

Fastlegens dilemma når pasienten har alkoholproblemer og førerkort

side 522, 523

Stor variasjon i praksis om tvungen legeundersøkelse

side 524, 525

Metodene for å måle kroppstemperatur har mange svakheter

side 501

Tidsskrift for
Den norske
legeforening

Tidsskriftet



Nyhet!

Legejobber.no lanserer:

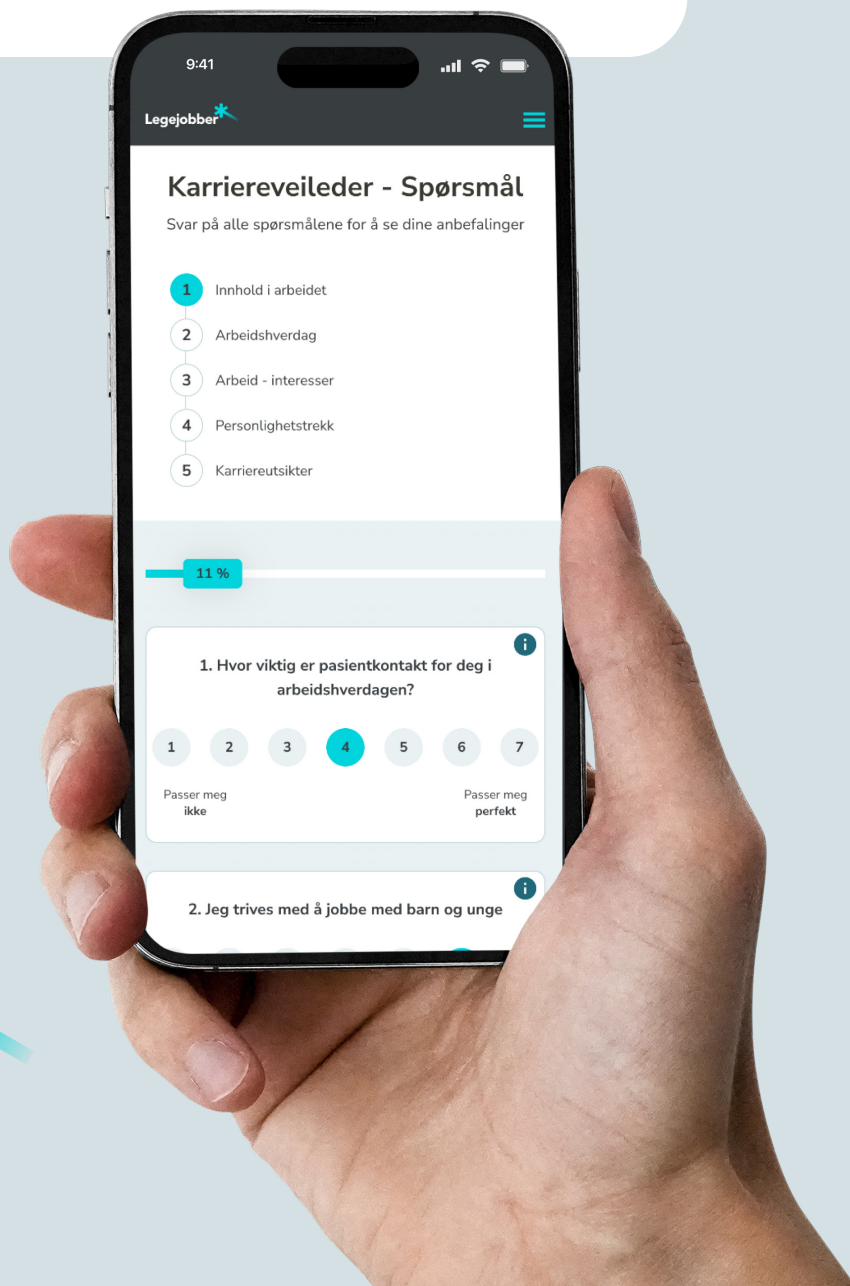
Digital karriereveileder

Usikker på hvilken spesialitet du skal velge?
Prøv Legejobbers nye karriereveileder og
se hvilke spesialiteter som passer deg.

Scan QR-koden
for å ta testen



Legejobber*



Serendipitet



Are Brean
Sjefredaktør

Forskning og klinisk virksomhet kan ha det til felles at rettlinjert ikke alltid fører til målet. Mange medisinske fremskritt har oppstått fordi en forsker lette etter én informasjon eller sammenheng, men fant en helt annen. Alexander Flemings oppdagelse av penicillinet er bare ett blant mange eksempler på *serendipitet* – å finne noe uventet mens du leter etter noe annet.

Når boken ved siden av den du egentlig skulle ha i biblioteket viser seg å være mer interessant og viktig enn den du så etter, eller når et Google- eller PubMed-søk sender deg til uventede kilder – som igjen leder til andre kilder, kan det være tidkrevende og frustrerende. Men av og til kan det gi kreative resultater. Serendipitet er ikke bare flaks. For det er sjelden den uforberedte som finner det uventede. Derfor kan serendipitet trenes og kultiveres.

Tradisjonelle søk og informasjonsinnhenting erstattes nå mer og mer av store språkmodeller som ChatGPT eller Googles KI-modus. Disse gir deg konsise svar på nøyaktig det du spør om. De snakker deg etter munnen og oppfordrer deg aldri til å spørre om noe annet eller gå i andre retninger. Det er effektivt og tilfredsstillende, for når vi ikke lenger må gå via primærkilder, slipper vi både omveier og blindveier. Men kanskje går vi også glipp av en og annen vei til ukjente og fruktbare steder. ■

Forsiden

Ifølge Store norske leksikon er førerkortet en tillatelse man får av offentlig myndighet til å kjøre motorvogn. Myndigheten er lagt til Statens vegvesen, og et liv som bilfører starter med en vellykket oppkjøring. Med førerkortet i lomma følger friheten til å sette seg bak rattet og suse av gårde. Våren kan være en fin tid for det.

Det ligger ingen garanti i førerkortet, og tiden fra oppkjøring til utforkjøring kan være kort –

eller lang. Ved høy alder, sykdom eller bruk av rusmidler må fastlegen vurdere om førerkortet kan beholdes. Sviktende vurderingsevne bak rattet, om så bare i et øyeblikk, kan bli fatalt.

Forsiden viser en biltur som endte dårlig. Illustrasjonen er laget av Bjørn Brochmann. Flere av hans arbeider finner du på Instagram: [@bjornbrochmann](https://www.instagram.com/bjornbrochmann)



Illustrasjon:
Bjørn Brochmann

I denne utgaven:**Hjelper og varsler på én gang**

Bidrar dagens førerkortforskrift med veileder til helsekrav til bedre helsehjelp og tryggere trafikk? Eller fungerer den som en barriere for å søke hjelp for alkoholproblemer? Når pasienten har et alvorlig alkoholproblem, kan fastleger kvie seg for å ta opp spørsmålet om førerkort og bilkjøring. Å melde saken til Statsforvalteren kan ha negative følger for lege-pasientforholdet. Denne dobbeltrollen som pasientens fastlege og advokat på den ene siden og varsler til myndighetene på den andre, er vanskelig. I en kvalitativ studie blant 24 fastleger utdypes denne problemstillingen. Side 522, 523

Tvungen legeundersøkelse – når og hvordan

Praktiseringen av vedtak om tvungen legeundersøkelse etter lov om psykisk helsevern varierer mye. Dette kommer frem i en spørreundersøkelse blant landets kommuneoverleger. Mange kommuner mangler oversikt over praksis og antall vedtak.

Myndighetene bør sørge for et lovverk som ivaretar pasienters rettigheter så vel som sikkerheten til melder og vedtaksfatter, skriver forfatterne. Lovverket åpner for å utelukke navn på melder og vedtaksfatter i tilfeller hvor dette utgjør en sikkerhetsrisiko, men denne vurderingen kan være vanskelig.

Side 524, 525

**Kliniske fallgruver**

Kroppstemperaturen kan måles på ulike måter og på ulike steder, men metodene som er hyppigst i bruk på norske sykehus, har betydelige svakheter. Særlig perifer termometri har lav sensitivitet og dårlig presisjon. Lav målenøyaktighet kan gjøre kliniske vurderinger vanskeligere og usikre.

Polyfarmasi er vanlig i geriatriks praksis. Tenk deg godt om før du forskriver enda et medikament til en skrøpelig pasient, skriver en erfaren sykehjemslege.

Mange pasienter (og noen kolleger) bruker ordet sår ikke bare om et ulcus eller en erosjon i huden, men også om svulster og utslett. Ordet har så mange og ulike betydninger i allmennspråket at det er lite egnet til å beskrive kliniske funn i huden.

Side 501, 542, 534

Innhold

Leder
493 Endringslidelse
Øyvind Stople Sivertsen

Invitert kommentar
494 Den digitaliserte legen
Marte Roa Syvertsen

496 Nociplastisk smerte
Tove Pettersen Heger

Debatt

Debatt
500 Også barn med Downs syndrom bør kunne vurderes for veksthormonbehandling
Elias David Lundereng, Maria Belland Olsen

501 Vi må være mer kritiske til temperaturmålinger
Sigurd Mydske

503 Dolkestøt mot tilliten
Odd Eilerås

504 Vi trenger livsløpssentre for nevroortopedi
Per Reidar Høiness, Guro Lillemoen Andersen

Kronikk
508 Forskjellsbehandling av pasienter med depresjon
Sabine Ruths, Inger Haukenes, Valborg Baste, Øystein Hetlevik, Tone Smith-Sivertsen, Heidi Marie Meling, Sharline Riiser, Anneli Borge Hansen

512 Fastlegepraksis for medisinstudentene må reddes!
Knut Eirik R. Eliassen, Gunnar Tschudi Bondevik, Thomas Mildestvedt, Steinar Hunskår

Vitenskap og praksis

Fra andre tidsskrifter
518 Behandling av kronisk nyresykdom ved type 1-diabetes
Petter Gjersvik

518 Riktig bruk av GLP-1-analoger mot fedme
Martine Fimreite Wilhelmsen

519 Ingen økt dødelighet med menopausal hormonbehandling
Synne Mugggerud Sørensen

520 Lovende CAR-T-studie om autoimmune sykdommer
Petter Gjersvik

nr. 6/2026

Utgivelsesdato
12. mai 2026

Originalartikkel

- 522 Fastlegen som sakkyndig ved vurdering av skadelig alkoholbruk og førerkort – en kvalitativ studie
Torgeir Gilje Lid, Anders Ledaal Bjørnstad, Kristina Riis Iden

Invitert kommentar

- 523 Førerkort og alkohol – hvor går grensen?
Therese Renaa

Kort rapport

- 524 Variasjon i praksis rundt tvungen legeundersøkelse
Sunniva Lunde Pettersson, Michelle Hansen, Arild Iversen, Mette C. Tollånes

Invitert kommentar

- 525 Tvungen legeundersøkelse
Per Ove Hagestuen

Noe å lære av

- 526 En kvinne i 60-årene med alvorlig trombocytopeni etter elektiv kirurgi
Morten Yung Isaksen, Siw Leiknes Ernsten, Håkon Reikvam, Ingvild J. Lægreid, Elin Opheim Netland, Nessar Ahmad Azrakhsh, Maria Therese Ahlen, Svein Tore Baksaas, Torgeir Folkestad, Ingvild H. Sørvoll

Medisinen i bilder

- 533 Bløte luftveier
Henriette Ingsøy, Knut Øymar

Språkspalten

- 534 Et sår kan være så mangt
Petter Gjersvik, Ingeborg M. Bachmann

Magasin**Intervju**

- 536 På toppen i Olympiatoppen
Marit Tveito

Legelivet

- 542 Med kofferten full av medisiner
Bård Reiakvam Kittang
- 543 Legepanelet – en unik datakilde om legelivet
Helene Seljenes Dalum, Erlend Hem

Fra arkivet

- 544 Et praktisk lesebord
Julie Didriksen
- 546 Ph.d.-disputaser
- 547 Minneord

Annonser

- 548 Legejobber

Aktuelt i foreningen

- 551 Velkommen til landsstyremøtet!
Anne-Karin Rime
- 552 Endoskopieksperter
Stig Kringen

legejobber.no

Norges mest komplette stillingsportal for leger

UTVALGTE STILLINGER

SØRLANDET SYKEHUS HF

Overlege, anesthesiologi

Frist 17. mai

FINNMARKSSYKEHUSET HF

Overlege, revmatologi

Frist 10. mai

VESTNES KOMMUNE

Fastlege

Frist 24. mai

TIME KOMMUNE

Fastlege

Frist 1. juni

HELGELANDSSYKEHUSET HF

Lege i spesialisering,
generell kirurgi

Frist 1. juni

SYKEHUSET INNLANDET HF

Lege i spesialisering,
indremedisin

Frist 31. mai

BHT SØRVEST NORGE SA

Bedriftslege

Frist snarest

NORDRE LAND KOMMUNE

Sykehjemslege

Frist 24. mai

HELSE BERGEN HF

Overlege, psykiatri

Frist 17. mai

STJØRDAL KOMMUNE

Fastlegehjemmel

Frist 17. mai

Endringslidelse

Trenger vi en helsereform? Ikke hvis den drives mer av markeringsbehov enn av tjenesteutvikling.



Fornye, forsterke, forbedre» (1).

Helseminister Jan Christian Vestres favorittsetning om allmennlegetjenesten er sentral i mandatet til

Helsereformutvalget. Utvalget startet arbeidet i august i fjor og skal levere forslag til en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste allerede 2. november. Mange av forslagene vil prege helsepolitikken og helsevesenet i mange år. Ministeren har allerede varslet den største helsereformen på 25 år (2).

En rekke områder skal endevendes og gjennomgås (3). Hva er nytten med et skille mellom primær- og sekundærhelsetjenesten? Hvordan skal ansvarsfordelingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten være? Og hva gjør vi med de private helseaktørene?

For primærhelsetjenesten er det ikke utenkelig at instruksen fra ministeren til helsereformutvalgsleder Gunnar Bovim var omtrent slik: «Gi meg overskrifter, Gunnar. Vi trenger noe nytt. Særlig for fastlegene og resten av førstelinjen. Det må være fremtidsrettet og handlekraftig!»

Da er det nærliggende å vurdere nytten av fastlegeordningen, 25-årsjubilaranten (4) som knytter 98 % av befolkningen (5) til én av 5 758 (6) presumptivt faste leger. Oppgaven med å gjennomgå helsetjenesten og komme med forslag og anbefalinger fremstår formidabel. Som det meste annet under den nåværende helseministeren skal det gå fort og føre til noe som heter noe. Alt ser nemlig ut til å gå for sakte for Jan Christian Vestre (7). I Helsedirektoratet virker det som det er stort arbeidspress for å løse de mange oppdragene Helse- og omsorgsdepartementet de siste årene har gitt, ofte med korte frister. Det er bekymringsfullt dersom viktige prosesser og endringer risikerer preg av hastverksarbeid. Vi må kunne forvente at et fagdirektorat får rammer til å gjøre en grundig jobb når målet er store endringer.

Ikke minst kan alle nye oppdrag fortrenge viktig vedlikeholdsarbeid i direktoratet, som arbeidet med å revidere og fornye retningslinjer. Det er absolutt noe å forsterke og forbedre, men faglige retningslinjer er ikke et veldig salgbart politisk produkt.

Parallelt er det satt i gang flere prosjekter. Enkelte av dem er blitt del av en liste over spesielt lovende tiltak; Prosjekt X (8). Her finner vi prosjekter som overlater svangerskapsomsorgen til jordmødre (uten leger involvert), en løsning hvor inntakskontorene på distriktpsykiatriske sentre (DPS) samarbeider tettere med kommunen, og flere prosjekter hvor eldre med sammensatte behov får et team med geriater, fastlege, farmasøyt og hjemme-sykepleier. Det er mildt sagt stort språk – også i potensialet.

Men hvor i organisasjonskartet ønsker Helsereformutvalget at fastlegeordningen skal være, og hvordan skal den endres? Er den fremdeles kommunens ansvar, eller skal ordningen ledes av sykehus eller helseforetak? Alle disse forslagene skal visstnok ligge på bordet.

For meg, som har føttene i allmennmedisinen og hjertet i samhandlingen mellom helsepersonell, er det vanskelig å få hodet rundt hva som skal bli så mye bedre med en endret organisering av tjenestenivåene. Det er iblant mye armer og bein når vi skal samhandle på tvers av nivåer, men vi sparer antakelig lite på å endre logo på uniformen og navn på arbeidsgiver. Det viktigste er og blir holdningen vi har til hverandre, og forståelsen for at pasientene ikke er problemer vi skyver videre, men oppgaver vi samarbeider om å løse.

Fremtiden er teambasert, sies det i handlingsplanen for allmennlegetjenesten (9). Men landets 1 331 legesentre (10) er

allerede effektive team. Her samarbeider leger og helsesekretærer med andre faggrupper, men ikke nødvendigvis på eget kontor. Utgangspunktet er at behovet styrer bemanningen, ikke motsatt. Både psykologer og fysioterapeuter ønsker seg inn på norske fastlegekontor, og fra nyttår kom en egen sykepleiertakst (11–13). En utilsiktet konsekvens av å kreve fast plass til sykepleiere eller andre faggrupper kan være at driften styres mer etter hva som utløser betaling fra myndighetene.

Med en aldrende befolkning og større digital tilgjengelighet er prioritering det kanskje viktigste vi som helsepersonell må gjøre i tiden fremover. Det innebærer å si nei til noe, slik at vi kan si ja til noe annet. På norske fastlegekontor og legevakter triageres det daglig mellom helsehjelp som haster og helsehjelp som kan vente. Det er et finmasket og godt kalibrert system, men som det må jobbes kontinuerlig med for å holde kvaliteten oppe.

Norge rangeres høyt på lister over verdens beste helse- og omsorgstjenester. Min erfaring er at man internasjonalt ser til Norge for å organisere sin primærhelsetjeneste. For eksempel har en av de største helseregionene i Finland nå innført en modell som ligner den norske (14).

Det er mange rom for forbedringer som ikke innebærer store, strukturelle endringer. En mulighet er bedre kravspesifikasjon for hva allmennleger og legesentre skal forventes å skulle levere. En annen er systematisk kvalitetsarbeid med legesenteret som kvalitetselement. Blir det for mange og for voldsomme tiltak, blir det neppe «fornye, forsterke og forbedre». Det blir fordyre, forkludre og frustrere. ■

Øyvind Stople Sivertsen

oyvind.stople.sivertsen@tidsskriftet.no

Øyvind Stople Sivertsen er spesialist i allmennmedisin, fastlege ved Bjølsen legesenter og nestleder i Norsk forening for allmennmedisin (NFA). Han er debattredaktør i Tidsskriftet.

Litteratur

- 1 Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 23 (2024–2025). Fornye, forsterke, forbedre. Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Lest 28.4.2026.
- 2 Sæther AS. Varsler stor helsereform: –Vi skal få slutt på «kasteball-pasienter». VG 13.1.2026. Lest 28.4.2026.
- 3 Helsereformutvalget. Mandat. Lest 28.4.2026.
- 4 Allmennlegeforeningen. Fastlegeordningen 25 år! Lest 28.4.2026.
- 5 HelseDirektoratet. Flere innbyggere har fastlege. Lest 28.4.2026.
- 6 Helfo. Fastlegestatistikk. Lest 28.4.2026.
- 7 Eriksen KF. Vestre vil ha mer helse-KI: – Vi skal etablere en digital første-linje. Dagens medisin 10.4.2026. Lest 28.4.2026.
- 8 Helse- og omsorgsdepartementet. Dette er Prosjekt X. Lest 28.4.2026.
- 9 HelseDirektoratet. Handlingsplan for allmennlegetjenesten - årsrapport 2022, inklusive status per mai 2023. Kapittel 3. Framtiden er teambasert. Lest 28.4.2026.
- 10 HelseDirektoratet. Allmennlegetjenesten – årsrapport 2023, inklusive status per mai 2024. Utvikling i fastlegeordningen. Kapittel 13.5. Flere leger på fastlegekontorene. Lest 28.4.2026.
- 11 Iscahsen HB. Tror psykologer på fastlegekontoret kunne løst mange problemer. Dagens medisin 29.12.2025. Lest 28.4.2026.
- 12 Lund G. Ja - det enkle er ofte det beste. Dagens medisin 18.4.2024. Lest 28.4.2026.
- 13 Helfo. Delegering av konsultasjon fra fastlege til sykepleier. Lest 28.4.2026.
- 14 Simonsen MCA. Tre år etter sin store helsereform, ser finnene til den norske fastlegeordningen. Dagens medisin 2.2.2026. Lest 28.4.2026.

Den digitaliserte legen

Både forskere og forståelsepåere ber oss om å legge bort smarttelefonene og se hverandre i øynene. Samtidig heier helsemyndighetene, med ministeren i spissen, på en digitalisering av lege-pasient-forholdet.



Illustrasjon: Tidsskriftet

Vi mennesker, nærmere bestemt den menneskelige hjernen, er laget for fysiske møter. Tillit og relasjon oppstår gjennom blikkontakt, subtile endringer i ansiktsuttrykk og små gester, gjennom tonefall og emosjonelt innhold i det vi sier og gjennom berøring. Når vi kommuniserer via digitale flater, mister vi dette i varierende grad. Av og til mister vi alt sammen.

Enkelte har gått langt i å hevde at digital kommunikasjon gjør noe med relasjonene våre, at det kan gi grobunn for ensomhet, utenforskap og depresjon, kanskje til og med autisme (1, 2).

Tillit og relasjon er en grunnstein i lege-pasient-forholdet. Hva risikerer vi med helseministerens forslag om en offentlig og kvalitetssikret KI-tjeneste som digital og døgnåpen førstelinje på Helsenorge.no (3)? Skal vi slutte å se hverandre i øynene? Skal vi ikke lenger ta på pasienten?

Samtidig som helsekøene vokser, opplever helsetjenesten økende utfordringer med å rekruttere kvalifiserte fagfolk (4). Vi er for få leger til å dekke behovene på den måten vi skulle ønske – med tid, omsorg, innsikt, forståelse og ekspertise. Resultatet kan være at stadig færre orker, og at helsepersonell heller vil ha jobber det er mulig å mestre. Jo flere kvalifiserte og omsorgsfulle fagpersoner som faller fra, desto større blir diskrepansen mellom behov og ressurser.

Vi som behandlere holder hardt på prinsippet om den beste lege-pasient-relasjonen og å møte pasienten på best mulig måte. Med dagens helsekøer betyr det at legen kan få denne verdifulle relasjonen med en heldig andel av pasientene, mens de andre risikerer å ikke få hjelp i det hele tatt – fordi de aldri når frem til toppen av ventelisten. Noe må gjøres annerledes hvis regnestykket skal gå opp.

Det er her den nye teknologien kommer inn, og digitaliseringsskipet har lagt fra kai for lenge siden. Det kommer til å seile uansett, så vi helsepersonell kan like gjerne stille oss ved roret på kommandobroa. Hva er det pasientene våre trenger, og hvor er evidensen? Sistnevnte står det dårlig til med, slår Riksrevisjonen fast (5). Styringsinformasjon om hvorvidt bruk av digitale helsetjenester bidrar til effektiv ressursbruk, er mangelfull på alle nivå, skriver de i en rapport fra 2025. Det er kanskje ikke så rart, siden «fenomenet» er relativt nytt, og det tar tid å kunne si noe om langsiktige effekter.

Digitaliseringsskipet har lagt fra kai for lenge siden. Det kommer til å seile uansett, så vi helsepersonell kan like gjerne stille oss ved roret på kommandobroa

Vi som jobber med digital hjemmeoppfølging for epilepsi, har imidlertid fått litt tid på oss nå. Så vidt meg bekjent var dette det første pasientforløpet med digital hjemmeoppfølging i spesialisthelsetjenesten, innført i 2019. Siden den gang har det spredt seg til majoriteten av nevrologiske avdelinger. Gjennom standardiserte oppfølgingsspørsmål som pasientene besvarer hjemme fra, sikrer forløpet at de som får tilbud om poliklinisk oppmøtetime, har et konkret behov for timen.

I tråd med ønsket fra Riksrevisjonen evalueres nå effektene av digital hjemmeoppfølging for epilepsi. Da må vi som forsker på feltet, ha flere tanker i hodet på en gang. Selvfølgelig lurer vi på om et slikt digitalisert

forløp er ressursbesparende. Brukes det totalt færre polikliniske oppmøtimer på pasientgruppen nå? Har det redusert belastningen på vaktteamet? Men vi lurer også på om det er trygt, om sykdommen holder seg stabil, om pasientene følger opp råd og anbefalinger, eller om de tvert imot opplever forverring. Sist, men ikke minst, lurer vi på hva pasientene selv synes. Er de fornøyde, eller føler de seg utrygge nå som det kan gå lang tid mellom hver gang de er i samme rom som behandleren sin?

Svarene må sees i forhold til hverandre. Hvis pasientene er fornøyde, ressursbruken ikke øker og sykdommen er stabil, har vi en pluss-situasjon. Hvis ressursbruken går ned, men sykdommen destabiliseres og pasientene er misfornøyde, har vi en minus-situasjon.

Nylig sammenliknet vi pasienttilfredshet hos 170 personer som mottok digital hjemmeoppfølging for epilepsi, med 578 som fikk ordinær oppfølging ved tre ulike sykehus (6). Gruppen med digital hjemmeoppfølging skåret signifikant bedre på alle punkter, inkludert tilfredshet med informasjon, tillit til behandler, involvering i beslutninger, helsepersonellens tilgjengelighet og hyppighet av oppfølging. Vi fant altså ikke holdepunkter for at lege-pasient-forholdet hadde lidd skade av en slik digitalisering. Det så snarere ut til å være forbedret, basert på spørsmålene som ble stilt i denne undersøkelsen.

Hvorvidt de gunstige effektene står seg i forhold til ressursbruken, gjenstår å se. En helseøkonomisk evaluering forventes ferdigstilt i løpet av året. Den kan vi i forskergruppen selvfølgelig komme og presentere personlig, men trolig er det like bra for både din og vår tid om du mottar og leser den digitalt. ■

Marte Roa Syvertsen

marsyv@vestreviken.no

Marte Roa Syvertsen er lege med ph.d. i nevrologi og forskningssjef ved Drammen sykehus, Vestre Viken. Hun leder det nasjonale forskernettverket EpilepsiNett. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt forelesningshonorar fra Eisai og Angelini Pharma.

Litteratur

- 1 Kjørstad E. 3 forskere om hva mobilbruken gjør med oss. *Forskning.no* 30.1.2026. Lest 30.3.2026.
- 2 Tryti EA. «Nei, man får ikke autisme av skjerm.» Bør vi ta sjansen på at de har rett? *Aftenposten* 16.6.2025. Lest 30.3.2026.
- 3 Vestre JC. *Helsetalen* 2026. Regjeringen 13.1.2026. Lest 30.3.2026.
- 4 Regjeringen NOU. 2024: 12. Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Lest 30.3.2026.
- 5 Riksrevisjonen. Riksrevisjonen si undersøkelse av bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetjenesten nær pasienten. Dokument 3:3 (2025-2026). Lest 30.3.2026.
- 6 Birkeland I, Dahl-Hansen E, Syvertsen MR et al. Introducing needs-based epilepsy follow-up: Patient satisfaction compared to standard of care follow-up. *Epileptic Disord* 2026; epd2.70183.

Nociplastisk smerte

Har den uforklarlige smerten fått en forklaring, og har vi funnet en kur?



Jean Audran (1667–1756), *Douleur aigue* (Akutt smerte), 1727. I offentlig eie.

Oppfatningen om at «ekte» smerte kan forstås som en direkte og proporsjonal respons på en spesifikk skadelig stimuli, har muliggjort moderne anestesi, smertefri kirurgi og effektiv lindring ved kreft. På den ene siden tilsa det teoretiske grunnlaget at fant man den riktige reseptoren, kunne man få smerten til å forsvinne. På den andre siden så man at uforklarlige smertetilstander hadde en tendens til å bli definert ut fra helsevesenets ansvarsområde.

Forsøk på å behandle uforklarlige smertetilstander ga ofte begrenset effekt. Samtidig vokste det frem en tanke om at god smertelindring var en menneskerett. Det ble ansett som uetisk å la pasienter leve med sterke smerter når effektive analgetika fantes. Resultatet ble ofte langvarig opioidbruk, med toleranseutvikling, avhengighet og endret smertefysiologi.

Hva gjør man når man har plikt til å aldri skade, men det som lindrer, er det som skader? Begrepet nociplastisk smerte ble introdusert i 2017 for å beskrive smerte uten påvisbar vevsskade eller sykdom i det somatosensoriske nervesystemet, men med endret smerteprosessering (1).

Komplekse smertetilstander har bidratt til et skifte i forståelsen av smerte og fremvekst av tverrfaglige smerteklinikker, med fokus på funksjon fremfor smertelindring. Den biopsykososiale modellen understreket at biologiske, psykologiske og sosiale faktorer virker sammen (2). Parallelt introduserte sentrale forskere portteorien (*gate-control theory*) (3), med konsepter som nevromatriks, sentral sensitisering, neuroimmunologi og frykt–unngåelses-modellen. Teorien gav grunnlag for å forstå at smerte er dynamisk og modulert på flere nivåer. Det igjen gav grunnlag for behandling i form av aktiv rehabilitering, nevromodulasjon og psykologiske intervensjoner.

International Association for the Study of Pain har siden 2020 definert at smerte kan foreligge selv uten påvisbar vevsskade (4). For mange smertepasienter har det bidratt til en faglig legitimitet der de tidligere ble møtt med skepsis. Definisjonen kan være nyttig for å begrense endeløse utredninger og lite hensiktsmessige intervensjoner, men gir i seg selv begrenset veiledning om behandling.

Smerteomprogrammering (*pain reprocessing therapy*, PRT) er en nyere kognitivt orientert behandlingsform som bygger på antagelsen om at enkelte kroniske smerter opprettholdes av hjernens trusselprediksjoner. Ved å endre pasientens fortolkning av smerte fra fare til trygghet, kan frykt og oppmerksomhet rundt smerte reduseres og hjernens prediktive modeller reprosesserer (5). Metoden bygger på etablerte psykologiske prinsipper som trygging, affektregulering og gradvis eksponering for bevegelser og stimuli som tidligere har vært forbundet med smerte. Den presenteres ofte innenfor en nevrovitenskapelig ramme inspirert av teorier om prediktiv prosessering. Den tyske legen Hermann von Helmholtz (1821–94) beskrev persepsjon som «ubevisst inferens» – en prosess der hjernen tolker sanseinntrykk i lys av tidligere erfaringer. I moderne nevrovitenskap beskrives gjerne hjernen som en prediktiv bayesisk inferens-maskin som kontinuerlig forsøker å minimere avviket mellom forventede og faktiske sanseinntrykk (6, 7).

Innenfor denne rammen kan smerte forstås som en aktiv vurdering av kroppslige signalers betydning og trusselverdi. Studier av placebo- og forventningseffekter viser at forventning kan modulere både smerteopplevelse og tilhørende hjerneaktivitet (8–10). Samtidig utgjør ikke dette bevis for at kronisk smerte skyldes en «prediksjonsfeil». Prediktiv prosessering fungerer i denne sammenhengen mer som et teoretisk rammeverk enn en etterprøvable mekanistisk forklaring.

PRT-metoden framstår som potent og nyttig, men bør forstås som én komponent i en ellers helhetlig og tverrfaglig tilnærming til sammensatte smertetilstander. Det samme gjelder begrepet *nociplastisk smerte*. Man bør

være varsom med å bruke diagnosen til å styre behandlingen i én bestemt retning, ettersom mange pasienter har sammensatte smertemekanismer som krever bred klinisk vurdering.

Markedsføringen av PRT-metoden som et kurativt alternativ, uten nyansert kommunikasjon om usikkerhet eller klare indikasjoner og eksklusjonskriterier, fører til faglige og etiske utfordringer. Med et privat marked, lav terskel for sertifisering og løfter om effekt, risikerer man en overforenkling, og at pasienter urettmessig opplever ansvar eller skam når behandlingen «ikke virker».

Divinum sedare dolorem – det er guddommelig å lindre smerte – er et medisinsk ideal. Smertefeltets historie minner oss om at nye forklaringsmodeller ofte ledsages av store forventninger. Mellom håpet om en ny vidunderkur og risikoen for overforenkling, ligger kanskje vår vanskeligste oppgave: å møte pasientens smerte med faglig ydmykhet og en erkjennelse av at ingen enkeltmetode eller profesjon alene kan bære ansvaret for behandlingen av komplekse smerter. ■

Tove Pettersen Heger

tove.heger@gmail.com

Tove Pettersen Heger er ph.d., spesialist i anesthesiologi og seksjonsoverlege på Smerteklinikken, Ålesund sjukehus. Hun leder Norsk anesthesiologisk forenings smerteutvalg. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Kosek E, Cohen M, Baron R et al. Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain states? *Pain* 2016; 157: 1382–6.
- 2 Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science* 1965; 150: 971–9.
- 3 Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129–36.
- 4 Raja SN, Carr DB, Cohen M et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain* 2020; 161: 1976–82.
- 5 Ashar YK, Gordon A, Schubiner H et al. Effect of Pain Reprocessing Therapy vs Placebo and Usual Care for Patients With Chronic Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* 2022; 79: 13–23.
- 6 Clark A. Whatever next? Predictive brains, situated agents, and the future of cognitive science. *Behav Brain Sci* 2013; 36: 181–204.
- 7 Friston K. The free-energy principle: a unified brain theory? *Nat Rev Neurosci* 2010; 11: 127–38.
- 8 Tracey I. Getting the pain you expect: mechanisms of placebo, nocebo and reappraisal effects in humans. *Nat Med* 2010; 16: 1277–83.
- 9 Wager TD, Atlas LY. The neuroscience of placebo effects: connecting context, learning and health. *Nat Rev Neurosci* 2015; 16: 403–18.
- 10 Wiech K. Deconstructing the sensation of pain: The influence of cognitive processes on pain perception. *Science* 2016; 354: 584–7.

