

Medisinstudenter må lære å håndtere usikkerhet

side 752, 755

Fra medisinutdanning i Gaza til LIS1-tjeneste i Norge

side 798

Positive kliniske tegn på funksjonell nevrologisk lidelse

side 770

Tidsskrift for
Den norske
legeforening

Tidsskriftet



Embagyn

doksylin 20 mg/pyridoksin 20 mg

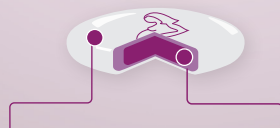
For behandling av svangerskapskvalme og oppkast¹

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

Enkel dosering

1-2 tabletter/dag

Tablett med modifisert frisetting¹



Et flerlags belegg med **øyeblikkelig frisetting**

Enterodrasjert kjerne med **forsinket frisetting**



Ny **STØRRE** pakning!

10 tabletter og **nyhet** 20 tabletter

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

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

Forsiktighetsregler:

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

Interaksjoner: Se SPC pkt.4.5

Bivirkninger: Hyppigst rapportert er somnolens.

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

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

Gynekologi (NGF)
Metodeboken 2025²

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

Helsevalget 2025



Are Brean
Sjefredaktør

Til denne utgaven av Tidsskriftet har vi fått to ringrever fra henholdsvis politisk analyse og helsejournalistikk til å gi oss sine vurderinger av helsepolitikken før stortingsvalget 2025. Magnus Takvam mener at både helsekøer og foretaksmodellen har potensial til å bli nasjonale temaer, men at de neppe vil avgjøre valget. Anne Hafstad etterlyser på sin side politikere som tør å prioritere: «Ingen partier snakker om hva helsetjenestene skal slutte med eller gjøre mindre av. Det går ikke lenger», skriver hun.

Knapphet på kompetent personell vil i årene fremover bli en av helsevesenets største utfordringer, slik de begge er inne på. Derfor er jeg overbevist om at det å utdanne, og ikke minst beholde, dyktige leger og sykepleiere er noe av det viktigste vi må prioritere for at Norge skal fortsette å ha en offentlig helsetjeneste i verdensklasse. For å beholde og utvikle dyktige fagfolk trengs gode arbeidsvilkår, faglig basert styring og tilstrekkelige ressurser. Hvilke av de politiske partiene som får ansvaret for den utfordringen de neste fire årene, skal du være med på å bestemme på valgdagen 8. september. Godt helsevalg 2025! ■

Forsiden

Det finnes ingen gale nøkler. De åpner bare ulike dører.

Medisinstudiet utstyres leger med en enorm kunnskapsbase. En nyutdannet lege har tilegnet seg mange ferdigheter, kjenner til ulike sykdomsmekanismer og vet hvordan man skal diagnostisere og behandle en rekke tilstander.

Likevel. Selv om nøkkelnippet legen bærer med seg har blitt stort og tungt, kan det være vanskelig å vite hvilken nøkkel man skal velge i en gitt klinisk situasjon. Den iboende usikkerheten ved å utøve legeyrket, som du kan lese

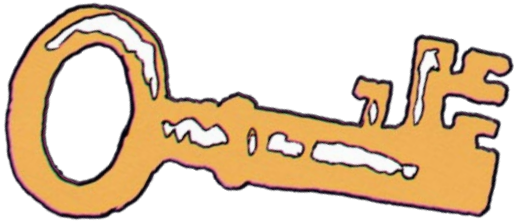
mer om i dette nummeret av Tidsskriftet, kan oppleves stor og noen ganger overveldende. Men mange valg betyr også at det fins mange muligheter. Kanskje trenger man ikke å være så redd for å gjøre gale valg. Det er flere måter å være en god lege på, og en pasient kan hjelpes på ulike vis.

Forsideillustrasjonen er laget av Steph Hope. Flere av hennes arbeider kan du se på stephope.com og på Instagram: [@wiffeney](https://www.instagram.com/wiffeney)

PS Alle yrkesgrupper møter på usikkerhet. Denne utgaven av Tidsskriftet fins med tre ulike fargekombinasjoner på forsideillustrasjonen.



Illustrasjon: Steph Hope

I denne utgaven:

Illustrasjon: Steph Hope

Mer refleksjon og resonnement i studiet, takk

Leger møter mange dilemmaer i sitt yrke og må ofte foreta vanskelige valg. Men mange medisinstudenter er ikke godt nok rustet til å håndtere usikkerhet i slike situasjoner. Undervisning og eksamensformer i studiet må i større grad enn i dag legge vekt på refleksjon og resonnement. Det mener en gruppe legestudenter i Bergen. De får støtte av lærere ved alle de fire studie-stedene i Norge.

Mentorordninger der en erfaren lege gir støtte og råd til den uerfarne, vil kunne føre til bedre kollegialt fellesskap, trivsel og trygghet. Bruk av individuelle planer i studiet vil kunne styrke tverrfaglig samhandling, helhetstenkning og brukervedvirkning.

Side 729, 752, 755, 758

Fra Gaza til LIS1-tjeneste i Norge

Gaza har formet meg som lege, skriver Amir Ghabayen. Med palestinske røtter valgte han å studere medisin i Gaza, og han gjennomfører nå sin LIS1-tjeneste i Norge. Studiet fulgte internasjonalt pensum med forelesere og sensorer fra Europa, Canada og USA. Før krigen var Gaza fullt av liv, fellesskap og engasjement, men med krigen ble virkeligheten en helt annen: ødeleggelse, nød og elendighet. Som frivillig på sykehus løp han mellom pasienter med skuddskader, brannskader og kollapsede lunger. Arbeidet var hektisk. Akuttmottaket var fullt. Ressursene knappe. Det var blod, panikk og barneskrik overalt.

Side 798

Positive tegn på funksjonell nevrologisk lidelse

Funksjonell nevrologisk lidelse er kjennetegnet av endret voluntær motorisk eller sensorisk funksjon der kliniske funn ikke er forenlige med andre kjente tilstander. Man har lenge oppfattet slike symptomer og funn som en følge av psykologiske faktorer, og i mange år har målet med utredningen vært å utelukke andre tilstander. Med nye diagnosekriterier for funksjonell nevrologisk lidelse har man fjernet kriteriet om en sammenheng mellom psykologiske faktorer og symptomer. Diagnosen skal nå være basert på positive kliniske tegn. En tverrfaglig forfattergruppe gir en oppdatert oversikt over hva man vet om tilstanden.

Side 770

Innhold

Leder

- 729 Vil du være mentoren min?
Martine Fimreite Wilhelmsen

Invitert kommentar

- 730 Livsfarlig helsehjelp
Erik Fosse
- 732 Hvor er alle sykehuslegene?
Hege Gjessing
- 733 146 605 Hiroshima-bomber
Knut Mork Skagen
- 736 Unge lovende
David Hui
- 737 Politikerne må prioritere
Anne Hafstad
- 740 Helse viktig, men avgjør neppe valget
Magnus Takvam

Debatt**Debatt**

- 744 E-sigaretter er allerede strengt regulert
Tord Finne Vedøy, Karl Erik Lund
- 745 Villedende om e-sigaretter
Karl Erik Lund, Tord Finne Vedøy
- 747 Helsemyndighetene som bukken og havresekken
Birgit Lie Haugen, Runi Rogers, Kari Mette Singstad
- 749 Forsvarlig forvaltning av helseregistrene
Guri Rørtveit, Christine Bergland
- 751 På høy tid med individuell vurdering av kjøreevne
Thea Melsen Sudmann, Øystein Kalsnes Jørstad

Kronikk

- 752 Et godt skjult pensum
Idun Grimstad Skjærseth, Andrea Hay Braa, Erlend Sæther, Erica Weinreich
- 755 Medisinstudenter må lære å håndtere usikkerhet
Knut Eirik Eliassen, Kristin Heggen, Monika Kvernenes, Resha al-Azzawi, Hilde Grimstad
- 758 Individuell plan som redskap i undervisningen
Anne Kveim Lie, Hanne Lichtwarck, Ronny Rene Raveen, Tommy Sjøfjell, Linda Wusthoff, Ingrid Amalia Havnes

Vitenskap**Fra andre tidsskrifter**

- 764 Forbedret livskvalitet er lite brukt som endepunkt i kliniske kreftstudier
Martine Fimreite Wilhelmsen
- 764 Kakeksi og apati ved kreft
Haakon B. Benestad

nr. 9/2025

Utgivelsesdato
19. august 2025

- 765 Hva gjør foreldres skjermbruk med barna?
Martine Fimreite Wilhelmsen
-
- Originalartikkel**
- 766 Cushings sykdom i Helse Vest
Ingrid Martinsen Amland, Kristian Løvås, Morten Lund-Johansen, Eystein Sverre Husebye, Rupavathana Mahesparan, Grethe Åstrøm Ueland
-
- Invitert kommentar**
- 767 Sjelden, men ikke ubetydelig
Trine E. Finnes
-
- Originalartikkel**
- 768 Henvisninger til spesialisthelsetjenesten for pasienter med smerter i nakke og rygg
John Bjørneboe, Jostein Skranes Brox, Kjersti Myhre, Mirad Taso, Erik L. Werner, Cecile Røe, Jens Ivar Brox
-
- Invitert kommentar**
- 769 Praksis og idealer ved håndtering av smerte i nakke og rygg
Stefán Hjörleifsson
-
- Klinisk oversikt**
- 770 Funksjonell nevrologisk lidelse
Erlend Bøen, Sverre Myren, Marte Wendel-Haga, Jeanette Koht, Sigrid Svalheim, Line Sveberg, Thanh P. Doan, Ole Andreassen, Birgitte Boye, Torbjørn Elvsåshagen
-
- Noe å lære av**
- 776 Kvinne i 40-årene med blodig oppkast og muskel- og leddsmerter
Tore Stenstad, Helle Borgstrøm Hager, Martin Paulson, Øystein Sverdrup
-
- Kort kasuistikk**
- 782 Ornitose
Torgeir Kismul Matre, Siri Johanne Øyen Hareide, Louise Aarhun Bergane, Massoud Mousavi
-
- 784 Kraniocervikal dissosiasjon
Kjell Alexander Thunes Akre, Clemens Weber, David Andreas Thomas Werner, Jennifer Kamps, Maziar Behbahani
-
- Medisinen i bilder**
- 786 Ruptur av levercyste etter fall
Sandra Stadheim, Thomas Johan Fyhn, John Christian Glent, Adam Jachimowicz
-
- Språkspalten**
- 787 Hvorfor skrive cor, pulm og abdomen i år 2025?
Claus Klingenberg, Stig Norderval, Ketil Størdal
-
- Fra fagmiljøene**
- 788 Hva ulike fosfatidyletanolnivåer sier om alkoholkonsumet
Alexander Årving, Stig T. Bogstrand, Gudrun Høiset

Magasin

- Intervju**
- 790 Klassereise uten sikkerhetsbelte
Charlotte Lunde
-
- Legelivet**
- 796 Å flytte fjell
Marte Roa Syvertsen
-
- 797 Depresjon og selvmord blant leger i Norge
Helene Seljenes Dalum, Erlend Hem
-
- 798 Fra Gaza til LIS1-tjeneste
Amir Ghabayen
-
- I tidligere tider**
- 799 Vesalius' Fabrica – fra medisinsk lærebok til kulturskatt i Oslo
Erlend Hem, Magne Nylenna, Øivind Larsen
-
- Ett døgn med**
- 804 En rolig sommervakt som LIS1-lege
Helena Heimer Rogstad
-
- Fra arkivet**
- 806 Skjermen og barna
Julie Didriksen
-
- 808 **Anmeldelse**
-
- 809 **Minneord**
-
- 811 **Ph.d.-disputaser**

Annonser

- 813 Legejobber
-
- 817 Kurs og møter

Aktuelt i foreningen

- 821 Nå trenger vi et helseløft
Anne-Karin Rime
-
- 822 Når uhellet er ute: Møt Norway Cups skadeekspert
Stig Kringen
-
- 824 Ti år med skrivekurs i medisinsk publisering
Helene Seljenes Dalum
-
- 825 En hilsen fra medisinstudent-lederen
Elise Skimmeland
-
- 826 Sykmelding for depresjon: Oppfølging og fare for nytt fravær
Lisbeth Nilsen
-
- 827 – Politikerne må tørre å ta noen viktige og nødvendige veivalg
Vilde Baugstø

legejobber.no

Norges mest komplette stillingsportal for leger

UTVALGTE STILLINGER

SØRLANDET SYKEHUS HF

Allmennlege

Frist 26. august

SYKEHUSET ØSTFOLD HF

Overlege, psykiatri

Frist 31. august

TRONDHEIM KOMMUNE

Kommuneoverlege

Frist 1. september

SYKEHUSET TELEMARKE HF

Overlege, psykiatri

Frist 31. august

UNILABS NORGE AS

Radiolog

Frist 31. august

GRANE KOMMUNE

Fastlegehjemmel

Frist 24. august

HELSE BERGEN HF

Spesialist i allmenntmedisin

Frist 24. august

VESTRE VIKEN HF

LIS, nukleærmedisin

Frist 22. august

LYNGDAL KOMMUNE

ALIS

Frist 1. september

NESNA KOMMUNE

Fastlege

Frist 31. august

Vil du være mentoren min?

Mentorordninger gir kollegialt fellesskap, bedre trivsel og økt trygghet for medisinstudenter og unge leger.

Overgangen fra å være medisinstudent til å være lege kan være overveldende. Selv med autorisasjonen i hånden kan man bli sittende fast i en følelse av utilstrekkelighet (1). Med en veiledende hånd kan dette skiftet kanskje bli mindre dramatisk.

For noen år siden stilte en student seg spørsmålet i Tidsskriftet om hun noen gang kom til å føle seg som en lege (2). Det hender jeg spør meg selv om det samme – også nå, ett år etter jeg har fått autorisasjonen min. Jeg mistenker at jeg har velinformerte hypokondrerverner som føler seg mer som lege enn det jeg gjør.

I den kliniske delen av medisinstudiet møtte jeg mange leger som tilsynelatende bar den hvite legefrakken med den største selvfølgelighet. Den hule og målrettede lyden når de perkuterer, den sikre tonen i ethvert spørsmål, ikke et hint av nøling ved kliniske avgjørelser, de elegante journalnotatene. Mang en gang gjorde jeg pinlige forsøk på å skjule min altoppslukende beundring – og en sjenerende følelse av at livet som lege kan bli mitt sisyfosarbeid.

«Akkumulert erfaring veier tungt i klinisk medisin», står det i en annen tekst i Tidsskriftet, der verdien av den grånedede mentoren de heldige av oss kan møte på i sykehusgangene, illustreres så fint. (3) Slike møter må vi utnytte mer og bedre.

En mentor er mer enn en veileder. En mentor skal fungere som lærer, rollemodell, rådgiver og støtte (4, 5). I en mentorordning investerer en mer erfaren person sin egen kunnskap, energi og tid for å hjelpe en mindre erfaren person til å utvikle og forbedre seg (6). Mentorordninger er særlig viktige i legeyrket – ikke bare for den som får støtte, men også for den som gir (6). Den som mottar hjelp, kan oppleve bedre mestring av stress, mens den som gir hjelp, kan oppleve tilfredsstillende og anerkjennelse blant kolleger (6, 7).

I Norge har mentorordninger vist seg å gi bedre fellesskap, mer trivsel og økt trygghet (8). I Budapest, der jeg studerte, ble jeg ikke introdusert for noen mentorordning. Gjennom arbeidet mitt i Tidsskriftet har jeg lært at det finnes forskjellige tilbud i alle de norske studiebyene.

Ved Universitetet i Bergen er deltakelse i en mentorgruppe en obligatorisk del av studiet i to år. Gruppevis møter ca. åtte studenter en mentor og en studentmentor for blant annet å drøfte hvordan studentene lærer å bli «ekte leger». Et uformelt pensum tilskrives noe av æren for dette: «Legerollen [...] formidles gjennom det forbildende sier og gjør» (9).

Ved Universitetet i Oslo kan medisinstudenter frivillig delta i mentorgrupper via Oslo legeforening. Strukturen er ikke fastsatt, men et av målene er at studentene skal få mulighet til å diskutere opplevelser, følelser, etikk og andre temaer knyttet til rollen som lege og medisinstudent. Gruppene møtes 2–4 ganger i året (10).

Ved NTNU i Trondheim har man en studentmentorordning der ferske medisinstudenter kan rådføre seg med studenter i eldre kull. Studentmentorene arrangerer spørretimer for 1.–3. klassinger hver høst og vår. Her diskuteres oftest leseteknikk og eksamen, men det tilbys

også én-til-én-samtaler. De har også en såkalt lege-og-student-tjeneste, der studenter kan henvende seg til leger med spørsmål om legeyrket (11).

Medisinstudiet i Tromsø har en integrert og obligatorisk mentorordning. En gruppe med åtte studenter har samme mentor gjennom alle seks årene studiet varer. En gang i halvåret har de et obligatorisk individuelt møte med den samme legen. (12)

Finnes det ingen ordning der du studerer medisin, kan du kan ta saken i egne hender. Kommer du over en inspirerende professor eller en kliniker som driver med akkurat det du drømmer om – hvorfor ikke spørre om vedkommende kunne tenke seg å hjelpe deg og dine medstudenter litt ekstra på veien? Foreslå faste møter gjennom semesteret. Dere kan diskutere etiske dilemmaer, interessante kasuistikker, ansvaret som kommer med legeyrket og ulike personlige og profesjonelle mål (13, 14).

Jeg vil oppmuntre medisinstudenter til å engasjere seg i en mentorordning – enten i en allerede etablert ordning eller gjennom eget initiativ. Som student fikk jeg ikke selv ta del i en mentorordning, men neste gang jeg begeistres av en potensiell mentor, skal jeg legge fra meg stoltheten og spørre: «Vil du være mentoren min?» Forhåpentligvis vil denne teksten også motivere noen av mine legekolleger til å svare ja. ■

Martine Fimreite Wilhelmsen

martine.wilhelmsen@tidsskriftet.no

Martine Fimreite Wilhelmsen er lege og assisterende medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Litteratur

- 1 Bravata DM, Watts SA, Keefer AL et al. Prevalence, Predictors, and Treatment of Impostor Syndrome: a Systematic Review. *J Gen Intern Med* 2020; 35: 1252–75.
- 2 Schei V. Skal jeg noen gang kunne føle meg som lege? *Tidsskr Nor Legeforen* 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.20.0894.
- 3 Pihlstrøm L. Den gamle mannen og frakken. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 162.
- 4 Baroness JA. A brief history of mentoring. *Trans Am Clin Climatol Assoc* 1995; 106: 1–24.
- 5 Birkeli CN. Veilederordningen – nært eller fjernt fra mentorordninger? *Tidsskr Nor Legeforen* 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0516.
- 6 Henry-Noel N, Bishop M, Gwede CK et al. Mentorship in Medicine and Other Health Professions. *J Cancer Educ* 2019; 34: 629–37.
- 7 Skjevik EP, Boudreau JD, Ringberg U et al. Group mentorship for undergraduate medical students—a systematic review. *Perspect Med Educ* 2020; 9: 272–80.
- 8 Slette AL, Flobakk-Sitter F. Mentorordninger for studenter i høyere utdanning. Rapport 2023:24. Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning NIFU. Lest 4.7.2025.
- 9 Det medisinske fakultet. Mentorordningen ved Det medisinske fakultet UiB. Lest 1.7.2025.
- 10 Oslo legeforening. Retningslinjer for mentorordningen til Norsk medisinstudentforening Oslo og Oslo legeforening. Lest 1.7.2025.
- 11 NTNU. Studentmentorordningen og LOS-tjenesten – Medisinstudiet. Lest 1.7.2025.
- 12 UiT Norges arktiske universitet. Mentorsuksess hos medisinstudentene. Lest 1.7.2025.
- 13 It's Your Yale. Mentee Best Practices. Lest 1.7.2025.
- 14 American Medical Association. What I wish I knew in medical school about finding mentors. Lest 1.7.2025.

Livsfarlig helsehjelp

I Israels krigføring etter Hamas' angrep på Israel 7. oktober 2023 utsettes helsetjenestene i Gaza jevnlig for voldshandlinger. Ambulansepersonell er skutt og drept på jobb, og leger er arrestert og mishandlet.

I februar 2024, utenfor European Gaza-sykehuset:
– Hei, Erik! En mann kom gående mens han vinket til meg mellom flyktingteltene som fylte hele plassen. Det tok noen sekunder før jeg kjente igjen den palestinske kirurgen jeg hadde jobbet sammen med på Shifa-sykehuset under krigen i 2009. Jeg visste at israelske soldater den 18. desember 2023 hadde arrestert nøkkelpersonell ved Indonesian-sykehuset – ett av de større sykehusene i Nord-Gaza – deriblant ham. Jeg trodde han fortsatt satt arrestert i Israel, og var helt uforberedt på å møte ham nå. Kirurgen fortalte at han var sluppet fri i Gaza dagen før. – Hva gjorde de med deg? spurte jeg. – *Everything you can imagine*, svarte han og begynte å gråte mens han hang rundt halsen min. Jeg forsøkte å trøste.

Den palestinske kollegaen er én av en lang rekke leger i overordnede posisjoner ved sykehusene i Gaza som har blitt arrestert og ført til fangeleirer i Israel. Med små variasjoner følger behandlingen det samme mønsteret: De arresterte blir kledd nakne, får bind for øynene og hendene stripses sammen (1). Direktøren ved Shifa-sykehuset, Mohammed Abu Salmiya, fortalte om systematisk mishandling da han ble løslatt inne i Gaza 1. juli 2024 (2).

**– Hva gjorde de med deg? spurte jeg.
– *Everything you can imagine*, svarte han og begynte å gråte mens han hang rundt halsen min**

Ifølge organisasjonen Physicians for Human Rights – Israel (1), er dette blitt regelen for helsearbeidere som har blitt tatt til fange etter det palestinske angrepet på Israel i oktober 2023. Behandlingen av helsearbeidere skiller seg ikke fra behandlingen av andre fanger. Mange kan ligge i uker, stripset på hender og føtter, med bind for øynene. I januar behandlet vi en mann som var overført til European Gaza-sykehuset fra et israelsk fengselssykehus. To ekstremiteter var amputert på grunn av gangren og sepsis, men også irreversible nevrologiske skader kan oppstå som følge av langvarig stripsing (3).

Meg bekjent har verken kirurgen eller sykehusdirektøren fått noen forklaring på hvorfor de ble arrestert og mishandlet. Arrestasjonen av helseledere er del av et

systematisk angrep på helsetjenestene i Gaza. Ikke alle arresterte kolleger overlever. Dr. Adnan Al-Bursh, leder for ortopedisk avdeling ved Shifa-sykehuset, ble arrestert 5. desember 2023. 19. april 2024 ble han bekreftet død i Ofer-fengselet. Kroppen er fortsatt ikke utlevert til familien, og medfanger har fortalt at han bar tydelige tegn på tortur før han døde (4).



Kamal Adwan sykehuset, nord på Gaza-stripen, 20. januar 2025. Foto: Omar AL-QATTAA / AFP /NTB



Ambulansepersonell blir beskyttet og drept på jobb, og palestinske Røde Halvmåne har mistet 34 helsearbeidere, deriblant 9 som senere ble funnet i en grunn massegrav (5). Israel hevdet lenge at bilene de kjørte ikke var merket som ambulanser (6). Ambulansesjåfører jeg snakket med i ettertid, sa de opplevde det som farligere å bære vester som identifiserte dem som ambulansepersonell, enn å opptre som sivile når de skulle evakuere skadde.

Mer enn 1 400 palestinske helsearbeidere er drept, og WHO har registrert 697 angrep på sykehus i Gaza (7, 8). I den grad den israelske hæren begrunner angrepene, er den vanligste forklaringen at Hamas har aktiviteter i eller under sykehusene. I begynnelsen av juni 2025 er det ingen sykehus som ikke har blitt angrepet.

Som en del av NORWACs kriseteam har jeg jobbet ved European Gaza-sykehuset. Jeg forlot sykehuset for siste gang 22. april, og resten av teamet reiste ut om morgenen 13. mai. Samme ettermiddag slapp israelske jagerfly uten forvarsel 13 bomber rundt sykehuset. 28 personer ble drept og 40 skadet (8, 9). Angrepet blokkerte tilgangen til sykehuset og ødela vann- og strømforsyningen. Dagen etter ble bulldosere som ryddet ny vei til sykehuset, angrepet av droner, og 15. mai måtte helsemyndighetene evakuere pasienter og personell til de to sykehusene i Khan Younis som fortsatt var i drift.

I Gaza er beskyttelsen som pasienter og helsepersonell har etter folkeretten, systematisk satt til side. En hardt prøvet befolkning er fratatt livsnødvendige helsetjenester, og dør på grunn av det. Hvis det internasjonale samfunnet aksepterer dette i Gaza, innebærer det at pasienter og helsepersonell ikke har noen beskyttelse i krig noe sted i verden. ■

Erik Fosse

erik.fosse@medisin.uio.no

Erik Fosse er spesialist i generell kirurgi og i thoraxkirurgi, professor emeritus ved Universitetet i Oslo og leder i NORWAC. Han har arbeidet for NORWAC og andre hjelpeorganisasjoner i krigsområder siden 1979. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Loulou M, Dror OB. Unlawfully detained, tortured, and starved: the plight of gaza's medical workers in israeli custody february 2025. Physicians for Human Rights-Israel 2025. Lest 12.6.2025.
- 2 Regan H, Salman A, Khadder K et al. Senior Gaza doctor alleges 'severe torture' following release from Israeli detention as politicians clash over decision. CNN 2.6.2024. Lest 12.6.2025.
- 3 Ziv H, Dror OB. Medical Ethics and the Detention of Gaza Residents Since the Start of the 2023 War: An Ethical Opinion Paper. Physicians for Human Rights-Israel 2024. Lest 12.6.2025.
- 4 United Nations. Rights expert condemns death of Palestinian doctor in Israeli custody, urges independent inquiry. UN News 16.5.2024. Lest 12.6.2025.
- 5 Al Jazeera. Unprecedented: Video shows last moments of Gaza medics killed by Israel. Al Jazeera 5.4.2025. Lest 12.6.2025.
- 6 Gritten D. Red Crescent calls for inquiry into Israel's killing of Gaza paramedics. BBC News 7.4.2025. Lest 12.6.2025.
- 7 ReliefWeb. 1,400 healthcare workers killed in Israel's systematic attacks on Gaza's health system. ReliefWeb (OCHA) 9.5.2025. Lest 12.6.2025.
- 8 WHO. Health system at breaking point as hostilities further intensify in Gaza, WHO warns. WHO News release 22.5.2025. Lest 12.6.2025.
- 9 Pengelly E. Investigating Israel's strike on Gaza's European Hospital. BBC 22.5.2025. Lest 12.6.2025.

Hvor er alle sykehuslegene?

Legedekningen i Norge er i toppen internasjonalt. Antallet leger i Norge generelt, og i sykehusene spesielt, har økt jevnt i flere tiår. Så da skulle vi vel være mange nok?

De mest naturlige kildene for å telle leger i Norge er Legeforeningens medlemsstatistikk (1), HelseDirektoratets rapporter og Statistisk sentralbyrå. De to siste er omtalt i Helsepersonellkommissjonens offentlige utredning fra 2023 (2), som gir en god oversikt over utviklingen. Hvorfor lurer vi likevel på hvor legene er, og hvorfor hører vi fra kolleger at sykehusene har rekrutteringsproblemer?

En grunn kan være at det i liten grad blir definert hvor mange leger vi trenger for å løse sykehusenes pålagte oppgaver. En annen er at utviklingstrekk i legers arbeidshverdag ikke er godt nok gjort rede for til at de gjør seg gjeldende i overordnet ressursplanlegging.

Helsepersonellkommissjonen konkluderte med at det ikke vil være nok helsepersonell tilgjengelig hvis personellutviklingen fortsetter på samme måte framover, og utviklingen må holdes på et konservativt nivå (2). Kommissjonen viser til flere kilder for framtidig bemanningsbehov. Samtlige angir et stort behov i hele sektoren, primært på grunn av en aldrende befolkning.

Estimater for framtidig behov for leger i sykehusene framgår derimot ikke. En oppdatert framskrivningsmodell for sykehusene (3) som tar for seg behov for senger og poliklinikkbehandlinger, beskriver ikke bemanningsbehovene. Det er dermed vanskelig å finne beregninger vi kan lene oss på for å forstå hvor mange leger vi burde hatt i sykehusene, og viktigere, hva det bør planlegges for i framtiden.

Styringssignalet fra Helse- og omsorgsdepartementet er at bemanningsutviklingen må bremses og produktiviteten økes med oppgavedeling og moderne teknologi. I dette ligger at sykehusene må finne metoder for å behandle flere pasienter per behandler. Både helsepersonellkommissjonens konklusjon og det faktum at produktiviteten har stått stille i mange år (2, s. 46–47), taler for dette.

