fullstendig preparatomtale eller felleskatalogen.no før forskrivning.

Referanser: **1.** Nasjonal faglig retningslinje for diabetes. Helsedirektoratet (2016). Nasjonal faglig retningslinje for diabetes: Helsedirektoratet (siste endring 02. juni 2025, lest 15. januar 2026). Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes>. **2.** Ozempic® SPC, avsnitt 5.1. **3.** Capehorn MS, Catarig A-M, Furberg JK, et al. Efficacy and safety of once-weekly semaglutide 1.0 mg vs once-daily liraglutide 1.2 mg as add-on to 1–3 oral antidiabetic drugs in subjects with type 2 diabetes (SUSTAIN 10). *Diabetes & Metabolism*, 2020; 46(2):100-109. **4.** Marso SP, Bain SC, Consoli A, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2016;375:1834-1844. **5.** Perkovic V, Tuttle KR, Rossing P, et al. Effects of Semaglutide on Chronic Kidney Disease in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2024;391:109-121. **6.** Helsedirektoratet. Individuell stønad for Ozempic®. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/vedlegg-1-til--5-14-legemiddellisten/virkestoffer-semaglutid-2> (Lest 15.01.2026). **7.** Felleskatalogen. Pakning og pris Ozempic®. Tilgjengelig fra: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/ozempic-novo-nordisk-653285?markering=0> (Lest 15.01.2026)

OZEMPIC®
semaglutid injeksjon

Tekst: Kjell Alexander Thunes Akre et al.

Illustrasjon: Espen Friberg

«Hva med en MR?»

Relativt sjelden etterfølges MR-undersøkelse av behandlingsendring eller medisinsk intervensjon. Hva sier dette om terskelen vår for henvisning til MR-undersøkelse?

Pasienter etterspør bildeundersøkelser for å forstå egne plager. Når pasienten blir spurt om plagene, blir svaret ofte: «Du har vel sett bildene.» Bildediagnostikk har i løpet av få tiår gått fra å være et supplement til klinisk vurdering til å få en sentral rolle i pasienters forståelse av egen sykdom. Billedfunn oppfattes ofte som objektive og autoritative, og kan komme til å definere problemforståelsen også når sammenhengen med symptomer og funksjon er svak (1–3).

I kronikken «Bare ta en CT» fra 2021 diskuteres det hvordan CT caput kan brukes som en «helgardering» ved minimale, lette og moderate hodeskader, også når klinisk vurdering og gjeldende retningslinjer taler imot bildediagnostikk (4). Det er grunn til å spørre om en tilsvarende praksis har blitt etablert for MR-utredning.

Uheldig pasientmedvirkning

Over tid har det utviklet seg en forventning hos mange pasienter om at bildediagnostikk inngår som en naturlig del av utredningen, også ved uspesifikke symptomer (2, 5). Studier viser at pasienter ofte overvurderer nytten av diagnostiske tester og i mindre grad er oppmerksomme på potensielle ulemper, noe som kan bidra til økt etterspørsel etter bildediagnostikk som en form for trygghet eller bekreftelse (2).

Denne etterspørselen påvirker også legenes beslutningsrom. I en kvalitativ studie rapporterte 91 % av legene at de hadde opplevd press fra pasienter til å bestille diagnostiske undersøkelser de selv vurderte som medisinsk unødvendige (5). Samlet peker dette mot en praksis der billediagnostikk i økende grad bestilles som svar på forventninger og behov for trygghet, snarere enn som ledd i en målrettet klinisk vurdering.

Kostbar helgardering

Utviklingen kommer også til uttrykk i omfanget av radiologiske utredninger i Norge. Det utføres i dag om lag 4,2 millioner radiologiske undersøkelser årlig (6). Av disse er over 600 000

polikliniske MR-undersøkelser, hvorav om lag to tredeler gjennomføres ved private røntgeninstitutter med refusjonsavtale, etter henvisning fra fastlege, spesialist, kiropraktor eller manuellterapeut (7).

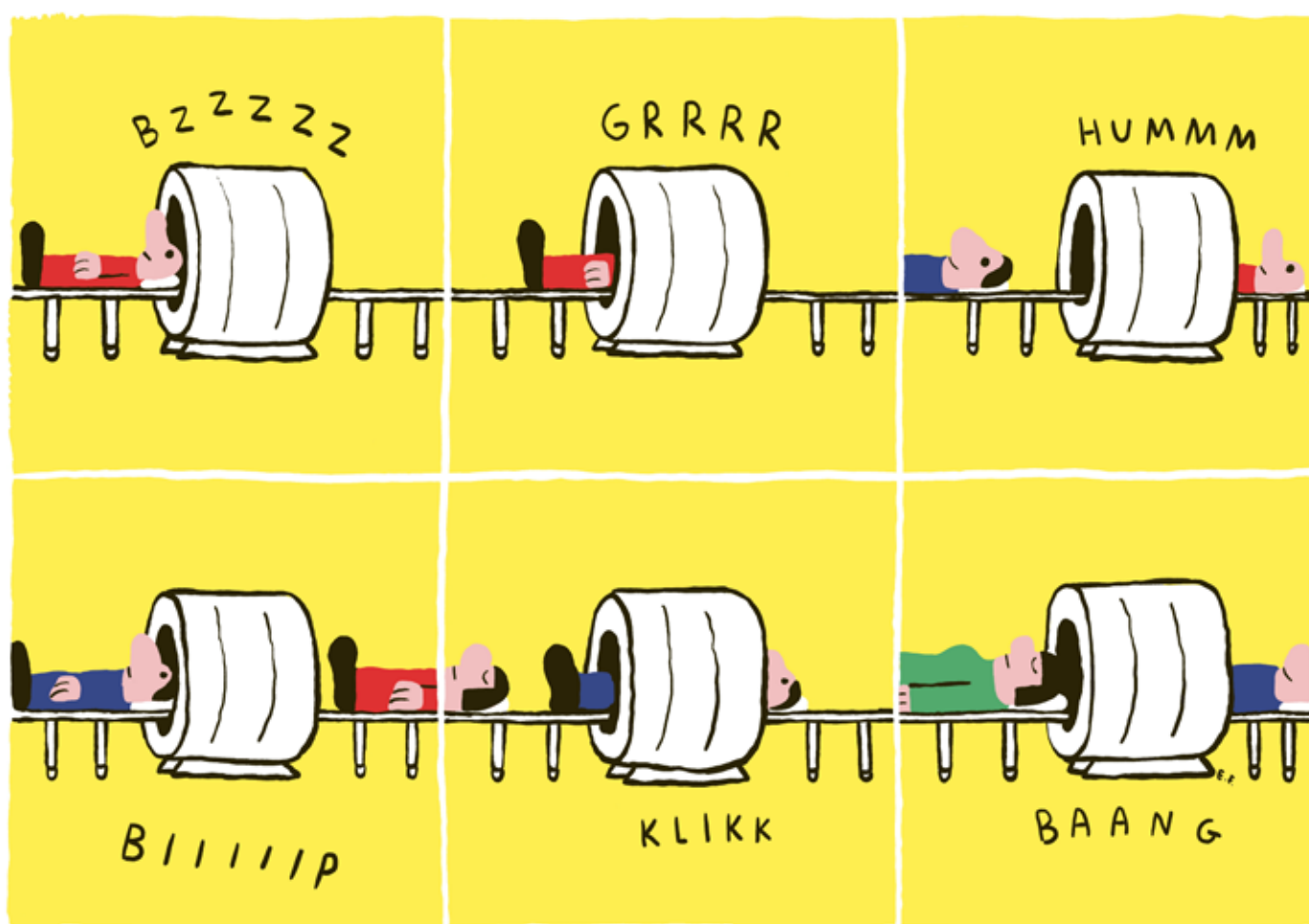
Ved innføringen av MR i Norge på 1980-tallet ble teknologien vurdert som et spesialisert supplement til annen bildediagnostikk, og det nasjonale behovet ble i 1984 anslått til to maskiner (8). Siden den gang har både teknologi, tilgjengelighet og kliniske anvendelsesområder utviklet seg betydelig. I dag har Norge, ifølge Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD), om lag 30 MR-enheter per million innbyggere, noe som tilsvarer rundt 200 nasjonalt, og Norge er blant landene med høyest MR-tetthet i Europa (9). Dette illustrerer hvordan MR har blitt en integrert del av moderne diagnostisk praksis i en rekke kliniske sammenhenger.

Men denne kapasiteten har også klare økonomiske konsekvenser. Offentlige refusjoner for polikliniske MR-undersøkelser utgjorde i 2022 om lag 393 millioner kroner (7). I tillegg betalte pasientene egenandeler per undersøkelse, tilsvarende rundt 230 millioner kroner årlig (10). Samlet innebærer dette direkte utbetalinger på godt over 600 millioner kroner per år. Disse løpende kostnadene kommer i tillegg til betydelige investeringer i selve MR-kapasiteten. En moderne MR-maskin er en kapitalkrevende anskaffelse, ofte i størrelsesorden flere titalls millioner kroner, med betydelige tilleggskostnader knyttet til installasjon, drift, vedlikehold og bemanning.

Endrer ikke behandlingen

Samlet viser litteraturen at flertallet av MR-undersøkelser ikke fører til behandlingsendring. På tvers av vanlige indikasjoner medfører MR en endring i behandlingsstrategi i under 20 % av tilfellene, og ofte fører den til faktisk medisinsk intervensjon i under 10 % (11–13). For de vanligst rekvirerte undersøkelsene, MR caput og MR columna, som samlet utgjør om lag halvparten av det totale MR-volumet (14), forekommer behandlingsendring i om lag 10–20 % av tilfellene. Faktisk medisinsk intervensjon er betydelig sjeldnere, særlig hos pasienter uten

Norge er blant landene med høyest MR-tetthet i Europa



Dette peker mot en praksis der billed-diagnostikk i økende grad bestilles som svar på forventninger og behov for trygghet, snarere enn som ledd i en målrettet klinisk vurdering

MR er et uvurderlig diagnostisk verktøy når det brukes målrettet og med en klar klinisk problemstilling

fokale nevrologiske utfall eller andre kliniske faresignaler. For MR av cervical- og lumbalcolumna viser studier at andelen pasienter som ender med kirurgisk behandling, er lav, gjennomgående i størrelsesorden 1–3 %, og at annen invasiv intervensjon, som epidurale injeksjoner eller selektive nerverotsblokader, sjelden overstiger 5 % (11–13). Disse funnene er konsistente med senere retningslinjer og oversiktsarbeider, som ikke har vist økt behandlings- eller operasjonsrate til tross for økt tilgjengelighet av MR.

Høy aktivitet, men begrenset tilgang

Det er samtidig viktig å nansere bildet når det gjelder MR-kapasitet og bruken av MR i ulike deler av helsetjenesten. Til tross for høy samlet MR-aktivitet nasjonalt er kapasiteten ved offentlige sykehus ofte begrenset. Dette innebærer at undersøkelsene i spesialisthelsetjenesten i større grad prioriteres og inngår i en helhetlig klinisk vurdering, der radiologer og klinikere vurderer indikasjoner strengt. Økt MR-kapasitet i sykehusene kan derfor muliggjøre mer målrettet og indikasjonsstyrt bruk av bildediagnostikk, bedre prioritering av pasienter med klare kliniske behov og tettere integrasjon mellom klinisk vurdering og bildefunn.

Dette står i kontrast til private røntgeninstitutter, der henvisning og gjennomføring ofte skjer med lavere terskel og uten tilsvarende grad av intern klinisk filtrering. Internasjonal litteratur viser at høy tilgjengelighet, aktivitetsbaserte refusjonsordninger og etterspørselsstyrte modeller er assosiert med økt bruk av bildediagnostikk, også ved svake eller uspesifikke indikasjoner, der økonomiske insentiver knyttet til aktivitet kan bidra til lavere terskel for undersøkelse (2, 5, 15, 16).

Krav til indikasjon og problemstilling

MR er et uvurderlig diagnostisk verktøy når det brukes målrettet og med en klar klinisk problemstilling, der undersøkelsen er ment å besvare et konkret klinisk spørsmål med høy sannsynlighet for klinisk nytte og behandlingsmessig konsekvens. En høyere terskel for MR-henvisning kan oppnås gjennom tydeligere krav til klinisk indikasjon og problemstilling, særlig i primærhelsetjenesten. Enkle, strukturerte henvisningskrav som synliggjør kliniske faresignaler, symptomvarighet og forventet konsekvens av undersøkelsen, kan være et egnet sted å starte. ■

Kjell Alexander Thunes Akre

kjell.alexander.thunes.akre@sus.no

Kjell Alexander Thunes Akre er spesialist i nevrokirurgi og jobber som overlege ved Nevrokirurgisk avdeling, Stavanger universitetssjukehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kathinka Dæhli Kurz

Kathinka Dæhli Kurz er spesialist i radiologi, jobber som overlege ved Radiologisk avdeling, Stavanger universitetssjukehus og er professor ved Universitetet i Stavanger. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Clemens Weber

Clemens Weber er spesialist i nevrokirurgi, jobber som overlege ved Nevrokirurgisk avdeling, Stavanger universitetssjukehus og er førsteamanuensis ved Universitetet i Stavanger. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Barsky AJ, Borus JF. Somatization and medicalization in the era of modern medicine. *N Engl J Med* 1995; 333: 273–8.
- 2 Hoffmann TC, Del Mar C. Patients' expectations of the benefits and harms of medical tests. *JAMA Intern Med* 2015; 175: 274–86.
- 3 O'Sullivan JW, Muntinga T, Grigg S et al. Prevalence and outcomes of incidental imaging findings: umbrella review. *BMJ* 2018; 361: k2387.
- 4 Sundstrøm T. «Bare ta en CT!» *Tidsskr Nor Legeforen* 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.21.0280.
- 5 Griffith J, Monkman H, Borycki E et al. Physician experiences with perceived pressure to order diagnostic imaging services. *J Am Coll Radiol* 2015; 218: 20–5.
- 6 Helseatlas. Helseatlas radiologi første del, MR. Lest 22.11.2025.
- 7 Brækhus LA. Nye tall viser overforbruk av MR-undersøkelser. *Dagens Medisin* 16.6.2023. Lest 27.11.2025.
- 8 HelseDirektoratet. Vurdering av behov for magnetresonanstomografi. Oslo: HelseDirektoratet, 1984.
- 9 OECD. Magnetic resonance imaging (MRI) units. Per 1 000 000 inhabitants, Total, 2023. *OECD Health Statistics*. Lest 3.12.2025.
- 10 Helsenorge. Egenandeler og pasientbetaling på sykehus og poliklinikk. Lest 29.11.2025.
- 11 Deyo RA. Diagnostic evaluation of LBP: reaching a specific diagnosis is often impossible. *Arch Intern Med* 2002; 162: 1444–7, discussion 1447–8.
- 12 Jarvik JG, Deyo RA. Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Ann Intern Med* 2002; 137: 586–97.
- 13 Chou R, Qaseem A, Owens DK et al. Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2011; 154: 181–9.
- 14 Helse Vest RHF. Helseatlas radiologi – MR. Lest 6.1.2026.
- 15 Brownlee S, Chalkidou K, Doust J et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet* 2017; 390: 156–68.
- 16 OECD. Health at a Glance: Europe 2018 state of health in the EU cycle. Lest 8.1.2026.

Følelsen av kontroll.

Refusjon etter individuell søknad*

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

Mysimba® er en tablettbehandling mot fedme som gjennom sine to aktive substanser, naltrekson og bupropion, påvirker sultsenteret og belønningssystemet i hjernen.²⁻⁴

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

*Pasienter som kan få innvilget individuell refusjon av Mysimba: KMI ≥ 40 eller KMI ≥ 35 og < 40 – med tilleggslidelse (hypertensjon, diabetes type 2 eller søvnapnè).

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

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

Referanser: 1. Acosta A, et al. Selection of Antiobesity Medications Based on Phenotypes Enhances Weight Loss: A Pragmatic Trial in an Obesity Clinic. *Obesity* 2021; 29 (4): 662–671. 2. Mysimba Produktresumè (SPC) november 2025. 3. Greenway FL. Physiological adaptations to weight loss and factors favouring weight regain. *International Journal of Obesity* 2015; 39:1188–96. 4. Müller MJ, et al. Changes in energy expenditure with weight gain and weight loss in humans. *Current Obesity Reports* 2016; 5:413–23. 5. Sumithran P, et al. Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. *New England Journal of Medicine* 2011; 365:1597–1604.

▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking.

Mysimba «naltrekson og bupropion» depottablett, Reseptgruppe C

Indikasjoner: Indisert som tillegg til et kalorifattig kosthold og økt fysisk aktivitet for vektreduksjon hos voksne ≥ 18 år med en innledende kroppsmasseindeks (BMI/KMI) på ≥ 30 kg/m² (fedme) eller

≥ 27 kg/m² til 30 kg/m² (overvekt) samt én eller flere vektrelaterte risikofaktorer (f.eks. type 2 diabetes, dyslipidemi eller kontrollert hypertensjon)

Bør seponeres etter 16 uker hvis ikke vekttap $\geq 5\%$ av innledende kroppsvekt. **Dosering:** Ved oppstart bør dosen økes i en 4-ukers periode som følgende: Uke 1: 1 tablett morgen. Uke 2: 1 tablett morgen og kveld. Uke 3: 2 tabletter morgen og 1 tablett kveld. Uke 4 og videre: 2 tabletter morgen og kveld. Maks. anbefalt døgndose er 2 tabletter morgen og kveld. Behov for videre behandling bør vurderes etter 16 uker og revurderes årlig. Kardiovaskulær risiko ved bruk av Mysimba utover ett år, er ikke fullstendig fastslått. Behandling med Mysimba skal avsluttes etter ett år dersom pasienten ikke har opprettholdt et vekttap på minst 5 % av sin innledende kroppsvekt. Årlig vurdering skal utføres av helsepersonell i samråd med pasienten dersom videre behandling vurderes.

Se pakningsvedlegg og SPC for spesielle pasientgrupper. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ukontrollert hypertensjon. Nåværende/tidligere krampeanfoll. Kjent tumor i CNS. Pågående akutt avvenning fra alkohol eller benzodiazepiner. Tidligere bipolar lidelse. Samtidig bruk av bupropion eller naltrekson. Eksisterende eller tidligere diagnostisert bulimi eller anoreksi. Avhengighet av opioider, opioidagonister brukt ved opioidavhengighet eller pågående akutt opioidavvenning. Samtidig behandling med MAO-hemmere (minst 14 dager fra seponering av MAO-hemmer til oppstart av Mysimba). Alvorlig nedsatt leverfunksjon. Terminal nyresvikt. **Forsiktighetsregler:** Selvmordhendelser inkl. selvmordstanker er sett, og nøye overvåking, særlig de

med høy risiko, bør komme i tillegg ved behandling, spesielt ved oppstart og doseendringer. Pasienter/omsorgspersoner bør varsles om å observere evt. klinisk forverring, selvmordrelatert atferd eller tanker og uvanlige forandringer i atferd og søke umiddelbar hjelp ved slike symptomer. Bupropion er forbundet med en dose-relatert risiko for anfall. Skal seponeres ved anfall under behandling. Se også kontraindikasjoner og SPC for predisponerende faktorer som kan øke risikoen for anfall. Alkoholinntak bør reduseres til minimum eller unngås under behandling. Pasienter skal advares mot samtidig bruk av opioider. Kan brukes med forsiktighet etter at opioidbruk er avsluttet i minst 7 til 10 dager Bør seponeres midlertidig i minst 3 dager ved behov for intermitterende opiatbehandling, og opiatdosen må ikke økes over standarddose. Opioidreseptorblokkade induisert av naltrekson/bupropion bør ikke kompenseres med inntak av store doser av eksogene opioider da dette kan medføre dødelig overdosering eller livstruende opioidforgiftning (f.eks. respirasjonsstans, sirkulatorisk kollaps). Etter at behandlingen med naltrekson/bupropion er avsluttet, kan pasientene være mer følsomme overfor opioider på grunn av nedsatt toleranse, derfor kan lavere doser være nødvendig. Anafylaktisk reaksjon ved symptomer som pruritus, urtikaria, angioødem og dyspné som krever medisinsk behandling, i tillegg til spontanrapporter om erythema multiforme og anafylaktisk sjokk er sett ved bupropion, og pasienter bør avslutte behandling og oppsøke lege ved allergiske eller anafylaksilignende eller anafylaktiske reaksjoner. Artralgi, myalgi og feber med utslett og andre symptomer som tyder på forsinket overfølsomhet er sett med bupropion. Pasienter bør rådes å kontakte behandlende lege ved slike symptomer, samt seponere ved mistanke om serumsyke. Alvorlige hudbivirkninger (SCARs) som Stevens-Johnsons syndrom (SJS) og akutt generalisert eksantematøs pustulose (AGEP), som kan være livstruende/dødelig er sett. Pasienter bør informeres om tegn/symptomer og overvåkes for hudreaksjoner, samt seponere umiddelbart ved tegn/symptomer på slike reaksjoner. Skal ikke gjenopptas dersom SJS eller AGEP oppstår under behandling. Serotonergt syndrom er sett ved samtidig bruk av serotonergt legemiddel og opioider. Pasienter må bes om å utøve forsiktighet ved bilkjøring og bruk av maskiner, spesielt under oppstart og doseendringer. **Interaksjoner:** Se interaksjonsanalyse på Felleskatalogen for fullstendig informasjon. **Graviditet, amming og fertilitet:** Ingen/begrenset data. Bør ikke brukes under graviditet eller av fertile kvinner som forsøker å bli gravide. **Amming:** Naltrekson/bupropion og deres metabolitter skiller ut i morsmelk. Bør ikke brukes under amming, da risiko for diende barn ikke kan utelukkes pga. begrenset data. **Fertilitet:** Ingen humane data. **Bivirkninger:** Svært vanlige: Hodepine, kvalme, forstoppelse, oppkast. Vanlige: Angst, somnolens, tremor, vertigo, økt blodtrykk, munntørrehet, abdominalsmerter, utslett. **Sjeldne:** Angioødem, anfall (kramper), legemiddelindusert leverskade, brystsmerte. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen erfaring ved kombinert bruk av bupropion og naltrekson. **Symptomer:** Anfall, hallusinasjoner, bevisstløshet, sinusarykardi og/eller EKG-forandringer som ledningsforstyrrelser (inkl. QRS-forlengelse) og arytmier. Feber, muskelrigiditet, rabdomyolyse, hypotensjon, stupor, koma og respirasjonssvikt er sett i kombinasjon med andre legemidler. Dødsfall er sett. Naltrekson: Begrenset data. **Behandling:** Sikre frie luftveier, oksygenering og ventilasjon. Hjerterytmeg og vitale tegn bør overvåkes. EKG-overvåking anbefales de første 48 timene etter inntak. Generelle støttetiltak og symptombehandling. Aktivt kull bør gis. Sykehusinnleggelse bør vurderes etter mistanke om overdosering, pga. dose-relatert risiko for anfall av bupropion. **For mer informasjon, se Felleskatalogteksten eller preparatomtalen (SPC). Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Orexigen Therapeutics, Irland. **Kontaktinformasjon:** Telefon: 67112540 E-post: info@navamedic.com **Basert på SPC godkjent av DMP/EMA:** 11.2025 **Pakninger og priser per 16.12.2025:** 112 stk. (blister) 1245,40 kr. (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag). **Utarbeidet 12/2025**



Hjelp pasienten din til å ta tilbake kontrollen.

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

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

Tekst: Øystein Evjen Olsen et al.

Hvorfor oppstår helsekøer, og må vi akseptere dem?

Gitt prioritering av kvalitet og kostnadskontroll i offentlige spesialisthelsetjenester, er helsekøer uunngåelige, og de kan også være nyttige. Samtidig kan voksende køer undergrave befolkningens tillit til det offentlige tjenestetilbudet. Dermed skapes det betalingsvilje for private løsninger, som igjen medfører risiko for kostnadsøkning og større ulikheter.

Ventetidsløftet fra helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre har aktualisert spørsmålet om hvorfor helsekøer oppstår, og hvorvidt de er uunngåelige. I debatten har det vært pekt på at rimelige

tjenester gir høyere etterspørsel, og at privat betalingsvilje kan bidra til å redusere helsekøene. Ventelister kan da sees på som en form for rasjonering av spesialisthelsetjenester, der private leveranser fungerer som en «ventil» for knapphet på tjenesteressurser i det offentlige.

De fleste er enige i at nødvendig ventetid for utredning og behandling av alvorlige sykdommer hvor nytten av behandlingen er godt dokumentert, ikke bør aksepteres. De fleste er også enige i at andre tilbud kan vente. Samtidig kan et økt privat tilbud, kombinert med lengre ventetider og ineffektive offentlige tjenester, påvirke betalingsviljen for offentlige tjenester og befolkningens aksept for venting.

I lys av dette mener vi at den pågående diskusjonen om ventelister krever en påminnelse om sentrale målsettinger for spesialisthelsetjenesten i Norge. Vi vil argumentere for to strategiske grep med potensial til å redusere ventelistene – uten å endre den norske modellen. Grepene består i å kontrollere tilbudsstyrte og unyttige helsetjenester og samtidig styrke breddekompetanse og faglige nettverk i spesialisthelsetjenesten.

Motstridende mål gir forskjellige løsninger

Helsetjenester i et fritt marked fører til markedssvikt. Uten regulering blir markedet ineffektivt på grunn av faktorer som tilbudsstyrt etterspørsel, asymmetrisk informasjon og eksterne ringvirkninger som ikke prises i markedet (1). For å levere universelle, like og tilgjengelige helsetjenester til befolkningen, må staten regulere helsemarkedet (uavhengig om helsetjenester ansees som et produkt eller en rettighet) (2). Statens hovedutfordring er å få kontroll på kostnader, kvalitet og tilgjengelighet samtidig (1, 3, 4).

USA har en markedsmodell hvor rask tilgang og kvalitet synes å prioriteres fremfor kostnader. Flere land i Vest-Europa har lagt opp til forsikringsmodeller som styrer tilbud og kvalitet på helsetjenestene. På samfunnsnivå gir alle modellene lave ventetider for de gruppene som har betalingssevne og er innenfor betalingsordningen, men de skaper samtidig ulikheter i befolkningens totale tilbud. I tillegg har modellene begrenset kostnadskontroll (5–7).

Helsekøer – den skandinaviske modellens akilleshæl

I den skandinaviske modellen for offentlige helsetjenester prioriteres kvalitet og kostnader gjennom offentlig styring av tilbudet. Dette kan imidlertid resultere i ventelister. Ventelister er et naturlig rasjoneringsverktøy når kostnads- og kvalitetskontroll prioriteres høyere enn rask tilgang. Det blir statens styringsoppgave å begrense behovet for rasjonering slik at helsekøene ikke går ut over helsetilbudet og helsen til befolkningen.

Sterk offentlig styring muliggjøres av at staten og skattebetalerne har en sterk samfunnskontrakt (8) som legger til grunn at offentlige velferdsgoder skal være tilgjengelige når befolkningen trenger det, der de trenger det. I Skandinavia benyttes blant annet innsattsstyrt finansiering (ISF) for bedre kontroll med ventelister. Det har imidlertid ikke løst problemet: Køene vokser tross insentiver for økt produksjon. Å øke ressurstilgangen løser ikke ventelisteutfordringen (9, 10).

Helsekøer ute av kontroll

Å åpne for at lommeboken skal gi mulighet for «snarveier» til helsetjenester, kan medføre en risiko for tilliten og samfunnskontrakten mellom staten og befolkningen, og en dreining mot en forsikrings- eller markedsmodell som vi vet fører til økte kostnader. Det er tegn på økende betalingsvilje for private helsetjenester i Norge, om vi bruker omfanget av private helseforsikringer som målestokk (11). Samtidig øker risikoen for større ulikheter i tilbudet. Uheldig konkurranse mellom offentlige og

private tjenester om de samme helsearbeiderne pekes også på som en utfordring.

Økt betalingsvilje for private tjenester kan ha sammenheng med brutte forventninger, og at dette ikke skyldes lavere kvalitet, men økende ventelister og ulik tilgang til tjenester. Når universalisme ikke lenger oppfattes som en prioritering fra staten, vil betalingsviljen dreies mot private løsninger som i større grad oppfattes å levere tjenester som er tilgjengelige når behovet oppstår (8). Gitt risikoen for kostnadsøkning og større ulikhet med en markedsdreining av tjenestene, mener vi løsningen på venteliste-problematikken bør søkes andre steder enn gjennom privatisering og kortsiktig, økt ressursbruk med udokumentert effekt (som overtidsbruk på poliklinikker) (10).



Å åpne for at lommeboken skal gi mulighet for «snarveier» til helsetjenester, kan medføre en risiko for tilliten og samfunnskontrakten mellom staten og befolkningen

Horisontal og vertikal styring kan temme helsekøer

Det er fremdeles mulig å redusere den negative effekten av ventelister som rasjoneringsverktøy gjennom å sikre bedre ressursbruk internt i helsevesenet. Her kan ventelister håndteres på to måter – horisontalt og vertikalt – og de to tilnærmingene er tett knyttet til hverandre.

Med en *horisontal tilnærming* prioriteres nyttige fremfor unyttige tjenester, og diagnostikk og behandling uten dokumentert effekt lukes ut. Mer er ikke alltid bedre, og det ligger et stort effektiviseringspotensial i å redusere overdiagnostikk og -behandling. Men hvordan forstå hva som er godt dokumentert og nyttig? Den anerkjente amerikanske helsetjenesteforskeren John E Wennberg (12) delte helsetjenester inn i tre kategorier: *nødvendige tjenester*, som i behandling med godt dokumentert effekt og bred faglig enighet, *preferansestyrte tjenester*, når det er flere behandlingsalternativer og pasientens preferanser bør veie tungt og *tilbudsstyrte tjenester*, som i tjenester med lav kost-nytte-verdi der forbruket styres av tilbudet.

Wennberg anslo at USA bruker 15 % av ressursene på nødvendige tjenester, 25 % representerer preferansestyrte tjenester, mens hele 60 % utgjør tilbudsstyrte helsetjenester uten sikker nytte eller hvor effekten i alle fall kan diskuteres (6). Selv om USA bruker omtrent dobbelt så mye penger på helsetjenester som Norge, og de amerikanske tallene neppe er direkte overførbare, kan likevel denne tenkningen hjelpe oss å finne en løsning på venteliste-problematikken (7). Grovt forklart er utfordringen underforbruk av nyttige nødvendige tjenester, og overforbruk av unyttige preferanse- og tilbudsstyrte tjenester. Kontroll på volumet av tjenester og tilbudet per pasient har større effekt på ventelister enn kontroll på tilbudenes pris. Det er derfor volumet som må styres. Wennberg peker på at å nedprioritere unyttige tilbud gjøres best innenfor rammen av faglige nettverk, og om det ikke lar seg gjøre, må det styres.

Jeffrey Braithwaite, en annen internasjonal ekspert på tematikken, mener vi kan se på helsetjenestene i et 60 - 30 - 10-perspektiv (13). Ifølge ham har rundt 60 % av helsetjenestene vi tilbyr et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag, inklusiv kost-nytte-vurderinger, 30 % har det ikke og utgjør derfor en feilbruk av samfunnets ressurser, mens 10 % av helsetjenestene til enhver tid medfører direkte skade på pasienten.

Hva betyr dette for ventetidene i det norske sykehusvesenet? For nødvendige tjenester bør ventetiden være minimal for å unngå tap av liv og helse. For preferanse- og tilbudsstyrte tjenester kan ventetid ha en positiv, rasjonerende effekt. Pasientene får tid til å prøve konservativ behandling og livsstilsendringer før eventuell kirurgisk behandling, for eksempel ved hofte- og kneartrose. Studier viser at systematisk trening kan redusere smerter og bedre funksjon slik at noen velger bort operasjon (14). Samtidig viser Wennberg →

at tilbudsstyrte tjenester er en driver for unødvendig forbruk, og dermed en årsak til unødvendige og lange ventelister. Preferanse- og tilbudsstyrte polikliniske kontroller er et eksempel på dette.

En *vertikal tilnærming* innebærer å nedjustere tjenestenivået for diagnostikk og behandling (15). Det norske helsevesenet er i utgangspunktet basert på prinsippet om LEON (laveste effektive omsorgsnivå) med en godt utbygd primærhelsetjeneste. LEON-prinsippet utnyttes derimot ikke i spesialisthelsetjenesten (15), og det synes å være en utvikling mot at flere utredes og behandles på mer spesialisert nivå med smalere spesialistkompetanse. For den enkelte pasient medfører dette flere parallelle kontakter oppover i systemet. Et mellomnivå i helsepyramiden for breddekompetente spesialister med rammevilkår og mandat til å løse flere problemer i én og samme konsultasjon, ville kunne bidra til kortere ventetider ettersom det kan redusere antall henvisninger i systemet. Wennberg viser også at å henvise multisyke, kroniske pasienter til høyspesialisert, høyintensitet behandling fører til overforbruk på bekostning av kvalitet og økonomi. Han viser videre hvordan det har en selvforsterkende, negativ effekt når unødvendig tilbudsstyrt behandling skaper nye kontakter med tjenesten, som igjen krever nye spesialister og flere stillingshjemler for å håndtere ventelistene som tilbyderne selv unødvendig skaper (12, 16, 17). Økt ressursbruk på unyttige tjenester risikerer å legitimere de samme tjenestene, dreie ressurser bort fra nyttige tjenester og å forlenge helsekøene.

Det er mulig å overholde samfunnskontrakten

En vellykket horisontal og vertikal tilnærming til prioriteringer, og dermed til venteliste-problematikken, har potensial til å bidra til omfordeling av ressurser til de som trenger det mest, har mest nytte av det, og som har behov for umiddelbar tilgang på stabile tjenester for å leve trygt i hverdagen, uavhengig av hvor de bor.