Annonse

otinova®

Otinova® ørespray – mot øregangsbetennelse

Otinova ørespray er et reseptfritt medisinteknisk produkt (ikke legemiddel) mot øregangsbetennelse (ekstern otitt)¹. Øresprøyen har en bakteriedrepende effekt². Otinova ørespray er enkel i bruk. Otinova ørespray består av aluminiumacetat/ aluminiumacetotartrat og edikksyre.

Selges på
alle apotek

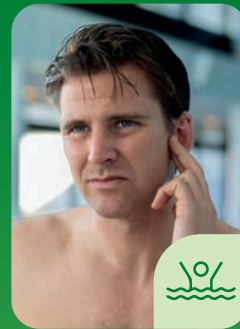


Slik gjør du

Spray 1–2 ganger i øregangen, morgen og kveld, i max 7 dager av gangen.

Otinova kan brukes av voksne og barn over 5 år. Otinova bør ikke brukes på barn under 5 år uten anbefaling fra lege (trommehinnekontroll).

Otinova må ikke brukes i kombinasjon med dren eller mistanke om hull på trommehinnen.



1) Clayton et al. A double blind, randomized, prospective trial of a topical antiseptic versus a topical antibiotic in the treatment of otorrhoea. *Clin. Otolaryngol Allied Sci* 1990, 15, 7-10. 2) Thorp et al. The antimicrobial activity of acetic acid and Burrows solution as topical otological preparations. *J Laryngol Otol* 1998, 112, 925, 928.

Hjelp dine pasienter med
overvekt eller fedme til å

LEVE LETTERE¹



Wegovy[®] gir kvalitetsvekttap og dokumenterte kardiovaskulære fordeler hos personer med overvekt eller fedme^{*§1,2}

Opptil ~21 % gjennomsnittlig vektreduksjon^{Δ#3}

I tillegg til diett med redusert kaloriinnhold og økt fysisk aktivitet

* Kvalitetsvekttap definert som vedvarende vekttap med helsegevinster som; forbedret fysisk funksjon, kardiovaskulære fordeler og redusert matsug. Samt at hoveddelen av vektreduksjonen kommer fra fettvev.

§ Vist i SELECT-Kardiovaskulær endepunktstudie: 17604 pasienter med BMI ≥ 27 kg/m² og etablert kardiovaskulær sykdom ble tilfeldig randomisert til Wegovy[®] eller placebo, begge i tillegg til standardbehandling. Det primære endepunktet var tid fra randomisering til første inntreden av en alvorlig kardiovaskulær hendelse (MACE): kardiovaskulær død, ikke-fatal hjerteinfarkt eller ikke-fatal hjerneslag. HR: 0,80 i favør av Wegovy[®] 2,4 mg sammenlignet med placebo. [95 % KI: 0,72;0,90], p < 0,001.²

Δ Wegovy[®] 7,2 mg i ferdigfylt penn er ikke er tilgjengelig i Norge per i dag.

STEP UP var en 72-ukers dobbeltblindet placebokontrollert fase 3b-studie som inkluderte 1407 voksne pasienter med BMI ≥ 30 kg/m² som ble randomisert 5:1:1 til semaglutid 7,2 mg, semaglutid 2,4 mg eller placebo én gang per uke. Alle pasientene sto på en diett med redusert kaloriinnhold og økt fysisk aktivitet gjennom hele studien. Gjennomsnittlig BMI ved baseline var 39,9 kg/m². Det ko-primære endepunktet var prosent endring i kroppsvekt og andel pasienter med vektreduksjon ≥ 5 % for semaglutid 7,2 mg vs placebo (treatment policy estimand).

Gjennomsnittlig vektreduksjon, treatment policy estimand: -18,7 % med semaglutid 7,2 mg vs -3,9 % med placebo, forskjell: -14,8 % [95 % KI -16,2; -13,4]; p < 0,0001. Trial product estimand: -20,7 % med semaglutid 7,2 mg vs -2,4 % med placebo, forskjell: -18,2 % [95 % KI -19,9; -16,6]; p < 0,0001.³

Indikasjon

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

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

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

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

Wegovy® – utvalgt sikkerhetsinformasjon

Oversikten er et utvalg. Les fullstendig preparatomtale om Wegovy® før forskrivning.

• De hyppigst rapporterte bivirkningene var **gastrointestinale** (svært vanlige, $\geq 1/10$), inkludert kvalme, diaré og oppkast. Disse var generelt milde eller moderate i alvorlighetsgrad og av kort varighet. Kan forårsake dehydrering som i sjeldne tilfeller kan forverre nyrefunksjon. Unngå væskemangel

• **Andre svært vanlige ($\geq 1/10$) bivirkninger:** Hodepine, fatigue, magesmerter og forstoppelse

• **Andre vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$) bivirkninger:** Dyssestesi (økt frekvens rapportert ved bruk av semaglutid 7,2 mg), dysgeusi, svimmelhet, gastritt, gastroøsofageal reflukssykdom, dyspepsi, raping, flatulens, abdominal distensjon, gallestein, hårtap, reaksjoner på injeksjonsstedet. Hos pasienter med diabetes type 2: hypoglykemi (særlig i kombinasjon med insulin eller sulfonylurea), retinopati

• **Gallestein:** Vanlig bivirkning ved bruk av semaglutid. Ble rapportert hos 1,6 % av de som fikk semaglutid og 1,1 % hos de som fikk placebo. Førte til kolecystitt hos 0,6 % og 0,3 % hos de som fikk henholdsvis semaglutid og placebo

• **Pankreatitt:** Frekvensen av avklart (adjudikert) bekreftet akutt pankreatitt rapportert i kliniske fase 3a-studier, var henholdsvis 0,2 % for semaglutid og $< 0,1$ % for placebo. I den kardiovaskulære endepunktstudien SELECT var frekvensen av akutt pankreatitt, bekreftet ved avklaring (adjudikering), 0,2 % for semaglutid og 0,3 % for placebo. Ved mistanke bør semaglutid seponeres. Semaglutid skal ikke gjenopptas etter bekreftet pankreatitt. Forsiktighet bør utvises hos pasienter som tidligere har hatt pankreatitt

• **Tarmobstruksjon:** En alvorlig form for forstoppelse med tilleggssymptomer som magesmerter, oppblåsthet og oppkast. Rapportert med ukjent frekvens etter markedsføring

• **Puls:** Gjennomsnittlig økning på 3 slag per minutt observert

• **Skal ikke brukes av gravide eller ved amming.** Semaglutid skal på grunn av den lange halveringstiden seponeres minst 2 måneder før en planlagt graviditet

• **Forsiktighet** bør utvises hos pasienter med inflammatorisk tarmsykdom. Pasienter med **gastroparese** kan oppleve alvorligere eller mer uttalte gastrointestinale bivirkninger under behandling med semaglutid

• **Ungdom (12 - < 18 år):** Generelt var frekvens, type og alvorlighetsgrad av bivirkninger hos ungdom tilsvarende det som sees hos voksne. Gallestein ble sett hos 3,8 % av pasientene behandlet med Wegovy® og 0 % behandlet med placebo. Ingen effekt på vekst eller pubertetsutvikling ble funnet etter 68 uker med behandling

• Nonarteriell iskemisk optikusnevropati (**NAION**). 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)

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

Dosering – én gang per uke

Wegovy® skal injiseres subkutan i abdomen, i låret eller i overarmen og administreres én gang per uke når som helst i løpet av dagen, til måltid eller utenom måltid. For å redusere sannsynligheten for gastrointestinale symptomer bør dosen trappes opp i løpet av en 16-ukers periode fra en startdose på 0,25 mg til en vedlikeholdsdose på 2,4 mg én gang per uke. Hvis nødvendig kan dosen økes til 7,2 mg én gang per uke etter minst 4 uker på 2,4 mg-dosen hos voksne som hadde BMI ≥ 30 kg/m² ved behandlingsstart. Hvis ingen ytterligere klinisk forbedring i kroppsvekt observeres med 7,2 mg, skal dosen reduseres til 2,4 mg én gang per uke. For ungdom i alderen 12 år og eldre benyttes samme doseopprappingsplan som for voksne. Dosen bør økes opp til 2,4 mg, eller til maksimal tolererte dose oppnås. Ukentlige doser over 2,4 mg anbefales ikke.

Se preparatomtale for mer informasjon om dosering.

Wegovy® 7,2 mg i ferdigfylt penn er ikke er tilgjengelig i Norge per i dag.

Reseptgruppe og pris

Legemiddelgruppe: GLP-1-analog **Reseptgruppe:** C **ATC-nr.:** A10B J06

Pakninger og priser: **0,25 mg:** 1,5 ml (ferdigfylt penn) kr 1748,20. **0,5 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 1748,20. **1 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 1748,20. **1,7 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 2605,00. **2,4 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 3205,40. (Priser per april 2026).

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

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

Referanser: **1.** Wegovy® SPC, avsnitt 5.1. **2.** Lincoff AM, Brown-Frandsen K, Colhoun HM, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes. N Engl Med. 2023; 389(24): 2221-2232. **3.** Wharton S, Freitas P, Hjelmæth J, et al. Once-weekly semaglutide 7.2 mg in adults with obesity (STEP UP): a randomised, controlled, phase 3b trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2025;S2213-8587(25)00226-84. **4.** Wegovy® preparatomtale. Tilgjengelig på: https://www.ema.europa.eu/no/documents/product-information/wegovy-epar-product-information_no.pdf. **5.** Informasjon om vilkår for individuell stønad er hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/vedlegg-1-til--5-14-legemiddellisten/virkestoffer/semaglutid> (Lest 09.04.2026).

Også barn med Downs syndrom bør kunne vurderes for veksthormonbehandling

Barn med Downs syndrom får sjelden utredning eller behandling av kortvoksthet. Vi i Downs Syndrom Norge mener tiden er inne for å endre praksis.

Kortvoksthet er et vanlig kjennetegn ved Downs syndrom, men årsakene er sammensatte og ikke fullt ut kjent. Studier har vist at mennesker med Downs syndrom har redusert bioaktivitet og kapasitet i veksthormonaksen (1). Mens veksthormonnivået ofte er høyere hos individer med Downs syndrom enn dem uten, så er hormonet som følger nedstrøms for veksthormon, insulinlignende vekstfaktor 1 (IGF1), lavere gjennom hele livet (2). For personer med Downs syndrom har man sett en sammenheng mellom høydevekst og kognitiv utvikling og autisme (2, 3). Videre er lave nivåer av vekstfaktor 1 (og dens stabiliserende bindingsproteiner) sterkt assosiert med høye nivåer av biomarkører for nevrodegenerativ sykdom og demensutvikling ved Downs syndrom (2). Stimulering av veksthormonaksen kan dermed ha positive effekter for barn med Downs syndrom, også ut over økt høydevekst.

Til tross for at kortvoksthet utredes og behandles for barn med en rekke genetiske og endokrine tilstander, er veksthormonbehandling ikke anbefalt for barn med Downs syndrom (4). Downs Syndrom Norge stiller spørsmål ved denne praksisen, og flere av foreningens medlemmer opplever det som diskriminerende. Det er med utgangspunkt i denne problemstillingen at vi har undersøkt litteraturen på området.

På studier

Litteraturgrunnlaget knyttet til barn med Downs syndrom og veksthormonbehandling er lite, med få og små studier. I 2023 ble resultatene fra alle studier, oppfølgingsstudier og kasuistikker ($n = 16$) samlet i én oversiktsartikkel (5). I alle studier utenom én finner man at vekstraten øker under behandling. I tråd med dette så man normalisering av vekstfaktor 1-nivåer. En mini-metaanalyse av dataene viste at veksthormonbehandling *har* effekt på lengdevekst hos barn med Downs syndrom (5).

Ingen negative helseeffekter ble rapportert i de studiene som omhandlet langtidseffekt av tidligere behandling (5). Av funn ut over lengdevekst varierte metodikk og resultater mellom studier, men en svensk oppfølgingsstudie 15 år etter treårig behandling rapporterte økt hodeomkrets og bedre kognitive og

motoriske evner hos dem som hadde fått veksthormoner sammenlignet med kontrollgruppen (6).

Etikk og sykeliggjøring

Det er flere etiske problemstillinger knyttet til Downs syndrom og veksthormonbehandling. Behandlingen kan oppleves som invaderende i hverdagen, og det er stilt spørsmål ved sikkerhet. Bekymring for økt kreftisiko bygger på rapporterte enkelttilfeller av leukemi hos personer som mottok veksthormonbehandling på slutten av 1980-tallet (7), kombinert med at barn med Downs syndrom i utgangspunktet har økt risiko for leukemi (8). I senere studier har man imidlertid ikke funnet en slik sammenheng, verken i den generelle befolkningen (9) eller hos personer med Downs syndrom (5). Med et bedre kunnskapsgrunnlag rundt leukemiutvikling ved Downs syndrom kan vurderinger rundt sikkerhet ved veksthormonbehandling være enklere i dag (10).

Det reises etiske spørsmål om kortvoksthet i seg selv bør behandles hos personer med Downs syndrom. Usikkerhet knyttet til langtidseffekter gjør det krevende å vurdere om fordelene av behandling oppveier belastninger som regelmessige injeksjoner, hyppigere medisinsk oppfølging og en ytterligere «sykeliggjøring» av mennesker med syndromet. Likevel kan man argumentere for at veksthormonbehandling kan ha gevinster ut over høydevekst. Normalisering av vekstfaktor 1-nivåer knyttes til mulige forbedringer i kognisjon og motorikk, som kan styrke den enkeltes funksjonsnivå. Internasjonale organisasjoner for Downs syndrom har tatt til orde for at en mer normalisert høydevekst kan redusere det «dobbelte stigmaet» ved å ha både Downs syndrom og kortvoksthet, og dermed legge til rette for økt sosial deltakelse og inkludering (11).

Stimulering av veksthormonaksen kan ha positive effekter for barn med Downs syndrom, også ut over økt høydevekst

Kategorisk ekskludering

Det er behov for større og mer systematiske studier der man undersøker effektene av langvarig veksthormonbehandling hos barn og ungdom med Downs syndrom. I fremtidige studier bør man fokusere på effekter på kognitiv funksjon, motorisk utvikling, i tillegg til



Illustrasjonsfoto: SeventyFour/iStock

vekstparametere og sikkerhet. De bør også undersøke hvordan høyde samt fysisk og kognitiv funksjon påvirker livskvaliteten hos barn og voksne med Down syndrom. For dette er det nødvendig å utvikle Downs syndrom-tilpassede instrumenter for selvrapportert livskvalitet.

En sentral utfordring er at retningslinjer for helse-tjenesten forutsetter omfattende evidens før behandling anbefales. Dette blir et hinder, fordi det foreligger lite Downs syndrom-spesifikk forskning på feltet, og personer med Downs syndrom er som hovedregel ekskludert fra kliniske studier.

De siste ti årene har det kommet mye ny kunnskap om biologien som følger Downs syndrom. Nå ser man at barn med Downs syndrom har en vekstrespons på veksthormonbehandling (5). Behandlingen fremstår som trygg og godt akseptert (5). Det er også holdepunkter for at normalisering av vekstfaktor 1 kan ha positive kognitive og motoriske effekter (2, 3, 6). Barn med Downs syndrom bør derfor ikke kategorisk ekskluderes fra en likeverdig vurdering, men heller tilbys utredning og behandling på lik linje med andre barn med kortvoksthet. Beslutninger om behandling bør bygge på en individuell og grundig vurdering av nytte, risiko, barnets beste og familiens ønsker. ■

Elias David Lundereng

Elias David Lundereng har mastegrad i klinisk forskning og fagutvikling, er kreftsykepleier og stipendiat ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus. Han er styremedlem og fagrådsmedlem i Downs Syndrom Norge. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Maria Belland Olsen

maria.belland.olsen@downssyndrom.no

Maria Belland Olsen er ph.d., molekylærbiolog og forsker ved Institutt for indremedisinsk forskning ved Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo. Hun er styremedlem og fagrådsmedlem i Downs Syndrom Norge. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Shaki D, Hershkovitz E, Tamam S et al. GHRH-GH-IGF1 axis in pediatric Down syndrome: A systematic review and mini meta-analysis. *Front Pediatr* 2023; 11: 1132296.
- Araya P, Kinning KT, Coughlan C et al. IGF1 deficiency integrates stunted growth and neurodegeneration in Down syndrome. *Cell Rep* 2022; 41: 111883.
- Kłosowska A, Kuchta A, Ćwiklińska A et al. Relationship between growth and intelligence quotient in children with Down syndrome. *Transl Pediatr* 2022; 11: 505–13.
- RKHAB. Retningslinje for oppfølging av barn og unge med Down syndrom. 2017. Lest 31.3.2026.
- Shaki D, Hershkovitz E, Tamam S et al. GH treatment in pediatric Down syndrome: a systematic review and mini meta-analysis. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2023; 14: 1135768.
- Myreid Å, Bergman S, Elfvik Strömberg M et al. Late effects of early growth hormone treatment in Down syndrome. *Acta Paediatr* 2010; 99: 763–9.
- Stahnke N, Zeisel HJ. Growth hormone therapy and leukaemia. *Eur J Pediatr* 1989; 148: 591–6.
- Wachtmeister A, Bang B, Nordgren I et al. Lifetime risk of solid tumors and leukemia in Down Syndrome: a population-based Swedish matched cohort study. *Br J Cancer* 2026; 134: 790–8.
- Allen DB, Rundle AC, Graves DA et al. Risk of leukemia in children treated with human growth hormone: review and reanalysis. *J Pediatr* 1997; 131: S32–6.
- Baruchel A, Bourquin JP, Crispino J et al. Down syndrome and leukemia: from basic mechanisms to clinical advances. *Haematologica* 2023; 108: 2570–81.
- Down's syndrome research foundation UK. Growth #HoldsMe-Back. Lest 31.3.2026.

Tekst: Sigurd Mydske

Vi må være mer kritiske til temperaturmålinger

Metodene som er hyppigst i bruk for å måle kroppstemperatur på sykehus i Norge i dag, har betydelige svakheter.

Temperatur måles hyppig og rutinemessig i klinisk praksis, og målingen inngår som en vital parameter i flere kliniske skåringsverktøy. Målemetode og anatomisk lokalisasjon har stor innvirkning på temperaturmålingen, og flere av målemetodene har betydelige svakheter.

I en systematisk oversiktsartikkel om nøyaktigheten av perifer temperaturmålinger konkluderer forfatterne med at perifer termometre ikke har klinisk akseptabel nøyaktighet og derfor ikke bør brukes når nøyaktig måling av kroppstemperatur vil påvirke kliniske beslutninger (1).

Samtidig er det slik at selv en minimal reduksjon av kroppstemperatur (< 36 °C) er assosiert med økt dødelighet hos traumepasienter (2). Ved traumemottak på et av Norges største traumesentre brukes det pannetermometer. Er det fornuftig?

Hva er egentlig kjernetemperatur?

Mennesker er endoterme organismer, såkalt varmblodige. Vi produserer varme hele tiden i varierende grad og avgir varme til våre omgivelser. Dette skaper en temperaturgradient i kroppen, altså vil den sentrale temperaturen som regel være høyere enn temperaturen i mer perifert vev. Følgelig vil man kunne finne temperaturforskjeller avhengig av hvor man måler.

Begrepet *kjernetemperatur* er mye brukt både i litteraturen, retningslinjer og i klinisk praksis. «Kjernen» finnes imidlertid ikke benevnt i noe anatomisk atlas, og begrepet er derfor upresist. I litteraturen brukes likevel begrepet *kjernetemperatur* om temperaturmålinger fra flere ulike anatomiske lokalisasjoner.

Begrepet *kjernetemperatur* er mye brukt både i litteraturen, retningslinjer og i klinisk praksis. «Kjernen» finnes imidlertid ikke benevnt i noe anatomisk atlas, og begrepet er derfor upresist

Hvor kan vi måle temperatur?

Kroppstemperatur kan måles mange ulike steder, med varierende grad av invasivitet. Gullstandarden er måling med et såkalt pulmonalarteriekateter (Swan-Ganz-kateter), men dette er en svært invasiv metode som stort sett bare tas i bruk ved intensivavdelinger eller i forbindelse med torakskirurgi. →

Andre anatomiske lokalisasjoner der vi gjør invasive temperaturmålinger, inkluderer øsofagus, nasofarynks, blære og rektum. Blant de mer perifere og mindre invasive metodene har vi tympanisk måling, oral måling, aksillær måling og pannemåling (temporalarteriemåling).

Hvor gode er de ulike målemetodene?

Øsofageal måling er ansett å være et pålitelig alternativ til endovaskulær måling. En systematisk oversiktsartikkel viste minimalt avvik mellom pulmonalarteriekateter og øsofagusmåling (3), men dette er en plagsom metode som er uegnet for våkne pasienter. Nasofarynksmåling brukes under kirurgi og samsvarer ofte godt med øsofagustemperatur, men den innebærer risiko for neseblødning, feilplassering og falskt lave verdier (3). Rektalmåling har tradisjonelt vært ansett som pålitelig, men store variasjonsgrenser og treg respons ved raske temperaturendringer gjør at denne metoden også har svakheter (4, 5). Tympanisk måling er rask og ikke-invasiv, men nøyaktigheten varierer betydelig – spesielt ved bruk av infrarøde termometre – og påvirkes av både teknikk og omgivelser (4, 6). Temporalarterietermometre har i systematiske oversikter vist seg å være svært upålitelige og altfor unøyaktige til å erstatte etablerte referansemeter (7).

Metodene som i dag er hyppigst i bruk for å måle kroppstemperatur på norske sykehus, har betydelige svakheter og/eller et dårlig evidensgrunnlag

Perifere temperaturmålinger

I en sammenstilling av data fra 75 studier så forfatterne på graden av samsvar mellom definerte perifere målinger (tympanisk, temporalarterie, aksillære eller orale) og sentrale målinger (pulmonalarterie, øsofagus, blære og rektum) (1). Forfatterne fant en sensitivitet for deteksjon av feber hos voksne ved perifer måling på 64 %, altså vil omtrent én av tre pasienter med feber ikke fanges opp av et perifert termometer. Spesifisiteten er dog svært høy, på 96 %. Perifere termometre har lav presisjon ved måling av feber og er enda mer upresise ved diagnostisering av hypotermi.

Hva betyr dette?

Metodene som i dag er hyppigst i bruk for å måle kroppstemperatur på norske sykehus, har betydelige svakheter og/eller et dårlig evidensgrunnlag. Perifer termometri har lav sensitivitet og dårlig presisjon.

En konsekvens av lav målenøyaktighet er at denne potensielt viktige parameteren mister sin betydning. Som lege får jeg ofte presentert et sett med vitale målinger der pasientens temperatur er oppgitt til for eksempel 35,2 °C målt i øret. Dersom denne verdien hadde vært reell, ville det vært et viktig funn som tydet på at pasientens endogene termoregulering var i ferd med å svikte. Min respons er imidlertid at jeg tenker at målingen er feil. Det kan føre til at eventuelle sanne positive målinger av lav kroppstemperatur drukner i et stort antall falske positive målinger. Vi må derfor være mer oppmerksomme på begrensningene ved temperaturmålinger. Hvordan ble egentlig temperaturen målt?

Anatomisk lokalisasjon for temperaturmåling bør dokumenteres i pasientens journal. «Pannetemp 35,2» og «rektaltemp 35,2» betyr to vidt forskjellige ting.

Som leger må vi insistere på en sentral temperaturmåling dersom vi er interessert i å vite hva temperaturen er, og spesielt dersom den skal brukes til å styre behandling. Vi gjør pasientene en bjørnetjeneste ved å styre forløp eller behandling basert på unøyaktige målinger for å skåne dem for det kortvarige ubehaget en sentral måling vil medføre. ■

Artikkelen bygger på temaet for prøveforelesningen i forbindelse med hans disputas, der det oppgitte emnet var «Metoder for måling av kjernetemperatur prehospitalt - en kritisk gjennomgang».

Sigurd Mydske

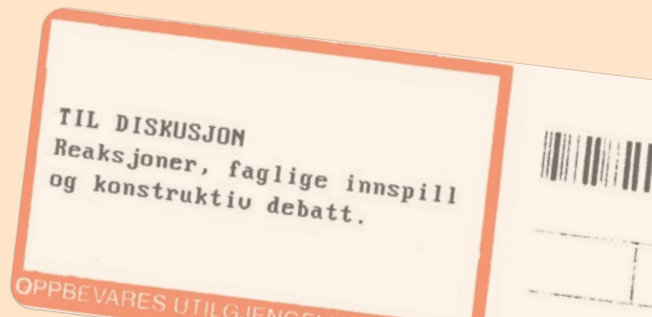
sigurd.mydske@helse-bergen.no

Sigurd Mydske er ph.d., lege og forsker i Fjellmedisinsk forskningsgruppe. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Niven DJ, Gaudet JE, Laupland KB et al. Accuracy of peripheral thermometers for estimating temperature: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med* 2015; 163: 768–77.
- 2 Rösli D, Schnüriger B, Candinas D et al. The Impact of Accidental Hypothermia on Mortality in Trauma Patients Overall and Patients with Traumatic Brain Injury Specifically: A Systematic Review and Meta-Analysis. *World J Surg* 2020; 44: 4106–17.
- 3 Duggappa AKH, Mathew S, Gupta DN et al. Comparison of Nasopharyngeal Temperature Measured at Fossa of Rosenmuller and Blindly Inserted Temperature Probe with Esophageal Temperature: A Cross-Sectional Study. *Anesth Essays Res* 2018; 12: 506–11.
- 4 Cutuli SL, See EJ, Osawa EA et al. Accuracy of non-invasive body temperature measurement methods in adult patients admitted to the intensive care unit: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Resusc* 2023; 23: 6–13.
- 5 Hayward JS, Eckerson JD, Kemna D. Thermal and cardiovascular changes during three methods of resuscitation from mild hypothermia. *Resuscitation* 1984; 11: 21–33.
- 6 Skaiaa SC, Brattebø G, Aßmus J et al. The impact of environmental factors in pre-hospital thermistor-based tympanic temperature measurement: a pilot field study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2015; 23: 72.
- 7 Geijer H, Udumyan R, Lohse G et al. Temperature measurements with a temporal scanner: systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2016; 6: e009509.

Les flere
debattartikler på
tidsskriftet.no:



Tekst: Odd Eilerås

Dolkestøt mot tilliten

Norge er et tillitssamfunn. Det var i hvert fall mitt inntrykk inntil landets antatt beste fagforening godtok at mine pensjonsrettigheter ble slettet.

På 1960-tallet var det svak rekruttering av allmennleger. Å være sykehuslege ble sett på som mer attraktivt, mye på grunn av bedre sykkelønns- og pensjonsordninger. Som svar ble stiftelsen Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) opprettet i 1965 gjennom en avtale mellom Legeforeningen og Helse- og omsorgsdepartementet (1). En proSENTSATS av statens trygderefusjon ble hvert år innbetalt til SOP-stiftelsen.

Italiensk mafia

Etter hvert bygget det seg opp milliarder av kroner i stiftelsen som skulle sikre bedre pensjon og rettigheter for allmennleger.

Som nydannet allmennlege var jeg på midten av 1990-tallet på grunnkurs for å bli spesialist i allmennmedisin. SOP-stiftelsen presenterte seg på kurset. Vi ble fortalt at dette var en god ordning for å sikre pensjonisttilværelsen. SOP-representanten trakk sågar parallellen til den italienske mafiaen. Mafiaen ville ikke forsvinne, det ville ikke SOP-stiftelsen heller.

SOP-representanten frarådet oss å spare til pensjonen selv. Oppsparing i privat regi ville gi tilsvarende fratrukk i pensjonen fra Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger. Min opplevelse er at det fra Legeforeningen og SOP-stiftelsen vedvarende fram til 2008 ble advart mot selv å spare opp til egen pensjon.

Egen pensjonsoppsparing

I 2008 ble det åpnet for at privatpraktiserende leger kunne starte en pensjonsoppsparing i den mellom Legeforeningen og Storebrand avtalte Legeforetakenes pensjonsordning (LP). Sparing i denne ville *ikke* medføre reduksjon i SOP-pensjonen.

Medlemmer i Allmennlegeforeningen (AF) og Praktiserende spesialisters landsforening (PSL) fikk fra Legeforeningen/SOP, fra samme mailadresse «noreply@legeforeningen.no», dette året gjentatte e-poster der det ble oppfordret til at vi som medlemmer i Legeforeningen skulle starte med egen pensjonssparing i LP-ordningen.

Det ble lagt vekt på at alle andre tjenestepensjonsordninger ville bli «samordnet» med pensjonen fra SOP-stiftelsen. Oppsparing av egen pensjon i annen pensjonsordning enn denne LP-ordningen i Storebrand ville fortsatt gi tilsvarende reduksjon av pensjonen fra SOP. Dette ble det informert om senest i mail fra Legeforeningens generalsekretær 13.11.2008 og 19.12.2008 (e-poster, eget arkiv).

Sletting av rettigheter

Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger vurderte i 2009 at de anslagsvis 5 milliarder kronene i SOP-fondsmidler ikke var tilstrekkelig til å dekke opp videre

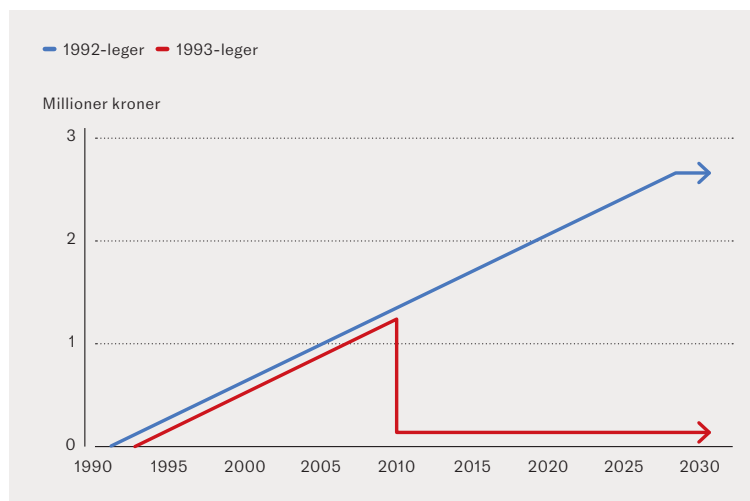
pensjonsrettighetsoppsparing for alle privatpraktiserende leger. SOP-styret besluttet derfor i august 2009 at de ønsket å slette oppsparte pensjonsrettigheter for leger autorisert etter 1992. Leger autorisert innen 1992 skulle få beholde sine oppsparte rettigheter og også få lov til å ha videre oppsparing de neste 25 årene (figur 1).

Dette ble lagt frem for Legeforeningens sentralstyre i et møte 21. oktober 2009 (2). SOP-stiftelsen fikk da sentralstyrets godkjenning til å gå videre med denne planen. Leger autorisert etter 1992 skulle da altså ikke få noen pensjonsytelse fra SOP-stiftelsen.

Nye spilleregler

Neste dag, 22. oktober 2009, ble det sendt ut en e-post til AF- og PSL-medlemmene fra «noreply@legeforeningen.no» der det på nytt ble oppfordret til å starte egen pensjonsoppsparing i LP-ordningen i Storebrand. Brevet var nå skrevet av SOP-styrelederen (e-post, eget arkiv).

På nytt var det lagt vekt på at pensjonsoppsparing i en annen ordning enn i den avtalte LP-ordningen ville gi avkortning av pensjonen fra SOP-stiftelsen. På ingen måte ble det informert, hverken fra SOP eller Legeforeningen, om at det var planlagt å slette SOP-pensjonsytelsene til leger autorisert etter 1992, og at det da for disse medlemmene ikke ville være noen som helst SOP-pensjon å gjøre noen avkortning av.



Figur 1 Grafisk fremstilling av SOP-pensjonsutbetalinger for leger autorisert før 1992 (blå linje) og leger autorisert etter 1992 (rød linje).

Det fremstår for meg som utvilsomt at Legeforeningens sentralstyre og også foreningens generalsekretær høsten 2009 var godt informert om den planlagte og kommende slettingen av oppsparte pensjonsrettigheter. Legeforeningen informerte allikevel ikke de aktuelle medlemmene om dette før sent høsten 2010, og da først etter at prosessen var fullført gjennom et ettårig samarbeid mellom SOP-stiftelsen og Legeforeningen.

Er det slik fagforeningen vår skal fungere?

Ble stående uten pensjonsoppsparing

Mange av Legeforeningens medlemmer, i hovedsak fastleger, hadde i 2010 arbeidet i opptil 17–18 år som selvstendig næringsdrivende leger uten selv å ha spart opp til pensjon. De ble da stående med opptil halvparten av sitt yrkesaktive liv som leger uten noen pensjonsopp- sparing fra disse årene.