Klinikere derimot vil fortelle om økt kompleksitet og IKT-systemer som ikke har effektivisert arbeidsdagene. Opplevelsen er i mange tilfeller at det burde vært flere folk. For å forstå hvordan man kan mangle folk når vi er flere leger enn noensinne, kan det være nyttig å se på utviklingstrekk som har bidratt til å øke behovet for leger i sykehus:

Kvinneandelen har økt betydelig og må nødvendigvis ha ført til flere foreldrepermisjoner og mer ammeferie. Fraværet for dette må dekkes inn.

Samtidig er legers arbeidstid i endring (4), og dagens leger er opptatt av en god balanse mellom jobb og fritid (5).

Vaktarbeidet har endret karakter. Det foregår mer aktiv behandling og flere utskrivninger på vakttid, og man må ha flere leger i vaktlagene (6). Av pasientsikkerhetsgrunner er det også blitt nødvendig med tilstedeværende overleger i tertiær vakt i flere fag.

Økninger i stillinger for sykehusleger på grunn av slike endringer synes å tvinge seg fram mer enn de planlegges for i forkant. Systemet med innsatsstyrt finansiering har gitt mulighet til å utvide antallet

stillinger når man har økt aktiviteten. Derfor er et av argumentene for å redusere (og kanskje avvikle) innsatsstyrt finansiering, at det vil holde aktivitet og bemanning nede. Sykehusene vil da måtte prioritere strengere.

Når endringer som berører legers arbeidsform og -hverdag ikke går grundigere etter i sømmene, har jeg lurt på om det kan være fordi det fra et Eierstandpunkt synes hensiktsmessig med uklarhet. Bemanning er hovedkostnadskilden i sykehus og snart den eneste innsatsfaktoren det fremdeles er mulig å justere på. Når det ikke er klarhet, åpnes det imidlertid opp for uenigheter og forhandlinger. Se bare på det pågående ventelisteløftet: Rett etter pandemien skulle bemanningsutgiftene ned, kveldspoliklinikk skulle helst avvikles, og det var greit at ventelistene økte. Mens nå, våren 2025, gis leger svært høy timebetaling for å jobbe ekstra og få unna ventelistene.

Det snakkes også mye om at flere leger velger å jobbe helprivat. Jeg har til nå ikke funnet oversikter over hvor mange kolleger som jobber helt eller delvis i kommersielle tjenester, men det virker på meg som de store kommersielle helseaktørene er blitt så stabile og velorganiserte at flere enn før ser dem som trygge og attraktive arbeidsplasser. Jeg er, som mange andre, svært glad i den offentlige helsetjenesten og glad for å være en del av den. Samtidig kan jeg forstå valgene til kolleger som er lei av trange kontorer uten dagslys, helge- og vaktarbeid, en nærmest fullstendig mangel på sekretærstøtte og av tidstyver som stjeler pasienttid.

Todelingen av helsetjenesten mener jeg vi har hatt lenge, men andelen private aktører er fremdeles relativt lav. Spørsmålet er om de trekker til seg for mange av legene. Det vil de kunne gjøre dersom sykehus får rykte på seg for å ha dårlige arbeidsvilkår. Dessverre er det en del slike rykter nå. ■

Hege Gjessing

hegegjessing@icloud.com

Hege Gjessing er fastlege ved Masfjorden legekontor. Hun er tidligere sykehusdirektør ved Sykehuset Østfold og var president i Legeforeningen i 2011–15. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Den norske legeforening. Legestatistikk. Lest 12.5.2025.
- 2 Regjeringen NOU. 2023: 4. Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Lest 21.5.2025.
- 3 Helse Sør-Øst. Framskrivningsmodell for somatiske spesialisthelsetjenester. Lest 21.5.2025.
- 4 Rosta J. Sykehuslegers arbeidstid er i endring. Tidsskr Nor Legeforen 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.21.0533.
- 5 Solberg F. Europeiske leger opptatt av balanse og fritid. Dagens medisin 20.12.2023. Lest 12.5.2025.
- 6 Aass-Engstrøm A. Flere leger på vakt gir ikke bedre leger – eller sykehus. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.24.0477.

146 605 Hiroshima-bomber

Den 6. og 9. august 2025 markerer 80 år siden USA utslettet store deler av Hiroshima og Nagasaki med atombombene Little Boy og Fat Man.

mai gikk 132 medisinske tidsskrifter sammen for på nytt å kreve en innsats for å redusere faren for atomkrig. De oppfordret til å støtte en resolusjon i Verdens helseforsamling (WHA) om å utarbeide en ny rapport om atomkrigs helsemessige konsekvenser (1).

Resolusjonen ble fremmet av en gruppe på tolv nasjoner, hovedsakelig fra Stillehavet, Afrika og Sentral-Asia, områder som ble hardt rammet av 1950- og 60-tallets atomprøvesprengninger. Den ble vedtatt med et stort flertall: 84 stater stemte for og 14 stater imot. Det var hele 28 avholdende stemmer. Norge ga tydelig støtte for et liknende initiativ i FNs generalforsamling i fjor høst (2). Under avstemningen i WHA var det derfor svært skuffende å registrere at Norge, i likhet med størsteparten av landene i NATO-alliansen, stemte avholdende (3).

Hiroshima, 1946. Foto: US National Archives



Utryddelse, som fram til da var å anse som et guddommelig anliggende, ble noe mennesker kan påføre hverandre og seg selv

Verdens helseorganisasjons (WHO) første publikasjon om temaet i 1983, *Effects of Nuclear War on Health and Health Services*, etablerte sentral kunnskap på feltet (4). Rapportens avsluttende ord har blitt stående som en hovedparole i den medisinske motstandskampen mot atomvåpens eksistens: «Når det gjelder atomkrig er forebygging åpenbart eneste mulighet.»

I løpet av de siste tiårene har det kommet betydelig ny kunnskap på området (5–7). For overlevende etter atomangrep vet vi nå at det er en økt malignitetsrisiko gjennom hele livsløpet. Strålingen fra prøvesprengninger har i større grad vært skadelig for jentebarn enn for guttebarn. Vi vet også mer om konsekvensene en atomkrig vil ha for jordens klima og matproduksjon. Dette er kunnskap som må samles og formidles for å sikre en informert diskusjon om trusselen atomvåpen utgjør mot mennesker som individer og menneskeheten som art.

Angrepene mot Hiroshima og Nagasaki var blant de aller siste handlingene i en krig som viste verden at det ikke finnes grenser for menneskelig grusomhet. Utryddelse, som fram til da var å anse som et guddommelig

anliggende, ble noe mennesker kan påføre hverandre og seg selv. Under den kalde krigens hodeløse opprustning virket det sannsynlig at utryddelsen skulle inntreffe før heller enn senere.

Er utryddelse et medisinsk anliggende? Svaret er ikke åpenbart. Tradisjonelt forholder leger seg til enkeltpasienter eller, i forebyggende og samfunnsmedisinsk arbeid, til befolknings- og pasientgrupper. Men med masseødelegelsesvåpen, som ved globale pandemier, kan sykdom og skade ramme oss alle sammen til samme tid. Den amerikanske poeten Edward A. Dougherty beskrev det slik:

Instead of huge aerial raids where planes passed over in waves...the atomic bombs in many ways came – literally – out of the blue [...] The explosion's suddenness and simultaneity were dumbfounding. It seemed everywhere in the city at the same time, but each individual experienced it as a direct hit (8).

Dette gjør noe med vårt medisinsk-etiske ansvar. Vi er alle mål. I løpet av få minutter kan alle og enhver tilintetgjøres av ett av de mer enn 2 000 stridshodene som står i «høy operativ beredskap» i dag. Verdens atomvåpenarsenal har nå en samlet sprengkraft på ca. 146 605 Hiroshima-bomber (9). Det eneste som skiller oss fra ofrene i Hiroshima og Nagasaki, er det samme som nå skiller oss fra sivile ofre for krigene i Gaza, Ukraina, Sudan, og overalt ellers: Det er flaks. ■

Knut Mork Skagen

knut@theskaw.com

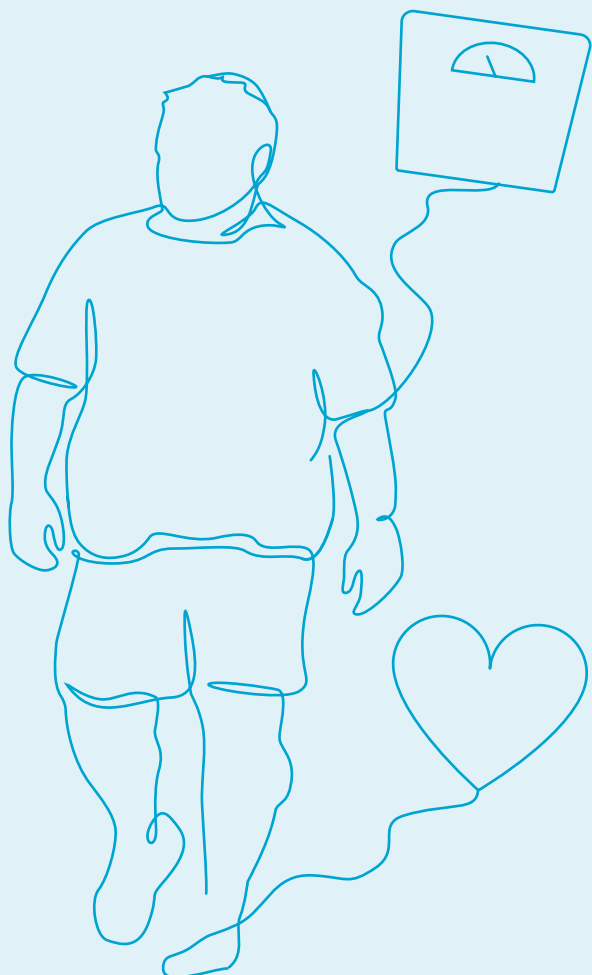
Knut Mork Skagen er spesialist i barne- og ungdomspsykiatri og overlege ved BUP Helse Nord-Trøndelag. Han er styreleder i Norske leger mot atomvåpen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Abbasi K, Ali P, Barbour V et al. Ending nuclear weapons, before they end us. *BMJ* 2025; 389: r881.
- 2 Diaz-Maurin F. UN to conduct new study of the broad impacts of nuclear war. Not all countries want to know. *Bulletin of the Atomic Scientists* 5.11.2024. Lest 1.6.2025.
- 3 Fletcher ER. WHO Mandated to Update of 30-Year-Old Review on Health Impacts of Nuclear War After Heated WHA Debate. *Health Policy Watch* 26.5.2025. Lest 1.6.2025.
- 4 WHO. Effects of nuclear war on health and health services: report of the WHO Management Group on Follow-up of Resolution WHA36.28, 2nd ed. Genève: Verdens helseorganisasjon, 1987. Lest 1.6.2025.
- 5 Tomonaga M. The Atomic Bombings of Hiroshima and Nagasaki: A Summary of the Human Consequences, 1945–2018, and Lessons for Homo sapiens to End the Nuclear Weapon Age. *J. Peace Nucl. Disarm* 2019; 2: 491–517.
- 6 Xia L, Robock A, Scherrer K et al. Global food insecurity and famine from reduced crop, marine fishery and livestock production due to climate disruption from nuclear war soot injection. *Nat Food* 2022; 3: 586–96.
- 7 Nichols AM, Olson M. Gender and Ionizing Radiation: Towards a New Research Agenda Addressing Disproportionate Harm. Genève: UNIDIR, 2024. Lest 1.6.2025.
- 8 Miller A, Atherton C. 'Monster in the sky': Hibakusha Poetry and the Nuclear Sublime. *Text* 2017; 21: 1–2.
- 9 Federation of American Scientists. Status of World Nuclear Forces. Lest 1.6.2025.

▼ **wegovy**[®] (semaglutid) – mer enn vektreduksjon

Wegovy[®] reduserer risiko for alvorlige kardiovaskulære hendelser^Δ



~15 %

gjennomsnittlig vektreduksjon
oppretholdt i 2 år^{*1,2}

**Mer enn 1/3 av pasienter
gikk ned 20 % eller mer med
Wegovy^{®1,2}**

20 %

**risikoreduksjon i alvorlige
kardiovaskulære hendelser
hos pasienter med overvekt
eller fedme og etablert
kardiovaskulær sykdom^{#1}**

Δ Effekten av Wegovy[®] én gang i uken på kardiovaskulære utfall har blitt vurdert i SELECT-studien.[#]

SELECT viste at Wegovy[®] reduserte risiko for MACE med 20 %, hos personer med overvekt eller fedme og etablert kardiovaskulær sykdom, sammenlignet med placebo, som tillegg til standard behandling for hjertesykdom for begge grupper.

MACE er definert som ett sammensatt endepunkt bestående av kardiovaskulær død (inkludert ukjent dødsårsak), ikke-fatal hjerteinfarkt eller ikke-fatal hjerneslag.

Vist i SELECT-Kardiovaskulær endepunktstudie: 17604 pasienter med BMI \geq 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. [KI 95 % 0,72-0,90], p < 0,001.^{1,3}

* STEP 5: -2,6 % for placebo og -15,2 % for Wegovy[®] i uke 104, som tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for begge grupper (500 kcal/dag + 150 min/uke fysisk aktivitet + individuell oppfølging hver 4. uke) 12,6 % forskjell fra placebo, [KI 95 % -15,3; -9,8], p < 0,0001.^{1,2}

Indikasjon:

Voksne: Tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for vektkontroll, inkl. vekttap og vedlikehold av vekt, hos voksne med initial BMI ≥ 30 kg/m² (fedme), eller ≥ 27 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 reevalueres 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).

Wegovy® – utvalgt sikkerhetsinformasjon

- De hyppigst rapporterte bivirkningene var **gastrointestinale** (svært vanlige, $\geq 1/10$), inkludert kvalme, diaré, forstoppelse, oppkast og magesmerter. Generelt milde eller moderate i alvorlighetsgrad, og av kort varighet. Årsak til seponering hos 4,3 %. Kan forårsake dehydrering som i sjeldne tilfeller kan forverre nyrefunksjon. Unngå væskemangel
- Andre svært vanlige ($\geq 1/10$) bivirkninger:** Hodepine, fatigue
- Andre vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$) bivirkninger:** Dysestesi, 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:** 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 eller gastroparese
- 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

	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 1,73m ²	Alvorlig nedsatt, eller terminal nyresykdom eGFR < 30 ml/min 1,73m 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 subkutant 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 til en vedlikeholdsdose på 2,4 mg én gang per uke.

For ungdom i alderen 12 år og eldre benyttes samme doseopptrappingsplan som for voksne. Dosen bør økes opptil 2,4 mg, eller til maksimalt tolererte dose oppnås. Se preparatomtale for mer informasjon om dosering.

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 1773,50. **0,5 mg:** 1,5 ml (ferdigfylt penn) kr 1773,50. **1 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 1773,50. **1,7 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 2597,20. **2,4 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 3189,40. (Priser per mai 2025).

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

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

Les mer på www.wegovy.no



Referanser: **1.** Wegovy® SPC, avsnitt 5.1 **2.** Garvey WT, Batterham RL, Bhatta M, et al. Two-year effects of semaglutide in adults with overweight or obesity (STEP 5) Nature medicine 2022; 28(10): 2083-2091 **3.** Lincoff AM, Brown-Frandsen K, Colhoun HM, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes. N Engl J Med. 2023; 389(24): 2221-2232 **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 refusjon er hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/vedlegg-1-til-5-14-legemiddellisten/virkestoffer/semaglutid> (Lest 20.05.2025)

Unge lovende

Lykke til, morgendagens leger. Velkommen som kollega!

Til alle ferske medisinstudenter og til deg som trer inn i arbeidslivet som lege: Gratulerer med studieplass på medisin, og gratulerer med LIS1-stilling! Dere har valgt verdens beste studie og verdens beste jobb.

Valget dere har tatt, representerer et personlig veivalg, men også et samfunnsmessig ansvar av stor betydning (1). Medisinstudiet og legeyrket utgjør en unik kombinasjon av vitenskapelig kunnskap, kliniske ferdigheter og mellommenneskelig kompetanse (2). Hvis jeg kunne stille tiden tilbake til da jeg var 19 år, ville jeg uten tvil ha valgt medisinstudiet på nytt.

I legeyrket kommer du til å møte på utfordringer som du aldri har lest eller lært om. Det medisinske fagfeltet er komplekst og i stadig utvikling, og det er umulig å forberede seg på alle situasjoner du kan møte på (3). Derfor er det avgjørende å kunne støtte seg på bakvakter, veiledere og mer erfarne kollegaer når behovet oppstår (4). De fleste vil erfare at kollegial støtte og veiledning er tilgjengelig og nødvendig, men det finnes dessverre unntak. Jeg har fått erfare og oppleve at ikke alle bakvakter og avdelingssjefer er like hyggelige og imøtekommende. Som nyutdannet lege ble jeg ved noen anledninger møtt med voksenkjefte av typen: «Dette bør du kunne, er ikke du lege?» Hadde jeg visst svaret og vært helt sikker på behandlingen, hadde jeg jo ikke trengt bakvakten. Da kunne jeg ha vært for- og bakvakt samtidig, og sykehuset kunne ha spart store summer.

Som leger i en hektisk arbeidshverdag med stort ansvar er vi avhengige av å kunne konferere med hverandre uten å bli kjefte på (5). Så husk: Ikke la bakvakten eller avdelingssjefen bølge med deg. Du kan mye. Stol på deg selv, men ta også imot gode råd. Det er viktig ikke å gå på kompromiss med faglig integritet, men ta heller ikke all kritikk personlig. Mange utfordrende situasjoner kan løses gjennom god kommunikasjon og veiledning. Til bakvakter, veiledere og avdelingssjefer: Opptre som gode forbilder, vis omtanke og omsorg for yngre kollegaer. Vi er alle en del av det samme vinnerlaget!

Av og til vil du være den viktigste personen i livet til en pasient. Husk da på å være et godt medmenneske

Medisinstudiet og legeyrket kan virke overveldende ved første øyekast. Pensumet er omfattende, mange ferdigheter skal tilegnes og antallet differensialdiagnoser kan tilsynelatende fremstå utømmelig (6). I tillegg kan vaktene for en ung lege føles lange, utmattende og krevende (7). Fortvil ikke! Se på de eldre kollegaene rundt deg. De har alle kommet seg igjennom medisinstudiet og årene som ung lege, og da vil du også klare det. Jeg heier på dere alle sammen! Ingen overleger kunne i barnehagen det de kan i dag. De har gradvis bygget opp sin kompetanse gjennom opplæring, veiledning og kontinuerlig læring. I tillegg vil jeg tro at

overlegene fortsatt søker hjelp og veiledning når de er usikre, selv etter mange års erfaring.

Som lege vil du få ansvar og oppgaver som samfunnet forventer at du skal løse. Som underviser for medisinstudenter tar jeg derfor undervisningsoppgaven på største alvor, og jeg er ydmyk overfor at jeg løser et viktig samfunnsoppdrag. Noen vil kanskje si at jeg løser det viktigste samfunnsoppdraget en lege kan ha: å utdanne morgendagens leger. Uten leger som underviser, vil vi i ytterste konsekvens ikke ha leger til å behandle morgendagens pasienter.

Som tillitsvalgt har jeg fått erfare nytteverdien av å være engasjert. Noen må gå foran, på godt og vondt. Jeg vil oppfordre yngre kollegaer til å engasjere seg. Bruk gjerne legekompentansen til å engasjere deg i tillitsverv, studentundervisning eller veldedighet. Din kompetanse er viktig og relevant, og du vil kunne ha stor betydning for andre mennesker (8). Av og til vil du være den viktigste personen i livet til en pasient. Husk da på å være et godt medmenneske.

Alt har en start, og alle har vært nye en gang. Selv husker jeg godt min første dag på medisinstudiet ved Universitetet i Oslo og min første dag som LIS1-lege. Jeg vil oppfordre alle mine kollegaer til å legge til rette for at yngre kollegaer får en trygg og god start. På den måten sikrer vi kunnskap og kompetanseoverføring til neste generasjon. Dette vil være avgjørende for en framtidig helsetjeneste i Norge. Engasjer deg og ta vare på hverandre! ■

David Hui

david.hui@medisin.uio.no

David Hui er lege i spesialisering i generell kirurgi ved Seksjon for transplantasjonskirurgi, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet og klinisk stipendiat ved Universitetet i Oslo. Han er årets vinner av Legeforeningens pris for beste undervisning i medisinsk grunnutdanning. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Den norske legeforening. Grunnutdanning for leger – utvikling og harmonisering. Lest 24.6.2025.
- 2 Frank JR, Snell LS, Cate OT et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Med Teach* 2010; 32: 638–45.
- 3 Frenk J, Chen L, Bhutta ZA et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; 376: 1923–58.
- 4 Kilminster S, Cottrell D, Grant J et al. AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision. *Med Teach* 2007; 29: 2–19.
- 5 Tsuei SH-T, Lee D, Ho C et al. Exploring the construct of psychological safety in medical education. *Acad Med* 2019; 94: S28–35.
- 6 Bezzina C, McQuade R, Lowe W et al. Shattering the Shield: Embracing Complexity in Undergraduate Medical Education. *Clin Teach* 2025; 22: e70018.
- 7 West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med* 2018; 283: 516–29.
- 8 Cruess SR, Cruess RL, Steinert Y. Supporting the development of a professional identity: General principles. *Med Teach* 2019; 41: 641–9.

Tekst: Anne Hafstad

Politikerne må prioritere

Valgkampen er i gang, og lovnadene om alt som skal bli bedre i Helse-Norge kommer på løpende bånd. Men ingen partier snakker om hva helsetjenestene skal slutte med eller gjøre mindre av. Det går ikke lenger.

Helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre (Ap) vil vise handlekraft og at han mener alvor med ventetidsløftet. Ikke minst vil han vise at det gir resultater. Hver måned presenterer han nye ventetidstall, men frem til midten av juni har det skapt mer forvirring og debatt enn jubel. I juni kunne han stolt fastslå at færre av oss står i helsekø nå enn i 2019. Det er målet hans for ventetidsløftet. Det er en gladmelding for alle som venter på utredning og behandling, men jeg frykter at lykken kan bli kortvarig. Det er øyeblikkstall og må tolkes som nettopp det. I skrivende stund foreligger ikke ventetidstallene for juli.

Helseforetakene har i lang tid rapportert inn sine ventetidstall til ministeren hver uke. Det skaper irritasjon blant mange som heller vil bruke tiden sin på å få ned ventetidene ved å utrede og behandle pasienter, ikke på å rapportere.

Strengere rapporteringskrav fører neppe til at flere får helsehjelp i et langsiktig perspektiv. Ikke sikrer det kvalitet heller. Ukentlig rapportering gir lite mening. Så raskt kommer ikke varig endring, uansett innsats.

I beste fall gir rapporteringen et øyeblikksbilde som én uke kan være til inspirasjon hvis pilen peker rett vei. Uken etter kan det ha snudd og skape frustrasjon over at den ekstra innsatsen leger, sykepleiere og andre nå gjør hver eneste dag, ikke gir umiddelbare resultater. Du skal ikke kunne mye om statistikk for å skjønne at tallene vil variere fra uke til uke, og fra måned til måned også for den saks skyld.

Kravet til rapportering gir et tydelig signal til helseforetakene om at de skal prioritere ventetidsløftet. Samtidig får helse- og omsorgsministeren mye oppmerksomhet rundt hjertebarnet sitt. Det er et viktig strategisk grep frem mot stortingsvalget.

Valgkampstunt med stor fallhøyde?

Vestre løper en betydelig risiko for at ventetidsløftet fremstår mer og mer som et valgkampstunt.

Jeg er ikke i tvil om at intensjonene hans er de beste, og at han virkelig har et ektefølt ønske om å gi alle dem som står i helsekø, raskere utredning og behandling. Jeg tror på at han bryr seg om mennesker og ønsker å gjøre en forskjell. Lykkes han med prosjektet, vil det være en stjerne i boken både for ham og statsminister Jonas Gahr Støre. Får han det ikke til, er fallhøyden stor. Det er for tidlig å konkludere.

Vestre får kritikk for at han inviterer til samarbeid med private helseaktører og setter døren på vidt gap. Hva de private skal gjøre, og hvor mye, reguleres gjennom kontrollerte avtaler.

Økt bruk av private helsetjenester er likevel bare én del av løsningen. Den offentlige helsetjenesten må gjøre det meste av jobben selv. Det gjør den, men ikke uten

frustrasjon og irritasjon. Leger, sykepleiere og annet helsepersonell strekker seg nå ekstremt langt for at ventetidene skal gå ned. Slitasjen er høy. Stadig flere tillitsvalgte mener pasientene bare flyttes fra én liste til en annen, og at leger og sykepleiere brukes – eller skal jeg heller si misbrukes – i et politisk spill som først og fremst handler om at Vestre og Arbeiderpartiet skal vinne valget 8. september (1).

Tallene som presenteres på løpende bånd, har satt fyr på det politiske ordskiftet. Hver gang nye tall presenteres, står politiske motstandere klare til å skyte ned både tallene og Vestre. Høyre og Arbeiderpartiet krangler om hva tallene egentlig betyr (2), og om hvem som har skylden for at så mange har havnet i lange helsekøer. FrP roper høyt om uverdige forhold som må ta slutt. Partiet mener alle som trenger det, må få helsehjelp raskt (3).

Det politiske spillet er forutsigbart. Ingen kan være uenig i at du og jeg skal få utredning og behandling når vi trenger det. Norge har tross alt en av de aller beste offentlige helse- og omsorgstjenestene i verden. Men heller ikke i velferdsstaten Norge er det mulig å bare pøse ut penger til å fikse små og store helseplager vi vanlige folk mener haster og er nødvendige.

Forventninger til den offentlige helsetjenesten er høye. Sånn skal det være, men ett sted går grensen. Det må prioriteres. Og det er nettopp det debatten rundt det nå så velkjente ventetidsløftet til Jan Christian Vestre – og valgkampen – bør handle om.

Høyspesialisert medisin eller kommunale tjenester?

Det er i dag ikke samsvar mellom hva befolkningen forventer, og hva helsetjenesten kan og bør tilby. Det gjelder blant annet troen på likeverdige helsetjenester til alle, uavhengig av utdanning, inntekt, bosted og hva medisinen kan tilby. Gapet mellom forventninger og tilbud vil øke. Mulighetene blir stadig flere og pasientene stadig mer opplyste. Det er langt fra sikkert at vi i Norge skal tilby alt du kan finne av behandlinger på Dr. Google og andre steder. Eller sagt tydeligere: Nei, vi skal ikke det.

Den medisinske utviklingen går i rasende fart. Tilstander som tidligere ikke kunne behandles, kan i dag helbredes eller behandles slik at de gir lengre og bedre liv for mange. Et godt eksempel er den ferske statistikk fra Kreftregisteret, som viser at tre av fire som får kreft i Norge, overlever. Det er dobbelt så mange som for 50 år siden (3).

For en rekke tilstander er behandlingstilbudene i dag mange. Men høyspesialisert medisin koster. Det utfordrer vårt etiske kompass. Norge skal selvsagt være med på utviklingen. Vår offentlige helsetjeneste skal tilby moderne, forsvarlig og godt dokumentert behandling av høy kvalitet. Men det må prioriteres mer og bedre. Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) taler sitt tydelige språk: I 2024 er drøyt 900 000 nordmenn over →

67 år. Antallet forventes å øke til 1,4 millioner i 2050. I løpet av det neste tiåret vil befolkningen bestå av flere over 65 år enn under 20 år (4). Andelen uføretrygdede er nå mer enn 10 % (5).

Leger, sykepleiere og annet helsepersonell strekker seg nå ekstremt langt for at ventetidene skal gå ned

Skal noe prioriteres opp, må noe prioriteres ned

Med en økende andel eldre, flere som lever med sykdom og ettervirkninger av behandling, færre unge som kan ta vare på dem og en høyspesialisert helsetjeneste med stadig flere muligheter, tvinger det seg fram en overordnet prioriteringsdebatt.

Dessverre handler prioritering også om at noe må prioriteres ned. Det snakker politikerne lite om. De snakker gjerne om at vi i rike Norge skal tilby det ypperste av avansert medisinsk behandling, at eldre fortjener det aller beste av medisinsk behandling og pleie og omsorg. Det samme gjelder alle med betydelige hjelpebehov, uavhengig av alder.