Et ensidig søkelys på å redusere ventetiden for alle planlagte inngrep og undersøkelser i spesialisthelsetjenesten vil hverken bedre folkehelsen eller fjerne helsekøene. I stedet bør man justere hvilke tilbud som gis, hvor oppfølgingen i helsevesenet skal skje og hvem som skal ha ansvaret for den. En tydeligere styring mot nyttige og nødvendige tjenester (18) levert på et lavere tjenestenivå med styrket mandat til breddekompetanse og samarbeid i nettverk, vil ha stor effekt på ventelister, frigjøre ressurser, øke kvaliteten og styrke befolkningens tillit og trygghet til tjenestene (15). Vi trenger å vite mer om hvordan helsekøene sorteres og organiseres i henhold til prinsippene over. Innsikt i konsekvensene av helsepolitiske og -økonomiske valg forutsetter også prioritering av mer helsetjenesteforskning i Norge. ■

Øystein Evjen Olsen

oysteineo@gmail.com

Øystein Evjen Olsen er dr.med., spesialist i samfunnsmedisin, førsteamanuensis ved Universitet i Stavanger og rådgiver ved Stavanger universitetssjukehus og Senter for eldremedisin og samhandling (SESAM). Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Eldar Søreide

Eldar Søreide er dr.med., spesialist i anestesilogi, professor og dekan ved Det helsevitenskapelige fakultet, Universitet i Stavanger. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ole Tjomsland

Ole Tjomsland er dr.med., spesialist i generell kirurgi og i thoraxkirurgi, førsteamanuensis ved Universitet i Stavanger og prosjektleder i Helse Sør-Øst. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Dolan P, Olsen JA. *Distributing Health Care - Economic and ethical issues*. Oxford: Oxford University Press, 2002.
- Bach-Mortensen A, Goodair B, Petersen OH et al. Market failure in a universal welfare state? Ownership, quality, and regulation in Danish social services. *Soc Sci Med* 2026; 390: 118804.
- Abel-Smith B. *An introduction to health : policy, planning, and financing*. London: Longman, 1994. Lest 2.12.2025.
- Askildsen JE, Haug K. *Helse, økonomi og politikk: utfordringer for det norske helsevesenet*. Oslo: Cappelen akademisk, 2001.
- Brown LD. Comparing health systems in four countries: lessons for the United States. *Am J Public Health* 2003; 93: 52–6.
- Ridic G, Gleason S, Ridic O. Comparisons of health care systems in the United States, Germany and Canada. *Mater Sociomed* 2012; 24: 112–20.
- Kristiansen IS. *Helseøkonomi*. Lest 9.1.2026.
- Vike H, Fagertun A, Haukelien H. Reconceptualizing States and Welfare in the North of Europe and Beyond. *Nordic Journal of Wellbeing and Sustainable Welfare Development* 2022; 1: 6–20.
- Brindley C, Lomas J, Siciliani L. The effect of hospital spending on waiting times. *Health Econ* 2023; 32: 2427–45.
- OECD. *Waiting Times for Health Services: Next in Line*. OECD Health Policy Stud. Lest 9.1.2026.
- Breivold J, Isaksson Rø K, Nilsen S et al. Gatekeeping and referral of patients holding private health insurance: a survey among general practitioners in Norway. *Scand J Prim Health Care* 2024; 42: 695–703.
- Wennberg JE. *Tracking Medicine: A Researcher's Quest to Understand Health Care*. Oxford: Oxford University Press, 2010.
- Braithwaite J, Glasziou P, Westbrook J. The three numbers you need to know about healthcare: the 60-30-10 Challenge. *BMC Med* 2020; 18: 102.
- Ackerman IN, Johansson MS, Grønne DT et al. Are Outcomes From an Exercise Therapy and Patient Education Program for Osteoarthritis Associated With Hip and Knee Replacement Within Two Years? A Register-Based Study of 9,339 Patients With Osteoarthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2024; 76: 802–12.
- Olsen ØE, Braut GS. Sammen om det vanligste. *Klassekampen* 12.6.2025. Lest 3.12.2025.
- Christensen CM, Grossman JH, Hwang J. *The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care*. 2. utg. Columbus, OH: McGraw-Hill, 2017.
- Goodman DC. Too Many Doctors in the House. *The New York Times* 10.7.2006. Lest 9.1.2026.
- Langeland H, Tjomsland O, Kandiah P et al. Uønsket variasjon – ønsket endring. *Tidsskr Nor Legeforen* 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0308.

BESKYTT ELDRE OG PERSONER I RISIKOGRUPPER¹

▼ CAPVAXIVE® er en ny pneumokokkvaksine for voksne inkludert i de nasjonale anbefalingene.¹

Norske overvåkingsdata fra 2015–2023 viste forskjeller mellom serotypene hos personer over 65 år og serotypene som inngår i de nå tilgjengelige pneumokokkvaksinene.³

Indikasjon for CAPVAXIVE® er forebygging av invasiv sykdom og pneumoni forårsaket av *Streptococcus pneumoniae* hos personer 18 år og eldre.²



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

Bivirkninger: De vanligste bivirkningene etter vaksiner er lokale reaksjoner som smerte på injeksjonsstedet, tretthet, hodepine og myalgi. De fleste bivirkninger var milde til moderate og forbigående (≤3 dager). Alvorlige hendelser forekom hos ≤1 % av voksne.² Hyppigheten og typen bivirkninger kan variere med alder og tidligere vaksinasjonsstatus.²

Dosering: Én enkel dose (0,5 ml) administreres intramuskulært.²

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

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor virkestoffene eller noen av hjelpestoffene.²

Bruk hos spesielle pasientgrupper: Sikkerhet og effekt hos personer under 18 år er ikke fastslått.² Data for bruk under graviditet og amming er begrensede.

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

Beregnet serotypedekning (%) for perioden 2015–2023*



Prevenar 20
(PKV20)



Pneumovax 23
(PPV23)



CAPVAXIVE®
(PKV21)

Disse tre vaksinene er inkludert i anbefalingene

Referanser:

- FHI.no [Internet]. Folkehelseinstituttet. 2026 cited 2026 Jan 14]. Available from: <https://www.fhi.no/va/vaksinasjonshandboka/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/pneumokokkvaksinasjon/>
 - CAPVAXIVE® (PKV21) – preparatomtale. Publisert 31.03.25. Tilgjengelig fra: ema.europa.eu
 - Tidsskriftet for Den norske legeforening, Berild JD, Kristoffersen AB, Winje BA. Invasiv pneumokokksykdom i Norge 2004–23 og valg av vaksiner til eldre. Tidsskr Nor Legeforen. 2025;145. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2025/03/originalartikkel/invasiv-pneumokokksykdom-i-norge-2004-23-og-valg-av-vaksiner-til-eldre>
- *Verdien er basert på epidemiologiske data fra Berild et al. (2025)³ og gjenspeiler ikke effekten til de respektive vaksinene. Det finnes for øyeblikket ingen studier som sammenligner effekten til CAPVAXIVE® (PKV21), Prevenar 20 (PKV20) og Pneumovax 23 (PPV23)

Tekst: Fredrik Schaug Haukaas et al.

Alternativkostnad og grensene for kostnadseffektivitet

Alternativkostnaden legges til grunn for innføring av nye behandlinger i Norge og skal bidra til bruk av kostnadseffektive tiltak. Stortinget har i vurdering av ny prioriteringsmelding bedt regjeringen utrede et sikrere anslag på alternativkostnaden basert på norske helsedata. Hva betyr det?

Før nye behandlinger tas i bruk i Norge, skal de som hovedregel vurderes i henhold til prioriteringsforskriften (1). Dagens prioriteringskriterier har som mål å bidra til «mest mulig god helse og mestring i befolkningen, rettferdig fordelt» (2).

Hensikten med vurderingen er å sørge for at nye behandlinger ikke fortrenger eksisterende tiltak som gir mer helse (nytte) for de samme ressursene (pengene). Helsen som fortrenges når en ny behandling innføres, omtales som *alternativkostnaden*. I Norge regnes en behandling som kostnadseffektiv dersom kostnaden per gode leveår for det nye tiltaket er lavere enn en gitt terskelverdi, som i Norge er basert på prinsippet om alternativkostnad (2, 3).

Stortinget har bedt regjeringen utrede et sikrere anslag for alternativkostnaden for helse- og omsorgstjenesten basert på norske data (4). Vi vil her forklare *kostnadseffektivitet* og *alternativkostnad*, og håper teksten bidrar til at flere kan delta i debatten om kostnadseffektivitet, terskelverdi og alternativkostnad, som danner grunnlaget i systemet for metodevurderinger.

Prioritering i praksis

Beslutning om offentlig finansiering av legemidler foretas enten av Direktoratet for medisinske produkter eller Beslutningsforum for nye metoder, avhengig av om legemidlet finansieres av henholdsvis Folketrygden eller spesialisthelsetjenesten. Beslutningene tas etter en vurdering av prioriteringskriteriene om helseeffekt, ressursbruk og alvorlighet. Dette

gjøres med utgangspunkt i en «metodevurdering» der kostnadseffektivitetsanalyser er sentrale verktøy som anvender prioriteringskriteriene i praksis (5). I analysene utvikles det modeller som beregner kostnader og helseeffekter for en gitt pasientpopulasjon, både for den nye behandlingen og for et sammenligningsalternativ, og der langtidskonsekvenser er inkludert (ofte livstid). Den nye behandlingen sammenlignes som hovedregel med den behandlingen som forventes å bli erstattet.

I Norge måles helseeffekter i kvalitetsjusterte leveår (QALYs) (6, 7). QALYs tar hensyn til behandlingens effekt på levetid og på helse-relatert livskvalitet gjennom livsløpet. Ved å måle helse i QALYs kan vi sammenligne tiltak på tvers av sykdomsområder (8). Kostnader, eller pengeverdien av ressursene, måles i monetære enheter (NOK, Euro, USD o.l.).

Hvilke kostnader, og til dels helseeffekter, som beregnes, er avhengig av hvilket perspektiv analysen legger til grunn (9, 10). I Norge har vi et utvidet helsetjenesteperspektiv, som betyr at det i hovedsak er kostnader for helsetjenesten som inkluderes, men også reisekostnader og uformell omsorg kan inkluderes (9).

Kostnadseffektivitetsmodellen sammenligner dagens verdi av totalkostnadene og QALYs over livsløpet for behandlingene som sammenlignes: forskjellen i kostnader delt på forskjellen i QALYs. Med andre ord beregnes merkostnaden per ekstra QALY, også omtalt som inkrementell kostnadseffektivitetsratio (IKER):

$$IKER = \frac{\text{Kostnad}_{\text{Ny behandling}} - \text{Kostnad}_{\text{Dagens behandling}}}{\text{QALY}_{\text{Ny behandling}} - \text{QALY}_{\text{Dagens behandling}}}$$

Stortinget har bedt regjeringen utrede et sikrere anslag for alternativkostnaden for helse- og omsorgstjenesten basert på norske data

Det trenger ikke være de minst kostnadseffektive tiltakene som nedprioriteres, men det som nedprioriteres, vil likevel representere alternativkostnaden

Alternativkostnad og kostnadseffektivitet

En ny behandling kan ha både lik, større eller mindre effekt og/eller kostnader sammenlignet med dagens behandling. Hvis for eksempel en ny behandling koster mindre og har større effekt enn dagens behandling, vurderes den som kostnadseffektiv (dominant) fordi pasientene får økt helse samtidig som det frigjøres ressurser til andre tiltak som også kan gi økt helse. Det er imidlertid vanlig at ny og bedre behandling gir høyere kostnader. De ekstra kostnadene må da finansieres med midler som ellers ville ha blitt benyttet andre steder i tjenesten, og innføring av den nye behandlingen vil medføre at noen får mindre eller mister et tilbud (såkalte *tause tapere*).

I en analyse i et helsetjenesteperspektiv regner vi normalt behandlingen som kostnadseffektiv hvis de økte kostnadene gir større helsegevinst enn størrelsen på helsetapet for tilbudene som forsvinner. Da må IKER, altså ekstra kostnad for en ekstra QALY, være lavere enn kostnad per QALY for disse tilbudene. Myndighetene setter en betalingsvillighet for en QALY (terskelverdi). Denne kan være satt med bakgrunn i ulike hensyn, men er basert på alternativkostnad hvis den er satt slik at den skal representere kostnad per QALY for tiltakene som forsvinner (alternativkostnadsterskel). Alternativkostnad kan forklares på flere måter

som betyr omtrent det samme: Alternativkostnaden er helsen som fortrenses når nye behandlinger tas i bruk innen et gitt budsjett, det er helsen som pasienter kunne fått hvis ressursene hadde gått til sin beste alternative anvendelse, eller sagt på en annen måte: helsen som helsetjenesten får igjen for den siste kronen brukt i helsetjenesten.

Illustrasjon av alternativkostnad

Si at helsetjenesten kun tilbyr behandling 1, 2, 3 og 4 til fire pasientgrupper med sykdom A, B, C og D. Sykdommene har bare én behandling hver, slik at alternativet til behandlingene er «ingen behandling». Det er beregnet gjennomsnittlig kostnad per QALY for alle behandlingene, sammenlignet med ingen behandling. Behandlingene kan rangeres fra laveste til høyeste kostnad per QALY (tabell 1).

En ny behandling, Behandling 5, skal vurderes for sykdom A. Hvis Behandling 5 blir innført, vil den erstatte Behandling 1. Behandling 1 blir derfor sammenligningsalternativet i kostnadseffektivitetsanalysen. Tabell 2 viser utfallet av den tenkte kostnadseffektivitetsanalysen. Behandling 5 har større helseeffekt enn Behandling 1 (3,5–3,0 = 0,5 QALYs), men koster samtidig mer per pasient (400 000 kroner – 150 000 kroner = 250 000 kroner). Dette gir en IKER lik 500 000 kroner per ekstra QALY. →

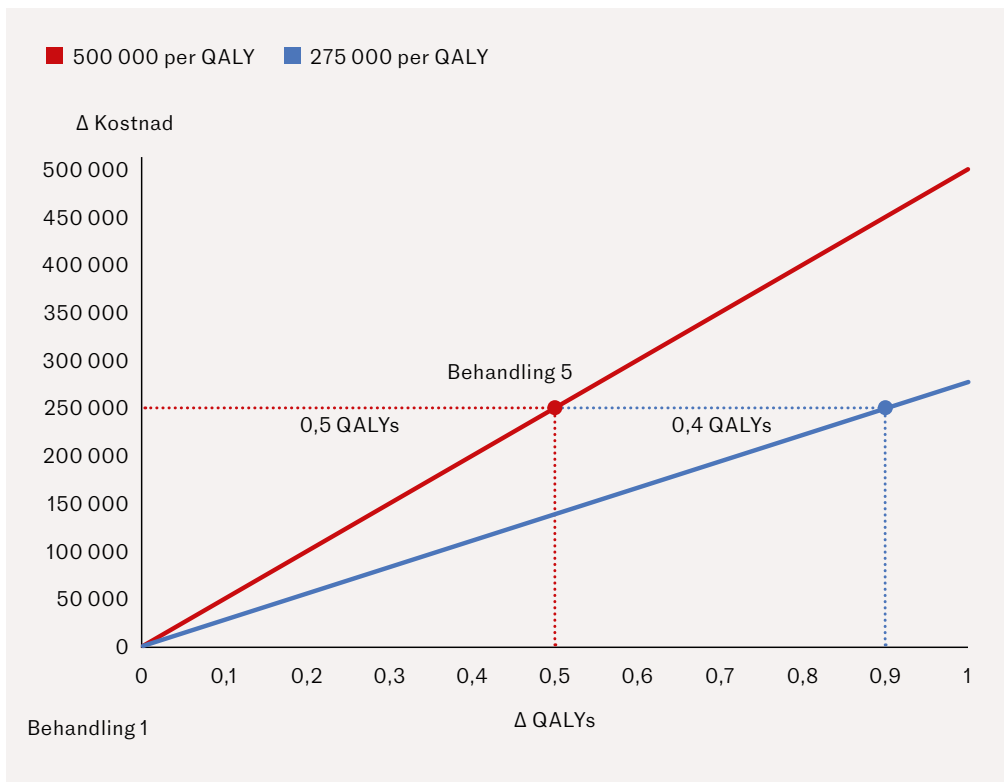
Tabell 1 Tenkt eksempel på en helsetjeneste som tilbyr fire behandlinger for fire ulike sykdommer, rangert fra lavest kostnad per QALY sammenlignet med ingen behandling, til høyest kostnad.

Behandling	Sykdom	Kostnad per QALY sammenlignet med ingen behandling
1	A	50 000
2	B	100 000
3	C	200 000
4	D	275 000

Tabell 2

Kostnadseffektivitetsanalyse av Behandling 5 (merk at gjennomsnittlig kostnad per pasient ikke er det samme som kostnad per QALY i tabell 1). IKER = inkrementell kostnadseffektivitetsratio.

Behandling	Sykdom	Gjennomsnittlig kostnad per pasient	Gjennomsnittlig antall QALYs per pasient	Forskjell i kostnad (ΔC)	Forskjell i QALYs (ΔQ)	IKER ($\Delta C/\Delta Q$)
1	A	150 000	3,0	-	-	
5	A	400 000	3,5	250 000	0,5	500 000



Figur 1 Illustrasjon av helsetap ved innføring av Behandling 5 som har en inkrementell kostnadseffektivitetsratio (IKER) over alternativkostnadsterskelen sammenlignet med Behandling 1. Helsetapet er representert med stiplet blå horisontal linje. For samme kostnad som Behandling 5 kan helsetjenesten få 0,4 ekstra QALYs.

$$\text{IKER} = \frac{400\,000 - 150\,000 \text{ kroner}}{3,5 - 3,0 \text{ QALY}} = 500\,000 \text{ kroner}$$

Er Behandling 5 kostnadseffektiv, gitt det vi vet om helsetjenesten i tabell 1? For å svare må vi sammenligne IKER = 500 000 kroner med alternativkostnadsterskelen. Men hva blir terskelen i dette tilfellet? Premisset for analysen er at helsebudsjettet er gitt. Det betyr at hvis helsetjenesten innfører Behandling 5, må én eller flere av behandlingene 1–4 helt eller delvis nedprioriteres for å finansiere den nye behandlingen. I eksempelet antar vi også at nedprioritering av én av disse behandlingene er nok til å finansiere den nye behandlingen. I valget mellom hvilke(n) av disse fire behandlingene som skal nedprioriteres, bør vi starte med den eller de behandlingene som har høyest kostnad per QALY. I tabell 1 er dette Behandling 4, hvor helsetjenesten forventer å få igjen 1 QALY per 275 000 kroner investert.

I eksempelet antar vi at det ikke er aktuelt å øke helse ved å bruke mer av behandling 1–3, som koster mindre per QALY, heller enn å bruke behandling 4. Når vi skal beslutte om Behandling 5 skal tas i bruk, er 1 QALY per 275 000 kroner derfor den beste alternative anvendelsen av ressursene. 1 QALY per 275 000 kroner er derfor alternativkostnaden. Siden Behandling 5 koster 500 000 kroner per QALY, er ikke behandlingen kostnadseffektiv.

Konsekvenser av ikke-kostnadseffektiv behandling

Konsekvensene av å ta i bruk Behandling 5 er illustrert i figur 1. Figuren viser ekstra kostnad (y-akse) og ekstra QALYs (x-aksen) sammenlignet med Behandling 1 (origo). Behandling 5 gir 0,5 ekstra QALYs til en ekstra kostnad på 250 000 kroner, representert ved punktet på den røde linjen. Den røde linjen representerer alle behandlinger med en IKER på 500 000 kroner per ekstra QALY sammenlignet med Behandling 1. Den blå linjen indikerer en IKER på 275 000 kroner per ekstra QALY, alternativkostnadsterskelen i dette eksempelet (Behandling 4, sykdom D). Ingen behandlinger som ligger over den blå linjen, vil være kostnadseffektive.

Gitt budsjettet vil Behandling 5 finansieres ved å redusere bruk av den minst kostnadseffektive behandlingen, nemlig Behandling 4. For 250 000 kroner får helsetjenesten 0,9 QALYs med Behandling 4 (som er det samme som 1 QALY per 275 000 kroner), illustrert med blå prikk i figur 1. For de samme 250 000 kronene får helsetjenesten kun 0,5 QALYs med Behandling 5 (som er det samme som 1 QALY per 500 000 kroner, jf. tabell 2), illustrert med rød prikk i figur 1.

Finansiering av Behandling 5 vil altså medføre et helsetap per pasient på 0,4 QALYs per 250 000 kroner brukt på Behandling 5. I figur 1 er tapet representert med horisontal stiplet blå linje. Desto mer IKER overstiger 275 000 kroner, jo brattere vil den røde linjen

bli, og jo større blir helsetapet ved innføring av Behandling 5. Og motsatt: Dersom Behandling 5 gir en IKER under 275 000 kroner per QALY, vil Behandling 5 medføre en økning i total helse i befolkningen. Denne vurderes da som kostnadseffektiv.

Estimering av alternativkostnad

Ikke alt kan defineres som et tiltak eller en behandling, og for mange tiltak kjenner vi ikke helseeffekten (målt i QALYs) eller kostnaden. Det finnes ingen liste over alle tiltak som i tabell 1 og ingen systematisk måte å redusere de minst kostnadseffektive tiltakene på.

Det trenger ikke være de minst kostnadseffektive tiltakene som nedprioriteres, men det som nedprioriteres, vil likevel representere alternativkostnaden. Hvilke tiltak som helt eller delvis nedprioriteres, kan variere fra behandlingssted til behandlingssted og over tid. Det er sjelden at enkelttiltak som Behandling 4 representerer alternativkostnaden ved nasjonale beslutninger. Innføring av nye behandlinger medfører kanskje at en klinikk eller en kommune lar være å ansette en ekstra sykepleier, et helseforetak utsetter en investering eller at et sykehus velger ikke å tilby enkelte behandlinger. Det er en antagelse at kuttene gir redusert helse for pasientgruppen som mister behandling, men det er vanskelig å identifisere hvem som opplever helsetapet, hvor stort det er og når det inntreffer.

For å estimere alternativkostnaden må virkeligheten forenkles. Utgangspunktet for fastsettelsen av den nåværende norske alternativkostnadstærskelen er en engelsk beregning (11). Noe omregnet ble alternativkostnaden først beregnet til 215 000 kroner per QALY, deretter skjønnsmessig oppjustert til 275 000 kroner (12). Dette estimatet er senere brukt i en arbeidsgruppe som vurderte alvorlighetskriteriet (13), og den trappetrinnsmodellen som ble foreslått av denne arbeidsgruppen, brukes i dag. Modellen starter på 275 000 kroner per QALY med økende terskelverdi for mer alvorlige sykdommer. Figur 1 kan illustrere konsekvensene av en slik modell, det vil si hvor villige vi er til å redusere samlet helse i befolkningen dersom det kan øke helsen for pasientgrupper med mer alvorlige sykdommer.

Det er vår mening at dagens terskelverdi på 275 000 kroner bør tolkes mer som en pragmatisk bestemt offentlig betalingsvillighet enn som en terskelverdi basert på alternativkostnad. Det skal nå settes i gang et arbeid for å utrede et sikrere anslag for alternativkostnad med et norsk tallgrunnlag (4). Gitt at Stortinget har besluttet at terskelverdien skal være basert på alternativkostnaden, er det viktig med norske analyser.

Det vil alltid være usikkerhet knyttet til estimering av alternativkostnaden, og uansett metode vil det aldri bli full enighet. Utredningen som regjeringen foreslår, vil forhåpentligvis belyse metodene grundigere. En diskusjon om metode og estimat basert på norske data og analyser kan øke terskelverdiens legitimitet. ■

Fredrik Schaug Haukaas

fredrikhaukaas@gmail.com

Fredrik Schaug Haukaas er helseøkonom i AstraZeneca. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han arbeider for AstraZeneca som produserer legemidler underlagt den type vurderinger som er tematisert i artikkelen.

Gudrun Waaler Bjørnelv

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

Eline Aas

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

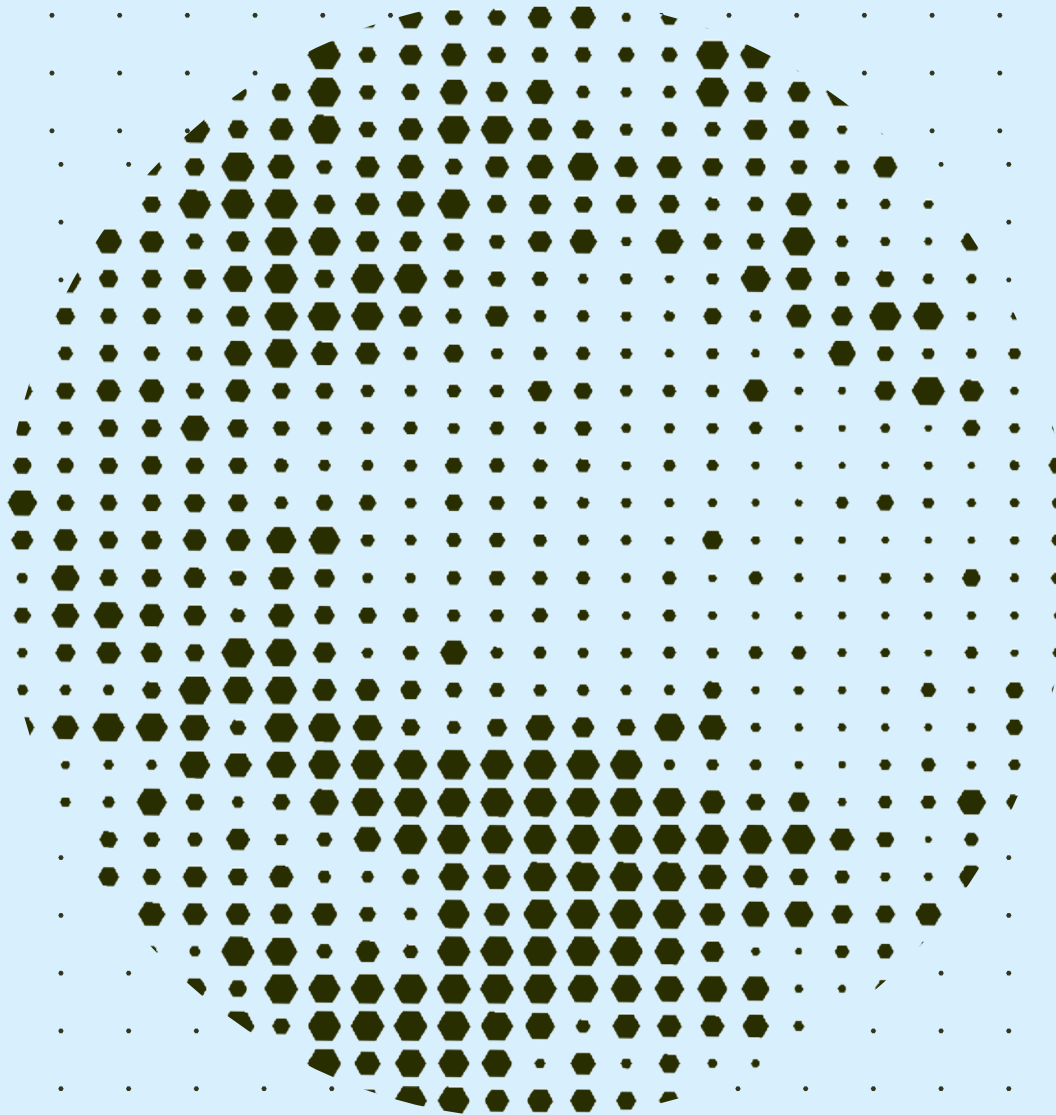
Litteratur

- 1 Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og rett til behandling i utlandet (prioriteringsforskriften) (FOR-2000-12-01-1208). Lest 28.10.2025.
- 2 Helse- og omsorgsdepartementet. St. 34 (2015–2016). Verdier i pasientens helsetjeneste - Melding om prioritering. Lest 28.10.2025.
- 3 Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 21 (2024–2025). Helse for alle. Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste. Lest 28.10.2025.
- 4 Stortinget. Stortingsvedtak. Helse for alle. Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste. Lest 16.12.2025
- 5 Bjørnelv GMW, Aas E. Kostnadseffektivitetsanalyse: et rammeverk for prioriteringskriteriene. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143. doi: 10.4045/tidsskr.23.0474.
- 6 Helsedirektoratet. Virkninger på helse og livskvalitet i utredninger og samfunnsøkonomiske analyser – tema-veileder til utredningsinstruksen. Lest 28.10.2025.
- 7 Direktoratet for medisinske produkter. Submission guidelines For Single Technology Assessment of Medicinal Products. Lest 28.10.2025
- 8 Bjørnelv GMW, Michel YA. Kostnadseffektivitetsanalyser – hvordan beregnes helsegevinster? Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.24.0474.
- 9 Melberg HO, Aas E, Bjørnelv GMW et al. Perspektiv og prioriteringer. Rapport fra ekspertgruppen perspektiv i prioritering nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Lest 28.10.2025.
- 10 Aas E, Bjørnelv GW, Edwards CH et al. Perspektiver på prioritering. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0419.
- 11 Claxton K, Martin S, Soares M et al. Methods for the estimation of the National Institute for Health and Care Excellence cost-effectiveness threshold. Health Technol Assess 2015; 19: 1–503, v-vi.
- 12 Regjeringen NOU. 2014:12. Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten. Lest 28.10.2024.
- 13 Helse- og omsorgsdepartementet. På ramme alvor – alvorlighet og prioritering. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Lest 14.6.2024.

Det er vår mening at dagens terskelverdi på 275 000 kroner bør tolkes mer som en pragmatisk bestemt offentlig betalingsvillighet enn som en terskelverdi basert på alternativkostnad

Nytt om legemidler

Hormonbehandling ved overgangsplager. Nytt østrogenplaster til Norge.



Hormonbehandling ved overgangsplager

Bruken av hormonbehandling ved overgangsalder har økt betydelig de siste fem årene. Større oppmerksomhet om overgangsplager og mer nyansert kunnskap om nytte og risiko, har bidratt til at flere kvinner etterspør behandling.

Antall kvinner over 40 år som har fått hormonbehandling (MHT) har økt fra om lag 198 000 i 2019 til 295 000 i 2024. Økningen er særlig tydelig for systemisk hormonbehandling, som er nesten doblet i perioden, mens bruken av lokal østrogenbehandling har økt mer moderat (1).

Nytte-risiko

Systemisk MHT er den mest effektive behandlingen mot moderate til alvorlige vasomotoriske plager (VMS) i overgangsalderen. Norsk klinisk praksis bygger på individuell nytte-risikovurdering, med anbefaling om lavest mulig effektive dose og kortest mulig behandlingstid (2,3).

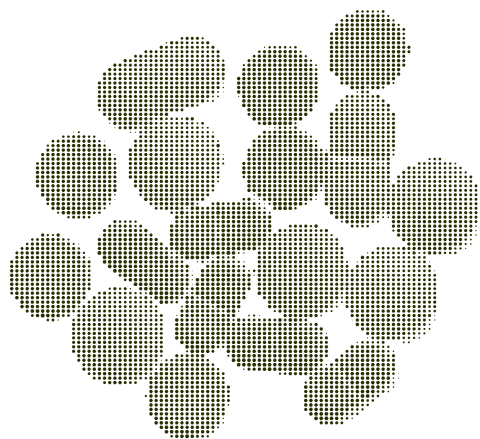
Nytten av behandlingen må veies mot risiko for bivirkninger, særlig brystkreft og venøs tromboembolisme. Systemisk kombinasjonsbehandling med østrogen og gestagen gir en liten økt absolutt risiko for brystkreft, anslått til om lag to til fire ekstra tilfeller per 1 000 kvinner over fem års bruk. Peroralt østrogen er forbundet med noe høyere risiko for venøs tromboembolisme enn transdermal behandling, men den absolutte risikoen er lav hos ellers friske kvinner (4). Lokal østrogenbehandling har god effekt på urogenitale symptomer, og har færre bivirkninger enn systemisk behandling.

Dagens kunnskap tilsier at oppstart med MHT før fylte 60 år og innen 10 år etter menopause, gir liten eller ingen økt risiko for hjerte- og karsykdom. Kvinner som kommer i tidlig menopause (før 45 år) har sannsynligvis særlig nytte av hormonbehandling, og bør tilbys MHT frem til forventet naturlig menopausealder (2, 3).

Blå resept

Majoriteten av kvinner som bruker hormonbehandling mot overgangsplager betaler behandlingen selv. Forhåndsgodkjent refusjon er i dag forbeholdt kvinner med prematur ovariesvikt eller tidlig menopause. Det kan søkes individuell stønad ved symptomer som gir betydelig nedsatt livskvalitet eller funksjonsevne.

Helse- og omsorgsdepartementet vurderer nå om flere kvinner skal få behandling på blå resept (1).



Nytt hormonplaster til Norge

Etterspørselen etter hormonlegemidler til behandling av overgangsplager har økt betydelig i Europa. Leverandørene har ikke klart å dekke behovet, og flere land har hatt forsyningsproblemer. Tilgang på transdermale produkter, som spray, plaster og gel, har vært spesielt utfordrende.

I Norge har mangelen på hormonplaster fått stor oppmerksomhet (5). DMP har derfor arbeidet for å få flere alternativer til det norske markedet. I løpet av våren bedres forsynings situasjonen ved at et nytt østrogenplaster, Estradiol Hexal, lanseres.

Plasteret kommer i samme styrker og pakningsstørrelser som Estradot. Bytte til Estradiol Hexal plaster krever imidlertid ny resept.