Min fagforening, som jeg i tre tiår har betalt for å ivareta mine interesser, burde ha støttet meg og mine kollegaer. Som et minimum burde de i alle fall ha informert oss. Vi ville i denne saken ha vært veldig mye bedre stilt uten fagforeningen.

Under prosessen i 2010 med vedtektsendringene om at oppsparte pensjonsrettigheter skulle slettes, innvendte et engasjert advokatfirma at disse vedtektsendringene kunne være ulovlige (3). SOP-styret svarte i et legeforskningsnotat (!) at siden SOP var en stiftelse, stilte det seg annerledes, og de ønsket ingen ekstern juridisk vurdering av dette (4).

Granskning og avslag

Som tillitsvalgt i Vestfold har jeg og kollegaer tatt opp saken flere ganger med fagforeningen. Svaret fra Allmennlegeforeningen på dette var å nedsette et internt granskningsutvalg. Utvalgsrapporten ga klar kritikk av prosessen som førte til slettingen av pensjonsrettighetene (5). Legeforskningsnotatet svar på dette har vært intet.

Vinteren 2025 henvendte jeg meg skriftlig til 1150 leger i samme situasjon som meg. 248 av dem ville ha en uavhengig granskning av opphevelsen av pensjonsrettigheter og av de interne habilitetsforholdene i Legeforskningsnotatet. Dette ble på Allmennlegeforeningens landsrådsmøte 7.5.2025 tvert nedstemt, med 58 stemmer mot og 3 for. Men når så mange ikke stoler på sin egen fagforening – hva har det å si for tilliten til Den norske legeforskningsnotatet? Slogordet til Legeforskningsnotatet – «For alle leger, hele livet» – klinger falskt så lenge denne saken ikke er ryddet opp i. ■

Odd Eilerås

odd-eil@hotmail.com

Odd Eilerås er fastlege i Tønsberg.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han fikk i 2010 slettet oppsparte pensjonsrettigheter som resultat av vedtektsendringer i Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger gjeldende fra 2011.

Litteratur

- 1 SOP vedtekter - godkjent 31.1.1966. Riksarkivet 4.10.2023. Sak AVS-23-04 01339.
- 2 Den norske legeforskningsnotatet. Sekretariatet Sentralstyresak 4.05 / 21.10.2009.
- 3 Advokatfirmaet Hjort. Rettslig vurdering av forslag til nye regler for ektefellepensjon i SOP for fraskilte ektefeller, 31.2.2010.
- 4 Den norske legeforskningsnotatet. Internt notat. Til Arbeidsdepartementet 4. juni 2010. Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) - vedtektsendring, s. 2.
- 5 Den norske legeforskningsnotatet. SOPs årsberetninger i perioden 2000-2009. I: Rapport fra granskningsutvalg nedsatt av Allmennlegeforeningen. Avgitt 17.3.2023. Punkt 4. Lest 23.3.2026.

Vi trenger livsløpssentre for nevroortopedi

Pasienter med nevroortopediske tilstander faller ofte mellom flere stoler gjennom et livsløp. Regionale livsløpssentre, støttet av et nasjonalt kompetansemiljø, kan gi særlig voksne pasienter et mer helhetlig og forutsigbart tilbud.

Nevroortopediske tilstander, som cerebral parese, ryggmargsbrokk og nevrologiske sykdommer, påvirker muskel- og skjelettsystemet gjennom hele livet. Behovet for kirurgi, ortoser, spastisitetbehandling, rehabilitering og tekniske hjelpemidler endrer seg kontinuerlig (1). Likevel er helsetjenesten organisert i separate barne- og voksenløp, ofte med ulike fagmiljøer og dermed manglende kontinuitet. Ressursene er i stor grad rettet mot barn og unge, og inntrykket er at voksne pasienter i større grad møter et tilfeldig og lite systematisert tilbud.

Overgangen til voksenhelsetjenesten blir derfor sårbar. Mange pasienter må starte på nytt med behandlere som ikke kjenner deres historikk, og risikoen for redusert oppfølging og forsinket behandling øker (2-4). Når erfaringer fra barne- og ungdomsalder ikke videreføres, øker sannsynligheten for kontrakturer, feilstillinger,



Illustrasjonsfoto: Koto/iStock

smerter og funksjonstap – tilstander som reduserer livskvaliteten og kan gi betydelige helse- og omsorgsbehov over tid. Eksempelvis følger barn og unge med cerebral parese standardiserte og systematiske oppfølgingsprotokoller, men disse videreføres ikke inn i voksenlivet. Norsk kvalitets- og oppfølgingsregister for cerebral parese har imidlertid utarbeidet en kunnskapsbasert retningslinje for diagnostisering og oppfølging av personer med cerebral parese i et livsløpsperspektiv. Der er det også beskrevet anbefalinger for oppfølging av voksne (5).

Internasjonalt finnes det livsløpsklinikker for enkelte diagnoser, som cerebral parese (6), men få helhetlige sentre som dekker hele bredden av nevroortopediske tilstander. Med utgangspunkt i disse modellene har Norge mulighet til å ta i bruk en struktur som kombinerer regional tilgjengelighet med nasjonal spisskompetanse.

Kontinuitet og bedre kvalitet

Livsløpsentre innenfor hvert regionale helseforetak, i tett samarbeid med lokale habiliteringstjenester, kan sikre et sammenhengende tilbud nær pasienten. Ett tverrfaglig team kan følge pasienten gjennom hele livet, med systematisk vurdering av funksjon, behov og risiko. Når ortopeder, nevrologer, fysioterapeuter, ergoterapeuter, ortopediteknikere, spastisitetsteam og rehabiliteringsmiljøer arbeider etter felles protokoller, kan kvaliteten styrkes og variasjonen reduseres.

Kontinuitet kan også gi bedre kirurgiske resultater. Kjennskap til pasientens utvikling over tid gjør indikasjoner mer presise, inngrep bedre timet og kan gi færre komplikasjoner. Tidlig identifisering av endringer i muskel og skjelett kan gjøre det mulig å forebygge fremfor å reparere – en tilnærming som reduserer belastningen for pasienten. Det er også vårt inntrykk at enkelte barn utsettes for omfattende kirurgi som kunne

vært utsatt til de er i en alder der de i større grad kan delta aktivt i beslutninger og rehabilitering. Langtidskonsekvensene av kirurgi i barnealder er dessuten utilstrekkelig undersøkt (1, 7).

For pasienter med de mest komplekse behovene kunne de regionale sentrene fått støtte av et nasjonalt livsløpskompetansesenter. Et slikt miljø kan håndtere sjeldne og krevende tilstander, utvikle nasjonale retningslinjer, drive forskning og bidra til kompetansespredning. Et samlet fagmiljø gir større pasientvolum og bedre datagrunnlag, noe som vil kunne styrke både kvalitet og effektivitet.

Et nødvendig løft

Et livsløpsperspektiv kan gi betydelige helseøkonomiske gevinster. Kontinuerlig og optimalisert behandling gjennom hele livet kan øke pasientenes selvstendighet og redusere behovet for kommunale tjenester, hjelpemidler, reinnleggelsler og omfattende kirurgi. Investering i kontinuitet og kompetanse vil dermed kunne senke totale kostnader og gi bedre funksjon over tid.

Nevroortopediske pasienter har ofte sammensatte behov og er avhengige av koordinert oppfølging. I dagens fragmenterte system faller mye ansvar på pasientene og deres pårørende, og det mangler en struktur gjennom hele livsløpet.

Det er derfor på tide å etablere regionale livsløpsentre for nevroortopedi som kan gi mer likeverdig behandling, redusert variasjon og høyere kvalitet nasjonalt. Pasientene trenger det, fagmiljøene ønsker det, og helsetjenesten vil tjene på det – både faglig og økonomisk. ■

Per Reidar Høiness

prhoines@gmail.com

Per Reidar Høiness er spesialist i ortopedisk kirurgi, leder av Ortforsk forskningsgruppe i Vestre Viken og overlege og forskningsansvarlig ved Ortopedisk avdeling, Drammen sykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Guro Lillemoen Andersen

Guro Lillemoen Andersen er spesialist i barnesykdommer ved Habiliteringssenteret, Sykehuset i Vestfold, leder av Norsk kvalitets- og oppfølgingsregister for cerebral parese (NorCP) og førsteamanuensis ved Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Yuan Z, Lennon N, Church C et al. Outcomes of Pediatric Orthopedic Management of Ambulatory Cerebral Palsy Utilizing a Closely Monitored, Lifespan-Guided Approach. *Children (Basel)* 2025; 12: 1252.
- 2 Mitchell DL, Shlobin NA, Winterhalter E et al. Gaps in transitional care to adulthood for patients with cerebral palsy: a systematic review. *Childs Nerv Syst* 2023; 39: 3083–101.
- 3 Shoval HA, Cheng J, Bundonis J et al. Transitioning from pediatric to adult care in cerebral palsy and neuromuscular disorders. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2025; 36: 481–97.
- 4 Jeglinsky-Kankainen I, Vänskä N, Kinnunen A et al. The Perspectives of Young Adults with Cerebral Palsy on Transition to Adult's Health Care and Rehabilitation. *Disabilities* 2025; 5: 12.
- 5 Cerebral parese (NorCP). Metodebok 2026. Lest 15.2.2026.
- 6 Katsma M, Liu H, Pan X et al. Management and treatment of musculoskeletal problems in adults with cerebral palsy: Experience gained from two lifespan clinics. *J Pediatr Rehabil Med* 2024; 17: 19–33.
- 7 Trionfo A, Herrero C, Howard JJ et al. Current Variation in the Postoperative Management of Patients With Cerebral Palsy Undergoing Lower Extremity Surgery: A Survey of Surgeon Practices. *J Pediatr Soc North Am* 2025; 13: 100261.



ÉN TABLETT

- TRE INDIKASJONER MED REFUSJON ^{1,2}



FORXIGA® (dapagliflozin)



10 MG



1 TABLETT DAGLIG, INGEN TITRERING

INDIKASJON KRONISK NYRESYKDOM: BEHANDLING AV KRONISK NYRESYKDOM HOS VOKSNE.

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

FORXIGA® 10 MG (dapagliflozin) - VIKTIG INFORMASJON

Indikasjoner:

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

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

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

- Ny behandlingsoppstart med SGLT2-hemmer hos pasienter som utvikler ketoacidose er ikke anbefalt dersom behandling med SGLT2-hemmer er utløsende faktor.
- Behandlingen skal avbrytes midlertidig hos pasienter innlagt på sykehus for større kirurgiske inngrep eller ved akutte, alvorlige medisinske sykdommer.
- Fourniers gangren er en svært sjelden, men alvorlig og potensielt livstruende tilstand som er rapportert ved bruk av SGLT2-hemmere. Ved mistanke om dette, bør preparatet seponeres og behandling igangsettes umiddelbart.

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

Refusjonsberettiget bruk:

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

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

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

Reseptgruppe C.

Pakninger og priser: 10 mg: **28 stk.** kr 450,00 **98 stk.** kr 1 432,30.

For mer info. om Forxiga, les FK tekst på www.felleskatalogen.no eller SPC.
NO-15758-04-26-CVRM

NYHET!

FORXIGA MED UTVIDET REFUSJON VED KRONISK NYRESYKDOM FRA 15. APRIL 2026¹



NYHET!

Refusjonsberettiget bruk:

*Behandling av kronisk nyresykdom hos voksne.**

Refusjonskoder: ICPC: U99 og ICD: N18

Vilkår 260: Refusjon ytes kun i kombinasjon med optimalisert behandling med RAAS-hemmer, enten ved bruk av ACE-hemmer eller angiotensin II-reseptorblokker (ARB).

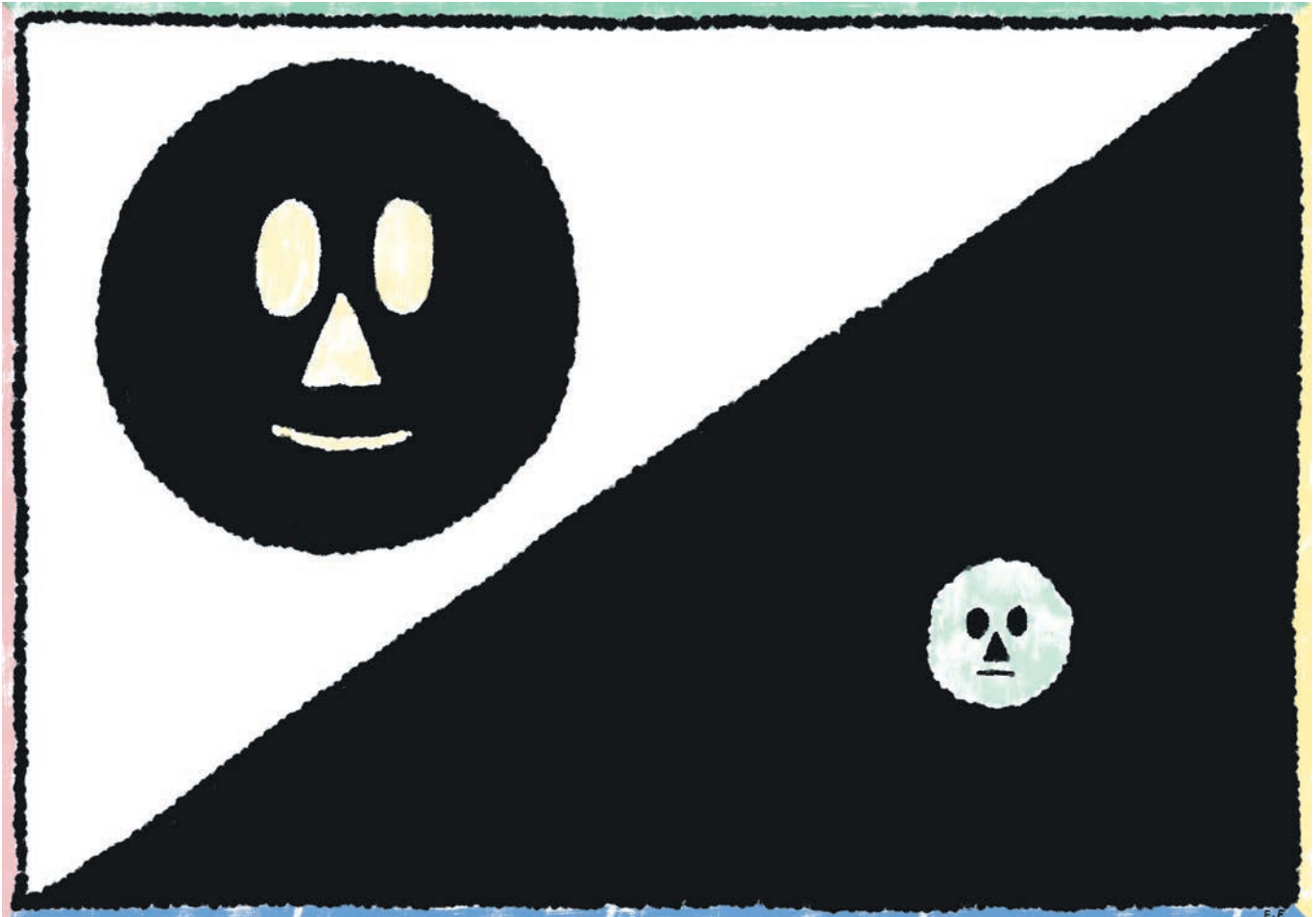
*Kronisk nyresykdom: eGFR < 60 mL/min/1,73 m² eller uACR ≥ 3 mg/mmol i minst 3 måneder.¹

Tekst: Sabine Ruths et al.

Illustrasjon: Espen Friberg

Forskjellsbehandling av pasienter med depresjon

Behandling av depresjon i allmennpraksis avhenger av pasientens utdanning og alder. Dette bidrar til å opprettholde helseforskjeller i befolkningen.



Om lag én av ti personer i Norge vil utvikle en depressiv lidelse i løpet av et år. Kvinner, eldre og personer med lav sosioøkonomisk status har økt risiko (1). Depresjon er den vanligste kontaktårsaken i allmennpraksis når det gjelder psykiske helseproblemer, og fastlegen spiller en viktig rolle i depresjonsomsorgen (2).

Mer kompetanse, mer hjelp

I tråd med nasjonale føringer skal helsevesenet gi likeverdig behandling til alle og dermed bidra til å redusere helseforskjeller i befolkningen (3). Paradoksalt nok viser det seg å være krevende å gi mest helsehjelp til dem som trenger det mest, noe *the inverse care law* påpekte allerede for over 50 år siden (4). Hvorvidt fastlegeordningen har vært i stand til å gi mest til dem med størst behov, ble undersøkt i et forskningsprosjekt basert på koblete data fra nasjonale befolknings- og helseregistre for personer i alderen 18 år og eldre i perioden 2008–16 (5).

Blant voksne pasienter med en ny depresjonsepisode får omtrent halvparten samtaleterapi, og én av tre får antidepressiver (6–8). Høyt utdannede kvinner mottar likevel antidepressiver sjeldnere enn kvinner med lavere utdanning (6), og lavt utdannede pasienter, uavhengig av kjønn, får samtaleterapi sjeldnere enn høyt utdannede pasienter (8). Det er også aldersforskjeller i behandlingen, der eldre pasienter får antidepressiver oftere og samtaleterapi sjeldnere sammenlignet med middelaldrende pasienter (6–8). Disse funnene indikerer en systematisk forskjellsbehandling basert på utdanningsnivå og alder. Hvis den norske fastlegeordningen ikke er unntatt fra *the inverse care law*, er det sannsynlig at de som har mest, får det bedre på bekostning av dem som har minst. Interessant nok har man ikke sett utdanningsgradient i bruk av antidepressiver blant menn (8).

Sosiodemografisk ulikhet

Det finnes flere mulige forklaringer på sosiale forskjeller i depresjonsbehandling i allmennpraksis. Pasienters helsekompetanse og preferanser kan være knyttet til utdanningsnivå og alder, og dette kan påvirke fastlegers behandlingsvalg. Helsekompetanse handler om å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon, og den er sterkere blant yngre og mer utdannede enn blant eldre og mindre utdannede (9). Fastlegers antakelser om en pasients helsekompetanse, basert på implisitte skjevheter og stereotypier, kan også påvirke behandlingsvalgene deres (10, 11). Høyt utdannede kvinner kan være mer informerte om de begrensede effektene og mulige bivirkningene av antidepressiver og derfor foretrekke samtaleterapi fremfor medikamentell behandling. De kan også være tryggere på å stå opp for sine egne helse- og behandlingsbehov og i større grad uttrykke denne preferansen. Siden det ikke er dokumentert at alvorlighetsgraden av depresjon varierer mellom utdanningsnivåer, kan høyt utdannede kvinner

muligens bli underbehandlet med antidepressiver der det er indisert, mens lavere utdannede kvinner kan bli overbehandlet.

Uansett alder og kjønn foretrekker deprimerede pasienter psykologisk behandling fremfor antidepressiver (12). Siden deltakelse og eierskap til behandlingen øker sannsynligheten for et positivt utfall (13), bør dette være viktige momenter i fastlegens vurdering av behandlingsoptimaliteter.

Hvis leger antar at eldre og lavt utdannede pasienter har mindre kapasitet til å følge eller dra nytte av samtaleterapi, kan de foretrekke legemiddelbehandling uten å undersøke hvorvidt antakelsen er berettiget. Det viser seg at samtaleterapi diskuteres i mindre grad med eldre enn med yngre pasienter (14). Behandling med antidepressiver hos eldre medfører imidlertid større risiko for bivirkninger og interaksjoner enn hos yngre, spesielt hos eldre med flere kroniske lidelser og samtidig bruk av flere medikamenter (15). Denne kunnskapen taler for *mindre* bruk av antidepressiver blant eldre enn middelaldrende og yngre. Internasjonal litteratur viser til aldersdiskriminering eller *ageism* som en forklaring på negative holdninger og forskjellsbehandling av eldre (16).

Uberettiget sosial variasjon

Fastlegeordningen regnes som en vellykket offentlig tjeneste, der en kjerneverdi er likeverdig helsehjelp for alle innbyggere. Utdannings- og aldersforskjeller i behandling for depresjon peker imidlertid på systematisk ulikhet, noe som kan forverre helseforskjellene i befolkningen og ramme sårbare pasientgrupper, særlig eldre og personer med lav utdanning. Forskjellene er relevante på populasjonsnivå og viser at fastlegeordningen ikke oppfyller kjerneverdien om likeverdige helsetjenester. På systemnivå kan helsemyndighetene styrke nasjonale retningslinjer for eksplisitt å adressere sosiale forskjeller i anbefalinger for behandling av depresjon. I klinisk arbeid kan fastleger være mer bevisste på *the inverse care law* for i større grad å sikre likeverdig behandling av pasientene sine.

Forskningsprosjektet The Norwegian GP-DEP Study om depresjonsbehandling i allmennpraksis er i stor grad basert på diagnosekoder og takstbruk registrert av fastleger. Ettersom diagnosesystemet er grovkornet, mangler det informasjon om alvorlighetsgraden av depresjon. En mer presis registrering av diagnoser kan gjøre slike registre mer nyttige og klinisk relevante og muligens bidra til å jevne ut forskjellene. ■

Forfatter- og litteraturliste på neste side.

—>

Utdannings- og aldersforskjeller i behandling for depresjon peker på systematisk ulikhet, noe som kan forverre helseforskjellene i befolkningen og ramme sårbare pasientgrupper, særlig eldre og personer med lav utdanning

Sabine Ruths

sabine.ruths@uib.no

Sabine Ruths er spesialist i allmennmedisin og professor emerita ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen og Allmennmedisinsk forskningsenhet, NORCE. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Inger Haukenes

Inger Haukenes er fysioterapeut og professor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen og jobber som forsker I ved Arbeidsliv i NORCE. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Valborg Baste

Valborg Baste er statistiker og jobber som forsker I ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i NORCE. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Øystein Hetlevik

Øystein Hetlevik er spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin, jobber som fastlege og er professor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Tone Smith-Sivertsen

Tone Smith-Sivertsen er ph.d., spesialist i allmennmedisin og i psykiatri og jobber som overlege i Divisjon psykisk helsevern, Helse Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Heidi Marie Meling

Heidi Marie Meling er ph.d. og jobber som forsker III ved Helse og samfunn i NORCE. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Sharline Riiser

Sharline Riiser er spesialist i allmennmedisin, jobber som fastlege ved Sogndal legesenter og er førsteamanuensis ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Anneli Borge Hansen

Anneli Borge Hansen er spesialist i allmennmedisin og jobber som forsker III ved Allmennmedisinsk forskningsenhet i NORCE. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Folkehelseinstituttet. Psykisk helse i Norge. Lest 19.2.2026.
- 2 Folkehelseinstituttet. Folkehelse rapporten 2022: psykiske plager og lidelser hos voksne. Lest 19.2.2026.
- 3 Marmot M. The health gap: Doctors and the social determinants of health. *Scand J Public Health* 2017; 45: 686–93.
- 4 The Lancet. 50 years of the inverse care law. *Lancet* 2021; 397: 767.
- 5 NORCE. Depresjon i allmennpraksis. Lest 19.2.2026.
- 6 Hansen AB, Baste V, Hetlevik O et al. GPs' drug treatment for depression by patients' educational level: registry-based study. *BJGP Open* 2021; 5: BJGPO-2020-0122.
- 7 Ruths S, Haukenes I, Hetlevik Ø et al. Trends in treatment for patients with depression in general practice in Norway, 2009–2015: nationwide registry-based cohort study (The Norwegian GP-DEP Study). *BMC Health Serv Res* 2021; 21: 697.
- 8 Riiser S, Baste V, Haukenes I et al. Practice characteristics influencing variation in provision of depression care in general practice in Norway; a registry-based cohort study (The Norwegian GP-DEP study). *BMC Health Serv Res* 2022; 22: 1201.
- 9 Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* 2015; 25: 1053–8.
- 10 Brodney S, Fowler FJ Jr, Stringfellow V et al. National survey of decision-making for antidepressants and educational level. *J Am Board Fam Med* 2020; 33: 80–90.
- 11 Job C, Adenipekun B, Cleves A et al. Health professionals implicit bias of patients with low socioeconomic status (SES) and its effects on clinical decision-making: a scoping review. *BMJ Open* 2024; 14: e081723.
- 12 McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD et al. Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *J Clin Psychiatry* 2013; 74: 595–602.
- 13 Gelhorn HL, Sexton CC, Classi PM. Patient preferences for treatment of major depressive disorder and the impact on health outcomes: a systematic review. *Prim Care Companion CNS Disord* 2011; 13: PCC.11r01161.
- 14 Laake JP, Parratt J, Majeed N. Improving Access to Psychological Therapies for older adults: auditing management of newly diagnosed mild and moderate depression in six general practices within the Birmingham and Solihull CCG. *Postgrad Med J* 2021; 97: 89–92.
- 15 Coupland C, Dhiman P, Morriss R et al. Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. *BMJ* 2011; 343: d4551.
- 16 Teaster PB, Giwa AO. Ageism as a source of global mental health inequity. *AMA J Ethics* 2023; 25: E765–70.

Ryaltris™

mometasonfuroat/olopatadin

Ryaltris™ er indisert til voksne og barn over 12 år til behandling av moderate til alvorlige nesesyntomer i forbindelse med allergisk rhinitt.¹

NESESPRAY VED ALLERGISK RHINITT¹

Ryaltris™ er en kombinasjonsbehandling med mometasonfuroat (25 µg) og olopatadin (600 µg).²

Kombinasjonen viser synergistiske effekter når det gjelder symptomforbedring ved allergisk rhinitt.³



Anbefalt dose

To sprayer i hvert nesebor to ganger daglig (morgen og kveld).⁴

Ryaltris™ neseppray
25 µg mometasonfuroat/dose + 600 µg olopatadin/dose

Indikasjon

Ryaltris™ er indisert til voksne og barn over 12 år til behandling av moderate til alvorlige nesesyntomer i forbindelse med allergisk rhinitt.

Dosering

Ryaltris™ er kun til bruk i nesen, den vanlige anbefalte dosen er to sprayer i hvert nesebor to ganger daglig (morgen og kveld).

Utvalgt advarsel og sikkerhetsinformasjon

Bivirkninger: Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$), er dysgeusi, epistakse og ubehag i nesen. **Kontraindikasjon:** Ryaltris™ skal ikke brukes ved ubehandlet lokal infeksjon i neselømhinnen, som herpes simplex eller hos pasienter ved nylig gjennomgått nesekirurgi eller traumer før skaden er tilhelet, heller ikke ved overfølsomhet overfor virkestoffene eller noen av hjelpestoffene.

Graviditet: Det er ingen eller begrenset mengde data på bruk av mometasonfuroat og intranasal olopatadin. **Amming:** Det må tas en beslutning om amming skal opphøre eller behandling med Ryaltris skal avsluttes/avstås fra, basert på nytte/risikovurdering.

Referanser

- 1) Ryaltris™ preparatomtale, 11.06.2025, pkt. 4.1,
- 2) Ryaltris™ preparatomtale, 11.06.2025, pkt. 1,
- 3) Ryaltris™ preparatomtale, 11.06.2025, pkt. 5.1
- 4) Ryaltris™ preparatomtale, 11.06.2025, pkt. 4.2

Pakning og pris (AUP): 1 x 240 doser (plastflaske) kr 223,50.
Reseptgruppe: C

Refusjonsberettiget bruk

Symptomlindring ved moderat til alvorlig sesongrelatert og helårlig allergisk rhinitt hvis monoterapi med enten intranasalt antihistamin eller glukokortikoid ikke er vurdert som tilstrekkelig.

Refusjonskode: ICPC: R97 Allergisk rhinitt. ICD: J30 Vasomotorisk og allergisk rhinitt. Vilkår: Ingen spesifisert.

Basert på SPC godkjent av DMP/EMA: 11.06.2025

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

Les hele preparatomtalen før du forskriver.

August 2025

LES MER
OG BOOK
BESØK

[orionpharma.no/
ryaltris](http://orionpharma.no/ryaltris)



Tekst: Knut Eirik R. Eliassen et al.

Fastlegepraksis for medisinstudentene må reddes!

Det er nok fastleger i landet til å dekke behovet for praksisveiledere, men rammene gjør det utfordrende å prioritere medisinstudenter fremfor leger i spesialisering.

Tråd med Grimstadutvalgets konklusjon i 2019 om at Norge må utdanne flere leger selv, nærmer antallet studieplasser i medisin seg 1 000 per år (1). Alle de fire legeutdanningene i Norge tilbyr nå desentralisert utdanning, og det er forskriftsfestet at studentpraksis i primærhelsetjenesten bør være ti uker (2). Skal kabalen gå opp, må nye praksisveiledere rekrutteres, og de eksisterende må beholdes. I tillegg må alle veiledere sikres god veilederkompetanse.

Medisinstudenter i allmennpraksis møter ikke et strukturert undervisningsopplegg. De møter den daglige virkeligheten, med uforutsigbare problemstillinger, skiftende arbeidsoppgaver og kontinuerlige vurderinger under tidspress. Her lærer de ikke bare *hva* allmennleger gjør, men *hvordan* det kliniske arbeidet foregår. Det innebærer å orientere seg i nye situasjoner, ta ansvar, håndtere usikkerhet og utvikle profesjonell kommunikasjon med pasienter og kolleger. Slike erfaringer krever møte med ekte pasienter under veiledning, noe som også bidrar til refleksjon over ulike sider av legerollen (3).

Praksis i primærhelsetjenesten skiller seg fra sykehuspraksis. I primærhelsetjenesten er det en annen og uselektert pasientpopulasjon, andre arbeidsverktøy og bedre mulighet til å følge pasienter over tid. Både forutsetningene for én-til-én-veiledning med en erfaren veileder og kontinuiteten i veilederrelasjonen er bedre.

FRONESIS-prosjektet i vest

I 2022–26 gjennomførte Universitetet i Bergen i samarbeid med Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest prosjektet *FRONESIS – Flere praksisplasser og bedre veiledning for medisinstudenter på fastlegekontorene*. Prosjektnavnet er hentet fra det greske ordet for «praktisk klokskap» (4).

Det overordnede målet for prosjektet har vært å styrke rekruttering og utdanning av leger til kommunene, i tråd med samhandlingsreformen og regjeringens handlingsplan for allmennlegetjenesten (5, 6). Arbeidet har hatt fire hovedspor: kartlegging, intervensjon, veilederutdanning og spredning av resultater.

I kartleggingsdelen undersøkte vi fastlegenes motivasjon for og kapasitet til å være praksisveiledere. Kartleggingen viste blant annet at 70 % av fastlegene som ikke er veiledere, aldri er blitt spurt, og at halvparten er interesserte i å bli veiledere. Flertallet av dem som allerede er veiledere, kan dessuten ta imot flere studenter enn de gjør i dag (7, 8).

Intervensjonsdelen i prosjektet bestod av besøk til legekantor for å identifisere muligheter og hindringer for flere praksisplasser. I prosjektet kunne det gis økonomisk tilskudd etter behov til tilrettelegging av kontoret. Med tilrettelegging for studentpraksis hadde omtrent halvdel av legekantorene vi besøkte mulighet til å ta imot flere studenter. I snitt fikk legekantorene støtte på ca. 25 000 kroner per nye praksisplass.

For å styrke veiledningskompetansen ble det i FRONESIS-prosjektet utviklet en praksisveilederutdanning på masternivå (9). Utdanningen (PRAM620) tilfredsstiller kravet fra Universitets- og høyskolerådet om 10 studiepoeng og gir kun fire dagers fravær fra egen praksis. PRAM620 tilbys årlig ved Universitetet i Bergen i samarbeid med universitetene i Tromsø, Trondheim og Oslo (10).

De neste årene vil «de fire K'ene» – kroner, kapasitet, kvalitet og kommunenes rolle – representere hovedutfordringene for det videre arbeidet med studentpraksis i kommunehelsetjenesten. Her må erfaringene fra FORENSIS-prosjektet nyttiggjøres.

Skal kabalen gå opp, må nye praksisveiledere rekrutteres, og de eksisterende må beholdes

En annen vesentlig utfordring er at det i stor grad er de samme fastlegene som forventes å veilede både LIS1-leger, ALIS-leger og medisinstudenter

Kroner

En særlig utfordring er at kravene til praksis ligger i utdanningen og dermed under Kunnskapsdepartementet, mens gjennomføringen av praksis er tillagt helsetjenesten og Helse- og omsorgsdepartementet.

Kommunene har ingen plikt til å tilrettelegge for praksis for studenter. Det har derimot foretakene, og det gjør at all sykehuspraksis er «gratis» for universitetene. Studentpraksis i primærhelsetjenesten finansieres ved at universitetene betaler fastleger som tar imot medisinstudenter i egen praksis. Inntrykket er at fastleger ikke har som mål å tjene penger på være veiledere for studenter, men det er ønskelig å ikke tape økonomisk på det. Rundt 80 % av fastlegene er selvstendig næringsdrivende, og i finansieringsmodellene til praksisveilederne har det ikke vært lagt opp til noen form for økonomisk kontorstøtte, kun honorar for veiledning (11).

I kjølvannet av fastlegekrisen er de økonomiske vilkårene for legene betydelig forbedret, inkludert for veiledning av ALIS- og LIS1-leger. Det er positivt for rekruttering til allmennmedisin, men det utkonkurrerer samtidig medisinstudentene i «kampen» om veilederne. De medisinske dekanene peker på at rammebevilgningene til grunnutdanningen gjør det vanskelig økonomisk å prioritere praksis i kommunene foran andre deler av utdanningen.