Det har over tid vært en villet politikk å flytte helse- og omsorgstjenester ut av institusjoner og inn i den enkeltes bolig. Institusjonstilbudet er bygget kraftig ned både innen somatikk, psykisk helse og eldreomsorg. Sykehusene blir stadig mer høyspesialiserte og sender pasientene raskere ut. Kommunene er ikke styrket til å ta imot ferdigbehandlede pasienter i samme takt, og mange mangler både kvalifisert personell, kompetanse og kapasitet. Pasientene

blir taperne i spillet mellom sykehusene og de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Mye ansvar dyttes over på de pårørende. Ulønnet innsats fra dem tilsvarer rundt 136 000 årsverk. Det anslås at 15 800 årsverk gikk tapt i 2024 fordi pårørende helt eller delvis falt ut av arbeidslivet. Det koster samfunnet rundt 13 milliarder i året (6).

Ingen tør å sette høyspesialisert medisin og spesialistbehandling opp mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Vi står ved et veiskille nå, og den debatten må tas.

Urealistiske lovnader fra alle kanter

Datoen er 8. september 2025. Frem til da er det valgkamp. Jeg har gjort et dypdykk i de største partienes partiprogram for de neste årene. Og du verden. Norsk helsetjeneste går lyse tider i møte helt uavhengig av hvem som inntar regjeringkontorene høsten 2025. Hvis vi tror på alt som loves da. Det skal bli kortere ventetider ved sykehusene. Fastlegeordningen skal styrkes og forbedres. Samhandlingen mellom de ulike sykehusene, og mellom sykehusene og kommunene, skal bli bedre. Det skal bli slutt på at pasientene er kasteballer mellom ulike aktører i helsetjenesten. Det skal bli et godt og likeverdig fødetilbud til alle, over hele landet. Og selvfølgelig skal barn og unge prioriteres. Det skal forebyggende helsearbeid også. For ikke å snakke om psykisk helse og rus. Også her må det satses. De eldre skal få bo hjemme så lenge de ønsker og få den hjelpen de trenger. Alt dette kan vi forvente oss de neste fire årene. Jeg kunne fortsatt i det uendelige med alt som skal prioriteres. Det meste er viktig for alle partiene.

Statsminister Jonas Gahr Støre og helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre på Rikshospitalet. Foto: Thomas Fure / NTB



Det går som forventet et skille mellom høyresiden og venstresiden i norsk politikk i bruk av private aktører. Arbeiderpartiet er tydeligere enn før i sine lovnader om et offentlig regulert samarbeid med private helseaktører. Høyre og FrP går som forventet noe lenger, mens Senterpartiet skal desentralisere mer.

Jeg tviler ikke på at partiene og helsepolitikkerne har gode intensjoner. Selvfølgelig har de det. Men siden jeg i en årrekke har jobbet i eller med helsetjenesten, har jeg hørt det meste. Jeg har sett klare og tydelige oppdrag fra ulike helse- og omsorgsministre ikke bli fulgt opp av ledere på ulike nivåer i helseforetakene. Den gylne regelen til Bent Høie (H) skulle sikre større aktivitetsvekst innenfor psykisk helsevern og rusbehandling enn i somatikken. Det skjedde ikke, og det fikk ingen konsekvenser for dem med ledertrøya på. Mennesker med psykiske lidelser betaler fortsatt prisen for det.

Jeg har sett utallige utvalg, reformer og forsøk på forbedring. Samhandlingsreform. Fastlegereform. Helseforetaksmodellen. Helsepersonellkommisjonen. Nasjonal helse- og sykehusplan. Folkehelsemeldingen. Opptrappingsplan for psykisk helse og rus. Kvinnehelsestrategien. Prioriteringsmeldingen. For ikke å snakke om ventetidsløftet og helse- og omsorgsministerens lovnader om en ny helsereform 2.o. Den skal visstnok se mer overordnet på organisering og samhandling. Det lover godt.

Mye av dette er viktige reformer som har gitt oss vår gode offentlige helsetjeneste. Fastlegeordningen er kanskje det beste eksempelet på en reform som virkelig betyr noe for folk. Andre reformer har derimot blitt som et mareritt for partiet som introduserte det hele. Det holder å nevne samhandlingsreformen til daværende helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen (Ap). Foretaksmodellen til Tore Tønne (Ap) er heller ikke særlig populær.

Norsk helsetjeneste går lyse tider i møte helt uavhengig av hvem som inntar regjeringskontorene høsten 2025. Hvis vi tror på alt som loves da

Mindre krangling og mer løsning

Det politikkerne snakker mest om nå, er fastlegeordningen, ventetidsløftet, samhandling, psykisk hele og rus, barn og unge, digitalisering, mangelen på kvalifisert helsepersonell, og kanskje litt folkehelse og prioriteringsmeldingen.

Men snarere enn å høre Høyre og Arbeiderpartiet krangle om hvem som har skylden for de lange ventetidene, vil jeg vite hvem som venter, hva de venter på, hvem som skal prioriteres og hvem som blir nødt til å vente lenger. Jeg vil vite hvordan køene skal reduseres og bli like i hele landet, både på kort og lang sikt, uten at helsepersonell sliter seg ut.

Aller mest ønsker jeg meg at Jan Christian Vestre vraker prosjektet med de digitale legene i kommunene og heller putter pengene inn i fastlegeordningen. Noen av pengene kan forresten også brukes til å styrke Legeforeningens prosjekt Gjør kloke valg. Når det er gjort, vil jeg vite hvordan de ulike partiene helt konkret skal styrke fastlegeordningen. Jeg vil be dem slutte å krangle om hvorvidt fastlegene skal være selvstendig næringsdrivende eller kommunalt ansatte. Det kan den enkelte lege selv avgjøre.

Jeg drømmer om en politiker som sier at god helse først og fremst skapes utenfor helsetjenesten, og at en betydelig satsing på tverrsektorielt folkehelsearbeid er helt nødvendig. Det er en investering for fremtiden. Min stemme går fort til den politikeren som tør å gjøre sunn mat billigere og usunn mat dyrere, som sier nei til nye tobakksprodukter, og som setter foten ned for salg av alle tobakksprodukter til alle som er født etter 1.1.2020. Da snakker vi vilje til handling.

Jeg vil se helt konkrete tiltak for å styrke tilbudet innen psykisk helsevern og rus, særlig for barn og unge. Jeg heier på politikernes som vil ha tilbake flere institusjoner innen psykisk helsevern og rus og som vil ha flere sykehjemsplasser.

Jeg vil at digitalisering skal skje på helsepersonells premisser. De vet best hva de trenger i hverdagen.

Og selvsagt heier jeg på den politikeren som har konkrete forslag til å rekruttere og beholde sykepleiere, jordmødre og leger – og som skjønner at det koster.

Jeg ønsker meg politikere som tar tak i sykehusstrukturen, samhandling og en helhetlig og sømløs helsetjeneste. Kall det gjerne helsereform 2.o, men gi den konkret innhold og finansiering. For meg må gjerne helseforetaksmodellen vrakes og staten bli eiere for hele helsetjenesten.

Aller mest ønsker jeg meg politikere som tør å ta den overordnede og vanskelige prioriteringsdebatten, en debatt som er temmelig fraværende i prioriteringsmeldingen. Det er nødvendig, og det kan tenkes at velgerne foretrekker realistiske og ærlige politikere fremfor dem som snakker og lover uten at noe skjer.

Godt valg! ■

Artikkelen er skrevet etter oppdrag fra Tidsskriftet.

Anne Hafstad

annehafstad@gmail.com

Anne Hafstad er spaltist i Nettavisen, onkologisk sykepleier og dr.philos. Hun er tidligere redaktør i Sykepleien, avdelingsdirektør i Helsedirektoratet og helsejournalist i Aftenposten. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Svaar P, Lindsetmo B. Tillitsvalgte ut mot Vestres ventetidsløft – Et valgkampstunt. NRK 12.3.2025. Lest 4.6.2025.
- 2 NRK. Ventetidsløftet trøbler. Politisk kvarter 26.2.2025. Lest 4.6.2025.
- 3 Cancer Registry of Norway. Cancer in Norway 2024 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Lest 4.6.2025.
- 4 Seniorer i Norge SSB. 2024. Økende antall eldre, men fortsatt blant de yngste i Europa. Lest 4.6.2025.
- 5 NAV. Uføretrygd – statistikknotis. Utviklingen per mars 2025. Lest 4.6.2025.
- 6 Menon Economics. Samfunnsøkonomiske kostander av pårørendeinnsats i Norge. Lest 4.6.2025.

Tekst: Magnus Takvam

Helse viktig, men avgjør neppe valget

Helse blir en av de viktigste sakene for velgerne ved høstens valg. Slik det har vært i de fleste valg de siste tiårene. Det er likevel usikkert om dette saksområdet vil prege valgkampen, og enda mer usikkert om det kan avgjøre utfallet. Men to stridstemaer kunne hatt potensial til å bli nasjonale temaer: helsekøer i spesialisthelsetjenesten og den omstridte helseforetaksmodellen.



Helseforetaksmodellen har vært et felles angrepsmål for kritikk både innad i sektoren og fra brukere og samfunnsaktører utenfra etter at den ble innført for snart 25 år siden. Reformen ble vedtatt under Jens Stoltenbergs «moderniseringsregjering» fra mars 2000 til oktober 2001. Den kom ikke ut av det blå, både tidsånden og utfordringene med fylkeskommunene som sykehuseier var viktige drivere. Daværende helseminister Gudmund Hernes innførte innsatsstyrt finansiering som virkemiddel for å øke produktiviteten ved sykehusene i 1997. En viktig begrunnelse var at økte rammer til sykehusene konkurrerte med andre oppgaver i fylkeskommunene og at pengene ikke gikk til sykehusdrift i stor nok grad. Ved å knytte bevilgningene direkte til aktivitet i sykehusene skulle dette korrigeres (1). Det er mye å si om den politiske prosessen som senere førte til at staten overtok eierskapet, men at den gikk fort, er uomstridt.

Stoltenberg I-regjeringen hadde som sitt viktigste prosjekt å modernisere offentlig sektor, med en sosialdemokratisk overbygning og begrunnelse: «Hvis ikke vil den forvitte, og kommersielle løsninger vil tvinge seg fram», skriver Stoltenberg i sin bok fra 2016 (2, s. 181–2). Stoltenberg valgte Tore Tønne (1948–2002), med erfaring først og fremst fra arbeid i næringsliv og forvaltning, som helseminister. Sammen satte de seg fore å gjennomføre en stor reform (2):

«Så store reformer blir vanligvis utredet i mange runder av offentlige utvalg (...) Alle grupper av ansatte, pasienter og lokalpolitikere tas med på råd. Det tar mange år. Tore var gammel byråkrat. Han visste alt dette. Og han visste at om vi gjorde det på den vanlige måten, ville det sannsynligvis aldri bli gjennomført. Motkreftene ville organisere seg og bli for sterke.»

I denne ærlige oppsummeringen fra Stoltenberg ligger nok også noe av årsaken til at foretaksmodellen fremdeles er omstridt og mangler nødvendig legitimitet. At den ble gjennomført så raskt, var kanskje realpolitisk nødvendig, men den manglende forankringen gjorde samtidig at kritikerne hadde et sted å rette sin kritikk mot.

Min vurdering er at motivet og begrunnelsen bak reformen den gang, nemlig faren for kommersialisering og todeling av helsevesenet dersom det offentlige tilbudet av helse og omsorgstjenester forvitret, er minst like relevant i dag. Veksten i private helseforsikringer og striden om en godkjenningsordning for etablering av private sykehus er bare to eksempler. Kjernen i konflikten er kampen om det alle offentlige utredninger peker på som den kritiske faktoren: mangel på kompetent arbeidskraft (3).

Valg med mørkt bakteppe

Årets stortingsvalg skjer mot et mørkt internasjonalt bakteppe som gjør det usikkert om såkalte hverdagsaker overhodet når opp i den politiske kampen om velgerne. Helse kunne vært blant de viktigste sakene dersom resultatet ble oppfattet som avgjørende for retningen i helsepolitikken. Det er ikke tilfellet i 2025. Både Høyre og Arbeiderpartiet vil beholde hovedmodellen i helsetjenestene, riktignok med ulike prioriteringer og virkemidler. Fremskrittspartiet står alene med sin rendyrkede stykkprisfinansierte markedsløsning for spesialisthelsetjenesten og demonstrerer egentlig bare at det ikke eksisterer et samlende forslag som alternativ til dagens modell. →



Helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre har likevel markert at Arbeiderpartiet ikke har et fastlåst syn på dagens styringssystem for spesialisthelsetjenesten. Hensikten er nok å unngå posisjonen som en ensidig systemforsvarer, men før regjeringen kommer med mer håndfaste forslag, blir det ingen skarp debatt.

Den viktigste grunnen til at helseforetaksmodellen ikke blir en hovedsak, er at den er omstridt innad både i høyre- og venstreblokken og at den er et innfløkt byggverk av jus, helsepolitiske målsettinger og politikk. Dermed egner den seg ikke som tema i en hektisk og tabloid valgkamp. Den faglige diskusjonen om helseforetaksmodellen har dermed flyttet seg til faglige seminarer, til tidsskrifter og til styrerom. Det er nemlig bred konsensus i Norge om et skattefinansiert helsevesen, riktignok med ulik vektning av styringsmodell og ulik vekt på privatisering.

Den viktigste grunnen til at helseforetaksmodellen ikke blir en hovedsak, er at den er omstridt innad både i høyre- og venstreblokken og at den er et innfløkt byggverk av jus, helsepolitiske målsettinger og politikk

Skyteskive

Nytt fellessykehus i Innlandet, fødetilbud i Kristiansund i påvente av nytt sykehus, striden om plassering av døgntilbud for hjerteinfarktpasienter mellom Bodø og Tromsø, konflikten om sykehusstruktur i Helse Nord og ikke minst den årelange kampen om nedlegging av Ullevål sykehus i Oslo viser at konfliktnivået i helsepolitikken spisses til når større avgjørende beslutninger skal tas. Løsningene blir sjelden optimale, så konfliktene fortsetter ofte også etter at avgjørelsen er tatt. Den underliggende striden skjer innad i regionen, og konfliktlinjene følger gjerne regionale skiller og ikke partipolitiske. Foretaksmodellen kommer da inn som den «skyldige», den teknokratiske motparten, og blir en nyttig skyteskive for frustrasjon og kritikk.

Høstens valg

Ved inngangen til årets valgkamp hadde Høyre tapt momentum på to viktige saksområder i sin opposisjonsstrategi: økonomisk dyrtid og sykehuskøer. Først kuttet Norges Bank overraskende styringsrenten i juni. Ventetider i spesialisthelsetjenesten kunne vært et egnet, målbart angrepspunkt for Høyre, som ville vært vanskelig å forsvare for regjeringen. Som statsråd har Vestre lagt inn hele sin tyngde for å presse helseforetakene til å få tallene ned, og han kunne presentere positive tall rett før sommerferien. Strategisk har det vært avgjørende for Støre-regjeringen å gjøre seg mindre sårbare for kritikk som styringsparti på begge disse kjerneområdene: økonomisk trygghet for familier og tilgang på viktige helsetjenester.

Da Høyre rett før sommerferien hasteinnkalte til tre pressemøter handlet disse om skatt, skole og trygghet/kriminalitet. Helse var ikke lenger blant de høyest prioriterte sakene. Slik jeg leser bildet, har Arbeiderpartiet langt på vei greid å nøytralisere opposisjonen i helsepolitikken gjennom ventelistedugnaden og ved å lansere en reformskisse for helsevesenet framover som viser at «regjeringen har noe viktig på gang».

Hva mener partiene?

Det er fremdeles stor uenighet om modell for helsetjenesten blant de politiske partiene. En samfunnssektor som legger beslag på nesten 20 % av offentlige utgifter (4), som har i underkant av 400 000 arbeidstakere (5) og som følger oss fra fødsel til død, vil uansett alltid stå øverst på dagsordenen uavhengig av styringsrammer.

Min observasjon er at foretaksmodellen utløser de fleste viktige konfliktlinjene i sektoren: bedriftsøkonomisk tenkning og målstyring mobiliserer venstresiden og profesjonene, målsettingen om ressurser og tjenester nær folk utløser kampen mot sentralisering og ulikhet, og foretaksmodellen oppleves som dominert av byråkrati, ansvarspulverisering og fravær av politisk styring, noe som mobiliserer både politiske partier og ansattes organisasjoner.

Rødt, Sosialistisk Venstreparti (SV), Senterpartiet, Miljøpartiet De Grønne (MDG) og Fremskrittspartiet (FrP) vil avvike foretaksmodellen, men har prinsipielt helt ulike løsninger. Kritikerne på rødgrønn side vil ha en forvaltningsmodell, mens FrP vil erstatte de regionale helseforetakene med en nasjonal styringsenhet, la pengene følge pasienten og likebehandle offentlige og private sykehus samt finansiere sykehusinvesteringer direkte over statsbudsjettet.

Med litt ulik tilnærming vil Arbeiderpartiet, Høyre og Venstre reformere spesialisthelsetjenesten innenfor dagens system. Kristelig Folkeparti (Krf) vil utrede alternativer, uten å konkludere på forhånd (6). Høyre, som foran valget i 2013 hadde avvikling av helseforetaksmodellen som valgkampsak, snudde og aksepterte modellen i 2017. I deres ferske partiprogram for neste periode er ikke helseforetaksmodellen nevnt overhodet (7).



Foto: Nærings- og fiskeridept. (CC-BY-NC-ND 2.0) Illustrasjon: Tidsskriftet

Reform nedenfra

Min konklusjon i starten av denne artikkelen om at foretaksmodellen ikke blir valgkamptema, er riktig nok, men krever likevel utdyping. Etter at Arbeiderpartiet skilte lag med Senterpartiet i regjering i februar, har helseminister Jan Christian Vestre kommunisert at han for sin del er pragmatisk i synet på styringsmodell. Denne mykere tilnærmingen er politisk interessant. Den er for det første et signal om at Arbeiderpartiet ikke vil gå i skyttergravene for å forsvare foretaksmodellen. For det andre er tanken denne gang at reformen skal vokse nedenfra.

Som alternativ til en toppstyrt reformprosess er planen, dersom Arbeiderpartiet fortsetter i regjering, å sette i verk ti ulike lokale pilotprosjekter for helhetlige pasientforløp på et bredt spekter av områder i helsetjenesten. Forsøksprosjektene lanseres lokalt over hele landet gjennom sommerukene som en integrert del av Arbeiderpartiets valgkamp (8). Det vil bli satt ned ekspertutvalg der ulike modeller, også en helsetjeneste med bare ett forvaltningsnivå, skal vurderes. Et så bredt mandat ville neppe vært aktuelt med Senterpartiet i regjering. Politisk vil Arbeiderpartiet, slik jeg ser det, på denne måten også kommunisere at partiet nå har en bred reformagenda og ser framover etter at Senterpartiet forlot regjeringen. De vil kvitte seg med det mange velgere oppfattet som samarbeidsregjeringens tilbakeskuende reverseringspolitikk.

Psykiatri og eldreomsorg

Blant aktører jeg har snakket med, er det en avventende holdning til om reformarbeidet vil føre fram til en gjennomgående helsereform som fungerer.

To områder trekkes fram som spesielt krevende: psykisk helse og eldre med komplekse helseutfordringer. Bakteppet er demografi, skrikende mangel på fagfolk, store regionale ulikheter i tilbudet og knappe budsjettmidler de neste tiårene.

Slik jeg oppfatter regjeringen, er en mulig nyordning at staten overtar mer av ansvaret for psykisk helse, mens eldreomsorg fremdeles blir et kommunalt ansvar. Uansett vil utfordringene innen disse to delene av helse- og omsorgstjenestene være så store at bedre samhandling i seg selv ikke er tilstrekkelig. Finansieringen av kommunene er skrudd sammen på en måte som betyr at det tross en viss omfordeling er betydelige forskjeller mellom rike og fattigere kommuner. En omlegging til statlig eierskap ville innebære en betydelig overføring av ressurser fra de mest skattesterke til de svakeste kommunene, noe som vil møte sterk politisk motstand.

Det er flere grunner til at regjeringen kan ønske at staten overtar mer av ansvaret innen psykisk helse: Oppfølging av pasienter med alvorlige psykiske lidelser utgjør store utgifter og et stort ansvar, især for små kommuner. I tillegg fyller pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern til tider størstedelen av det tilgjengelige døgntilbudet. Et større statlig ansvar for psykisk helsevern kan være veien å gå. Så langt er dette høyttenkning, men kan være en pekepinn om retningen bak Arbeiderpartiets planlagte reformprosess.

Investeringer

En konsekvens av Stoltenbergs sykehusreform og foretaksmodellen var at sykehusene skulle styres etter regnskapsloven. Med det fikk helseforetakene ansvar for å balansere drift og investeringer i samme budsjett. Dette har vært et av de aller viktigste ankepunktene mot modellen.

Det kan vise seg at kritikerne i hvert fall delvis får rett. En av landets fremste helseøkonomer, professor Terje P. Hagen, sier han har analysert alle sykehusinvesteringer siden 2003: «*Min hovedkonklusjon er at den effektiviseringsgevinsten som skulle være et av målene med omleggingen, ikke er nådd*» (personlig meddelelse 22.5.2025). Han refererer da til foreløpig upubliserte data presentert på et seminar tidligere i år. Ifølge Hagen viser tallene at sykehusene i de første årene etter investeringene faktisk opplevde en motsatt effekt (9). Noe av forklaringen kan

være at nye teknologiske løsninger fører til at det blir ansatt flere fagfolk, og at driftsutgiftene også økte. Først etter noen år kunne man observere effektiviseringsgevinster.

Arbeiderpartiet har langt på vei greid å nøytralisere opposisjonen i helsepolitikken gjennom ventelistedugnaden og ved å lansere en reformskisse som viser at «regjeringen har noe viktig på gang»

En presset sykehusøkonomi har de siste årene blitt løst med ekstrabevilgninger, og det er også tatt opp lån internt i foretaksstrukturen for ikke å svekke likviditeten. Problemene er med andre ord blitt skjøvet fram i tid. Det har underveis blitt gjennomført ulike korrigeringer for å avlaste sykehusenes økonomi, blant annet ved å følge byggesaksindeksen for å kompensere kostnadsøkninger som skjer i løpet av byggeperioden, endring av rentemodell osv.

I praksis er det et brudd med modellen at styret i Helse Sør-Øst i april 2025 anbefalte at en del av finansieringen av Mjøssykehuset skulle skje som direkte investeringstilskudd og ikke som lån. De argumenterer med at regionen står foran så store investeringsprosjekter framover at risikoen for sykehusøkonomien vil være høy. Styret bruker også stortingsflertallets merknad da den fulgte opp sykehusutvalget i fjor som argument for å gi deler av finansieringen som tilskudd og ikke lån (10): «*Stortinget ber regjeringen utrede ulike ordninger for å håndtere avskrivningskostnader i sykehus og alternative modeller for rentekompensasjon for sykehusbygg.*»

De signalene jeg har oppfattet om dette tyder ikke på at Finansdepartementet uten videre støtter Svein Gjedrem og styrets krav. Konsekvensen kan jo bli at andre krever samme behandling ved senere investeringer. Svaret kommer i høstens forslag til statsbudsjett. Godt valg. ■

Artikkelen er skrevet etter oppdrag fra Tidsskriftet.

Magnus Takvam

magnus.takvam@gmail.com

Magnus Takvam er journalist, forfatter og politisk kommentator. Forfatteren har fått ICMJE-skjemaet oversendt og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 NOU 2023:8. Fellesskapets sykehus. Styling, finansiering og ledelse (vedlegg). Lest 21.7.2025.
- 2 Stoltenberg J. Min historie. Oslo: Gyldendal, 2016.
- 3 NOU 2023: 4. Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. s. 24–51. Lest 21.7.2025.
- 4 Statistisk sentralbyrå. Slik brukes skattepengene. Lest 21.7.2025.
- 5 Statistisk sentralbyrå. Statistikk om Helse- og sosialpersonell. Lest 21.7.2025.
- 6 Stortinget. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag om å greie ut alternativ til helseforetaksmodellen. Innst. 311 S (2024–2025). Lest 21.7.2025.
- 7 Høyre. Partiprogram 2025–2029. Lest 21.7.2025.
- 8 Arbeiderpartiet. Arbeiderpartiets partiprogram. Lest 21.7.2025.
- 9 Hagen TP. Sykehustalen 2024 – hva skjer med sykehusfinansieringen? Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.24.0051.
- 10 Saksfremlegg. Styret Helse Sør-Øst. Sak 049-2025. Godkjenning av protokoll fra styremøte 10. april 2025. Lest 21.7.2025.

E-sigaretter er allerede strengt regulert

Det etterlyses bekymring om e-sigaretter. Vi savner kunnskap.

En nylig publisert kronikk skriver Solberg og medarbeidere at de ønsker at Folkehelseinstituttet (FHI) inntar en tydeligere rolle i «kampen mot e-sigaretter» (1). Det er litt uklart hvem de mener gjør feil, men vi (Vedøy og Lund) og andre kollegaer nevnes både som kilder, men også som «industrivennlige» aktører som ikke bidrar i denne kampen. Det er ikke noe galt i å være bekymret. Vi er også bekymret, særlig for den manglende interessen for å hjelpe de resterende 400 000–500 000 dagligrøykerne med å slutte.

Vår rolle i Avdeling for rusmidler og tobakk ved Folkehelseinstituttet er å frembringe mest mulig korrekt kunnskap om hvordan e-sigaretter, eller fordampere, brukes, er konstruert, hva e-væsken inneholder, hvordan de distribueres og skaffes, hvem som er brukerne, hva som er bruksformålene og hvordan og hvorfor bruksmønstrene endrer seg. Om denne kunnskapen kan tolkes som «industrivennlig», er ikke relevant, og ordbruken fremstår for oss som en attribuering som utelukkende har til hensikt å sverte meningsmotstandere.

Det er så vidt vi vet ingen som er særlig entusiastisk for e-sigaretter her ved Folkehelseinstituttet, og særlig ikke de mange bruk-og-kast-modellene som har kommet på markedet de senere årene. Undertegnede erkjenner likevel at de kan være av nytte som et alternativ til røyking blant personer som ikke klarer å slutte å røyke. Det er uklart for oss hvor mye strengere det er mulig å regulere e-sigaretter enn det Norge nå gjør. Vi har forbud mot salg av nikotinholdig e-væske, forbud mot andre smakstilsetninger enn «tobakk» i e-væsken, nettbasert handel skal forbys, vindusutstillinger er forbudt, utstyr til e-sigaretter er gjemt under disk i butikken og bruken reguleres like strengt som røyking. I praksis betyr dette at nikotinholdige e-sigaretter ikke er tilgjengelig for norske forbrukere med mindre man reiser ut av landet og tar med utstyr hjem som reiseimport. Vi er enig i at e-sigaretter bør reguleres strengt, men hvor mye strengere kan lovverket bli?

Vi mener at målet om et nikotinfritt samfunn er like urealistisk som den nå forlatte troen på et narkotikafritt samfunn. Atferdsforskningen viser at en forbudslinje mot stimulerende stoffer ikke eliminerer rekreasjonsbruken, men isteden flytter omsetningen til illegale forsyningskilder av produkter med redusert forbrukersikkerhet.

Helsekonsekvenser og skadereduksjon

Kronikken til Solberg og medarbeidere inneholder også en rekke påstander om e-sigaretter, særlig relatert til skadepotensialet, røykeslutt og skadereduksjon, som ikke har støtte i empirien. Vi har ikke mulighet til å kommentere alle her. For de som ønsker å lese mer om fordampere, kan vi anbefale våre og våre kollegaers publikasjoner om e-sigaretter (2–6).

Vi ønsker allikevel å presisere at e-sigaretter er maskiner som kan brukes til å varme opp en nesten hvilken som helst væske. Væsken *kan* inneholde en rekke helseskadelige stoffer, men *må* ikke nødvendigvis det, i hvert fall ikke «107 kreftfremkallende stoffer». Hva de inneholder, vil avhenge av markedssituasjonen og reguleringen. Hva Solberg og medarbeidere mener med utsagnet «det er ikke vist at økende bruk av snus eller e-sigaretter har bidratt til nedgangen i tobakksbruk», er uvisst. Det er i alle fall godt dokumentert, blant annet av Cochrane Collaboration, at fordampere har relativt god effekt på røykeslutt og bedre effekt enn nikotinlegemidler (7). Det virker også som om Solberg og medarbeidere misforstår hva som menes med skadereduksjon. Det er ikke en iboende egenskap ved produktet, men det som skjer hvis noen bruker et mindre skadelig produkt i stedet for et mer skadelig produkt. Rene sprøyter, metadon, sykkelhjelmer, bilbelter og lettøl er alle skadereduserende produkter.