Referanser:

- [1. https://www.dmp.no/globalassets/documents/offentlig-finansiering-og-pris/metodevurderinger/h/hormonbehandling-ved-overgangsalder---kunnskapsgrunnlag.pdf](https://www.dmp.no/globalassets/documents/offentlig-finansiering-og-pris/metodevurderinger/h/hormonbehandling-ved-overgangsalder---kunnskapsgrunnlag.pdf)
- [2. https://nhi.no/for-helsepersonell/nytt-om-legemidler/arkiv-lmv-2022/riktigere-bruk-av-menopausal-hormonterapi](https://nhi.no/for-helsepersonell/nytt-om-legemidler/arkiv-lmv-2022/riktigere-bruk-av-menopausal-hormonterapi)
- [3. https://relis.no/artikler/kampanjer/riktigere-bruk-av-menopausal-hormonterapi-mht/](https://relis.no/artikler/kampanjer/riktigere-bruk-av-menopausal-hormonterapi-mht/)
- [4. https://metodebok.no/emne/XfjH5Pzi¶graph=c0f87f68](https://metodebok.no/emne/XfjH5Pzi¶graph=c0f87f68)
- [5. https://www.dmp.no/forsyningsikkerhet/legemiddel-mangel/nyheter/mangel-pa-hormonplaster](https://www.dmp.no/forsyningsikkerhet/legemiddel-mangel/nyheter/mangel-pa-hormonplaster)

Enklere behandling av akutte smerter i ambulansen

Inhalasjon med metoksyfluran lindrer sterke akutte smerter like godt som intravenøs morfin og neseppray med fentanyl.

Ambulansetjenesten er ofte de første som møter pasienter som trenger akutt smertelindring. Intravenøse medikamenter brukes mye i slike situasjoner.

En norsk forskningsgruppe har undersøkt ulike prehospitalt behandlingsalternativer ved akutte smerter og fått resultatene publisert i *The Lancet* (1). 338 pasienter med en smerteskår på ≥ 4 (på en skala 1–10) ble av ambulanspersonalet randomisert til å få 3 ml metoksyfluran som inhalasjon, 50 eller 100 μg fentanyl som neseppray eller 0,05 mg/kg eller 0,1 mg/kg morfin intravenøst. Etter ti minutter var gjennomsnittlig smerteskår i gruppen som fikk metoksyfluran, ikke-underlegen den gjennomsnittlige smerteskåren i gruppene

som fikk fentanyl eller morfin. Maksimal smerteskårreduksjon for ikke-underlegenhet var satt til 1,5.

Mangelfull akutt smertelindring

– Smertelindring i tidlig fase etter skade eller akutt sykdom er ofte mangelfull, og god tidlig smertebehandling har stor betydning for det videre pasientforløpet, sier Fridtjof Heyerdahl. Han er spesialist i anestesiolegi, avdelingsleder for luftambulansetjenesten ved Oslo universitetssykehus og seniorforsker.

– Resultatene støtter konseptet om tidlig, ikke-invasiv smertelindring som et supplement til etablert opioidbehandling snarere enn som en erstatning, mener han.

En bro til videre smertebehandling

Heyerdahl påpeker at resultatene er relevante for både sivil og militær akuttmedisin.

– Denne studien viser at inhalasjonsbehandling med metoksyfluran kan egne seg som en bro i den initiale behandlingsfasen og frem til mer langvarig smertelindring kan gis. Han understreker at denne behandlingen er særlig aktuell i situasjoner der det er vanskelig å få gitt smertestillende intravenøst, når rask evakuering er nødvendig og i situasjoner med begrenset tilgang på medisinsk kompetanse.

Fra kliniske behov til forskning

Studien, en utprøvningsstudie, er kalt PreMeFen. Forskergruppen består av prehospitalt leger, paramedisinere og statistikere med lang erfaring fra prehospitalt akuttmedisin og ambulansetjeneste. Førsteforfatter Randi Simensen er paramedisiner og ph.d.-stipendiat. Gruppen er tilknyttet Sykehuset Innlandet, Oslo universitetssykehus, Universitetet i Oslo og Stiftelsen Norsk Luftambulansetjeneste, og har som overordnet mål å styrke kunnskapsgrunnlaget for akuttbehandling utenfor sykehus. Initiativet til studien sprang ut av et klinisk behov i ambulansetjenesten og lot seg gjennomføre takket være et tett samarbeid mellom operative miljøer og akademiske forskningsstøttemiljøer. ■

Martine Fimreite Wilhelmsen

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Simensen R, Fjose LO, Thorsen K et al. Comparison of inhalational methoxyflurane, intranasal fentanyl, and intravenous morphine for treatment of prehospital acute pain in Norway (PreMeFen): a randomised, non-inferiority, three-arm, phase 3 trial. *Lancet* 2026; 406: 2957–67.

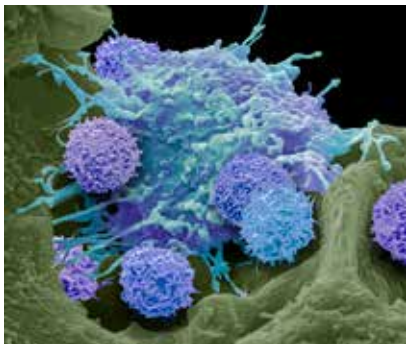
Fra venstre: Randi Simensen og Fridtjof Heyerdahl. Foto: Marius Svaleng Andersen / SNLA



Komplikasjoner med ulik dødelighet under CAR-T-behandling

Immunterapi med kroppens egne genmodifiserte T-celler gir ofte uønskede hendelser, men dødeligheten varierer mye.

Kimerisk antigenreseptor-T-celleterapi, gjerne omtalt som CAR-T-behandling, er et lovende behandlingsalternativ ved hematologiske kreftsykdommer. Risikoen for komplikasjoner er imidlertid høy. En nylig publisert observasjonsstudie basert på data fra USA og WHO beskriver uønskede hendelsers prognostiske verdier for dødelighet hos til sammen over 12 000 pasienter i 37 land (1).



CAR-T-celleterapi, elektronmikroskop. Illustrasjonsfoto: Steve Gschmeissner / Science Photo Library / NTB

Studien identifiserte 266 ulike typer uønskede hendelser, der 59 ble klassifisert med høy dødelighet, i snitt rundt 49 %. Dette gjaldt blant annet lungeblødning og laktacidose. 31 typer uønskede hendelser, blant annet cytokinfrigjøringsyndrom og hypokalsemi, hadde relativt lav dødelighet, i snitt rundt 11 %. De uønskede hendelsene som oppsto tidlig i behandlingen, var generelt assosiert med lavere dødelighet. Kardiovaskulære, respiratoriske og infeksiose komplikasjoner hadde både høy forekomst og dødelighet.

– Denne studien er imponerende i omfang og gir viktig kunnskap om sjeldne og alvorlige komplikasjoner, sier Knut Smeland, som er overlege ved Avdeling for kreftmedisin, Oslo universitetssykehus og førsteamanuensis II ved OsloMet.

– Et hovedfunn er at vanlige og forventede immunrelaterte bivirkninger, slik som cytokinfrigjøringsyndrom, og neurologiske symptomer som oppsto tidlig etter behandling, var forbundet

med lavere dødelighet og trolig gjen-speiler en ønsket immunaktivering, sier Smeland. Han påpeker at kardiovaskulære, respiratoriske og infeksiose komplikasjoner fortsatt representerer de mest alvorlige kliniske utfordringene.

– Samtidig må funnene tolkes med en viss varsomhet, da analysene bygger på rapporterte bivirkninger, der alvorlige og uventede hendelser har større sannsynlighet for å bli meldt inn enn milde eller forventede reaksjoner, sier Smeland.

– Dødelighet ble analysert uavhengig av årsak, og flere av de alvorlige hendelsene kan derfor reflektere sykdomsprogresjon snarere enn direkte bivirkninger av behandlingen. Likevel gir studien nyttige perspektiver for klinikere når det gjelder risikovurdering, støttebehandling og oppfølging av pasienter som får CAR-T-behandling, sier han. ■

Martine Fimreite Wilhelmsen

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Sun Z, Guo J, Liu M et al. Prognostic implications of adverse events associated with CAR-T cell therapy: a population-based global observational study. *EclinicalMedicine* 2025; 90. doi: 10.1016/j.eclinm.2025.103623.

Ingen langtids-effekt av kirurgi eller fysioterapi ved subakromialt smertesyndrom

Hverken operasjon eller fysioterapi ga bedre resultater etter ti år enn placebo-operasjon i en randomisert studie.

Flere studier har vist at kirurgisk behandling, steroidinjeksjoner og fysioterapi ikke har effekt ved subakromialt smertesyndrom.

I en ny studie som er publisert i *BMJ*, ble 210 voksne pasienter ved finske sykehus i 2005 randomisert til artroskopisk subakromial dekompressjon, placebo-operasjon eller fysioterapi (1). Av disse fullførte 168 studien. Ti år senere var det ingen signifikant forskjell i skuldersmerter, funksjon i skulderen eller livskvalitet mellom de tre gruppene.

En selvbegrensende tilstand

– Denne studien bekrefter at subakromialt smertesyndrom er en selvbegrensende tilstand hos majoriteten av pasientene, sier Jesper Blomquist, som er ortopedisk kirurg og klinikkoverlege ved Haraldsplass diakonale sykehus. Funnene samsvarer med funn i andre studier.

– Som ved andre senefestesmerter kan pasientene forvente betydelig spontan bedring i løpet av 2–3 år etter symptomdebut.



Illustrasjonsfoto: cometary/iStock. Tilpasset av Tidsskriftet

Operasjon bør unngås

– Slik studien viser, bør man unngå kirurgi hos pasienter med subakromialt smertesyndrom, sier Blomquist. Oppmerksomheten bør heller rettes mot pasientinformasjon og understøttende behandling som reduserer sekundære myalgiske smerter og opprettholder best mulig funksjon og livskvalitet i påvente av spontan bedring, sier han.

– Svakheterne ved studien er få pasienter og at en høy andel av pasientene i placebo-gruppen ble operert i løpet av oppfølgingsperioden – hele 25 %. Man kan ut fra denne studien ikke utelukke at noen av pasientene hadde nytte av operasjon, sier Blomquist. ■

Martine Fimreite Wilhelmsen

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Kanto K, Bäck M, Ibounig T et al. Finnish Shoulder Impingement Arthroscopy Controlled Trial (FIMPACT) Investigators. Arthroscopic subacromial decompression versus placebo surgery for subacromial pain syndrome: 10 year follow-up of the FIMPACT randomised, placebo surgery controlled trial. *BMJ* 2025; 391. doi: 10.1136/bmj-2025-086201.

For stor og for liten vektøkning i svangerskapet

Kun en tredel av alle gravide oppnår anbefalt vektøkning under svangerskapet, viser ny metaanalyse av enkeltstudier.

Vektøkning i svangerskapet er viktig og tilrådd, men vektøkningen må ikke være for stor. I en metaanalyse basert på studier med til sammen over 1,6 millioner gravide fra nesten alle deler av verden, hadde hele 45 % større vektøkning enn anbefalt, mens 23 % hadde mindre vektøkning enn anbefalt (1). De med større vektøkning enn anbefalt hadde høyere risiko for keisersnitt (oddsratio 1,37; 95 % konfidensintervall (KI) 1,30 til 1,44), og de med mindre vektøkning enn anbefalt hadde høyere risiko for lav fødselsvekt (oddsratio 1,78; 95 % KI 1,48 til 2,23).

– Både lavere og høyere vektøkning enn anbefalt var assosiert med perinatale utfall, men data om potensielle effektforvekslere i studiene var begrenset eller manglet, påpeker Hilde Marie Engjom, spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer samt seniorforsker og overlege ved Folkehelseinstituttet.



Illustrasjonsfoto: Prasit Supho / iStock

– Assosiasjonen med økt risiko for keisersnitt bør tolkes med varsomhet og ses i lys av ulik klinisk praksis i ulike land, sier hun. Studiene var hovedsakelig fra Europa, Nord- og Sør-Amerika og Kina, mens Afrika sør for Sahara ikke var representert. De få studiene fra øvrige regioner viser hvor krevende det er å samle data om vektendring under svangerskapet, sier Engjom.

Komplikasjoner under svangerskapet var hyppigere blant gravide med overvekt eller fedme ved svangerskapets start. Andelen gravide med fedme var 22 %, hvilket er høyere enn i Norden og i Norge. Tall fra nordisk perinatal statistikk viser at Norge lå lavest med en andel på 14,8 % i 2022 (2). I Norge har Medisinsk fødselsregister

gjennom det siste tiåret fått gode data om kroppsmasseindeks ved svangerskapets start. Det er fortsatt stor variasjon i data om vekt og kroppsmasseindeks ved fødselen, med lavest dekning i Helse Nord og Helse Sør-Øst (3).

– Studien underbygger norske anbefalinger og råd om balansert vektøkning under svangerskapet, det vil si fra 0,3 til 0,5 kilo per uke etter første trimester. Samfunnsmessige tiltak og individrettet forebygging av overvekt og fedme er viktig både før og mellom svangerskap, sier Engjom. ■

Martine Fimreite Wilhelmsen

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Goldstein RF, Khomami MB, Tay CT et al. Gestational weight gain and risk of adverse maternal and neonatal outcomes in observational data from 1.6 million women: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2025; 391. doi: 10.1136/bmj-2025-085710.
- 2 Finnish Institute for Health and Welfare. Nordic perinatal statistics 2022. Lest 16.12.2025.
- 3 Folkehelseinstituttet. Medisinsk fødselsregister. F.18. Mors kroppsmasseindeks. Lest 16.12.2025.

Tvil om robotassistert pankreaskirurgi

Minimalt invasiv pankreatoduodenektomi, med eller uten robotassistanse, gir ikke bedre resultater enn åpen kirurgi.

Valg av operasjonsmetode ved pankreassvulster er omdiskutert. I en internasjonal multisensterstudie ble pasienter med resektabile pankreassvulster eller periampullære svulster randomisert til enten robotassistert eller laparoskopisk minimalt invasiv pankreatoduodenektomi ($n = 190$) eller åpen pankreatoduodenektomi ($n = 98$) (1). Etter 90 dager var en sammensatt komplikasjonsskår i de to gruppene henholdsvis 33,4 og 35,3 ($p = 0,002$ for ikke-underlegenhet). Median tid frem til funksjonell gjenhenting (*recovery*) var henholdsvis 7 og 8 dager. Forskjellen i dødelighet innen 90 dager (4,7 % versus 2,0 %) var ikke statistisk signifikant.

– Denne studien er en oppfølger til en nederlandsk multisenterstudie som sammenlignet laparoskopisk mot åpen pankreatoduodenektomi, men som ble stoppet på grunn av høyere dødelighet i laparoskopiarmen, sier Kjetil Søreide. Han er overlege ved Gastrokirurgisk avdeling, Stavanger universitetssjukehus og professor ved Universitetet i Bergen. Studien ble publisert i 2019 (2). I Nederland sluttet man derfor med laparoskopisk metode og satset mer på robotassistert kirurgi.

Den aktuelle studien er et resultat av et strukturert treningsprogram med krav til minstevolum og strenge seleksjonskriterier.

– Likevel er ikke resultatene bedre enn for åpen kirurgi, påpeker Søreide. Med dobbel så høy dødelighet som etter åpen kirurgi – riktignok uten statistisk signifikans – knapt ett døgn raskere funksjonell gjenhenting og marginale forskjeller i kumulativ komplikasjonsskår, kan man være i tvil om innsatsen står i forhold til utfallet, mener Søreide.

Norske erfaringer

– Robotassistert pankreaskirurgi er kun i startfasen i Norge, sier Søreide, og da i hovedsak ved venstresidig operasjon, det som før gjerne ble kalt distal pankreatektomi.

Pankreatoduodenektomi utføres med åpen tilgang ved alle de fem universitetssykehusene som gjør pankreaskirurgi i Norge, og resultatene står seg godt sammenlignet med internasjonale studier (3). Søreide er tvilende til om robot-assistert tilgang skal kunne forbedre disse tallene.

– Flere store studier har ikke vist en klar gevinst ved robotassistert pankreatoduodenektomi, påpeker han.

Petter Gjersvik

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 de Graaf N, Emmen AMLH, Ramera M et al. Minimally Invasive versus Open Pancreatoduodenectomy for Resectable Neoplasms. *NEJM Evid* 2025; 4: a2500045.
- 2 van Hilst J, de Rooij T, Bosscha K et al. Laparoscopic versus open pancreatoduodenectomy for pancreatic or periampullary tumours (LEOPARD-2): a multicentre, patient-blinded, randomised controlled phase 2/3 trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2019; 4: 199–207.
- 3 Roalsø MTT, Nymo LS, Kleive D et al. Pancreatectomy in a national universal healthcare system: sex- and age-adjusted resection rates across four health regions related to a composite ideal outcome. *Br J Surg* 2025; 112: znaf148.



Established efficacy and safety profile¹ +10 years of clinical experience in OAB¹

BETMIGA™ (mirabegron) 25 og 50 mg depottabletter

Farmakoterapeutisk gruppe: Urologisk spasmolytikum, selektiv β_3 -adrenoseptoragonist (G04BD12). **Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av «urgency», økt vannlatingsfrekvens og/eller urgeinkontinens hos voksne med overaktiv blæresyndrom (OAB). Behandling av nevrogen detrusoroveraktivitet (NDO) hos pediatriske pasienter i alderen 3-<18 år. ***Dosering og administrering:** Voksne med overaktiv blære (≥ 18 år): 50 mg 1 gang daglig, med eller uten mat. Barn og ungdom 3-<18 år, ≥ 35 kg, med nevrogen detrusoroveraktivitet (NDO): Startdosen er 25 mg 1 gang daglig med mat. Om nødvendig kan dosen økes til maks. 50 mg 1 gang daglig etter 4-8 uker. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (GFR 15-29 mL/min/1,73 m²) eller moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh klasse B), anbefales en maks. dose på 25 mg. 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 blæreutløpsobstruksjon 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 nevrogen blære med lekkasje (urge-inkontinens). Refusjonskoder: ICPC: U04 Urininkontinens; ICD: N39.4 Annen spesifisert urininkontinens. Vilkår: Ingen spesifisert. **Pakningsstørrelse og pris (pr 18.11.2025):** 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: 17.07.2025.

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

Preparatomtalen kan bestilles kostnadsfritt fra den lokale representanten.

1. Betmiga SmPC 07.2025 (§4.1, §4.8, §5.1)

Visit Betmiga.no

Petter Aaslestad¹
Marion Cecilie Andrade Bakke²
Petter Andreas Ringen^{3,4}
Erlend Hem^{5,6}
erlend.hem@medisin.uio.no

1 NTNU
2 Nasjonal kompetansetjeneste for utviklingshemming og psykisk helse, Oslo universitetssykehus
3 Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus
4 Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo
5 Legeforskningsinstituttet
6 Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo

Originalartikkel

Pasientens stemme og skriverens rolle i pasientjournaler i psykisk helsevern

Bakgrunn og formål

I løpet av de siste tiårene har formelle krav til pasientjournaler blitt styrket, for eksempel med pasientens innsynsrett. Samtidig har journalene i psykisk helsevern blitt kritisert blant annet for å bli juridifiserte og at pasientene ikke føler seg sett som hele mennesker. Formålet med denne studien var å gjøre en eksplorerende undersøkelse av dagens journaltekst i psykisk helsevern.

Materiale og metode

Vi gjennomgikk ti journaler fra pasienter utskrevet fra Avdeling døgntil behandling psykisk helsevern voksne, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus med minst én tidligere døgntilleggelse. Tekstmaterialet besto av til sammen over 5 500 sider. En tverrfaglig forskergruppe bestående av en litteraturviter og helsepersonell studerte behandlernotater og miljønotater under innleggelsene samt polikliniske notater.

Resultater

Journalene inneholdt overveldende tekstmengder, med mange ordrette gjentakelser basert på klipp og lim, som tidvis skjulte inkonsekvenser og selvmotsigelser. Nye opplysninger kunne plutselig dukke opp og forsvinne uten refleksjon. Teksten viste ofte en iboende uetterrettelighet, der motstridende utsagn kunne stå side om side. Jakten på diagnose og utskrivning tok mye plass, men refleksjoner over prosessene manglet ofte.

Det mest påfallende er den store mengden av tekst i hver journal.

Fortolkning

Skriverne av journaler, må balansere medisinske, juridiske og pasientrettede krav. Kunstig intelligens er på vei inn i journalarbeidet, noe som kan endre praksis vesentlig. Men det er også behov for at skriverne tar journalen tilbake. I vår studie fremstår pasientjournalen som et dokument som ofte blottlegger skriverens maktesløshet.

Inkonsekvenser og selvmotsigelser oversees og avstedkommer ingen metarefleksjon.

Hovedfunn

Gjennomgangen av ti journaler på til sammen over 5 500 sider viste en overproduksjon av tekst med hyppige gjentakelser, som til dels skjulte inkonsekvenser og selvmotsigelser.

Opplysninger om pasientenes liv og funksjon endret seg ofte uten forklaring i teksten, noe som skapte en grunnleggende uetterrettelighet i materialet.

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.



Når teksten tar makta

En tekstanalyse av ti pasientjournaler fra psykisk helsevern gir meg som leser en opplevelse av å bivåne et senmodernistisk dokumentasjonshavari i sakte film.

Litteraturviter Petter Aaslestad har, sammen med et knippe forskende fagfolk fra helsetjenesten, tatt utgangspunkt i journalene til ti pasienter rekruttert i forbindelse med innleggelse i psykisk helsevern (1). Datagrunnlaget utgjorde over 5 500 sider. Analysene av materialet viser repetitive, voluminøse klipp-og-lim-kaskader og dyptgripende, underlige uoverensstemmelser. Journalene var preget av defensiv skrivestil uten reflekterende subjekter. Aktuelle diagnoser ble stadig lansert. Forskerne lette etter «pasientens stemme», men deres erfaringer og perspektiv kom knapt til uttrykk og syntes ikke å få konsekvenser for behandlingsforløpet.

Situasjonen som dokumenteres i artikkelen, er uholdbar og absurd. Forfatterne tolker sine funn som mulig uttrykk for faglig maktesløshet, men avstår fra videre årsaksanalyser. Konklusjonen er at skriverne må «ta journalen tilbake».

Da jeg fikk forespørselen om å kommentere artikkelen, kjente jeg at gulvet gynget. Hva betyr egentlig det jeg har lest? Hvordan havnet vi her? Det kan friste med en bagatelliserende bortforklaring: Ti journaler er lite for å dømme en hel profesjon av skrivere. Men kvalitative funn behøver hverken å være representative eller generaliserbare for å fortjene faglig interesse. Avvikende eller «skarpe» funn kan peke mot relevante fenomen og mønstre det ellers kan være vanskelig å få øye på. Og problemer knyttet til svulmende, inkohærente og selvrefererende psykiatriske journaler er beskrevet også av andre (2). De overveldende journaltekstene kan også tolkes som et uttrykk for et dehumanisert og paternalistisk fagmiljø. For når sant skal sies, representerer en psykiatrisk journaltekst uten spor av intellektuelle overveielser og koherens et maktovergrep – et svik mot pasienten. Svarteper til fagfolkene.

La meg likevel søke etter flere perspektiv, inspirert av artikkelforfatterens henvisning til skripernes mulige maktesløshet. Da går jeg til et omsorgsetisk rammeverk av Vosman og Niemeijer (3), nylig anvendt i vitenskapsteoretiker og psykiater Caroline Engens analyse av bevegelsen #legermåleve (4). Utgangspunktet er hvordan senmodernitetens grunnleggende usikkerhet, preget av ustabile kunnskapsgrunnlag, standardiseringspress og institusjonelle krav om kontroll, gjør det vanskelig å gi omsorg i moderne helseinstitusjoner. God helsehjelp forutsetter nemlig en situasjonssensitiv dømmekraft som nettopp ikke lar seg standardisere.

Vosman og Niemeijer inviterer til en treleddet refleksjon: Anerkjenn først de involvertes beskrivelse av egen virkelighet (*think along*). Søk deretter flere perspektiv på saken (*counter-think*), så kan du eventuelt utvikle nye måter å arbeide på (*re-think*). I tråd med dette tar Engen sine #legermåleve-kolleger opplevelse av overveldende arbeids- og tidspress på alvor (*think along*). Den nærliggende løsningen på dette refleksjonsnivået vil være kvantitativ, altså at flere leger må håndtere færre pasienter, men analysen går dypere enn som så. I neste ledd rettes oppmerksomheten mot kvalitetene ved de styringssystemene som i økende grad former legers arbeidshverdag. Har vi nådd et stadium der senmodernitetens instrumentelle krav til dokumentasjon, kategorisering, etterrettelighet, kontroll og risikostyring truer både legenes og pasientenes identitet, integritet og opplevelse av mening? Er det institusjonelle produksjonspresset ikke bare kvantitativt høyt, men også kvalitativt ganske umenneskelig?

På samme analytiske nivå er veien ikke lang fra overveldet kliniker til inflaterte, defensive og subjektløse journaltekster. Kanskje er da disse heller et uttrykk for institusjonell undertrykkelse av nødvendig profesjonell autonomi enn paternalisme. Resultatet blir at spontan og kreativ medmenneskelighet forvitrer. Gir analysen av ti pasientjournaler innblikk i en kultur der bare de mest egenrådige klinikerne vil velge, eller skal vi si våge, å tre fram som et skrivende jeg med egne overveielser, undring og usikkerhet? Pasientene har fått styrkede rettigheter til innsyn, medvirkning og samvalg. Men hvor realistisk er tilfriskning i et institusjonelt klima der skriverne pliktoppfyllende dokumenterer at pasienten ble gitt «rom og tid til å fortelle» (1) – uten at den delte historien utløser synlig refleksjon eller respons.

Forskerne lette etter «pasientens stemme», men deres erfaringer og perspektiv kom knapt til uttrykk

Hva så med siste nivå (*re-think*)? Kan skriverne ta journalen tilbake? I så fall må det skje innen rammene av et framtidig, nytenkt psykisk helsevern som er helsefremmende og bærekraftig, både for pasienter og fagfolk. Men langs veien dit vil vi møte flere utfordringer enn den overordnede, senmoderne styringslogikken. Psykiatrien kjennetegnes jo av stor kunnskapsmessig ustabilitet og usikkerhet. Kontroversene bølger om både samfunnsmandatet og mulighetene (5), diagnosens validitet og nytteverdi (6), og ikke minst hvordan vi dypst sett bør forstå og møte kompleks mental lidelse (7). Midt i alt dette funderer jeg over psykiatrifagets ferske bidrag til Gjør kloke valg-kampanjen. Det første av fire nye råd lyder slik (8): «Unngå å redusere behandling til kun én dimensjon av mennesket». La oss tolke dette som en etterlengtet ny begynnelse snarere enn en tragisk kapitulasjon. ■

Linn Okkenhaug Getz

linn.getz@ntnu.no

Linn Okkenhaug Getz er lege, professor i medisinske atferdsfag og leder av Allmenntilleggs medisinsk forskningsenhet ved NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Aaslestad P, Bakke MCA, Ringen PA et al. Pasientens stemme og skriperens rolle i pasientjournaler i psykisk helsevern. Tidsskr Nor Legeforen 2026; 146. doi: 10.4045/tidsskr.24.0685.
- 2 Lee A. Psychiatric documentation in the 21st century: a trainee perspective. Acad Psychiatry 2025; 49: 290–1.
- 3 Vosman F, Niemeijer A. Rethinking critical reflection on care: late modern uncertainty and the implications for care ethics. Med Health Care Philos 2017; 20: 465–76.
- 4 Engen C. «Doctors must live»: a care ethics inquiry into physicians' late modern suffering. Med Health Care Philos 2025; 28: 275–90.
- 5 Malkomsen A, Solberg CT. Psykiatriens forventningsavklaring. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0182.
- 6 Aarre TF. Eit farvel til psykiatrisk diagnostikk. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0386.
- 7 Rose N. 5E Mental Health? Notes on an emerging style of thought. Transcult Psychiatry 2025; 62: 325–40.
- 8 Norsk psykiatrisk forening. Gjør kloke valg. Lest 1.2.2026.

VYNDAQEL[®]

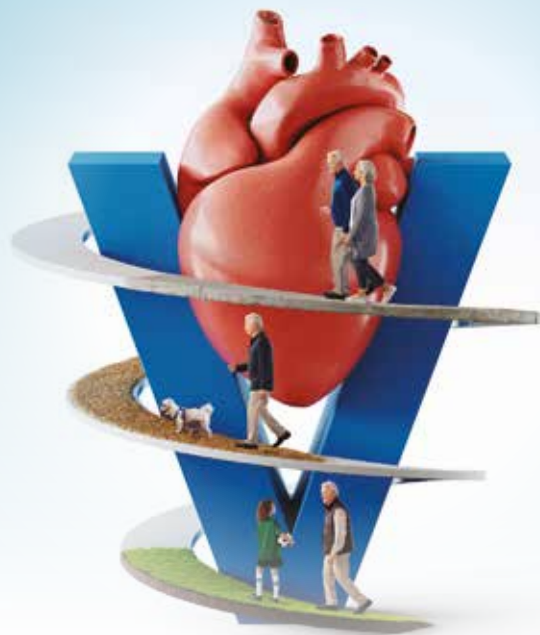
ATTR-CM* BEHANDLING MED DOKUMENTERT EFFEKT PÅ OVERLEVELSE^{1,4}

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



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

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



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

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

Kriterier for forskrivning på H-resept:

- Oppstart av behandling kan kun gjøres av kardiolog med erfaring i behandling av transtyretin amyloidose (ATTR), ansatt ved universitetssykehus eller annet helseforetak med kardiologisk enhet med kompetanse på behandling for denne pasientgruppen.

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

Før forskrivning, konsulter preparatmtalen på www.legemiddelsok.no

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



Nanja Rogne* 1

nanja.katrine.rogne@hel.oslo.kommune.no

Nora Langeland* 1**Dina Midttun 1,2****Odd Martin Vallersnes 3,4**

- 1 Overgrepsmottaket i Oslo, Allmennlegevakten, Helseetaten Oslo kommune
- 2 Faggruppe for overgrepsmottak, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktdisin, NORCE
- 3 Avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo
- 4 Legevakten i Oslo, Allmennlegevakten, Helseetaten Oslo kommune

* Nanja Rogne og Nora Langeland har bidratt i like stor grad til denne artikkelen.

Medisinsk oppfølging ved Overgrepsmottaket i Oslo

Bakgrunn og formål

Seksuelle overgrep er forbundet med alvorlige helsekonsekvenser. Tilpasset medisinsk oppfølging etter seksuelle overgrep kan ha stor betydning i en sårbar fase og forebygge langvarige helseplager. Vi ønsket å finne ut hvor mange som møtte til medisinsk oppfølging ved Overgrepsmottaket i Oslo, hvor mange som uteble, og om disse møtte etter gjenetablert kontakt.

Materiale og metode

Som et kvalitetssikringsprosjekt gjorde vi en retrospektiv observasjonsstudie av pasienter ved Overgrepsmottaket i Oslo i 2022. Journalnotater til og med 26 uker etter ankomst ble gjennomgått. Vi registrerte oppmøte og uteblivelse fra medisinske kontroller og om uteblitte pasienter møtte etter gjenetablert kontakt.

Resultater

Av de 579 pasientene som takket ja til medisinsk oppfølging, møtte 275 (47,5 %) pasienter til sine medisinske kontroller som avtalt. Det ble forsøkt gjenetablert kontakt med 274 pasienter, og av disse møtte 169 (61,7 %) til én eller flere kontroller. Totalt møtte 444/579 (76,7 %) til én eller flere kontroller.

Fortolkning

Resultatene kan tyde på at Overgrepsmottaket praksis med å gjenetablere kontakt med uteblitte pasienter bidrar til at flere får tilbud om helsehjelp etter seksuelle overgrep.

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.

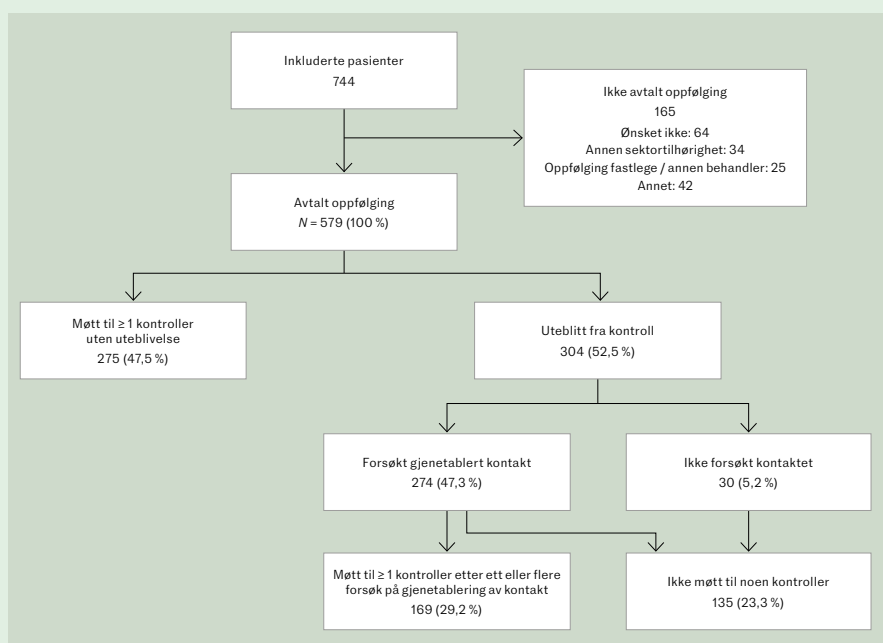


Hovedfunn

Ved Overgrepsmottaket i Oslo møtte 169/274 (61,7 %) uteblitte pasienter til én eller flere kontroller etter aktiv gjenetablert kontakt.

Totalt møtte 444/579 (76,7 %) som takket ja til medisinsk oppfølging, til én eller flere kontroller.

Figur 1 Pasientinklusion og oppmøte til oppfølging ved Overgrepsmottaket i Oslo i 2022.



Overgrep, overgrepsmottak og forebygging

Akutthjelpen fungerer, men manglende oppfølging kan svekke kvaliteten.