Man kan argumentere for at verdien av å være veileder for studenter i praksis ikke bare skal måles i kroner. Mange veiledere opplever det som meningsfylt å ha studenter på kontoret, og flere forteller at veilederrollen også gjør dem til bedre leger. Det ville gi en betydelig merverdi om veiledning av studenter fikk større uttelling for fastlegenes egne videre- og etterutdanning. Hvis veiledning og utvikling av egen veilederkompetanse erstattet andre oppgaver, og ikke kom på toppen av alt annet, hadde man ikke trengt å løse dette kun med økonomiske insentiver (12).

Kapasitet

Når det legges opp til rundt 1 000 studieplasser årlig, og studentene vanligvis er fordelt på fire praksisperioder hvert år, trengs det i prinsippet 250 fastleger som praksisveiledere dersom hver tar imot fire studenter i året. Dersom hver fastlege tar én student, trenger vi 1 000 fastleger. Dette utgjør fortsatt under en femtedel av landets 5 500 fastleger (13). Det er derfor tilstrekkelig kapasitet der ute, forutsatt at motivasjonen og interessen er stor nok og det finnes ledige kontorer med utstyr til studentene. Det siste er stadig vanskeligere å oppdrive, og det er per i dag ingen økonomiske insentiver for å utvide et legekontor med et eget studentkontor.

En annen vesentlig utfordring er at det i stor grad er de samme fastlegene som forventes å veilede både LIS1-leger, ALIS-leger og medisinstudenter. Det er kun ALIS-veiledning som krever at veilederen er spesialist i allmennmedisin. Én måte å øke kapasiteten på kan derfor være å i større grad bruke de fastlegene som

ennå ikke er ferdige spesialister til å veilede medisinstudentene.

Med utvidelse av praksis til flere deler av primærhelsetjenesten trengs det også flere veiledere på sykehjem, helsestasjoner og andre kommunale tjenester. Selv om praksis krever at det er en lege som veileder medisinstudentene, kan andre yrkesgrupper tenkes å være supervisor ved kortere praksisperioder, for eksempel på helsestasjoner eller sykehjem.

Kvalitet

Det medisinskfaglige nivået som kreves for å fungere som lege i en kommune er tilstrekkelig for å være veileder for medisinstudenter. For å sikre at også veiledningskompetansen er av god kvalitet, vil vi som minimum anbefale et todagers emnekurs i individuell veiledning. Som del av PRAM620-utdanningen for praksisveiledere kan man enten delta kun på et todagers kurs alene eller følge hele utdanningsløpet over ett år (14). I tillegg tilbyr ALIS-kontorene veilederkurs. Siden innføringen av kompetansebasert spesialistutdanning i 2019 har nye spesialister i allmennmedisin i økende grad fått kjennskap til individuell veiledning gjennom egen spesialistutdanning.

Kommunenes rolle

Kommunene har tilretteleggingsansvar, men ikke gjennomføringsansvar, for utdanning. For praksis på fastlegekontor, legevakt, sykehjem, helsestasjon og andre kommunale arenaer må universitetene inngå praksisavtaler med både fastlegene og kommunene. Kommunene er praksisarena for en rekke ulike helsefagstudenter, noe som øker konkurransen om plasser og veiledning.

Både KS og Allmennlegeforeningen er klare på at det ikke er ønskelig å pålegge kommunene flere krav, særlig ikke lovpålagte krav uten medfølgende finansiering. Mange kommuner har likevel sett verdien av å gi gode praksisopplevelser for å gjøre rekruttering til kommunehelsetjenesten lettere.

Kommunene har minst styring over næringsdrivende fastleger, og næringsdrift er mest utbredt i byer og bynære områder der det er flest potensielle praksisplasser. Det finnes likevel kommuner med både næringsdrivende og fastlønte fastleger som har inkludert veiledning i fastlegeavtalen som erstatter annet allmennmedisinsk arbeid.



Behovet vil øke

Behovet for praksisplasser for medisinstudenter i primærhelsetjenesten vil øke fremover, og alle aktører ønsker i utgangspunktet å legge til rette for dette. Det er universitetene som er ansvarlige for utdanningene, men de er samtidig helt avhengige av kommunene og de enkelte legene for å kunne tilby praksis av god kvalitet. Et stort flertall fastleger som ikke er veiledere i dag, er aldri blitt spurt, og mange ønsker å bidra. Dette er en utnyttet ressurs som raskt kan mobiliseres, men som krever at finansieringen bedres. Dagens ordninger gjør studentpraksis lite konkurranse-dyktig opp mot LIS- og ALIS-veiledning.

Ikke alle fastleger og kommunale leger trenger å være veiledere, men for dem som ønsker å utvikle veilederkompetanse og ta imot studenter i praksis, må det bli lett å velge dette som en integrert del i arbeidshverdagen og med uttelling for egen videre- og etterutdanning samt avkorting av andre oppgaver.

Skal Norge lykkes med å utdanne flere leger og samtidig sikre kvaliteten i utdanningen, må primærhelsetjenesten i langt større grad anerkjennes som en likeverdig og nødvendig utdanningsarena. Våre fremtidige leger trenger å møte kompetente veiledere som har avsatt tid og arealer til å gi studentene god praksis på fastlegekontorene. Da kreves det en tydelig ansvarsavklaring mellom departementene, kommunene og universitetene om hvordan dette skal finansieres.

Konklusjon

Forskning viser at studenter med gode veiledere og gode opplevelser i praksis utvikler troen på egne ferdigheter og tolererer kompleksitet og usikkerhet bedre (15). I tillegg påvirker praksisopplevelsene karrierevalg (16). Vi trenger flere leger som forstår primærhelsetjenesten og som ønsker å jobbe utenfor sykehus. De fleste kommuner ønsker å bidra, men roller og ansvar er uklare – særlig når praksis skal skje på tvers av fastlegekontor, legevakt og institusjoner.

Vi mener derfor at finansieringen av praksisplasser må følge studentene og at en særskilt bevilgning utenom den generelle finansieringen, til både universiteter og kommuner, er nødvendig. Denne må dekke både konkurranse-dyktig veiledningshonorar og kontorutgifter. En slik ordning vil gjøre veiledning av medisinstudenter attraktivt for fastlegene, bidra til avklaring av roller og ansvar og begrense antall kabaler som nå ikke går opp. ■

Besøk gjerne www.studentipraksis.no – de fire universitetene sin felles rekrutteringsside for fastleger som kan tenke seg å bli praksisveiledere.

Knut Eirik R. Eliassen

knut.eliasen@uib.no

Knut Eirik R. Eliassen er spesialist i allmenntidrett, førsteamanuensis i allmenntidrett ved Universitetet i Bergen og tidligere fastlege. Han er daglig leder i FRONESIS-prosjektet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er underviser/praksiskoordinator for medisinstudenter i kommunene og emneansvarlig for PRAM620-praksisveilederutdanningen ved Universitetet i Bergen.

Gunnar Tschudi Bondevik

Gunnar Tschudi Bondevik er spesialist i allmenntidrett, professor i allmenntidrett ved Universitetet i Bergen og tidligere fastlege. Han er utdanningsleder ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin og medarbeider i FRONESIS-prosjektet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han underviser på medisinstudiet ved Universitetet i Bergen og er involvert i praksis i kommunene for medisinstudentene.

Thomas Mildestvedt

Thomas Mildestvedt er spesialist i allmenntidrett, professor i allmenntidrett ved Universitetet i Bergen og fastlege i Bergen. Han er undervisningsleder ved Fagområde for allmenntidrett. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Steinar Hunskaar

Steinar Hunskaar er spesialist i allmenntidrett, professor emeritus i allmenntidrett ved Universitetet i Bergen og tidligere fastlege. Han er prosjektleder i FRONESIS-prosjektet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Grimstadutvalget. Studieplasser i medisin i Norge. Behov, modeller og muligheter. Rapport 2019. Lest 5.4.2026.
- Kunnskapsdepartementet. Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinstudenter (RETHOS). Lest 5.4.2026.
- Dornan T, Conn R, Monaghan H et al. Experience Based Learning (ExBL): Clinical teaching for the twenty-first century. *Med Teach* 2019; 41: 1098–105.
- Alrek helseklynge. Flere praksisplasser og bedre veiledning for medisinstudenter på fastlegekontorene (FRONESIS). Lest 5.4.2026.
- Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Lest 5.4.2026.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Handlingsplan for allmenntidrettstjenesten 2020–2024. Attraktiv, kvalitets-sikker og teambasert. Lest 5.4.2026.
- Knutsen JS, Bondevik GT, Hunskaar S. To be or not to be supervisors for medical students in general practice clinical placements: a questionnaire study from Norway. *Scand J Prim Health Care* 2024; 42: 442–9.
- Knutsen JS, Bondevik GT, Hunskaar S. General practitioners' attitudes and motivation to supervise medical students in clinical placements: a questionnaire study from Norway. *Scand J Prim Health Care* 2025; 43: 546–54.
- Universitets- og høgskolerådet. Veiledende retningslinjer for utdanning og kompetansevurdering av praksisveiledere i helse- og velferdstjenestene. Lest 5.4.2026.
- Universitetet i Bergen. Praksisrettleiarutdanning i allmenntidrett. Lest 5.4.2026.
- Oslo Economics. Finansiering av praksis i profesjonsutdanningene. Rapport 2025-86. Lest 5.4.2026.
- Eliassen KER, Brekke M. Allmenntidretten som veileder – dugnadstiden er forbi. *Tidsskr Nor Legeforen* 2023; 143. doi: 10.4045/tidsskr.23.0406.
- HELFO. Fastlegestatistikk. Lest 5.4.2026.
- Den norske legeforening. Kurskatalogen. Praksisrett-leiing i allmenntidrett/Emnekurs i praksisveiledning. Lest 5.4.2026.
- Gardner NP, Gormley GJ, Kearney GP. Learning to navigate uncertainty in primary care: a scoping literature review. *BJGP Open* 2024; 8: BJGPO.2023.0191.
- Pfarrwaller E, Audétat MC, Sommer J et al. An Expanded Conceptual Framework of Medical Students' Primary Care Career Choice. *Acad Med* 2017; 92: 1536–42.



SHINGRIX

VAKSINE MOT HELVETESILD
(REKOMBINANT, MED ADJUVANS)

Helvetesild kan forebygges med vaksine¹

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

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

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

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

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON:

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

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

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

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

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

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

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



Shingrix
preparatomtale

For mer informasjon:
shingrix.no

Trade marks are owned by or licensed to the GSK group of companies.
©2026 GSK group of companies or its licensor.
PM-NO-SGX-JRNA-250001, april 2026

GSK

Insulinprodukter fases ut - bytt behandling nå

Produksjon og salg av enkelte insulinprodukter avsluttes. Opptil 30 000 norske pasienter kan trenge å bytte behandling.

De fleste produktene som fases ut er lite brukt i Norge. Ett unntak er middels langtidsvirkende NPH-insulin, Insulatard FlexPen, med over 23.000 brukere i 2025.

Vær oppmerksom på at svært få pasienter som bruker Insulatard kan bytte til NPH-insulinet Humulin. Leverandøren i Norge dekker bare 10% av dagens forbruk av denne typen insulin. Det vil fortsatt gjelde selv om Insulatard avregistreres. Vurder derfor pasientens behov for NPH-insulin.

Refusjonsvilkår for langtidsvirkende alternativer endres, slik det ikke lenger er krav til NPH-insulin skal være forsøkt to ganger daglig. Da blir byttet enklere.

Råd til leger

- Bytt behandling for dine pasienter nå.
- Pasienter med type 2 diabetes som bruker en eller to doser NPH-insulin i døgnet, kan ofte med fordel bytte til langtidsvirkende insulin dosert en gang i døgnet.
- Insulin glargin (Lantus, Toujeo) eller insulin degludec (Tresiba) kan være alternativ ved bytte til langtidsvirkende insulin.
- Pasienter som bruker NPH-insulin sammen med hurtigvirkende insulin til måltid, kan ofte bytte ut NPH-insulin med langtidsvirkende insulin dosert en gang i døgnet, og justere måltids-dosene.
- De som har størst behov for NPH-insulin er pasienter med svangerskapsdiabetes, pasienter som behandles med glukokortikoider og inneliggende pasienter med diabetes type 2.
- Ved bytte av insulin type anbefales det å redusere døgndosen med 20-30% og måle blodsukkeret hyppigere en periode.

DMP følger situasjonen tett og samarbeider med kliniske fagmiljøer, pasientforening og aktører i forsyningskjeden. Leverandører av alternative insulinprodukter er bedt om å skalere opp sine leveranser av norske eller utenlandske pakninger. Apotek er bedt om å være spesielt oppmerksomme og hjelpe pasienter som må bytte.



Insulinprodukter som forsvinner

Legemiddelfirmaet Novo Nordisk avregistrerer disse insulinproduktene i løpet av 2026.

- Insulatard FlexPen/Penfill (insulin human)
- Fiasp PumpCart (insulin aspart)
Gjelder ikke hetteglass, FlexTouch og Penfill
- Actrapid Penfill (Insulin human)
- Levemir FlexPen/Penfill (insulin detemir)
- Novomix 30 Penfill (insulin aspart)
Gjelder ikke FlexPen

Firmaet oppgir kommersielle årsaker til at produksjon og salg avsluttes. De fleste produktene har lavt salg og er lite lønnsomme. Avregistreringene gjelder i hele Europa, ikke bare i Norge.

Oppdaterte råd

Norsk endokrinologisk forening (NEF) og Norsk forening for allmenntmedisin (NFA) har oppdatert sine råd om alternativer og bytte.



Referanser:

1. <https://www.dmp.no/forsyningssikkerhet/legemiddelmandel/nyheter/Diabeteslegemidler-avregistreres>
2. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmenntmedisin/nyheter2/2024/informasjon-fra-norsk-endokrinologisk-forening-nef-og-norsk-forening-for-allmenntmedisin-nfa-i-forbindelse-med-utfasing-av-produkter-fra-novo-nordisk/>

Behandling av kronisk nyresykdom ved type 1-diabetes

Studier med finerenon, en ikke-steroid mineral-kortikoidhemmer, viser gode resultater ved kronisk nyresykdom og diabetes.

Finerenon, som er en ikke-steroid mineralkortikoidhemmer, har vist god effekt hos pasienter med type 2-diabetes og kronisk nyresykdom. Hva med dem med type 1-diabetes?

I en fase 3-studie ble 242 pasienter med type 1-diabetes og kronisk nyresykdom, dvs. 25–90 mL/min/1,73 m² estimert glomerulær filtrasjonshastighet (eGFR) og albuminuri, og som stod på en ACE-hemmer eller en angiotensinreseptorblokker, randomisert til behandling med 10 eller 20 mg finerenon (avhengig av eGFR) eller placebo daglig (1). Etter seks måneder var median albumin-kreatinin-ratio i urin redusert fra rundt 575 mg/g (tilsvarer 65 mg/mmol) til rundt 375 i finerenon-gruppen og fra rundt 505 til 475 i placebo-gruppen, det vil si en reduksjon på henholdsvis 34 og 12 %. Dette tilsvarende en 25 % større reduksjon med finerenon enn med placebo ($p < 0,001$).

Kjærkommen studie

– Denne studien med finerenon viser lovende resultater hos voksne pasienter med type 1-diabetes og kronisk nyresykdom, sier Marit Dahl Solbu. Hun er overlege ved Nyreseksjonen, Universitetssykehuset Nord-Norge og professor ved UiT Norges arktiske universitet i Tromsø.

– Kronisk nyresykdom er en snikende, men alvorlig sykdom som vanligvis er uten symptomer, selv om nyrefunksjonen kan være betydelig redusert, sier hun. Tidlig diagnostikk og behandling er derfor viktig for å forebygge alvorlig nyresvikt. Dette gjelder særlig dem med diabetes, der nesten en tredel vil utvikle diabetisk nyresykdom, som er en uavhengig risikofaktor for kardiovaskulære sykdommer og tidlig død.

– I løpet av de siste årene har vi fått flere medikamenter, blant annet SGLT2-hemmere, som bremser nyrefunksjonens fall ved kronisk nyresykdom, sier Solbu. I Norge er finerenon godkjent ved kronisk nyresykdom hos pasienter med type 2-diabetes, men ikke

ved type 1-diabetes, ettersom slike pasienter inntil nå ikke har vært inkludert i studier. Denne studien er derfor kjærkommen, mener hun.

Lovende funn, få bivirkninger

Studien viser et fall i albuminuri av samme størrelsesorden som ved type 2-diabetes, men om dette også betyr redusert forekomst av alvorlig nyresvikt, kardiovaskulær sykdom og tidlig død, er fortsatt uvisst, påpeker hun. Hyperkalemi var ikke et stort problem, men i klinisk praksis må pasientenes kaliumverdier følges nøye. I motsetning til andre mineralkortikoidhemmere gir ikke finerenon uønskede hormonelle bivirkninger, slik som gynekomasti hos menn.

– Med stadig flere medikamenter med potensial til å bremse fallet i nyrefunksjon hos personer med kronisk nyresykdom, trenger vi pragmatiske studier som tester hvordan, og hos hvilke pasientgrupper, disse medikamentene skal brukes på en mest mulig kostnadseffektiv måte, sier Solbu. ■

Petter Gjersvik

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Heerspink HJL, Birkenfeld AL, Cherney DZI et al. Finerenone in Type 1 Diabetes and Chronic Kidney Disease. *N Engl J Med* 2026; 394: 947–57.

Riktig bruk av GLP-1-analoger mot fedme

Bruk av GLP-1-analoger mot fedme kan løse helseutfordringer både hos enkelt-individer og på globalt plan.

GLP-1-analoger har medført et paradigmeskifte i behandlingen av fedme og fedmeassosierte sykdommer. Verdens helseorganisasjon (WHO) har nylig publisert en global retningslinje for slik behandling (1, 2). Fedme blir der anerkjent som en kronisk og kompleks tilstand og en risikofaktor for hjerte- og karsykdom, type 2-diabetes og enkelte krefttyper.

Langtidsbehandling med GLP-1-analoger, dvs. liraglutid, semaglutid og tirzepatid, anbefales for alle voksne med



Illustrasjonsfoto: iStock

fedme, bortsett fra under graviditet, men alltid sammen med råd om kosthold og fysisk aktivitet. Slike råd mangler høy evidens, og det tas forbehold om at de kan endres. Ennå er ikke disse legemidlene i bruk i alle land. Pris, produksjonskapasitet og helsepersonells holdninger til fedme er trolig med på å begrense bruken (3).

På høy tid

– Det er betimelig at WHO nå publiserer evidensbaserte retningslinjer for bruken av GLP-1-analoger ved fedme, sier Kåre I. Birkeland som er professor ved Institutt for klinisk medisin ved Universitetet i Oslo og overlege ved Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo universitetssykehus. Han slutter seg til forfatterens poeng om at det fortsatt mangler klar evidens for at fordelene med disse medikamentene er større enn ulempene på lang sikt for den enkelte og for samfunnet.

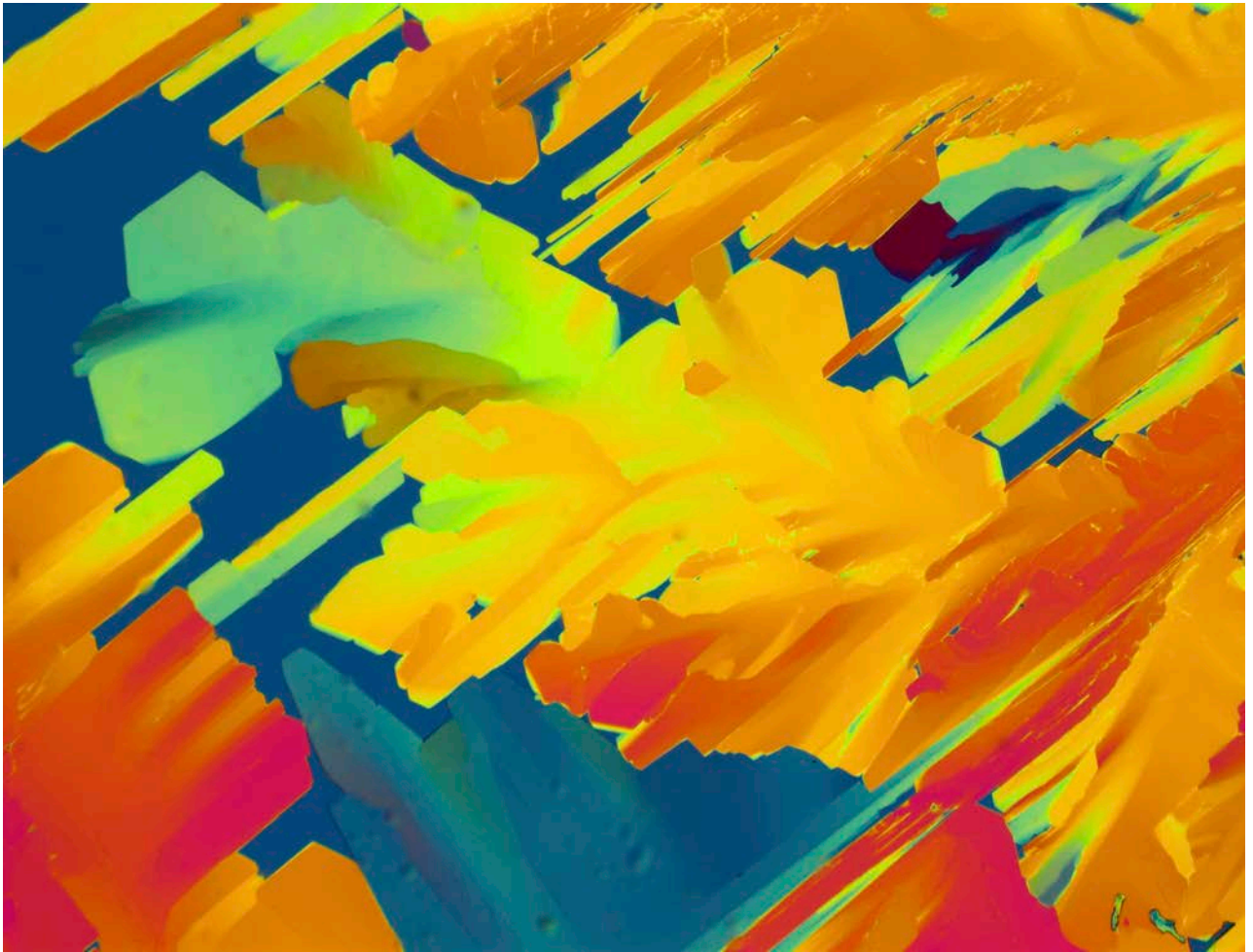
– De viktigste hindringene for adekvat medisinsk bruk av GLP-1-analoger ved fedme har lenge vært høy pris og begrenset tilgjengelighet. Behandlingen må være personilpasset og må tilbys uten diskriminering på grunnlag av kjønn, etnisk bakgrunn eller betalings-evne. Det blir spennende å se om markedstilgang for nye legemidler og utløp av patentet for semaglutid vil bidra til å endre dagens hindringer for adekvat bruk, sier Birkeland. ■

Martine Fimreite Wilhelmsen

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Verdens helseorganisasjon. WHO guideline on the use of glucagon-like peptide-1 (GLP-1) therapies for the treatment of obesity in adults. Lest 26.3.2026.
- 2 Celletti F, Farrar J, De Regil L. World Health Organization Guideline on the Use and Indications of Glucagon-Like Peptide-1 Therapies for the Treatment of Obesity in Adults. *JAMA* 2026; 335: 434–8.
- 3 Schweitzer K. What to Know About the WHO's New GLP-1 Drug Guideline. *JAMA* 2026; 335: 388–90.



Polarisert lysmikrografi av østradiol. Illustrasjonsfoto: Science Photo Library / NTB

Ingen økt dødelighet med menopausal hormonbehandling

Kvinner som har fått menopausal hormonbehandling, har ikke økt risiko for prematur død, ifølge en stor dansk registerstudie.

Overgangsalderen opplever svært mange kvinner hetetokter, hjerntåke, nedstemthet, seksuell dysfunksjon, blødningsforstyrrelser, hjertebank og/eller søvnforstyrrelser. Menopausal hormonbehandling, gjerne omtalt som østrogen- og østrogen- og progesteron, brukes for å redusere dette symptomtrykket, men også mot prematur menopause og osteoporose hos kvinner i 50-årene. Det har lenge vært uklart om slik behandling gir økt risiko for død, ettersom studier på tidlig 2000-tallet viste økt risiko for brystkreft, blodpropp og hjerteinfarkt (1).

En dansk registerstudie med data fra kvinner født i perioden 1950–77 og som var i live ved 45-årsalder, hadde rundt 140 000 av om lag 880 000 kvinner brukt hormontilskudd (1). Antall dødsfall per 10 000 personår var 54,9 blant kvinner som brukte tilskudd, mot 35,5 blant kvinner som aldri hadde brukt slik behandling. Justert for flere konfunderende faktorer, blant annet alder, tidsperiode, utdanningsnivå og bruk av legemidler mot diabetes, hyperkolesterolemi og hypertoni, ga dette en hasardratio på 0,96 (95 % konfidensintervall 0,93 til 0,98). Flere sensitivitetsanalyser tydet heller ikke på en økt risiko for død blant kvinner som brukte hormonbehandling. Blant bilateralt ooforektomerte kvinner i alderen 45–54 år var dødeligheten lavere hos dem som brukte tilskudd enn hos dem som ikke hadde fått slik behandling (1).

Tolkes med forsiktighet

– Dette er en stor dansk populasjonsbasert registerstudie med omfattende statistiske analyser, men funnene må likevel tolkes med forsiktighet, sier Åshild Bjørnerem og Katariina Laina, som er seniorforskere ved Nasjonalt senter for

kvinnehelseforskning og professorer ved henholdsvis UiT Norges arktiske universitet og Universitetet i Oslo.

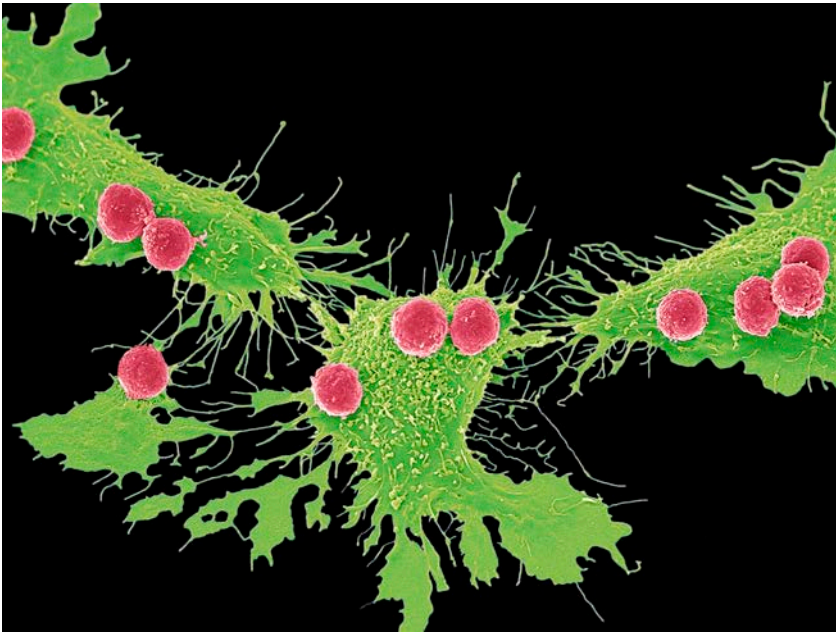
– Studien viste ingen økt dødelighet blant kvinner over 45 år som brukte menopausal hormonbehandling, men dette kan skyldes at disse kvinnene generelt var friskere, påpeker de. Derfor må man avvente flere studier om denne problemstillingen. ■

Synne Muggerud Sørensen

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Mikkelsen AP, Bergholt T, Lidegaard Ø et al. Menopausal hormone therapy and long term mortality: nationwide, register based cohort study. *BMJ* 2026; 392. doi: 10.1136/bmj-2025-085998.



CAR-T-celle terapi, skanning-elektronmikroskopibilde. Illustrasjonsfoto: Science Photo Library / NTB

Lovende CAR-T-studie om autoimmune sykdommer

Én infusjon av genmodifiserte T-celler ga få bivirkninger og svært god effekt hos pasienter med livstruende revmatiske sykdommer.

I løpet av få år er infusjon av kimeriske antigenreseptor-T-celler rettet mot B-celle-antigenet CD19, såkalte CD19-CAR-T-celler, blitt et etablert behandlingstilbud for pasienter med maligne B-cellesykdommer. Dette er en personlig behandling der man taper pasientens egne T-celler og modifiserer dem med et CD19-CAR-gen før man gir dem tilbake som CD19-CAR-T-celler. Disse cellene fungerer som drapsmaskiner som dreper maligne CD19-positive B-celler og i tillegg alle normale CD19-positive B-celler.

I en kontrollert fase 1/2-studie som nylig er publisert i tidsskriftet *Nature Medicine* (1), ble til sammen 24 pasienter med alvorlig systemisk lupus erythematosus (SLE), systemisk sklerose eller myositt behandlet med en enkelt infusjon av egne CD19-CAR-T-celler. Alle pasientene stoppet sin pågående behandling med immundempende legemidler før de fikk CAR-T-cellene.

Som ventet førte behandlingen til en rask og total depleksjon av B-celler fra

blodbanen. Det raske drapet av B-celler medførte et lett til moderat cytokinfrigjøringsyndrom hos noen pasienter, men ingen fikk nevrotoksiske bivirkninger. 22 av de 24 pasientene nådde det forhåndsdefinerte effektendepunktet etter 24 uker: 9 av 10 pasienter med systemisk lupus erythematosus oppnådde medikamentfri, varig remisjon, 9 av 9 pasienter med systemisk sklerose forble uten sykdomsprogresjon, og 4 av 5 pasienter med myositt oppnådde god eller moderat effekt. Ingen av pasientene startet opp igjen med immunsuppressiv behandling.

Nytt behandlingsprinsipp

– Denne åpne, men grundige studien forsterker inntrykket fra tidligere små pasientserier om at CAR-T-behandling rettet mot CD19-positive B-celler har svært gode effekter hos pasienter med alvorlig autoimmune revmatisk sykdom, sier Øyvind Molberg. Han er professor og overlege ved Seksjon for revmatologi, Oslo universitetssykehus.

– Behandlingen er ressurskrevende, men gjennomførbar, og til tross for at pasientene påføres en forbigående immunsvikt, har bivirkningene så langt vært få og milde. Studien tyder på at CD19-CAR-T-behandling kan indusere varig medikamentfri remisjon hos pasienter med livstruende refraktære autoimmune sykdommer. Dette har vi aldri sett med noen annen medikamentell behandling, sier Molberg.

Autoimmune sykdommer er kjenne-tegnet av destruktive betennelser utløst og drevet av manglende toleranse for kroppsegne molekyler. Det finnes mange ulike autoimmune sykdommer,

hver og en med ulike former for organbetennelser og ledsagende kliniske karakteristika. Molberg påpeker at selv om «hele» immunsystemet er involvert i patogenesisen, utgjør autoreaktive B-celler et viktig terapeutisk angrepspunkt.

– Man kan enten hemme B-cellenes aktivitet eller målrettet søke å drepe dem. Flere monoklonale antistoffer som dreper B-celler, har vist effekt og er godkjent til bruk ved slike sykdommer, sier Molberg.

– CAR-T-behandling gir et mye mer omfattende B-celledrap enn antistoffer og er således et nytt og svært spennende behandlingsalternativ som revmatologer over hele verden er opptatt av, sier han.

CAR-T-forskning også i Norge

Øyvind Molberg er involvert i et forskningsprosjekt som søker å utvikle CAR-T-behandling i Norge. Prosjektet har fått forskningsmidler fra Helse Sør-Øst. Han er også nasjonal utprøver for internasjonale randomiserte multisenterstudier om CD19-CAR-T-behandling av pasienter med SLE-relatert nefritt og ANCA-assosiert vaskulitt. ■

Petter Gjersvik

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Müller F, Hagen M, Wirsching A et al. CD19 CAR-T cells for treatment-refractory autoimmune diseases: the phase 1/2 CASTLE basket trial. *Nat Med* 2026; 32: 1142–51.

Embagyn

doksylamin 20 mg/pyridoksin 20 mg

For behandling av svangerskapskvalme og oppkast¹



✓ **Enkel dosering¹**

1-2 tabletter/dag

✓ **Dobbel frisetting^{1,3}**

Et flerlags belegg med **øyeblikkelig frisetting¹**

Enterodrasjert kjerne med **forsinket frisetting¹**

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

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.

Indikasjon: Indisert for symptomatisk behandling av svangerskapskvalme og -oppkast hos gravide kvinner ≥ 18 år

som ikke responderer på konservativ behandling (f.eks. livsstils- og kostholdsendringer). **Bruksbegrensninger:**

Kombinasjonen doksylamin/pyridoksin har ikke blitt undersøkt ved tilfeller av hyperemesis gravidarum som skal

behandles av spesialist. **Dosering:** Anbefalt startdose er 1 tablett ved leggetid på dag 1 og dag 2. Dersom

symptomene ikke er tilstrekkelig kontrollert på dag 2, kan dosen økes på dag 3 til 1 tablett om morgenen

og 1 tablett ved leggetid (totalt 2 tabletter per dag). Maksimal anbefalt dose er 2 tabletter daglig. **Pakninger**

og priser (AUP): 10 stk.: kr 284,70. 20 stk.: kr 482,50 **Reseptgruppe:** C. **Referanser:** **1)** Embagyn SPC 29.01.2025. **2)**

Doksylamin, pyridoksin – Helsedirektoratet, Siste faglige endring:25.06.2025 **3)** Koren G., et al. Breakthrough in

the treatment of nausea and vomiting of pregnancy; the first dual release combination of doxylamine-pyridoxine. Int J Pharm. 2018; 8(3): 52-58.