Når det gjelder e-sigarettenes skadepotensial, er det viktig å skille mellom skader fra e-sigaretter med nikotin og skader fra illegale rusmidler og hjemmelagde blandinger, som var årsaken til utbruddet av akutt lungesykdom blant amerikanske unge voksne i 2019 (8). Det er også viktig å minne om at rundt 80 % av regelmessige brukere av e-sigaretter i Norge i dag er voksne nåværende eller tidligere røykere. Den foreløpig siste systematiske oppsummeringen utgitt av den britiske legeforeningen i 2024, konkluderte med at vurderingen av e-sigaretter som et skadereduserende alternativ baserer seg på klare bevis om at bruk av e-sigaretter er mindre skadelig enn sigarettøyking (9), noe som også går fram fra andre omfattende kunnskapsoppsummeringer (10, 11).

Vi er enig i at e-sigaretter bør reguleres strengt, men hvor mye strengere kan lovverket bli?

Våre bekymringer

Solberg og medarbeidere etterlyser større bekymring hos Folkehelseinstituttet. Direktøren har offisielt uttrykt at Folkehelseinstituttet er bekymret for e-sigaretter, og for egen del vil vi tilføye våre egne bekymringer: Vi er bekymret for at den uriktige elendighetsbeskrivelsen fra Solberg og medarbeidere skremmer røykere til å forbli i sine livsfarlige røykevaner istedenfor å bytte til et mindre farlig nikotinprodukt. Vi er videre bekymret for



Foto: EyeEm Mobile GmbH / iStock

at politikere skal bli skremt opp til å innføre en forbuds- politikk som gjør at vi mister kontroll med markedet, får redusert forbrukersikkerhet, illegal omsetning og tapt skatteinnngang.

Vi er også bekymret for at smaksforbudet fører til selvblending av aromastoffer som absolutt ikke bør inhaleres. Dessuten er vi bekymret for at forbudene mot de minst farlige nikotinproduktene (f.eks. nikotinposer) gir de mest farlige produktene (sigarettene) best markedsvilkår på nikotinmarkedet. Vi er også bekymret for at den retorikken som Solberg og medarbeidere anlegger – med stemping av meningsmotstandere som industrivennlige – fører til et dårlig debattklima om en viktig sak. ■

Mottatt 3.6.2025, første revisjon innsendt 6.6.2025, godkjent 12.6.2025.

Tord Finne Vedøy

tord.vedoy@fhi.no

Tord Finne Vedøy er ph.d., sosiolog og seniorforsker i Avdeling for rusmidler og tobakk, Folkehelseinstituttet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikt: Han har mottatt foredragshonorar fra VID vitenskapelige høgskole.

Karl Erik Lund

Karl Erik Lund er dr.polit. og seniorforsker ved Avdeling for rusmidler og tobakk, Folkehelseinstituttet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt foredragshonorar fra Norsk forening for lungemedisin, Sykepleierforbundet og Næringssetaten Oslo kommune. Han har hatt et ubetalt lederverv i International Association on Smoking Control & Harm Reduction.

Litteratur

- Solberg S, Aanerud M, Gallefoss F et al. E-sigarett må reguleres strengt. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tids-skr.25.0184.
- Vedøy TF, Lund KE. red. E-sigarett: Produkttegnaker, lovgivning, bruksmønstre, avhengighet og helsekonsekvenser. En litteraturgjennomgang med søkelys på ungdom. Utarbeidet for Nasjonalt kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (NASKO). Oslo: Folkehelseinstituttet, 2024. Lest 12.6.2025.
- Vedøy TF, Lund KE. E-sigarettens anatomi, funksjonalitet og produktutvikling. Tidsskriftet forebygging 20.3.2025. Lest 12.6.2025.
- Lund KE, Vedøy TF. E-sigarettens opprinnelse, produsenter, regulering og framtid. Tidsskriftet forebygging 25.2.2025. Lest 12.6.2025.
- Lund KE, Vedøy TF. E-sigarettens avhengighetspotensial. Hva viser forskningen? Tidsskriftet forebygging 7.4.2025. Lest 12.6.2025.
- Valen H, Becher R, Vist GE et al. Adverse health effects of electronic cigarette use: an umbrella review and toxicological evaluation. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2022. Lest 12.6.2025.
- Lindson N, Butler AR, McRobbie H et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2024; 1. doi: 10.1002/14651858.CD010216.pub8.
- Blount BC, Karwowski MP, Shields PG et al. Lung Injury Response Laboratory Working Group. Vitamin E Acetate in Bronchoalveolar-Lavage Fluid Associated with EVALI. N Engl J Med 2020; 382: 697–705.
- Royal College of Physicians. E-cigarettes and harm reduction. An evidence review. Lest 12.6.2025.
- McNeill A, Simonavičius E, Brose LS et al. Nicotine vaping in England: an evidence update including health risks and perceptions, 2022. A report commissioned by the Office for Health Improvement and Disparities. London: Office for Health Improvement and Disparities, 2022. Lest 12.6.2025.
- Stratton K, Kwan LY, Eaton DL. red. Public health consequences of e-cigarettes. Washington, DC: National Academies of Sciences Engineering and Medicine (NASEM), 2018.

Tekst: Karl Erik Lund og Tord Finne Vedøy

Villedende om e-sigarett

Arbeidet mot bruk av e-sigarett bør unngå overdrivelser om helseisisiko og tilbakeholdelse av informasjon om effekter for røykeslutt.

Kronikken «Derfor er e-sigarett helseskadelige» argumenterer Lunde, Tollåli og Gallefoss mot myndighetenes planer om å erstatte salgforbudet mot nikotinholdige e-sigarett med regulert salg fra norske utsalgssteder (1). Under mellomtittelen «Villedende rapport» rettes det anklager mot et notat fra Folkehelseinstituttet til Nasjonalt kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten som undertegnede var ansvarlig for (2). Vi vil kommentere de forhold som forfatterne mener gjør notatet «villedende».

Å holde tilbake informasjon om skadeforskjeller av taktiske årsaker, også 'i den gode saks tjeneste' for å avskrekke ungdom mot nikotinbruk, er etter vårt syn uetisk og vil forringe vår troverdighet som avsender av helseinformasjon

Vaping som inngangsport til røyking

Vårt notat beskrev i detalj økningen i vaping blant unge, men opplyste samtidig om at veksten var begrenset til uregelmessig bruk som i hovedsak var eksperimentell og forbigående. Kronikkforfatterne mener det er en «farlig tolkning», med begrunnelse i at vaping er en inngangsport til røyking (1). De har rett i at det er en statistisk assosiasjon mellom vaping og påfølgende røyking, på samme måte som vi finner sammenhenger mellom en lang rekke atferder, som skoleskulking, nasking, tidlig sexdebut, tidlig alkoholdebut, motorisert ferdsl uten førerkort og røyking. Det er lite som tyder på at sammenhengene er kausale, men at de isteden skyldes felles underliggende trekk ved individet som disponerer for flere typer risikoatferd (3–6). Vi har også tidligere redegjort for problematiske sider ved gateway-hypotesen (7). I de fleste sammenliknbare land med økning i vaping blant ungdom har det skjedd en parallell nedgang i røyking (8–11). Studier tyder på at sigarett og vapes er økonomiske substitutter (12–14) slik at utviklingen er mer forenlig med en hypotese om at e-sigarett avleder risikosøkende ungdom fra sigarettene.

→

EVALI-utbruddet

Forfatterne bemerker at vi ikke omtalte det såkalte EVALI-utbruddet i 2019/2020. Dette var et lokalt utbrudd av akutt lungesykdom blant amerikanske ungdommer som hadde det til felles at de hadde brukt fordampere/e-sigaretter (15). Utbruddet inntraff uventet, ettersom e-sigarettene hadde vært på verdensmarkedet i mer enn ti år uten at slike symptomer hadde blitt registrert blant ca. 80 millioner brukere. Med henvisning til utbruddet ble lovgivningen om e-sigaretter skjerpet i flere land (16). Det viste seg imidlertid at lungeskadene skyldtes inhalasjon av et fortykningsmiddel (vitamin E-acetat) tilsatt i cannabisvæske (17), solgt på et illegalt marked. Til tross for at både Folkehelseinstituttet og amerikanske helsemyndigheter siden har opplyst om den egentlige årsaken til utbruddet, ser det ut til at forfatterne med sin bemerkning ønsker å opprettholde en kunstig kontrovers om et for lengst avklart emne (18–23).

Informasjon om skadeforskjeller

Vårt notat refererer til systematiske kunnskapsoppsummeringer om skadeforskjeller mellom e-sigaretter og sigaretter, men forfatterne mener det er egnet til å «så tvil om skadepotensialet» (1, 2). Vi er uenige. Å holde tilbake informasjon om skadeforskjeller av taktiske årsaker, også «i den gode saks tjeneste» for å avskrekke ungdom mot nikotinbruk, er etter vårt syn uetisk og vil forringe vår troverdighet som avsender av helseinformasjon.

Dobbeltbruk

Forfatterne mener videre at vårt notat overser risikoen ved kombinasjonsbruk av e-sigaretter og tradisjonelle sigaretter. Vi er enige i at tilleggssbruk av e-sigaretter kan utgjøre en forsterket helseisiko for røykere dersom det resulterer i økt totaleksponering for skadelige stoffer eller forlenget røykekarriere. Dobbeltbruk er imidlertid et sammensatt fenomen, og helsekonsekvensene avgjøres av hvor lenge dobbeltbruken pågår og hvordan tilleggssbruk av e-sigaretter påvirker bruksintensitet av sigaretter – det farligste produktet. Dobbeltbruk kan også resultere i brukskombinasjoner som reduserer totaleksponeringen for skadelige stoffer for røykere (24).

E-sigaretter har i mange land blitt den mest brukte metoden ved vellykket røykeslutt (25). Til tross for forbudet i Norge, er e-sigaretter den nest mest brukte metoden – etter snus (26). Vår forskning viser dessuten at det finnes et betydelig reservoar av potensielle brukere blant de i hovedsak eldre røykerne, som ofte har tilleggssbelastninger (27). Ut over at e-sigaretter appellerer til røykere, er behandlingseffekten relativt god. Basert på 90 studier (med til sammen 29 044 deltagere), herunder 49 randomiserte, kontrollerte studier, konkluderte Cochrane i januar 2025: «Det er overbevisende evidens for at e-sigaretter med nikotin øker slutteraten for røyking sammenlignet med nikotinlegemidler» (vår oversettelse) (28).

Personlig støtter vi en streng lovgivning for e-sigaretter, men mener landet er best tjent med kontrollert salg av forhåndsgodkjente produkter begrenset til lisensierte spesialforhandlere (*vape-shops*) med god alderskontroll og en betjening som kan gi likemannshjelp til røykesluttere. Forbudslinjen kan ha uintenterte konsekvenser som smugling av produkter med redusert forbrukersikkerhet, tapt markedskontroll og tapt skatteinntekt (29). ■

Karl Erik Lund

kelu@fhi.no

Karl Erik Lund er seniorforsker ved Avdeling for rusmidler og tobakk ved Folkehelseinstituttet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Tord Finne Vedøy

Tord Finne Vedøy er seniorforsker ved Avdeling for rusmidler og tobakk ved Folkehelseinstituttet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Lunde AG, Tollåli T, Gallefoss F. Derfor er e-sigaretter helse-skadelige. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0262.
- Vedøy TF, Lund KE. red. E-sigaretter: Produktegenskaper, lovgivning, bruksmønstre, avhengighet og helsekonsekvenser. En litteraturgjennomgang med søkelys på ungdom. Utarbeidet for Nasjonalt kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (NASKO). Lest 24.6.2025.
- Shahab L, Brown J, Boelen L et al. Unpacking the Gateway Hypothesis of E-Cigarette Use: The Need for Triangulation of Individual- and Population-Level Data. Nicotine Tob Res 2022; 24: 1315–8.
- Chan GCK, Stjepanović D, Lim C et al. Gateway or common liability? A systematic review and meta-analysis of studies of adolescent e-cigarette use and future smoking initiation. Addiction 2021; 116: 743–56.
- Begh R, Conde M, Fanshawe TR et al. Electronic cigarettes and subsequent cigarette smoking in young people: A systematic review. Addiction 2025; 120: 1090–111.
- Hartmann-Boyce J, Conde M, Zhitnik E et al. Transitions between smoking and vaping: Evidence (or lack thereof) on potential differences by gender and sex. Prev Med 2024; 188. doi: 10.1016/j.ypmed.2024.107974.
- Vedøy TF. Fra snus til rus – fordom eller fakta? Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 544–6.
- Tattan-Birch H, Brown J, Shahab L et al. Trends in vaping and smoking following the rise of disposable e-cigarettes: a repeat cross-sectional study in England between 2016 and 2023. Lancet Reg Health Eur 2024; 42. doi: 10.1016/j.lanepe.2024.100924.
- Mendelsohn CP, Beaglehole R, Borland R et al. Do the differing vaping and smoking trends in Australia and New Zealand reflect different regulatory policies? Addiction 2025; 120: 1379–89.
- Pierce JP, Luo M, McMenamin SB et al. Declines in cigarette smoking among US adolescents and young adults: indications of independence from e-cigarette vaping surge. Tob Control 2025; 34: 286–93.
- Reid JL, Hammond D, Burkhalter R et al. Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends, 2022 Edition. Waterloo, ON: University of Waterloo, 2022. Lest 24.6.2025.
- Friedman AS, Pesko MF, Whitacre TR. Flavored E-Cigarette Sales Restrictions and Young Adult Tobacco Use. JAMA Health Forum 2024; 5. doi: 10.1001/jamahealthforum.2024.4594.
- Cotti C, Courtemanche C, Maclean JC et al. The effects of e-cigarette taxes on e-cigarette prices and tobacco product sales: Evidence from retail panel data. J Health Econ 2022; 86. doi: 10.1016/j.jhealeco.2022.102676.
- Abouk R, Courtemanche C, Dave D et al. Intended and unintended effects of e-cigarette taxes on youth tobacco use. J Health Econ 2023; 87. doi: 10.1016/j.jhealeco.2022.102720.
- Kalininskiy A, Bach CT, Nacca NE et al. E-cigarette, or vaping, product use associated lung injury (EVALI): case series and diagnostic approach. Lancet Respir Med 2019; 7: 1017–26.
- Hall W, Gartner C, Bonevski B. Lessons from the public health responses to the US outbreak of vaping-related lung injury. Addiction 2021; 116: 985–93.
- Blount BC, Karwowski MP, Shields PG et al. Lung Injury Response Laboratory Working Group. Vitamin E Acetate in Bronchoalveolar-Lavage Fluid Associated with EVALI. N Engl J Med 2020; 382: 697–705.
- Vedøy TF, Sæbø G, Lund M et al. Oppsummering av og redegjørelse for det pågående sykdomsutbruddet i USA knyttet til bruk av elektroniske sigaretter. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2019. Lest 24.6.2025.
- Krishnasamy VP, Hallowell BD, Ko JY et al. Lung Injury Response Epidemiology/Surveillance Task Force. Update:

- Characteristics of a Nationwide Outbreak of E-cigarette, or Vaping, Product Use-Associated Lung Injury - United States, August 2019-January 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020; 69: 90-4.
- 20 National Center for Biotechnology Information. PubChem Compound Summary for CID 86472, Alpha-Tocopherol Acetate 2025. Lest 23.6.2025.
- 21 Schwotzer D, Gigliotti A, Irshad H et al. Phytol, not propylene glycol, causes severe pulmonary injury after inhalation dosing in Sprague-Dawley rats. *Inhal Toxicol* 2021; 33: 33-40.
- 22 The Centers for Disease Control and Prevention (CDC). CDC Telebriefing: Update on Lung Injury Associated with E-cigarette Use, or Vaping. Lest 23.6.2025.
- 23 Lund KE. Vaping: Skal vi 'feire' forbudslinja? Norsk Forening for Lungemedisin, Høstmøte, 8.11.2024, Bodø. Lest 24.6.2025.
- 24 Jackson SE. "Dual Use" of e-cigarettes alongside cigarettes encompasses varied behavior patterns and motives that have different implications for health and smoking cessation. *Nicotine Tob Res* 2025; doi: 10.1093/ntr/ntaf124.
- 25 Jackson SE, Brown J, Buss V et al. Prevalence of Popular Smoking Cessation Aids in England and Associations With Quit Success. *JAMA Netw Open* 2025; 8. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.54962.
- 26 Lund M, Vedøy TF, Lund I. Tobakk i Norge. Røykeslutt. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2023. Lest 24.6.2025.
- 27 Vedøy TF, Lund KE. How do Smokers in a Snus-Prevalent Society Consider E-cigarette, Snus, and Nicotine Replacement Therapy Products as Relevant Replacements for Cigarettes in the Event They Should Stop Smoking? *Nicotine Tob Res* 2023; 25: 1753-61.
- 28 Lindson N, Butler AR, McRobbie H et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2024; 1. doi: 10.1002/14651858.CD010216.pub8.
- 29 Sørheim CAB, Stolze K. Eksplosjon i vape-beslag. NRK 23.6.2025. Lest 23.6.2025.

Tekst: Birgit Lie Haugen et al.

Helsemyndighetene som bukken og havresekken

Når all «helsemakt» samles i én institusjon, er det kritisk nødvendig med åpenhet og ekstern kvalitetssikring.

Folkehelseinstituttet har gradvis fått økt ansvar for forvaltning av nasjonale helsedata, herunder Norsk pasientregister, Kommunalt pasient- og brukerregister, Egg- og sæddonorregisteret og Krefregisteret. Helsedataavdelingen og Helsedataser vice er overført fra Helsedirektoratet. Sentraliseringen gir instituttet stor makt over hvilke helsedata som publiseres når og hvordan. Denne maktkonsentrasjonen øker behovet for en transparent forvaltning og en uavhengig kvalitetskontroll av rapporter, studier og data.

Folkehelseinstituttet har sin kjernevirksomhet finansiert over statsbudsjettet, men mottar også finansiering fra andre kilder, inkludert EU og Forskningsrådet. Dette kan påvirke prioriteringer og forskningsfokus. Koronapassene, som ble innført i 2020, er ett eksempel der EU har lagt premissene for Folkehelseinstituttets prioriteringer (1). I 2022 avdekket Riksrevisjonen svakheter i Folkehelseinstituttets regnskapsføring (2) knyttet til den eksterne finansieringen. Instituttet mottar betydelige midler, men nøyaktige beløp er ikke spesifisert i tilgjengelige kilder.

Folkehelsen trenger åpenhet

Vi tillater oss å stille spørsmål om hvorfor ikke eksterne fagmiljøer, forskere eller uavhengige institusjoner har full tilgang til anonymiserte rådata fra de nasjonale registrene. For at helsedata skal være nyttige for eksterne fagmiljøer, må de være konsistente, mulig å sammenstille på tvers av registre og sammenlignbare over tid.

Folkehelseinstituttet har flere ganger endret måten data fremstilles på i sine registre, ofte uten begrunnelse eller dokumentasjon. At dødsfall relatert til covid-19-vaksiner i Dødsårsaksregisteret for 2021 ble lagt sammen med de covid-19-assosierte dødsfallene, er ett eksempel (3). Samtidig påpeker instituttet selv at ressursmangel gjør det umulig å publisere enkelte data (4).

Les flere debattartikler på tidsskriftet.no:



TIL DISKUSJON
Reaksjoner, faglige innspill
og konstruktiv debatt.

UTILGJENGELIG FOR BARN



Vi undres over hvorfor det brukes ressurser på å endre, fjerne og omdefinere eksisterende data. Ett eksempel her er oppdateringen av registeret for vaksiner, SYSVAK: Nå oppgis ikke vaksinedosenummer lenger, flere aldersgrupper er slått sammen, og den tidligere daglige oppdateringen er endret til ukentlig gjennomføring (5). Dette er endringer som svekker den statistiske nytteverdien av registeret. I tillegg gjør ulike aldersgrupper i forskjellige registre det vanskelig å sammenstille data fra de forskjellige registrene (6–10).

Det er inkonsistens i data og uklarhet i definisjonene knyttet til covid-19-relaterte dødsfall. Blant annet gjelder det begrepene *covid-19-assosierte dødsfall* og *covid-19-døde*. Også ulike tall fra 2023 bidrar til uklarhet: Dødsårsaksregisteret oppgir 1 276 døde (11), figur 1 i statusrapporter om covid-19, influensa og andre luftveisinfectionsjoner oppgir 1 534 døde (12), rapporten *Dødsårsaker i Norge 2023* oppgir 1 275 døde (13), mens rapporten *Luftveisinfectionsjoner inkludert covid-19 og influensa* sesongen 2023/2024 uke 21 oppgir 1 546 døde (14).

Det er behov for å opprette en uavhengig ekstern kontrollinstans med tilgang til de samme dataene som Folkehelseinstituttet

Dette er eksempler på praksis som gjør det vanskelig for eksterne aktører å gjennomføre uavhengige analyser og vurdere kvaliteten i helsemyndighetenes rapporter, studier og konklusjoner. Det er vår mening at gjeldende praksis dermed svekker etterprøvbareheten og tilliten til forvaltningen av helsedata.

Vi har vært i kontakt med forskere, statistikere og andre fagfolk som opplever at det er vanskelig å få tilgang til helsedata slik søknadsrutinene fungerer i dag. Helsedata tilhører folket og bør i langt større grad enn i dag være offentlig tilgjengelige. Vi anerkjenner at Folkehelseinstituttet har begrenset kapasitet og ikke kan fordype seg i alle fagområder. Dersom eksterne og uavhengige aktører fikk tilgang, kunne de ikke bare vært en støtte for Folkehelseinstituttet, men de kunne også styrke kvalitetskontrollen, sikre etterprøvbarehet, fremme en åpen helsedebatt og legge til rette for mer objektive helsebeslutninger. Dette ville igjen kunne bidra til økt tillit til helsemyndighetene og helseinstitusjonene.

Folkehelseinstituttet bestemmer selv når og hva som publiseres av helsedata. Eksempelvis satte instituttet rapporteringen av dødelighetsdata på pause i flere måneder fra november 2022 (15), på grunn av ressursmangel. Dette var i en periode med høye covid-19-relaterte dødsfall og økende overdødelighet. Er stans eller forsinkelser i rapportering og endring av definisjoner en bevisst strategi for å unngå innsyn, skyldes det en mangel på forståelse for behovene til eksterne fagmiljøer, eller er det andre forklaringer?

Uavhengig kontroll og åpenhet

I dag har Folkehelseinstituttet i praksis monopol på helsedata fra sentrale helseregistre. Instituttet gir råd om helseprioriteringer, vaksiner og behandlinger, samtidig som de selv evaluerer og overvåker egne anbefalinger. Dette er en åpenbar interessekonflikt. Vi mener derfor det er behov for å opprette en uavhengig ekstern kontrollinstans med tilgang til de samme dataene som Folkehelseinstituttet, etablere et uavhengig datatilgangsutvalg som vurderer søknader om tilgang til

helsedata, gjøre offentlig publiserte data mer åpne, konsistente og komplette og gjøre det mulig å sammenstille data fra flere registre.

Norsk lovgivning gir grunnlag for å kreve større åpenhet. Offentlighetsloven (§ 3, § 9) gir rett til innsyn i offentlige dokumenter og databaser, mens helseregisterloven (§ 19, § 19a, § 5-1) fastslår at anonyme helsedata skal være tilgjengelige for forskere og offentligheten. Likevel tilbakeholder Folkehelseinstituttet viktige data, etter vår mening uten tilfredsstillende begrunnelse. Åpenhet og uavhengig kvalitetskontroll er ikke en trussel mot folkehelsen – det er en forutsetning for den. ■

Mottatt 25.4.2025, første revisjon innsendt 7.5.2025, godkjent 21.5.2025.

Birgit Lie Haugen

Birgit Lie Haugen er intensivsykepleier, helsecoach og senior manager i Forever Living. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Runi Rogers

Runi Rogers er bachelor i medisinsk mikrobiologi. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kari Mette Singstad

kari-mette.singstad@hotmail.com

Kari Mette Singstad er overingeniør. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.



Folkehelseinstituttet. Foto: Lise Åserud / NTB, bearbejdet av Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Trædal TJ. Mente FHI-direktøren tok en veldig høy budsjett risiko. Aftenposten 5.1.2023. Lest 6.5.2025.
- 2 Riksrevisjonen NTB. Betydelige svakheter i FHI's regnskap for 2022. Dagens medisin 26.10.2023. Lest 6.5.2025.
- 3 Statens institutt for folkehelse. Tall for covid-19-assosierte dødsfall i Dødsårsaksregisteret i 2021. Lest 6.5.2025.
- 4 Statens institutt for folkehelse. FHI. Årsrapport for 2021. Lest 6.5.2025.
- 5 Statens institutt for folkehelse. SYSVAK koronavirusinasjon. Lest 6.5.2025.
- 6 Statens institutt for folkehelse. MSIS. Tilfeller etter sykdom fordelt på måned, 2025. Koronavirus med utbruddspotensial. Lest 6.5.2025.
- 7 Statens institutt for folkehelse. Dødsfall etter kjønn alder og dødsårsak, antall. Lest 6.5.2025.
- 8 Statens institutt for folkehelse. A3: Svangerskapsavbrot fordelt på alder og type begjæring. Lest 6.5.2025.
- 9 Statens institutt for folkehelse. Legemiddelstatistikk per ATC-kode. Lest 6.5.2025.
- 10 Statens institutt for folkehelse. Totalforekomst utvalgte diagnoser. Lest 6.5.2025.
- 11 Statens institutt for folkehelse. Dødsårsaksregisteret, 2020-2024. Dødsfall etter kjønn, alder og dødsårsak, antall. Lest 6.5.2025.
- 12 Statens institutt for folkehelse. Statusrapporter om covid-19, influensa og andre luftveisinfeksjoner. Lest 6.5.2025.
- 13 Statens institutt for folkehelse. Dødsårsaker i Norge 2023. Lest 6.5.2025.
- 14 Statens institutt for folkehelse. Luftveisinfeksjoner inkludert covid-19 og influensa. Lest 6.5.2025.
- 15 Statens institutt for folkehelse. Overvåkingssystemet for totaldødelighet (NorMOMO) settes på pause. Lest 6.5.2025.

Tekst: Guri Rørtveit og Christine Bergland

Forsvarlig forvaltning av helseregistrene

Folkehelseinstituttet forvalter de fleste av de sentrale helseregistrene i samfunnet vårt. Samfunnsoppdraget er nøye regulert i helseregisterloven og forskriftene for hvert enkelt register.

Haugen, Rogers og Singstad har vært i kontakt med Folkehelseinstituttet og bedt om innsyn i en rekke data. De fikk et grundig svar, inkludert at de ble vist til en veileder for å søke tilgang til data. Vi benytter likevel anledningen til å utdype dette og svare dem her. De kritiserer vår forvaltning, presentasjon og tilgjengeliggjøring av data. Vi vil oppklare noen punkter der vi mener kritikken er uriktig.

Kontinuerlig og åpen datapresentasjon

De fleste helseregistrene publiserer offisiell statistikk etter statistikkloven, og tidspunktet for publisering offentliggjøres i god tid (1, 2). Dette er gjerne flere måneder etter årsskiftet når all innsamling og kvalitets-sikring er ferdig. Data blir da tilgjengelig på FHI Statistikk (3). Dødsårsaksregisteret har i noen tilfeller publisert foreløpige tall, for raskest mulig å tilføre opplysninger til samfunnsdebatten rundt dødsårsaker (4). De fleste registrene publiserer en årsrapport med fylldig informasjon, analyser og hovedtrekk.

Folkehelseinstituttet holder selvfølgelig ikke tilbake data, men må sikre at et strengt personvernregelverk overholdes

Fra smittevernregistrene Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) og Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK) presenteres resultater hyppigere. Formålet er å gi dem som har oppgaver i smittevernet, grunnlag for å iverksette tiltak, oppdage utbrudd og oppdage bivirkninger. Noen av disse overvåkingresultatene bygger på foreløpige data, ettersom det er forsinkelser i innmeldingen til registrene.

Det er ikke bare Folkehelseinstituttet som presenterer dataene. Under pandemien hentet flere medier daglig oppdaterte anonyme data direkte fra MSIS og SYSVAK og presenterte dem slik de ønsket.



Tilgangen til helseregisterdata

Søknader om helseregisterdata håndteres av Helsedataservice, som er en enhet på Tynset (5). Denne ble lagt til Folkehelseinstituttet da regjeringen vedtok en omorganisering av helseetatene fra januar 2024. Helsedataservice gir dispensasjon fra taushetsplikt og fatter vedtak om hvilke data som kan sammenstilles og utleveres. For søknader fra Folkehelseinstituttets forskere er det Helsedirektoratet som fatter vedtak om dispensasjon fra taushetsplikt.