Overgrepsmottaket i Oslo ble etablert i 1986 som ett av de første i Europa av sitt slag. Mottaket drives etter en multidisiplinær modell, der rettsmedisinske, medisinske og psykososiale behov ivaretas på samme sted uavhengig av om et overgrep er meldt til politiet eller ikke. Overgrepsmottaket i Trondheim, som ligger på kvinneklinikken på St. Olavs hospital, kom i 1989. I dag er det 23 slike mottak i landet (1). Den akutte oppfølgingen ser stort sett ut til å fungere godt (2), men bare halvparten av mottakene tilbyr noen form for oppfølging.

I en artikkel som nå publiseres i Tidsskriftet, beskriver Rogne og medarbeidere resultatene av en kvalitetsstudie fra Overgrepsmottaket ved Oslo legevakt (3), der man har etablert en aktiv oppfølging av pasienter som ikke møter til medisinsk kontroll etter første undersøkelse etter overgrepet. Tiltaket førte til en markant økning i andelen pasienter som gjennomførte medisinsk etterkontroll, fra under halvparten til nær 80 % (3). Dette er viktige funn, for når pasientene først oppsøker et overgrepsmottak, må man gripe muligheten til forebyggende helsehjelp. Dette kan omfatte tiltak som testing for seksuelt overførbare infeksjoner, livmorhalsprøve og tilbud om prevensjon. En systematisk etterkontroll kan dermed bidra både til å ivareta pasientens helsetilstand på kort sikt og til å forebygge langvarige komplikasjoner. Mange overgrepsmottak mangler imidlertid ressurser til tilsvarende oppfølging. At mottaket i Oslo viser at relativt enkle tiltak kan gi betydelige gevinster, kan likevel inspirere andre til å styrke egen praksis innenfor sine rammer.

Studien til Rogne og medarbeidere inkluderer ikke data om den psykososiale oppfølgingen. Det kan være fordi Overgrepsmottaket ved Oslo legevakt har valgt en organisering der medisinsk og psykososial oppfølging er adskilt. Dette er en ulempe, fordi pasientene må forholde seg til flere behandlere på ulike steder. Som forfatterne selv påpeker, er dette lite gunstig for en sårbar gruppe der mange strever med rus, psykiske plager og søvnproblemer (3, 4). Mange utvikler posttraumatisk stresslidelse etter voldtekt (5), og unngåelsesadferd kan bidra til at mange ikke møter til kontrolltime. Å bygge tillit og skape kontinuitet i tjenesten er avgjørende for at pasientene faktisk møter til medisinsk oppfølging.

Norske overgrepsmottak har en tilleggsutfordring ved at Norge, i motsetning til de fleste andre land, ikke har en egen spesialitet i klinisk rettsmedisin. Nasjonal faglig retningslinje understreker at den rettsmedisinske delen skal være integrert i arbeidet ved overgrepsmottakene (6), men dette svikter ofte i praksis. Mange mottak har begrensede ressurser og utfordringer knyttet til finansiering og rettsmedisinsk kompetanse (1). Den rettsmedisinske kommisjonen kommenterer hyppig erklæringer fra mottakene (7), blant annet når samme kliniker skal ivareta både nødvendig behandling og en rettsmedisinsk vurdering.

Er den psykososiale oppfølgingen ved norske overgrepsmottak optimal? Tradisjonelt har man vært

tilbakeholden med å inkludere nylig voldtatte personer i forskning. Men noen nordiske studier viser at slik deltakelse i studier kan gjennomføres på en forsvarlig måte, og at mange opplever det som meningsfullt å bidra til kunnskap (8, 9). Ved NTNU gjennomføres nå en randomisert studie av tidlig psykologisk intervensjon utført av sykepleiere og sosionomer i overgrepsmottakene (10). Vi undersøker om en eksponeringsbasert behandling tidlig etter voldtekt kan redusere posttraumatisk stress-symptomer, somatiske plager og seksualfunksjonen.

Det er på høy tid å etablere et nasjonalt kvalitetsregister for alle pasienter som oppsøker overgrepsmottak, ideelt sett med passivt samtykke, slik at man unngår en for stor seleksjon. Et slikt register vil gi et langt bedre grunnlag for kvalitetsforbedring, tjenesteutvikling og forskning enn dagens fragmenterte dokumentasjon. Dette er også et av hovedmålene i den nordiske foreningen for overgrepsmottak (11): bedre datagrunnlag, høyere kvalitet og tettere samarbeid på tvers av landegrensene. ■

Cecilie Therese Hagemann

cecilie.hagemann@ntnu.no

Cecilie Therese Hagemann er ph.d., spesialist i kvinnesykdommer og fødselshjelp, overlege ved Kvinneklinikken, St. Olavs hospital, med fagansvar for overgrepsmottaket, og førsteamanuensis ved Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Johnsen GE, Delaveris GJM, Midttun D et al. Overgrepsmottak 2023. Status etter innføring av Nasjonal faglig retningslinje for kvalitet og kompetanse i overgrepsmottak. Lest 9.2.2026.
- 2 Haugen S, Hagemann CT, Alsaker K et al. Women's experience of receiving care during acute consultation after a sexual assault. *Health Care Women Int* 2025; 46: 1297–320.
- 3 Rogne N, Langeland N, Midttun D et al. Oppfølging ved Overgrepsmottaket i Oslo. *Tidsskr Nor Legeforen* 2026; 146. doi: 10.4045/tidsskr.25.0530.
- 4 Vik BF, Nøttestad JA, Schei B et al. Psychosocial Vulnerability Among Patients Contacting a Norwegian Sexual Assault Center. *J Interpers Violence* 2019; 34: 2138–57.
- 5 Tiihonen Möller A, Bäckström T, Söndergaard HP et al. Identifying risk factors for PTSD in women seeking medical help after rape. *PLoS One* 2014; 9: e111136.
- 6 Helsedirektoratet. Overgrepsmottak – kvalitet og kompetanse. Lest 9.2.2026.
- 7 Den rettsmedisinske kommisjon. Årsrapport Den rettsmedisinske kommisjon 2024. Lest 9.2.2026.
- 8 Nielsen LH, Hansen M, Elklit A et al. Sexual Assault Victims Participating in Research: Causing Harm When Trying to Help? *Arch Psychiatr Nurs* 2016; 30: 412–7.
- 9 Haugen T, Kjelsvik M, Friberg O et al. Painful, but necessary: a qualitative process evaluation on patient experiences with modified prolonged exposure as early intervention after rape (the EIR study). *Eur J Psychotraumatol* 2025; 16: 2524892.
- 10 Haugen T, Halvorsen JO, Friberg O et al. Modified prolonged exposure therapy as Early Intervention after Rape (The EIR-study): study protocol for a multicenter randomized add-on superiority trial. *Trials* 2023; 24: 126.
- 11 Nordic Society for Sexual Assault Care Centers (NordSAC). Lest 9.2.2026.

Mir Rahman¹

mirar@uio.no

Per Kristian Knudsen^{2,3}**Anette Ramm-Pettersen**^{4,5}**Susanne Gjeruldsen Dudman**^{5,6}**Elisabeth Toverud Landaas**^{6,5}

- 1 Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo
- 2 Infeksjonsmedisinsk sengepost, Avdeling for barnemedisin, Oslo universitetssykehus, Ullevål
- 3 Pediatrisk forskningsinstitutt, Oslo universitetssykehus
- 4 Barneavdeling for nevrofag, Oslo universitetssykehus
- 5 Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo
- 6 Avdeling for mikrobiologi, Oslo universitetssykehus

En nyfødt gutt med feber og kramper

En nyfødt gutt ble innlagt med feber, slapphet, dårlig matlyst og etter hvert kramper. Etter et utfordrende forløp ble det avdekket en alvorlig og viktig årsak til sykdom hos spedbarn, som krever rask diagnostikk for å unngå unødvendig behandling.

Mor til en seks dager gammel gutt tok kontakt med barselavdelingen. Guttene hadde vært slapp og lite interessert i å spise siden utskrivning, med feber det siste døgnet målt til 38,4 °C rektalt. Han ble derfor henvist til barnemedisinsk avdeling. Han hadde blitt født i uke 39 etter induksjon på grunn av redusert fosteraktivitet på kardiokografi. Svangerskapet for øvrig var ukomplisert. Guttene hadde apgarskår 9–9–9, fødselsvekt 3 710 g, lengde 49,5 cm og hodeomkrets 34,5 cm. Oppholdet på barselavdelingen hadde vært uten anmerkninger, og funnene ved barnelegeundersøkelsen andre levedøgn hadde vært normale.

Ved innleggelse fremstod guttene som irritabel og vanskelig å roe ned. Han våknet til med høyfrekvent gråt. Temperaturen var 38,4 °C målt rektalt, med øvrige vitalia innenfor referanseområdet. Huden var kald og blå perifert, med kapillærfylling på to sekunder. Svelget var rødt med lett forstørrede tonsiller uten puss. Vekten var 10 % lavere enn ved fødsel. Funnene ved øvrig klinisk undersøkelse var upåfallende.

Fra videre anamnese kom det frem at mor hadde hatt feber, hodepine og kroppssverk dagene før og etter fødselen. Ved fødselsavdelingen hadde mor hatt negativ urinprøve og nasofarynksprøve for luftvirus. Guttens storebror hadde også vært hjemme fra barnehagen med mild feber, hoste og nesesekresjon dagene rett før og etter deres hjemkomst fra fødeavdelingen.

Feber hos spedbarn under tre måneder er uvanlig, og febrile barn i denne aldersgruppen bør undersøkes av lege.

Guttene var slapp, irritabel og vegret seg for å spise. Slike uspesifikke symptomer kan være tidlige tegn på alvorlig bakteriell infeksjon som det er viktig å utelukke. Samtidig ga feber og rødt svelg, eldre søsken med forkjølelsesymptomer samt feber, hodepine og kroppssverk hos mor mistanke om en viral infeksjon.

Biokjemiske prøver av guttene viste CRP 3,8 mg/L (referanseområde < 5), leukocytter 15,9 × 10⁹/L (9–30 × 10⁹/L), nøytrofile granulocytter 8,7 × 10⁹/L (3–25 × 10⁹/L) og monocytter 2,7 × 10⁹/L (0,1–2,0 × 10⁹/L). Blodkulturer, serum-, urin-, nasofarynks- og avføringsprøver ble sendt til mikrobiologisk undersøkelse. Spinalpunksjon ble forsøkt, men uten hell.

På grunn av barnets alder og uavklart infeksjonsfokus ble det igangsatt intravenøs antibiotikabehandling med ampicillin 50 mg/kg tre ganger per døgn og gentamicin 6 mg/kg én gang per døgn. Guttene ble innlagt for videre utredning og observasjon i påvente av prøvesvar. Under oppholdet hadde han feber målt til 38,6 °C rektalt, som ble dempet av paracetamol. Han ble etter hvert slappere, protesterte mindre og reagerte lite på stikk. Guttene var fullammet og fikk ikke annen væskebehandling.

Neonatal feber med ukjent fokus krever utredning på sykehus. Diagnostikken inkluderer blodkulturer, urindyrkning og nasofarynksprøver samt lav terskel for spinalpunksjon for å avdekke infeksjon i sentralnervesystemet.

Sepsis hos nyfødte som innlegges fra hjemmet, kan forårsakes av blant annet betahemolytiske streptokokker gruppe B og gramnegative tarmbakterier. Det kreves derfor bred empirisk antibiotikabehandling. Behandlingen

Noe å lære av

Komplekse pasienthistorier med vekt på de kliniske vurderingene

justeres dersom mikrobielt agens oppdages, og bør seponeres der det ikke er tegn til bakteriell infeksjon. Empirisk antibiotikabehandling med gentamicin og ampicillin ble startet i henhold til retningslinjene (1). Aciklovir ble ikke gitt, da det ikke forelå mistanke om sentralnervøs infeksjon med herpes simplex-virus.

Etter to dagers innleggelse på barnemedisinsk avdeling kom svarene på nasofarynks-, serum- og avføringsprøvene. PCR av nasofarynksprøven ga negativt resultat for RS-virus, influensavirus, SARS-CoV-2, metapneumovirus, rhinovirus, adenovirus, parainfluenzavirus, enterovirus D68, Chlamydia pneumoniae og Mycoplasma pneumoniae. Serum og avføring var undersøkt med en intern PCR-metode rettet mot entero- og parechovirus, og enterovirus ble påvist i begge prøvematerialene. Gutten begynte å spise mer, vekten steg og temperaturen sank. Da biokjemiske markører passet med en viral infeksjon og det ikke var tydelige tegn til meningitt, ble det ikke gjort flere forsøk på spinalpunksjon, og antibiotikabehandlingen ble seponert. Gutten, som nå var åtte dager gammel, ble skrevet ut med avtale om åpen retur til barnemottaket dersom han skulle få dårligere allmenntilstand og feber.

Enterovirus er en hyppig årsak til neonatal infeksjon (2). Eldre barn har ofte milde eller asymptomatiske forløp, mens nyfødte, spesielt under 30 dagers alder, har høyere risiko for alvorlige forløp. Hepatitt, meningitt og myokarditt er blant manifestasjonene som kan forekomme. I tillegg kan enterovirus hos nyfødte forårsake sepsisliknende sykdom. Fordi enterovirus er vanlig og kan være til stede uten symptomer, utelukker ikke påvisning av viruset samtidig bakteriell infeksjon. Dette gjelder spesielt ved påvisning av enterovirus i avføring. Hos denne gutten ble viruset i tillegg påvist i serum, som taler for symptomgivende infeksjon. De biokjemiske prøvene støttet at barnets sykdom skyldtes en viral infeksjon. Antibiotikabehandlingen ble derfor seponert. Det finnes ikke spesifikk antiviral behandling mot enterovirus, og infeksjonen behandles symptomatisk.

Enterovirus smitter oftest fekalt-oralt eller via dråper eller kontakt med luftveissekret. Smitte fra storesøsken, særlig barnehagebarn, er en vanlig spredningsvei ved virusinfeksjoner hos nyfødte. Hos denne pasienten kan også smitten ha skjedd fra mor, enten før, under eller etter fødselen.

To dager senere kom mor og den nå ti dager gamle gutten tilbake til barnemottaket, grunnet økende feber og irritabilitet. Gutten hadde sovnet lite, og rektal temperatur ble målt til 39,0 °C. Ved undersøkelse gråt han kraftig og var motorisk urolig. Blodprøver viste monocytter i det øvre referanseområdet, men ellers upåfallende verdier. Dyrkning av blodkulturer og urin fra forrige innleggelse viste ingen bakterievekst. Gutten ble innlagt uten oppstart av antibiotika, da infeksjonen fortsatt

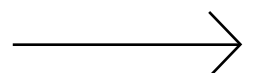
ble tolket som viral. Neste morgen var feberen sunket til 36,6 °C, og familien ble sendt hjem, med åpen retur ved forverring.

Kvelden etter kom mor og sønn igjen til barnemottaket. Gutten hadde hatt gjentatte anfall med kortvarige, symmetriske rykninger i armer og ben. Han ble innlagt på barnemedisinsk avdeling, og sykepleierne observerte flere anfall. I starten hadde han en serie anfall av 2–3 minutters varighet med noen sekunders mellomrom. Senere utviklet de seg til rykninger ved 1–2 minutters varighet som kom omkring én gang i timen. Anfallene var raske, rykkvise og i våken tilstand, og de involverte kroppsdelene varierte fra hodet til én eller flere ekstremiteter. Det ble målt forbigående fall i oksygenmetning ved anfallene, på det laveste til 74 % med sentral cyanose. Klinisk undersøkelse og vitalia, inkludert temperatur, var ellers upåfallende.

Blodprøver viste Hb 16,3 g/dL (14,0–22,0), leukocytter $12,8 \times 10^9/L$, monocytter $2,3 \times 10^9/L$, CRP 1,0 mg/L og glukose 3,8 mmol/L (2,8–4,5). Nevrologen som ble konferert, anbefalte spinalpunksjon og amplitude-integrert elektroencefalografi (aEEG), som ble gjennomført på barneintensivavdelingen. Analyser av spinalvæsken viste leukocytter $180 \times 10^6/L$ (0–30 $\times 10^6/L$), hvorav 99 % var mononukleære celler, totalprotein 3,37 g/L (0,20–0,80) og glukose 1,9 mmol/L. Spinalvæsken ble også sendt til bakteriell dyrkning og virusundersøkelse ved PCR. I tillegg ble det rekvirert et panel med prøver for å utrede medfødte metabolske, autoimmune og genetiske tilstander. Antiepileptisk behandling med intravenøs fenobarbital ble igangsatt, først som en metningsdose på 20 mg/kg, deretter 2,5 mg/kg to ganger per døgn. Samtidig ble det startet opp intravenøs behandling med ampicillin 50 mg/kg tre ganger per døgn, gentamicin 6 mg/kg én gang per døgn og aciklovir 20 mg/kg tre ganger per døgn i påvente av mikrobiologiske prøvesvar.

Neonatale krampeanfall kan ha mange årsaker og kan være første tegn på alvorlig underliggende nevrologisk sykdom hos nyfødte. Behandlingen styres ut fra anfallsårsaken. Blodprøver bør tas raskt for å avdekke infeksjon, hypoglykemi, elektrolyttforstyrrelser eller forstyrret syre-base-status. Spinalpunksjon utføres tidlig fordi sentralnervesystemisk infeksjon krever rask behandling. Spinalvæsken kan undersøkes for mikrobielle agens, autoimmune sykdommer og metabolske tilstander. Bilde-diagnostikk gjøres for å undersøke strukturelle årsaker til anfall, som blødninger, medfødte anomalier eller tromber. Prøver for å avdekke sjeldne genetiske årsaker til anfall kan være aktuelt. Uavhengig av etiologien er fenobarbital førstelinje antiepileptika ved neonatale anfall (3).

Pasienten hadde moderat forhøyet celletall i spinalvæske og kliniske symptomer forenlig med meningoencefalitt. Grunnet funnene i serum og avføring ble enterovirus ansett å være mest sannsynlige etiologi, men aciklovir og antibiotika ble gitt inntil man kunne utelukke herpes simplex-virus, varicella zoster-virus og bakteriell årsak til meningitt.



De neste dagene var gutten på sykehuset for observasjon og videre utredning. aEEG viste serier med epileptisk aktivitet. Det ble beskrevet iktale løp svarende til kliniske anfall. Etter oppstart med fenobarbital opphørte den kliniske anfallsaktiviteten. Mikrobiologisk undersøkelse av spinalvæsken påviste enterovirus, men ikke herpes simplex-, varicella zoster- eller parechovirus, og det var ingen oppvekst av bakterier. Antibakteriell og antiviral behandling ble seponert. MR caput ble utført og viste ingen patologi.

Etter fem dagers innleggelse ble den nå tre uker gamle gutten vurdert som stabil og utskrevet fra sykehuset. Ved utskrivning ble fenobarbitaldosen endret til 4,6 mg/kg/døgn som mikstur. På kontroll én måned senere hadde han ikke hatt noen nye anfall. Klinisk undersøkelse og EEG var uten anmerking. Fenobarbitaldosen ble redusert til 3,5 mg/kg/døgn. Ved kontroll etter tre måneder ble gutten vurdert som helt frisk, og fenobarbital ble trappet gradvis ned og seponert. I mellomtiden kom svar fra referanselaboratoriet for polio- og enterovirus på Folkehelseinstituttet om at enteroviruset som ble påvist hos gutten, var av typen coxsackievirus B5. På kontroll ved to års alder hadde gutten ikke hatt nye anfall, og ut ifra anamnese og klinisk undersøkelse hadde han normal utvikling både motorisk, språklig og sosialt.

Diskusjon

Systemiske infeksjoner hos nyfødte medfører ofte mer uspesifikke symptomer og funn enn hos eldre barn. Diagnostikk og utredning kan derfor være utfordrende. Klinisk presentasjon hos dette barnet inkluderte vekslende feber, slapphet, redusert matinntak og irritabilitet. Dette kan være symptomene på milde, ufarlige infeksjoner, men også på kritisk sykdom hos barn.

Mortalitetsraten ved neonatal sepsis er anslått til 11–19% globalt (4). Nyfødtes immunforsvar er umodent, og det er økt risiko for alvorlige infeksjoner. De vanligste bakterielle agens er gruppe B-streptokokker, *Escherichia coli* og stafylokokker, men også virale agens som enterovirus, parechovirus og herpes simplex-virus kan gi et slikt bilde (5).

Enterovirus er en mindre kjent, men ikke sjelden årsak til feber og sepsislignende sykdom i nyfødteperioden (6). Viruset har flere undergrupper som kan gi et bredt spekter av sykdomspresentasjoner, avhengig av hvilket organ som affiseres. I de fleste tilfeller er enterovirusinfeksjoner milde og selvbegrensende. Asymptomatisk infeksjon og uspesifikk febersykdom er vanligst. Andre manifestasjoner inkluderer øvre luftveisinfeksjon, hånd-, fot- og munnsykdom, meningitt, perikarditt og myokarditt. Virusreplikasjon starter i nasofarynx og etterfølges av en viremisk fase som tar viruset til ulike målorganer. Den endelige replikasjonen skjer i tarmen, derav navnet enterovirus (navnet skyldes altså ikke at det gir symptomer fra tarm). De vanligste smitemåtene er fekal-oralt og via luftveissekret. Vertikal smitte forekommer også i sjeldne tilfeller (2).

Forekomsten av forskjellige subtyper enterovirus varierer over tid og med geografisk lokalisasjon. De siste årene er det rapportert utbrudd med subtyper som har forårsaket alvorlig sykdom hos nyfødte, blant annet echovirus 11 og coxsackievirus B5. Sistnevnte, som ble påvist hos vår pasient, er blant de hyppigst forekommende variantene (7).

Risikofaktorer for alvorlig forløp inkluderer prematuritet, feber hos mor før og under fødsel samt sykdom hos barnet dagene etter fødsel (8). I den aktuelle sykehistorien er det to sannsynlige smitteveier. Pasientens mor hadde feber,

kvalme og hodepine like før, under og etter fødselen. Samtidig var det et barnehagebarn i familien med katarralia i samme tidsperiode. Det ble tatt nasofarynksprøve av mor dagen hun fødte, og vi innhentet i ettertid samtykke til å analysere denne for enterovirus. Analysen viste enterovirus av subtypen coxsackievirus B5, altså samme enterovirus-type som ble påvist hos barnet. Dette sannsynliggjør smitte fra moren til barnet, hvilket kan ha skjedd intrauterint, under fødselen, ved kontakt med luftveissekret eller ved fekal-oral smitte etter fødselen (2, 9). At viruset ble påvist i mors nasofarynkssekret, kan tyde på at infeksjonen hennes var i en tidlig fase. Dermed hadde det sannsynligvis ikke vært tilstrekkelig tid til produksjon av antistoffer som kunne ha beskyttet barnet ved overføring over placenta (10).

Enterovirusinfeksjon hos nyfødte kan være utfordrende å skille fra bakterielle infeksjoner og sepsis. Sepsis er livstruende og krever rask behandling med empirisk bredspektret antibiotika. Denne sykehistorien illustrerer en situasjon der antibiotikabehandling ble startet på rett grunnlag, men raskt kunne seponeres etter påvisning av enterovirus. Diagnostikk av enterovirusinfeksjon hos nyfødte med feber er avgjørende for å unngå unødvendig antibiotikabehandling. Ved uavklart feber, sepsis og sentralnervøs infeksjon anbefales prøvetakning fra spinalvæske, blod, avføring og eventuelt nasofarynx for påvisning av enterovirus (11). Man bør også utelukke parechovirus, som er beslektet med enterovirus og kan gi liknende alvorlig sykdom.

Det finnes ingen effektiv antiviral behandling mot enterovirusinfeksjoner. Intravenøst immunoglobulin har vist varierende effekt og kan vurderes i svært alvorlige og livstruende tilfeller, for eksempel ved hepatitt, myokarditt og nyresvikt, der enkelte studier har vist mulig effekt (2). Ved krampeanfall er fenobarbital førstevalget hos nyfødte, etterfulgt av fosfenytoin og levetiracetam (3).

Til tross for at enterovirus er den hyppigste årsaken til meningitt hos nyfødte, er kunnskap om langtidskonsekvensene begrenset. Det foreligger få studier, med små kohorter og ulike oppfølgingsmetoder. I de fleste studiene har man ikke funnet tegn til sekveler (12–14), og sekveler er sjeldnere etter enterovirusmeningitt enn etter bakteriell meningitt (12). Samtidig er det i enkelte studier observert økt forekomst av nevrologiske utviklingsforstyrrelser (15–17). Muligens kan disse avvikene registreres først etter flere år (17). I Norge er det ingen standardisert langtidsoppfølging av disse pasientene. Det er behov for mer kunnskap om hvilken oppfølging som trengs, for å sikre tidlig identifisering og intervensjon ved utviklingsavvik. ■

Pasientens foresatte har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Takk til referanselaboratoriet for polio og enterovirus ved Folkehelseinstituttet for typebestemmelse av viruset, utført som ledd i den nasjonale polio- og enterovirusovervåkingen.

Artikkelen er fagfellevurdert. Mottatt 3.6.2025, første revisjon innsendt 20.9.2025, godkjent 19.11.2025.

Mir Rahman

mirar@uio.no

Mir Rahman er medisinstudent. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Per Kristian Knudsen

Per Kristian Knudsen er ph.d., spesialist i barnesykdommer og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Anette Ramm-Pettersen

Anette Ramm-Pettersen er spesialist i barnesykdommer, overlege og avdelingsleder og førsteamanuensis. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Susanne Gjeruldsen Dudman

Susanne Gjeruldsen Dudman er spesialist i medisinsk mikrobiologi, professor og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Elisabeth Toverud Landaas

Elisabeth Toverud Landaas er spesialist i medisinsk mikrobiologi, overlege og førsteamanuensis. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Helsebiblioteket. Nyfødtveileder 4.1 - Neonatal sepsis. Lest 14.9.2025.
- Chuang YY, Huang YC. Enteroviral infection in neonates. *J Microbiol Immunol Infect* 2019; 52: 851–7.
- Ziobro J, Shellhaas RA. Neonatal Seizures: Diagnosis, Etiologies, and Management. *Semin Neurol* 2020; 40: 246–56.
- Fleischmann-Struzek C, Goldfarb DM, Schlattmann P et al. The global burden of paediatric and neonatal sepsis: a systematic review. *Lancet Respir Med* 2018; 6: 223–30.
- Glaser MA, Hughes LM, Jnah A et al. Neonatal Sepsis: A Review of Pathophysiology and Current Management Strategies. *Adv Neonatal Care* 2021; 21: 49–60.
- Tomatis Souverbielle C, Erdem G, Sánchez PJ. Update on nonpolio enterovirus and parechovirus infections in neonates and young infants. *Curr Opin Pediatr* 2023; 35: 380–9.
- Dudman S, Klundby I, Øverbø J et al. Trends in the enterovirus surveillance in Oslo, Norway before and during the COVID-19 pandemic. *Front Virol* 2024; 3: 1343781.
- Sandoni M, Ciardo L, Tamburini C et al. Enteroviral Infections in the First Three Months of Life. *Pathogens* 2022; 11: 60.
- Modlin JF. Perinatal echovirus infection: insights from a literature review of 61 cases of serious infection and 16 outbreaks in nurseries. *Rev Infect Dis* 1986; 8: 918–26.
- Modlin JF, Polk BF, Horton P et al. Perinatal echovirus infection: risk of transmission during a community outbreak. *N Engl J Med* 1981; 305: 368–71.
- Harvala H, Broberg E, Benschop K et al. Recommendations for enterovirus diagnostics and characterisation within and beyond Europe. *J Clin Virol* 2018; 101: 11–7.
- Bergman I, Painter MJ, Wald ER et al. Outcome in children with enteroviral meningitis during the first year of life. *J Pediatr* 1987; 110: 705–9.
- Berlin LE, Rorabaugh ML, Heldrich F et al. Aseptic meningitis in infants < 2 years of age: diagnosis and etiology. *J Infect Dis* 1993; 168: 888–92.
- Kadambari S, Braccio S, Ribeiro S et al. Enterovirus and parechovirus meningitis in infants younger than 90 days old in the UK and Republic of Ireland: a British Paediatric Surveillance Unit study. *Arch Dis Child* 2019; 104: 552–7.
- Baker RC, Kummer AW, Schultz JR et al. Neurodevelopmental outcome of infants with viral meningitis in the first three months of life. *Clin Pediatr (Phila)* 1996; 35: 295–301.
- van Hinsbergh T, Elbers RG, Bouman Z et al. Neurodevelopmental outcomes of newborns and infants with parechovirus and enterovirus central nervous infection: a 5-year longitudinal study. *Eur J Pediatr* 2022; 181: 2005–16.
- Martin NG, Williman J, Walls T et al. Neurodevelopmental Outcomes Following Childhood Viral Meningitis in Canterbury New Zealand. *Pediatr Infect Dis J* 2024; 43: 924–30.

Annonse



Enkeltstående behandlingsdager – hva krever Nav?

Når din pasient er under nødvendig medisinsk behandling en hel dag i uken, kan sykepengen ved enkeltstående behandlingsdager være rett ytelse etter folketrygdløven.

Nav krever at sykmelder dokumenterer følgende fire vilkår:

- Pasienten må være under godkjent behandling fra offentlig godkjent helsepersonell
- Virkningen av behandlingen må gjøre at pasienten ikke kan arbeide
- Det må være nødvendig med fravær fra arbeid i én hel arbeidsdag per uke
- Sykmelder må begrunne hvorfor virkningen av behandlingen gjør det nødvendig at pasienten ikke arbeider

Unngå forsinket saksbehandling – sørg for korrekt informasjon i sykmeldingen

- Kryss av i punkt 4.4 og oppgi nøyaktig antall enkeltstående behandlingsdager.
- I felt 8 begrunnes de fire vilkårene over.

Begrunn nøye hvordan virkningen av behandlingen fører til arbeidsuførhet for din pasients arbeidssituasjon. Dokumentasjon fra lege og behandler vektlegges.

Eksempler:

Godkjent behandling

Trening med veiledning
Heldagskurs som obligatorisk del av behandling (fedmebehandling/
diabeteskurs)
Bivirkning

Ikke godkjent behandling

Egentrening
Halvdagskurs
Behandling rettet mot forebygging av sykdom
Praktiske årsaker som reise og omsorgsoppgaver

Eksempler på medisinsk behandling finner du i det oppdaterte rundskrivnet (folketrygdloven 8-4, andre ledd bokstav b)

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

Amina Dokara ^{1,2}
amina.dokara@gmail.com

Anne Torunn Mengshoel ³
Hedda von der Lippe ⁴
Jan Mikael A. Gerl ⁵
Kirsten Bjerkreim Strand ⁶

1 Øre-nese-hals-avdelingen, Lovisenberg diakonale sykehus
2 Akershus universitetssykehus
3 Avdeling for bakteriologi, Folkehelseinstituttet
4 Infeksjonsmedisinsk avdeling, Akershus universitetssykehus
5 Øre-nese-hals-avdelingen, Akershus universitetssykehus
6 Avdeling for mikrobiologi og smittevern,
Akershus universitetssykehus

Infeksjon med sjelden ikke-tuberkuløs mykobakterie etter injeksjon av hyaluronsyre

Komplikasjoner etter injeksjonsbehandling krever klinisk årvåkenhet og samarbeid mellom ulike spesialiteter for å unngå forsinket pasientbehandling.

En kvinne i 50-årene ble henvist til øre-nese-hals-avdeling etter fire uker med rødme, smerte og hevelse på neseryggen. Pasienten hadde skadet nesen i en trafikkulykke 30 år tidligere. Nesen ble rekonstruert 15 år etter skaden med et silikonimplantat langs neseryggen. To måneder før symptomdebut hadde hun fått injeksjoner med hyaluronsyrefiller i nese og kinn. All behandling var utført utenlands. Før henvisning hadde hun blitt behandlet av avtalespesialist med klindamycin og metronidazol peroralt i henholdsvis fem og seks dager samt hydrokortison/oksytetrasyklin/polymyxin B-salve uten klinisk bedring. Informasjon om dyrkningsprøve forelå ikke. Hun hadde HbeAg-negativ kronisk hepatitt B-virusinfeksjon, men ingen immunsvikt eller diabetes mellitus.

Ved undersøkelse fant man en rødlig lesjon med sår-dannelse på neseryggen. Hun var i god allmenntilstand og

afebril. Gjennom en insisjon i huden ble puss evakuert og sendt til bakteriologisk undersøkelse, og det ble startet behandling med dikloksacillin 500 mg peroralt \times 4 i syv dager. Bakteriologisk undersøkelse var uten oppvekst.

Initialt opplevde hun bedring, men symptomene residierte etter to uker. Det ble tatt ny prøve til bakteriologisk undersøkelse og vevsprøve fra sårkanten til histologisk undersøkelse. Hun fikk lokalbehandling med fusidinsyresalve. Histologi viste granulasjonsvev uten tegn til atypi. Bakteriologisk undersøkelse var uten vekst. Ved begge anledninger ble pussprøvene inkubert i to døgn aerobt ved 5% CO₂ og tre døgn anaerobt, begge i 35 °C, som er standard ved denne typen prøvemateriale.

En vurderte at fjerning av silikonimplantatet ville gi stor funksjonell og kosmetisk defekt, og tilstrebet derfor sekundær tilheling. Ved kontroll etter totalt fem måneder var det kliniske bildet uendret (figur 1). CT viste bløtvevsreaksjon omkring silikonimplantatet, men ingen abscess eller fistulering. Det var heller ikke tegn til fistel ved endoskopi. På ny ble det tatt prøver til bakteriologisk undersøkelse: to prøver fra såret og én fra neseslimhinne. Rekvisisjonen inneholdt mer utfyllende klinisk informasjon om sykdomsforløpet, og mikrobiologen besluttet å sende prøvene til forlenget aerob og anaerob dyrkning. Prøver ble også sendt til dyrkning av mykobakterier ved et samarbeidende laboratorium.