Individuell
stønad²

10 og 20 tabletter

Torgeir Gilje Lid 1, 2

torgeir.gilje.lid@sus.no

Anders Ledaal Bjørnstad 1, 3**Kristina Riis Iden** 1, 4

- 1 Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR), Helse Stavanger
- 2 Helsevitenskapelig fakultet, Universitetet i Stavanger
- 3 Etne legekantor
- 4 Ullern helsehus, Oslo kommune

Originalartikkel

Fastlegen som sakkyndig ved vurdering av skadelig alkoholbruk og førerkort – en kvalitativ studie

Bakgrunn og formål

Skadelig alkoholbruk kan være et følsomt tema, og samtaler med pasienter om alkohol kan være utfordrende. Alkoholbruk kan iblant resultere i tap av førerkort. Hovedformålet med studien var å utforske hvordan fastleger opplever rollen som både helsehjelper og sakkyndig ved pasienters alkoholbruk.

Materiale og metode

Dette er en kvalitativ studie der fastleger som deltok på kurs om endring av alkoholvaner i allmennpraksis, ble invitert. Lydopptak fra gruppediskusjonene i fire kurssamlinger ble transkribert og analysert med systematisk tekstkondensering.

Resultater

Fastlegene ($N = 36$) ga uttrykk for at rollen som både helsehjelper og sakkyndig kan gi utfordringer ved vurdering av helsekravene for førerkort hos pasienter med mulig eller erkjent skadelig alkoholbruk. Flere opplevde regelverket i førerkortforskriften som uklart og vanskelig å tolke, og vurderte anvendelsen av både klinisk og juridisk skjønn som særlig krevende. Samtidig opplevde noen førerkortforskriftens bestemmelser som nyttige i endringsarbeid rundt alkoholbruk.



Skal det sitte en lege på trafikkstasjonen og ta obligatoriske blodprøver, undersøke klinisk og godkjenne? Det hadde jo fjernet hele problematikken fra oss, men det er ikke noe enkelt å svare på hvem som skal gjøre det utenom oss selv, for vi har jo mye innsikt

Fortolkning

Fastleger opplevde en utfordrende dobbeltrolle som helsehjelper og sakkyndig i arbeidet med pasienters alkoholbruk. Det er uklart i hvilken grad dagens førerkortforskrift med veileder bidrar til bedre helsehjelp og tryggere trafikk.

Hovedfunn

Fastlegene i denne studien opplevde dobbeltrollen som helsehjelper og sakkyndig i vurderingen av førerkortforskriftens helsekrav om alkohol som krevende.

Flere opplevde førerkortforskriftens bestemmelser rundt alkohol som uklare.

Noen leger erfarte at risikoen for tap av førerretten ved høyt alkoholforbruk kunne åpne for terapeutisk arbeid for å endre alkoholvaner.

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.



Fører kort og alkohol – hvor går grensen?

Bruk av skjønn og klarhet om hva som regnes som høyt og skadelig alkoholforbruk, skaper usikkerhet hos leger som må håndtere rollen som sakkyndig samtidig som de skal ivareta behandlingsansvaret overfor pasienten.

En studie som nå publiseres i Tidsskriftet, har Lid og medarbeidere spurt fastleger i Rogaland om vurderinger av skadelig alkoholbruk og førerkort (1). Legene ga uttrykk for at det kunne være vanskelig å ta opp alkoholbruk og at de kviet seg for konsekvensene for relasjonen med pasienten hvis de følte seg tvunget til å melde fra til Statsforvalteren om førerkortet. De uttrykte også usikkerhet om hva som definerte et skadelig alkoholforbruk i denne konteksten, og opplevde førerkortforskriften med veileder som uklar.

Med støtte i Helsedirektoratets veileder har det siden 2016 vært lagt opp til at legene selvstendig vurderer om pasientens helseproblemer er forenlige med helsekravene i førerkortforskriften (2). Statsforvalteren slipper dermed å håndtere store mengder søknader om dispensasjon fra kravene, men ivaretar fortsatt klagebehandling. Siden det i hovedsak er fastlegene som gjør førerkortvurderinger, oppleves dette som en av mange oppgaveoverføringer til fastlegetjenesten de siste årene.

I artikkelen til Lid og medarbeidere uttrykkes bekymring for om førerkortveilederen er tilstrekkelig tydelig og om den bidrar til bedre helsehjelp og tryggere trafikk. Fastlegene i studien opplevde det som vanskelig at den skjønnsmessige vurderingen ikke kan begrunnes med objektive tester eller blodprøver med klar maksimumsgrense (cut-off-verdi). Noen av legene beskrev frykt for å bli straffet hvis de ikke ivaretok meldeplikten eller gjorde dårlige skjønnsmessige vurderinger. Denne usikkerheten og følelsen av sårbarhet hos fastlegene er interessant i seg selv, og noe vi i fagmiljøet bør snakke mer om.

Det er ikke bare deltagerne i denne studien som strever med å håndtere førerkortforskriften med veileder. Statsforvalteren i Trøndelags tilsyn med meldeplikten i førerkortsaker våren 2022 ga flere funn som støtter bekymringen om veilederens anvendelighet (3). Også her ga fastlegene uttrykk for at spesielt vurderinger av alkohol opplevdes som vanskelig. Videre avdekket tilsynet at fastlegene ikke undersøkte pasientens alkoholforbruk tilstrekkelig før de sendte melding til Statsforvalteren. Så mye som 40 % av meldingene var for dårlig begrunnet og dokumentert, med uheldige konsekvenser for pasientenes rettssikkerhet. Samtidig unnlot mange fastleger å melde om at helsekravene ikke var oppfylt, eller de lot være å ilegge pasienten muntlig kjøreforbud, selv ved påvist høyt alkoholforbruk. Det var tydelig at fastlegene var usikre på når meldeplikten skulle utløses, og de klarte ikke å følge veilederens råd om avklaring av pasientens alkoholforbruk. Tilsynet viste også at mange fastleger ikke hadde gode rutiner for hvordan de skulle håndtere utredningen og videre oppfølging etter at et muntlig kjøreforbud var opphevet.

Det er grunn til å tro at resultatene ville være de samme i andre deler av Norge. Kanskje noe av usikkerhetsproblemet skyldes begrepet *muntlig kjøreforbud*, som selv når det gis skriftlig, kan oppfattes som mindre juridisk bindende for pasienten. Veilederen er også svært

omfattende og kan oppleves u håndterlig og tidkrevende. Ved å sende melding til Statsforvalteren har man i hvert fall oppfylt meldeplikten og unngår klander.

Statsforvalteren publiserer ikke tall på hvor mange årlige meldinger de mottar om ikke oppfylt helsekrav på grunn av alkoholbruk. De fleste fastleger er kjent med bruken av PETH-prøver (måling av fosfatidyletanol) i oppfølging av pasienter som ønsker å dokumentere rusfrihet etter å ha mistet førerkortet, og det tas mange PETH-prøver i primærhelsetjenesten. Bare Sykehuset Innlandet, som dekker 400 000 mennesker (7 % av Norges befolkning), analyserer over 7 000 PETH-prøver i året (personlig meddelelse fra Vibeke Fredagsvik, kundesrådgiver ved Diagnostisk klinikk, Sykehuset Innlandet, 8.4.2026). Rundt 5 000 av prøvene er rekvirert fra primærhelsetjenesten, men det er ukjent hvor mange av PETH-prøvene som er rekvirert for å undersøke omfanget av alkoholinntak før eventuell melding til Statsforvalteren.

Fastlegene i studien til Lid og medarbeidere beskrev bruken av skjønn som spesielt problematisk. Skjønn utvikles i samspillet mellom kunnskap og praktisk erfaring. Fastleger har ofte god kjennskap til pasientenes totale helsesituasjon og burde ha et godt utgangspunkt for skjønnsmessige vurderinger. Leger lærer godt i grupper, og både førerkortveilederen og bruken av skjønn egner seg godt som tema i smågrupper. Det er likevel tydelig at det er god grunn til bekymring for om førerkortveilederen fungerer hensiktsmessig. En skjematisk oppsummering av førerkortveilederens kapittel om alkohol kan forenkle fastlegenes arbeid, og det kan være behov for kurs i førerkortvurderinger for å sikre riktigere bruk.

Måltrettet veiledning i førerkortforskriften og tydeliggjøring av førerkortveilederen vil kunne sikre bedre kvalitet i dette arbeidet, styrke pasientenes rettssikkerhet og bidra til økt trygghet i trafikken. Artikkelen til Lid og medarbeidere dokumenterer at førerkortveilederen ikke i tilstrekkelig grad er et nyttig verktøy for fastlegene og at den har svakheter av betydning for legenes førerkortvurderinger. Myndighetene gjør klokt i å ta disse erfaringene på alvor. ■

Therese Renaa

thereserenaa@gmail.com

Therese Renaa er spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin og er kommuneoverlege i Sel. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Lid TG, Bjørnstad AL, Iden KR. Fastlegen som sakkyndig ved vurdering av skadelig alkoholbruk og førerkort – en kvalitativ studie. Tidsskr Nor Legeforen 2026; 146. doi: 10.4045/tidsskr.25.0214.
- 2 Helsedirektoratet. Førerkortveilederen. Lest 15.4.2026.
- 3 Stasforvalteren i Trøndelag. Rapport førerkorttilsyn. Lest 15.4.2026.

Sunniva Lunde Pettersson¹

sunniva.pettersson@bergen.kommune.no

Michelle Hansen¹**Arild Iversen**²**Mette C. Tollånes**^{1,3}

- 1 Seksjon for kommuneoverleger, Byrådsavdeling for eldre, helse og omsorg, Bergen kommune
- 2 Bergen legevakt, Etat for helsetjenester, Bergen kommune
- 3 Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

Variasjon i praksis rundt tvungen legeundersøkelse

Bakgrunn og formål

Kommuneoverlegen har myndighet til å fatte vedtak om tvungen legeundersøkelse for personer med antatt behandlingstrequende alvorlig sinnslidelse etter § 3-1 i lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Dette er et inngripende tiltak der saksbehandling og praksis er regulert i lov og forskrift. Vi ønsket å kartlegge praksis, organisering og administrative forhold rundt vedtak om tvungen legeundersøkelse i norske kommuner.

Materiale og metode

En digital spørreundersøkelse ble høsten 2024 distribuert til alle Norges 357 kommunale e-postmottak, med kommuneoverleger som mottakere.

Resultater

Vi mottok svar fra 173 kommuneoverleger. 115 kommuneoverleger hadde oversikt over antall § 3-1-vedtak fattet i sin kommune. 97 oppga at vedtakene ble arkivert i kommunens saksbehandlingssystem, slik loven tilsier. Tilnærmet alle skrev begrunnelse for hvorfor vedtaket ble fattet og signerte med eget navn. 81 oppga hvem som hadde meldt bekymring i vedtaket og fremviste vedtaket for pasienten så fremt det var mulig.

Fortolkning

Det var manglende oversikt over omfanget av § 3-1-vedtak i norske kommuner og stor variasjon i praksis. Manglende oversikt vanskeliggjør kvalitetssikring og forbedring.

Hovedfunn

115 av 173 kommuneoverleger hadde oversikt over antallet vedtak om tvungen legeundersøkelse fattet i sin kommune.

97 kommuneoverleger lagret vedtaket i kommunens arkivsystem etter lovens intensjon.

81 kommuneoverleger både oppga navnet til melder i vedtaket og fremviste vedtaket til pasienten.

Tabell 2 Praktisk håndtering av vedtak om tvungen legeundersøkelse rapportert av 173 kommuneoverleger.

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.



	Antall (%)
Innhold i vedtak (flere svar mulig)	
Begrunnelse	162 (94)
Navn/instans på melder	119 (69)
Signatur på vedtaksfatter	162 (94)
Innhentes informasjon fra legevakt/fastlege/andre når vedtak vurderes?	
Ja	131 (76)
Det hender, men sjelden	26 (15)
Nei	15 (9)
Ikke svart	1 (1)
Vedtaket lagres (flere svar mulig)	
I kommunalt arkivsystem	97 (56)
I pasientjournal	62 (36)
I papirformat et trygt sted	15 (9)
Lagres ikke	1 (1)
Utskrift av vedtaket tas med fysisk til pasienten	
Ja, alltid	27 (16)
Ja, så fremt det er mulig	92 (53)
Nei	32 (19)
Vet ikke	22 (13)
Delegert myndighet	
Ja, hele tiden	20 (12)
Ja, utenom arbeidstid	108 (62)
Ja, men kun i spesielle tilfeller	21 (12)
Nei, aldri	24 (14)
Hvor utføres som regel en tvungen legeundersøkelse?	
Hos fastlege	26 (15)
På legevakt	40 (23)
Begge steder	101 (58)
Ikke svart	6 (3)

Tvungen legeundersøkelse

Felles forståelse og praksis rundt vedtak om tvungen legeundersøkelse er viktig. Men en ny undersøkelse viser stor variasjon og manglende oversikt i kommunene.

Utgangspunktet skal all behandling i helsetjenesten være frivillig og gis med pasientens samtykke (1). Frivillighet skal være prøvd først, og pasienten skal gis muligheter til å medvirke under undersøkelsen og behandlingen. Men dette lar seg ikke alltid gjennomføre når alvorlig psykisk lidelse gjør et menneske så sykt at det ikke klarer å ivareta seg selv (2). I slike tilfeller må personen fremstilles for en tvungen legeundersøkelse hos en uavhengig lege i primærhelsetjenesten for å vurdere om kriteriene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt (psykisk helsevernloven § 3 - 2 og § 3 - 3) (2).

Hovedvilkår for å kunne fatte vedtak om tvungent psykisk helsevern er at pasienten må ha en alvorlig sinnslidelse. I tillegg må enten behandlingsvilkåret eller farevilkåret være oppfylt (2). Behandlingsvilkåret er oppfylt dersom innleggelse er nødvendig for å hindre at pasienten får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring redusert eller det er stor sannsynlighet for vesentlig forverring. Farevilkåret er oppfylt når innleggelse er nødvendig for å hindre at pasienten utgjør en nærliggende fare for eget eller andres liv og helse. Det er dette tvungen legeundersøkelse skal avklare.

Pettersson og medarbeidere publiserer nå en kort rapport i Tidsskriftet om variasjon i praksis rundt vedtak om tvungen legeundersøkelse blant 173 norske kommuneoverleger (3). Vel halvparten svarte at disse vedtakene ble arkivert i kommunens saksbehandlingssystem, slik loven tilsier. Kun omtrent halvparten svarte at de både oppga navnet til melder i vedtaket og fremviste vedtaket til pasienten. Én av tre kommuneoverleger hadde ikke oversikt over antall vedtak i sin kommune. Som forfatterne påpeker blir kvalitetssikring og forbedringsarbeid vanskelig ved slik variasjon og manglende oversikt.

Bekymringsmeldinger om personer som det er grunn til å tro at har behov for helsehjelp, men som selv ikke søker slik hjelp eller nødvendigvis ønsker det, er en høyst aktuell og relevant problemstilling i primærhelsetjenesten. Ofte er det kommuneoverlegen som både mottar slike meldinger og fatter vedtak om tvungen legeundersøkelse (2). Kommuneoverlegen kan selv iverksette en vedtaksvurdering, men som oftest skjer det etter muntlig eller skriftlig begjæring fra pårørende eller offentlig myndighet (som kommunal helse- og omsorgstjeneste, sosialtjenesten, politiet og ansvarlig fengselsmyndighet), som hjemlet i psykisk helsevernloven (§ 3 - 6) (2).

Hvis personen det er meldt bekymring for, avviser og unndrar seg all hjelp eller kontakt, og det foreligger grunn til å tro at vedkommende lider av en alvorlig sinnslidelse, fatter kommuneoverlegen vedtak om tvungen legeundersøkelse (psykisk helsevernloven § 3 - 1). Et vedtak om tvungen legeundersøkelse kan påklages av pasienten til statsforvalter, men har ikke oppsettende virkning, og en eventuell klage hindrer derfor ikke gjennomføring av undersøkelsen eller fører til utsettelse av den. Vedtaket kan også påklages til kontrollkommisjonen.

Vedtak om tvungen legeundersøkelse regnes *ikke* som helsehjelp, og kommuneoverlegen har dermed *ikke* anledning til å innhente opplysninger fra pasientens journal (4). Dette kan gjøre vedtaksvurderingen krevende. Samtidig har kommuneoverlegen ansvar for å avklare hvorvidt den aktuelle personen er kjent i helsetjenesten og om vedkommende mottar tjenester av kommunen. Dette avklares ofte i samråd med fastlege, legevakt-

lege eller sykehjemslege som er involvert og skal foreta den tvungne legeundersøkelsen.

Et vedtak om tvungen legeundersøkelse bør fremvises pasienten, så sant dette er mulig, og skal etter intensjonen i loven lagres i kommunens arkivsystem (5). Dersom vilkårene for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er oppfylt, skal det ved innleggelsen følge en skriftlig uttalelse fra henvisende lege som understøtter innleggelsen. I tillegg bør det i skrevet fremgå hvorfor det var behov for tvungen legeundersøkelse, samt vurdering av samtykkekompetanse, pasientens eget syn på innleggelsen, undersøkelser, funn, navn på de(n) som begjærte undersøkelsen og andre relevante bakgrunnsopplysninger. Det bør også dokumenteres om frivillig helsevern har vært forsøkt (og ikke ført frem), eller om dette ikke har noen hensikt. Denne dokumentasjonen er viktig for å ivareta pasientens rettssikkerhet og vurdering i spesialisthelsetjenesten samt undersøkende leges uavhengighet.

Kvalitetssikring og forbedringsarbeid blir vanskelig ved slik variasjon og manglende oversikt

En pasient kan innlegges til tvungen observasjon (§ 3 - 2) i inntil ti døgn dersom det vurderes å være mer enn 50 % sannsynlighet for at pasienten oppfyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern. Dersom det vurderes at pasienten får sine utsikter til helbred og vesentlig bedring redusert i stor grad om tiltak ikke iverksettes og/eller at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv og helse, innlegges hen til tvungent psykisk helsevern (§ 3 - 3).

Pettersson og medarbeidere avdekket stor variasjon i praksis rundt vedtak om tvungen legeundersøkelse og oppfordrer myndighetene «til å sørge for et lovverk som ivaretar pasienters rettigheter så vel som sikkerheten til melder og vedtaksfatter» (3). I lovverket åpnes det for å utelukke navn på melder og vedtaksfatter i tilfeller hvor dette utgjør en sikkerhetsrisiko. Denne vurderingen kan imidlertid være vanskelig, og som rapporten viser, medfører dette i mange tilfeller at navn på melder og vedtaksfatter ikke blir fremvist pasienten. ■

Per Ove Hagestuen

per.ove.hagestuen@gmail.com

Per Ove Hagestuen er spesialist i allmenntjenestemedisin og i samfunnsmedisin. Han er fastlege og kommuneoverlege i Ringeby kommune. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Lest 19.3.2026.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). Lest 19.3.2026.
- Pettersson SL, Hansen M, Iversen A et al. Variasjon i praksis rundt tvungen legeundersøkelse. Tidsskr Nor Legeforen 2026; 146. doi: 10.4045/tidsskr.25.0405.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Lest 19.3.2026.
- Justis- og beredskapsdepartementet. Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven). Lest 19.3.2026.

Morten Yung Isaksen ^{1,2}*morten.isak@gmail.com***Siw Leiknes Ernstsén** ³**Håkon Reikvam** ^{1,2}**Ingvild J. Lægred** ³**Elin Opheim Netland** ⁴**Nessar Ahmad Azrakhsh** ¹**Maria Therese Ahlen** ³**Svein Tore Baksaas** ⁵**Torgeir Folkestad** ⁶**Ingvild H. Sørvoll** ³

- 1 Medisinsk klinikk, Haukeland universitetssjukehus
- 2 K.G. Jebsen-senter for myeloid blodkreft, Klinisk Institutt 2, Universitetet i Bergen
- 3 Nasjonal behandlingstjeneste for avansert trombocytimmunologi, Laboratoriemedisin, Universitetssykehuset Nord-Norge
- 4 Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin, Haukeland universitetssjukehus
- 5 Karkirurgisk avdeling, Haugesund sjukehus, Helse Fonna
- 6 Kirurgisk serviceklinikk, Haukeland universitetssjukehus

En kvinne i 60-årene med alvorlig trombocytopeni etter elektiv kirurgi

En kvinne i 60-årene utviklet trombocytopeni etter kirurgi. En sjelden immunologisk tilstand var årsaken til det kliniske bildet.

En multipara kvinne i 60-årene var henvist for elektiv operasjon for et abdominalt aortaaneurisme. Pasienten hadde fra tidligere hypertensjon, hyperkolesterolemi og astma. Hun var mastektomert med påfølgende strålebehandling og adjuvant kjemoterapi over 20 år tidligere grunnet brystkreft, uten senere tegn til residiv. Noen år før hun ble operert for brystkreft, gjennomgikk hun bilateral brystreduksjon og mottok transfusjon med erythrocyttkonsentrat. Pasientens aortaaneurisme ble operert med innsetting av et Y-graft. Få timer etter operasjonen ble hun reoperert på grunn av trombose av høyre graftben. Det ble gitt 5 000 internasjonale enheter ufraksjonert heparin intravenøst peroperativt både under den første og den andre operasjonen. Preoperativt hadde hun hemoglobinverdi på 14,4 g/dL (referanseområde 11,7–15,3) og trombocytverdi på $192 \times 10^9/L$ (165–387). I forbindelse med den første operasjonen hadde pasienten en arteriell blødning med et estimert blodtap på 2 800 mL og fikk transfusjon med ett erythrocyttkonsentrat og ett trombocyttkonsentrat. Pasienten ble gitt postoperativ tromboseprofylakse i form av 5 000 internasjonale enheter lavmolekylært heparin daglig. Første postoperative døgn var pasienten hypotensiv, og fikk behandling med noradrenalin i doser opp til 0,2 mikrogram/kg/minutt sammen med intravenøs væske og plasma. Hemoglobinverdi målt i arterielt blod var 9,9 g/dL, og pasienten fikk transfusjon med to erythrocyttkonsentrater. CT angiografi av

torakal- og abdominalaorta var uten tegn til pågående blødning. De neste to postoperative døgn hadde pasienten synkende hemoglobinverdi ned til 7,5 g/dL i arterielt blod på det laveste, og hun mottok ytterligere fire erythrocyttkonsentrater. CT angiografi av torakal- og abdominalaorta ble gjentatt fjerde postoperative døgn, fortsatt uten tegn til pågående blødning. Pasienten kom seg gradvis og postoperative dag syv var hun klinisk stabil og i god allmenntilstand, og det var planlagt utskrivning fra lokalsykehus. Imidlertid rapporterte pasienten denne dagen om neseblødning, makroskopisk hematuri og en episode med melena. Kontroll av trombocytverdi viste $< 5 \times 10^9/L$.

Trombocytopeni etter kirurgiske inngrep er rapportert hos opptil 60 %. Det kan oppstå som følge av økt destruksjon eller økt forbruk av trombocytter, eller være forårsaket av fortyningseffekt ved tilførsel av intravenøs væske (1, 2). Svært alvorlig trombocytopeni er derimot sjelden i postoperative forløp og på intensivavdelinger (1). Vår pasient hadde en trombocytverdi innen referanseområdet preoperativt. De tre første postoperative døgn hadde hun et forbigående fall i trombocytverdi til $61 \times 10^9/L$, noe som kunne passe med økt forbruk etter kirurgisk inngrep eller fortyningseffekt etter tilførsel av intravenøs væske og plasma. Femte postoperative dag var trombocytverdien tilbake på nær normalt nivå, $145 \times 10^9/L$. Stigningen i trombocytverdier tydet på adekvat benmargsfunksjon. Det var ikke mistanke om postoperativ infeksjon.

På syvende postoperative dag hadde pasienten alvorlig trombocytopeni ($< 5 \times 10^9/L$) med ledsagende slimhinneblødninger. I lys av det postoperative forløpet virket det sannsynlig at økt trombocyttdestruksjon, som vanligvis medieres via immunologiske mekanismer, var den underliggende årsaken. Immun trombocytopeni (ITP) skyldes blant annet sirkulerende autoantistoff mot trombocytter, og resulterer i trombocytopeni og blødningstendens. Immun trombocytopeni kan trigges av interkurrente tilstander, som kirurgi. Trombotisk trombocytopen purpura (TTP) skyldes dannelse av antistoff mot proteinet ADAMTS13, som spalter von Willebrand-faktor til mindre molekyler, og denne tilstanden kan også oppstå postoperativt. Trombotisk trombocytopen purpura kjennetegnes ved trombocytopeni og samtidig ikke-immunmediert hemolyse på grunn av erytrocyttdestruksjon i mikrosirkulasjonen. Ved medikamentavhengig immunbettinget trombocytopeni (drug-induced thrombocytopenia, DITP) ses ofte et alvorlig fall i trombocyttd verdi ($< 10 \times 10^9/L$) innen to uker etter oppstart av medikament, med normalisering av trombocytter når legemiddelet er eliminert. Ingen av legemidlene pasienten hadde fått, kunne tidsmessig knyttes til fall i trombocyttd verdi, og denne diagnosen ble derfor vurdert som mindre sannsynlig. Pasienten hadde imidlertid fått heparin både peri- og postoperativt. Ved heparinindusert trombocytopeni (HIT) kan antistoff mot platefaktor 4 (PF4) i kompleks med heparin gi trombose og trombocytopeni, hvor trombocyttd verdiene som regel er $> 20 \times 10^9/L$ og blødninger er sjeldne. Ved heparinuavhengige anti-PF4-tilstander ses lavere trombocyttd verdier og en mer uttalt trombocyttd tendens.

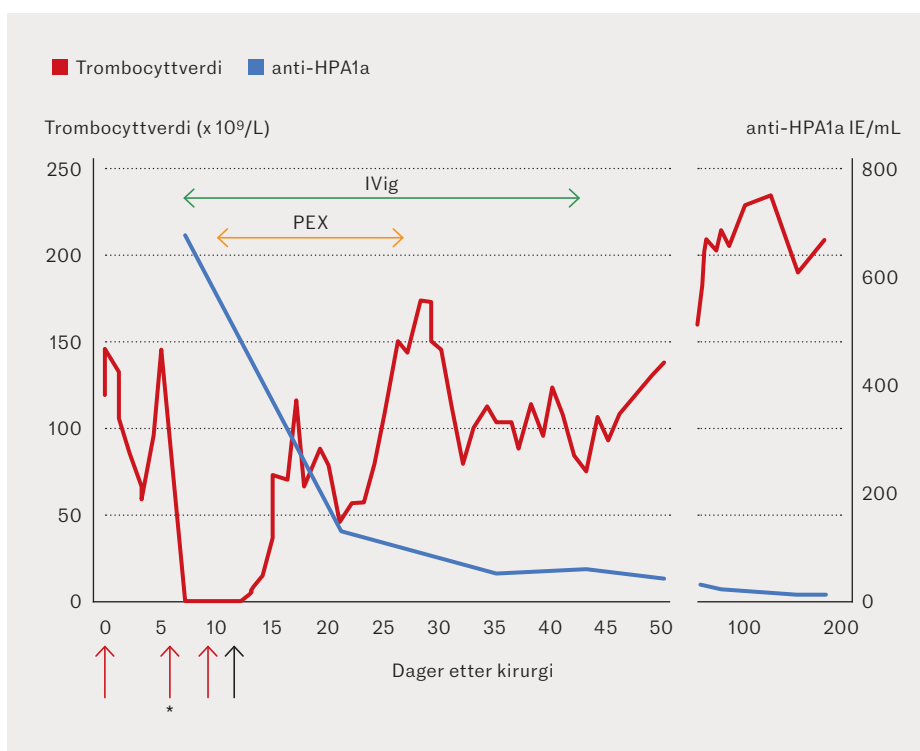
Grunnet alvorlig trombocytopeni med gjentatte blødninger i bandasje samt hematuri og melena, ble pasienten overført til intensivavdelingen på syvende postoperative dag. Hemoglobinverdien var da 8,0 g/dL og trombocyttd verdien $< 5 \times 10^9/L$. Hun ble transfundert med ett trombocyttd konsentrat, og under transfusjonen fikk hun frostrier. Siden man mistenkte immunologisk trombocytopeni, fikk hun deksametason 40 mg per oralt og intravenøst immunglobulin (IVIg) i dosering 1 g/kg. Samme dag ble hun overført til universitetssykehus, hvor hun var klinisk stabil ved innkomst, med normale vitale parametere. Blodprøver ved overføring til universitetssykehuset viste hemoglobin 7,1 g/dL, leukocyttd verdi $15,3 \times 10^9/L$ (3,5–11,0), trombocyttd verdi $< 5 \times 10^9/L$, kreatinin 47 $\mu\text{mol/L}$ (45–90), CRP 89 mg/L (< 5) og D-dimer 20,3 mg/L ($< 0,50$). Hun hadde fortsatt pågående, transfusjonskrevende blødninger, hvor hun over en peri-

Noe å lære av

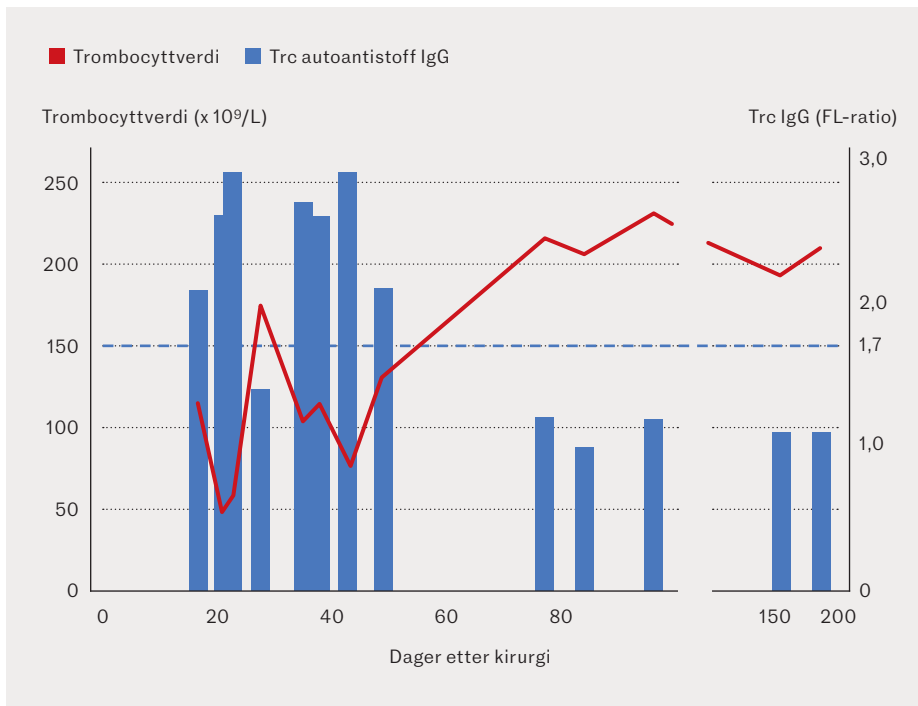
Komplekse pasienthistorier med vekt på de kliniske vurderingene

ode på fem dager fikk 16 erytrocyttkonsentrater og fire trombocyttd konsentrater. Blodstryk bekreftet trombocytopeni, men det var ikke unormalt mange fragmenterte erytrocytter (schistocytter), som er typisk ved mikroangiopatisk tilstand som trombotisk trombocytopen purpura. Benmargsaspirat viste normal utmodning uten blaster eller annen infiltrasjon, men med en høyere andel megakaryocytter enn normalt. Det ble sendt blodprøver til Nasjonal behandlingstjeneste for avansert trombocyttd immunologi ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø (3) med tanke på anti-PF4-tilstander. Siden initiale tester derfra viste normale funn, ble det bedt om utvidet testing for trombocyttd antistoff.

Behandlingen med steroider og intravenøst immunglobulin ble kontinuert, fremdeles uten effekt. Pasienten hadde vedvarende trombocyttd verdi $< 5 \times 10^9/L$ og



Figur 1 Utvikling av trombocyttd verdi (rød linje) og nivå av anti-HPA-1a-antistoff (blå linje) hos en kvinne med posttransfusjonspurpura. Røde piler: uforlikelige trombocyttd transfusjoner, *: transfusjonsreaksjon, svart pil: transfusjon med HPA-1bb-trombocytter. Oransje dobbeltpil: periode med totalt 15 plasmautskiftninger (PEX), grønn dobbeltpil: periode med totalt 27 behandlinger med intravenøs immunglobulin (IVIg).