Hvem som helst kan søke om tilgang til anonyme data fra Helsedataservice, via helsedata.no. For å få slik tilgang kreves det at opplysningene er planlagt brukt i tråd med datakildenes/registrenes formål. Et reelt anonymt datasett vil ofte måtte ha få og grovt kategoriserte variabler.

Personidentifiserbare data bestilles også på helsedata.no (6). Her er prosedyren mer omfattende for å sikre at personvernet og helseregisterloven m.fl. overholdes. I noen tilfeller må det søkes om etisk forhåndsgodkjenning fra Regional etisk komité (7). Et søknadsskjema hjelper søkeren gjennom prosedyren. Folkehelseinstituttet utleverer hver måned om lag 40 aidentifiserte datasett til søkere. I overkant av 80 % av disse er til brukere utenfor Folkehelseinstituttet.

Mange av de utleverte datasettene inneholder koblede data fra flere helseregistre. Folkehelseinstituttet holder selvfølgelig ikke tilbake data, men må sikre at et strengt personvernregelverk overholdes. De få søkerne som får avslag, kan justere søknaden eller klage på vedtaket til den uavhengige klageinstansen Helseklage.

Data i register ≠ anonym statistikk

For en god diskusjon om forvaltning av statistikk og registre er det viktig å forstå forskjellen på hva som er data i et register og hva som er en anonym statistikkvisning av slike data. Den feilaktige påstanden om at Folkehelseinstituttet endrer, fjerner og omdefinerer eksisterende data springer muligens ut fra en misforståelse om dette. Alle vaksinasjoner er meldepliktige til SYSVAK. Helsepersonell som vaksinerer, registrerer detaljerte opplysninger om hver enkelt vaksinasjon systematisk i registeret. Dette oppdateres fortløpende og inkluderer nøyaktig informasjon om bl.a. alder, vaksinasjonstidspunkt og vaksintype. Folkehelseinstituttet går ikke inn og endrer dette i etterkant.

Disse dataene kan forskere søke om å få utlevert som beskrevet over, og forskerne kan i søknaden selv definere hvilken inndeling de ønsker for aldersgrupper og hvilke registre de ønsker å sammenstille data fra. Dataene i registrene må altså ikke forveksles med anonym statistikk som vises i statistikkbankene, der brede aldersgrupper er ett av flere verktøy som brukes for å sikre anonymisering av helseopplysninger.

Data skal ut

Som det framgår over, innebærer Folkehelseinstituttets forvaltningsansvar for helseregistrene å legge til rette for deling og bruk av data etter registrenes formål. Forskere over hele landet har samme tilgang til helseregisterdata som forskere i Folkehelseinstituttet, vi har ikke noe monopol. Dermed kan forskere utenfor Folkehelseinstituttet fritt evaluere anbefalinger gitt av Folkehelseinstituttet om for eksempel vaksinasjon og smittevernråd.

Det første målet i Folkehelseinstituttets helse-datastrategi er (8): «Data og statistikk skal raskere ut.» Vi jobber hardt for å nå dette målet. Ventetiden er allerede redusert betydelig og antallet nye søknader om data er økende. Hver eneste måned publiserer norske forskere artikler med data fra helseregistrene, og vi håper det blir mange flere i de kommende årene. ■

Mottatt 17.6.2025, godkjent 17.6.2025.

Guri Rørtveit

guri.rortveit@fhi.no

Guri Rørtveit er direktør i Folkehelseinstituttet.

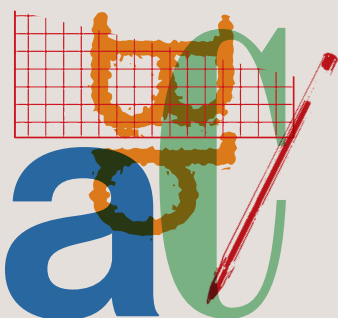
Christine Bergland

Christine Bergland er områdedirektør i Folkehelseinstituttet.

Litteratur

- 1 Folkehelseinstituttet. Offisiell statistikk fra FHI. Lest 17.6.2025.
- 2 Folkehelseinstituttet. Statistikkalenderen 2025. Lest 17.6.2025.
- 3 Folkehelseinstituttet. Statistikk fra Folkehelseinstituttet. Lest 17.6.2025.
- 4 Folkehelseinstituttet. Om foreløpige tall i Dødsårsaksregisteret. Lest 17.6.2025.
- 5 Helsedata. Finn helsedata. Lest 17.6.2025.
- 6 Helsedata. Personidentifiserbare opplysninger. Lest 17.6.2025.
- 7 Helsedata. Rettslig grunnlag. Lest 17.6.2025.
- 8 Folkehelseinstituttet. Helsedatastrategi. Lest 17.6.2025.

Vil du publisere i Tidsskriftet?



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

Alle vitenskapelige artikler fagfellevalueres og blir indeksert i PubMed.

Finn mer informasjon og forfatterveiledning på tidsskriftet.no.

Tidsskriftet



Foto: Jakob Berg / iStock

På høy tid med individuell vurdering av kjøreevne

Når sammenhengen mellom synsfeltutfall og praktisk kjøreevne er grå, kan ikke regelverket være svart-hvitt.

Synskravene til førerkort vektlegger synsstyrke og synsfelt, og ved mistanke om synsfeltutfall er det pålagt å gjennomføre en utvidet synsundersøkelse med perimetri hos optiker eller øyelege (1). Helsedirektoratets førerkortveileder definerer strenge grenser for bilførerers synsfelt og gir lite rom for skjønn (2). Glaukom og hjerneslag er vanlige bakenforliggende årsaker til synsfeltutfall som medfører tap av førerrett (3). Samtidig vet vi at sammenhengen mellom synsfeltutfall og praktisk kjøreevne ikke er kategorisk, og i en kunnskapsoversikt anbefales derfor individuell vurdering av kjøreevne fremfor helsekrav som i omfattende grad begrenser muligheten til å inneha førerkort ved synsfeltutfall (4). Også det europeiske kommisjonsdirektivet 2009/113/EF, som de norske helsekravene bygger på, sier at førerkort for lettere motorvognklasser kan vurderes ved synsfeltutfall dersom det ikke foreligger annen svekkelse av synsfunksjonen og en praktisk kjøreprøve er bestått.

Kjøresimulatorstudie styrker behovet for endring

Da vi sist skrev om temaet i Tidsskriftet i 2022, fantes det allerede gode grunner til å endre norsk praksis og åpne for individuell vurdering av bilførere med synsfeltutfall (5). Siden har vi også gjennomført en studie der vi fant at 42 av 67 deltagere (63 %) som hadde blitt fratatt førerkortet i Norge på grunn av synsfeltutfall, kjørte trygt i en avansert kjøresimulator (3). Likevel er praksisen fortsatt streng, og bare én av deltagerne i studien vår har siden fått førerkortet tilbake.

Det finnes mange tvilstilfeller blant norske bilførere som har blitt fratatt førerkortet på grunn av synsfeltutfall – ofte med store konsekvenser for jobb og privatliv. Vi trenger en ny og rettferdig praksis som gir disse en reell mulighet til individuell vurdering av kjøreevnen, uten å gå på kompromiss med trafikksikkerheten. I valgkampen trenger ikke norske politikere å se lenger enn til Sverige for gode løsninger. Der har Transportstyrelsen gjennomført en grundig utredning og blant annet foreslått at en praktisk kjøreprøve skal inngå i vurderingen av dispensasjon fra helsekravene til synsfelt (6). Det er på høy tid at Norge følger etter. ■

Mottatt 23.6.2025, første revisjon innsendt 27.6.2025, godkjent 2.7.2025.

Thea Melsen Sudmann

theamelsen@gmail.com

Thea Melsen Sudmann er lege i spesialisering i øyesykdommer, klinisk stipendiat ved Øyeavdelingen, Oslo universitetssykehus og ph.d.-student ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt forelesningshonorar fra Bayer og Santen.

Øystein Kalsnes Jørstad

Øystein Kalsnes Jørstad er ph.d., spesialist i øyesykdommer, seksjonsleder ved Øyeavdelingen, Oslo universitetssykehus og professor ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er medlem av Norsk oftalmologisk forenings førerkortvalg (ubetalt verv).

Litteratur

- 1 Wankel VD, Bondø G, Jørstad OK. Synskravene til førerkort. Tidsskr Nor Legeforen 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0559.
- 2 Sudmann TM, Jonsdottir TE, Rowe FJ et al. National application of the European visual field standards for driving: a survey study. *BMJ Open Ophthalmol* 2022; 7: e000904.
- 3 Sudmann TM, Torblaa A, Austeng D et al. Validation of the European visual field standards for driving: A driving simulator-based study. *Acta Ophthalmol* 2025; 103: 222–31.
- 4 Patterson G, Howard C, Hepworth L et al. The Impact of Visual Field Loss on Driving Skills: A Systematic Narrative Review. *Br J Orthopt J* 2019; 15: 53–63.
- 5 Sudmann TM, Brækhus A, Jørstad OK. Helsekravene til førerkort – på riktig vei med ny teknologi. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0607.
- 6 Transportstyrelsen. Körprov i trafik för bedömning av undantag vid synfältsbortfall. Lest 23.6.2025.

Tekst: Knut Eirik Eliassen et al.

Illustrasjon: Steph Hope

Et godt skjult pensum

Medisinstudenter rustes ikke godt nok til å håndtere usikkerhet. Vi drilles, blant annet gjennom flervalgsoppgaver, til å tenke at det alltid finnes ett korrekt svar. Samtidig skal vi lære å mestre medisinen kompleksitet. Ekspisitt fokus på usikkerhet, rom for refleksjon og endringer i eksamensformer kan sette oss i bedre posisjon til å håndtere usikkerhet både under og etter studiet.

Under en forelesning helt i starten av medisinstudiet stilte en student et relativt komplisert spørsmål til den erfarne overlegen som foreleste. Svaret han ga, overrasket oss alle: «Dette vet jeg ikke.» Deretter fortsatte han undervisningen.

Responen hans viste at også erfarne leger kan være usikre, men til forskjell fra oss studenter, var overlegen trygg i sin usikkerhet. I hans verden var det ikke gitt at det fantes svar på alle spørsmål. I ettertid har vi innsett at denne overlegens tanker om hva vi har av kunnskap innen medisin, stod i motsetning til hva mange andre undervisere fikk oss til å tro.

Undervisningen legger hovedsakelig vekt på faktakunnskap og memorering, mens det gis lite rom for usikkerhet. Samtidig opplever vi mye usikkerhet, og som nybegynnere er vi gjerne utrygge i møte med den (1). Vi mangler en bevissthet om at usikkerhet er et uunngåelig aspekt ved medisinen, og vi mangler gode strategier for å håndtere den. Utrygghet i møte med usikkerhet kan føre til uheldige strategier når vi en dag skal jobbe som leger og møte en arbeidshverdag preget av komplekse problemstillinger og begrenset informasjon (2). Derfor er det viktig at vi utvikler usikkerhetstoleranse i løpet av studiet.

Hvis studenter skal utvikle usikkerhetstoleranse, må studiestedene ta aktive grep. Stephens og Lazarus har publisert tolv tips rettet mot medisinstudenter, undervisere og utdanningsinstitusjoner om hvordan man kan utvikle studenters usikkerhetstoleranse (3). Forfatterne vektlegger blant annet viktigheten av å frem-

heve usikkerhet som en naturlig del av medisinsk praksis, og de oppfordrer til å inkludere diskusjoner om usikkerhet i undervisningen. Usikkerhet er til stede i undervisningen vi får, men den får lite rom og er oftest implisitt. Hvis den blir gjort ekspisitt, kan studentene utvikle bedre forståelse og toleranse for usikkerhet.

Rom for refleksjon

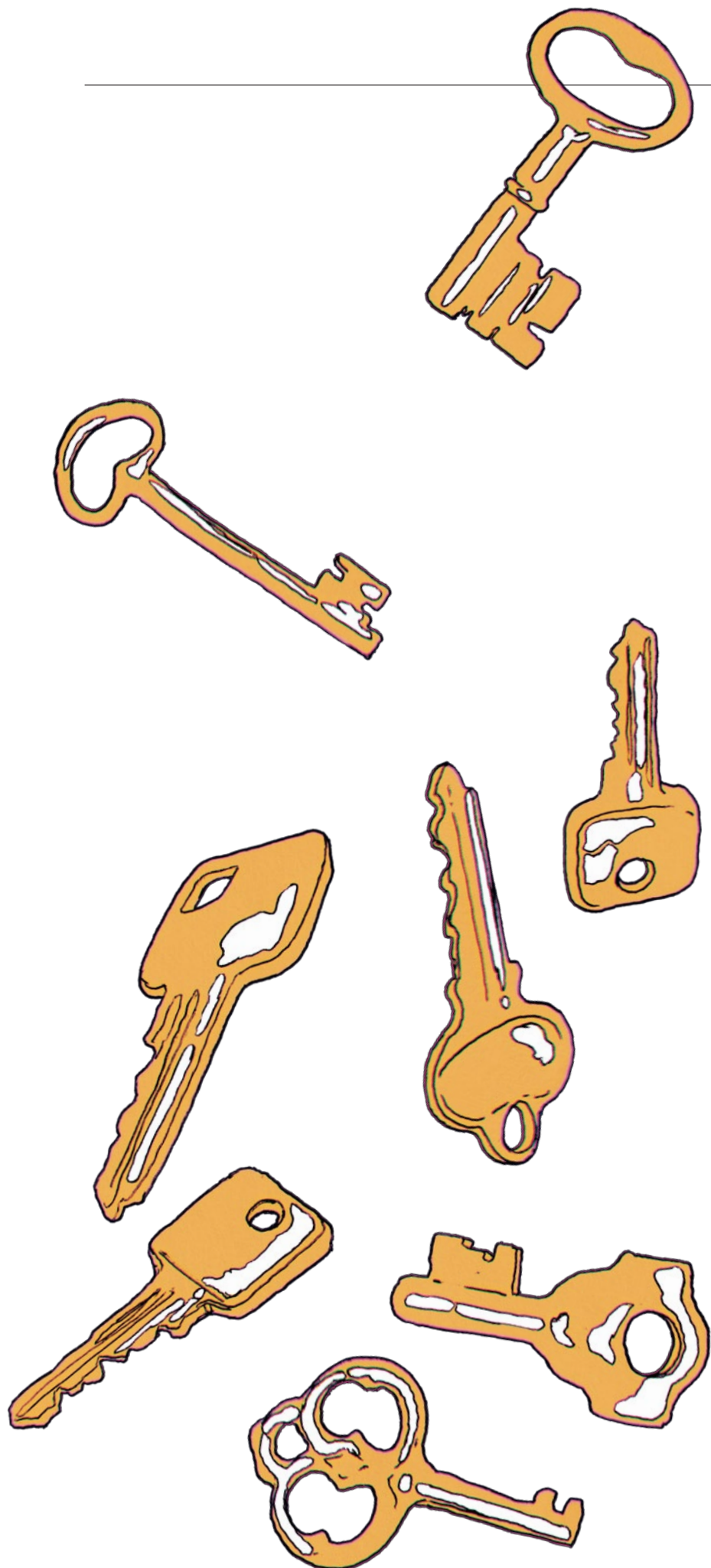
Allerede i tidlige møter med pasienter opplever studenter usikkerhet, men vi mangler ofte verktøyene til å ta lærdom av opplevelsene. Underviserne bør kunne bidra ved å dele hvordan usikre situasjoner kan håndteres, og gi oss anledning til å reflektere sammen.

Studiet legger vekt på å undervise i pasient-sentrert metode. En huskeregel fra kommunikasjonsundervisningen ved Universitetet i Bergen og NTNU er de fem F-ene. De viser til *forventninger, forestillinger, følelser, følger og forutsetninger*, og de skal hjelpe oss å utforske pasientens perspektiv i anamnesen. Hva om vi snur de fem F-ene mot oss selv?

Hvis vi stiller oss spørsmålene: Hvilke *forestillinger* har jeg om denne situasjonen? Hvilke *forutsetninger* har jeg for å takle den eller svare på spørsmål? Hva *forventer* jeg å komme fram til i løpet av denne timen? Hvilke *følelser* kjenner jeg på nå? Hvordan påvirker underviseren *følgene* for pasienten – og for meg? Svarene kan gi innsikt: Vi skal ikke kunne alt, og vi må bli mer empatiske med oss selv. Vi kan bare gjøre vårt beste. Man kommer ikke alltid fram til en sikker diagnose (4).

I sykehuspraksis og i allmenntilleggspraksis mot slutten av studiet får vi endelig en smakebit på det å være lege og på å ha ansvar. I allmenntilleggspraksis får vi egne pasienter, og vi

Vi er nybegynnere og klar over at vi mangler både erfaring og kunnskap. Det er ikke alltid lett å vite om det er vi som mangler svar, eller om kunnskapen faktisk ikke finnes



opplever mestring, men kjenner også på usikkerhet og utrygghet. Disse erfaringene er nok viktige for hvordan vi blir som leger. Etter praksisperiodene får vi mulighet til å reflektere over disse erfaringene, blant annet gjennom refleksjonsnotater. I notatene tar vi gjerne opp uventede situasjoner der vi opplevde usikkerhet. Kritisk refleksjon over opplevelser av usikkerhet anbefales nettopp for å tenke over hvordan vi kan respondere på lignende opplevelser i framtiden (3). Rom for refleksjon burde finnes fra starten av studiet, spesielt etter tidlige møter med pasienter. Vi mener det ville vært nyttig med deling av refleksjoner fra mer erfarne til mindre erfarne studenter.

Å finne sin plass i praksis

Praksisorganisering kan bidra til usikkerhet. Det kan være vanskelig for en student å orientere seg på et sykehus. Å bytte avdeling kan være som å starte i ny jobb flere ganger på kort tid. Det er mye sosial usikkerhet i møte med nye mennesker. I tillegg kan det være uklart hva som er forventet av oss. Man kan ende opp med å bruke mye energi på å lære hvordan alt fungerer på akkurat denne avdelingen, og hva akkurat den og den legen forventer av deg. Denne typen unødvendig usikkerhet kan reduseres gjennom å forberede studentene bedre og gi veiledning underveis (3). Vi mener at dette ikke gjennomføres godt nok i dag.

Hva skal vi kunne?

All usikkerhet kan føre med seg emosjonelle reaksjoner og utrygghet. Vi er nybegynnere og klar over at vi mangler både erfaring og kunnskap. Det er ikke alltid lett å vite om det er vi som mangler svar, eller om kunnskapen faktisk ikke finnes. For studenter er det altså spesielt vanskelig å skille mellom hva som er personlig usikkerhet («jeg vet ikke») og epistemologisk usikkerhet («ingen vet») (5). Både personlig og epistemologisk usikkerhet vil raskt skape utrygghet for en student eller nyutdannet lege. Det er også vanskelig å orientere seg i et stadig voksende pensum og vite hva man skal prioritere. Dessuten kan mye av det vi lærer i dag se annerledes ut om noen år. Hva forventes det at vi som studenter og nyutdannede leger burde kunne, og hvordan samsvarer dette til det som generelt er kjent innen medisinen?

Usikkerheten i pensumet bør gjøres til en del av undervisningen, og undervisere bør være bevisste rollemodeller når det gjelder hvordan de håndterer usikkerhet (3). Når en underviser er åpen om egen usikkerhet og står trygt i den, ser studentene en fornuftig tilnærming som de selv kan sikte mot. Enda bedre ville det vært om underviseren brukte en slik mulighet til å understreke at vi ikke kan vite alt, uansett hvor mye vi leser. En tilnærming er å framheve områder i pensum med kunnskapshull eller mye usikkerhet (3). Usikkerhet kan med fordel inkorporeres i den eksisterende undervisningen, eller som et tillegg, for eksempel gjennom mentorgrupper, slik det gjøres ved Universitetet i Bergen og UiT Norges arktiske universitet. —>

Flervalgsoppgaver lærer oss at det finnes kun ett riktig svar

Eksamen er en stor kilde til usikkerhet for studenter, og flervalgsoppgaver er den dominerende vurderingsformen. En typisk oppgave består av et spørsmål med fire svaralternativer, der kun ett gir poeng – og dermed blir stående som det eneste riktige. Ikke sjelden avhenger det riktige svaret av hvem som har laget spørsmålet. Et eksamensspørsmål om antikoagulasjonsbehandling kan ha ulik «fasit» avhengig av om det er en nevrolog eller en kardiolog som har laget oppgaven, og for et spørsmål om benzodiazepiner, kan svaret avhenge av om det er en farmakolog eller en psykiater som spør.

Eksamen styrer studentenes læringsstrategier og innholdet de fokuserer på (6). Når eksamen belønner pugging av fasitsvar, leter vi etter slike svar når vi leser. Vi trener ikke på å håndtere tvetydighet eller å utforske kliniske resonnementer. Vi får lite rom til å diskutere hvorfor ulike spesialister har ulike svar. Dette bidrar til et bilde av medisinsk kunnskap som noe entydig og sikkert. Straks vi er ute i praksis, forstår vi at en diagnose ikke alltid kan settes med to streker under svaret. Når vi forventer å finne ett rett svar, er det ikke rart vi blir usikre og utrygge når vi sitter med en pasient og ikke kan peke på en presis diagnose.

Hvis studenter skal bli tryggere i møte med usikkerhet, må også vurderingene oppmuntre oss til å utvikle den ferdigheten. Skriveoppgaver, refleksjonsnotater, veiledningssamtaler og muntlig eksamen er eksempler på vurderingsformer som kan gi rom for usikkerhet og bidra til å styrke studentens toleranse (3).

Hvis studenter skal bli tryggere i møte med usikkerhet, må også vurderingene oppmuntre oss til å utvikle den ferdigheten

Veien videre

Usikkerhet er en del av det skjulte pensumet i medisinstudiet og er med oss overalt. Kanskje det er på tide å gjøre det mer synlig – og mer håndterbart?

Hva om vi går fra å håndtere usikkerheten implisitt til å gjøre den eksplisitt i undervisningen? Det er umulig å fjerne usikkerhet, men det er fullt mulig å øke toleransen for den.

Gjennom målrettet undervisning, justeringer i hvordan vi lærer å oppfatte medisinsk kunnskap som enten-eller, og trening i bruk av verktøy for å håndtere usikkerhet, kan vi styrke vår evne til å tolerere den. Kanskje det kan øke undervisernes bevissthet om usikkerhet også.

Ved å øke toleransen for usikkerhet får vi tryggere leger. ■

Takk til Oline Sæther for innhenting av informasjon og til Knut Eirik Ringheim Eliassen og Pål Gulbrandsen for gode råd i skriveprosessen.

En spesiell takk til Paul K.J. Han for hans initiativ og hans vennlige og kunnskapsrike støtte til arbeidet med denne kronikken.

Mottatt 7.4.2025, første revisjon innsendt 20.5.2025, godkjent 20.5.2025.

Idun Grimstad Skjærseth*

wud011@uib.no

Idun Grimstad Skjærseth er medisinstudent og forskerlinjestudent ved Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Andrea Hay Braa*

Andrea Hay Braa er medisinstudent ved NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Erlend Sæther

Erlend Sæther er medisinstudent ved UiT Norges arktiske universitet og tidligere leder i Norsk medisinstudentforening. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Erica Weinreich

Erica Weinreich er medisinstudent ved Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

*Idun Grimstad Skjærseth og Andrea Hay Braa har bidratt i like stor grad til denne artikkelen.

Litteratur

- 1 Nevalainen MK, Mantyranta T, Pitkala KH. Facing uncertainty as a medical student—a qualitative study of their reflective learning diaries and writings on specific themes during the first clinical year. *Patient Educ Couns* 2010; 78: 218–23.
- 2 Ofstad EH, Asdal K, Nightingale B et al. LIS1-leger og medisinsk usikkerhet – en kvalitativ studie. *Tidsskr Nor Legeforen* 2023; 143. doi: 10.4045/tidsskr.22.0428.
- 3 Stephens GC, Lazarus MD. Twelve tips for developing healthcare learners' uncertainty tolerance. *Med Teach* 2024; 46: 1035–43.
- 4 Braa AH. Å mestre usikkerhet: Å navigere mot trygghet i allmennpraksis. Trondheim: NTNU, 2025. Lest 20.5.2025.
- 5 Han PKJ, Babrow A, Hillen MA et al. Uncertainty in health care: Towards a more systematic program of research. *Patient Educ Couns* 2019; 102: 1756–66.
- 6 Biggs J. Enhancing teaching through constructive alignment. *High Educ* 1996; 32: 347–64.

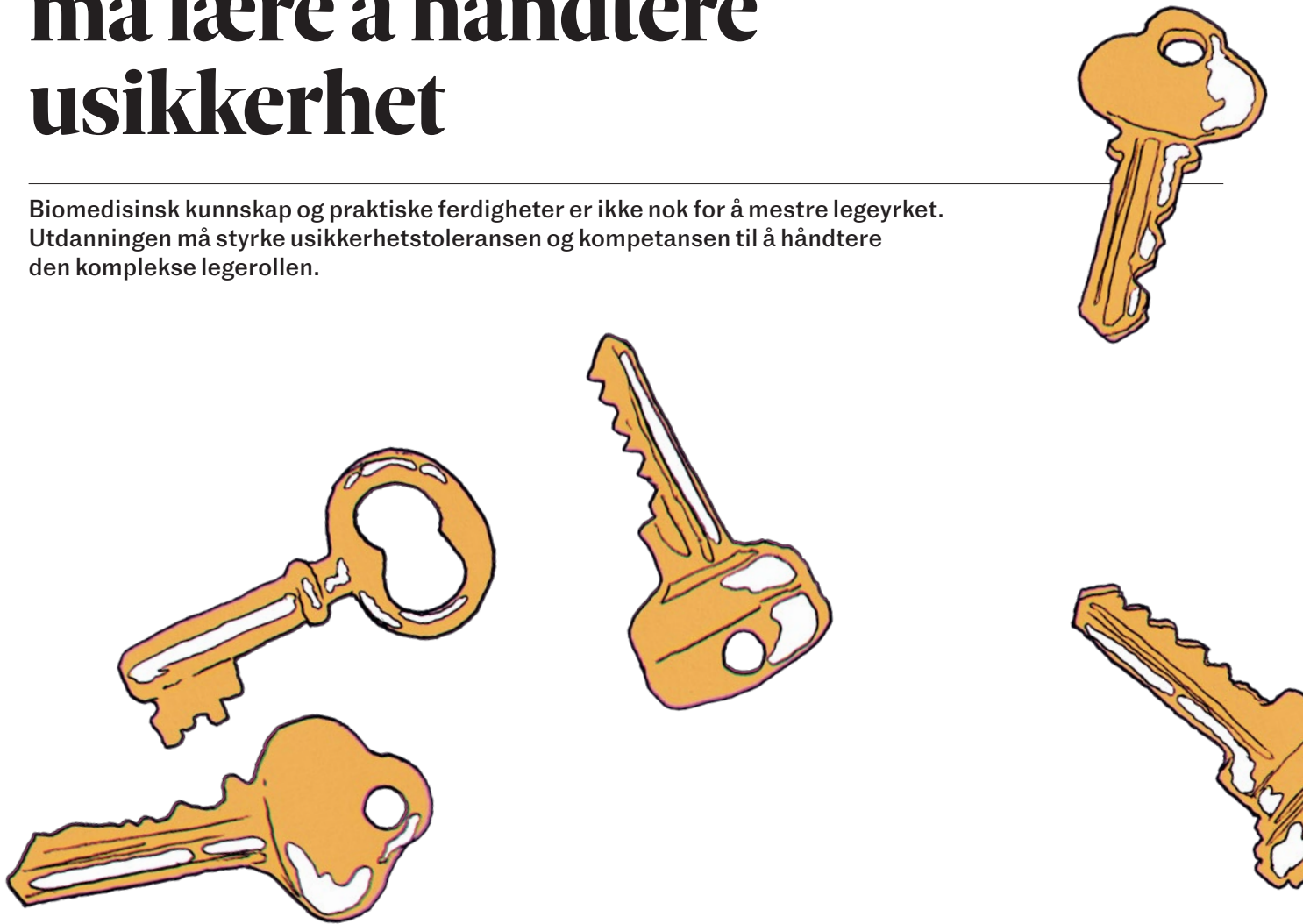


Tekst: Kristin Heggen et al.

Illustrasjon: Steph Hope

Medisinstudenter må lære å håndtere usikkerhet

Biomedisinsk kunnskap og praktiske ferdigheter er ikke nok for å mestre legerket. Utdanningen må styrke usikkerhetstoleransen og kompetansen til å håndtere den komplekse legerollen.