Etter aerob dyrkning i seks døgn ble det påvist vekst av grampositive stavbakterier i alle prøvene, og ved anaerob dyrkning ble det påvist vekst av *Cutibacterium acnes*. De grampositive stavbakteriene ble identifisert ved 16S rRNA-sekvensering som en hurtigvoksende ikke-tuberkuløs mykobakterie, mest forenlig med *Mycobacterium wolinskyi*. Isolatet ble sendt til Nasjonalt referanselaboratorium for mykobakterier ved Folkehelseinstituttet for videre identifikasjon og resistensbestemmelse. Isolatet ble helgenomsekvansert og *M. wolinskyi* kom ut som nærmeste treff i den benyttede databasen (1).

Figur 1 Pasient med silikonimplantat i nesen og kronisk infeksjon i hud.



Det ble konferert med infeksjonsmedisiner. Implantatet ble ansett som sannsynlig driver av infeksjonen og ble fjernet (figur 2). Antibiotikabehandling med peroral ciprofloksacin 500 mg \times 2 og doksycyklin 100 mg \times 2 ble igangsatt, med planlagt behandling i minst 3 måneder. *Cutibacterium acnes* ble vurdert som tilstrekkelig håndtert ved fjerning av fremmedlegemet. Pasienten autoseponerte antibiotikabehandlingen etter 14 uker. Da var såret tilhelet, og hun hadde opplevd gastrointestinale bivirkninger.

Kontrolltime tre måneder etter behandlingsslutt, og nesten ett år etter symptomdebut, viste ingen tegn til residiv. Fjerning av silikonimplantatet førte til at nesen kollapset og at pasienten utviklet pustevansker. Hun har i etterkant gjennomgått omfattende rekonstruksjon av nesen med brusk fra ribbein.

Diskusjon

Ikke-tuberkuløse mykobakterier er en mangfoldig gruppe lavpatogene miljøbakterier som normalt forekommer i jord og vann. De deles inn i hurtig- og langsomtvoksende arter og kan forårsake et stort spekter av sykdommer, inkludert hud- og bløtdelsinfeksjoner (2). Mykobakterienes lipidrike cellevegg og deres evne til å danne biofilm gjør at de overlever i miljøet og gjør dem motstandsdyktige mot antibiotika og desinfeksjonsmidler. Selektiv dyrkning er avgjørende ved mistanke om mykobakterieinfeksjoner, selv om hurtigvoksende mykobakterier kan påvises ved forlenget alminnelig bakteriologisk undersøkelse (3). Flere ikke-tuberkuløse mykobakterier har blitt rapportert som årsak til helsetjenesteassosierte infeksjoner etter kirurgiske inngrep og andre hudpenetrerende prosedyrer. Eksponering for kontaminert vann, inklusivt kranvann, er en risikofaktor for utvikling av slik infeksjon (2, 4).

Kroniske sårinfeksjoner med ikke-tuberkuløse mykobakterier relatert til kirurgi og injeksjonsbehandling er rapportert som et økende problem internasjonalt. Vi isolerte en uvanlig hurtigvoksende mykobakterie, som først ble beskrevet i 1999 (5). I litteraturen er det per mai 2024 rapportert 35 tilfeller av *M. wolinskyi* som årsak til infeksjon. Infeksjonsfokus er oftest hud- og bløtdelsinfeksjoner i etterkant av kirurgi eller kosmetiske prosedyrer (6).

Identifikasjon og resistensbestemmelse er viktig for best mulig behandling av hurtigvoksende ikke-tuberkuløse mykobakterier. Behandlingen av vår pasient ble basert på publiserte kasuistikk og resistensbestemmelsen. Isolatet var resistent mot klaritromycin, et middel som ofte benyttes i behandling av infeksjoner med andre ikke-tuberkuløse mykobakterier. Vår pasient fikk kortere varighet av antibiotikabehandlingen enn det som er beskrevet i de fleste tidligere publiserte kasuistikkene, men oppnådde likevel terapeutisk suksess (6).

Pasienten møtte flere behandlere, og manglende kontinuitet kan vanskeliggjøre god oppfølging. Det tok over seks måneder fra første konsultasjon til korrekt diagnose ble stilt. Først etter tredje prøvetaking ble det rekvirert utvidet bakteriologisk diagnostikk, som ledet til diagnosen. Vår kasuistikk illustrerer viktigheten av årvåkenhet hos helsepersonell for å unngå forsinket behandling av pasienter med kutane infeksjoner forårsaket av ikke-tuberkuløse mykobakterier. ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 22.6.2025, første revisjon innsendt 17.9.2025, godkjent 1.12.2025.



Figur 2 Silikonimplantat fjernet fra pasientens nese.

Amina Dokara

amina.dokara@gmail.com

Amina Dokara er lege i spesialisering i øre-nese-hals-sykdommer. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Anne Torunn Mengshoel

Anne Torunn Mengshoel er spesialist i medisinsk mikrobiologi og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Hedda von der Lippe

Hedda von der Lippe er spesialist i infeksjonsmedisin og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jan Mikael A. Gerl

Jan Mikael A. Gerl er spesialist i øre-nese-hals-sykdommer og fagansvarlig overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kirsten Bjerkreim Strand

Kirsten Bjerkreim Strand er spesialist i medisinsk mikrobiologi og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Chaumeil PA, Mussig AJ, Hugenholtz P et al. GTDB-Tk v2: memory friendly classification with the genome taxonomy database. *Bioinformatics* 2022; 38: 5315–6.
- 2 Brown-Elliott BA, Philley JV. Rapidly growing mycobacteria. *Microbiol Spectr* 2017; 5: TNM17-0027-2016.
- 3 Franco-Paredes C, Marcos LA, Henao-Martínez AF et al. Cutaneous mycobacterial infections. *Clin Microbiol Rev* 2018; 32: e00069-18.
- 4 Ren H, Xiao Y, Tang B et al. The price of beauty: a literature review on non-tuberculous mycobacteria infection after cosmetic procedures. *Aesthet Surg J* 2024; 44: NP574–84.
- 5 Brown BA, Springer B, Steingrube VA et al. *Mycobacterium wolinskyi* sp. nov. and *Mycobacterium goodii* sp. nov., two new rapidly growing species related to *Mycobacterium smegmatis* and associated with human wound infections: a cooperative study from the International Working Group on Mycobacterial Taxonomy. *Int J Syst Bacteriol* 1999; 49: 1493–511.
- 6 Rommens OA, Kolkman WFA, van Wijngaarden P. *Mycobacterium wolinskyi* infection after breast augmentation: A case report and comprehensive review. *IJID Reg* 2024; 11: 100378.

Hvilke variabler bør være med i en regresjonsmodell?

Valg av variabler som skal inkluderes i en regresjonsmodell, avhenger i stor grad av forskningsspørsmålet og studiedesignen.

Det kan være hensiktsmessig å dele observasjonelle studier i tre kategorier: deskriptive, prediktive og kausale (1). Eksempler på forskningsspørsmål i de tre kategoriene er vist i tabell 1. I de to sistnevnte er det ofte aktuelt å benytte en regresjonsmodell i den statistiske analysen.

Prediksjonsmodeller

Formålet med en prediktiv studie kan for eksempel være å lage en prediksjonsmodell som kan brukes til å estimere sannsynligheten for hjerneslag innen 10 år for en person med visse karakteristika (kjønn, alder, blodtrykk, m.m.). I en prediksjonsmodell inkluderer man de variablene som samlet sett gir en god prediksjon, basert på data. Man gjør ingen kausal fortolkning av effekten av de inkluderte variablene (2).

En praktisk anvendelig prediksjonsmodell bør kun inkludere variabler som er enkle å måle i det kliniske arbeidet. En variabel som baseres på observasjoner gjort av klinikere, bør i tillegg ha høyt intra- og interobservatørsamsvar. Variablen bør være sterkt assosiert med det som skal predikeres, men bør ikke inkluderes kun basert på *p*-verdi. Størrelsen av estimatet er heller ikke alltid det viktigste. For eksempel vil en binær variabel med oddsratio på 2,0 være mer relevant enn en (også binær) variabel med oddsratio på 2,5, dersom den første variabelen har en prevalens på 50 % og den andre en prevalens på 1 % (3). Nyttige retningslinjer for slike kliniske prediksjonsmodeller er beskrevet av Collins og medarbeidere (3).

Prediksjonsmodeller bør valideres. Dette kan for eksempel gjøres ved å dele opp det aktuelle datasettet i et treningssett (som man bruker til å bygge modellen) og et testsett, eller ved å bruke tilfeldige utvalg fra datasettet, som ved

bootstrapping (4). I tillegg er det ønskelig å teste modellen på et eksternt datasett.

Kausale modeller

Randomiserte kontrollerte studier er ideelle for å trekke kausale slutninger. Siden slike studier ikke alltid kan gjennomføres, blir observasjonelle studier også benyttet til å estimere effekt av en eksponering eller behandling. Det er ofte nyttig å tegne en rettet asyklisk graf (directed acyclic graph, DAG) for å skaffe oversikt over hvilke variabler som kan påvirke eksponering og utfall. Disse kalles konfunderende variabler, og må tas med i modellen. Her bør man

Medisin og tall

Artikler om statistikk og vitenskapelig metode

både bruke klinisk skjønn og basere seg på publisert litteratur. Under strenge antagelser, blant annet ingen umålt konfundering, er det mulig å estimere kausale effekter fra observasjonelle data. Slike antakelser kan imidlertid ikke verifiseres ut fra observerte data, og i praksis kjenner vi ikke nødvendigvis alle mulige konfundere. Likevel kan det noen ganger være rimelig å anta at sammenhengen er kausal dersom studien er godt planlagt og gjennomført (5, 6).

I en kausal studie er det eksponeringen som er det vesentlige, og effekten av de andre variablene i analysen fortolkes ikke. I en prediksjonsstudie er derimot alle de inkluderte variablene relevante (7).

Interaksjoner

Noen ganger avhenger sammenhengen mellom eksponering og utfall av en annen variabel, for eksempel kan effekten av en behandling være avhengig av nivået av en biomarkør. Da er det rimelig å inkludere et interaksjonsledd i modellen. Igjen er et statistisk signifikansnivå på 5 % neppe det beste kriteriet for å vurdere hvorvidt det er en interaksjon, blant

annet fordi interaksjonstester har lav styrke. Dersom det er en tydelig interaksjonseffekt, bør estimatene presenteres separat for de aktuelle undergruppene.

Følg analyseplanen

Før man gjennomfører analysene, bør man skrive en statistisk analyseplan (8). Et sentralt punkt i planen vil være hvilke variabler som skal inkluderes i analysen, og en begrunnelse for valget. ■

Stian Lydersen

stian.lydersen@ntnu.no

Stian Lydersen er dr.ing. og professor i medisinsk statistikk ved Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – psykisk helse og barnevern (RKBU Midt-Norge) ved Institutt for psykisk helse, NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Eva Skovlund

Eva Skovlund er professor i medisinsk statistikk ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU og spesialrådgiver ved Direktoratet for medisinske produkter. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Hernán MA, Hsu J, Healy B. A Second Chance to Get Causal Inference Right: A Classification of Data Science Tasks. *Chance* 2019; 32: 42–9.
- van Diepen M, Ramspek CL, Jager KJ et al. Prediction versus aetiology: common pitfalls and how to avoid them. *Nephrol Dial Transplant* 2017; 32: ii1–5.
- Collins GS, Moons KGM, Dhiman P et al. TRIPOD+AI statement: updated guidance for reporting clinical prediction models that use regression or machine learning methods. *BMJ* 2024; 385: e078378.
- Steyerberg EW. *Clinical prediction models. A practical approach to development, validation, and updating*. 2. utg. New York, NY: Springer, 2019.
- Gran JM, Stensrud MJ. Målforsøk. *Tidsskr Nor Legeforen* 2021; 141: 466.
- Hernán MA. The C-Word: Scientific Euphemisms Do Not Improve Causal Inference From Observational Data. *Am J Public Health* 2018; 108: 616–9.
- Westreich D, Greenland S. The table 2 fallacy: presenting and interpreting confounder and modifier coefficients. *Am J Epidemiol* 2013; 177: 292–8.
- Lydersen S, Simpson MR. Statistisk analyseplan. *Tidsskr Nor Legeforen* 2026; 146. doi: 10.4045/tidsskr.25.0749.

Tabell 1 Eksempler på forskningsspørsmål i ulike kategorier observasjonelle studier

Deskriptiv	Prediktiv	Kausal
Prevalens av atrieflimmer blant individer > 65 år	Sannsynlighet for iskemisk hjerneslag for individer med gitte karakteristika	Effekt av antikoagulasjonsbehandling på hjerneslagrisiko for individer med gitte karakteristika

En kule bak øyet

CT orbita (aksialsnitt) viser et 3 × 3 mm fremmedlegeme av metall medialt retrobulbært ved høyre nervus opticus. Pasienten var i tenårene og hadde angivelig falt mot en benk og mistet synet på høyre øye. Øyeundersøkelse viste visus håndbevegelse ad oculum og konjunktival ruptur oppad nasalt uten tegn til åpenbar bulbusskade. Samlet vurdering av klinisk presentasjon og bildefunn ga mistanke om penetrerende orbitaskade. Etter hvert kom det fram at det var skutt mot øyeregionen med luftvåpen.

Prosjektilet hadde penetrert orbita ovenfra nasalt, gått kranialt for musculus rectus medialis, beveget seg tangentielt langs bulbus og stoppet mot n. opticus kranio-medialt. Høyenergien fra prosjektilet antas distribuert mot bulbus og n. opticus, med kontusjon av denne, indirekte skade på koroidea gjennom sklera, og subskleral posterior blødning og varig synsutfall som resultat.

Tenåringen ble operert samme dag, og i samsvar med CT-funnet fjernet man en 3 mm stor stålkule retrobulbært. Ved oftalmoskopi dagen etter var det netthinneødem, blod i fremre del av øyet og glasslegemet samt retinal sclopetaria i øvre nasale kvadrant, korresponderende med innslagspunktet for prosjektilet mot yttersiden av bulbus. Chorioretinitis sclopetaria (se fundusbilde på tidsskriftet.no) er definert som samtidig ruptur av retina og underliggende vev som følge av stump høyhastighetstraume. Tilstanden er sjelden og vanligvis forårsaket av et prosjektilet som penetrerer orbita og tangerer



øyeeplet uten å perforere dette (1). Sjokkbølgene forårsaker deformasjon av øyeeplet som gir ruptur av retina og underliggende vev (1). Synsprognosen varierer og avhenger av skadelokaliseringen (2).

Pasienten fikk en varig synsnedsettelse på øyet (visus 0,08). Frykt for politi, barnevern og reaksjon fra foresatte kan være årsaker til å skjule opplysninger for helse-tjenesten. CT orbita bør gjøres ved minste mistanke om skuddskade mot øynene. Udiagnostisert kunne en framtidig MR-undersøkelse vært risikofylt, ved at magnetfeltet ga bevegelse og oppvarming av prosjektilet som kunne ha skadet bulbus, synsnerve og orbitalt vev. ■

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

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 6.7.2025, første revisjon innsendt 19.11.2025, godkjent 1.12.2025.

Frida Marie Ingstad

frida.ingstad@gmail.com

Øyeavdelingen, Oslo universitetssykehus. Frida Marie Ingstad er lege i spesialisering i øyesykdommer. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Paul Debrah Karikari

Avdeling for radiologi og nukleærmedisin, Oslo universitetssykehus. Paul Debrah Karikari er spesialist i radiologi og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Thomas Pedersen Bærlund

Øyeavdelingen, Oslo universitetssykehus. Thomas Pedersen Bærlund

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

Dag Krohn-Hansen

Øyeavdelingen, Oslo universitetssykehus. Dag Krohn-Hansen er ph.d., spesialist i øyesykdommer og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Sadda SR, Schachat AP, Wilkin-son CP et al. red. Ryan's Retina. 7. utg. Vol. 3. Amsterdam: Elsevier, 2022: 2231-2.
- 2 Ludwig CA, Shields RA, Do DV et al. Traumatic chorioretinitis sclopetaria: Risk factors, management, and prognosis. Am J Ophthalmol Case Rep 2019; 14: 39-46.

Lorazepam-responstest

Vi trenger en god norsk oversettelse av det engelske navnet på prosedyren *lorazepam challenge test*.

Lorazepam challenge test er det engelske navnet på prosedyren der legemiddelet lorazepam gis i diagnostisk henseende ved utredning av katatoni, kombinert med kliniske undersøkelser. Formålet med testen er å avgjøre om pasienten har en positiv respons, det vil si om det skjer en bedring av katatonisymptomene i minuttene til timene etter medikamentet er administrert enten intravenøst, intramuskulært eller peroralt (1–3). I dag finnes det oss bekjent ingen god eller allment brukt norsk oversettelse av det engelske navnet.

Interessen for katatoni har økt de siste tiårene (4). Tilstanden ble først beskrevet i 1874 av Karl Kahlbaum (1828–99), men ble i mange år feilaktig oppfattet som en underkategori av schizofreni (5). I nyere diagnostiske manualer klassifiseres katatoni som en selvstendig tilstand (6). En naturlig konsekvens av denne utviklingen er at *lorazepam challenge test* brukes oftere, særlig innen psykisk helsevern (7).

Ulike betydninger

Ordet *challenge* oversettes i substantivform oftest til *utfordring* på norsk, men *utfordring* har en snevrere betydning på norsk enn hva *challenge* har på engelsk. Denne forskjellen gjenspeiles i *Stor engelsk-norsk ordbok*, som har flere forslag til oversettelse (8):

- 1 utfordring, stimulerende oppgave
- 2 (om vaktpost e.l.) anrop, anrops-signal [...]
- 3 (jus) anføttelse
- 4 protest, innsigelse, innvending
- 5 oppfordring, krav
- 6 bestridelse

Disse forslagene fanger imidlertid ikke opp det som i denne sammenhengen er den viktigste forskjellen mellom engelsk og norsk, nemlig at *challenge* ifølge den autoritative ordboken *Merriam-Webster* også kan bety «the act or process of provoking or testing physiological activity by exposure to a specific substance» (9).

Ulike tester

I norsk medisinsk faglitteratur oversettes *challenge* med ulike ord, avhengig av hva som er hensikten med testen. Når formålet er å fremprovosere symptomer,

brukes *provokasjon*, for eksempel matprovokasjon eller direkte bronkial provokasjonstest (10, 11). Dersom man tester et biologisk system, brukes ord som *stimulering*, *suppresjon* og *belastning*, for eksempel ACTH-stimuleringstest (12), deksametason-suppresjonstest (13) og glukosebelastning (14).

Ved *lorazepam challenge test* er hensikten verken å provosere frem symptomer eller stimulere, supprimere eller belastningsteste et biologisk system. Denne testen har til hensikt å fremkalle en behandlingsrespons og bortfall av symptomer. Dette kan gjerne kalles en *ex juvantibus*-tilnærming, det vil si at hvis de kliniske symptomene indikerer katatoni, kan positiv respons fra en slik test med stor sikkerhet bekrefte diagnosen.



Katatonisk tilstand. Illustrasjonsfoto: *Diseases of the Nervous System – A Text-book of Neurology and Psychiatry*, 1915. I offentlig eie

Lorazepamtest er en kortfattet og klinisk lett anvendbar oversettelse av *lorazepam challenge test*, men sier lite om formålet med testen. Den bør derfor ikke være den alminnelige oversettelsen i faglitteratur, retningslinjer og lignende. Vi mener at den norske oversettelsen av *lorazepam challenge test* bør være *lorazepam-responstest*. En slik oversettelse føyer seg inn i rekken av presise norske oversettelser som formidler hensikten ved ulike typer *challenge tests*. Responstest er presist, angir hensikten med testen og viderefører en etablert norsk oversettelsestradisjon. ■

Mottatt 25.6.2025, første revisjon innsendt 4.10.2025, godkjent 30.10.2025.

Ole Kristian Sindland

ole.kristian.sindland@helse-bergen.no

Ole Kristian Sindland er spesialist i psykiatri, overlege ved Psykiatrisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus og ph.d.-stipendiat ved Mohn forskningssenter for psykoselidelser, Haukeland universitetssjukehus og Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jørn Henrik Vold

Jørn Henrik Vold er ph.d., spesialist i psykiatri og i rus- og avhengighetsmedisin, overlege ved Psykiatrisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus og seniorforsker ved Bergen Addiction Research, Avdeling for rusmedisin, Haukeland universitetssjukehus og Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Suchandra HH, Reddi VSK, Aandi Subramaniyam B et al. Revisiting lorazepam challenge test: Clinical response with dose variations and utility for catatonia in a psychiatric emergency setting. *Aust N Z J Psychiatry* 2021; 55: 993–1004.
- 2 Bush G, Fink M, Petrides G et al. Catatonia. I. Rating scale and standardized examination. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 129–36.
- 3 Rosebush PI, Mazurek MF. Catatonia and its treatment. *Schizophr Bull* 2010; 36: 239–42.
- 4 Rosebush PI, Mazurek MF. Catatonia: re-awakening to a forgotten disorder. *Mov Disord* 1999; 14: 395–7.
- 5 Fink M, Shorter E, Taylor MA. Catatonia is not schizophrenia: Kraepelin's error and the need to recognize catatonia as an independent syndrome in medical nomenclature. *Schizophr Bull* 2010; 36: 314–20.
- 6 Rogers JP, Wilson JE, Oldham MA. Catatonia in ICD-11. *BMC Psychiatry* 2025; 25: 405.
- 7 Hirjak D, Fricchione G, Wolf RC et al. Lorazepam in catatonia - Past, present and future of a clinical success story. *Schizophr Res* 2024; 263: 27–34.
- 8 Ordnett.no. *Stor engelsk norsk ordbok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2025. Lest 30.10.2025.
- 9 Merriam-Webster. *Challenge*. Lest 30.10.2025.
- 10 Folkehelseinstituttet. *Praktisk veileder i håndtering av matallergi*. Lest 30.10.2025.
- 11 Nag TN, Myklebust Å. *Generell veileder i pediatri: 7.5 Direkte bronkial provokasjonstesting (metakolin-test)*. Lest 30.10.2025.
- 12 Løvås K, Erichsen MM, Husebye ES et al. *Primaer binyrebarksvikt - årsaker, diagnostikk og behandling*. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 155–8.
- 13 Jørgensen AP, Tazmini K. *Nasjonal veileder i endokrinologi*. 1. utgave. Lest 30.10.2025.
- 14 Helsedirektoratet. *Svangerskapsdiabetes*. *Nasjonal faglig retningslinje* 2023. Lest 30.10.2025.

Emgality®

(galkanezumab) injeksjonsvæske

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

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

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

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

Referanser

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

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

Bivirkninger: Svært vanlige: Generelle: Reaksjon på injeksjonsstedet (inkl. erytem, kløe, blåmerke, hevelse), smerter på injeksjonsstedet. Vanlige: Gastrointestinale: Forstoppelse. Hud: Kløe, utslett. Øre: Vertigo. **Pakninger og priser:** 1 stk. (ferdigfylt penn) kr 5136,30. **Reseptgruppe: C. Refusjon:** Individuell refusjon etter søknad fra spesialist i nevrologi, eller lege ved et offentlig sykehus: Forebyggende behandling av kronisk migrene. Refusjonskoder: ICD-10: G43 / ICP-2: N89 Migrene. Villkår: Kronisk migrene som definert i ICHD-3: Minst 15 hodepinedager per måned, hvorav minst 8 dager er migrenedager, over en periode på mer enn 3 måneder.

Innehaver av markedsføringstillatelsen: Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Holland. **Før forskrivning av Emgality, se preparatomtalen eller Felleskatalogen.** **Basert på SPC godkjent av DMP/EMA: 25.03.2024** For ytterligere informasjon om dette legemidlet, kontakt: Eli Lilly Norge, Innspurten 15, 0663 Oslo, Norge. +47 22 88 18 00 www.lilly.no © 2024 Lilly and Organon. All rights reserved. PP-GZ-NO-0204 / NO-EMG-110007 05/2024

Pankreastransplantasjon – fortsatt et godt behandlingsalternativ ved type 1-diabetes

Transplantasjon med pankreas, i kombinasjon med nyre eller alene, kan gi insulinfrihet. Øycelletransplantasjon er en mindre og enklere prosedyre som kan gi tilbake tidligere svekket følingsrespons og forenkle blodsukkerreguleringen.

Transplantasjonsprogrammet startet i 1983 og inngår i den nasjonale behandlingstjenesten for organtransplantasjon ved Oslo universitetssykehus. Programmet begynte med kombinert transplantasjon av nyre og pankreas til pasienter med terminal nyresvikt og type 1-diabetes, og dette utgjør fremdeles hovedaktiviteten (1). Transplantasjon av pankreas alene og transplantasjon av isolerte langerhansøyer (øycelletransplantasjon) som tilfører insulin- og glukagonproduserende celler fra donor og kan normalisere mottagernes blodsukkerregulering, er senere tatt inn i programmet for det som felles kalles betacelleerstattende behandling (figur 1) (2). Etter én eller flere øycelletransplantasjoner trenger pasientene vanligvis fortsatt understøttende insulinbehandling, men da ofte i enklere regimer.

I praksis er det nyreleger som henviser til vurdering for kombinert nyre- og pankreastransplantasjon, mens endokrinologer henviser til vurdering for transplantasjon av pankreas alene eller øycelletransplantasjon. Sistnevnte gjelder pasienter med særlig vanskelig regulerbar type 1-diabetes med gjentatte alvorlige følinger, reduserte følingssymptomer og ukontrollert sykdom med begynnende senkomplikasjoner. Moderne insulinbehandling med sensorer/smarte insulinpumper har redusert pasientantallet som trenger transplantasjon, men ikke eliminert behovet. For 3 av 100 pasienter med type 1-diabetes ble det i 2024 rapportert minst én episode med alvorlig hypoglykemi siste året til Norsk diabetesregister for voksne (3).

Pasienter som henvises for vurdering av betacelleerstattende behandling, møtes av et tverrfaglig team, der pasientens ønsker blir vurdert opp mot risikoer forbundet med kirurgi og nødvendig livslang immundempende behandling. Transplantasjonslege og -sykepleier kartlegger pasientens sykehistorie og informerer om transplantasjonsalternativer samt virkninger og bivirkninger av immunsuppresjon. En transplantasjonskirurg beskriver kirurgiske prosedyrer og mulige komplikasjoner mens en diabetesspesialist kartlegger hva som er prøvd og eventuelt kan prøves av medisinsk diabetesbehandling og oppfølging. Seksjon for psykosomatikk vurderer pasientens psykiske helsetilstand og risikofaktorer samt motivasjon for transplantasjon. Kartleggingen fra hele transplantasjonsteamet gjennomgås internt og blir meddelt henviseren og pasienten for å sikre at pasienten er godt informert før vedkommende eventuelt blir satt på transplantasjonslisten.

Antallet pankreastransplantasjoner i Norge har nå passert 500, og programmet har gode resultater. Årlig mottar Rikshospitalet 10–20 henvisninger til betacelleerstattende behandling, men antallet henvisninger til kombinert nyre- og pankreastransplantasjon er for tiden betydelig mindre enn i Sverige og Finland. Vi informerer derfor nå om behandlingsalternativet i ulike kanaler, da vi har tro på at flere pasienter bør tilbys betacelleerstattende behandling også i Norge. ■

Mottatt 17.12.2025, første revisjon innsendt 13.1.2026, godkjent 19.1.2026.

Espen Nordheim

b23697@ous-hf.no

Espen Nordheim er spesialist i indremedisin og i nyresykdommer og overlege ved Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Trond Geir Jensen

Trond Geir Jensen er spesialist i indremedisin og i nyresykdommer, overlege ved Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo universitetssykehus og professor emeritus ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jørn Petter Lindahl

Jørn Petter Lindahl er spesialist i indremedisin og i nyresykdommer og overlege ved Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kristine Lyck Fasting

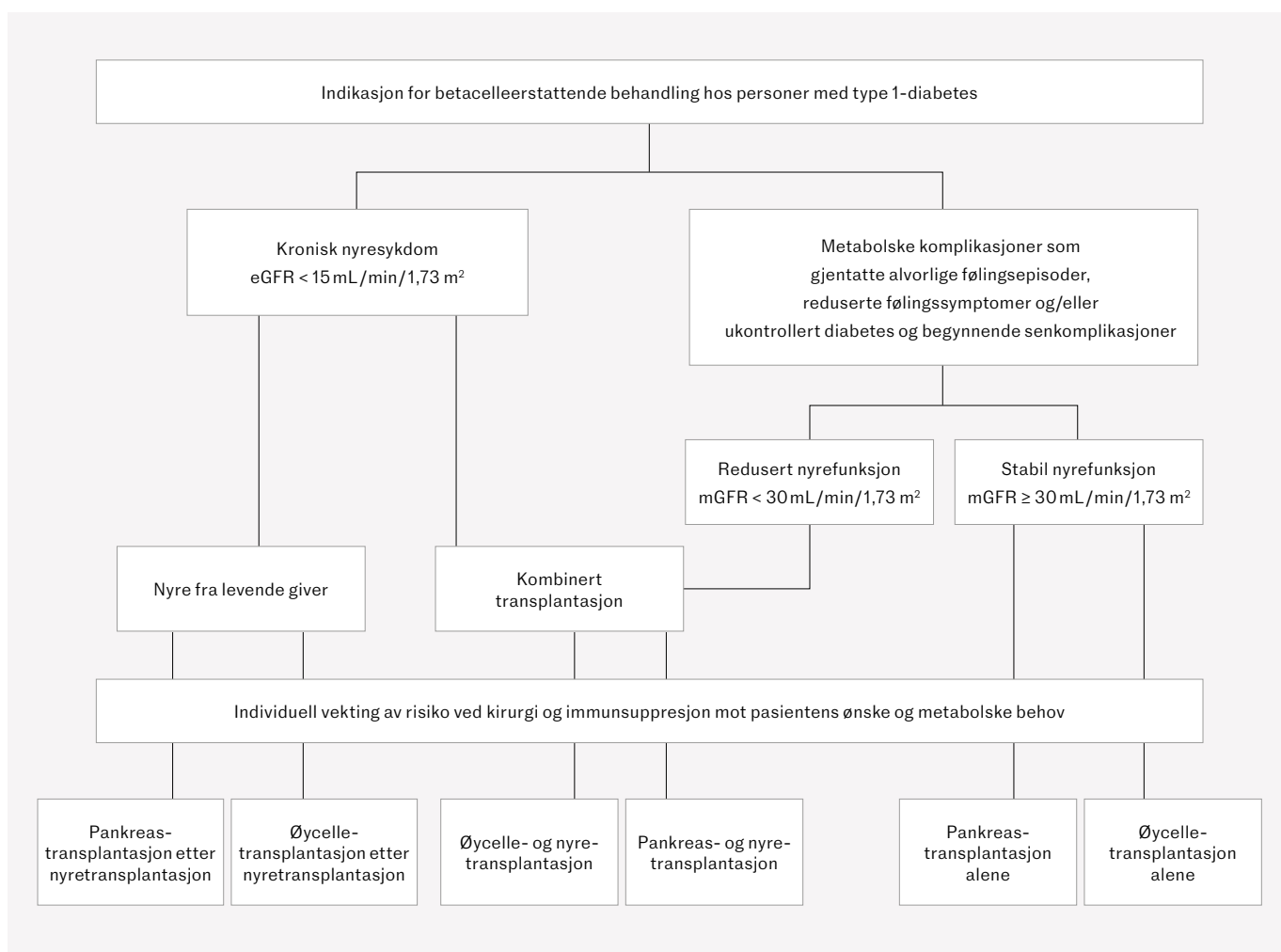
Kristine Lyck Fasting er spesialist i generell kirurgi og overlege ved Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Harald Hugenschmidt

Harald Hugenschmidt er spesialist i generell kirurgi og i gastroenterologisk kirurgi og overlege ved Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kåre Inge Birkeland

Kåre Inge Birkeland er spesialist i indremedisin og i endokrinologi, overlege ved Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.



Figur 1 Skjematisk oversikt over indikasjoner for betacelleerstattende behandling ved type-1-diabetes. eGFR = estimert glomerulær filtrasjonsrate, mGFR = målt glomerulær filtrasjonsrate.

Anders Åsberg

Anders Åsberg er cand.pharm., daglig leder for Nyrefysiologisk laboratorium ved Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo universitetssykehus, daglig leder for Norsk nyregister og professor ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Karsten Midtvedt

Karsten Midtvedt er dr.med, spesialist i indremedisin og i nyresykdommer og overlege ved Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Hanne Scholz

Hanne Scholz er seniorforsker ved Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo universitetssykehus og professor ved Universitetet i Uppsala. Hun er medlem i vitenskapskomiteen i International Pancreas and Islet Transplant Association. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt forelesningshonorar fra Novo Nordisk, støtte til møte/reise fra Diabetesforbundet og sitter i rådgivningsgruppe i Vertex Pharmaceuticals Incorporated og i Wellness Foundation.

Turid Birgitte Boye

Turid Birgitte Boye er spesialist i psykiatri, seksjonsleder ved Seksjon for psykosomatikk, Oslo universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kristian Heldal

Kristian Heldal er spesialist i indremedisin og i nyresykdommer, seksjonsoverlege ved Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Morten Hagness

Morten Hagness er dr.med., spesialist i generell kirurgi og seksjonsoverlege ved Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Brekke IB, Flatmark A, Berg KJ et al. Pankreastransplantasjon ved diabetes mellitus. Tidsskr Nor Lægeforen 1984; 104: 2331–3.
- 2 Norsk nyremedisinske forening. Protokoll for pankreastransplantasjon og øyceller. Lest 12.12.2025.
- 3 Løvaas KF, Madsen TV, Sandberg S et al. Norsk Diabetesregister for voksne. Data fra diabetespoliklinikk. Diabetes type 1. Årsrapport for 2024. Lest 12.12.2025.