Figur 2 Utvikling av trombocytterverdier i relasjon til direkte IgG-trombocytantistofftest hos en kvinne med posttransfusjonspurpura. Den blå stiplede linjen viser grenseverdien 1,7 for positiv direkte IgG-trombocytantistofftest. FL-ratio: forholdet mellom gjennomsnittlig fluorescensintensitet i pasientprøven og negativ kontroll.

uttalt blødningstendens, og ble vurdert til å ha refraktær immunologisk trombocytopeni. På nærmest vital indikasjon ble det besluttet å gjøre splenektomi.

Alvorlig og vedvarende trombocytopeni med blødningstendens utgjør en stor klinisk utfordring. Immunologiske mekanismer fører til rask nedbrytning av trombocytter, og selv om benmargen kompenserer med økt trombocyttoproduksjon, vil dette ofte ikke være tilstrekkelig. I en slik situasjon vil transfunderte trombocytter også ha liten virkning, men bør gis ved livstruende blødninger. Immundempende behandling kan noen ganger ha begrenset eller forsinket effekt. Ettersom destruksjon av trombocytter vanligvis skjer i milten, vil splenektomi være et behandlingsalternativ.

Samme dag som det var planlagt å utføre splenektomi, kom svar fra Nasjonal behandlingstjeneste for avansert trombocytimmunologi. Utvidede antistoffanalyser mot trombocytantigener (human platelet antigen, HPA) viste et ekstremt høyt nivå av anti-HPA-1a antistoff, > 600 IU/mL, samt lave nivå av anti-HPA-3a og anti-HLA klasse I-antistoff. Det ble gjort bekreftende HPA-typing som viste blodplattetype HPA-1bb/-3bb. Sammenholdt med det kliniske bildet bekreftet dette den transfusjonsassosierte tilstanden posttransfusjonspurpura (PTP), hvor dannelsen av trombocytantistoff medfører alvorlig trombocytopeni. Da diagnosen posttransfusjonspurpura var erkjent, ble behandlingsstrategien endret. Plasmautskiftning ble igangsatt og behandling med intravenøst immunglobulin ble kontinuert i dosering 0,5 g/kg. Pasienten fikk også to trombocyttkonsentrater og

to erytrocyttkonsentrater fra HPA-1bb-givere. Behandlingen hadde relativt rask effekt, med økende trombocytterverdier og klinisk avtakende blødningstendens. Pasienten gjennomgikk totalt 15 plasmautskiftninger. Prednisolon ble også lagt til, i dosering 1 mg/kg, med mål om å redusere behovet for plasmautskiftning. Behandlingen fortsatte frem til dag 27 postoperativt, da trombocytterverdien var stigende (figur 1). Under hele behandlingsforløpet ble det regelmessig tatt prøver for monitorering av trombocytantistoff, og kvantitet av anti-HPA-1a falt i takt med at pasienten ble bedre (figur 1). Etter tilbakeføring til lokalsykehus kunne pasienten raskt utskrives og er i ettertid fulgt opp med vedvarende stabile nivåer av anti-HPA-1a, normale trombocytterverdier og ingen blødningstendens.

Diskusjon

Pasienten utviklet plutselig alvorlig trombocytopeni og slimhinneblødninger én uke etter blodtransfusjon. Blodprøver tatt ved symptomdebut viste svært høye nivåer av alloantistoff mot HPA 1a og i tillegg lavt nivå av anti-HPA-3a-antistoff. Antistoffmediert alvorlig trombocytopeni som debuterer innen to uker etter transfusjon med cellulære blodprodukter, er klassisk for tilstanden posttransfusjonspurpura, beskrevet første gang i 1961 (4). Det vanligste alloantistoffet ved posttransfusjonspurpura er anti-HPA-1a, som kan dannes av individer med blodplattetypen HPA-1bb. Kun 2 % av den kaukasiske befolkningen har denne blodplattetypen. Det er også beskrevet tilfeller

av posttransfusjonspurpura med andre anti-HPA-antistoff (5–8). Anti-HLA klasse I-antistoff er ikke antatt å være drivende ved posttransfusjonspurpura (9). Disse antistoffene er vanlig forekommende i befolkningen, og mer enn 30 % av kvinner som har vært gravide, danner anti-HLA klasse I-antistoff (10).

Forekomsten av posttransfusjonspurpura er ukjent. I Norge er det meldt ett mulig tilfelle av denne sjeldne transfusjonsreaksjonen gjennom hemovigilansordningen i perioden 2004–23 (11, 12). En internasjonal gjennomgang av transfusjonsreaksjoner fra over 100 millioner blodtransfusjoner fant 38 rapporterte tilfeller av posttransfusjonspurpura (13). Tidligere studier har oppgitt forekomst av posttransfusjonspurpura på opptil 1 per 24 000 transfusjoner (14), og man antar at tilstanden er underrapportert. Kvinner, og særlig de som har som har gjennomgått flere svangerskap, er overrepresentert, men også menn kan rammes (5, 15–17). Det er rapportert om tilfeller av posttransfusjonspurpura med spontan bedring av trombocytopeni etter omtrent 20 dager (18). Hos de med alvorlig forløp er det kliniske bildet gjerne preget av slimhinneblødning fra gastrointestinaltraktus og urinveiene (7, 17). Intracerebrale blødninger forekommer også, og mortalitet er oppgitt å være i underkant av 10 % (7, 16, 19).

Patofysiologien ved posttransfusjonspurpura er ikke fullt ut forstått, men det legges til grunn at pasienten allerede er HPA-alloimmunisert etter tidligere svangerskap, blodtransfusjon eller organtransplantasjon (20, 21). Tilstanden utløses så når pasienten transfunderes med blodkomponenter som inneholder trombocytter med HPA som pasienten har antistoff mot. Vår pasient hadde mottatt blodtransfusjon i forbindelse med operasjon for brystreduksjon 25 år tidligere, hvor hun kan ha blitt HPA-immunisert. Pasienten kan også ha blitt HPA-immunisert gjennom tidligere svangerskap. Perioperativt ble hun transfundert med flere blodkomponenter som inneholdt HPA-1a-positive trombocytter, som sannsynligvis har utløst posttransfusjonspurpura syv dager senere, med et ekstremt høyt nivå av anti-HPA-1a og drastisk reduksjon av trombocytter. Pasienten fikk en transfusjonsreaksjon med frysninger under transfusjon med HPA-1a-positive trombocytter på postoperative dag 7, og transfusjonen

ga ingen stigning i trombocyttdensiteten, forenlig med immunologisk destruksjon av uforlidelige trombocytter.

Bekreftelse av posttransfusjonspurpura krever påvisning av anti-HPA-alloantistoff. Nasjonal behandlingstjeneste for avansert trombocytimmunologi ved Universitetssykehuset Nord-Norge, som er nasjonalt referanselaboratorium for diagnostisering av trombocytimmunologiske tilstander, utfører analyser for påvisning av både allo- og autoreaktive trombocytantistoff. Ved posttransfusjonspurpura brytes transfunderte trombocytter raskt ned, men også pasientens egne trombocytter fjernes. En teori for å forklare dette paradokset er at det i det akutte forløpet også dannes autoreaktive antistoff som binder til egne trombocytter (9). Autoreaktive trombocytantistoff kan påvises ved direkte IgG-antistofftest, hvor man ved væskestrømscytometri detekterer antistoffbinding til pasientens egne trombocytter. I den akutte fasen av posttransfusjonspurpura lar testen seg imidlertid ofte ikke gjennomføre ettersom trombocyttnivået er svært lavt. Figur 2 viser sammenhengen mellom positiv direkte IgG-trombocytantistofftest og trombocytopeni hos pasienten, og at antistofftesten ble negativ ved normalisering av trombocyttdensiteten.

Det kliniske bildet hos pasienten ga primært mistanke om immun trombocytopeni. Det var imidlertid uvanlig at hun ikke responderte på behandling med høydose kortikosteroider og intravenøst immunglobulin. Sistnevnte er førstelinjebehandling også ved posttransfusjonspurpura, mens tillegg av kortikosteroider er omdiskutert (17, 22). Plasmautskiftning reduserer mengden trombocytantistoff i pasientens sirkulasjon og kan være effektiv behandling ved posttransfusjonspurpura (23, 24). Denne behandlingen ble initiert etter at diagnosen var stillt og førte til rask bedring, med avtakende slimhinneblødninger og målbare trombocyttdensiteter. Ved posttransfusjonspurpura bør en være tilbakeholden med transfusjoner, og så langt det er mulig ta hensyn til pasientens alloantistoff ved å velge blodkomponenter med samme HPA-type som pasienten (9).

Flere blodbanker i Norge har HPA-1bb-blodgivere i blodgiverkorpset, og Blodbanken i Oslo har til enhver tid HPA-1bb-trombocyt- og erytrocyttkonsentrater tilgjengelig. —→

Pasientens perspektiv

Ei veke etter operasjonen vakna eg om natta med naseblod og blod i urinen. Eg hadde ikkje krefter om morgonen. Eg fekk varsling pårørende, som fekk bli med på lufttransport til Haukeland universitetssjukehus. Eg hugsar lite frå dei første dagane etterpå. Først etter opphaldet på intensivavdelinga forstod eg at eg hadde vore alvorleg sjuk. Eg opplevde å bli tatt godt vare på, og at det var eit godt samarbeid mellom dei ulike sjukehusa.

Konklusjon

Ved alvorlig trombocytopeni som oppstår innen to uker etter blodtransfusjon, bør posttransfusjonspurpura vurderes som en mulig diagnose. Gitt tilstandens alvorlighetsgrad er det avgjørende å raskt starte målrettet anti-stoffreduserende behandling samt være tilbakeholden med transfusjoner. ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 18.6.2025, første revisjon innsendt 13.9.2025, godkjent 1.12.2025.

Morten Yung Isaksen

morten.isak@gmail.com

Morten Yung Isaksen er lege i spesialisering i blodsykdommer. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Siw Leiknes Ernsten

Siw Leiknes Ernsten er spesialist i immunologi og transfusjonsmedisin og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Håkon Reikvam

Håkon Reikvam er spesialist i indremedisin og i blodsykdommer, overlege og professor. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ingvild J. Lægred

Ingvild J. Lægred er spesialist i immunologi og transfusjonsmedisin og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Elin Opheim Netland

Elin Opheim Netland er spesialist i immunologi og transfusjonsmedisin og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Nessar Ahmad Azrakhsh

Nessar Ahmad Azrakhsh er spesialist i blodsykdommer og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Maria Therese Ahlen

Maria Therese Ahlen er ph.d og forsker. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Svein Tore Baksaas

Svein Tore Baksaas er ph.d., spesialist i thoraxkirurgi og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Torgeir Folkestad

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

Ingvild H. Sørvoll

Ingvild H. Sørvoll er spesialist i immunologi og transfusjonsmedisin og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Bruserud Ø, Mosevoll KA, Kristoffersen E et al. Trombocytopeni hos kritisk syke pasienter. Tidsskr Nor Legeforen 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.20.0458.
- 2 Skeith L, Baumann Kreuziger L, Crowther MA et al. A practical approach to evaluating postoperative thrombocytopenia. Blood Adv 2020; 4: 776–83.
- 3 Universitetssykehuset Nord-Norge. Nasjonal behandlingstjeneste for avansert trombocytimmunologi. Lest 25.5.2025.
- 4 Shulman NR, Aster RH, Leitner A et al. Immunoreactions involving platelets. V. Post-transfusion purpura due to a complement-fixing antibody against a genetically controlled platelet antigen. A proposed mechanism for thrombocytopenia and its relevance in "autoimmunity". J Clin Invest 1961; 40: 1597–620.
- 5 Lynce F, Yin F, Alcorn K et al. Post-transfusion purpura in an African-American man due to human platelet antigen-5b alloantibody: a case report. J Med Case Rep 2012; 6: 420.
- 6 Vu K, Leavitt AD. Posttransfusion purpura with antibodies against human platelet antigen-4a following checkpoint inhibitor therapy: a case report and review of the literature. Transfusion 2018; 58: 2265–9.
- 7 Taaning E, Svejgaard A. Post-transfusion purpura: a survey of 12 Danish cases with special reference to immunoglobulin G subclasses of the platelet antibodies. Transfus Med 1994; 4: 1–8.
- 8 Lucas GF, Pittman SJ, Davies S et al. Post-transfusion purpura (PTP) associated with anti-HPA-1a, anti-HPA-2b and anti-HPA-3a antibodies. Transfus Med 1997; 7: 295–9.
- 9 Hawkins J, Aster RH, Curtis BR. Post-Transfusion Purpura: Current Perspectives. J Blood Med 2019; 10: 405–15.
- 10 Masson E, Vidal C, Deschamps M et al. Incidence and risk factors of anti-HLA immunization after pregnancy. Hum Immunol 2013; 74: 946–51.
- 11 Direktoratet for medisinske produkter. Overvåking av blod - rapporter og artikler. Årsrapporter for transfusjonskomplikasjoner. Lest 14.5.2025.
- 12 Bhamra JS, Iversen PO, Titze TK et al. A Case of Posttransfusion Purpura with Severe Refractory Thrombocytopenia but No Cutaneous Manifestations. Case Rep Hematol 2018; 2018: 8187659.
- 13 Politis C, Wiersum-Osselton J, Richardson C et al. Adverse reactions following transfusion of blood components, with a focus on some rare reactions: Reports to the International Haemovigilance Network Database (ISTARE) in 2012-2016. Transfus Clin Biol 2022; 29: 243–9.
- 14 Shtalrid M, Shvidel L, Vorst E et al. Post-transfusion purpura: a challenging diagnosis. Isr Med Assoc J 2006; 8: 672–4.
- 15 Lubenow N, Eichler P, Albrecht D et al. Very low platelet counts in post-transfusion purpura falsely diagnosed as heparin-induced thrombocytopenia. Report of four cases and review of literature. Thromb Res 2000; 100: 115–25.
- 16 Kroll H, Kiefel V, Mueller-Eckhardt C. Post-transfusion purpura: clinical and immunologic studies in 38 patients. Infusionsther Transfusionsmed 1993; 20: 198–204.
- 17 Mueller-Eckhardt C, Lechner K, Heinrich D et al. Post-transfusion thrombocytopenic purpura: immunological and clinical studies in two cases and review of the literature. Blut 1980; 40: 249–57.
- 18 Vogelsang G, Kickler TS, Bell WR. Post-transfusion purpura: a report of five patients and a review of the pathogenesis and management. Am J Hematol 1986; 21: 259–67.
- 19 Mueller-Eckhardt C, Kiefel V, Mueller-Eckhardt G et al. Posttransfusion purpura. A survey of 13 cases. Klin Wochenschr 1986; 64: 1198–203.
- 20 Kickler TS, Ness PM, Herman JH et al. Studies on the pathophysiology of posttransfusion purpura. Blood 1986; 68: 347–50.
- 21 Menis M, Forshee RA, Anderson SA et al. Posttransfusion purpura occurrence and potential risk factors among the inpatient US elderly, as recorded in large Medicare databases during 2011 through 2012. Transfusion 2015; 55: 284–95.
- 22 Slichter SJ. Post-transfusion purpura: response to steroids and association with red blood cell and lymphocytotoxic antibodies. Br J Haematol 1982; 50: 599–605.
- 23 Mueller-Eckhardt C, Kiefel V. High-dose IgG for post-transfusion purpura-revisited. Blut 1988; 57: 163–7.
- 24 Abramson N, Eisenberg PD, Aster RH. Post-transfusion purpura: immunologic aspects and therapy. N Engl J Med 1974; 291: 1163–6.

Ingen pasient er lik

Derfor bør heller ikke fedmebehandling være det

Fedme er en kronisk og kompleks sykdom med mange underliggende årsaker. De siste årene har vi fått flere nye behandlingsmuligheter og dermed flere verktøy for å hjelpe pasientene til å få varig vekttap.

Grunnlaget for vekttap som varer livet ut, er alltid kalori redusert kost og økt fysisk aktivitet. Når pasientene ikke klarer å få kontroll på matinntaket, kan ytterligere tiltak være nødvendig – og da skal behandlingen tilpasses den enkelte pasients behov. Ulike pasienter kan ha nytte av ulike verktøy.

▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking.

Mysimba «naltrekson og bupropion» deppotablett.
Reseptgruppe C.

Indikasjoner: Indisert som tillegg til et kaloriert 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 krampeanfall. 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: Selvmordstanker 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 opioidbehandling, og opiatdosen må ikke økes over standarddose. Opioidreseptorblokkere indusert 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

Tablettbehandling mot fedme

Mysimba[®] er en tablettbehandling mot fedme som gjennom sine to aktive substanser, naltrekson og bupropion, påvirker sultsenteret og belønningssystemet i hjernen.¹ 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.^{1-4 *}

Individuell refusjon

Maksimalt tillatt dose Mysimba koster 1 249,90 kr per måned (1 pakning, Felleskatalogen 15.04.2026), og det kan fortsatt innvilges refusjon for pasienter som oppfyller gjeldende kriterier.

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 anafylaktilignende 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. Serotonerg 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: Graviditet: Ingen/begrenset data. Bør ikke brukes under graviditet eller av fertile kvinner som forsøker å bli gravide. **Amming:** Naltrekson/bupropion og deres metabolitter skilles ut i morsmelk. Bør ikke brukes under amming, da risiko for diende barn ikke kan utelukkes pga. begrenset data. **Fertilitet:** Ingen humane data.

Bivirkninger: *Sivert vanlige:* Hodepine, kvalme, forstoppelse, oppkast. *Vanlige:* Angst, sømnlens, tremor, vertigo, økt blodtrykk, munntørhet, abdominalsmerter, utslett. *Sjeldne:* Angioødem, anfall (kramper), legemiddelindusert leverskade, brystmerter.

Overdosering/forgiftning: Ingen erfaring ved kombinert bruk av bupropion og naltrekson. **Symptomer:** Bupropion: Anfall, hallusinasjoner, bevisstløshet, sinusarykardi og/eller EKG-forandringer som ledningsforstyrrelser (inkl. QRS-forlengelse) og arytmier. Feber, muskelrigiditet, raddomyolyse, 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. Hjerterytme og vitale tegn bør overvåkes. EKG-overvåking anbefales de første 48 timene etter inntak. Generelle støtteiltak og symptombehandling. Aktivt kull bør gis. Sykehusinleggelse bør vurderes etter mistanke om overdosering, pga. dose-relatert risiko for anfall av bupropion.

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

Innehaver av markedsføringsstillatelsen: Orexigen Therapeutics, Irland.

Kontaktinformasjon: Telefon: 67112540 E-post: info@navamedic.com

Basert på SPC godkjent av DMP/EMA: 02.2026

Pakninger og priser per 15.04.2026: 112 stk. (blister) 1 249,90 kr. (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag).

Utarbeidet 04/2026

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

1. Mysimba Preparatomtale (SPC) februar 2026. 2. Greenway FL. Physiological adaptations to weight loss and factors favouring weight regain. International Journal of Obesity 2015; 39:1188–96. 3. Müller MJ, et al. Changes in energy expenditure with weight gain and weight loss in humans. Current Obesity Reports 2016; 5:413–23. 4. Sumithran P, et al. Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. New England Journal of Medicine 2011; 365:1597–1604.



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

Husk å bestille kvalifisert tolk.

Les mer om bestilling og bruk av tolketjenester i oppdatert veileder her:



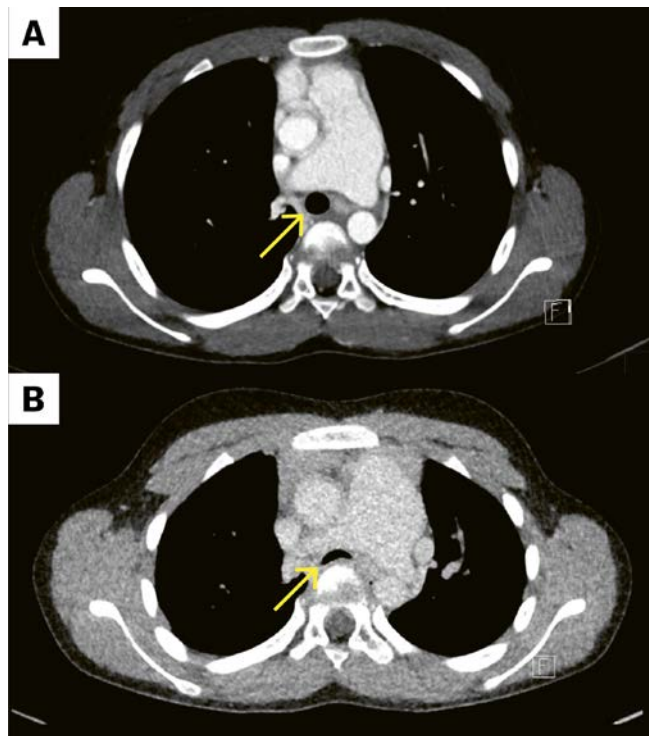
Skann
meg for
veileder

Bløte luftveier

Bildene viser en dynamisk CT-undersøkelse av toraks hos en gutt tidlig i tenårene. Dynamisk CT-undersøkelse innebærer her først et volumopptak med kontrastmiddel-forsterkning, der barnet trekker inn og holder pusten. Deretter er det tatt lavdose volumopptak uten kontrastmiddel ved slutten av en normal ekspirasjon. Første opptak under inspirasjon viser at trakea er rund og luftfylt. Det neste opptaket under ekspirasjon viser en halvmåneformet trakea, der diameteren er redusert med mer enn 50 %.

Gutten var henvist til vurdering på grunn av perioder med tung pust og hoste fra første leveår. Han hadde brukt symptomatisk og forebyggende astmabehandling i perioder, uten at det påvirket symptomene. Spirometri viste et obstruktivt mønster, med en mer avflatet kurve enn vanlig ved astma. Sykehistorien ga mistanke om residiverende bronkitter, og sammen med spirometrifunnene kunne trakeobronkomalasi mistenkes (1).

Gullstandard for påvisning av trakeobronkomalasi er bronkoskopi (1). Dynamisk CT-undersøkelse er betydelig mindre ressurskrevende enn bronkoskopi, og nyere studier tyder på at metoden kan være nyttig for påvisning av trakeobronkomalasi med god spesifisitet, men begrenset sensitivitet (2, 3).



En konsensusrapport fra European Respiratory Society foreslår at en reduksjon på mer enn 50 % av tverrsnittsarealet ved rolig ekspirasjon er signifikant og defineres som malasi (1). Ved ekspirasjon hadde venstre hovedbronkus en diameter på cirka 1 mm, som kan sees ved bronkomalasi, men som ikke er entydig for dette (ikke vist på bildet). Bildene viser også karanomalier, med dobbel superior vena cava og

idiopatisk dilatert truncus pulmonalis, som var kjent hos pasienten fra før.

Dynamisk CT-undersøkelse kan vurderes som første undersøkelse ved mistanke om trakeobronkomalasi, spesielt for eldre barn som kan samarbeide og ikke trenger sedering. Det trengs imidlertid mer kunnskap før dynamisk CT-undersøkelse kan bli et etablert førstvalg ved mistanke om trakeobronkomalasi. ■

Pasienten og begge foreldrene har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.
Mottatt 27.9.2025, første revisjon
innsendt 5.12.2025, godkjent 27.2.2026.

Henriette Ingsøy

Radiologisk avdeling, Stavanger universitetssjukehus. Henriette Ingsøy er spesialist i radiologi og fagansvarlig overlege for barnradiologi. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Knut Øymar

knut.oymar@sus.no
Barne- og ungdomsklinikken, Stavanger universitetssjukehus og Klinisk Institutt 2, Universitetet i Bergen. Knut Øymar er dr.med., spesialist i barnesykdommer, overlege og professor. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Vaula S, Øymar K, Hovland V et al. Trakeobronkomalasi hos barn. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.24.0116.
- 2 Williamson A, Young D, Clement WA. Paediatric tracheobronchomalacia: Incidence, patient characteristics, and predictors of surgical intervention. J Pediatr Surg 2022; 57: 543–9.
- 3 Corcoran A, Foran A, Phinzy P et al. Dynamic airway computed tomography and flexible bronchoscopy for diagnosis of tracheomalacia in children: A comparison study. Pediatr Pulmonol 2024; 59: 899–906.

Et sår kan være så mangt

Ordet *sår* har så mange og ulike betydninger i allmennspråket at det ikke er egnet til å beskrive kliniske funn i huden.

Ved en klinisk undersøkelse skal utslett og hudlesjoner beskrives så presist og entydig som mulig. Vi har en rekke ord til disposisjon for å beskrive slike efflorescenser (1).

Ulcus, erosjon og sår

Mye brukt er ord som papel, nodulus, tumor, vesikkel, bulla, urtika, ulcus og erosjon. Dette er betegnelser som er godt definert og vel etablert i norsk og internasjonal dermatologi (2, 3). I norsk allmennspråk vil man heller snakke om knuter, blemmer, vabler og sår. Men disse ordene kan ha mange, usikre og ulike betydninger. Derfor er de uegnet til å beskrive kliniske funn i huden på en presis måte.

Dette gjelder særlig ordet *sår*. Vår erfaring er at mange pasienter (og noen kolleger) kan bruke ordet *sår* ikke bare om et ulcus eller en erosjon i huden, men også om svulster og utslett. I klinisk praksis bør vi derfor snakke om ulcus (flertall: *ulcera*) og erosjoner i huden. *Ulcus* betegner et vevstap som går ned i dermis, mens *erosjon* er et mer overflatisk vevstap som er begrenset til epidermis (figur 1).

Valg av ord er viktig

Når man beskriver en nodulus eller tumor med erosiv overflate, vil dette gi assosiasjoner til malign sykdom. Brukes ordet *sår* om en slik lesjon på en legg, vil tankene i større grad gå i retning av vaskulær årsak, slik som venøs insuffisiens, aterosklerose og kutan vaskulitt, eventuelt et traume. Tilsvarende er *sår* en feil beskrivelse av et eksematøst utslett, selv om pasienten sier at «det føles sårt». Vår erfaring er at slike feil kan føre til misforståelser og forsinket diagnostikk.

Likevel kan det i noen situasjoner være naturlig å snakke om *sår*, også profesjonelt. Men hvis man velger å bruke ordet *sår*, må det være i en mer overordnet eller uformell sammenheng. Man må være helt sikker på at alle forstår hva man snakker om, det være seg leggsår (*ulcus cruris*), fotsår (*ulcus pedis*), liggesår (*decubitus*), diabetessår eller operasjonssår. Det er heller ingenting å si på at mange sykehus har egne sårpoliklinikker med særskilt kompetanse og ressurser til å hjelpe folk med kroniske leggsår eller andre former for *ulcera* og *erosjoner*. ■

Mottatt 30.10.2025, godkjent 8.1.2026.

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@medisin.uio.no

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

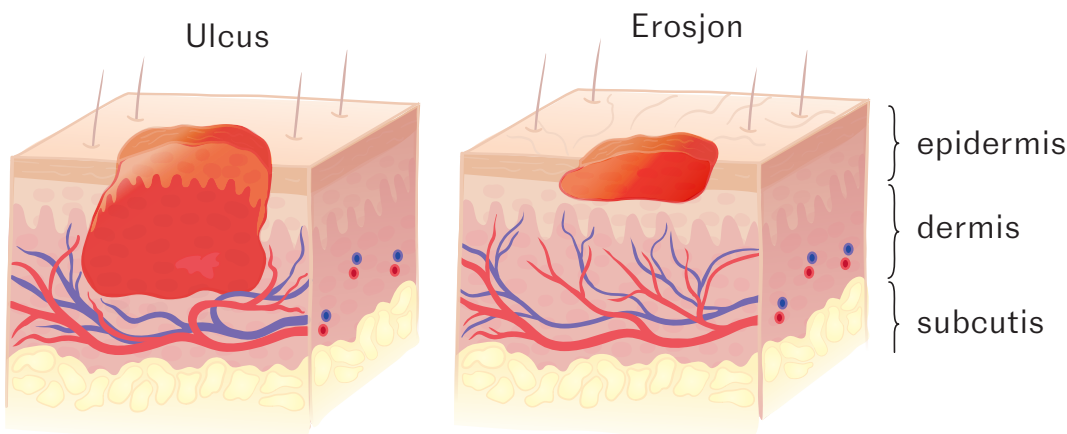
Ingeborg M. Bachmann

Ingeborg M. Bachmann er professor og avdelingsoverlege ved Hudavdelingen, Haukeland universitetssjukehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Langeland T. efflorescens (dermatologi). Lest 3.3.2026.
- 2 Fyrand O. Hudsykdommer. Diagnose, pleie og behandling. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2007.
- 3 Kang S, Amagai M, Bruckner AL et al. red. Fitzpatrick's Dermatology. 9. utg. New York, NY: McGraw-Hill Education, 2019.

Figur 1 Skisse av hud med et ulcus, der vevstapet går ned i dermis, og en erosjon, der vevstapet er begrenset til epidermis. Illustrasjon: Jeanette Engqvist / Illumedic



**Ønsker du
oppmerksomhet om
forskningen din?**

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

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

Send inn manus via
forfatterveiledningen
på tidsskriftet.no.



Tidsskriftet 

Idretten førte ham til legeyrket, og professoratet i idrettsmedisin ble en naturlig karrierevei for en forsker på treningsfysiologi, landslags-spillende volleyballspiller og halvstudert ortoped. Når Champions league-finalen for kvinner spilles på Ullevål i mai, har Bahr bidratt til at idrettsmedisinens stjerner kommer til Oslo for en internasjonal konferanse om jenter i fotball gjennom livsløpet.

PÅ I OLYMPIATOPPEN

TOPPEN

Tekst: Marit Tveito
Foto: John Trygve Tollefsen





Mange medisinstudenter kjenner navnet Roald Bahr fra læreboken *Idretts-skader*. For andre gir navnet assosiasjoner til Olympiatoppen, hvor han har vært sjefslege, og til Den internasjonale olympiske komité (IOC), hvor han er seniorrådgiver. Først og fremst er han professor i idrettsmedisin og leder for Senter for idretts-skadeforskning, et av de elleve IOC-ankjente forskningsmiljøene internasjonalt.

Senteret holder til sammen med Norges idrettshøgskole og Olympiatoppen ved Sognsvann i Oslo. Bahr, kledd i en ullgenser som kunne vært OL-bekledning, viser vei til et kontor fylt med diplomer. Kolleger omtaler han som en dyktig leder med tydelig retning og stor gjennomføringskraft. Han er god til å bygge lag og flink med folk, noe som har gitt ham mange venner i faget både nasjonalt og internasjonalt. I det olympiske miljøet er han høyt verdsatt.

– Hvorfor ble du lege?

– Jeg var veldig ivrig i idrett, og drev med alt som var mulig å drive med i den lille bygda i Nord-Norge hvor jeg vokste opp.

Bygda var Bjerkvik, en liten militærbygd med omtrent 2 000 innbyggere.

– Hva kunne man gjøre i Bjerkvik?

– Fotball, langrenn og friidrett. Da vi flyttet sørover, møtte jeg volleyballen, som ble min store idrett.

– Var foreldrene dine også engasjerte i idrett?

– Jeg pleier å si at de var veldig støttende og positive, uten at de blandet seg. Første gangen både mor og far så på en volleyballkamp, var en NM-finale da jeg var i starten av 20-årene.

– Så du ble ikke dyttet frem?

– Absolutt ikke. Det var ikke noen motstand, det var bare at toppidrett ikke var en naturlig del av deres liv.

Serendipity

Bahr spilte på landslaget i volleyball en del år, også under medisinstudiet.

– Studiet hadde tre terminer på den tiden, og vinterterminen var alltid midt i sesongen. Heldigvis hadde jeg en god kompis som liknet nok på meg til å være stand in på noen obligatoriske labøvelser, smiler han.

Forskningsinteressen kom tidlig.

– Jeg hadde et avbrekk midt i studiet, da jeg fikk et forskerstipend. Det året tilbrakte jeg på Muskel-fysiologisk institutt, på det som i dag heter Statens arbeidsmiljøinstitutt. Lars Hermansen var instituttleder og en internasjonal stjerne innenfor alt som hadde med treningsfysiologi å gjøre.

– Jeg forsket på hva som skjer med kroppens forbrenning etter trening. Det var interessant, men det jeg først og fremst lærte, var god forskningsmetode i et miljø som var i verdensklasse.

Som så mange idrettsinteresserte leger var Bahr innom både skadelegevakt og ortopedisk avdeling, men plutselig tok karrieren en ny vending.

– En av pionerene i norsk idrettsmedisin gikk brått bort etter et kort sykeleie. Jeg ble oppfordret til å søke stillingen, datidens eneste fulltidsprofessorat i idrettsmedisin. Det var drømmejobben, men muligheten kom lenge før jeg hadde tenkt at det var aktuelt. Jeg valgte å hoppe på. Jeg skulle gjerne fullført løpet og blitt ordentlig ortoped, men det var ... På engelsk finnes det et fint ord for det som skjedde: *serendipity*. Det handler om sammenfallende tilfeldigheter som åpner muligheter og endrer livet. Så heter det vel også at *chance favors the prepared mind*. Det jeg hadde gjort frem til da, hadde bidratt til å kvalifisere meg til jobben. Det var en kombinasjon av flaks og forberedelse.

På ballen

Bahr møtte kona i volleyballen, og de fikk tre volleyballspillende barn.

– Vi ble trenere for barna begge to og har levd store deler av familielivet vårt i idrettslaget Koll.

Bahr er fortsatt å se i Kringsjåhallen hvis det er kamp en helg han er hjemme.

– Det er mange som bekymrer seg for at barn spesialisere seg for tidlig i idrett nå?