Usikkerhet er en integrert del av all kunnskap, og for medisinen som fag kommer dette til uttrykk på mange måter. Likevel vegrer leger seg for å innrømme egen usikkerhet (1). Studenter kan oppleve at både lærere og veiledere, pasienter og medstudenter har forventninger til dem som gjør det vanskelig for dem å si at de ikke vet (2). Fortsatt lever idealet om at en lege selvsagt «har alle svar». Vi vil her vise betydningen av å forstå og formidle usikkerhet i legeutdanningen. Kronikken er særlig rettet mot dem som har utdanningsansvar: universitetslærere, praksisveiledere, emneledere og programansvarlige. Alle leger er imidlertid mer eller mindre involvert i undervisning og veiledning, ikke minst som rollemodeller for nykommere i faget.

Å håndtere usikkerhet

Leger som tåler usikkerhet dårlig, kan ta unødvendige mange prøver eller gi unødvendig behandling, noe som verken er bærekraftig eller til det beste for pasientene. Studenter kjenner ikke bare på usikkerhet knyttet til hva som er en medisinsk riktig beslutning, men kan i tillegg være usikre på hva som forventes av dem, om de kan nok og om de overhodet er egnet til å bli leger. Studentene skiller i mindre grad mellom usikkerhet knyttet til det å ikke vite og følelsene som oppstår i møte med usikkerhet (opplevelsen av *utrygghet*) (3, 4). Fordi det er viktig å kunne skille mellom disse, bør studenter og ferske leger gis rom for å utforske og reflektere omkring egen og andres usikkerhet.

Videre kan vi skille mellom *min* usikkerhet og *vår* usikkerhet. Det er forskjell på den usikkerheten som oppstår fordi vi ikke har tatt opp en god nok anamnese eller gjort en god nok →

undersøkelse, og den usikkerheten som er der også etter at all tilgjengelig informasjon er samlet inn. Det kan være nyttig for en student eller nyutdannet lege å se erfarne kollegaer være enige om at dette er også de usikre på. Det er ikke et mål å *motarbeide* usikkerheten – ingen lege kan kunne alt. Snarere må vi jobbe med hvordan vi forholder oss til den både som individer og som gruppe. Slik *usikkerhetstoleranse* (5) må løftes opp til å være et kollektivt anliggende allerede fra tidlig i medisinstudiet. Usikkerhet kan være lammende og selvdestruktivt, men kan også fungere som inspirasjon til å stille nye spørsmål, finne frem til ny kunnskap og etterspørre andres erfaringer og synspunkter.

Vi bør jobbe for å minimere *utrygghet*. Det skal være trygt ikke å være utlært, ikke å vite svaret, å stille spørsmål, å være seg selv og å oppleve seg usikker. Studenter både trenger og søker trygghet (6). Trygghet er en forutsetning for å kunne håndtere usikkerhet, og trygt læringsmiljø er en forutsetning for læring. Mens usikkerhet og utrygghet kan føre til medisinsk overaktivitet, perfektjonisme og emosjonell belastning, kan god usikkerhetstoleranse gjøre det lettere både å gjøre kloke valg og å forebygge utbrenthet. God forståelse for usikkerhet og hva den gjør med oss kan dessuten forebygge tvil som skråsikkerhet. Ved å tematisere den iboende usikkerheten i legerollen kan vi gjøre studentene mer robuste og forebygge at de setter seg urealistiske mål som kan være kilde til mistriksel og flukt fra legerket. At studenter og unge leger opparbeider ferdigheter slik at de kan vurdere realistisk hva de vet og ikke vet, kan og ikke kan, mestrer og ikke mestrer, er dessuten viktig for pasientsikkerheten.

Usikkerhet i medisinstudiet

Enkelt skissert består medisinstudiet av to hoveddeler: praksis og teori. Men liv og lære kan komme på kollisjonskurs. Integrering av kunnskap og ferdigheter med klinisk skjønn er krevende. To pasienter med samme kjønn, alder, samme diagnose og like målinger skal noen ganger behandles ulikt. Å stille spørsmål ved fasitsvarene må også være en del av studiet.

Det er ingen tvil om at god biomedisinsk kunnskap og forståelse er nødvendig for å bli lege. Vi skal heller ikke godta manglende kunnskap og misforstått gjemme oss bak at «det er greit å være usikker». Studentene må ha tilstrekkelig kunnskap om sykdommer, symptomer, utredning og behandling til å vite hva de vet og ikke vet. De må ha et forhold til epidemiologi, kunne vurdere hva som er mest sannsynlig og være i stand til å utelukke eller bekrefte de mest alvorlige diagnosene. Å ha oversikt over retningslinjer og anbefalinger er også nødvendig, men lærebøker og oppslagsverk tar sjelden hensyn til om legen er alene på vakt, har lang reisevei, dårlig flyvær eller en samtidighetskonflikt. Evidensbasert medisin er bra. Samtidig er det en fare for at studiet presenterer studentene for en «perfekt» verden som ikke passer sammen med den «uperfekte» verden som den kliniske hverdagen, pasienter og beslutningsbe-

hov utgjør. Om kompleksiteten i medisinen ikke integreres tidlig, risikerer vi at gapet mellom studiet og yrkeslivet blir for stort.

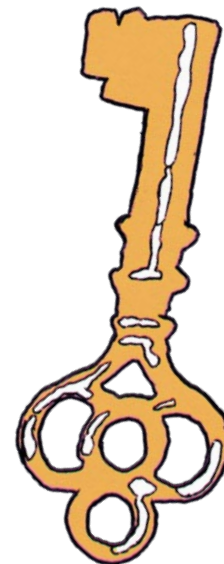
Medisinstudiet må derfor inkludere en nødvendig komponent: profesjonalitet. Royal College of Physicians i Storbritannia definerer den slik: «Medisinsk profesjonalitet betegner de verdier, væremåter og relasjoner som skaper tillit til leger hos enkeltpasienter og i samfunnet» (7). I forskrift om nasjonal retningslinje for medisinnutdanning (RETHOS) står det at nyutdannede leger skal kunne «... anvende sine kunnskaper og ferdigheter til å gjenkjenne og håndtere usikkerhet i medisinsk praksis» og dessuten kunne «... analysere nytten og usikkerheten i metoder og resultater for diagnostikk, prognose og behandling» (8). Hvordan kan vi klare å utdanne leger som møter forventningene og tilliten som samfunnet har til dem?

Studentene opplever allerede at innholdet på studiet er for omfattende (kjent som *curriculum overload* (9)). Krever vi for mye hvis vi også skal integrere håndtering av usikkerhet i studieplanen? Vi vil argumentere for at en slik integrering *ikke* er en ekstra belastning for studentene, men snarere det motsatte. I en samtale med en gruppe studenter om medisinsk usikkerhet kom det frem et mønster der de yngste snakket mest om den usikkerheten de følte på fordi de ikke hadde lest nok og øvd seg nok. («Bare fordi jeg ikke hører en bilyd på hjertet, kan jeg være sikker på at det ikke er en?»). De eldre studentene som hadde vært i praksis, snakket mest om alle beslutningene de måtte ta – hele tiden og ofte på et begrenset grunnlag. («Jeg kan jo ikke være sikker på at beslutningen jeg tar er rett, men nå er det min rolle å ta den, og så må jeg heller revurdere senere»). Disse studentene forsto at en del av forventningene til en lege er å kunne ta beslutninger også når man kjenner på tvil.

Som undervisere ønsker vi ikke å skåne studentene for usikkerheten, men gi dem trygghet til å bli utfordret både i klinisk og teoretisk undervisning. Om de kan lære å gjenkjenne usikkerhet og hva det gjør med dem både som personer og profesjonelle, og at de vet at de har gode veiledere og kollegaer som viser forståelse for at sikrere enn dette kan vi ikke være, da har vi oppnådd det vi ønsker: Trygge leger er gode leger.

Kompetanse hos underviserne

At undervisere og praksisveiledere selv har god forståelse for profesjonell identitet og identitetsutvikling, er avgjørende. Undervisere som ikke reflekterer over eller investerer i egen kompetanseutvikling, vil ofte undervise slik de selv ble undervist. Da er det risiko for at kommunikasjonen rundt usikkerhet kommer i en blindsoner. Vi bør ha undervisere som kan snakke med studentene om å håndtere usikkerhet, som forstår betydningen av trygge læringsmiljø og som tør å dele egne opplevelser av utilstrekkelighet og feil. Vi trenger undervisere som kan integrere usikkerhetstoleranse i studieplaner, praksis og eksamensarbeid og som er bevisst sin betydning som rollemodell.



Det er ikke et mål å motarbeide usikkerheten – ingen lege kan kunne alt. Snarere må vi jobbe med hvordan vi forholder oss til den både som individer og som gruppe

Før praksisperioder bør studentene forberedes: Hva kan de forvente? Hva er forventningene til dem? Hva er det forventet at de skal lære? Mye av læringen i praksis skjer gjennom å bli en del av et praksisfellesskap med sine særpregede normer og kulturer. Kommunikasjonen i praksis er ikke alltid i klartekst, men skjer også gjennom blikk, kroppsspråk, gester, taushet og prioriteringer (10).

Før praksis kan man hjelpe studentene til å øve opp ferdigheter i kliniske prosedyrer og ulike typer samtaler. Simuleringstrening kan gjøre dem mer rustet for og mindre usikre i pasientmøtene. En ny oversiktsartikkel viser at studenter i lengre klinisk praksis i allmenmedisin kan lære å håndtere medisinsk usikkerhet og også se på det som en positiv utfordring (11). Ved observasjon og i dialog med gode rollemødeller kan forståelsen for hva som forventes av dem som kommende leger justeres. *Etter* praksis bør vi gi studentene refleksjonsrom der de kan dele praksiserfaringer og gå i dialog med lærere og medstudenter om hva de har opplevd (5, 12). Dette kan arrangeres i mentorordninger eller etablerte profesjonsgrupper. Studentaktiv undervisning der også andres usikkerhet blir synlig, gjør at ingen trenger å føle seg alene om det å være usikker.

Vurdering – en viktig driver for læring

Summative sluttvurderinger – eksamen – er en viktig driver for læring. Vi kan ikke forvente å utdanne studenter til å reflektere omkring mulige svar og omfavne usikkerheten hvis vi kun ber dem om å reprodusere fasitsvar på eksamen. Samtidig er det med et økende antall studenter en utfordring å legge opp til eksamensformer som inviterer til refleksjon. Formative underveisvurderinger og tilbakemeldinger i dialog med studentene kan være måter å stimulere utviklingen av disse egenskapene på.

Det er vanskelig og tar tid å opparbeide den type klokskap som skal til for å gjøre gode vurderinger. Ydmykhet overfor det man ikke kan og erkjennelse av at kunnskap og klare svar ikke alltid finnes, er viktig. Men det kan oppfattes å stå i motsetning til faglig selvsikkerhet og det å være lojal mot retningslinjer, kollegaer og pasienter. Ved å integrere usikkerhet som en eksplisitt del av studieplanene gjennom hele utdanningen kan vi synliggjøre at usikkerhet er en naturlig del av medisinsk praksis og forberede studentene best mulig på det som venter dem. ■

En spesiell takk til Paul K.J. Han for hans initiativ og vennlige og kunnskapsrike støtte til arbeidet med denne kronikken. Mottatt 8.4.2025, godkjent 21.5.2025.

Knut Eirik Eliassen

knut.eliasen@uib.no

Knut Eirik Eliassen er spesialist i allmenmedisin og førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kristin Heggen

Kristin Heggen er professor emerita og tidligere leder for Senter for bærekraft i helseutdanningene ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Monika Kvernenes

Monika Kvernenes er førsteamanuensis i medisinsk pedagogikk og leder av Enhet for læring ved Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Resha al-Azzawi

Resha al-Azzawi er spesialist i allmenmedisin og assisterende studieleder for profesjonsstudiet i medisin ved UiT Norges arktiske universitet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Hilde Grimstad

Hilde Grimstad er professor i allmenn- og atferdsmedisin og leder Senter for pedagogikk, læring og undervisning (PLUS) ved NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Han PKJ, Strout TD, Gutheil C et al. How Physicians Manage Medical Uncertainty: A Qualitative Study and Conceptual Taxonomy. *Med Decis Making* 2021; 41: 275–91.
- Nevalainen MK, Mantyranta T, Pitkala KH. Facing uncertainty as a medical student—a qualitative study of their reflective learning diaries and writings on specific themes during the first clinical year. *Patient Educ Couns* 2010; 78: 218–23.
- Han PK, Klein WM, Arora NK. Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. *Med Decis Making* 2011; 31: 828–38.
- Ofstad EH, Asdal K, Nightingale B et al. LIS1-leger og medisinsk usikkerhet – en kvalitativ studie. *Tidsskr Nor Legeforen* 2023; 143. doi: 10.4045/tidsskr.22.0428.
- Stephens GC, Lazarus MD. Twelve tips for developing healthcare learners' uncertainty tolerance. *Med Teach* 2024; 46: 1035–43.
- Thyness C, Steinsbekk A, Grimstad H. Learning from clinical supervision - a qualitative study of undergraduate medical students' experiences. *Med Educ Online* 2022; 27: 2048514.
- Working Party of the Royal College of Physicians. Doctors in society. Medical professionalism in a changing world. *Clin Med (Lond)* 2005; 5: S5–40.
- Kunnskapsdepartementet. Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinstudenter (RETHOS). Kap. 2, paragraf 6 og Kap. 7, paragraf 7. Lest 21.5.2025.
- D'Eon MF. The overcrowded curriculum is alarming. *Can Med Educ J* 2023; 14: 1–5.
- Wenger E. Communities of practice: Learning, meaning, and identity. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
- Gardner NP, Gormley GJ, Kearney GP. Learning to navigate uncertainty in primary care: a scoping literature review. *BJGP Open* 2024; 8: BJGPO.2023.0191.
- Papanagnou D, Ankam N, Ebbott D et al. Towards a medical school curriculum for uncertainty in clinical practice. *Med Educ Online* 2021; 26: 1972762.

Tekst: Anne Kveim Lie et al.

Individuell plan som redskap i undervisningen

Ved å lære seg å bruke individuell plan i medisinstudiet kan studentene forberedes på en virkelighet der tverrfaglig samhandling, helhetstenkning, påvirkningsarbeid og brukermedvirkning blir stadig viktigere.

Helsetjenesten i Norge står overfor betydelige utfordringer i årene fremover. Blant annet vil demografien endres, med langt flere eldre, knapphet på helsepersonell og et skifte fra institusjonsbasert til mer hjemmebasert behandling (1, 2). Dette kommer til å kreve økt samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Å sikre helhetlige pasientforløp og god tjenesteflyt mellom tjenester som er organisert så forskjellig, er utfordrende – selv når viljen er der. Pasienter som har behov for tjenester fra mange ulike instanser, er særlig utsatt, og mangelfull samhandling kan bidra til at de ikke får de tjenestene de har rett på (1). I dagens medisinstudier vektlegges mønstergjenkjenning. Men i møte med mennesker med komplekse liv og langvarige helseutfordringer, i en helsetjeneste under press, holder det ikke å bare tenke i diagnoser og sykehistorie. Fremtidens leger må lære å snu blikket: fra sykdom til ressurser, fra behandling til koordinering, og fra å se individet som en pasient til å se individet som en aktør i eget liv. Individuell plan er et redskap designet for å øke samhandlingen mellom ulike tjenester og gi et helhetlig tilbud til pasienter med kroniske plager (3–8).

Illustrasjonsfoto: Dmytro Varavin / iStock (alle)



Derfor innførte vi for ti år siden individuell plan som et obligatorisk arbeidskrav i vår undervisning på medisinstudiet i Oslo. I denne kronikken ønsker vi å dele våre erfaringer med dette, forhåpentligvis til inspirasjon for andre.

Pasientkasus: Anna (44)

Anna har levd med rusmiddelproblemer i over 20 år. Hun har de siste årene brukt alkohol daglig og benzodiazepiner i perioder. Noe har blitt forskrevet av lege, noe har hun kjøpt illegalt. Etter flere år med et utfordrende liv, med økonomiske problemer, psykiske plager og somatiske komplikasjoner, har hun nå vært i et behandlingsopphold i spesialisthelsetjenesten som nærmer seg slutten. Hun skal tilbake til hjemkommunen, og det er mange løse tråder: Hun har ingen fast bolig, har et lite nettverk, sliter med økonomiske utfordringer og har behov for videre oppfølging – både medisinsk, psykososialt og praktisk. Hun har behov for hjelp fra en rekke instanser som ofte ikke snakker sammen.

Samhandling og brukermedvirkning

For pasienter som Anna – og de fleste pasienter med kroniske plager med behov for hjelp fra mange instanser – er det viktigste spørsmålet ikke det legen oftest stiller: «Hva feiler det deg?», men «Hva er viktig for deg?». Det Anna ønsker seg mest, er å kunne bo trygt, ha struktur i hverdagen og få støtte til å holde seg rusfri, eller i det minste få mer kontroll med rusmiddelbruken sin. I en individuell plan kan Anna sammen med sine hjelpere formulere sine mål, og foreslå tiltak som støtter hennes vei videre. Det kan være kontakt med ruskonsulent i kommunen, oppfølging av fastlege, søknad om kommunal bolig, samtale med NAV om økonomi og eventuelt arbeidsrettet tiltak, henvisning til TSB, og kanskje aller viktigst: En dedikert *koordinator* – en person som kjenner henne, følger henne opp og sørger for fremdrift og samordning.

Individuell plan handler ikke primært om medisinsk diagnose eller behandlingsvalg. Det handler om *mål, tiltak og ansvar* – sett fra pasientens ståsted – og hvordan hjelpeapparatet kan jobbe sammen for å nå disse



målene. Planen skal svare på spørsmålene: Hva er viktig for deg? Hva trengs for å nå dine mål? Hvem gjør hva – og når? Å lære seg å utarbeide en individuell plan er en øvelse i empati og systemforståelse, i å tenke tverrfaglig og i å forstå at helse skapes av mer enn biologi alene.

Et lovfestet ansvar

Ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven (§ 7-1) og Spesialisthelsetjenesteloven (§ 2-5) er det et lovpålagt ansvar å utarbeide individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester (9, 10). Kommunen eller helseforetaket skal tilby en koordinator som sørger for samordning og fremdrift. Fastlegen skal bidra med sin medisinske kompetanse og medvirke i utarbeidelsen av planen (§ 19 i fastlegeforskriften) (11).

Individuell plan er altså forankret i et omfattende lovverk (4), men lover alene skaper ikke bedre tjenester. Det må også læres og praktiseres. Dessverre er det fremdeles slik at individuell plan brukes for lite (3, 12). Evalueringer viser at mange pasienter som har rett på en plan, ikke har fått tilbud om det (3, 13). Det kan skyldes utfordringer med de digitale tjenestene, som ofte ikke snakker sammen. En viktig grunn er imidlertid at helsepersonell ikke inkluderer arbeid med individuell plan i sin rolleforståelse, og kanskje heller ikke ser nytten av det selv (3). Brukerorganisasjoner hevder at fagfolk er for dårlige til å fremsnakke individuell plan som «brukerens egen plan og som et redskap for medvirkning» (14).

Retten til individuell plan innebærer ingen garanti for at tiltakene som settes opp i planen, blir gjennomført. Derfor må planen utformes med forslag til konkrete tiltak, og det må tydeliggjøres hvem som har ansvar for oppfølging. Ellers risikerer man at individuell plan bare blir fine ord på et papir. Dette blir studentene drillet i gjennom den praktiske tilnærmingen vi har lagt opp til i undervisningen. Hvis man som student selv må utarbeide en individuell plan, basert på et realistisk kasus utarbeidet i samarbeid med brukerorganisasjoner, får man langt bedre innsikt i hvordan individuell plan kan bli det redskapet det er ment å være. Det gir også en dypere rolle-

forståelse og økt engasjement i møte med en pasientgruppe som mange føler seg maktesløse overfor.

Hvorfor individuell plan i medisinstudiet?

Grunnen til at vi ønsker at medisinstudentene skal lære seg individuell plan (7), er ikke at de skal beherske den administrative prosessen som individuell plan også er. Det er koordinatoren som skal bistå pasienten i å utforme den individuelle planen, og det er som oftest ikke en lege. Grunnen til at vi ønsker at de skal få inngående kjennskap til individuell plan, handler om følgende:

Å konkretisere samhandling og brukermedvirkning

Myndighetene har gjentatte ganger understreket at individuell plan er et sentralt verktøy i koordinering av tjenester (1). Helsepersonell har en viktig rolle i å informere om og anbefale individuell plan – og det begynner i utdanningen. En individuell plan forutsetter samarbeid mellom ulike aktører, ofte på tvers av sektorer. Studentene får dermed innsikt i hvordan samarbeid i praksis fungerer, og hvilke utfordringer som oppstår når ansvar og roller ikke er tydelig avklart. En individuell plan gjør behovet for, og potensielle gevinster ved, brukermedvirkning og samhandling mer konkret for studentene. Studentene lærer at det ikke er helsepersonell, men pasienten selv som definerer målene i en individuell plan. Dette er viktig for alt skadereduserende arbeid. Det gir også innsikt i hva reell brukermedvirkning betyr, og hva det krever av holdning, språk og kommunikasjon fra hjelperen. Siden leger ofte har valgt å studere medisin ut fra et behov om å hjelpe, og hjelperrollen ikke nødvendigvis er det beste utgangspunktet for et likeverdig samarbeid, gir dette viktig trening som er relevant for utøvelsen av hele legerollen.



Å styrke forståelsen av egenkraft og ressursorientert arbeid

Ved å jobbe med individuell plan får studentene øvelse i å lete etter ressurser – ikke bare symptomer – hos pasientene sine. I stedet for å stille spørsmålet «Hva feiler det deg?», —>

Å lære seg å utarbeide en individuell plan er en øvelse i empati og systemforståelse, i å tenke tverrfaglig og i å forstå at helse skapes av mer enn biologi alene

må de spørre: «Hva ønsker du å få til, og hvordan kan vi støtte deg i det?» Dette er en viktig tilnærming i møte med alle pasienter med kroniske tilstander – enten det er KOLS, schizofreni eller rusmiddelavhengighet. Individuell plan krever et annet språk og tankesett enn journalen. Målet er ikke bare å beskrive problemer, men å mobilisere pasientens egne mål og ressurser. Dette er krevende å få til for en legestudent som er blitt vant til å tenke problemorientert, men ikke desto mindre viktig.

Å synliggjøre de strukturelle og sosiale helse-determinantene

Bolig, økonomi, sosialt nettverk og tannhelse er viktige helse-determinanter og har særlig betydning for marginaliserte pasienter. I møte med mennesker med rus- og psykiske lidelser, kan slike forhold være avgjørende for om behandlingen har effekt. Når studentene skriver individuell plan for pasienter med rusmiddel-avhengighet, får de innsikt i hvordan strukturelle betingelser, som urettferdig fordeling av makt og ressurser, påvirker helse. Dette konkretiserer ellers abstrakte tema som *strukturelle og sosiale helse-determinanter* i medisinsk utdanning.

Å gi innsikt i hverdagen til pasienter med sammensatte behov

Mange pasienter, som Anna, møter et fragmentert hjelpeapparat. En god individuell plan kan være det som utgjør forskjellen mellom kaos og sammenheng. Medisinstudenter får gjennom hele studiet grundig opplæring i medisinsk-faglig forståelse og behandling. Men de får i mindre grad innsikt i hvordan det er å leve som pasient i møte med et fragmentert og krevende hjelpeapparat. Å prøve å sette seg inn i livet til et menneske med rusutfordringer for å skrive utkast til individuell plan, og deretter få personlig tilbakemelding av en lærer med erfaringskompetanse, tilfører et verdifullt perspektiv. Dette er særlig viktig for pasient-grupper som i liten grad får sin stemme hørt, og som ofte faller utenfor etablerte strukturer.

Et møte med brukerstemmen

I vår undervisning deltar personer med brukererfaring som lærere i undervisningen. Det er også de som retter og gir tilbakemelding på studentenes utkast til individuelle planer. Dette gir en unik læringsmulighet som ikke kan likestilles med lærebøker eller forelesninger.

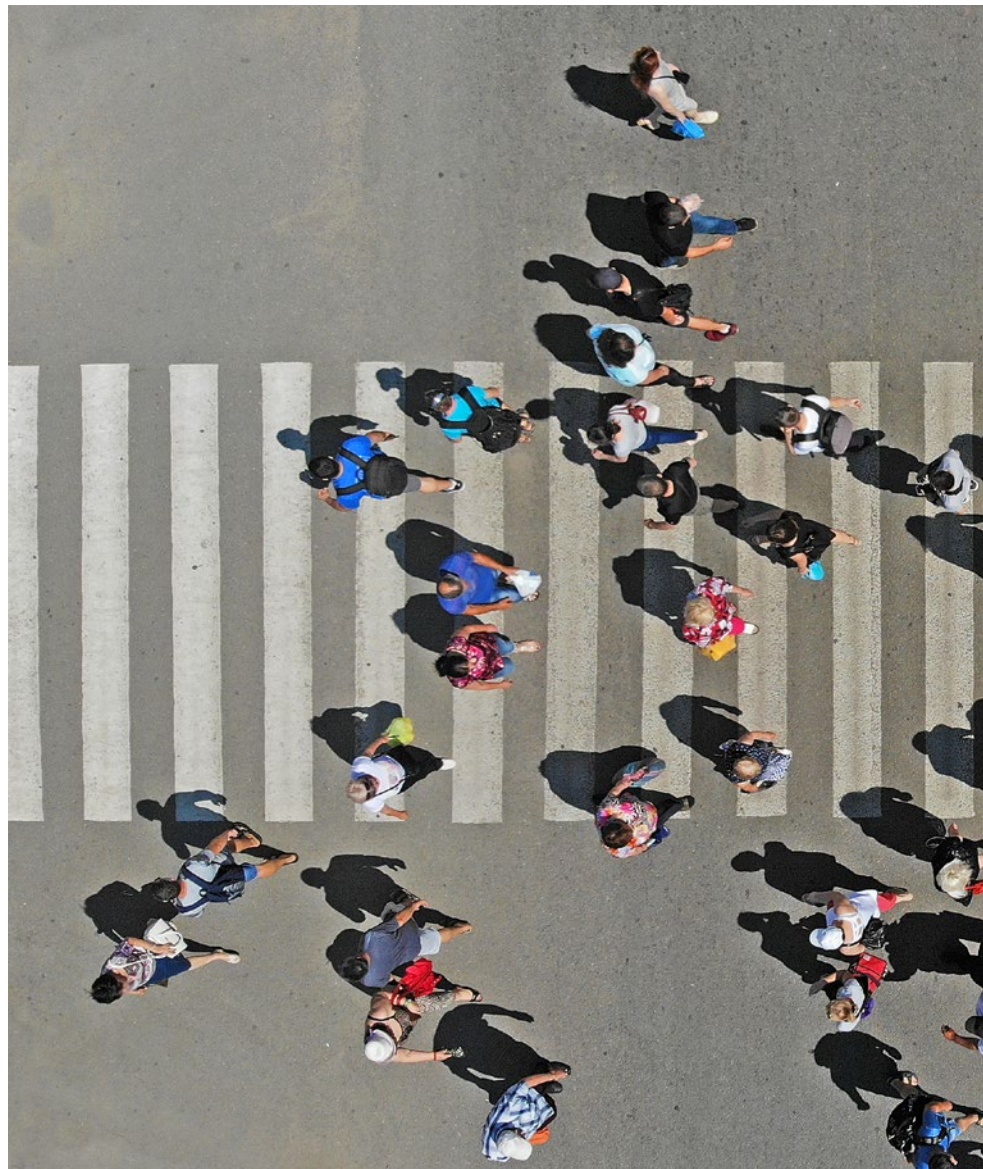
Gjennom tilbakemeldingene lærer studentene hvordan språk og holdninger kan bidra til enten mestring eller maktesløshet. Når personer med erfaringskompetanse fra rusfeltet bidrar som lærere og evaluatore sammen med universitetslærere og klinikere, får studentene også erfare hvordan tverrfaglig kompetanse og samarbeid kan utøves på en likeverdig måte. Veiledning fra ressurspersoner med egenerfaring bidrar til å se mennesker med brukererfaring med et annet blikk, noe som igjen bidrar til å redusere stigma.

En vanlig misforståelse blant medisinstudenter er at individuell plan ligner en journal. Men der journalen dokumenterer symptomer, diagnoser og behandling, er individuell plan et verktøy for samarbeid og koordinering. Språket skal være tilgjengelig, respektfullt og ressursorientert. Dette språklige skiftet er i seg selv en viktig del av læringen. Det krever at studenten reflekterer over makt, verdier og holdninger – og over hva det vil si å møte et menneske i en sårbar livssituasjon med respekt.

Tilbakemeldinger vi får fra studenter, viser at arbeidet med individuell plan ofte oppleves som noe av det mest lærerike og utfordrende ved undervisningen i sosialmedisindelen av samfunnsmedisin.