Erik Kreyberg Normann trives aller best når han kan være med på å starte virksomheter, enten det handler om bygging av sykehus eller livshjelp til folk i krise.

Entreprenøren



Tekst: Marit Tveito
Foto: John Trygve Tollefsen



Engasjement er en fellesnevner kolleger og venner trekker frem om den tidligere sykehusdirektøren. Han har vært distriktsguvernør i Rotary og takket også ja til å være styreleder i Kjelsås idrettslag, klubben i hans hjerte, lenge etter at barna og han selv var aktive der. Han er en omtenksom venn som bryr seg om folks ve og vel, og som er glad i en god diskusjon, enten det er mellom kolleger eller på samfunnsnivå.

Det passer fint å treffes etter en arbeidsøkt, før han skal møte i rådhuset for Oslo Høyre.

– Hvorfor ville du bli lege?

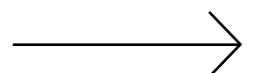
– Først ville jeg bli søppeltømmer, for han som tømte søppel hadde så fin traktor, spøker han. – Men min bestefar, som var professor i patologi på Rikshospitalet, kjørte en fin Mercedes, så jeg ble kanskje trukket mot legeyrket fordi jeg har alltid vært opptatt av kjøretøy, konstaterer han blidt.

De aller første leveårene bodde Normann i Harstad, og han kan gjøre en god Oluf-imitasjon i festlig lag.

– Jeg er en stor fan av Oluf, og jeg har klart å beholde dialekten litt. Nok til å lure østlendingene!

Begge foreldrene var lærere, og i 1961 fikk faren jobb ved Universitetet i Oslo. Normann bor fortsatt på Kjelsås, ikke langt fra der han vokste opp, bare avbrutt av studier i Danmark og turnustjeneste i Trøndelag.

– Etter turnus søkte jeg jobb på anestesivdelingen ved Aker sykehus. Men så fikk jeg telefon fra barneavdelingen, som spurte om jeg ville jobbe der i 5 måneder og 29 dager. Det var det meste du kunne få uten at stillingen var utlyst. Jeg ble der i 13 år.



Jeg tror absolutt at vi i helsevesenet kan nyttiggjøre oss mer av frivillighet, uten at det trenger å gå på bekostning av ansatte

Inn i nytt sykehus

Etter spesialistutdanningen ble Normann klinikkoverlege på Aker sykehus, før han ble direktør i Barne- og familieetaten i Oslo kommune, en jobb han opplevde som svært meningsfull. Deretter var han direktør ved Ullevål sykehus i en overgangsfase, før han begynte i et konsultentselskap. Derfra ble han leid ut for å bidra til å stifte helseforetakene i Helse Sør. Senere gikk han inn i stillingen som sykehusdirektør ved Sykehuset Buskerud.

– Der var jeg frem til jeg søkte meg til Ahus, hvor jeg jobbet fra 2005 til 2009.

– Da skulle det bygges ut nytt sykehus?

– Jeg var med i alle fasene, men selve bygget var allerede definert, og tegningene var klare. Jeg var direktør for sykehuset mens det nye ble bygget av en utbyggingsorganisasjon. Vi flyttet inn i det nye sykehusbygget på fastsatt dato, 1. oktober 2008.

– Hvordan forbereder man seg på innflytting i et helt nytt sykehus?

– Det å flytte inn i et nytt bygg krever at man jobber på en annen måte enn i det gamle, og det må forberedes nøye før man flytter. Vi fikk mange råd fra kolleger ved St. Olavs hospital, som hadde flyttet noen år før oss. Det ble litt turbulent å være leder da, men sånn er det når du skal drive store endringsprosesser.

– Du gikk av som direktør litt brått?

– Ja, det var mange forhold bak den beslutningen. Vi hadde blant annet lagt opp en organisa-

sjonsmodell som i hvert fall var delvis implementert, en divisjon for sykepleie.

– Hva gikk det ut på?

– Vi la opp til å samle alle sykepleierne innen somatikken i én organisatorisk enhet. Noen avdelinger skulle samarbeide tettere enn før, innen relevante fagområder som hadde mye til felles. Det var også en fordel for kvaliteten ved at man samlet ressursene og den generelle opplæringen og oppdateringen av sykepleiergruppen. En forutsetning som var fastlagt før jeg begynte som direktør, var de økonomiske rammebetingelsene. Vi måtte spare nesten 30 prosent av sykepleierstillingene for å få dette til å gå ihop, og det klarte vi med den nye modellen.

– Var det et urimelig krav?

– Vel, vi hadde i utgangspunktet en grei driftsøkonomi og visste hva som var premissene. Det ble en del uro rundt hvem som skulle ha ansvaret for hva, og det var en vesentlig medvirkende årsak til at jeg tenkte at det var på tide at noen andre kunne overta.

– Det var noen som sa at man trenger én type direktør under bygging og en annen for drift?

– Det er veldig forskjellige utfordringer. Jeg har nok opp gjennom årene ikke hatt den samme motivasjonen for drift over lengre tid som for utviklingsarbeid. Man har noen som brøyter ny mark, og så er det andre som sørger for å foredle den marken som er brøytet. Hva slags ledertype man trenger i ulike faser i en organisasjons liv, er noe man sikkert kunne være mer oppmerksom på.

Autofil: Bil har vært en livslang interesse. Begge foto: John Trygve Tollefsen



Mastodontene

– Du var med på å tilrettelegge for helseforetakene, som det er mange meninger om i media for tiden.

– De er omdiskutert, men poenget var å samle eierskapet på statens hender. Det var opprinnelig 20 eiere av sykehus, 19 fylkeskommuner og staten. De 19 fylkeskommunene gjorde ting på hver sin måte. Det totale antallet personer som drev med administrativt arbeid, ble mye lavere etter at staten overtok eierskapet i 2002. Vi ønsket også å lage en del fellesfunksjoner, og slik oppstod blant annet Sykehuspartner.

– Hva tenker du om det nå?

– Jeg er sikker på at det har ligget en betydelig effektivisering i felles løsninger for foretakene, og ikke minst en forbedring. Så er jo ulempen at det kan bli litt mindre brukernært. Av den grunn var jeg ikke så positivt innstilt til virksomhetsoverdragelsen av IT-avdelingene i 2009, man mistet noe med det. Men det er fordeler og ulemper med alt.

– Når politikere nå foreslår at man burde reversere foretaksmodellen, er det realistisk?

– Da må jeg spørre hva som er alternativet. Hvis man tenker seg at man skal tilbake til tiden før foretaksreformen, vil jeg sterkt anbefale å bare glemme den tanken. Man kan si at de regionale helseforetakene har blitt noen mastodonter av noen organisasjoner, men jeg savner forslag til gode alternativer. Dette er det jo nå nedsatt et utvalg som skal utrede.

– Er helseforetakene blitt så store og komplekse organisasjoner at det nesten er umulig å være leder i dem?

– Nei, men jeg tror det er veldig viktig at man har fagkompetanse i ledelsen. Da jeg jobbet i Stiftelsen Norsk Luftambulans, la jeg merke til hvilke krav luftfartsindustrien har til fagkompetanse. Du får ikke drive flyselskap hvis du ikke har relevant fagkompetanse i ulike roller i ledelsen. Luftfarten har mye strengere reguleringer for driftsgodkjenning enn sykehusene har. I sykehus stilles det egentlig ikke krav til spesifikke faglige kvalifikasjoner før du kommer ned på et visst nivå.

Livslos

Normann har hatt en mangfoldig karriere. Nå er han fagdirektør i Stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg, og han har ingen planer om å gi seg med det første.

– Jeg liker veldig godt å jobbe. Nå er jeg rådgiver i fagspørsmål for administrerende direktør, og jeg har blant annet hatt ansvaret for å etablere Livslosen.

– Hva er det?

– Livslosen er et lavterskeltilbud for folk som har kommet i en livskrise og som har selv-mordstanker. Det kan være deg eller meg som plutselig får store problemer av et eller annet slag. Det kan være at det har skjedd noe i livet. Man kan ha mistet ektefelle eller omsorg for barn. Man kan ha surra det til på jobb. Livslosen er ikke en helsetjeneste, det er et krisetilbud. Du kan komme dit og bo der i inntil fem døgn. Du får et sted å være og noen å snakke med.

– Hvor mange er det plass til?

– Vi kan ha fem stykker hos oss samtidig.

– Og de trenger ikke henvisning?



– Nei, de fleste har blitt anbefalt å ta kontakt av hjelpetelefoner, men noen kommer via fastlege, psykolog eller psykiater.

– Når startet denne tjenesten?

– Vi åpnet i 2021, og siden har vi hatt omtrent 500 gjester som vi kaller våre brukere, nettopp fordi vi ikke er en helsetjeneste.

– Kan alle komme?

– Tjenesten er gratis, men de må betale reisen selv.

– Hvordan kom det i stand?

– Vi hadde egentlig snakket om en helselos, det kan være vanskelig å navigere i helsevesenet. Etter at Ari Behn tok livet sitt, ble det mer legitimt å snakke om selvmord. Og så er det mange som kjenner til folk som har avsluttet livet fordi de har vært i en desperat situasjon.

Livslosen har noen ansatte og mange frivillige.

– Det er jo veldig interessant at så mange vil bruke kreftene sine frivillig. Dette er alt fra pensjonister til folk som er uføre, fra studenter til de som er i full jobb.

– Tror du det er en uutnyttet ressurs i sykehus?

– Jeg tror absolutt at vi i helsevesenet kan nyttiggjøre oss mer av frivillighet, uten at det trenger å gå på bekostning av ansatte.

Fra skøyteløper til styreleder

En kveld Normann gikk på skøyter med venner, var det en langrennstrener som spurte om han ville bli med å gå skirenn dagen etter. Det ble starten på et langt liv i Kjelsås idrettslag.

– Jeg er ikke noen typisk idrettsutøver, men jeg har hatt stor glede av idretten. Jeg synes også det er morsomt med organisasjoner, og bidrar gjerne.

I Rotary har han også gått gradene og vært både president og distriktsguvernør. —>

Erik Kreyberg Normann

Født 15. februar 1956

Cand.med., Universitetet i Oslo, 1983

Spesialist i barnesykdommer, 1991

Klinikkoverlege, Aker sykehus, 1995–98

Etatsdirektør, Barne- og familietaten i Oslo kommune, 1998–2000

Direktør, Ullevål sykehus, 2000–01

Administrerende direktør, Sykehuset Buskerud, 2002–05

Administrerende direktør, Akershus universitetssykehus, 2005–09

Avdelingsdirektør, Helseledersentrum, 2010–13

President i Rotary, 2014–15, og distriktsguvernør, 2021–22

Generalsekretær, Stiftelsen Norsk Luftambulans, 2013–15

Fagdirektør, Stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg, 2020–d.d.

President, UNICEF Norge, 2000–02

Leder for interimsstyret og styreleder, Nordisk forening mot barnemishandling og omsorgssvikt, 1995–2000

Styreleder, Norsk sykehus og helsetjenesteforening, 2005–13 og 2015–21

President, International Hospital Federation, 2015–17

– Det er også frivillig arbeid?
 – Det er en hobby, ja. Vi er en gruppe mennesker som prøver å bidra både for nærmiljøet og i større prosjekter. Det er nok nød i verden, for å si det sånn, konkluderer han tørt.

– Rotary ble startet i Chicago i 1905, og nå er det 1,4 millioner medlemmer i verden. Vår klubb, Maridalen Rotaryklubb, har brukt penger på alt fra benk i Nydalen til barnehjem i Baku og skoletoaletter i Tanzania. Vi møtes én gang i uka til faglige foredrag, så vi blir oppdatert på mye forskjellig.

Normann sitter også i bystyret for Høyre og er medlem i helse- og sosialutvalget.

– Hva er det som motiverer deg til å bidra på så mange arenaer?

– I mange år arbeidet jeg med barn som var utsatt for seksuelle overgrep og mishandling. Jeg var blant annet sakkyndig i Bjugn-saken og fant etter det at jeg heller ville bruke energien min på å være systemutvikler. Gjennom lederjobber har du stor mulighet til å påvirke. Da Ansgar Gabrielsen var helseminister, snakket han mye om de som sitter nederst ved bordet. Det å bedre forholdene for de som har minst fra før, har vært min drivkraft, enten det er innen helse, idrett eller politikk.

Påfyll

– Mange spør hvor du får energien fra?

– Jeg får energi av å jobbe sammen med flinke folk og av heiarop fra familie og venner. Vi har det hyggelig, og det tror jeg er helt avgjørende i arbeidslivet. Selv om det kan være krevende på jobb, bør man le i hvert fall én gang i løpet av et møte. Det er viktig å ha en «klovn» med i ledergruppa, og det sier jeg med stor ærbødighet. En person som kan utløse latter, kan forløse mye god energi i en gruppe. Jeg er ikke noen spilloppmaker selv, men jeg er ganske god til å le hvis noen sier noe morsomt. Og latter smitter.

– Fastlegekrisen er avblåst, men nå er mange bekymret for sykehusene. Har du gjort deg noen tanker om det?

– Jeg har diskutert litt med sønnen min som er blitt lege. Han har gjort en del erfaringer som jeg først ikke trodde på. Noe har forandret seg i sykehusene. Når vi har lyst ut stillinger på sykehjem jeg en periode hadde ansvaret for, søker det mange spesialister fra sykehus. Det er noe helt nytt.

– Hva tror du er god medisin for sykehusene?

– Jeg har ikke svaret på det, men det er viktig å støtte opp om de ansatte. De er motoren i systemet. Helsevesenet er viktig for alle.

– Hva er du mest stolt av å ha oppnådd?

– Det er vanskelig å si. Det var veldig morsomt å starte prosessen som nå har endt med innflytting i nytt sykehus i Drammen. Den 6. juni 2002 fikk vi et styrevedtak på å lete etter tomt, og vi tenkte tidlig at det kunne kombineres med hotell og kurs- og konferansesenter. Det skjer faktisk nå, og blir litt større enn vi trodde for over 20 år siden. På Ahus tror jeg vi gjorde mange endringer som har blitt til det bedre. Vi jobbet tett med kommunene og lagde helsehus før samhandlingsreformen kom. Livslosen er jeg også veldig fornøyd med, selv om jeg ikke skal ta æren for det alene. Vi får så mange takkebrev. Folk skriver for eksempel at barna deres fortsatt har en far takket være hjelpen de fikk. Det gjør sterkt inntrykk.

– Dere får brev?

– Ja, og vi sender brev. Både etter seks til åtte uker og et halvt år etter at de har vært der. Et håndskrevet brev, det kalles et *caring letter*. Det er dokumentert at slike brev har effekt, men hvor virkningsfulle de er, hadde jeg ikke drømt om. ■

Marit Tveito

marit.tveito@me.com

Det å bedre forholdene for de som har minst fra før, har vært min drivkraft, enten det er innen helse, idrett eller politikk

Idrettsglad: Kjelsås idrettslag er klubben i Normanns hjerte. Foto: John Trygve Tollefsen



Første og eneste anti-VEGF-hemmer med opptil 6 måneders injeksjonsintervall

- for pasienter med **vAMD** og **DME**¹

Nå også godkjent til behandling av RVO¹



OCUCLICK[®]

Eylea 8 mg i ferdigfylt sprøyte
3 års holdbarhet¹

eylea.no

Referanse: 1. Eylea SPC 01/2026

Uthevet sikkerhetsinformasjon:

Bruk av Eylea 114,3 mg/ml er kontraindisert ved overfølsomhet overfor virkestoffet aflibercept eller hjelpestoffene, okulær eller periokulær infeksjon og aktiv alvorlig intraokulær betennelse, synsnervebetennelse, intraokulær betennelse, netthinneløsning, netthinnerift og traumatisk katarakt. Pasientene må umiddelbart rapportere symptomer som kan tyde på disse tilstandene. Aseptiske injeksjonsteknikker skal alltid brukes. Pasientene skal følges opp i uken etter injeksjonen for å kunne gi tidlig behandling dersom en infeksjon oppstår. Økt intraokulært trykk er sett i løpet av 60 minutter etter intravitreal injeksjon, inkludert injeksjon med Eylea. Ved dårlig kontrollert glaukom skal Eylea ikke injiseres (ved intraokulær trykk ≥ 30 mmHg). Intraokulær trykk og

perfusjon av synsnervehodet skal overvåkes og behandles. Behandling skal holdes tilbake dersom det oppstår. Reduksjon i optimalt korrigert synsskarphet (BCVA) av ≥ 30 bokstaver sammenlignet med siste vurdering av synsskarphet; rhematogen netthinneløsning eller hull i makula grad 3 eller 4; skade på netthinnen; en subretinal blødning sentralt i fovea eller, hvis omfanget av blødningen er ≥ 50 % av det totale lesjonsområdet; 28 dager før og/eller etter utført eller planlagt intraokulær kirurgi. Ved oppstart av behandling med aflibercept skal forsiktighet utvises hos pasienter med risikofaktorer for rifter i retinal pigmentepitel.

Eylea (aflibercept), 114,3 mg/ml injeksjonsvæske, oppløsning i hetteglass. Eylea 114,3 mg/ml injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt sprøyte.

Indikasjoner: Eylea er indisert til voksne til behandling av neovaskulær aldersrelatert makuladegenerasjon (nAMD), nedsatt syn som følge av diabetisk makulødem (DME) og nedsatt syn som følge av makulødem sekundært til retinal veneokklusjon (RVO, herunder gren-, sentral- og hemiretinal RVO).

Dosering og administrasjon: Anbefalt dose er 8mg aflibercept, som tilsvarer 0,07ml oppløsning. Doseringen er den samme for nAMD og DME. **Start av behandling av nAMD og DME:** 8mg (0,07ml) administreres 1 injeksjon per måned i 3 påfølgende doser. Deretter etter legens vurdering av syn og/eller anatomi kan injeksjonsintervaller forlenges opptil hver 4. måned. Deretter kan behandlingsintervallene økes ytterligere opptil 6 måneder (f.eks. «treat-and-extend»-regime) samtidig som stabile resultater på visuelle og/eller anatomiske utfall opprettholdes. For tidligere anti-VEGF-behandlede pasienter med stabilt syn og anatomiske forhold kan, basert på legens vurdering av syn og/eller anatomi, tidligere behandlingsintervall beholdes eller forlenges etter første injeksjon av Eylea 114,3 mg/ml (som ved «treat-and-extend»-regime). For pasienter med suboptimalt syn eller anatomiske forhold kan behandling med Eylea 114,3 mg/ml startes opp med 1 injeksjon pr måned i opptil 3 påfølgende doser etterfulgt av justering i injeksjonsintervaller for eksempel med «treat-and-extend»-regime. Ved forverring skal intervallene forkortes basert på legens skjønn. Det korteste intervallet mellom 2 injeksjoner skal være minst 1 måned. Månedlige doser på 8mg har ikke blitt undersøkt med Eylea i mer enn 3 påfølgende doser i studiene PULSAR (nAMD) og PHOTON (DME). Tilgjengelig data støtter administrering av mer enn tre etterfølgende månedlige doser hos enkelte pasienter, men gjeldende data er begrenset. **Start av behandling av RVO:** 8mg (0,07ml) administreres 1 injeksjon per måned i 3 påfølgende doser. Injeksjonsintervaller kan deretter forlenges basert på legens vurdering av visuelle og/eller anatomiske utfall. For tidligere anti-VEGF-behandlede pasienter kan behandlingsregimet avvike fra det som brukes for behandlingsnaive pasienter. Ved stabile visuelle og anatomiske utfall kan tidligere behandlingsintervaller

beholdes eller forlenges etter første injeksjon med Eylea 114,3 mg/ml, for eksempel med «treat-and-extend»-regime. Hos pasienter hvor visuelle og/eller anatomiske utfall ikke er optimale, kan behandling med Eylea 114,3mg/ml starte med 1 injeksjon per måned i opptil 3 påfølgende doser, etterfulgt av for eksempel «treat-and-extend»-regime. Hvis visuelle og/eller anatomiske utfall forverres skal behandlingsintervallet forkortes tilsvarende, basert på legens skjønn. Intervallet mellom 2 injeksjoner skal være minst 1 måned.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor virkestoffet aflibercept eller overfor noen av hjelpestoffene. Okulær eller periokulær infeksjon. Aktiv alvorlig intraokulær betennelse. **Forsiktighetsregler:** Intravitreale injeksjoner har vært assosiert med endoftalmitt, intraokulær betennelse, netthinneløsning, netthinnerift og traumatisk katarakt. Aseptiske injeksjonsteknikker skal alltid brukes. Pasienter bør instrueres til snarest å rapportere alle symptomer som kan tyde på endoftalmitt, eller noen av de andre hendelsene nevnt ovenfor. Spesielle forholdsregler er nødvendig hos pasienter med dårlig kontrollert glaukom (Eylea skal ikke injiseres dersom det intraokulære trykket er ≥ 30 mmHg). Sikkerhet og effekt ved behandling i begge øyne samtidig er ikke systematisk undersøkt. Ved oppstart av behandling med aflibercept skal forsiktighet utvises hos pasienter med risikofaktorer for pigmentepiteløsning. Eylea 114,3 mg/ml skal ikke brukes under graviditet med mindre mulig nytte oppveier den mulige risikoen for fosteret. **Bivirkninger:** Vanlige: Overfølsomhet (inkludert utslett, kløe, urtikaria), katarakt, økt intraokulært trykk, flytende flekker i synsfeltet, glasslegemelosning, glasslegemebldning, netthinneblødning, nedsatt synsskarphet, øyesmerter, konjunktival blødning, punktkerattitt, hornhinneabrasjon. **Basert på preparatomtale:** 01/2026. Se FK tekst eller preparatomtale (SPC) for fullstendig informasjon. **Reseptgruppe C. Pakning og pris:** 1 x 0,26 ml (hettegl.) kr10060,60. 1 x 0,18 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 10060,60.

EYLEA 8 mg er innført av Beslutningsforum til behandling av vAMD og DME og er inkludert i eksisterende anbud.

Bayer AS | Postboks 193 | 1325 LYSAKER | Telefon: 23 13 05 00 | www.bayer.no

Er vi ikke lenger et gjennombarket folkeferd?

I oppveksten lærte jeg at etter Lat-Hans følger Smal-Hans. Budskapet var klart: Skal du oppnå noe, må du legge ned en innsats. Yte før du kan nyte. Det gjaldt også kroppen. Skal den fungere, må den brukes. *Use it or lose it.* Det visste Hippokrates, vår faglige stamfar, allerede 400 år fvt.

Selv mener jeg å ha erfart det samme som eventyrsameren Peter Chr. Asbjørnsen, nemlig at vandringer i Nordmarka «dæmper for min Smule Bekymring og Uro» (*Kvernsagn*, 1843). I motsetning til Bjørnstjerne Bjørnson mener jeg fjellturer har samme effekten. Bjørnson hadde ingen sans for snaufjellet, han foretrakk de brede bygder. Han ville bort «bort fra det ville og magre, seg selv fortærende. Hjem til det milde og fagre, oss alle ernærende» (*Iskysboken på Flekkøy*, 1877).

I doktorklubben, der vi alle er pensjonister, må vi innrømme at impulstrafikken over synapsene ikke går like kjapt som før, men vi vokter oss vel for å bli gretne gamle gubber. Like fullt registrerer jeg at vi er blitt kritisk til mye i dagens samfunn: Vi pumper opp stadig mer olje for å få råd til det grønne skiftet. Til tross for at alle er enige om å redusere utslipp av klimagasser, fortsetter vi å fly minst like mye som før. Vi drar på hytta for å nyte en natur som i økende grad blir ødelagt av hyttebygging. Det norske språket er på vikende front, og det samme gjelder verdien av kunnskap. Kunstig intelligens omfavnes ukritisk, og sosiale medier ser ut til å ha blitt befolkningens foretrukne rusmiddel. Økonomisk tenkemåte gjennomsyrrer det meste i samfunnet, og vi leger er i ferd med å sykelliggjøre våre pasienter ved stadig å utvide sykdomsbegrepet. Gir vi mest og best hjelp til dem som trenger det minst – blant annet ved å tilby kontroller til innbilt syke og dermed gjøre dem avhengige av helsevesenet?

Et misantropisk anlagt klubbmedlem har som antimodernist et gammeldags og traust syn på det meste. Han er sterkt endringsvegrende. På siste møte var han bekymret for utviklingen i vårt offentlige helsevesen. Han mistenkte dagens leger for å være mindre hardføre enn våre forgjengere. Blant annet viste han til kolleger som i tidligere tider var eneste lege i store og uveisomme distrikter, noe som stilte store krav til fysisk og psykisk styrke og utholdenhet.

Jeg støttet ham og fortalte at jeg nylig hadde lest i Den norske turistforenings årbok fra 1948 om tre medisiner, Cato Aall, Kristian Tandberg og Nicolai Paus, som sammen med Carl Grøndahl og Knut Vole var på skitur i Jotunheimen påsken 1898. Med primitivt skiutstyr gikk de imponerende lange og krevende dagsetapper:

Fra Andvord i Lom gikk de inn Bøverdalen til Røisheim og videre til Juvasshytta. «Den første Del til Ranbergsthulen (Raubergsthulen) gikk Veien saa bratt, at vi maatte drage Skierne efter

os i Remmer.» Etter 4,5 timer ankom de Juvasshytta – «et Par af os med forfrosne Kind og Ører». Etter middag gjorde de et forsøk på å bestige Galdhøpiggen, men måtte snu på Styggebreen på grunn av dårlig vær. Dagen etter nådde de toppen, det siste partiet til fots, og dro ned igjen «efter at have mættet os med det mægtige Skue». Fra Juvasshytta gikk turen via Visdalen, Uladalen og Storådalen til vestenden av Gjende. Fordi de ikke hadde nøkkel til «det nye Turisthotel» (Gjendebu), måtte de ta til takke med «Gudbrand Reps gamle Stenhytte».

Legelivet

Personlige tekster om livet som lege

Den var delvis nedsnødd og de brukte to timer på å grave seg frem til inngangsdøra. Etter å ha gått over Gjende, nådde de Gjendesheim etter «3,5 Times Marsch». På Sikkilsdalsseter hadde de lagt fra seg skiene i snøen utenfor, og da de kom ut dagen etter, hadde geitene spist opp skibindingene! Bindingene

må følgelig ha vært av vidje eller lær. «Gjeitemagen fikk beholde dem, og vi laget noen provisoriske bindinger i stedet». Like fullt gikk de den siste dagen fra Sikkilsdalsseter til Vistad ved Skåbu, en strekning på 51 km.

Møtene i doktorklubben preges av en legering av alvor og skjemt, utover kvelden mest av det siste. Vi er enige om at legeyrket krever en viss robusthet – akkurat som ekteskapet.

Et medlem fortalte han var oppgitt over kona som stadig måtte ha nye klær. Han mente hun hadde adoptert uttrykket *shop until you drop* – eller at hun var rammet av en stoffskiftesykdom. Hun på sin side beskyldte ham for å være fullstendig utdatert i klesveien, han brukte

klær som formelig oste av gammel gubbe. Noe av grunnen var at han nektet å kvitte seg med den gamle konfirmasjonsdressen som i sin tid var litt for stor, men som nå var blitt akkurat passe. Fremfor å kritisere ville et annet medlem heller berømme kona. Hun hadde nemlig brakt musikken inn i hans liv. Før han traff henne var han musikalsk tilbakestående. Men ikke i dag. I dag spiller han annenfiolin. ■

Karl Otto Nakken

karln@ous-hf.no

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



Bedre team, bedre leger

Legers utbrenthet er et økende problem i både Europa og USA. En ny internasjonal studie viser at bemanning, arbeidsmiljø og samarbeid har stor betydning for hvordan leger opplever jobben sin.

Utbrenthet blant leger omtales nå som en global krise. Den truer både kvaliteten på pasientbehandlingen og stabiliteten i helsetjenesten. Samtidig har man manglet gode løsninger. I den nye studien pekes det på flere strukturelle tiltak som kan forbedre situasjonen: bedre sykepleierbemanning, gode arbeidsmiljøer og godt tverrfaglig samarbeid (1).

Stor internasjonal kartlegging

Målet med studien var å undersøke sammenhengen mellom arbeidsmiljø, bemanning og trivsel blant leger og sykepleiere. Den omfattet over 21 000 sykehusansatte i USA og seks europeiske land, inkludert Norge. Over 6 400 leger og 15 000 sykepleiere ved til sammen 105 sykehus deltok. I Europa ble data samlet inn i 2023, i USA i 2021. Deltakerne svarte på spørsmål om arbeidsforhold, samarbeid, trivsel, stress, utbrenthet og om de vurderte å slutte i jobben.

I Europa deltok totalt 1 149 leger. På grunn av det relativt lave antallet deltagende sykehus i Sverige og Norge, og for å beskytte identiteten til både leger og sykehus, ble legedata fra disse to landene slått sammen i analysene.

Forskerne undersøkte tre faktorer på sykehusnivå: om sykepleierbemanningen ble opplevd som tilstrekkelig, kvaliteten på det kliniske arbeidsmiljøet samt samarbeidet mellom leger og sykepleiere. Alle tre viste klar sammenheng med hvordan legene hadde det på jobb.

Mange vil slutte

I Europa oppga nær 30 % av legene at de vurderte å slutte i jobben innen ett år. Andelen som rapporterte at de planla å forlate sin nåværende sykehusstilling på grunn av mistriksel, varierte fra 20 % i Sverige og Norge til hele 44 % i Irland. I USA var andelen leger som vurderte å slutte innen ett år, 24 %.

Dette rammer ikke bare den enkelte lege, men hele helsetjenesten: høy turnover gir tap av erfaring, dårligere kontinuitet og økt belastning på dem som blir igjen. Mange rapporterte også høy grad av utbrenthet og jobbmisnøye.

Små endringer – stor effekt

Studien viste at relativt beskjedne forbedringer kunne gi betydelig gevinst. I



Illustrasjonsfoto: xavieranau/!Stock

europiske sykehus var en 10 % økning i opplevd tilstrekkelig sykepleierbemanning forbundet med 20 % lavere sannsynlighet for at leger ønsket å slutte, 15 % lavere risiko for mistriksel og 12 % lavere risiko for utbrenthet. I USA ga forbedringer i arbeidsmiljø og samarbeid tilsvarende utslag: Færre leger ville slutte, færre var utbrente og flere ville anbefale arbeidsplassen sin til andre.

Studien viste at godt samarbeid mellom leger og sykepleiere hadde selvstendig betydning. Der teamarbeidet fungerte, var legene mer tilfredse, mindre utbrente og mer lojale mot arbeidsplassen.

Når det var for få sykepleiere på jobb, økte belastningen på alle: Pasientene fikk mindre oppfølging, sykepleierne ble overarbeidet og legene måtte i større grad kompensere for manglende kapasitet. Det kunne bety flere oppgaver, mer fragmentert arbeidshverdag og mindre tid til kjerneoppgavene. God sykepleierbemanning ga bedre flyt i arbeidet, bedre samarbeid og tryggere pasientbehandling. For legene innebar det mindre stress, færre konflikter og større opplevelse av mestring.

Fra individ til system

Funnene utfordrer en tradisjonell måte å tenke om utbrenthet på, der problemet plasseres hos den enkelte, med dårlig grensesetting, for lite selvomsorg eller manglende stressmestring. Studien peker i stedet på at utbrenthet i stor grad er et resultat av systemsvikt. Hvis arbeidsmiljøet er dårlig, bemanningen for lav og

samarbeidet svakt, hjelper det lite med kurs i individuell stressmestring. Dette er strukturelle forhold som kan endres, og som bør stå sentralt i arbeidet med å bedre trivsel og rekruttering i sykehus.

Norge er et av landene som inngår i studien. Selv om graden av tilfredshet med arbeidssituasjonen fortsatt er høy blant leger i Norge (2), har studier fra Legeforskningsinstituttet blant annet vist at 25 % av sykehuslegene og 40 % av fastlegene opplever

bekymringsfullt høy grad av stress (3).

Studien gir et tydelig signal til helseledere og beslutningstakere: Hvis man vil beholde leger, redusere utbrenthet og sikre god pasientbehandling, må man investere i hele laget, ikke bare i enkelt-grupper. ■

Erlend Hem

erlend.hem@lefo.no

Erlend Hem er instituttsjef ved Legeforskningsinstituttet og professor ved Universitetet i Oslo.

Litteratur

- 1 Aiken LH, Sermeus W, McKee M et al. Informing hospital physician well-being interventions in Europe and the US. *JAMA Netw Open* 2025; 8: e2544067.
- 2 Rosta J, Aasland OG, Nylenna M. Changes in job satisfaction among doctors in Norway from 2010 to 2017: a study based on repeated surveys. *BMJ Open* 2019; 9: e027891.
- 3 Rosta J, Bååthe F, Aasland OG et al. Changes in work stress among doctors in Norway from 2010 to 2019: a study based on repeated surveys. *BMJ Open* 2020; 10: e037474.

Julie Didriksen

julie.didriksen@tidsskriftet.no

Dermatitt fra tulipaner og appelsiner

Nr. 7/1927

I Tidsskriftet nr. 7/1927 vises det til to nylig publiserte artikler i henholdsvis The Lancet og Münchener Medizinische Wochenschrift, der pasienter fikk dermatitt etter håndtering av blomsterløker og appelsiner (Tidsskr Nor Lægeforen 1927; 47: 346).



Tulipan av Valentine Bartholomew (1799–1879). Museum of Fine Arts Boston, i offentlig eie, via Wikimedia Commons

Sibyl G. Overton:

Dermatit ved behandling av blomsterløk

Forf. har i 2 store firmaer, hvor man drev en utstrakt sortering og pakning av tulipanløk, iagttatt en række tilfælder av dermatit omkring fingerneglene. Lidelsen kan ikke bare skyldes friktion, da saarhet av fingrene p. g. a. arbeidet kommer i begyndelsen og svinder, naar huden blir tykkere og mere tilvænt. Dette var ikke tilfældet her. Dermatiten svandt først efterat den angrepe var begyndt at bruke beskyttelsehansker. Med saft presset ut av løken kunde forf. eksperimentelt fremkalde en subungval irritation uten forutgaaende trauma. (Lidelsen saaes særlig hos folk med lange negler). Man erindrer i denne forbindelse den velkjendte dermatit fremkaldt av primula obconica og rhus toxicodendron.