– Det er en myte at man må være god i én idrett tidlig for å hevde seg senere. I friidrett har man statistikk fra 12-årsalderen. Vi ser tydelig at det er de færreste blant dem som er gode tidlig, som blir best senere.

Bahr slår et slag for bredde i idrett så lenge som mulig, og ser mye positivt ved lagspill.

– Det å ha med seg et større motorisk register vil alltid være en fordel. I lagspill får man dessuten utviklet sosiale ferdigheter og er avhengig av andre for å prestere. Du får øvd deg på å tape på grunn av andre, og at andre taper på grunn av dine prestasjoner. Fra lagspill får man med seg mye mer i livet enn styrke, utholdenhet og ferdigheter med en ball.

Volleyball er ikke uventet en favorittsport.

– I volleyball er du helt avhengig av medspillerne dine. Du kan ikke skåre alene, slik du teoretisk kan i fotball og håndball. Du er avhengig av minst én annen for å lage poeng. Det er en fantastisk mulighet til å utfordre seg på hvordan man fungerer overfor andre.

Helsevesenet og idretten

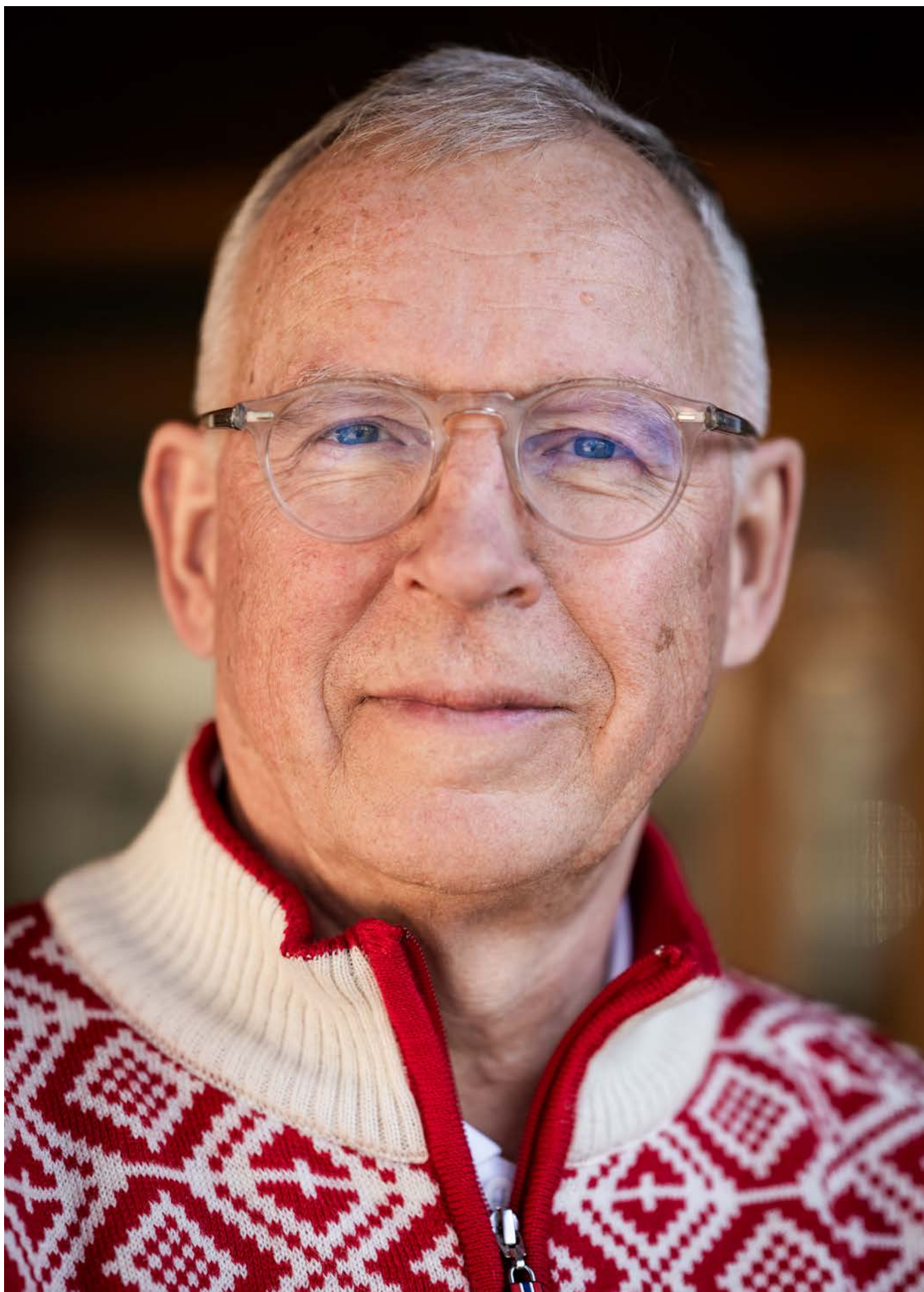
– Allsidighet er viktig også for å forebygge skader. Jo mer man har trent og øvd på, jo mindre er risikoen for å skade seg. I de skadeforebyggende programmene vi har utviklet, står allsidig trening sentralt.

– Noen ganger kan man få inntrykk av at vi har en epidemi av tretthetsbrudd blant barn og unge, er det slik?

– En årsak er nok mer og bedre diagnostikk. Før vi fikk MR, snakket vi bare om å ha vondt i leggen. Vi lærte om benhinnebetennelser under studiet. Nå vet vi at det handler om stressreaksjoner i skjelettet. Så det er noe bekymringsfullt at ungdom trener mer seriøst, mer spisset og kanskje mer ensidig fra yngre alder av enn før.

– Har helsevesenet en rolle her? —>

Jeg skulle gjerne fullført løpet og blitt ordentlig ortoped, men det var ... På engelsk finnes det et fint ord for det som skjedde: serendipity



Drømmejobben: Bahr fikk professoratet i idrettsmedisin gjennom en kombinasjon av flaks og forberedelser. Foto: John Trygve Tollefsen

– Jeg tenker ikke at helsevesenet har som primær oppgave å forebygge sykdom og skade i idretten, det er idrettens eget ansvar. Men behandlingsansvaret er ikke idrettens ansvar. Idrett gir enorme helsegevinster. Kostnaden av bivirkninger, skader og andre helseproblemer, er marginal i forhold til gevinstene. Det er jo et tankekors når vi ser på hva idrett og idrettsdeltagelse betyr for nåværende og livslang helse. Spiseforstyrrelser blant idrettsutøvere er ett av områdene hvor helsevesenet har et behandlingsansvar som i dag ikke strekker til. Konsekvensen av at det ikke er godt nok, blir at det bygges opp et parallelt privat behandlingstilbud for å bøte på manglene.

– Blir det klasseskille i idrettsmedisinen?

– Nei, nå er det jo heldigvis slik at de aller fleste idrettene selv tar ansvaret der det er mangelfullt tilbud, gjennom lisensbaserte, private forsikringsordninger. Det er ingen tvil om at vi ønsker at folk skal være aktive, men helsevesenet har ikke kapasitet – og enkelte ganger heller ikke kompetanse – til å håndtere «bivirkningene». Det betyr at du som forelder må betale en forsikringspremie for ditt barn. Men dette er heldigvis en solidarisk ordning, hvor utgiftene fordeles på alle og man får hjelp etter behov.

Olympiske leger

Bahr har vært sjefslege i Olympiatoppen, nå er han seniorrådgiver i IOC.

– IOC er jo ikke noe alle har et forhold til, og mange har kanskje inntrykk av at det er en gjeng med gamle gubber og kongelige.

– Og slik er det ikke?

– Nettopp. Hvis du beveger deg inn i Olympic House, ser du en gjeng med unge, flinke og ivrige medarbeidere i åpne kontorlandskap. I fjor fikk vi for første gang en kvinnelig president, den yngste noensinne. Hun har selv vært OL-deltaker og har store visjoner for IOC fremover.

– Hva gjør du som seniorrådgiver?

– Vi har en lang rekke ulike programmer, både innen forskning og utdanning. Ett eksempel er at vi hvert år siden 2008 arrangerer noe som heter Advanced Team Physician Course. Målgruppa er

leger som jobber med olympiske og paralympiske utøvere. I fjor samlet vi omtrent 100 deltakere fra 45 afrikanske nasjoner i Dakar, Senegal, i seks dager. Alle de olympiske komiteene i Afrika fikk muligheten til å nominere to leger, en mann og en kvinne. Det var kanskje et av de mest givende kursene jeg noensinne har vært med på. Vi ser allerede hvordan mange av deltakerne har satt i gang initiativ som kommer til å endre praksisen i eget land, og slett ikke bare for eliteutøvere. IOC har gjennom Olympic Solidarity dekket alle kostnadene for disse legene. Det synes jeg er ett av mange gode eksempler på hva pengene i IOC går til.

Skadefri

Bahr er en av Norges ti mest siterte medisinske forskere. Han er svært opptatt av å få forskningen omsatt til praksis i norsk og internasjonal medisin og idrett.

– Appen og nettstedet «Skadefri» er en del av dette, men vi har også flere omfattende formidlingsprogram nasjonalt. Ett program heter «Nærmere Best», et utdanningsprogram for elever som går på toppidrettsskoler og satser hardt på idrett. Vi har også laget moduler for ungdomskolenivå. Vi ser nemlig at de unge som trener mye, har høyere risiko enn andre utøvere.

– Hvis man vil bli idrettsmedisiner, hvilken vei bør man gå?

– I en god del land er *Sport and Exercise Medicine* en egen spesialitet. I Norge tok vi et valg om at det ikke var en farbar vei med vår geografi. I stedet har vi en tilleggsutdanning som bygger på at du er klinisk spesialist i et relevant fag. Da får du en autorisasjon som idrettslege NIMF (Norsk Forening for Idrettsmedisin og fysisk aktivitet). Vi vil ha mange leger med idrettsmedisinsk kompetanse i ulike roller i det offentlige helsevesenet, og ikke minst fastleger som har denne kompetansen. Da kan vi ha en idrettslege på de fleste nes. Det samme valget har Sverige og Danmark tatt, mens Finland har egen spesialitet i idrettsmedisin og har hatt det lenge.

– Hvorfor det?

– Ja, de er vel litt mer selvforsynte av seg?

Roald Bahr

Født 25. juli 1957

Cand.med., Universitetet i Oslo, 1985

Ph.d., Universitetet i Oslo, 1991

Professor i idrettsmedisin, 1996

Leder av Senter for idrettsskade-forskning, 2000–d.d.

Prince Philip Medal in Sports Medicine, 2008

Sjefslege ved Olympiatoppen, 2008–25

Leder av Aspetar Injury and Illness Prevention Program, 2012–d.d.

Nordic Prize in Medicine, 2015

Seniorrådgiver i IOC, 2026–d.d.

Historisk har mye forskning vært gjort på menn. Heldigvis har det blitt bedre de senere årene

Det er en myte at man må være god i én idrett tidlig for å hevde seg senere

Champions League

– Du skal være med på å arrangere en konferanse her i Oslo denne våren, hva handler den om?

– Det er en konferanse som arrangeres i tilslutning til Champions League-finalen for kvinner, som blir spilt på Ullevål stadion. Fotballforbundet har tatt initiativet, og konferansen heter *Growing Through the Game: Women's Health Across Life Stages in Football*. Historisk har mye forskning vært gjort på menn. Heldigvis har det blitt bedre de senere årene. Denne konferansen vil ha forskjellige sesjoner som dekker hele livs-syklusen til jenter som vil spille fotball. Vi har fått toppfolk fra hele verden. Mange sendte inn forslag og ønsket å bidra. Det ble litt av en konkurranse om å forelese til slutt, så dette ser vi frem til.

Spille alderen

– Hva ville du ha blitt hvis du ikke trengte å tenke på økonomi eller forpliktelser?

– Jeg har faktisk fulgt drømmene og føler at jeg har vært verdens heldigste mann.

– Så du har ikke en kunstmaler i magen?

– Nei, en golfspiller! Men det får jeg ikke tid til.

– Er det noe du håper å utrette som du ikke har fått gjort?

– En golfrunde på 80 slag eller mindre hadde vært noe. Jeg er i en alder hvor jeg aner konturene av en ny hverdag med mindre jobb. Ambisjonen jeg har for golf, er å spille alderen min. En vanlig golfrunde spilt godt vil være 72 slag. Men jeg er redd jeg må holde på til jeg blir 100 år før jeg klarer å sette alderen min på scorekortet, sier han humrende.

– Vi er også på vei inn i en ny livsfase med foreløpig tre barnebarn. Det griper inn i og endrer livet.

– Blir du trener for barnebarna?

– De er fortsatt små, svarer han først.

Bahr har bygget opp miljøer både på jobb og i familien som skal være mulig å føre videre.

– Barna har dessuten godt kvalifiserte foreldre, konkluderer han blidt. ■

Marit Tveito

marit.tveito@me.com

Senter for idrettsskadeforskning: Bahr har bidratt til å bygge et sterkt forskningsmiljø innen idrettsmedisin. Foto: John Trygve Tollefsen



Med kofferten full av medisiner

Polyfarmasi er vanlig i geriatrien, og de eldste og skrøpeligste er bipersoner i den medisinsk-vitenskapelige litteraturen. Tenk deg derfor godt om før du tar på deg ekstrapoleringsbrillene og putter nok et medikament i en allerede velfylt medisinkoffert.

Den gamle og skrøpelige sykehjemsbeboeren med kostregulert diabetes mellitus, hjertesvikt og demens kommer tilbake fra sykehuset etter behandling for urinveisinfeksjon og tungpustethet. Da han reiste dit, brukte han elleve faste medikamenter. Nå er et tolvte lagt i medisinkofferten: en SGLT2-hemmer, primært rettet mot hans hjertesvikt.

Dette er en scene som kunne vært klippet ut av hverdagen ved alle landets sykehjem. Der pasienten spiller rollen som stilltiende mottaker av en stadig voksende haug med piller, og der du kan være rimelig sikker på at effekten av de fleste av dem aldri har blitt tilstrekkelig utforsket på de gamle og skrøpelige. Og du, eller jeg, har rollen som forvaltere av god (?) medisinsk praksis.

Jeg har selv vært både avsender og mottaker av slike «ofre» for ekstrapoleringsmedisinen, det innrømmer jeg uten forbehold. For det er neimen ikke alltid like enkelt å finne balansen mellom sunt klinisk skjønn og idealet om å rotfeste behandlingstiltak i noe som er vitenskapelig studert, eller, som ofte i geriatrien, muligens kan virke også blant dem som sjelden blir invitert i medisinske litteraturselskap. Og hvem kan forvente at den unge og uerfarne legen i sykehus, sykehjem eller allmennpraksis vil finne på å så tvil om behandling som grenspesialisten har anbefalt?

En langtidsbeoer i sykehjem har svært

ofte kronisk og alvorlig sykdom i flere organsystemer, har en sannsynlighet for demensdiagnose på over 80 % og høy sannsynlighet for å dø i løpet av de neste tolv månedene. Hun, eller han, bruker gjennomsnittlig 8–9 faste medisiner daglig, som for noen av dem erstatter frokosten. Mange av dem strever med svelgeproblemer og bivirkninger av ymse slag. Denne polyfarmasien, som ikke bare

i seg selv er assosiert med oversykelighet og overdødelighet, gir også et interaksjonspotensial som gjør hverdagen til både oss leger, pleiepersonell og pasientene

våre rimelig uforutsigbar. Og i den stadig mer subspecialiserte sykehusmedisinen vil nok noen, i beste hensikt, tenke at retningslinjebasert behandling av sykdom i enkeltorganer ofte er til det beste også for de eldste og skrøpeligste.

To uker seinere får sykehjemsbeboeren makroskopisk hematuri og dysuri, blir raskt høyfebril og legges inn med mistenkt urosepsis. Ved innkomst er han omtåket, arteriell blodgass viser lett forhøyet blodsukker og alvorlig ketoacidose, og det vokser etter hvert E. coli fra både blod og urin. Under sykehusoppholdet er han i tillegg preget av hyperaktivt delirium. Han blir skrevet ut i noenlunde velbefinnende med antibiotika i tablettform. I epikrisen er det presisert at ketoacidosen sannsynligvis

er utløst av SGLT2-hemmeren, at dette medikamentet også sannsynligvis har bidratt til utviklingen av urosepsis, og at han ikke skal bruke denne medikamentgruppen igjen.

En tid tilbake gjorde jeg en høyst uvitenskapelig skrivebordsøvelse: Ved bruk av søkeordene «nursing home» kom jeg frem til at dette ga treff for omkring tre promille av alle PubMed-indekserte medisinske publikasjoner.

Det er kanskje ikke vanskelig å forstå at verken legemiddelindustrien, klinikere eller meritterte professorer er veldig fristet til å sette forskningssøkelyset på de eldste og skrøpeligste, som har kort forventet levetid, en lang liste med konfunderende faktorer og utfordringer med tanke på å gi informert samtykke. Og der det viktigste endepunktet bør være livskvalitet, ikke risikoen for død innen en begrenset tidsperiode.

Sykehjemspasienten er en biperson i den medisinsk-vitenskapelige litteraturen, og slik vil det nok forbli. Dette må vi som, både i sykehus, sykehjem og allmennpraksis, forvalter helsen til de mest sårbare og skrøpelige, ha i mente når vi vurderer å putte nye medikamenter i en ofte allerede overfylt medisinkoffert. ■

Bård Reiakvam Kittang

bard.kittang@bergen.kommune.no

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

Legelivet

Personlige tekster om livet som lege



Legepanelet – en unik datakilde om legelivet

Det blir stadig vanskeligere å få folk til å svare på spørreundersøkelser. Legepanelet har likevel i over 30 år hatt en uvanlig høy svarprosent.

En ny spørreundersøkelse er nå sendt ut til Legepanelet, som består av rundt 2 500 tilfeldig utvalgte yrkesaktive leger i Norge (1). Legene mottar jevnlig et spørreskjema med faste spørsmål om blant annet arbeidstid, jobbtilfredshet og helse, samt noen temaer som varierer fra gang til gang.

Et hovedtema i årets undersøkelse er legen som forsker og forskningens kår, et prioritert saksområde i inneværende sentralstyreperiode i Legeforeningen. Samtidig belyser undersøkelsen flere sider ved legelivet, blant annet bruk av kunstig intelligens i arbeidshverdagen og betydningen av pasienters sosioøkonomiske og kulturelle bakgrunn.

Leger som forsker

Forskningskompetanse er en forutsetning for kunnskapsbasert medisinsk praksis og for kvalitet, innovasjon og kontinuerlig forbedring i helsetjenesten (2). For å styrke rekrutteringen til forskning blant leger er det behov for oppdatert kunnskap om hvem som forsker og hvilke rammevilkår som fremmer eller hemmer forskningsaktivitet.

Vi har fortsatt begrenset kunnskap om hvordan forskning lar seg kombinere med klinisk arbeid, hvordan arbeidsbelastning påvirker forskningsaktivitet og hvilke faktorer som er avgjørende for å realisere doktorgradsambisjoner.

Legepanelet besvarte tilsvarende spørsmål i 2019, og analysen av disse dataene sammen med årets materiale vil belyse endringer i rammevilkårene for forskning blant leger.

Kunstig intelligens i helsetjenesten

Kunstig intelligens tas i økende grad i bruk i helsetjenesten, særlig til journalskriving og beslutningsstøtte, samtidig som helsepersonell har fullt ansvar for innholdet. Bruken kan gjøre det krevende å kvalitets-sikre dokumentasjonen, ettersom teknologien også kan gi feil eller oppdiktete svar (3, 4).

I årets legepanelundersøkelse kartlegger vi hvordan leger bruker KI-verktøy i arbeidshverdagen, hvilke verktøy som brukes, hvor ofte og til hvilke formål. Vi undersøker også hvordan bruken oppleves å påvirke arbeidsbelastning, faglig tilfredshet, stress og privatliv, samt hvilke forventninger leger har til hvordan kunstig intelligens vil påvirke kvalitet, kommunikasjon og pasientsikkerhet framover.

For å styrke rekrutteringen til forskning blant leger er det behov for oppdatert kunnskap om hvem som forsker og hvilke rammevilkår som fremmer eller hemmer forskningsaktivitet

Fra LEFO

Artikler fra
Legeforskningsinstituttet

Ulik behandling i helsetjenesten?

Et annet tema i årets undersøkelse er betydningen av sosioøkonomisk og kulturell bakgrunn i pasientbehandlingen. De siste årene har det vært økt oppmerksomhet om mulig forskjellsbehandling og rasisme i helsetjenesten, også i Norge (5, 6).

I Legepanelet kartlegger vi legers erfaringer med, og observasjoner av, slike forhold. Det kan omfatte alt fra hvordan pasienter blir møtt, til vurdering av symptomer, smertebehandling og bruk av tolketjenester. Målet er å få et bedre kunnskapsgrunnlag for å forstå omfanget av slike forskjeller og bidra til mer likeverdige helsetjenester.

Forskning på leger

Svarprosenten i spørreundersøkelser har falt betydelig de siste årene og ligger ofte rundt 30–40 prosent. I Legepanelet har den derimot gjennomgående vært over 70 prosent, og i den siste runden i 2024 var den 79 prosent.

Den høye deltakelsen tyder på at legene oppfatter undersøkelsene som relevante og formålstjenlige, og den gir et solid kunnskapsgrunnlag om legers arbeid, trivsel og levekår. Oppslutningen blant deltakerne er avgjørende for at Legepanelet skal være en verdifull ressurs for forskning på leger.

Den høye svarprosenten, kombinert med gjentatte målinger over mer enn 30 år, gir gode muligheter til å følge utviklingen over tid og gjør materialet til en unik datakilde, også internasjonalt (7). Vi håper også i år på bred deltakelse fra panelet. ■

Helene Seljenes Dalum

helene.seljenes.dalum@lefo.no

Helene Seljenes Dalum er forsker ved Legeforskningsinstituttet.

Erlend Hem

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

Litteratur

- 1 Dalum HS, Hem E. Legepanelet fornyes og utvides. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.24.0033.
- 2 Clementsen S. Færre overleger forsker. Det burde bekymre oss mer enn det gjør. Dagens medisin 11.12.2025. Lest 27.3.2026.
- 3 Vatten I, Munkvik M. Kunstig intelligens i allmennmedisinen. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0161.
- 4 Melsom C, Lovett HM, Granberg E. Bruk av kunstig intelligens til journalskriving – behov for felles regulering. Dagens medisin 17.10.2025. Lest 27.3.2026.
- 5 Patel DK, Spjeldnæs AH, Almashhadani M et al. Rasisme som helseproblem. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.24.0377.
- 6 Bigonah A. Styrk antirasistisk praksis i norsk medisin. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0452.
- 7 Hem E. 30 års forskning om leger. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0631.

Julie Didriksen

julie.didriksen@tidsskriftet.no

Et praktisk lesebord

Nr. 9/1930

Tidsskriftet har i all tid vært et sted der leger deler tips og triks med hverandre. I utgave nr. 9/1930 finnes en detaljert gjennomgang av en moderne dings: et lesebord. Teksten er signert S. Holth. Antageligvis var dette Søren Holth (1863–1937), en av sin tids fremste øyeleger, blant annet anerkjent for sitt arbeid med behandling av glaukom. Han giftet seg dessuten med Norges første kvinnelige lege, Marie Spångberg.

Et praktisk lesebord «Ideal» – med regulerbar skråstilling.

I mange år har som bekjent våre kirurgiske instrumentmakere hatt tilsalg «sykebord», anbragt i variabel høide på et 3-fots stativ med trinser, som tillater lett flytning innover sengen; bordplaten stilles horisontalt for måltidene og i steil skråstilling for lesning. Prisen i Oslo for et slikt sykebord i lysbeiset tre er kr. 28,00; er foten av stålør og alt hvitlakert, er prisen kr. 45,00 til kr. 50,00 – Disse bord er meget hensiktsmessige ved langvarig sengeleie.

For friske, som for å undgå lutning med hodet og for å spare akkomodasjon og konvergens bør benytte et skråbord for lesning i 30 til 40 cm. avstand – f. eks. hos skolebarn for å forebygge nærsynthet under lekselesning, eller når nærsyntheten i disponerte familier allerede er begynt samt ved andre brillekorrigerte ametropier – blir disse sykebord for tungvinte og for dyre. Jeg har i slike tilfeller tilrådet boken flyttet inn på et almindelig bord i steil skråstilling mot en pakke andre bøker eller ennu bedre anbragt på en slags notestol, bestilt hos en snekker.

Men aller best er lesebordet «Ideal», som konstruktøren hr. disponent And. B. Hansen sendte mig til bedømmelse 25. oktober. De to bordplater var laget av brunbeiset bjerkefinér i kryss; for å skaffe plass til reguleringsmekanismen for de forskjellige skråstillinger var der til randen så vel underplate som leseplate stiftspikret smale trelister. To divergerende jernbøiler kunde festes til underplaten og anbringes over dynen for lesning på sengen. Denne modell «Komfort» (pris: kr. 15,00) demonstrerte jeg i Medisinsk

selskap 4. desember; herunder falt underplaten i gulvet – på grunn av for løst stiftspikring i langsides trelister. Neste dag telefonerte jeg om denne malheur til konstruktøren.

Vi blev enige om å la lesebordet utføre i olivenlakkert jernblikk under benevnelsen «Ideal» – samt om å sløife de to overflødig divergente jernbøiler.

I møtet 18. desember var formannen så elskverdig å tillate mig utenfor programmet å demonstrere denne nye modell med nogen supplerende ord.

Lesebordet er nu innrettet på følgende måte (se avbildningen): De to rektangulære tynne jernplater med ombøide kanter har langsides 46 cm. og kortsidene 30 cm. lange; leseplaten nedre langside er forbundet med underplaten langside med et solid men bevegelig vinkelredd. På et vinkeljern, 1,5 × 1,5 cm., solid fastnitted langs leseplaten overkant, hviler boken. Til baksiden av leseplaten er festet ved korte vinkelredd to tynne smale 16,5 cm. lange jernplater, hvis annen ende kan støttes til 5 forskjellige mothaker uthugget i underplaten; her ved kan leseplaten gis skråstillingene 75°, 65°, 55°, 45° og 33°.

I parallellstilling ligger nu de to plater i kontakt. Den steileste skråstilling 75° (nærmeste mothake) passer både for yngre voksne og for korrigerede presbyoper, som vil lese tunge bøker på sengen: ryggeleie, høi hodepute, underplaten legges over teppe eller dyne med leseplaten nærmeste langrand litt nedenfor ribbensbuen. Man slipper således under sovelektyren den anstrengende lesning med senket blikk (Modellen i olivenlakkert jernblikk veier 2,5 kg., hvilket ikke spiller nogen som helst rolle under anbringelse på et almindelig bord. For lesning på sengen er der laget en modell

Denne modell demonstrerte jeg; herunder falt underplaten i gulvet – på grunn av for løst stiftspikring i langsides trelister. Neste dag telefonerte jeg om denne malheur til konstruktøren

Lett lektyre – både i bokstavelig og i overført betydning – kan man ganske visst klare ved å ligge på siden med ryggen mot den elektriske lampe og holde boken i passende avstand i høide med øinene

i ulakkert «Duraluminium», som veier 0,97 kg. og i Oslo koster kr. 10,00; forsendt i posten utenbys som verdipakke mot etterkrav: kr. 12,15). Lett lektyre – både i bokstavelig og i overført betydning – kan man ganske visst klare ved å ligge på siden med ryggen mot den elektriske lampe og holde boken i passende avstand i høide med øinene.

Skråstillingen 75° passer også for skolebarns lekselesning med «Ideal» anbragt på et almindelig bord; dog kan her skråstillingen 65° (annen mothake – se avbildningen) også med fordel benyttes. Skråstillingene 55°, 45° og 33° (tredje til femte mothake), likeledes mens «Ideal» anbringes på et almindelig bord, passer for lesning av voluminøse bøker, f. eks.

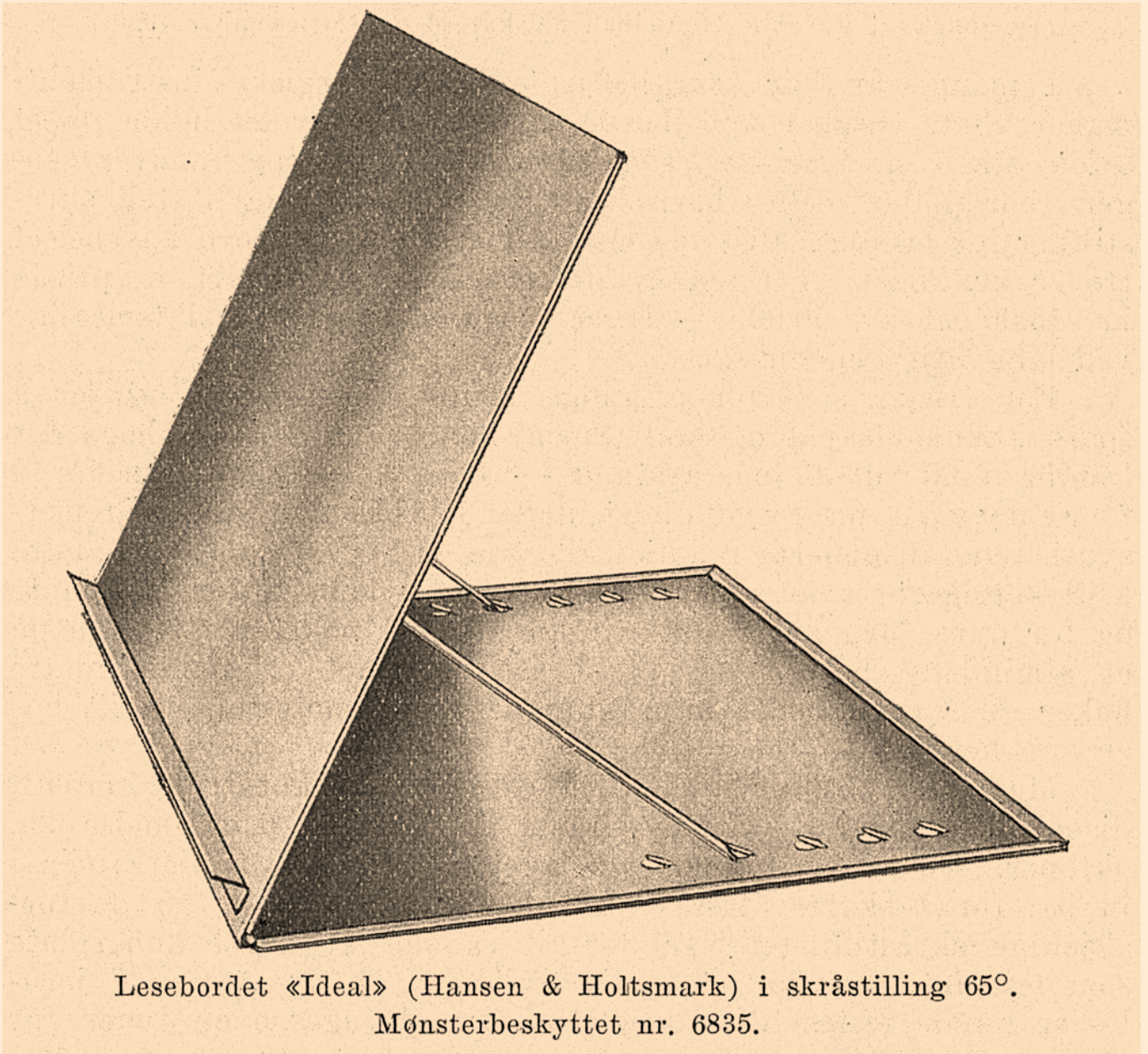
geografiske atlanter – også under bruk av leseleupe.

Lesebordet «Ideal» kan anbefales til bruk både for skolebarn og for voksne – så meget mer som prisen for denne solide modell er meget billig: I Oslo kr. 7,00 i utsalg; forsendt i posten utenbys som verdipakke mot etterkrav: kr. 9,85.

Generalagent for hele landet er hr. disponent And. B. Hansen, Kongensgt. 6, Oslo.

Forselgerne er Coward & Thowsen A/S, Kirkegaten 30, Oslo; gjennom dette firma går all fakturering. ■

Av S. Holth, Oslo.



Lesebordet «Ideal» (Hansen & Holtmark) i skråstilling 65°.
Mønsterbeskyttet nr. 6835.

Ph.d.-disputaser

Sindre Grindheim

Safe passage: Maternal and neonatal outcomes following forceps- and vacuum-assisted vaginal deliveries.

Utgår fra Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Disputas 8.4.2026.

Bedømmelseskomité: Rane Thakar, St. George's University of London, Storbritannia, Solveig Bjellmo, NTNU og Nils-Halvdan Morken, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Elham Baghestan og Jørg Kessler.

Liv Nesse Hande

The effect of omega-3 polyunsaturated fatty acids supplementation on endothelial function, lipids, and inflammatory markers in heterozygous familial hypercholesterolemia. A randomized crossover trial.

Utgår fra Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet. Disputas 9.4.2026.

Bedømmelseskomité: Erik Berg Schmidt, Aalborg Universitet, Danmark, Peder Langeland Myhre, Rikshospitalet / Universitetet i Oslo og Stine Andreassen, UiT Norges arktiske universitet.

Veileder: Knut Tore Lappegård.

Alfred Honoré

Cognitive Coaxial Targeted Transperineal Prostate Biopsy - Safety and Efficacy of a Novel Technique.