Et praksisnært verktøy

Individuell plan i medisinstudiet er mer enn et pedagogisk grep. Det er en konkretisering av det vi ofte snakker om i generelle vendinger, og som er vanskelig å lære bort fordi studentene føler det er selvsagt: Helhetlig behandling, person-sentrert omsorg, likeverdighet, samhandling, brukermedvirkning og sosialmedisinsk



Illustrasjonsfoto: Dmytro Varavin / iStock

Tilbakemeldinger vi får fra studenter, viser at arbeidet med individuell plan ofte oppleves som noe av det mest lærerike og utfordrende ved undervisningen i sosialmedisindelen av samfunnsmedisin

forståelse har det til felles at det høres lett ut i teorien, men er vanskeligere i praksis.

I møte med pasienter som Anna – og mange andre med behov for langvarige og koordinerte tjenester – vil en lege som forstår verdien av individuell plan og samhandling, ha bedre forutsetninger for å gjøre en forskjell, både for helsetjenesten og for pasientene selv. ■

Pasienthistorien er fiktiv.

Mottatt 16.6.2025, godkjent 25.6.2025.

Anne Kveim Lie

a.k.lie@medisin.uio.no

Anne Kveim Lie er professor ved Avdeling for samfunnsmedisin og global helse og utdanningsleder ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Hanne Lichtwarck

Hanne Lichtwarck er postdok ved Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Universitetet i Oslo, lege ved Incognito Klinikk og har tidligere vært lege i spesialisering i rus- og avhengighetsmedisin. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ronny Rene Raveen

Ronny Rene Raveen er tidligere politimann og har jobbet som FN-diplomat. Han har egen erfaring fra rusmiddelavhengighet og har en master i helsevitenskap. I dag jobber han som forfatter. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Tommy Sjøfjell

Tommy Sjøfjell er vernepleier og har en master i psykisk helse og rus. Han er spesialrådgiver ved KORUS Sør, faglig rådgiver i brukerorganisasjonen A-larm og har egen erfaring med rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Linda Wusthoff

Linda Wusthoff er spesialist i psykiatri og i samfunnsmedisin. Hun er førsteamanuensis ved Senter for rus- og avhengighetsforskning, Universitetet i Oslo og forsker ved Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ingrid Amalia Havnes

Ingrid Amalia Havnes er spesialist i psykiatri og i allmennmedisin. Hun er overlege ved Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus og førsteamanuensis ved Enhet voksensykiatri, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 9 (2023–2024) - Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. Lest 14.6.2025.
- 2 Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 2023: 4. Helse- og omsorgsdepartementet. Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Lest 25.6.2025.
- 3 Jacobsen SE, Østerud KL, Vedeler JS et al. Individuell plan som digitalt samhandlingsverktøy: fortolkning, bruk og avvisning. Tidsskrift for velferdsforskning 2025; 28: 1–13.
- 4 Lovdata. Forskrift om individuell plan ved ytelse av velferdstjenester. Lest 15.6.2025.
- 5 Holum LC. Individuell plan som verktøy for brukermedvirkning: En evaluering. Tidsskr Nor Psykol foren 2010; 47: 326–8.
- 6 Lie AK, Jensen T, Lichtwarck H et al. Å sette brukeren i sentrum – allerede som student. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1236–7.
- 7 Sjøfjell TL, Lie AK, Sørlie E et al. Brukermedvirkning i undervisning – erfaringer fra et utviklingsprosjekt. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2022; 19: 180–94.
- 8 Kjellevold A, Skjervevik LJB. Retten til individuell plan. Bergen: Fagbokforlaget, 2024.
- 9 Lovdata. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) - Kapittel 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet. Lest 19.6.2025.
- 10 Lovdata. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) - Kapittel 2. Ansvarsfordeling og generelle oppgaver. Lest 19.6.2025.
- 11 Lovdata. Forskrift om fastlegeordning i kommunene - Kapittel 4. Funksjons- og kvalitetskrav. Lest 19.6.2025.
- 12 Hansen ILS, Tofteng M, Holst LS. Et tjenesteområde i utvikling. Fafo-rapport 2021:17. Lest 19.6.2025.
- 13 Ådnanes M, Høiseth JR, Magnussen M et al. Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer. Rapport 2. Lest 16.6.2025.
- 14 Riksrevisjonen. Helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddelbidelser og psykiske lidelser. Dokument 3:5 (2024–2025). Oslo: Riksrevisjonen; 2025. Lest 19.6.2025.



M

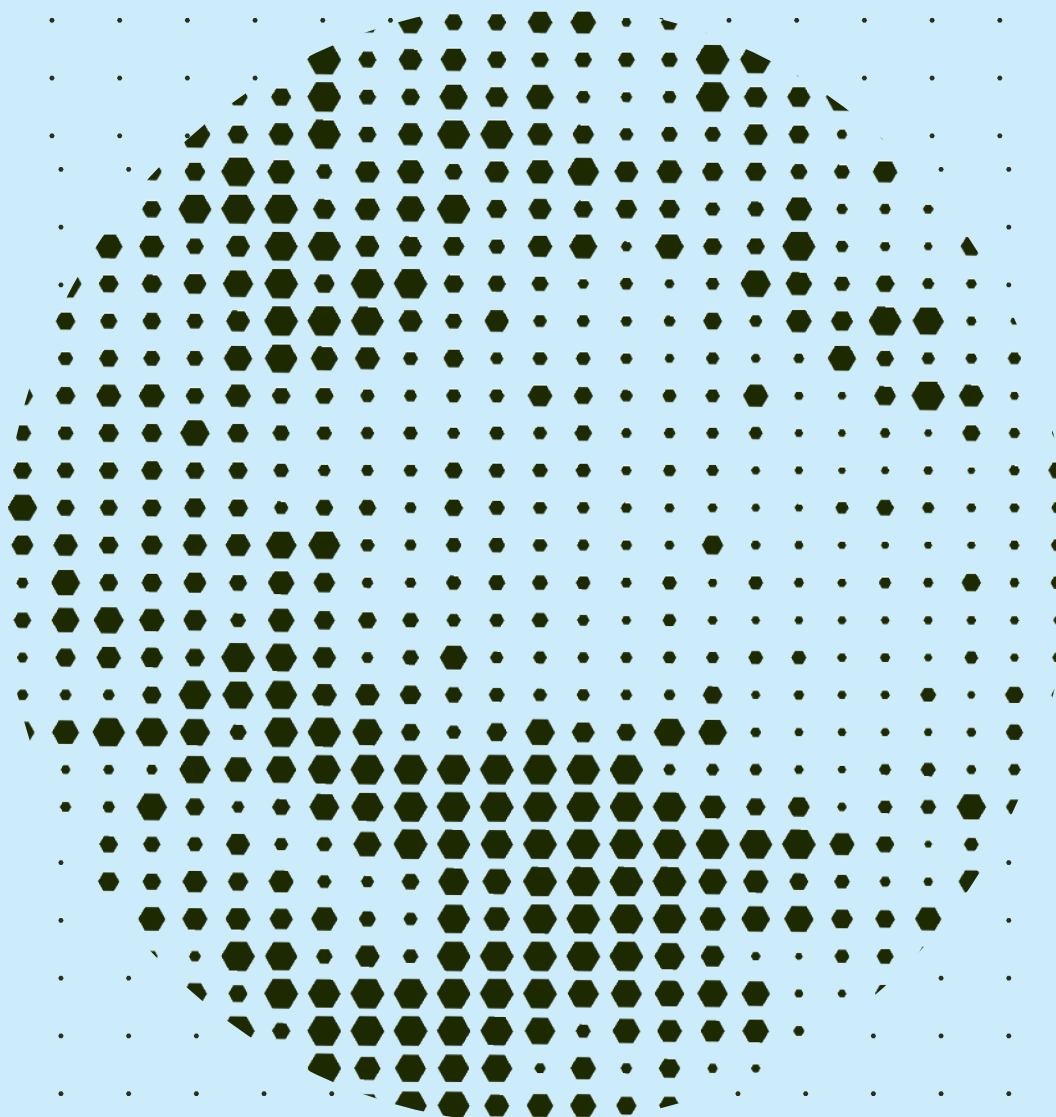
D

P

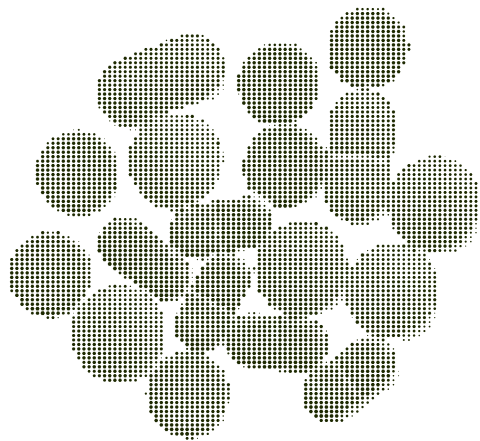
Direktoratet for
medisinske produkter

Nytt om legemidler

Øyesykdom vurderes som svært sjelden bivirkning ved bruk av semaglutid. Risiko for hjerte- og karsykdommer ved langtidsbruk av Mysimba.



Europeiske legemiddelmyndigheter (EMA) anbefaler at øyesykdommen NAION føres opp som en svært sjelden bivirkning av semaglutid. Anbefalingen gjelder både diabetesmedisinene Ozempic og Rybelsus og slanke-
medisinen Wegovy (1).



NAION (nonarteriell iskemisk optikusnevropati) er en sjelden, men alvorlig øyesykdom som påvirker blodforsyningen til synsnerven. Symptomene på NAION er plutselig ensidig synstap. Pasienter med diabetes type 2 har i utgangspunktet en høyere risiko for denne øyesykdommen.

Svært sjelden

EMAs sikkerhetskomite har gått gjennom alle tilgjengelige data, inkludert prekliniske og kliniske studier, bivirkningsrapporter og medisinsk litteratur. Komiteen konkluderer med at NAION skal oppføres som en svært sjelden bivirkning i både pakningsvedlegget og preparatomtalen.

DMP har mottatt fem meldinger der lege har mistenkt at NAION kan knyttes til bruk av semaglutid.

Pasienter som opplever plutselig synstap eller rask forverring av synet bør straks kontakte lege. Ved bekreftet NAION skal behandlingen med semaglutid avbrytes.

Studier

En amerikansk registerstudie som ble publisert i JAMA i juli 2024 ga for første gang mistanke om økt risiko for NAION ved bruk av semaglutid (2). Resultatene fra en senere dansk-norsk registerstudie styrker mistanken, men også i denne studien var den absolutte risikoen lav (3). Studien fant at dersom 10 000 diabetespasienter bruker semaglutid i ett år, gir dette 1,4 ekstra tilfeller av øyesykdommen NAION.

Referanser:

1. <https://www.dmp.no/nyheter/mistanke-om-sjelden-bivirkning-ved-bruk-av-semaglutid> 2. <https://jamanetwork.com/journals/jamaophthalmology/fullarticle/2820255> 3. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2024.12.09.24318574v1> 4. <https://www.dmp.no/nyheter/Risiko-for-hjerte-og-karsykdommer-ved-langtidsbruk-av-Mysimba> 5. <https://www.dmp.no/contentassets/973b9589c7944260abfc6e7afd859761/nyl-nr.-15-24.pdf>

Risiko for hjerte- og karsykdommer ved langtidsbruk av Mysimba

Mysimba (bupropion-naltrekson) er godkjent for behandling av overvekt hos voksne, og skal brukes i kombinasjon med kalorifattig kosthold og fysisk aktivitet.

Det var usikkerhet knyttet til risiko for hjerte- og karsykdommer da Mysimba ble godkjent. Produsenten ble derfor pålagt å undersøke sikkerheten ved bruk over ett år. En omfattende gjennomgang viste at det fortsatt ikke er tilstrekkelig kunnskap til å fastslå risikoen for hjerte- og karbivirkninger ved bruk av Mysimba i mer enn ett år. Det er likevel iverksatt tiltak for å redusere den potensielle risikoen (4).

Råd til leger

Preparatomtale, pakningsvedlegg og legenes sjekklister er oppdatert. Det er i tillegg sendt ut et «Kjære helsepersonell»-brev til allmennleger og spesialister som behandler pasienter med fedme.

- Avslutt behandling med Mysimba etter ett år dersom pasienten ikke har opprettholdt et vekttap på minst 5 % av sin innledende kroppsvekt.
- Revurder behandlingen årlig for å sikre at pasientens risiko for hjerte- og karsykdom ikke har økt og at vekttapet opprettholdes.

DMP minner om at Mysimba ikke bør brukes av pasienter som får behandling med opioider (5). Opioider vil ikke fungere effektivt for disse pasientene, fordi virkestoffet naltrekson blokkerer effekten. Behandling med Mysimba bør avsluttes tre dager før kirurgiske inngrep.

Forbedret livskvalitet er lite brukt som endepunkt i kliniske kreftstudier

Er lengre overlevelse meningsfullt for kreftpasienter hvis livskvaliteten fortsatt er dårlig?

Fase 3-studier er kliniske studier der målet er å undersøke om en behandling er mer effektiv enn en annen. Primærendepunktet i slike studier defineres ulikt, men skal i utgangspunktet ta hensyn til hva som er meningsfullt for pasientene. Et endepunkt som progresjonsfri overlevelse sier lite eller ingenting om pasientens livskvalitet.

Hvor ofte har fase 3-studier i klinisk onkologi med forbedring i livskvalitet og totaloverlevelse som endepunkter? Dette er nylig kartlagt av en gruppe forskere fra USA og Canada (1). Blant 793 studier publisert i perioden 2012–22 nådde 53 % av dem sitt primære endepunkt, men kun 8 % og 11 % av dem viste resultatene for forbedret totaloverlevelse og forbedret livskvalitet.

– Denne studien viser tydelig at det er et stort behov for en mer pasientsentrert tilnærming i klinisk kreftforskning, sier Jarle Breivik, professor og avdelingsleder ved Avdeling for atferdsmedisin ved Universitetet i Oslo. Studien aktualiserer et sentralt spørsmål: Går dagens kreftbehandling på akkord med det som gir pasientene en meningsfull og verdig avslutning på livet? Effekten på kreftpasienters livskvalitet bør tas med som et viktig mål i onkologisk forskning og behandling, mener Breivik. ■

Martine Fimreite Wilhelmsen

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Sherry AD, Miller AM, Parlapani JP et al. Overall Survival and Quality-of-Life Superiority in Modern Phase 3 Oncology Trials: A Meta-Epidemiological Analysis. *JAMA Oncol* 2025; 11: e251002.

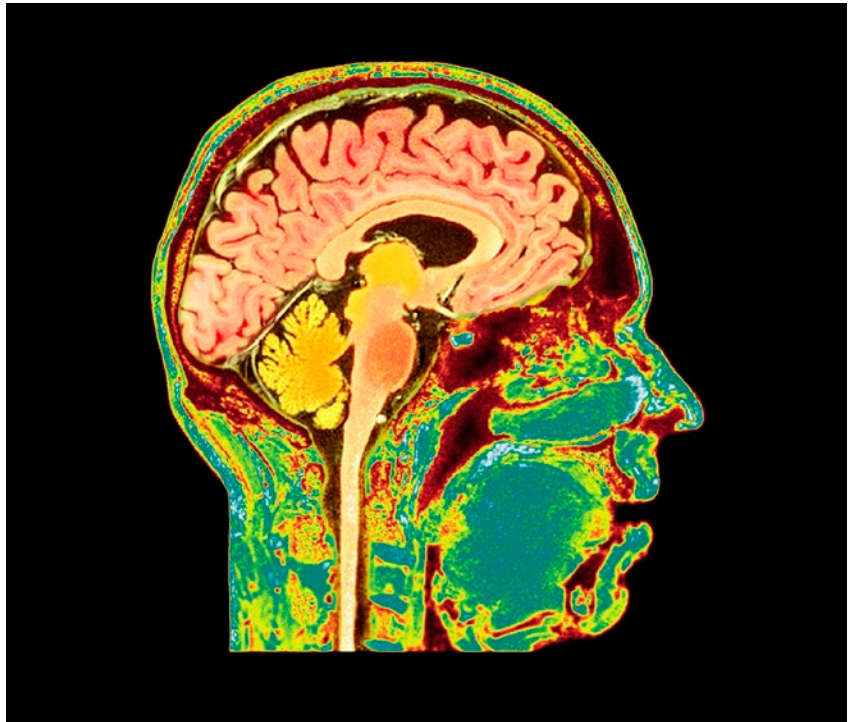


Foto: Science Photo Library / NTB

Kakeksi og apati ved kreft

Musestudier viser at apati ved kakeksi kan oppstå gjennom de samme patofysiologiske mekanismene som selve kakeksien.

Kakeksi, som kan ses ved langt-kommen kreft, kjennetegnes av tap av vekt, fett og muskelmasse, samt symptomer som utmattelse og dårlig matlyst. Pasienten er gjerne deprimert og apatisk. En ny musestudie publisert i tidsskriftet *Science*, har kartlagt en neuroimmun signalløye som ligger bak apati ved kakeksi, utløst av injeksjoner med kreftceller (1).

Injeksjonen av kreftceller utløste en systemisk inflammasjon og ga økte nivåer av sirkulerende cytokiner. En omfattende screening viste at nivået av interleukin-6 i blodet endret seg parallelt med en progresjon av kakeksien. Avanserte neurofysiologiske metoder viste at en cerebral signalløye som signalerer kakeksi, startet i hjernens *area postrema*, som er et hjerneavsnitt spesialisert til å detektere blodbårne signaler, blant annet interleukin-6. Signalløyen førte til nedsatt dopamindannelse, noe som økte følsomheten for anstrengelser og dermed utløste apatiliknende oppførsel hos

musene. Antistoff mot interleukin-6 slo ut cytokinsansingen i hjernestammen eller den medikamentelt stimulerte dopaminproduksjonen. Apati ved kakeksi trenger altså ikke være en sekundær effekt av fysisk svekkelse, men kan oppstå gjennom samme mekanisme som selve kakeksien. Selv om signalløyen stimulerer hensiktsmessig oppførsel under akutt sykdom ved å konservere energi og dempe motivasjonen for handling, er den uheldig ved kroniske tilstander som kakeksi.

– Det er godt dokumentert at interleukin-6 kan ha både antiinflammatoriske og proinflammatoriske effekter og virke som et muskelderivert cytokin i den systemiske energibalansen, sier Bjørn Steen Skålhegg, som er professor ved Avdeling for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo.

– Dette har en patofysiologisk betydning ved kakeksi. At interleukin-6 også regulerer mentale forhold som apati ved kakeksi, er et nytt funn, og det kan åpne for en mulig hemning av apati og regulering av sultfølelse hos pasienter med langtkommen kreft, sier Skålhegg. ■

Haakon B. Benestad

Universitetet i Oslo

Litteratur

- 1 Zhu XA, Starosta S, Ferrer M et al. A neuroimmune circuit mediates cancer cachexia-associated apathy. *Science* 2025; 388: eadm8857.

Hva gjør foreldres skjermbruk med barna?

Skjerm er blitt en naturlig del av hverdagen. Det påvirker barns utvikling.

Norske myndigheters anbefalinger om voksnes skjermbruk er i stor grad utarbeidet med tanke på å beskytte barna. I en systematisk oversiktsartikkel som nylig er publisert i JAMA Pediatrics, ble sammenhengen mellom foreldres skjermbruk i barns nærvær og barns utvikling kartlagt (1). Data ble hentet fra 21 studier og omfattet rundt 14 900 deltakere fra 10 forskjellige land, inkludert Finland, Sverige og Danmark.

Studien ville undersøke sammenhengen mellom foreldres skjermbruk og barnas kognitive og motoriske utvikling, psykososiale helse, fysiske aktivitet, skjermtid og søvn. De fant ingen enkeltstudier der fysisk aktivitet eller

motorisk utvikling ble tatt i betraktning. Funnene tyder på at mer skjermbruk i barnets nærvær hadde en sammenheng med dårligere kognitiv utvikling, uheldig sosial atferd og svakere tilknytning. I tillegg hadde barna mer emosjonelle vansker, flere atferdsproblemer og brukte selv skjerm oftere. Effektstørrelsene ble imidlertid vurdert som små.

– Denne systematiske oversiktsartikkelen er et viktig bidrag i den pågående debatten om skjermbruk blant voksne og barn, sier Anne Margrethe Myhre, som er professor i barne- og ungdomspsykiatri ved Universitetet i Oslo. – Forskerne fant at bruk av digitale enheter er assosiert med flere negative konsekvenser i barnas utvikling, men fordi effektstørrelsene var små, bør en være forsiktig med å generalisere, sier hun.

– En metaanalyse med hele 14 900 deltakere er i utgangspunktet imponerende, men få av enkeltstudiene dekker mer enn to utfallsmål. De enkelte funnene baserer seg derfor på et betydelig lavere antall deltakere. Dessuten er 17 av 21 inkluderte studier tverrsnittsstudier, og funnene sier derfor ingenting om hvordan barna utvikler seg over tid, påpeker Myhre. – Det er ikke usannsynlig at grad av bruk også spiller en rolle, men her er

det ikke gjort noen dose-respons-vurderinger. Likevel viser funnene at foreldre bør være bevisste og aktive i sine valg om skjermbruk. Dette vil ha betydning, ikke bare for barnas utvikling og helse, men også for trivsel og samspill i familien, sier Myhre. ■

Martine Fimreite Wilhelmsen

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Toledo-Vargas M, Chong KH, Maddren CI et al. Parental Technology Use in a Child's Presence and Health and Development in the Early Years: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Pediatr 2025; e250682: e250682.

Illustrasjon: ozgurcankaya/iStock. Tilpasset av Tidsskriftet.



Ingrid Martinsen Amland¹
Kristian Løvås²
Morten Lund-Johansen^{3,4}
Eystein Sverre Husebye^{2,1}

Rupavathana Mahesparan^{3,4}
Grethe Åstrøm Ueland^{2,3}
grethe.astrom.ueland@helse-bergen.no

1 Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen
2 Seksjon for hormonsjukdommar,
Haukeland universitetssjukehus
3 Nevrokirurgisk avdeling,
Haukeland universitetssjukehus
4 Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen

Cushings sykdom i Helse Vest

Bakgrunn

Cushings sykdom er forårsaket av et hypofyseadenom som produserer adrenokortikotrop hormon (ACTH), og som fører til overproduksjon av kortisol fra binyrene. Formålet med studien var å kartlegge insidens, kliniske manifestasjoner og behandlingsresultater i Helse Vest.

Materiale og metode

Studien er basert på en retrospektiv gjennomgang av pasientjournaler hos pasienter diagnostisert med Cushings sykdom ved Haukeland universitetssjukehus i perioden 1.1.2010 til 31.12.2022.

Resultater

Vi fant 42 pasienter med Cushings sykdom i perioden 1.1.2010 til 31.12.2022. Insidensen ble estimert til 3,0 per million innbyggere per år. 33 av 42 pasienter hadde én eller

flere metabolske sykdommer på diagnose-tidspunktet. Alle gjennomgikk transsfenoidal hypofysekirurgi. Av disse gikk 25 av 42 pasienter i remisjon etter første eller andre operasjon. Ved studieslutt eller død var 20 pasienter i remisjon etter hypofysekirurgi og/eller gammaknivbehandling; 2 av 7 ved makroadenom, 12 av 21 ved mikroadenom, og 6 av 14 blant pasienter uten sikkert funn på magnet resonanstomografi (MR). Av de gjenværende 22 pasientene ble 5 behandlet med bilateral adrenalectomi, mens 13 hadde persisterende sykdom ved studieslutt eller død. For 2 pasienter manglet det data om langtidsresultater, og 2 var nylig operert med uavklart resultat.

Fortolkning

Insidensen av Cushings sykdom i Helse Vest er noe høyere enn det som er rapportert i tidligere europeiske studier. Behandlingsutfallet var assosiert med tumorkarakteristika, noe som understreker behovet for behandlingsvalg tilpasset den enkelte pasient.

Hovedfunn

Estimert insidens av Cushings sykdom i Helse Vest i perioden 1.1.2010 til 31.12.2022 var 3,0 per million innbyggere per år.

33 av 42 pasienter hadde én eller flere metabolske sykdommer på diagnosetidspunktet.

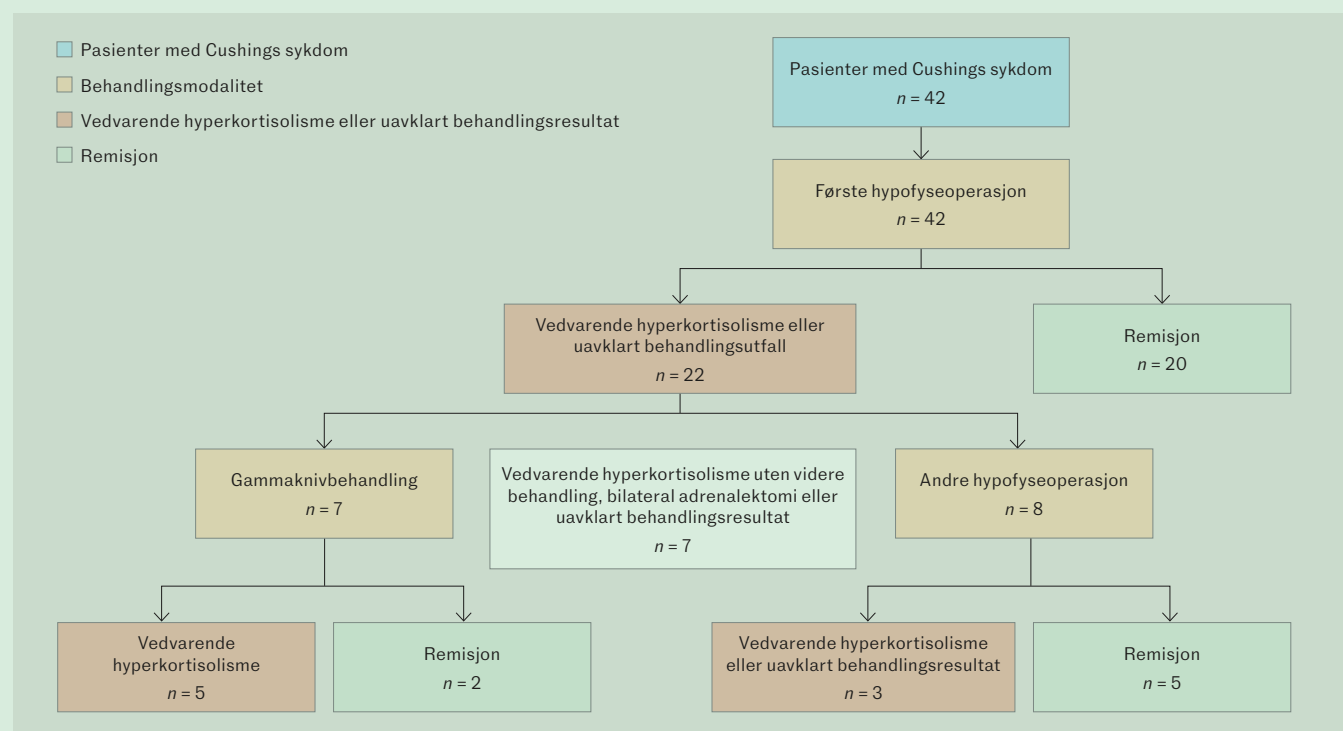
Alle pasientene gjennomgikk hypofysekirurgi som førstelinjebehandling.

Ved studieslutt eller død var 20 av 42 pasienter i remisjon etter hypofysekirurgi og/eller gammaknivbehandling.

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



Figur 1 Flytskjema som viser valg av behandlingsmodaliteter og behandlingsresultater. Figuren illustrerer kun initiale behandlingsresultater etter hypofysekirurgi og gammaknivbehandling, og den inkluderer ikke informasjon om residiv eller remisjonsstatus ved studieslutt/død.



Sjelden, men ikke ubetydelig

Internasjonalt samarbeid er avgjørende for at norsk helsevesen skal kunne gi den nyeste og beste behandlingen til pasienter med sjeldne diagnoser.

Amland og medforfattere publiserer i dette nummeret av Tidsskriftet en studie over incidens, kliniske manifestasjoner og behandlingsresultater av Cushings sykdom i Helse Vest (1). De rapporterer at det var en estimert incidens av sykdommen i perioden 2010–22 på 3,0 per million per år, høyere enn det som tidligere har vært rapportert.