(Lancet, 13de november 1926.)

H. Chr. Gjessing.

Reiner Müller:

Fingerdermatit ved appelsinskrælling

Forf. iagttok hos en kvinde en dermatit, som ytret sig ved ganske smaa blærer paa fingrenes sideflater. Han kommer til det resultat, at lidelsen skyldes den saft, som under skrællingen av appelsiner sprøites ut av det gule lag i appelsinskallet. Han kunde med denne saft hos patienten eksperimentelt fremkalde en lignende dermatit.

(Münch. Med. Wochenschrift, nr. 21, 1926.)

H. Chr. Gjessing.

Taus kunnskap skriftliggjort



Medisinsk journalskriving

Bjørn Bendz,
Øygunn Leite Kallevikred
1. utg. 237s., Fagbokforlaget, 2025.
Pris NOK 349
ISBN 978-82-450-5322-7

«Velkommen til den kliniske delen av legeutdanningen.» Slik starter det konsise forordet som presist beskriver målgruppens virkelighet, utfordringer og bokens formål. «Boken er ment som en veileder i hvordan du kan skrive en god, presis og oversiktlig medisinsk sykehusjournal», står det.

Boken er en spesiell nyvinning. Den er smidd over lesten til *Journal 1*, som professor i hjertesykdommer Bjørn Bendz og miljøet ved Oslo universitetssykehus har publisert siden 2005, og sterkt inspirert av boken *Medisinsk journalskriving* utgitt av Medisinsk mållag i 1979. Redaktørene Bendz og Øygunn Leite Kallevik fra Haukeland

universitetssykehus har satt sammen en 347 gram tung bok, robust innbundet i frakkelommeformat, hvor all tekst står både på nynorsk (venstre side med lyseblå marg) og bokmål (høyre side med mørkeblå marg). Utrolig stilig! I tillegg til redaktørene har 13 forfattere bidratt. Syv av dem er med i Medisinsk mållag.

Boken er delt inn i tre hovedkapitler (generelt, anamnese, status presens), etterfulgt av 14 mer spesifikke kapitler (EKG, nevrologisk undersøkelse, den psykiatriske journalen og journalopp- tak innen gynekologi, genetik, blod-, fordøyelses-, hjerte/kar-, hormon-, hud-, infeksjons-, lunge-, nyre- og øyesykdommer). Avslutningsvis presenteres en mal på innkomstjournal og eksempler på godkjente journaler, inkludert psykiatrisk journal.

Jeg liker spesielt de første 10–12 sidene og hvordan forfatterne både oppdrar og gir velmente råd om tema som skikk og bruk, mottak av en dårlig pasient og hvordan vi bør lytte mest og snakke minst når pasienten forteller sin sykehistorie. Mens jeg leste disse sidene, tenkte jeg flere ganger at her er

det mer man kan si, men jeg synes forfatterne gjennom konsis og svært tydelig språkbruk greier å formidle essensen av hvordan vi vil ha det på sykehus og i medisinen generelt. Det skal stilles krav om kvalitet, orden, pålitelighet og ydmykhet.

Medisinsk journalskriving er en oppskriftsbok for et produkt det finnes mye taus kunnskap omkring. Forfatterne skal berømmes for måten de har greid å feste denne kunnskapen til tekst. Jeg fant mye validering av egen dannelse og hvordan jeg underviser studenter og yngre kollegaer i dette da jeg leste boken, samtidig som jeg plukket opp nye nyanser og tips underveis. Jeg oppfordrer forfatterne i neste utgave til å ta med et kapittel om hvordan skrive en god epikrise, da det er noe målgruppen på sikt vil bli både forfattere og mottakere av. Boken anbefales varmt til alle medisinstudenter som skal skrive journal på norsk – både nynorsk og bokmål – og til de som underviser journalskriverne. ■

Eirik Hugaas Ofstad

Annonse

Eksistensiell dynamisk terapi - spesialisering i VITA-modellen

Treårig videreutdanning for psykologer og leger - MF vitenskapelige høyskole

Utdanningen vil gi en fordypning i VITA-modellens teorigrunnlag, strategier og prinsipper, med vekt på hvordan eksistensielle temaer, livssyn, tro og kultur kan veve seg sammen med psykiske lidelser.

For mer informasjon om studiekra, vurdering/avsluttende oppgave (eksamen) og læringsutbytte henviser vi til MF vitenskapelig høyskole.

Studiet gir 60 studiepoeng fra MF Vitenskapelig høyskole. Fullført studie gir sertifisering i VITA-modellen.

SØKNADSRIST: 25. APRIL 2026.

Søknad skjer via MF Vitenskapelig høyskole – mf.no



Gry Stålsett
Fagansvarlig



Les mer om studie
på vår nettside
www.bispehagen.no



Hør de nyeste episodene av Tidsskriftets podkast

Halebeinssmerter

Gjest: *Rainer Günter
Knobloch*

Etiske dilemmaer i legelivet

Gjester:
*Jan-Henrik Opsahl
og Martine Fimreite
Wilhelmsen*

Stetoskopet



Elefanten i rommet i moderne medisin

Gjester: *Sadollah Abedini
og Bård Waldum-Grevbo*

Ny KI-forordning på vei – hvordan bruke KI på legekantoret?

Gjester: *David Hui og
Lars Andre Strøm Arnesen*

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

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



Gunnar Moen



Gunnar Moen døde 25. november 2025 i en alder av 67 år, etter en tids sykdom. Døden var ventet, men likevel til stor sorg for oss som har jobbet tett på han i mange år.

Gunnar ble ansatt på Haukeland universitetssjukehus på slutten av 1980-tallet. Han startet på Nevrokirurgisk avdeling, men gikk nokså raskt over til radiologi for så å velge nevroradiologi som spesialfelt. Haukeland ble hans arbeidsplass resten av karrieren.

Å tre inn i Gunnars kontor var å møte et nevro-radiologisk univers der hele fagfeltet var representert. Kontorpulten bugnet med stabler av artikler. Lånte man en bok i hans rikholdige bibliotek, var teksten grundig bearbeidet og supplert med notater i marginen. Enda mer imponerende var det å merke hvordan denne kunnskapen var blitt til en aktiv del av Gunnars viten. Kom man til Gunnar med et spørsmål var svaret alltid gjennomtenkt og utfyllende. Sannsynligheten var stor for at man gikk tilbake til arbeidet inspirert av Gunnars innsikt. Disse faglige bidragene var som fine tråder vevd inn i vår kollegiale hverdag.

Gunnar hadde et brennende engasjement for faget. Da Haukeland skulle få sin første MR-maskin, dro han til Rikshospitalet for å tilegne seg grunnleggende opplæring. Hans dedikasjon for faget kom ytterligere til uttrykk da endovaskulær nevrointervensjon skulle etableres i Helse Vest tidlig på 2000-tallet. Han hospiterte og oppsøkte kurs og kongresser blant annet i Lund, Zürich og Oxford. Hans pågangsmot var til stor inspirasjon for oss andre som var involvert i denne utfordrende og risikofylte behandlingen.

I 2011 ble Gunnar tildelt prisen for beste vitenskapelige artikkel som ble publisert i det nordiske tidsskriftet *Acta Radiologica* i løpet av 2010. Artikkelen handlet om varige endringer i hjernen til nordsjødykkere sammenlignet med en kontrollgruppe, påvist ved funksjonell MR.

Etter at sykdom rammet, valgte Gunnar en tilbake-trukket tilværelse. Den kollegiale kontakten ble sjeldnere de siste par årene. Han valgte å bruke den siste tiden nær familien etter hvert som kreftene avtok. Gunnar hadde møtt sykdom tidligere, og det står stor respekt av hvordan han tok vare på familien i medgang og motgang. «Sånn ble livet», var et uttrykk han noen ganger brukte – ikke i resignasjon, men i aksept av livets uforutsette virkelighet.

Som kollegaer over mange år vil vi huske Gunnar som en særs kunnskapsrik fagperson, en gledesspreder og et varmt menneske. Våre tanker går til Kari og hans to døtre med familier. ■

På vegne av kollegaene ved Seksjon for nevroradiologi.

**Jostein Kråkenes, Gesche Neckelmann,
Gaute Kjellevoid Wathle**

Tore Mogens Aarnæs



Tore Mogens Aarnæs døde 22.10.2025, dagen etter at han fylte 84 år. Et langt, varmt og flott vennskap er over.

Tore var eldst av tre brødre. Han delte barndommen sin mellom Oslo, Krokstadelva og Bergen. Av sin farmor lærte han «pent bergensk», og han slo gjerne om dialektene, avhengig av hvem han snakket med.

Vi som kjente Tore, vet at befalsskolen betydde mye for ham. Han ville likevel heller studere medisin fremfor å fortsette på krigsskolen, og fra 1965 ble det seks glade år i Dublin, på Royal College of Surgeons. Vi var fire venner som delte et hus, dette la grunnlaget for vårt livslange vennskap. Tore ble glad i Irland og det irske og hadde nær kontakt med sine irske venner resten av livet. Siste besøket ble høsten 2024, da noen av oss vandret «down memory lane» i Vest-Irland.

Tore og Anita giftet seg i 1972 og fikk barna Christina, Carl Henrik og Christopher. Turnustjenesten ble på Hamar og Lillehammer sykehus, distriktstjenesten i Målselv, og derfra gikk turen til Sørums, hvor han var distriktlege frem til 1985. I 1983 hadde han permisjon og tok Master of Public Health ved Harvard University.

Neste stopp for familien ble Vettakollen i Oslo. Tore var bydelslege på Vindern, etterfulgt av egen praksis som fastlege på Slemdal legesenter. Der ble han til langt over vanlig pensjonsalder.

Hytta i Hemsedal var et sted Tore tilbrakte mye tid, med familien, venner – og alene. Han elsket fjellet, sommer som vinter, med fiskegarn mellom hendene eller med ski på bena.

Han var opptatt av å være «katalysator», å åpne dører mellom mennesker. Han hadde et uttrykk: Han ville være «bruksom». Det levde han opp til. For familien, for pasienter og for venner. Han var sosial, alltid interessert og svært glad i de gode samtalene. «No Bid», bridgeklubben uten bridge, ble et sted for slikt med gamle venner. Tore var sine venners venn: alltid til stede, hadde alltid tid, var sjenerøs, åpen, lojal og trofast. Veldig mange var glad i Tore. Vi vil savne ham lenge. Ikke minst vil han bli savnet av de syv barnebarna som har mistet sin elskede «Papi». ■

**Haakon Aars, Harald Bergrem,
Ståle Barstad, Knut Moe**

Sigrun Olivia Opsal Vilsvik



Vår kjære venn og kollega Sigrun Olivia Opsal Vilsvik døde 7.1.2026, 91 år gammel.

Sigrun studerte medisin ved Universitetet i Kiel i perioden 1953–59. Etter turnus og noen praksisår begynte hun i 1970 ved Barne- og ungdomspsykiatrisk (BUP) avdeling ved Regionsykehuset i Trondheim. Her fullførte hun sin spesialistutdanning, og BUP i Trondheim ble hennes livsgjerning frem til hun gikk av med pensjon i 2002. I løpet av denne perioden var hun avdelingsoverlege i tolv år (1980–92).

Oppbyggingen av BUP i Trøndelag fordret stø kurs både faglig og organisatorisk. Sigrun var en bauta i sin lederperiode, sterk og klok. Avdeling Lian med døgnplasser for unge ble etablert, og Regionsenter for BUP i Midt-Norge ble planlagt. I tillegg ble grunnmuren lagt for dagens BUP-klinikk ved St. Olavs hospital, som en fullverdig universitetsklinikk med løpende fagutvikling, utdanning og forskning.

Sigrun hadde en naturlig autoritet, med meninger og meningers mot, og hun var alltid trofast mot sin overbevisning. Hun tok gjerne på seg verv i råd og utvalg, blant annet i Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening (nestleder 1978–79 og leder 1980–83). Hennes rettferdighetssans førte også til årelange medlemskap i Amnesty og Norske leger mot atomvåpen.

Sigrun var ikke minst en god barnepsykiater i møte med barn og unge – kunnskapsrik, medfølende, analytisk, og med en trygghet som innga tillit i møte med foreldre.

Hun var veileder og mentor for utallige barnepsykiatere og andre medarbeidere i tverrfaglige team. Hennes mantra var grundig utredning og at et barn ikke kan sees alene, men i relasjon til familie, barnehage og skole. Hun ble og var klinikkens «Grand lady», som også passet på at de ansatte fikk sin daglige lunsjpause.

Til rådgivningsmøter utad kom hun som en høyreist, litt alvorlig, men spøkefull dame. Hennes forståelse av de problemene som ble beskrevet, var til berikelse for kollegaer.

Vi husker med glede hvordan hun øste av sin klokskap og erfaring også i faglige, sosiale sammenhenger. Hun inviterte yngre leger hjem til fag, mat og prat, og delte gjerne oppskrifter så vel som faglig bagasje.

Sigrun rommet så mye i én person: alvorlig og skøyeraktig, ordnet og leken. Og under alt lå varmen hennes og den faglige tyngden. Humoren var lun og satt løst. Hun hadde en evne til å ta ting på kornet og å gi gjensvar når verdier og rettferdighet ble krenket.

Hun etterlater seg et savn og masse gode minner. Vi deler sorgen med familien – hennes to sønner, tre barnebarn og to oldebarn.

Vi vil minnes Sigrun med varme, ærbødighet og respekt. ■

**Marit Sæbø Indredavik, Kjersti Brønne,
Helga Rossing, Bernhard Weidle, Odd Sverre Westbye,
Kari Skulstad Gårdvik**

Anne Berit Gunbjørud



Anne Berit vokste opp som enebarn i Oslo og beskrev sin oppvekst som god. Hun studerte medisin i Bern i Sveits og avla medisinsk embetseksamen der i 1974. Samme år gjennomførte hun norsk tilleggskurs før hun hadde turnustjeneste ved sykehuset i Ålesund og allmennpraksis i Valldal.

Etter noen år med radiologi og gynekologi, blant annet ved Universitetssykehuset i Akershus, begynte hun som spesiallege i Helsedirektoratet i 1981. Anne Berit hadde trivdes som kliniker, og hadde med seg denne erfaringen som et viktig grunnlag i hennes mange år i norsk samfunnsmedisin. Hun ble en høyt verdsatt medarbeider i helsetilsynsetaten og fikk en rekke sentrale oppgaver, også fra fagdepartementet, i ulike utrednings- og organisasjonstiltak, oppgaver hun løste med glans.

Hun gjennomførte folkehelseutdanning og fikk Diploma of Public Health ved Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg. Her knyttet hun også verdifulle faglige og personlige kontakter. Hun sto støtt i sin tro på den norske velferdsstaten og i sin overbevisning om at små forskjeller i samfunnet er best for alle, også for de som har mye.

Hun ble utnevnt til fylkeslege i Buskerud i 1987 og deretter til fylkeslege i Oslo fra 1996 til 2002. Fra 2003 var hun seniorrådgiver i Statens helsetilsyn frem til hun gikk av med pensjon.

Allerede i løpet av tiden i Ålesund ble hennes sosiale legning åpenbar. Anne Berit befant seg alltid der det skjedde. Denne egenskapen tok hun med seg både i sitt profesjonelle og sitt private liv. Vi er mange som har nytt godt av hennes gjestfrihet, omsorg, gode humør og slående replikker.

Anne Berit traff sin Åge i moden alder. Som pensjonister flyttet de til Asker. Her ble hun et aktivt medlem i Asker Husflidslag, og det finnes mange vakre vevnader og broderier som pryder venner og bekjentes hjem. Interessene spente ellers fra opera i inn- og utland til fast fremmøte på ishockeykamper i nærmiljøet.

Hennes omsorgsevne omfattet ikke bare venner og kolleger. Den gjaldt også mennesker som var nye i Norge. Her la hun ned en betydelig innsats.

Selv om både hun og Åge opplevde helsemessige utfordringer, hadde de et godt liv sammen. Hun hadde sine plager, men at hun skulle forlate oss nå, etter få dagers sykeleie, kom som et sjokk på oss alle. Flere av oss hadde munter kontakt med henne helt til det siste.

Anne Berit var en aktiv og begavet kollega som har betydd mye for oss både profesjonelt og privat. Vi lyser fred over hennes minne. ■

**Anne Alvik, Morten Calmeyer,
Ane Skjønsberg, Eva Widing**

Hans Petter Brinck



Vår tidligere kollega og gode venn Hans Petter Brinck døde 20. januar 2026. Han ble født på Hamar 29. mars 1943, vokste opp som odelsgutt på Nes, men valgte studier fremfor å bli bonde. Etter videregående skole på Hamar reiste han til Strasbourg i Frankrike for å studere medisin. Han fullførte studiene i Oslo i 1971 og hadde turnustjeneste på Bærum sykehus og i Sør-Odal distrikt. Spesialistutdanningen i øyesykdommer tok han på Haukeland universitetssjukehus, og han ble godkjent øyelege i 1977. Etter arbeid som overlege på Vest-Agder sentralsykehus i Kristiansand kom han i 1982 til Tønsberg, som eneste øyelege til nyopprettet øyeavdeling ved Vestfold sentralsykehus. Midlertidig arbeidssted var St. Olavs klinikk, som tidligere hadde vært et privat sykehus drevet av tyske nonner. Der var han alene øyelege i flere år før det kunne opprettes flere overlegestillinger.

I påvente av ny øyeavdeling i det fremtidige hovedsykehuset var det sparsomt med økonomiske midler. På tross av det gjorde Hans Petter en stor innsats for å bygge opp en fullverdig øyeavdeling for innbyggerne i Vestfold. Ikke minst skyldtes dette hans gode evner til samarbeid, både faglig og sosialt, med kolleger og andre samarbeidspartnere innen øyefaget. Den rolige og sindige væremåten gjorde ham verdsatt av pasientene. Han nedla et stort arbeid med de grunnleggende planene for en ny øyeavdeling, selv om det nok måtte være frustrerende at de overordnede planene ble endret flere ganger. Innflyttingen i hovedsykehuset fant først sted i 1999 –årevis etter at han hadde etablert seg i en privat øyespesialistpraksis i Tønsberg. Han ble pensjonist i 2014 og var deretter et aktivt og produktivt medlem av Medisinsk historielag på sykehuset, hvor han skrev flere artikler om øyefagets utvikling i Tønsberg og bidro til at mye gammelt arkivmateriale og utstyr ble bevart.

Hans Petter var familielkær. Ikke minst engasjerte han og hans kjære kone Trine Lise seg aktivt i oppfølgingen av eldstedatteren Cecilie og svigersønnen Kim Rygels store sportslige bragder innen konkurransedans, der de vant flere gullmedaljer i EM og VM. Med sine seks barnebarn fant Hans Petter også stor glede i å kunne følge deres utvikling, og gleden var gjensidig. Etter å ha blitt pensjonist fikk han og Trine Lise også bedre anledning til å utvikle sine felles interesser for golf og hagestell.

Som familien, som nå har mistet sin kjære, vil også vi andre som fikk lære Hans Petter å kjenne, gi uttrykk for vårt savn og vår takknemlighet. ■

På vegne av kolleger og andre samarbeidspartnere i og utenfor Sykehuset i Vestfold.

Per Hilberg, Per Evtun, Arne Hesselberg



Velkommen til Legenes hus kurs- og konferansesenter

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

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

www.legeneshus.no

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**.

Allmenntidning



Lege til Dr.Dropin Stavanger

Dr.Dropin i Stavanger har en ny tverrfaglig klinikk midt i hjertet av Stavanger sentrum. Grunnet stor etterspørsel søker vi 2-3 leger til hel- og deltid. Vi tilbyr stor grad av fleksibilitet i et trivelig og kompetent miljø. Se fullstendig utlysning på Legejobber.no. Søknadsfrist snarest.

Legesenter på Solvang til salg

Adresse: Espevikvegen 18, 5521 Haugesund

Legesenteret er en veletablert seksjon i et sameie med fysioterapisenter og tannlegesenter. Seksjonen utgjør ca. 100 m² og ble oppgradert med nye overflater og ventilasjon i 2023. Lokalene består av laboratorie/steril med resepsjon, fire behandlingsrom, toalett, bod og gangareal.

Les mer på Finn.no - Finnkode 428644026.

Fødselshjelp og kvinnesykdommer



Askergynekologen - Kristin Ramm

Gynekolog søkes

Veletablert gynekologklinikk søker gynekologer grunnet stor pasientpågang. Gode vilkår og mulighet for utvidet rolle på sikt. Ta kontakt med daglig leder Kristin Ramm snarest på ramm@askergynekologen.no

Samfunnsmedisin



Hitra
kommune

Kommuneoverlege

Hitra søker fastlege. Søker du til Hitra?

Vi søker etter fast 60 % kommuneoverlege og 40 % sykehjemslege. Vi tilbyr et godt fagmiljø, hjelp til bolig, nedbetaling av studielån og dekning av flytteutgifter. Les mer på Legejobber.no. Søknadsfrist 31.03.2026

Legejobber

På jakt etter ny jobb?

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

E-post: legejobber@tidsskriftet.no

Telefon: 417 01 070

Forskjellige stillinger

Kontorer til leie i Sandvika

Ledige kontorer for legespesialister/annet helsepersonell i veletablert avtalespesialistpraksis. Vi har fine lyse lokaler sentralt i Sandvika i Bærum, nær tog, buss og med parkering rett utenfor. Kontorene er på hhv 13 og 14 kvm. Vi har felles spiserom/kjøkken, resepsjon, toaletter og heis. Kontaktperson: Lise Gehrken, Lise@humana.no
Adr.: Elias Smiths vei 10, 1337 Sandvika

Skann QR-koden for å se våre ledige stillinger.



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**Nå kan du søke midler fra Forskningsfondet for cøliaki!**

Forskningsfondet for cøliaki bidrar til å fremme forskning innen medisin, ernæring eller sosial sektor. Årlig deles det ut midler til forskningsprosjekter som kan øke kunnskapen og forståelsen om cøliaki.

Søknadsfrist 1. mai 2026.

For ytterligere informasjon se: ncf.no/forskning

Kurs og møter**Grunnutdanning i EMDR**

**Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,
EMDR Europe Accredited Senior Trainer**

Trinn 1

Digitalt 17. – 19. mars 2026
Oslo 22. – 24. september 2026
Oslo 26. – 28. januar 2027

Trinn 2

Bergen 20. – 22. mai 2026
Oslo 9. – 11. juni 2026
Digitalt 6. – 8. oktober 2026
Oslo 8. – 10. desember 2026

Påmelding og nærmere informasjon:
www.emdrutdanning.no



Info og registrering: emdr2026.com



Endelig har EMDR Norge
fått den europeiske
konferanse hit til oss



Årets tema er "Relasjoner i traumebehandling"

Konferansen er for alle som er interessert i
kunnskapsbasert behandling av barn og voksne som har
vært utsatt for traumer.

Info og påmelding:



Kurs og møter**IGA**Institutt for
gruppeanalyse og
gruppepsykoterapi**Utdanning i GRUPPEPSYKOTERAPI og
GRUPPEANALYSE****med 2-årig psykoterpispesialitet for LIS i BUP**

Utdanningen starter med 1-årig Grunnleggende trinn eller 2-årig Trinn A, avhengig av teori- og erfaringsbakgrunn. Utdanningen er landsdekkende og samlingsbasert med fem årlige samlinger á 3 eller 3,5 dager. Samlingene består av teori, veiledning og egen-erfaring i grupper. Lokale kollegiale veiledningsgrupper mellom samlingene tilkommer.

Grunnleggende trinn formidler basiskunnskap om gruppeprosesser og gruppepsykoterapi.

Trinn A, 2-årig, utdanner til å arbeide kvalifisert og systematisk med gruppepsykoterapi i førstelinjen og på spesialistnivå.

Trinn B, også 2-årig, setter kandidatene i stand til å arbeide selvstendig med gruppepsykoterapi og gruppeanalyse og gir grunnlag for å veilede i gruppepsykoterapi. Full gruppeanalytisk utdanning inkluderer godkjenning av skriftlig oppgave etter fullført Trinn B.

IGA tilbyr også seminarer tilknyttet hovedprogrammet, i mentaliseringsbasert terapi og rus- og avhengighetsbehandling i grupper og i grunnleggende psykoanalytisk teori.

BUP psykoterpispesialitet for LIS: Trinn A, 2-årig ved IGAs utdanning i gruppepsykoterapi og gruppeanalyse dekker læringsmål 023 og er anbefalt som psykoterpispesialitet av kvalitetsvurderingsgruppen for psykoterapiutdanning BUP. LIS BUP kan søke rett på Trinn A og vil ha prioritet ved opptak av nye kandidater undervisningsåret 2026-27.

Godkjent psykoterpiveiledning LIS: Ett år på IGA (Grunnleggende eller første år av Trinn A) tilfredsstiller krav til valgfri psykoterapi til spesialiteten i psykiatri og i spesialiteten rus- og avhengighetsmedisin.

IGA er **godkjent til spesialitet i psykiatri, og opprettholdelse av spesialitet.**

Undervisningen foregår ved Thon Hotel Asker.

For nærmere informasjon og for søknadsskjema, se vår hjemmeside www.iga.no. **Søknadsfrist 15. april 2026.**

Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi – IGA
Maridalsveien 323, 0872 Oslo. Tel: 46611630, epost: iga@iga.no

**Vil du annonsere
for ditt kurs?**

Ta kontakt på
annonser@tidsskriftet.no

Tidsskriftet **Trenger du lokaler til ditt
neste kurs eller møte?**

Legenes hus holder til midt i Oslo sentrum med Stortinget, Akershus festning og Kvadraturen som nærmeste naboer

Vi tilbyr:

- Rom med kapasitet på 6–120 personer
- Internt teknisk personell som sørger for enkel og trygg gjennomføring – inkludert streaming og hybride møter
- Servering med dagpakker, lunsjbuffé og festmiddag

Ønsker du å komme på befaring eller høre mer om hvordan vi kan tilrettelegge for ditt møte?

LEGENES HUS
KURS- OG KONFERANSESENTER

Ta kontakt med oss på
booking@legeneshus.no /
www.legeneshus.no

En å snakke med.

Konfidensielt.

Lett tilgjengelig.



Det er ikke alle opplevelser som kan deles med – eller forstås av – andre som ikke har samme erfaringer som deg. Med en støttekollega kan du prate om både personlige og profesjonelle utfordringer. Ordningen tilbys alle leger og medisinstudenter. www.legeforeningen.no/kollegastotte

3 gratis timer.
Uten journal.
Med taushetsplikt.



Støttekollegaordningen

DEN NORSKE LEGEFORENING

**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, konstituert økonomidirektør
Anne Torill Nordli

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)

Ryddige rammer for faglig samarbeid

Tillit er en grunnpilar i legegjerningen. Befolkningen skal være trygge på at medisinske vurderinger er faglig forankret, uavhengige og til pasientens beste. Åpenhet og gode habilitetsvurderinger er derfor ikke et tillegg til legeyrket. Det er en del av selve fundamentet.



Anne-Karin Rime
President

Det er et faktum at mye av den medisinske utviklingen skjer i spill mellom helsetjenesten, akademien og industrien. Kliniske studier er en forutsetning for utvikling av nye behandlingsmetoder og for at norske pasienter skal få tidlig tilgang til ny behandling.

Skal Norge være et attraktivt land for klinisk forskning, må vi ha rammevilkår som gjør det mulig for leger å delta i slike studier.

En utfordring oppstår når regelverk og praksis ikke i tilstrekkelig grad tar høyde for denne virkeligheten. Habilitet handler om å sikre ryddige prosesser og åpenhet. Ikke om å mistenkeliggjøre faglig engasjement.

Ordninger som baseres på rigide beløpsgrenser eller forenklede terskler, kan i verste fall gjøre det vanskeligere å rekruttere klinikere til studier og faglige bidrag, uten at det styrker tilliten eller kvaliteten i beslutningene.

Legeforeningen arbeider derfor for rammer som kombinerer tydelige krav til åpenhet med realistiske og faglig forankrede habilitetsvurderinger. Vi forhandler nå om nye samarbeidsavtaler med industrien der målet er full åpenhet om samarbeid og utbetalinger. Åpenhet er et virkemiddel for tillit. Ikke et uttrykk for at samarbeid i seg selv er problematisk.

I et lite land som Norge vil mange av de fremste fagmiljøene naturlig ha kontaktflater mot både akademien og industrien. Det må vi kunne håndtere på en måte som ivaretar både integritet og faglig utvikling. Når leger bidrar med sin kompetanse i forskning, undervisning og utviklingsarbeid, er det et gode for pasientene og for helsetjenesten.

Det er derfor avgjørende at leger er involvert når regelverket utformes. Habilitetsregler må bygge på forståelse for klinisk praksis og profesjonelt ansvar. I slike spørsmål er det derfor viktig at vi bidrar med innsikt og erfaring, samlet, saklig og kunnskapsbasert. Samtidig er det selvsagt at leger ikke skal delta i beslutninger der de har direkte personlige interesser i utfallet.

Åpenhet styrker profesjonen. Ryddige rammer gir trygghet. Og samarbeid, når det skjer transparent og faglig forankret, er en forutsetning for videre medisinsk utvikling. ■

Hjerneforskeren

Thanh Pierre Doan er lege, forsker og brobygger. Til daglig kombinerer han klinisk arbeid ved St. Olavs Hospital med basal nevrovitenskap ved NTNU. Ambisjonen er enkel: å forstå hjernen bedre – og omsette ny kunnskap til bedre diagnostikk og behandling for pasienter.

Barndommen i en familie med fire søsken var preget av aktivitet og nysgjerrighet: klassisk fiolin, idretter som fotball og thaiboksing, og en forkjærlighet for fart og mestring via skateboard og snowboard. Senere skulle samme drivkraft prege karrierevalgene.

Geografisk spenn

Med vietnamesisk fornavn, oppvekst i Versailles og medisinstudier i Kroatia har Doan en tydelig internasjonal profil.

– Jeg studerte første året medisin i Paris, men pådro meg en snowboardskade. Det gjorde pendlingen vanskelig, og jeg måtte vente en periode før jeg kunne gjenoppta studiene, forteller han.

I 2007 hørte han om et medisinstudium i Zagreb der han kunne bygge videre på det han allerede hadde lært i Paris. Før avreise kastet han seg over både engelsk og kroatisk.

– Det var en kjempetin utfordring, og jeg nølte ikke et sekund. Jeg organiserte alt og tok bussen 23 timer fra Paris til Zagreb. Det var en stor avgjørelse – og en av de beste jeg har tatt.

Medisinstudent, forsker og kliniker

I 2012, rett før siste studieår, fikk Doan en uventet mulighet til å hospitere ved nevrokirurgisk avdeling på Rikshospitalet i Oslo. Der hørte han for første gang om Kavli Institute for Systems Neuroscience (Kavli-Instituttet) i Trondheim, et internasjonalt ledende miljø, med May-Britt og Edvard Moser som sentrale drivkrefter. Duoen fikk Nobelprisen i Medisin og Fysiologi 2014.

– På dette tidspunktet var det kliniske arbeidet som lege viktig for meg, men jeg var også nysgjerrig på de medisinske basalfagene. Nevrologiske tilstander er samlet sett den største bidragsyteren til global sykdomsbyrde, samtidig som hjernen fortsatt er blant organene vi forstår minst. Mot slutten av medisinstudiet søkte han en stilling ved instituttet. Det var mange søkere, men Doan fikk plassen og flyttet til Norge for å ta doktorgrad i funksjonell nevroanatomi.



Lege og brobygger: Thanh Pierre Doan kombinerer han kliniske problemstillinger fra bevegelsesforstyrrelser og epilepsi med et overordnet, translasjonelt fokus: å forstå hjernesykdommer som nettverksforstyrrelse. Foto: Morten Warholm Haugen

Thanh Pierre Doan forteller at det er svært få leger som arbeider ved Kavli-Instituttet. De fleste har bakgrunn fra psykologi, fysikk, eller matematikk.

– Nettopp derfor blir møtet mellom klinikk og grunnforskning ekstra spennende: Det tvinger fram et felles språk mellom fag som vanligvis ikke møtes, sier han.

Midtveis i doktorgraden ble han invitert til å holde et innlegg ved nevrokirurgisk avdeling på St. Olavs Hospital.

– Innlegget ble godt mottatt, og jeg fikk umiddelbart tilbud om å begynne som lege i spesialisering der, samtidig som jeg fullførte doktorgraden. Det kom uforventet. Jeg måtte lære norsk, videreutvikle de kliniske ferdighetene og jobbe lange dager. Det var krevende, men det gikk bra.

Ved St. Olavs Hospital har flere svært dyktige legekolleger med doktorgrad fra Kavli-Instituttet vært innovert i en periode og bidratt i skjæringspunktet mellom klinikk og basalfag. Alle har

Forskningsgruppe:

Her er Clinical Brain Systems (CBS) forskningsgruppen samlet. Øverst fra venstre: Ingrid Gylterud Kvålsgard (forskerlinjestudent i medisin), Rune Tesaker (MSc-student i nevrovitenskap), Jan-Ove Smistad (MSc-student i nevrovitenskap), og Sverre Myren (overlege i nevrologi og førsteamanuensis). I midten fra venstre: Thanh Pierre Doan (gruppeleder for CBS), Ruiyi Li (forskerlinjestudent i medisin), og Luisa Seckinger (forsker). Nederst fra venstre: Tobias Navarro-Schroeder (førsteamanuensis og gruppeleder ved Kavli-instituttet), Livia Aale-Hægermark (forskerlinjestudent i medisin), og Aleksandra Galwa-Støkken (forsker). Jørgen Sugar (førsteamanuensis og gruppeleder ved UiO), Ana Groba (PhD student) og Morteza Mirjebreili (PhD student) var ikke til stede ved bildeopptak. Foto: Kim L'Orange Sørensen / NTNU.



imidlertid gått videre til ikke-kliniske stillinger eller andre kliniske fagmiljøer. For Doan illustrerer det både en vitenskapelig mulighet – og en systemutfordring: hva som skal til for at et universitetssykehus kan tiltrekke og beholde lokale talenter som vil kombinere pasientnær klinikk med langsiktig forskning.