Utgår fra Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen. Disputas 10.4.2026.

Bedømmelseskomité: Sigrid Carlsson, German Cancer Research Center, Tyskland, Viktor Bergen, Universitetet i Oslo og Jon-Helge Angelsen, Universitetet i Bergen.

Veileder: Christian Beisland og Christian A. Moen.

Emily Mclean

Making abortion a priority: Experiences of health workers and health bureaucrats in Ethiopia.

Utgår fra Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Disputas 20.3.2026.

Bedømmelseskomité: Adamu Addissie, Addis Ababa University, Ethiopia, Anne Kari Tolo Heggstad, Universitetet i Oslo og Jone Trovik, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Ingrid Miljeteig, Astrid Blystad og Alemnesh H. Mirkuzie.

Cathrin Vano Mehl

Long-term consequences of being born small for gestational age at term.

Health-related quality of life, physical activity, and physical fitness in adulthood.

Utgår fra Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU. Disputas 17.3.2026.

Bedømmelseskomité: Jaana Nevalainen, Oulu University, Finland, Merete Røineland Benestad, Høgskulen på Vestlandet og Henrik Døllner, NTNU.

Veiledere: Kari-Anne I. Evensen, Eero Olavi Kajantie og Paul Jarle Mork.

Jakob Vangen Nordbø

Physical activity after total hip arthroplasty.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 26.3.2026.

Bedømmelseskomité: Tim Board, University of Manchester, Storbritannia, Siri Bjørgen Winther, NTNU og Sigbjørn Dimmen, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Asbjørn Årøen, Truls Martin Straume-Næsheim, Einar Andreas Sivertsen og Geir Hallan.

Kristin Nygård-Odehn

Mental health symptoms, cytokines and opioids interact.

Utgår fra Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet. Disputas 27.3.2026.

Bedømmelseskomité: Olli Kampman, Umeå Universitet og Åbo Universitet, Finland, Katrine Melby, NTNU og Kristian Svendsen, UiT Norges arktiske universitet.

Veileder: Jørgen Gustav Bramness.

Per Even Storli

Metastatic colorectal cancer in Central Norway 2001 - 2015

A population-based study.

Utgår fra Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU. Disputas 20.3.2026.

Bedømmelseskomité: Pia Österlund, Tampere University Hospital og Karolinska Institutet, Sverige, Åsmund Avdem Fretland, Oslo universitetssykehus og Øyvind Hauso, NTNU.

Veiledere: Erling A. Bringeland og Jon Erik Grønbech.

Stein Vabo

Fracture management in primary health care - Epidemiology, outcomes, and cost.

Utgår fra Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Disputas 20.3.2026.

Bedømmelseskomité: Martine Merete Enger, Universitetet i Oslo, Arnfinn Seim, NTNU og Trude Gundersen, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Tone Morken og Steinar Hunskaar.

Søren Vindfeld

Revision Anterior Cruciate Ligament

Surgery: From Predictors of Revision and Causes of Failure to Clinical Outcomes and Osteoarthritis Development.

Utgår fra Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen. Disputas 27.3.2026.

Bedømmelseskomité: Kristian Samuelsson, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Sverige, Britt Elin Øiestad, OsloMet og Kaya Kvarme Jacobsen, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Eivind Inderhaug, Eirik Solheim og Torbjørn Strand.

Magnhild Elisabeth Gangsøy Kristiansen



Magnhild Elisabeth Gangsøy Kristiansen døde brått 25. mars 2026, 78 år gammel. Hun tok medisinsk embetseksamen ved Universitetet i Oslo høsten 1979, så turnustjeneste ved Moss sykehus i 12 måneder og distriktstjeneste i Sør-Aurdal i seks måneder. Deretter fulgte en periode som assistentlege ved Medisinsk avdeling, Aker sykehus i Oslo før hun ble ansatt ved Nordland sentralsykehus i Bodø i februar 1984, først ved lungeavdelingen, så medisinsk avdeling. Hun ble godkjent spesialist i indremedisin og i fordøyelsessykdommer i november 1990 etter grenspesialisttjeneste ved Region-sykehuset i Tromsø i to år. Fra 1994 arbeidet hun som overlege (og avdelingsoverlege) ved Gastromedisinsk avdeling i Bodø til hun ble pensjonist i desember 2020.

På lungeavdelingen hadde hun lært bronkoskopi, som selvsagt viste seg nyttig da hun kom til gastroenterologi-en. Hun fattet også interesse for andre aspekter. Blant annet deltok hun i opprettelsen av slagenheten, som var lokalisert på gastroseksjonen de første årene, og tok et visst ansvar for unge pasienter med spiseforstyrrelser.

Etter noen få år ble gastroenterologi, og senere hepatologi, hennes hovedbeskjeftigelse. Allerede i 1992 ble hun opptatt av hepatitt C, både klinisk og akademisk. Senere spilte hun en hovedrolle i prosjektet «HCV-Nord», en pågående samling av data fra nordnorske hepatitt C-pasienter. Dette gav grunnlaget for hennes ph.d.-grad *En kombinert epidemiologisk, klinisk og molekylærbiologisk studie av hepatitt C i Helseregion Nord Norge* i 2010, som hun også fikk Helge Bells hederspris for. Hun forsket aktivt, med pågående nye publikasjoner, var veileder for nye ph.d.-kandidater og hadde stilling som førsteamanuensis ved universitetets avdeling i Bodø.

Magnhild har gjennom sitt akademiske engasjement deltatt aktivt og fått en enestående erfaring i hepatitt C-omsorgen. Dette gjelder diagnostikk og behandling fra dens spede begynnelse i 1990-årene til dagens høyeffektive behandling. Spesiell honnør må hun få for integreringen av dagens behandling også i den primære helsetjenesten. Magnhild satte tidlig fokus på at noen av pasientene hadde psykososiale utfordringer, og dette gav grunnlaget for veiledning av nye ph.d.-er. Vi ved UiT Norges arktiske universitet i Tromsø vil sterkt savne hennes engasjement.

Magnhild var faglig solid og hadde både gjennomføringsevne og -styrke for å få til det hun mente var riktig. Hun nedla en betydelig innsats i hepatitt C-behandling og -oppfølging i Nord-Norge, og hun har en svært stor del av æren for at det nå finnes svært få hepatitt C-pasienter i vår region.

Våre tanker går til Harald, sønnene Geir og Rune med sine familier, og den nærmeste slekten. ■

Geir Tollåli, Jon Florholmen, Ragnar K. Breckan

Erik Omland



Kirurg og ortoped Erik Omland, tidligere administrerende direktør ved Bærum sykehus, Sykehuset Asker og Bærum og Vestre Viken, døde 14. mars etter lengre tids sykdom, 77 år gammel. Med ham har norsk helsetjeneste mistet en tydelig leder med sterk faglig forankring og bred forståelse for sykehusdrift og tjenesteutvikling.

Erik Omland hadde sin medisinske og kirurgiske utdanning forankret i et sterkt klinisk engasjement. Han arbeidet gjennom mange år som kirurg og ortoped ved Bærum sykehus, hvor han ble anerkjent som en solid kliniker med høy arbeidskapasitet og et spesielt engasjement for pasientsentrert praksis. I 1996 ble han ansatt som sjeflege, og allerede året etter som administrerende direktør ved sykehuset. Da Sykehuset Asker og Bærum ble etablert i 2003, fortsatte han som leder for det nye sykehuset.

Etter en kort periode som konstituert administrerende direktør for Oslo universitetssykehus HF ble han i 2009 ansatt som den første administrerende direktør i Vestre Viken HF og ledet den omfattende etableringen av det nye helseforetaket. Dette var en periode preget av omfattende organisatoriske endringer, store strukturelle utfordringer og økende krav til kvalitet, pasientsikkerhet og styringssystemer. Omland var kjent for å møte disse utfordringene med handlekraft og ryddighet. Han tok ansvar i krevende situasjoner, også når presset var stort og sakene komplekse, og la vekt på å bygge tillit både internt og eksternt.

Som leder var han opptatt av å utvikle fagmiljøer og legge til rette for gode kliniske tjenester. Han hadde en grunnleggende tro på betydningen av strukturert forbedringsarbeid og på ledelse som en faglig disiplin. Kollegaer vil særlig huske hans evne til å kombinere tydelighet med omtanke, og hans vilje til å stå i krevende prosesser uten å miste blikket for pasientsikkerhet og faglig kvalitet.

Selv om hans lederroller etter hvert dominerte karrieren, beholdt Omland alltid en sterk identitet som kliniker. Han var opptatt av helsefaglige idealer og av hva god pasientbehandling faktisk innebærer. Det gjorde ham respektert både blant leger, sykepleiere og andre faggrupper.

Med Erik Omlands bortgang har helsetjenesten mistet en leder som satte varige spor i en periode preget av betydelige endringer. Våre tanker går til hans familie og nærmeste, og til de mange kollegene som gjennom årene opplevde hans faglige tyngde, integritet og engasjement. ■

**Ole Johan Kvan, Elisabeth Kaasa,
Bjørn Rishovd Rund, Ole Tjomsland**

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**.

Allmenntidisin



Oslo

Oslo kommune
Bydel Vestre Aker

Fastlegehjemmel ved Borgen legesenter

Listestørrelsen er 1300 pasienter. Borgen legesenter er lokalisert på Steinerud ved Diakonhjemmet sykehus sentralt ved T-banestasjonen. Det er tre leger og to legesekretærer i 100% stilling. For fullstendig utlysning, se Legejobber.no. Søknadsfrist 17.05.2026



STJØRDAL KOMMUNE

Fastlegehjemmel ved Tangen legekantor

Tangen legekantor er et veletablert legekantor med sentral beliggenhet ved sjøkanten på Tangen i Stjørdal. Lokalene er lyse og trivelige med flott utsikt mot sjøen, og det er kort vei hit enten du kommer med bil eller kollektivt. Les mer på kommunens nettside eller Legejobber.no. Søknadsfrist 17.05.2026

Legejobber



Fastleger til legepraksis kun 30 minutter fra Bergen

Rimelig overtakelse, kortere pasientlister og fokus på en god arbeidshverdag

På Knarvik legekantor i Alver kommune har de jobbet målrettet for å skape en bedre arbeidshverdag. Med kortere pasientlister og styrket drift legger de til rette for at du kan gjøre en god jobb, og samtidig ha det bra underveis.

- Pasientlister på ca. 800 – 1000 pasienter
- Lav hjemmelspris: 380 000 kroner
- Et kontor i utvikling – ikke et sted som “alltid har vært sånn”
- 30 minutter fra Bergen, med en roligere hverdag
- Et fagmiljø der samarbeid faktisk er en forutsetning

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

Hud- og veneriske sykdommer

Hudlege/Dermatolog
Dr.Dropin Tromsø

Dr.Dropin i Tromsø opplever stor etterspørsel for våre hudtjenester og søker derfor erfaren hudlege til deltid. Vi tilbyr en morsom og variert hverdag med hyggelige kollegaer og faglig utvikling i topp moderne klinikker. Les mer på Legejobber.no. **Søknadsfrist snarest.**

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.**

Vil du annonsere for ditt kurs?



Ta kontakt på
annonser@tidsskriftet.no

Tidsskriftet

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

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

Sekretariatsledelsen

Generalsekretær Siri Skumlien

Avdeling for digitale tjenester,
avdelingsdirektør Marit Helland

Avdeling for jus og arbeidsliv,
avdelingsdirektør Lars Duvaland

Medisinsk fagavdeling, avdelingsdirektør
Johan Georg Røstad Torgersen

Kommunikasjonsavdelingen,
avdelingsdirektør Knut E. Braaten

Helsepolitisk avdeling, avdelingsdirektør
Marit Bækkelund Randsborg

Avdeling for økonomi og virksomhets-
utvikling, avdelingsdirektør Anders Wigdahl

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
[legeforening.no/sentralstyret](https://www.legeforening.no/sentralstyret)
Ansattes e-postadresser finnes på
[legeforening.no/kontakt](https://www.legeforening.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)

Velkommen til landsstyremøtet!

I begynnelsen av juni samles Legeforeningens landsstyre på Fornebu. Fra 2. til 4. juni møtes delegater fra hele landet til tre dager med diskusjoner, prioriteringer og retning for foreningens videre arbeid.



Anne-Karin Rime
President

AK Rime

Landsstyremøtet er Legeforeningens øverste organ. Det er her vi sammen utvikler politikken vår og legger føringer for hva vi skal jobbe med i tiden som kommer.

I år skjer dette samtidig som arbeidet med en ny helsereform er i gang. Det gjør møtet ekstra viktig.

Norsk helsetjeneste holder gjennomgående høy kvalitet, og mye fungerer godt. Samtidig vet vi at presset øker, og at utfordringene er sammensatte. Skal vi lykkes med en helsereform, må vi ta utgangspunkt i en felles forståelse av både utfordringer og styrker. Faglige vurderinger må være førende, og tillit må få større plass enn kontroll og detaljstyring.

Å utvikle helsetjenesten er en balansekunst. Vi må være villige til å endre det som ikke fungerer, men samtidig ta vare på det som gir kvalitet, kontinuitet og tillit.

En debatt om fremtidens helsetjeneste må også stille de grunnleggende spørsmålene: Hvordan opprettholder vi høy tillit og kvalitet i tjenestene, samtidig som helsepersonell får en bedre arbeidshverdag? Reformen må lykkes med dette for å bli en suksess.

Men det er ikke bare retningen fremover som krever vår oppmerksomhet. Vi må også være bedre forberedt på det uforutsette.

2026 er totalberedskapens år, og beredskap i helsetjenesten står høyt på den politiske dagsordenen. Erfaringene fra de siste årene har tydelig vist hvor sårbar helsetjenesten kan være. Grunnberedskapen er i hovedsak dimensjonert for en normalsituasjon. Reservekapasiteten er begrenset, og det øves for lite. Det betyr at helsetjenesten i dag i for stor grad er rigget for normal drift, ikke for langvarige kriser.

Skal helsetjenesten være rustet for fremtidige kriser, må vi styrke egenberedskapen. Det handler om mer enn planer. Det handler om mennesker,

kompetanse og arbeidsforhold, og om god samhandling mellom nivåene i helsetjenesten. Skal vi lykkes, må kommuner og sykehus i større grad ta et felles ansvar for beredskapen, med tydelige roller og bedre samhandling.

Samarbeid må etableres i fredstid for å fungere i krise. Det gjelder internt i helsetjenesten, på tvers av sektorer og i møte med andre samfunnsaktører.

Tradisjonen tro blir det også i år helsepolitisk debatt under landsstyremøtet. Temaet er likeverdige helsetjenester.

Ambisjonen om likeverdige helsetjenester står sterkt. Samtidig ser vi at enkeltvedtak og lokale initiativ kan trekke i ulike retninger. Det reiser viktige spørsmål: Bidrar sammen av beslutningene til økt likeverdighet, eller flyttes ressurser bort fra andre områder? Og hva skjer når politiske beslutninger går på tvers av faglige vurderinger?

Landsstyremøtet er stedet der disse spørsmålene skal diskuteres. Her møtes erfaringer fra hele helsetjenesten, og synspunkter brytes. Her legger vi også grunnlaget for hvilke veivalg Legeforeningen skal stå for i tiden fremover. Har du innspill, håper jeg du tar kontakt med tillitsvalgte som deltar på møtet. Vi trenger alle gode forslag.

Jeg ser frem til gode diskusjoner, tydelige prioriteringer og et møte som bidrar til å styrke både foreningen og helsetjenesten.

Vel møtt. ■



Fikk gjev pris: Professor Lars Aabakken jobber daglig som overlege ved Gastromedisinsk seksjon på Rikshospitalet. I fjor mottok han UEG Lifetime Achievement Award, en av de gjeveste utmerkelsene innen europeisk gastroenterologi. Foto: Stig Kringen / Legeforeningen

Endoskopieksperthen

Han har vært en av Norges mest toneangivende fagpersoner innen gastrointestinal endoskopi i en årrekke. I oktober i fjor mottok professor Lars Aabakken UEG Lifetime Achievement Award. Dette er en av de gjeveste utmerkelsene innen europeisk gastroenterologi.



Aabakken arbeider til daglig som overlege ved Gastromedisinsk seksjon på Rikshospitalet. Han fikk prisen for sitt banebrytende arbeid innen endoskopi, sitt internasjonale engasjement, sin kliniske dyktighet og sin organisatoriske ledelse. United European Gastroenterology (UEG) beskriver ham som en av de mest innflytelsesrike personene innen fordøyelsessykdommer og endoskopi i Europa og globalt.

Prisen ble utdelt foran 12 000 deltakere på UEGs årlige kongress i Berlin. UEG er en paraplyorganisasjon for gastroenterologiske fagmiljøer i 55 medlemsland, der hvert medlemsland kan nominere én kandidat.

– Det var stor stas å bli hedret med prisen. UEG er en stor og viktig forening for generell gastroenterologi i Europa, sier Aabakken.

En god dag på jobb

Endoskopi er den delen av gastroenterologien der legen undersøker og behandler mage-tarmkanalen med fleksible instrumenter. Det er en begrenset, men svært viktig del av faget. Tradisjonelt har det ofte vært hepatologer, onkologer, kirurger og andre fagfelt som har fått UEG-prisen.

– De jeg kjenner i mitt miljø syntes det var stas at en endoskopør ble valgt i år. Jeg fikk også mange hilsener fra andre nordmenn som var til stede i Berlin, og som var stolte på Norges vegne. En god dag på jobb.

Mange medisinerer får priser for banebrytende forskning publisert i tidsskrifter som The Lancet og Nature. Aabakken forteller at han har skrevet noen artikler, men ingen han anser som akkurat banebrytende. Han ser på denne prisen mer som en anerkjennelse av hans engasjement i internasjonale foreninger. Hamar-mannen har vært president i Scandinavian Association for Digestive Endoscopy (SADE), i European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) og nå siden 2024 president i World Endoscopy Organization (WEO).

Metode- og turnusbok

Metodebok.no er i dag den sentrale, nasjonale portalen for medisinske metodebøker, faglige prosedyrer og veiledere i den norske spesialisthelsetjenesten. Portalen forvaltes av de fire regionale helseforetakene og brukes for å sikre standardisert, oppdatert klinisk praksis.

Men slik har det ikke alltid vært. Lars Aabakken skrev den første metodeboken for gastromedisin og senere medisinsk avdeling på Ullevål på 80-tallet. Dette gjorde han i samarbeid med professor Magne Osnes på Ullevål omtrent midtveis i medisinstudiet.

– Osnes var den ledende gastroenterologen i Norge på den tiden og en innovator. Det var helt uvurderlig for meg å ha ham som veileder og mentor, i aller videste forstand.

Under turnustjenesten i 1988–1989 arbeidet Aabakken ved Volda sjukehus. På Sunnmøre fulgte han opp med «Turnuslegeboka». På den

tiden var slike praktiske «kokebøker» ikke like godtatt overalt. Mange mente at legekunst skulle være nettopp kunst. Lokalavisa Møre fikk høre at han satt opp hele netter og skrev.

– Møre ønsket derfor å ta bilde av min kone i neglisjé som skulle se fristende ut i bakgrunnen mens jeg febrilsk satt i pysjamas og skrev og ikke kunne bli forstyrret. Dette var deres ide for oppslaget, men kona var gravid i åttende måned. Så det endte det opp med en slåbrok-gravid variant i avisa, humrer han.

«Turnuslegeboka» ble først trykket opp og delt ut gratis til alle norske turnuskandidater i mange år. Etter hvert kom den ut på forlag og i mer ordnede former.

– I Norge er dette nok min viktigste «claim to fame». Over 30 år senere brukes boka fortsatt. Sjette revisjon er nå sendt i trykken, med Bjørn Bendz som medredaktør og mange flinke bidragsytere fra ulike fagfelt.

Pioner på digitale løsninger i medisinen

Aabakken forteller at datainteressen kom tidlig. Allerede på 80-tallet begynte han å utvikle digitale løsninger som skulle følge ham gjennom karrieren. Han laget blant annet digitale læringsprogrammer for studenter og senere OKSebasen, et styringsverktøy som holdt orden på undervisning, undervisere, rom og studenter ved Oslo Kommunale Sykehus (primært Ullevål) i over 15 år.

Senere utviklet han, sammen med Pål Dag Line, et journalsystem for Feiringklinikken og databasen for gastrolaben på Rikshospitalet. Denne ble brukt i rundt 15 år, og brukes delvis fortsatt. Han sto dessuten bak et tidlig manuskript håndteringssystem for Scandinavian Journal of Gastroenterology, der han ble executive editor i 1996 og holdt det gående i nesten 30 år.

Kompetanseutveksling på tvers av kontinenter

– Internasjonalt arbeid er veldig inspirerende og gir et unikt innblikk i andre deler av medisinen. Jeg skulle gjerne ha startet med det tidligere, og håper studentene våre vurderer det i større grad enn det jeg gjorde den gangen. Kompetanseutveksling går alle veier og bidrar til at alle kan dra nytte av de beste nyvinningene, uansett hvor de oppstår, forklarer Aabakken som blant annet har tilbrakt mye tid i Kina de siste par årene gjennom sitt arbeid som president i WEO. Der har han observert en industriell og teknologisk utvikling som skjer i et tempo som knapt har paralleller.

– For meg gjør kontakten med verden det også lettere å forstå Norge. Både det vi får til, og det vi fortsatt kan bli bedre på.

63-åringen nevner et konkret eksempel på hvorfor internasjonalt samarbeid er essensielt. I dag kan store polypper og forstadier til kreft i tarmen fjernes innenfra med endoskopi uten å ta bort deler av tarmen med kirurgiske inngrep. Japanerne begynte med dette for 15 til 20 år siden, og var lenge helt i særklasse med denne spesielle kompetansen.

– De utviklet metoder for å vurdere polypper ut fra overflaterelieff, og deretter teknikker →



Prisutdeling i berlin: Aabakken ble tildelt prisen foran 12 000 deltakere på UEGs årlige kongress i Berlin. UEG er en paraplyorganisasjon for gastroenterologiske fagmiljøer i 55 medlemsland. Foto: UEG

der endoskopøren dissekerer seg inn i de tynne vegg-lagene innenfra uten å lage hull. På grunn av denne typen internasjonal utveksling har det vokst frem miljøer i Europa – og i Norge – som etter hvert er akkurat like gode. Men det baserer seg mye på det vi har lært av våre japanske kolleger.

Aabakken mener at Norge leverer endoskopi i verdensklasse. Han peker også på at vårt system med fødselsnummer og mulighet for å koble helseregistre er nokså unikt verktøy i forsknings-sammenheng. Norge har også startet systematisk og standardisert endoskopiopplæring, og har et nasjonalt kvalitetsregister som bidrar til normering av aktiviteten.

– I Norge har vi penger og tilgang til utstyr. Det er ikke sånn at Japan eller USA har bedre eller annerledes utstyr enn oss.

Aabakken mener samtidig at dagens systemer ikke er uten utfordringer.

– Altfor mye klinisk forskning har basert seg på egne registre og dobbeltregistrering, sier han. Dette skaper både merarbeid og risiko for mangelfulle data. Han peker også på balansen mellom registerforskning og personvern.

– Hensynet til personvern stopper ofte nødvendig forskning og evaluering, sier han. Aabakken mener pasientene kunne vært bedre tjent med en annen balanse.

– I Europa er det dessuten et veldig rigid regelverk for godkjenning av nytt medisinsk teknisk utstyr, som forsinker mye av utviklingen. Det er viktig at Norge er med å dra dette lasset sammen med resten av Europa, for å sikre at kvaliteten på både utdanning og klinisk praksis er helt på høyden.

Endoskopi i Afrika

Den erfarne endoskopøren har også engasjert seg tungt i endoskopiutdanning i Afrika gjennom WEO. Engasjementet startet nærmest ved en tilfældighet. Under en overlegepermisjon uten planer endte han i den tette jungelen nordvest i Ghana, langt fra alt som het endoskopi.

Dette skjedde etter at en kollega fortalte ham om et TV-program fra Ghana, der en kvinnelig kirurg oppfordret: «Kom og hjelp til.» Dette utløste at Aabakken ringte til kirurgen og dernest til

sykehuset. Han ble der i fire måneder på barneavdelingen, og fortsatte med besøk i Accra i 10 år, men da fokusert på endoskopiopplæring.

– Jeg fikk mye ut av det, kanskje aller mest entusiasme for regionen. Etter hvert har jeg kunnet bidra, med WEO i ryggen. Sammen har vi etablert en rekke regionale treningssentre med sikte på å bygge opp endoskopi-kompetansen i det meste av Afrika sør for Sahara.

Det å utvikle moderne endoskopi-enheter, lære bort endoskopisk teknikk, hjelpe til med desinfeksjon, utstyr, logistikk, forskning og dokumentasjon har Aabakken stor lidenskap for. Han tenker at Rikshospitalet klarer seg kjempefint selv om han tar turen utenlands i ny og ne.

– Ett problem i mange land er at sykehus kjøper for få skop, uten serviceavtaler, og dermed lar utstyr stå ødelagt fordi reparasjoner blir for dyre. I tillegg brukes ofte utstyret feil eller vedlikeholdes for dårlig. Her kan foreningen vår, WEO, bidra med opplæring og bedre rutiner.

Aabakken peker på andre bremseklosser for endoskopi. I mange land skyldes det en kombinasjon av uheldige økonomiske prioriteringer, infrastruktur og til dels kirurgiske tradisjoner, men også manglende endoskopi-kompetanse, en komponent WEO prøver å bidra med.

– Jo mer jeg ser av Afrika, jo mer ser jeg en rolle for endoskopi som ikke blir godt nok utnyttet. Dette krever organisering og investering, men også opplæring og generell support. Det å kunne bidra til det er ekstremt inspirerende og motive-rende for meg, selv om jeg verken er kristen eller spesielt snill, forklarer han.

– Dessuten er det massevis å lære for meg også, kompetanseutvekslingen går virkelig begge veier.

Kliniker, forsker og organisator

Aabakken mener disse tre rollene går litt i hverandre. Når han er på Rikshospitalet skoperer han for det meste eller er med og heier på kollegaene. Han er gledelig forskånet for mye administrativt arbeid i avdelingen, det skjer heller internasjonalt. Forskningen skjer også for en stor del i internasjonal sammenheng.

Rikshospitalets endoskopi-enhet har blitt et internasjonalt referansepunkt. Hvordan har de klart dette?

Aabakken forklarer at han overtok en faglig sterk enhet av professor Olav Fausa i 1999. Enheten har imidlertid vokst en del siden den gang.

– Rikshospitalet er et fantastisk sted å jobbe, og det meste av utviklingen hos oss har skjedd i nært samarbeid med tilgrensende avdelinger. Jeg har vært velsignet med et strålende team av engasjerte leger, sykepleiere og annet hjelpepersonell. Utviklingen har skjedd nokså organisk. Kanskje litt fordi vi har hatt en svært flat struktur der talenter har fått utfolde seg? Jeg har ikke gjort så mye annet enn å heie, men det har sikkert vært en ressurs at jeg har hatt tett kontakt med internasjonale miljøer i mange år.

Aabakkens forskning innen endoskopi har vært mye knyttet til utprøving og evaluering av nye endoskopiske metoder for bedre håndtering av sykdom, sammen med mange andre elementer.

– Vi har fått mye praktisk erfaring med enkelte metoder. Særlig knyttet til avansert galleveisdiagnostikk, for eksempel kolangioskopi, der vi kan titte opp i galleveiene og visualisere og behandle gallestein og kreftforandringer i fire farger. Vi steller også mye med pasienter med tidligere tarmkirurgi, for eksempel slankekirurgi eller kreftkirurgi. Der er den endoskopiske tilgangen til galleveiene annerledes og vanskeligere.

Teknologi og endoskopi

Aabakken synes det er iøynefallende hvor raskt AI integreres i det meste av det de gjør. Innen endoskopi var det i første omgang til hjelp i polyppdeteksjon ved koloskopi, men bruksområdene endrer seg raskt.

– Nå finnes det eksempelvis en robotstyrt videokapsel som kan undersøke hele fordøyelseskanaalen på egen hånd og skrive rapport til slutt basert på AI-analyse. Men vi ser også stadig flere mer hverdagslige støttefunksjoner, for eksempel knyttet til automatisert kvalitetssikring og dokumentasjon.

Robotteknologi er også avgjørende for å utvide repertoaret av avanserte endoskopiske teknikker, særlig når målet er å fjerne kreftsvulster på et tidlig stadium. En av de største begrensningene ved tradisjonell endoskopi, sammenlignet med laparoskopi og kirurgi, er mangelen på triangule-

ring. I et endoskop har man bare én instrumentkanal, og dermed kun ett instrument som kommer inn fra én retning. Det gir svært begrensede muligheter for avansert vevsmanipulering.

– Robotteknologi med to uavhengige arbeidsarmer gjennom eller utenfor skopet, gjør at vi kan utføre oppgaver som hittil har vært forbeholdt kirurgi, som å sy igjen defekter med nål og tråd, løfte vev og dissekere presist under god kontroll. Det er nok fortsatt noen år frem, men denne utviklingen går stadig forttere, forteller Aabakken.

På spørsmål om hvorfor en LIS-lege bør velge gastroenterologi som spesialitet, svarer Aabakken at gastroenterologi er en super kombinasjon av mange deler av medisinen, med bredt spekter av organer.

– Det er en blanding av teori og praktiske prosedyrer, mekaniske og funksjonelle problemer, basalt og klinisk arbeid. Det vil si et mangfold av områder å fordype seg i, sier han. Han legger også til, litt humoristisk, at han ofte har tenkt på hvordan hans egne døtre kunne la være å velge medisin når de stadig «møtte en ekstremt blid og entusiastisk far etter nok en dag på jobb». Begge valgte imidlertid helt andre veier, med hell. ■

Stig Kringen

Kommunikasjonsavdelingen

Bra lag: – Teamet på Gastrolab har båret meg frem de siste 27 årene, sier Aabakken. Foto: Privat



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
Koppervnæs-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 Ordning
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
Sandboe, Maria Ilene
Samersaw-Lund, Miriam May Brit
Simonsen, Gunnar Skov
Skjold-Ødegaard, Benedicte
Slagstad, Ketil
Solberg, Steinar K.
Sorteberg, Angelica
Spigset, Olav
Staff, Annetine
Stray-Pedersen, Asbjørg

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

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

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

© Tidsskrift for

Den norske legeforening

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

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

Utgiver

Den norske legeforening
Generalsekretær Siri Skumlien

Redaktøransvar

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

Tidsskriftet arbeider etter Vær Varsom-plakatens regler for god presseskikk. Den som mener seg rammet av urettmessig medieomtale, oppfordres til å ta kontakt med redaksjonen.

Pressens Faglige Utvalg (PFU) er et klageorgan som behandler klager mot mediene i presseetiske spørsmål. For informasjon om klageadgang, se: www.presse.no



Pressens
Faglige Utvalg

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



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



Redaksjonen

Sjefredaktør Are Brean

Assisterende sjefredaktør

Ragnhild Ørstavik

Redaksjonssjef Cathrine Idsøe

Digitalisjef Einar Ryvarden

Markedssjef Ellen Bye Knutsen

Vitenskapelige redaktører

Siri Lunde Strømme, Kari Tveito

Publiseringsredaktør Tone Enden

Debattredaktør Øyvind Stople Sivertsen

Medisinske redaktører

Lars Frich, Petter Gjersvik,

Inge Rasmus Groote, Mette Kalager,

Liv-Ellen Vangsnes, Martine Fimreite

Wilhelmsen, Elena V. Aandstad

Produksjonssjef Berit Seljebotn

Visuelt ansvarlig Peder Bernhardt

Grafisk designer Henrik Hjorth Austad

Journalister Lisa Dahlbak Jacobsen,

Caroline Ulvin Johansson,

Helena Heimer Rognstad

Manusredaktører Marit Fjellhaug Been,

Kjetil Dons Jensen

Teknisk redaktør Julie Didriksen

Produksjonskonsulent Åse Gjefsen

Redaksjonskonsulent Jorunn B. Kvarme

Produktsjef Njål H. Anderssen,

Tina Bjørnstad

Faste bidragsyttere

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

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

Trykk Aksell AS

Opplag 34 020

Antall utgivelser 15 numre per år
ISSN 0029-2001



KOMMER
2. JUNI

Les i neste nummer

- Akinetisk mutisme
- Inflammatorisk tarmsykdom
- Frisk hud trenger ikke smøring
- Farskapsbestemmelse
- Fastlegeordningen 2001-26



Forbedret
livskvalitet¹

LYRICA
PREGABALIN

Flere indikasjoner² | 20 års klinisk erfaring² | 53 millioner pasientår⁶ | 199 kliniske studier⁷

Internasjonale guidelines bekrefter på nytt pregabalin som et førstelinje behandlingsvalg 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 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.

ICPC/ICD		Vilkår	
-90	Palliativ behandling i livets sluttfase	136	Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.
N88/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. 134,80. **75 mg:** 14 stk. kr. 167,10. 100 stk. kr. 296,90. **150 mg:** 14 stk. kr. 167,10. 100 stk. kr. 403,40. **225 mg:** 56 stk. kr. 410,30. **300 mg:** 56 stk. kr. 410,30. **Mikstur: 20 mg/ml:** 473 ml kr. 982,30.

Referenses:

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).

Viatris AS, Hagaløkkveien 26,
Pb 194 - 1371 Asker
Tel: 66 75 33 00
inforge@viatris.com