Når han jobber klinisk, er han fullt og helt nevrolog: sengepost, poliklinikk og vakt. Klinisk drift må naturlig nok komme først, og det krever tydelige rammer hvis man samtidig skal bygge forskning over tid.

Knytter klinisk praksis til hjernens nettverk

I doktorgraden brukte Doan dyremodeller for å undersøke hvordan hukommelsesnettverk i hjernen er organisert.

– I 2019 publiserte vi funnene i et internasjonalt tidsskrift, og arbeidet ble omtalt i en stor fransk avis (redaksjonens merknad: Le Figaro). Det var en påminnelse om at det tunge, langsiktige arbeidet kan gi gjennomslag – også utenfor fagmiljøet.

I dag kombinerer han kliniske problemstillinger fra bevegelsesforstyrrelser og →

epilepsi med et overordnet, translasjonelt fokus: å forstå hjernesykdommer som nettverksforstyrrelser.

– I klinikken klassifiseres sykdommer ut fra diagnosegrupper som for eksempel hjerneslag eller demyeliniserende sykdommer. Det er nødvendig og nyttig for å få en grunnleggende klinisk forståelse, men kan også gjøre at vi mister noe av det som går på tvers: Mange tilstander rammer hjernesystemer – altså nevraltnettverk – der dysfunksjon gir symptomer som ikke alltid følger diagnosegrensene. I forskningsgruppen vår undersøker vi sammenhengen mellom symptomer og hjernenettverk. Det kan virke abstrakt, men internasjonalt er dette et felt i rask utvikling.

De siste årene har han bygd opp forskningsgruppen Clinical Brain Systems (CBS) ved NTNU. Navnet tar utgangspunkt i type nevrovitenskap som drives ved Kavli-Instituttet (redaksjonens merknad: systemnevrovitenskap, dvs. vitenskap som handler om hjernenettverk), og reflekterer ønsket om å koble klinisk nevrologi med systembasert hjerneforskning. Han besøkte nylig et ledende fagmiljø ved Harvard, og så hvordan de organiserer tverrfaglige team rundt presise, kliniske spørsmål.

– Skal vi lykkes med slik translasjon i Norge, trengs det strukturer som gir klinikerforskere forutsigbarhet og rom til å levere – på en måte som gagnar både pasientbehandling og kunnskapsutvikling, sier han.

Jakten på hukommelsens mysterier

Et eksempel på hvordan Doan kobler hverdagen i klinikken med grunnforskning, er transitorisk global amnesi (TGA) – et dramatisk, men oftest godartet syndrom som typisk rammer mennesker rundt 60 år.

Tilstanden gjør at personen plutselig mister evnen til å danne nye minner. I praksis blir pasienten akutt hukommelsesløs, men kommer seg gradvis i løpet av timer.

– Første gang jeg møtte disse pasientene i akuttmottaket, ble jeg fascinert. De er helt ute av stand til å lagre ny informasjon, men ellers ofte relativt upåvirket. Etter noen timer normaliseres hukommelsen igjen. Klinisk lærer vi raskt at tilstanden sjelden er farlig, men vitenskapelig er den et unikt vindu inn i hvordan hukommelse kan bryte sammen – og repareres.

Forskningsgruppen har fått midler og etablert et eget TGA-prosjekt. De forventet omtrent én pasient i måneden, men rekrutterte tre til fire i måneden.

– Vi bruker avansert MR, kognitiv testing og er takknemlige for et tett samarbeid med professor Masud Husain i Oxford. Nylig presenterte vi funn på en europeisk nevrovitenskapelig kongress (FENS). Målet er å forstå mekanismene bak kognitiv svikt – og hva dette kan lære oss om kroniske hukommelsesproblemer, fra epilepsi til Alzheimers sykdom.

Gatekunst og formidling

Utenfor arbeidstid finner Doan ofte inspirasjon i byrommet og i det som skjer når mennesker, fag og uttrykk møtes. I 2017 fikk han tildelt offentlige

midler fra Trondheim kommune og tok initiativ til å etablere byens første gatekunstfestival, som han ledet og organiserte sammen med sin ektefelle. Resultatet ble at rundt 1500 kvadratmeter med offentlige veggflater ble malt av lokale, nasjonale og store, internasjonale kunstnere. Flere av verkene har senere blitt tydelige landemerker i bybildet.

For Doan er dette også et uttrykk for samfunnsengasjement: å skape fellesskap, vekke nysgjerrighet og bygge varige strukturer ved å koble aktører som ellers sjelden samarbeider. Han ser en klar parallell til nevrovitenskapen: Å skape en kunstfestival i en by og å forstå hjernens nettverk handler, i bunn og grunn, om det samme – å få ulike perspektiver til å møtes, og la noe nytt oppstå.

Gatekunst og visuelle uttrykk er for ham både estetikk og kommunikasjon – en måte å fortelle historier på og se mønstre der andre kanskje bare ser støy

– Jeg liker at gatekunst kan være direkte og tilgjengelig, samtidig som den kan romme kompleksitet. På mange måter minner det meg om hjernen: lag på lag, detaljer som henger sammen, og behovet for å formidle noe vanskelig på en enkel måte.

Avdekker kunnskapshull

I 2023 gikk Doan inn i styret i Norsk nevrologisk forening. Sammen med Norsk psykiatrisk forening gjennomførte de en spørreundersøkelse blant medlemmene, blant annet for å kartlegge kjennskap til systemnevrovitenskap.

– Over 93 prosent av nevrologer og psykiatere svarte at de ikke hadde hørt om feltet. For meg illustrerer det et tydelig kunnskapshull – men også et stort forbedringspotensial. Vi har verdensledende basalforskning på hjernenettverk her i landet, og samtidig et stort klinisk behov for nye måter å forstå symptomer og sykdomsforløp på.

– Ambisjonen min er å bidra til et tettere samarbeid mellom basal nevrovitenskap og klinikk, slik at vi kan utvikle presis diagnostikk og mer målrettet behandling over tid. Det krever langsiktighet, solide fagmiljøer og gode rammer – men gevinsten kan bli stor, både for pasientene og for norsk hjerneforskning.

Doan understreker at han trives best i miljøer der klinikk, metodeutvikling og internasjonalt samarbeid får gå hånd i hånd – og der klinikerforskere får rammer til å bygge langsiktige prosjekter som gir konkret verdi for pasientene. ■

Stig Kringen

Enighet med Spekter om ny hovedavtale

Akademikerne og Spekter er enige om en felles erklæring som tydeliggjør felles ansvar og samarbeid om beredskap. I tillegg har partene avtalt å kartlegge arbeidssituasjonen for tillitsvalgte som arbeider etter arbeidsplan.

Hovedavtalen er grunnmuren i den norske arbeidslivsmodellen. Akademikerne var i denne forhandlingsrunden særlig opptatt av partenes felles ansvar for å tilrettelegge for samarbeidet lokalt.

– Det lokale samarbeidet er særlig viktig i dagens verdenssituasjon med økte krav til beredskap. Vi er tilfredse med at vi har blitt enige med Spekter, sier Hanne Indregard Lind, leder for Akademikerne helse.

Partene har blant annet blitt enige om:

- En felles erklæring som tydeliggjør partenes felles ansvar og samarbeid om beredskap.
- Å kartlegge arbeidssituasjonen for tillitsvalgte som arbeider etter arbeidsplan. Kartleggingen skal vurdere om disse tillitsvalgte i praksis har like reelle muligheter som tillitsvalgte i dagarbeid til å utføre sitt verv. Arbeidet skal særlig undersøke på muligheten til å delta i nødvendig opplæring, gjennomføre tillitsvalgtarbeid innenfor arbeidstid og nødvendige friperioder.
- At det med drøfting menes en gjensidig informasjons- og meningsutveksling mellom arbeidsgiver og

de tillitsvalgte, der saken belyses før arbeidsgiver treffer beslutning. Dette er ikke en ny forståelse, men gir veiledning for partene lokalt i tilfeller der det oppstår utfordringer i samarbeidet.

- En bestemmelse om at tillitsvalgte ikke skal meddeles skriftlig advarsel begrunnet i utøvelse av tillitsvervet uten saklig grunn.

Hva er hovedavtalen?

Hovedavtalen regulerer de overordnede spillereglene for samarbeidet mellom partene i arbeidslivet. Den handler blant annet om:

- partssamarbeid, informasjon og drøfting
- tillitsvalgtes rolle, rettigheter og plikter
- forhandlingssystem

Avtalen legger rammene for partssamarbeidet, tillitsvalgtes rolle og medbestemmelsen i Spekter-området og gjelder ut 2029. ■

Avdeling for jus og arbeidsliv



Enighet:

Akademikerne og Spekter er enige om en ny hovedavtale. Hanne Indregard Lind (leder Akademikerne Helse) sammen med Bjørn Skrattegård i Spekter. Foto: Akademikerne

Ledersamling 2026: Med ny helsereform på agendaen

På «Oslos tak», Soria Moria Hotell, møttes lederne for alle foreningsledd i Legeforeningen til faglig påfyll og diskusjoner. Legeforeningens ledersamling er en viktig arena for erfaringsutveksling og påvirkning. I år gikk ny helsereform som en rød tråd gjennom programmet. Helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre, arkitekten i den sammenhengen, var en selvskreven gjest under samlingen.

Tradisjonen tro åpnet ledersamlingen med presidentens time. Her reflekterte Anne-Karin Rime over året som har gått:

– Legerollen står under sterkt press. Men vi har samtidig hatt flere seire, både i retten, på Stortinget og i møte med arbeidsgiverorganisasjonene. I tillegg har vi en rekke saker som vi må jobbe videre med i 2026. Det alle disse sakene har til felles, er at de handler om utøvelsen av det å være lege. Om at vi skal ha tillit til å forvalte faget vårt, innledet hun med å si.

Deretter skisserte hun opp hva foreningen har i vente, og hvordan dette vil forme arbeidet i 2026.

– Vi står i en usikker situasjon internasjonalt. Da vi møttes her i fjor, snakket jeg primært om trusselen fra Russland og Kina. Siden da har USA kommet som en joker fra sidelinjen. Det påvirker oss på flere vis. Vi merker det på forskningssiden, på de økonomiske midlene som finnes i internasjonalt helsearbeid, og vi merker det på hvordan vi tenker om norsk helseberedskap. Dette sammen med utfordringene her hjemme med kommune- og sykehusøkonomi, legemangel og en økende del av befolkningen som har behov for helsetjenester, er områder vi må ha med oss inn i arbeidet med ny helsereform som nå er i gang. For i hele 2026 vil helsereform stå høyt på agendaen, sa Rime og la til:

– Og det gjør den også her i dag.

Historisk mulighet

Legepresidenten sitter som representant for Akademikerne i referansegruppen til helsereformutvalget, og landsstyret har gitt Legeforeningen i oppdrag å kartlegge hvilke anbefalinger foreningen bør ta med inn her. I så måte var årets ledersamling et politisk verksted.

Arkitekten i denne sammenhengen, helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre, var selvsagt invitert.

– Jeg har blitt utfordret her i dag til å svare på spørsmålet «hvorfors helsereform?». Vi endrer på ting for å løse utfordringene i samfunnet vårt bedre. Vi har mer enn nok rapporter og framskriv-



Foto: Legeforeningen / Tor Martin Nilsen

Ny helsereform: Legeforeningens ledersamling er en viktig arena for erfaringsutveksling og påvirkning. I år gikk ny helsereform som en rød tråd gjennom programmet, og helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre, arkitekten i den sammenhengen, var selvsagt invitert.

ninger som viser at vi styrer mot en helsetjeneste som ikke vil være bærekraftig. Både med tanke på personell, demografi, finansiering og ikke minst å møte folks forventninger. Vi kan ikke bare snakke om det. Vi må gjøre noe med det, sa han fra scenen.

Han understreket at han kommer til å lytte til hva Legeforeningen har å si.

– Jeg tror den beste innovasjonen kommer fra tjenestene og dem som står i den. Og så vet jeg at Legeforeningen er veldig kritiske til hvordan vi styrer sykehusene. Nå har dere en historisk mulighet til å påvirke. Men det kommer til å bli litt interessekamp. Ingen vil gi fra seg noe, men alle vil ha noe. Jeg kommer ikke til å la en ny helsereform bli preget av særinteresser, konstaterte Vestre.

En helsetjeneste under press

Ledersamlingen besto av både panelsamtaler og fagdager for lederne av lokalforeningene, regionutvalgene og de fagmedisinske foreningene. Til tross for ulike innganger, tegnet fagdager og panelene et samstemt bilde av en helsetjeneste under press.

I tre panelsamtaler ble vesentlige deler av dagens helsetjeneste diskutert: styring og ledelse, samhandling mellom nivåene

og spørsmålet om likeverdige helsetjenester. Paneldeltakerne var representanter fra klinikken, helseforetakene, kommunesektoren, politikken og sentrale helsemyndigheter.

Flere pekte på en økende avstand mellom beslutninger og klinisk hverdag. Klinikere opplever begrenset innflytelse, samtidig som økonomiske og strukturelle rammer får større betydning for prioriteringene. Dette skaper spenninger mellom faglige vurderinger og systemkrav.

Samhandlingen mellom kommune og sykehus ble trukket frem som særlig krevende. Geografi, ulik organisering og varierende lederforankring gjør samarbeid vanskeligere, og behovet for større gjensidig tillit, samt tidligere involvering på tvers av nivåene, ble fremhevet.

Spørsmålet om likeverdige helsetjenester var også et gjennomgående tema. Budskapet var tydelig: målet er ikke nådd. Forskjeller i kapasitet, kompetanse og økonomi gir ulikt tilbud, og flere etterlyste tydeligere prioriteringer og mer målrettet støtte til førstelinjen, med universitetssykehusene som viktige motorer for kvalitet og utvikling. ■

Elin Lothe Haga

Den tyske helsekomiteen på besøk hos Legeforeningen

Februar fikk Legeforeningen besøk av den tyske helsekomiteen på Legenes hus i Oslo. President Anne-Karin Rime ønsket velkommen før hun ga ordet til lederen i Allmennlegeforeningen, Hans-Christian Myklestul. Delegasjonen ville lære mer om den norske fastlegeordningen og organiseringen av legevakt – og kom med gode spørsmål og innspill fra den tyske helsetjenesten. ■

Elin Lothe Haga

Fra venstre: Anne-Karin Rime (Legeforeningen), Johannes Wagner (Alliance 90/The Greens) og Svenja Stadler (Social Democratic Party of Germany).



Fra venstre: Anne Janssen (Christian Democratic Union of Germany) og Dr. Hans Theiss (Christian Social Union in Bavaria). Begge foto: Legeforeningen / Elin Lothe Haga

Stortinget vil ha ny finansieringsmodell for sykehus: – Viktig gjennomslag

Stortinget har nå vedtatt at regjeringen skal fremme forslag om en ny helhetlig finansieringsmodell for sykehus, som sikrer at investeringer ikke skal gå på bekostning av drift. Vedtaket er et viktig gjennomslag for noe Legeforeningen har jobbet for lenge.

« Dette er et etterlengtet grep for å redusere kuttpresset og sikre mer forutsigbare rammer for pasienttilbudet. Det er viktig å sikre sykehuses evne til å planlegge, bygge og investere uten at det går utover pasientbehandling og ansattes arbeidsvilkår, sier president Anne-Karin Rime.

Stortingsvedtak kommer etter at helse- og omsorgskomiteen behandlet saken i februar. Flertallet i komiteen, som støttet Frps opprinnelige forslag, viste eksplisitt til Legeforeningens høringsinnspill. De pekte blant annet på at gjeldsbelastningen og rentekostnadene kan få en «snøballeffekt» som gjør det stadig vanskeligere å opprettholde tilfredsstillende drift, og at dette kan gå utover pasienttilbudet.

Finansiering over statsbudsjettet

Før stortingsbehandling fikk Ap med seg Høyre, SV og Rødt om et nytt forslag som innebærer mye av det samme som Frp foreslo: «Stortinget ber regjeringen legge frem forslag til en ny helhetlig finansieringsmodell for sykehus som sikrer at sykehusinvesteringer ikke skal gå på bekostning av driften av sykehusene. Stortinget ber om at minst et av alternativene som legges frem innebærer å skille drift og investeringer, at nye sykehusbygg skal besluttes av Stortinget og helt eller delvis finansieres over statsbudsjettet.»

– Dette er en viktig sak vi har jobbet for i mange år. Vi er derfor glade for at Frp har løftet problemstillingen og at Stortinget ønsker en ny finansieringsmodell. Det er nå bred politisk enighet om at dagens mo-

dell er dysfunksjonell og at regjeringen må gjøre endringer, sier Ståle Clementsen, leder i Overlegeforeningen.

Må også øke bevilgningene til sykehusene

Legeforeningen har vært klar på at det må skilles tydeligere mellom to ulike behov:

- Daglig drift og pasientbehandling, som må ha stabile og forutsigbare rammer.
- Store investeringer som sykehusbygg, som ikke kan bæres av stadig strammere driftsbudsjetter.

Rime understreker at å skille drift og investeringer ikke nødvendigvis krever en stor omlegging av helseforetaksmodellen. Dette kan gjennomføres innenfor dagens system.

– Skal dette bli en reell forbedring, må det gjøres rettfærdig for sykehus som allerede har tatt store investeringsløft. I første omgang er det helt avgjørende at vi får gjort noe med den krevende gjeldssituasjonen. En ny finansieringsmodell er et viktig steg mot mer forutsigbarhet, men løser ikke alt. Stortinget må også følge opp med å prioritere sykehusbudsjettene høyere, avslutter Anne-Karin Rime. ■

Knut E. Braathen

Kommunikasjonsavdelingen

Nytt IT-utvalg skal styrke legenes stemme i digitaliseringen

Legeforeningens IT-utvalg for perioden 2026–2028 var nylig samlet til sitt første møte. Utvalget gir råd til sentralstyret i spørsmål om e-helse, digitalisering og helseteknologi.

IT-utvalget 2026–2028: Fra front Ivar Halvorsen (leder), Jan Robert Johannessen (nestleder), Egil Johannessen, Ingeborg Henriksen, Knut Harboe, Bernard Holthe, Ellen Anna Andreassen Jaatun, Gaute Eriksen Gjein, Håvar Marsteen, Lars Christian Naterstad Lervik, Jan Christian Erdal Liby, Torstein Sakshaug. Ikke tilstede på bildet: Petter Brelin, Kjartan Olafsson, Tobias Iveland, Petter Hurlen.
Foto: Legeforeningen

Utvalget samler leger fra ulike deler av helsetjenesten og skal bidra til å utvikle og tydeliggjøre Legeforeningens politikk på IT-området i en tid preget av rask digital utvikling. IT-utvalget er et rådgivende organ for sentralstyret, og består av representanter fra de største yrkesforeningene, samt Legeforeningens representanter i sentrale nasjonale styrever, råd og utvalg innen e-helse.

Utvalget fungerer både som faglig ressurs og som bindeledd mellom Legeforeningen og forvaltningen, helseforetak, academia og teknologimiljøer. Ivar Halvorsen er gjenvalgt som leder og går inn i sin tredje periode i vervet.

– Gode digitale verktøy betyr mye for leger i

hele helsetjenesten. Det er fortsatt mye ugjørt, selv om vi nå ser noen lyspunkter. Legeforeningens representanter i ulike råd og styrever har godt gjennomslag – vi blir lyttet til, sier Halvorsen.

Han fremhever at samarbeidet i utvalget fungerer godt, og at støtten fra sekretariatet gjør det meningsfullt å lede arbeidet videre.

Vil påvirke utviklingen

IT-utvalget arbeider med spørsmål som har stor betydning for legenes arbeidshverdag. Klinisk informatikk, digitale konsultasjonsformer og nasjonale løsninger for informasjonsdeling er blant temaene som har stått sentralt.

– Arbeidet innebærer å stå midt i utviklingen



og kunne påvirke retningen. Det er givende. Og så er det alltid kjekt å møte mange flinke folk, sier Halvorsen.

Samtidig peker han på at tempoet i digitaliseringen til tider oppleves som for lavt.

– Det går for sent, selv om vi er på rett vei. Noe skyldes for små bevilgninger, men også juridiske hindre og lange prosesser. Større krav til tempo og bedre forståelse for at utvikling koster, kunne hjulpet, sier han.

Han viser også til at mange statlige systemer ikke samhandler godt nok med legenes arbeidsflater, som for eksempel MSIS-meldinger, søknader etter blåreseptforskriften og dødsmeldinger.

Juridiske rammer og klinisk forankring

Jan Robert Johannessen er gjenvalgt som nestleder i IT-utvalget for kommende periode. Han mener klinikerens deltakelse i digitaliseringsarbeidet er helt avgjørende.

– Jeg har jobbet med mange digitaliseringsprosjekter de siste ti årene og ser et stort behov for at klinikere engasjerer seg. Vi må sikre gode og hensiktsmessige arbeidsflyter med fokus på det kliniske arbeidet. Som nestleder får jeg mulighet til å påvirke Legeforeningens arbeid i den retningen, sier han.

Han trekker frem juridiske problemstillinger som et særlig viktig område fremover.

– Når digitale samhandlingsløsninger utvikles, utfordres både personvernet og legenes rettssikkerhet. Helsedata er i økende grad spredd på tvers av flere løsninger, ikke bare i journal-systemet. Da blir det avgjørende med juridiske rammer som både ivaretar personvernet og gir effektiv tilgang til nødvendige opplysninger, sier Johannessen.

Han viser også til arbeidet med det europeiske helsedatarommet (EHDS) som viktig å følge tett, blant annet for å sikre at krav til strukturering ikke skaper uhensiktsmessige arbeidsforhold for leger.

Arbeidet gir resultater

Blant sakene IT-utvalget har fått gjennomslag for de senere årene, trekker Halvorsen frem betydningen av «brukervennlighetsløftet», der klinikerdeltakelse i både system- og utviklingsarbeid står sentralt og i økende grad blir verdsatt.

– Det er nå større enighet om prioriteringer og veivalg enn for noen år siden. Vi prøver å fremstå med én stemme, og der er samordningen i IT-utvalget viktig, sier han.

For Johannessen er motivasjonen for å fortsette arbeidet tydelig:

– Gode IKT-løsninger er livsnerven i driften. Utviklingen påvirkes i stor grad av politiske prosesser, og jeg motiveres av muligheten til å påvirke Legeforeningens digitaliseringspolitikk. Vi ser at arbeidet over tid gir resultater, og at innspillene våre blir lyttet til, sier han.

Det nye IT-utvalget er nå i gang med arbeidet og skal fremover bidra til at legenes erfaringer og behov blir tydelig representert i utviklingen av digitale helsetjenester. ■

Ingrid Rise Fry

Pizzakveld for medisinstudenter på Legenes hus

Legeforeningen, Norsk medisinstudentforening (Nmf) og Yngre legers forening (Ylf) inviterte nye og erfarne medisinstudenter til pizzakveld på Legenes hus i Oslo tidlig i februar.



Foto: Andreas Haslegaard

Arrangementet samlet mange studenter og bød på en kveld med lav terskel for spørsmål, fine samtaler og topp stemning. Samtidig var kvelden en anledning til å vise frem Legenes hus som en møteplass for leger i alle faser av karrieren, fra medisinstudent til erfaren spesialist.

President i Legeforeningen, Anne-Karin Rime, leder i Ylf, Ingeborg Henriksen, og Nmf-leder Elise Skimmeland holdt innledninger om hva fagforeningen betyr i studietiden og videre inn i arbeidslivet. De løftet blant annet frem medlemsfordeler, juridisk støtte og hvordan Legeforeningen arbeider med saker som er viktige for medisinstudenter og yngre leger.

I tillegg til faglig påfyll kunne studentene besøke jusskiosk, innmeldingsstand med merch og delta

i konkurranser med premier. Målet med kvelden var å gjøre det enkelt å bli kjent med Legeforeningen, tilbudene til studentene og nettverket som venter som fremtidig lege.

Med fullt hus og stort engasjement fra studentene ble arrangementet en tydelig bekreftelse på interessen for fellesskapet og møteplassene Legeforeningen legger til rette for. ■

Andreas Haslegaard

Tidsskriftets faglige medarbeidere

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

Abedini, Sadollah
Andersen, Mette
Andreassen, Ole A.
Austen, Kjersti
Bachmann, Ingeborg Margrethe
Bakken, Inger Johanne
Bartnes, Kristian
Beisland, Christian
Berg, Siri Fuglem
Berg, Tore Julsrud
Berild, Dag
Berntsen, Erik Magnus
Berntsen, Gro Karine Rosvold
Bjørner, Trine
Bramness, Jørgen Gustav
Brantsæter, Arne Broch
Brattebø, Guttorm
Braut, Geir Sverre
Brekke, Mette
Bretthauer, Michael
Brustugun, Odd Terje
Braarud, Anne-Cathrine
Bøhmer, Ellen
Chaudhry, Farrukh Abbas
Dietrichs, Espen
Døllner, Henrik
Ebbing, Cathrine
Ellingsen, Christian Lycke
Eskild, Anne
Evjenth, Torbjørn Steensen
Faiz, Kashif
Farooqi, Saima
Flottorp, Signe Agnes
Flægstad, Trond
Fredheim, Olav Magnus
Fretheim, Atle
Frøen, Hege
Fønne, Magne Vinjar
Førde, Reidun
Gjevik, Elen
Gradmann, Christoph
Grimsrud, Tom Kristian
Gulbrandsen, Pål
Gulseth, Hanne Løvdal
Gundersen, Joanna Majak
Hansen, John-Bjarne
Hasle, Gunnar
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
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. Bjerkklund
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 Hylan
Rasmussen, Jørn Einar
Reed, Wenche
Reikvam, Håkon
Renaa, Therese
Retterstøl, Kjetil
Revheim, Mona-Elisabeth
Risnes, Kari Ravndal
Risøe, Cecilie
Rogne, Tormod
Rosvold, Elin Olaug
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
Sundsfjord, Arnfinn S.
Søreide, Kjetil
Thommessen, Bente
Tjønnfjord, Geir E.
Trong-Johansen, Lea
Ulvestad, Elling
Valeur, Jørgen
Vallersnes, Odd Martin
Vettrhus, Morten
Vistad, Ingvild
Viste, Kristin
Wallenius, Marianne
Wiseth, Rune
Wold, Cecilie Bendiksen
Wyller, Torgeir Bruun
Zahl, Per-Henrik
Øksengård, Anne Rita
Ørstavik, Kristin
Øymar, Knut
Aavitsland, Preben

Tidsskriftet

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

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

© Tidsskrift for

Den norske legeforening

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

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

Utgiver

Den norske legeforening
Generalsekretær Siri Skumlien

Redaktøransvar

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



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



Tidsskriftet støtter FNs bærekraftsmål og har skrevet under på SDG Publishers Compact.



Redaksjonen

Sjefredaktør Are Brean

Assisterende sjefredaktør

Ragnhild Ørstavik

Redaksjonssjef Cathrine Idsøe

Digitalsjef Einar Ryvarden

Markedssjef Ellen Bye Knutsen

Vitenskapelige redaktører

Siri Lunde Strømme, Kari Tveito

Publiseringsredaktør Tone Enden

Debattredaktør Øyvind Stople Sivertsen

Medisinske redaktører

Lars Frich, Petter Gjersvik,

Inge Rasmus Groote, Mette Kalager,

Liv-Ellen Vangsnes, Martine Firmreite

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, Gudrun Maria Waaler

Bjørnelv, Jeanette Engquist, Jon Michael

Gran, Tori Flaatten Halvorsen, Martin

Hotvedt, Bård Reiakvam Kittang, Rita

Gamlem Kristiansen, Sandra Marie

Kristiansen, Charlotte Lunde, Stian

Lydersen, Heidi Mestl, Kåre Moen,

Karl Otto Nakken, Jan-Henrik Opsahl,

Are Hugo Pripp, Jo Røislien, Melanie

Rae Simpson, Eva Skovlund, Amanda

Hylland Spjeldnæs, Marianne Riksheim

Stavseth, Mats Julius Stensrud,

Elisabeth Swensen, Marte Roa Syvertsen,

Kari Toverud, Marit Tveito, Linn Vedeld,

Alexander Wahl, Sigurd Ziegler, 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 33 920

Antall utgivelser 15 numre per år

ISSN 0029-2001



**KOMMER
24. MARS**

Les i neste nummer

- Galskap og tvang
- Hodeskaller i kunsten
- Biovåpen
- Stråleterapi
- Ny i jobben



Forbedret livskvalitet¹

LYRICA®
PREGABALIN

Flere indikasjoner² | 20 års klinisk erfaring² | 53 millioner pasientår³ | 199 kliniske studier⁷

Internasjonale guidelines bekrefter på nytt pregabalin som førstelinjebehandling ved nevropatisk smerte³⁻⁵



Indikasjon

Perifer og sentral nevropatisk smerte hos voksne.

Dosering

150-600 mg (7,5-30 ml mikstur) daglig fordelt på 2 eller 3 doser.

Nevropatisk smerte: Behandlingen kan initieres med maks. 150 mg (7,5 ml mikstur) pr. dag fordelt på 2 eller 3 doser. Basert på individuell respons og toleranse kan dosen økes til 300 mg (15 ml mikstur) pr. dag etter 3-7 dager. Etter ytterligere 1 uke kan dosen økes til maks. 600 mg (30 ml mikstur) pr. dag.

Nedsatt nyrefunksjon: Dosereduksjon individualiseres i henhold til kreatininclearance (CLcr), se SPC.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon for Lyrica:

Forsiktighetsregler

Diabetespasienter: I samsvar med dagens kliniske praksis, kan justering av hypoglykemisk legemiddel være nødvendig hos diabetespasienter som får vektøkning under pregabalinbehandling. **Hypersensitivitetsreaksjoner** inkl. tilfeller av angioødem er sett. **Alvorlige kutane bivirkninger** inkl. Stevens-Johnsons syndrom (SJS) og toksisk epidermal nekrolyse (TEN), som kan være livstruende eller dødelige, er sett. **Samtidig bruk med opioider:** Forsiktighet utvises pga. risiko for økt CNS-depresjon. **Feilbruk, misbrukspotensiale eller avhengighet:** Forsiktighet utvises ved kjent tidligere rusmisbruk og pasienten overvåkes for symptomer på feilbruk, misbruk eller avhengighet av pregabalin. **Kvinner i fertil alder/antikonsepsjon:** Bruk av pregabalin i 1. trimester kan gi alvorlige fødselsskader hos det ufødte barnet. Kvinner i fertil alder må bruke sikker prevensjon.

Bivirkninger

Ved behandling av sentral nevropatisk smerte forårsaket av ryggmargsskade er forekomsten av bivirkninger generelt og bivirkninger relatert til CNS, spesielt søvnighet, høyere. Svært vanlige bivirkninger er hodepine, somnolens og svimmelhet.

Seponering av pregabalin

Seponeringssymptomer er sett ved korttids- og langtidsbehandling, pasienten informeres ved behandlingsstart. Gradvis nedtrapping over minst 1 uke anbefales uavhengig av indikasjon.

Reseptgruppe B

Refusjonsberettiget bruk:

Palliativ behandling i livets sluttfase. Tilleggsbehandling ved epilepsi med partielle anfall med eller uten sekundær generalisering.

ICDC/ICD		Vilkår	
-90	Palliativ behandling i livets sluttfase	136	Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.
H88/G40	Epilepsi	-	-

Individuell refusjon

Indikasjon: Sterk nevropatisk smerte som ikke skyldes aktiv kreftsykdom. Sterk nevropatisk smerte som skyldes aktiv kreftsykdom.

Pakninger og priser

Kapsler: 25 mg: 56 stk. kr. 107,80. **75 mg:** 14 stk. kr. 157,90. 100 stk. kr. 284,60. **150 mg:** 14 stk. kr. 157,90. 100 stk. kr. 402,80. **225 mg:** 56 stk. kr. 400,70. **300 mg:** 56 stk. kr. 400,70. **Mikstur: 20 mg/ml:** 473 ml kr. 971,70.

References:

1. Wang Z, Naeem I, Oyenola T, et al. (September 29, 2024) Pregabalin for the Treatment of Neuropathic Pain: A Systematic Review of Patient-Reported Outcomes. *Cureus* 16(9): e70443. DOI 10.7759/cureus.70443. 2. Lyrica SPC. 3. Soliman N, Moisset X, Ferraro MC, et al. Pharmacotherapy and non-invasive neuromodulation for neuropathic pain: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol.* 2025;24(5):413-428. Supplementary material. 4. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol.* 2015;14(2):162-173. 5. NICE Guidelines 2013 - Neuropathic pain in adults: pharmacological management in nonspecialist setting, last updated on 22 Sep 2020 and available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg173/resources/neuropathic-pain-in-adults-pharmacological-management-in-nonspecialist-settings-pdf-35109750554053>. Lest: 11.12.2025. 6. Risk Management Plan for Pregabalin, Version 14.1, EU RMP Template v9.1, Effective 28-Aug-2023, Page 1 of 103. 7. Zaccara G, Gangemi P, Perucca P, et al. The adverse event profile of pregabalin: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Epilepsia.* 2011;52(4):826-836.

For mer informasjon, se hele preparatomtalen (SPC).

Viatrix AS, Hagaløkkveien 26,
Pb 194 - 1371 Asker
Tel: 66 75 33 00
infonorge@viatrix.com