Tallene i studien er små, og den statistiske signifikansen glimrer med sitt fravær, slik det ofte gjør når det forskes på sjeldne tilstander. Utfordringene med små tall pekes også på i Helse- og omsorgsdepartementets *Nasjonal strategi for sjeldne diagnoser* fra 2021 (2). Daværende helseminister Bent Høie understreket i forordet at Norge er et lite land og at det vil være få pasienter med hver diagnose og bare noen få fagpersoner og forskere som kjenner tilstandene godt. Han uttrykte videre at vi derfor trenger internasjonalt samarbeid om alt fra utredning og behandling til forskning og innovasjon. De internasjonale nettverkene som vektlegges mest i strategien, er de fagspesifikke europeiske referansenettverkene (ERN-ene).

Hensikten med disse referansenettverkene er gjennom et europeisk samarbeid å bidra til at pasienter med sjeldne og kompliserte tilstander får tilgang til diagnostikk og behandling av høy kvalitet, samtidig som kunnskap spres på tvers av sentrene som deltar. Norske helsemyndigheter har besluttet at Norge skal delta i europeiske referansenettverk (3), og norske fagmiljøer er tilsluttet flere nettverk på ulike nivåer. Innen endokrinologien er Norge representert som tilknyttet partner, men ikke som fullverdig medlem. Fagpersonene fra universitetssykehusene i Bergen og Oslo som for tiden representerer Norge, bidrar på nasjonalt nivå med å dele tilegnet kunnskap gjennom regelmessige fokuserte møter om konkrete problemstillinger, noe som igjen kommer pasientene til gode. Slik aktivitet er i henhold til den nasjonale strategien, der det foreslås at europeiske referansenettverk kan tjene som en mal for nasjonalt samarbeid innenfor sjeldenområdet i Norge og dermed bidra til økt kunnskap.

Behovet for økt fokus på sjeldne sykdommer eksemplifiseres godt i artikkelen om Cushings sykdom, hvor det beskrives utfordringer ved alle stadier i et sykdomforløp, fra mistenkt diagnose til behandling av tilbakefall. I tillegg til de rent medisinske tiltakene gjennomgår pasientene ofte også lange reiser og opphold på tertiærsentre langt hjemmefra. Lang reisevei og langvarig fravær fra hjemmet kan få store konsekvenser for familieliv, skolegang og arbeidsliv. Noen av utfordringene er nasjonsspesifikke og understreker behovet for lokale og nasjonale studier.

Selv om et nasjonalt samarbeid kan bidra til å spre kunnskap og til reduksjon av uønsket variasjon i helsetjenesten i Norge, er det ikke gitt at det å øke det samlede erfaringsgrunnlaget fra to til fire pasienter per år, er det som skal til for å kunne følge opp effekten av nye metoder eller nytten av nye utredningsalgoritmer. For at norske

leger mer effektivt skal kunne tilegne seg det erfaringsgrunnlaget den enkelte pasient fortjener i møte med helsevesenet, er et tettere samarbeid med de store europeiske sentrene via europeiske referansenettverk essensielt. Nyttig samarbeid kan dreie seg om alt fra felles studier og registre til internasjonale multidisiplinære team-møter (MDT). Her vil de norske fagmiljøene også kunne bidra med sine resultater og erfaringer. Gjennom systematisk og god oppfølging kan resultater fra små miljøer som det norske få betydning internasjonalt. Dette kommer tydelig frem i Amland og medarbeidere sin artikkel. En av de mest avanserte behandlingsformene for Cushings sykdom, gammaknivbehandling, hadde i deres materiale overraskende liten effekt sammenlignet med en tidligere multisenterstudie (4). Dette er et viktig funn, som bør sammenholdes med oppfølgings- og registerstudier fra klinisk praksis i andre land.

Totalt sett er ikke sjeldne sykdommer, definert som en sykdom som finnes hos færre enn 5 av 10 000, så sjeldne (5). Det er beregnet at det i Norge lever 30 000–100 000 personer (tilsvarer en middels stor norsk by) med en av de 6 000–8 000 sjeldne diagnosene registrert i Orphanet (6). Disse fortjener, som alle andre pasienter i Norge, en utredning og oppfølging som er i tråd med gjeldende kunnskap, og at kunnskapshullene tettes fortløpende gjennom internasjonalt samarbeid. La oss derfor håpe at helsemyndighetene fortsatt legger til rette for videre forskning utgående fra miljøer som det endokrinologiske i Bergen. Føringsene i strategien fra 2021 må følges opp videre slik at norske fagmiljøer blir representert i alle de europeiske referansenettverkene som er etablert, og da helst som fullverdige medlemmer. ■

Trine E. Finnes

trine.finnes@sykehuset-innlandet.no

Trine E. Finnes er overlege i endokrinologi ved Oslo universitetssykehus og Sykehuset Innlandet. Hun forsker på både sjeldne og hyppig forekommende endokrinologiske sykdommer og er leder i Norsk endokrinologisk forening.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Institusjonen har mottatt sponsormidler fra ulike offentlige og kommersielle aktører for hennes forskning og foredragshonorar fra Kyowa Kirin, Bohringer-Ingelheim og Bayer.

Litteratur

- 1 Amland IM, Løvås K, Lund-Johansen M et al. Cushings sykdom i Helse Vest. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0002.
- 2 Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi for sjeldne diagnoser. Lest 8.7.2025.
- 3 Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten. Lest 8.7.2025.
- 4 Mehta GU, Ding D, Patibandla MR et al. Stereotactic Radio-surgery for Cushing Disease: Results of an International, Multicenter Study. *J Clin Endocrinol Metab* 2017; 102: 4284–91.
- 5 European Commission. Rare diseases. Lest 8.7.2025.
- 6 Orphanet. Knowledge on rare diseases and orphan drugs. Lest 8.7.2025.

John Bjørneboe¹

joanbj@ous-hf.no

Jostein Skranes Brox²**Kjersti Myhre**¹**Mirad Taso**¹**Erik L. Werner**³**Cecile Røe**^{1,4}**Jens Ivar Brox**^{1,4}¹ Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Oslo universitetssykehus² Universitetet i Oslo³ Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo⁴ Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

Henvisninger til spesialisthelsetjenesten for pasienter med smerter i nakke og rygg

Bakgrunn

Nasjonale veiledere anbefaler at pasienter med nakke- eller rygg smerter uten tegn til bedring etter 4–6 uker henvises til spesialisthelsetjenesten. Henvisningen bør inneholde opplysninger om sykehistorie, klinisk undersøkelse og behandling. Begrenset bruk av bildediagnostikk ved nakke- og ryggplager uten røde flagg er anbefalt. Vi ønsket å vurdere kvaliteten på henvisninger fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten for nakke- og ryggplager.

Materiale og metode

Vi gjennomgikk 632 henvisninger til nakke- og ryggpoliklinikken ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering på Oslo universitetssykehus. Vi registrerte opplysninger om sykehistorie, klinisk undersøkelse og supplerende undersøkelser. Regresjonsanalyse ble brukt for å identifisere faktorer som predikerte om henvisningen ble godtatt eller avvist.

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



Resultater

Av de 632 vurderte henvisningene inneholdt 524 (83 %) sykehistorie med smerteanamnese, 360 (57 %) informasjon om klinisk undersøkelse og 573 (91 %) informasjon fra MR-undersøkelse. Henvisningene manglet opplysninger om aktuell medikamentbruk, behandling og arbeidsstatus i hhv. 166 (26 %), 244 (39 %) og 199 (31 %) tilfeller. Informasjon om sykehistorie, arbeidsstatus og klinisk undersøkelse var de sterkeste prediktorene for godtatt henvisning.

Fortolkning

Resultatene tyder på at omtrent halvparten av pasientene med nakke- og ryggplager har vært klinisk undersøkt før henvisning til spesialisthelsetjenesten, mens nesten alle har tatt MR. Omtrent en tredel av henvisningene ble ansett å ha lav kvalitet, noe som vanskeliggjorde vurdering av rett til utredning i spesialisthelsetjenesten.

Hovedfunn

En stor andel av henvisningene for pasienter med nakke- og/eller rygg smerter var mangelfulle.

De fleste pasientene hadde gjennomført bildediagnostikk før henvisning, men nesten halvparten av pasientene var ikke undersøkt klinisk.

Informasjon om sykehistorie, klinisk undersøkelse og arbeidsstatus i henvisningen var de sterkeste prediktorene for om pasienten fikk vurdering i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 3 Variabler som har prediktiv kraft i prediksjonsmodellen for om en henvisning til nakke- og ryggpoliklinikken ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering på Oslo universitetssykehus ble godtatt eller avvist. IO = ingen opplysninger.

Variabel	Estimat (95 % KI)
Adekvat sykehistorie	0,90 (0,45 til 1,36)
Klinisk undersøkelse	0,67 (0,29 til 1,04)
Arbeidsstatus [arbeid vs. IO]	0,30 (-0,15 til 0,74)
Smertemedisin [A-preparat vs. IO]	-0,18 (-0,68 til 0,32)
Alder [> 67 år vs. 46–67 år]	-0,11 (-0,42 til 0,21)

Praksis og idealer ved håndtering av smerte i nakke og rygg

Godt samarbeid på tvers av spesialiteter er avgjørende når pasienter med nakke- og ryggsmarter trenger oppfølging i spesialisthelsetjenesten.

De nasjonale retningslinjene for smerter i nakke og rygg anbefales det at pasientene henvises til tverrfaglig rehabilitering dersom de ikke er kommet tilbake i arbeid etter 6–8 uker etter at smertene oppsto (1). Likevel har mer enn ni av ti pasienter som henvises til nakke- og ryggpoliklinikkene ved norske sykehus, hatt smerter i over tre måneder, og mer enn fire av ti pasienter har hatt smerter i over to år (2).

Det er allmennlegene som skriver det overveiende flertallet av henvisningene til spesialisthelsetjenesten for nakke- og ryggsmarter, og det kan virke som om de venter for lenge i forhold til det retningslinjene tilsier. Men i vurderingen av hvor raskt en pasient bør henvises, må hensynet til kapasitet og bærekraft i helsetjenesten også telle med. Antallet pasienter som har funksjonstap i mer enn 6–8 uker, er antakelig så stort at det ville overbelaste spesialisthelsetjenesten hvis alle ble henvist så tidlig. Urealistiske retningslinjer er ikke nyttige.

En studie av Bjørneboe og medforfattere som nå publiseres i Tidsskriftet, bidrar til å belyse en viktig del av samarbeidet mellom første- og andrelinjen som skal hjelpe disse pasientgruppene (3). Forfatterne analyserte kvaliteten på 632 henvisninger til nakke- og ryggpoliklinikken ved Oslo universitetssykehus. De fant at opplysninger om klinisk undersøkelse av pasienten kun var inkludert i 57 % av henvisningene, og opplysninger om pasientens arbeidsstatus bare var tatt med i 69 % av henvisningene. Denne mangelen fikk direkte konsekvenser, ettersom informasjon om klinisk undersøkelse og arbeidsstatus sammen med sykehistorie var de sterkeste prediktorene for om en henvisning ble godtdatt.

De nasjonale retningslinjene anbefaler ikke rutinemessig MR ved utredning av nakke- og ryggplager. I Bjørneboe og medforfatteres studie forelå likevel opplysninger om MR-undersøkelse i hele 91 % av henvisningene. Positive, objektive funn har høy status i det medisinske kunnskapshierarkiet, og supplerende undersøkelser tillegges ofte mer vekt enn de kliniske vurderingene som baseres på sykehistorie og vanlig klinisk undersøkelse av pasienten. MR-undersøkelser av rygg og nakke er sjelden helt negative, og funn som ikke er årsaken til pasientens (nåværende) smerte blir ofte vektlagt for mye. «Ryggen min er ødelagt», sier pasienten som ikke har tro på bedring. «Jeg sliter forferdelig på grunn av et prolaps som jeg har hatt siden 1999 og et annet prolaps som ble funnet på bildene i 2020. Jeg har en CD med MR-bildene som jeg kan ta med til neste konsultasjon» (fiktiv pasienthistorie). At forbruket av poliklinisk MR er høyere i Norge enn så å si alle andre land i verden, kan bety at vi i noen tilfeller gjør pasientene sykere enn de hadde trengt å være (4).

Ringberg dokumenterte i 2008 stor forskjell i henvisningsrate til spesialisthelsetjenesten og bildeundersøkelser blant fastleger i Nord-Norge (5). Fastlegene

som henviste hyppig, rapporterte også oftere enn de som henviste sjeldnere at de forventet liten eller ingen nytte for pasienten. Tilsvarende ville det være nyttig å finne ut om det også er slik at noen av fastlegene oftere skriver mangelfulle henvisninger til nakke- og ryggpoliklinikkene enn andre – og i så fall på hvilke andre områder disse fastlegene skiller seg ut.

Å bli konfrontert med praksisvariasjon gir anledning til faglig selvransakelse som kan være smertefull. Folkehelseinstituttet har nylig utgitt en rapport som indikerer at selvstendig næringsdrivende fastleger – spesielt de med lange pasientlister – er mindre restriktive portvoktere enn næringsdrivende fastleger (6). Selv om allmennlegene har tatt til motmæle mot at de lar seg påvirke av økonomiske insentiver på bekostning av faglige hensyn, må vi tåle at årsakene til praksisvariasjon blir utforsket.

Allmennlegenes henvisninger er noen ganger mangelfulle, det tas antakelig for mange bilder, og retningslinjene for nakke- og ryggsmarter kan være urealistiske på noen områder. Barnelegene og allmennlegene har nylig inngått samarbeid der man er blitt enige om håndteringen av de hyppigste tilstandene blant barn (7). Kanskje er tiden moden for et lignende samarbeid mellom fysikalsk medisin og allmennmedisin. ■

Stefán Hjörleifsson

stefan.hjorleifsson@uib.no

Stefán Hjörleifsson er spesialist i allmennmedisin, førsteamanuensis ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen og fastlege ved Alrek legesenter.

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

Litteratur

- 1 Lærum E, Brox JI, Storheim K et al. Nasjonale kliniske retningslinjer. Korsryggsmarter – med og uten nerverotaffeksjon. Oslo: FORMI, 2007. Lest 29.7.2025.
- 2 Norsk nakke- og ryggregister. Årsrapport 2024. Lest 29.7.2025.
- 3 Bjørneboe J, Brox JS, Myhre K et al. Henvisninger til spesialisthelsetjenesten for pasienter med smerter i nakke og rygg. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.24.0324.
- 4 OECD. Magnetic resonance imaging (MRI) exams. Lest 29.7.2025.
- 5 Ringberg U, Fleten N, Førde OH. Examining the variation in GPs' referral practice: a cross-sectional study of GPs' reasons for referral. Br J Gen Pract 2014; 64: e426–33.
- 6 Mykletun A, Kraft KB, Hoff EH et al. Fastlegenes avlønningsform og insentiver: Konsekvenser for portvokterrollen. Rapport 2025. Folkehelseinstituttet. Lest 29.7.2025.
- 7 Helse Sør-Øst. Barn skal få bedre koordinerte helsetjenester. Lest 29.7.2025.

Erlend Bøen¹

erboen@ous-hf.no

Sverre Myren^{2,3,4}**Marte Wendel-Haga**^{5,6}**Jeanette Koht**⁶**Sigrid Svalheim**⁶**Line Sveberg**⁶**Thanh P. Doan**^{7,3}**Ole Andreassen**^{8,9}**Birgitte Boye**^{10,11}**Torbjørn Elvsåshagen**^{6,11}

- 1 Seksjon for psykosomatisk medisin, Oslo universitetssykehus
- 2 Nevrologisk avdeling, Ålesund sjukehus
- 3 Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, NTNU
- 4 Institutt for helsevitenskap i Ålesund, NTNU
- 5 Fysikalsk medisin- og rehabiliteringsavdeling, Sykehuset i Vestfold
- 6 Nevrologisk avdeling, Oslo universitetssykehus
- 7 Nevroklinikken, St. Olavs hospital
- 8 Nydalen DPS, Oslo universitetssykehus
- 9 Senter for presisjonspsykiatri, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo
- 10 Seksjon for psykosomatisk medisin, Oslo universitetssykehus
- 11 Avdeling for atferdsmedisin, Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo

Funksjonell neurologisk lidelse

Funksjonell neurologisk lidelse sees hyppig i neurologisk praksis. I denne kliniske oversikten presenterer vi oppdatert kunnskap om tilstanden. I motsetning til hva man tidligere har antatt, kan lidelsen oppstå uavhengig av psykologiske stressorer. Diagnosen kan ofte stilles med stor sikkerhet ved påvisning av positive kliniske tegn. Pasienter med funksjonell neurologisk lidelse har i over 100 år befunnet seg i et ingenmannsland der hverken somatisk eller psykisk helsevesen har påtatt seg et reelt medisinsk ansvar. God kommunikasjon om tilstanden og en tverrfaglig tilnærming kan være avgjørende for effektiv behandling.

Funksjonell neurologisk lidelse innebærer symptomer med endret voluntær motorisk eller sensorisk funksjon, samt kliniske funn som ikke er forenlige med andre kjente neurologiske eller medisinske tilstander. Tilstanden er en av de vanligste årsakene til at pasienter søker nevrolog (1), den medfører et høyt forbruk av helsetjenester (2) og fører ofte til redusert funksjonsnivå og sosial deltakelse (3). Andre, men i dag mindre brukte, navn på tilstanden er konversjonslidelse og dissosiativ lidelse (4).

Inntil nylig har den rådende oppfatningen vært at funksjonell neurologisk lidelse skyldes en *konversjon* av psykologiske stressorer til neurologiske symptomer. Dette er reflektert i både ICD-10 og DSM-IV. Tilstanden har dermed tidligere vært ansett som en del av psykiatrien. Imidlertid har pasientene overveiende søkt nevrologisk helsehjelp grunnet symptomenes natur. Nevrologer har som hovedregel konsentrert seg om å utelukke andre neurologiske sykdommer, men i mindre grad kommunisert selve diagnosen tydelig, og sjelden tilbudt videre behandlingsoppfølging. Om pasientene har kommet i kontakt med psykisk helsevern, har de ofte opplevd at behandlere har lite kunnskap om tilstanden, ikke finner holdepunkter for psykisk lidelse og iblant er usikre på om somatisk sykdom

er utelukket. Dermed har mange pasienter opplevd hverken å bli tatt på alvor, få en klart formulert diagnose eller motta adekvat helsehjelp.

Den siste versjonen av det amerikanske psykiatriske klassifikasjonssystemet, DSM-5, endret i 2013 diagnosekriteriene på et vesentlig punkt ved at kriteriet om en sammenheng mellom symptomene og psykologiske faktorer ble fjernet (5). Diagnosen baseres nå på *positive kliniske tegn* (6, 7), i tillegg til at symptomene ikke passer med andre neurologiske sykdommer. ICD-11 (8) har også fjernet kravet om en klar, bakenforliggende psykologisk stressor (ramme 1). Parallelt med disse endringene har man de siste årene sett en global oppblomstring av faglig interesse for tilstanden, og det er opprettet internasjonale fag- og pasientorganisasjoner.

Det finnes holdepunkter for at funksjonell neurologisk lidelse er beslektet med andre tilstander som gir helseplager der man ikke kan påvise sykdom i tradisjonell biomedisinsk forstand (9). Vi velger i denne oversikten å avgrense oss til tilstander med neurologiske symptomer. Én faktor som særpreger funksjonelle tilstander med neurologiske symptomer, er muligheten for å påvise *positive tegn* som kan fastslå diagnosen med stor sikkerhet. Slike tegn finnes i mindre grad for funksjonelle tilstander med somatiske, ikke-neurologiske symptomer.

Klinisk oversiktsartikkel

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

Med unntak for funksjonelle anfall (10) og funksjonell svimmelhet (11), er funksjonell nevrologisk lidelse lite omtalt i nyere norskspråklig medisinsk litteratur. Basert på et skjønnsmessig utvalg av litteratur og egen klinisk erfaring beskriver vi i denne oversikten symptomer, forekomst, sårbarhetsfaktorer, patofysiologi, utredning og behandling. Vi fokuserer på voksne pasienter, men mye av innholdet er overførbart til barn.

Symptopresentasjon og forekomst

De vanligste symptomene presenteres i tabell 1. Det er ikke uvanlig å ha flere symptomer samtidig, og mange har i tillegg ledsagende symptomer som lavt energinivå og/eller smerter samt plager fra andre organsystemer enn nervesystemet. Helsepersonell mistenker iblant at pasientene bevisst «produserer» sine symptomer. Det foreligger imidlertid etter hvert omfattende holdepunkter for at symptomene er utenfor pasientenes viljemessige kontroll. Vi vet blant annet at lignende symptomuttrykk har forekommet gjennom tidene og på tvers av landegrensene og kulturer (historisk og transkulturell konsistens) (12).

Funksjonell nevrologisk lidelse kan debutere i alle aldersgrupper, men sjelden før tiårsalderen. Kvinner er overrepresentert, men andelen menn øker med alderen. Befolkningsstudier finner en prevalens på 50–100/100 000 (13), men det antas at tilstanden er betydelig underdiagnostisert. Denne oppfatningen støttes blant annet av at om lag 15 % av pasientene som henvises nevrologisk spesialistpraksis (1), har denne typen plager.

Etiologi

Vi skiller her mellom *sårbarhetsfaktorer* (ramme 2) som kan disponere for, utløse eller opprettholde plagene, og *patofysiologi* i form av hvilke mekanismer i nervesystemet som antas å bidra til de konkrete nevrologiske uttrykkene.

Sårbarhetsfaktorer

Mye forskning har undersøkt psykologiske faktorer og traumer. En metaanalyse fra 2018 (14) fant høyere forekomst av traumatiske erfaringer hos pasienter med funksjonell nevrologisk lidelse enn hos både friske, somatiske syke og psykisk syke kontrollpersoner. Den enkeltfaktoren som ble funnet å ha størst betydning, var emosjonell neglekt i oppveksten (mangelfull respons og oppmerksomhet fra foreldre). Hos en betydelig andel pasienter fant man imidlertid ingen relevante stressorer. Funnene støtter dermed at kriteriet om psykologiske faktorer er fjernet som et krav for diagnosen, men understreker samtidig at slike faktorer kan være av betydning hos en stor andel av pasientene (15).

Psykiatrisk og somatisk sykdom, fysiske skader, operasjoner og bivirkninger av medisiner er også sårbarhetsfaktorer for funksjonell nevrologisk lidelse (13, 16–18). Man antar at genetiske faktorer bidrar (13), men gode data mangler. Summen av biopsykososiale stressorer er sannsynligvis ofte av stor betydning.

Patofysiologi

Vi har per i dag ingen fullgod forståelse av patofysiologien ved funksjonell nevrologisk lidelse. Det antas at avvik knyttet til *prediktiv prosessering* er sentralt (13, 19, 20). Prediktiv prosessering er en teori innen nevrovitenskap som beskri-

Ramme 1

Diagnosekriterier for funksjonell nevrologisk lidelse i henhold til DSM-5-TR (5) og ICD-11 (8).

DSM-5-TR: Funksjonell nevrologisk symptomlidelse (konversjonslidelse)

A: Ett eller flere symptomer med endret voluntær motorisk eller sensorisk funksjon.

B: Kliniske funn som ikke er forenlige med kjente nevrologiske eller medisinske tilstander.

C: Ikke bedre forklart av annen tilstand.

D: Symptomene medfører betydelig påvirkning av sosiale, arbeidsrelaterede eller andre viktige funksjoner eller gir grunn til medisinsk undersøkelse.

ICD-11: Dissosiativ nevrologisk symptomlidelse

Dissosiativ nevrologisk symptomlidelse kjennetegnes av presentasjonen av motoriske, sensoriske eller kognitive symptomer som indikerer en ufrivillig diskontinuitet i den normale integrasjonen av motorisk, sensorisk eller kognitiv funksjon og ikke er forenlig med kjent sykdom i nervesystemet, eller annen mental eller adferdsmessig lidelse eller annen medisinsk tilstand. Symptomene opptrer ikke utelukkende samtidig med en annen dissosiativ lidelse og skyldes ikke påvirkning av substanser eller medikamenter på sentralnervesystemet, inkludert abstinenseffekter, eller en søvn-våkenhetsforstyrrelse.

ver hvordan høyere nivåer i nervesystemet sender *prediksjoner* til lavere nivåer (*top-down*), og dermed «forutsier» eksempelvis armens bevegelse når man setter i gang en viljestyrt bevegelse, eller opplevelsen av en sansestimulus. Disse prosessene foregår hovedsakelig ubevisst og automatisert. Sansinntrykk bidrar til å korrigere prediksjonene *bottom-up*. Ved funksjonell nevrologisk lidelse antar man at det utvikles sterke og presise, men feilaktige, prediksjoner som ikke lar seg korrigere av *bottom-up*-sansinntrykk. Det kan for eksempel etablere seg en ubevisst «prediksjon» om at en arm ikke vil lystre. Noen ganger kan åpenbare utløsende faktorer identifiseres, eksempelvis skade i en arm. Idet en slik skade oppstår, antas det – i henhold til teorien om prediktiv prosessering – at nervesystemet initialt utvikler en hensiktsmessig prediksjon om at armen ikke virker som den skal. Ved funksjonell nevrologisk lidelse kan imidlertid nervesystemet feilaktig opprettholde denne prediksjonen selv etter at skaden er leget.

Endringer i oppmerksomhetsfunksjoner antas å være viktige, og dette observeres ofte tydelig ved at symptomene bedres når oppmerksomheten rettes bort fra dem. Interosepsjon (sansingen av indre forhold i kroppen), opplevelsen av å ha kontroll over seg selv og egen kropp, samt emosjonsbearbeiding, synes også endret. Man mistenker at personer med funksjonell nevrologisk lidelse kan ha redusert evne til å differensiere affekter og interoseptiv informasjon, og dermed også til å uttrykke nyanseerte emosjoner. Slike vansker kan ligge til grunn for både nevrologiske symptomer og hyppig forekommende sameksisterende fenomener, som panikkanfall uten subjektiv angstopplevelse (21).

Håndtering og utredning

Ved nyoppståtte nevrologiske symptomer som kan gi mistanke om sykdom med stort skadepotensial, som hjerneslag eller status epilepticus, bør man henvises til akuttvurdering i spesialisthelsetjenesten. Hovedformålet vil da være å utrede for og eventuelt utelukke en alvorlig somatisk tilstand. Å stille diagnosen funksjonell nevrologisk lidelse er ikke nødvendigvis hensiktsmessig i denne situasjonen, men det bør legges til rette for at diagnosen kan presenteres etter den akutte fasen.

Ved mindre dramatisk og/eller langsommere symptomdebut, bør pasienten ofte henvises til poliklinisk utredning hos nevrolog. Nevrologisk utredning er avgjørende for å stille diagnosen (ramme 1) siden denne baserer seg både på påvisning av positive kliniske tegn (tabell 1) og på utelukkelse av andre nevrologiske sykdommer (6, 7).

Det er ikke uvanlig å ha både funksjonelle nevrologiske symptomer og en annen nevrologisk sykdom, som Parkinsons sykdom eller multippel sklerose, og muligheten for komorbiditet bør alltid vurderes (13, 18). En åpen dialog med pasienten om at symptomene delvis kan skyldes funksjonelle mekanismer, selv om det foreligger en annen nevrologisk sykdom, er viktig for tilpasset behandling. Pasienter med funksjonell nevrologisk lidelse har ofte et sammensatt symptombylle. Man bør derfor kartlegge med tanke på ledsagende symptomer som utmattelse, smerter, kognitive symptomer, angst- og depresjonsfølelse, blæresymptomer og svelgevansker. Ofte kan symptomer som utmattelse og smerte ha en større påvirkning

Ramme 2

Eksempler på sårbarhetsfaktorer som kan medvirke til at funksjonell nevrologisk lidelse oppstår og vedlikeholdes (13).

Predisponerende faktorer

- Andre funksjonelle lidelser som irritable tarmsyndrom eller funksjonelle smertetilstander
- Nevrologiske tilstander som epilepsi og migrene
- Psykologiske stressfaktorer
- Angst
- Depresjon
- Belastende livshendelser
- Barndomstraume

Utløsende faktorer

- Kirurgi
- Skade
- Bivirkning av medisiner
- Vaksinasjon
- Panikkanfall
- Psykologisk traume
- Epileptisk anfall
- Synkope
- Vestibulær patologi

Vedlikeholdende faktorer

- Uavklart diagnose
- Unødvendig utredning eller behandling
- Mangelfull kommunikasjon fra helsepersonell
- Manglende eller dårlig tilpasset behandling
- Pasienterstatningssøknad
- Bruk av beroligende eller sterke smertestillende medikamenter
- Unngåelsesatferd
- Lav motivasjon for endring

på livskvalitet og funksjonsnivå enn det funksjonelle «hovedsymptomet». Å adressere dette og sette det i sammenheng med diagnosen som del av et symptomkompleks, kan bidra til økt trygghet og dermed bedre håndtering.

Kommunikasjon og behandling

Leger har ofte kommunisert annerledes med pasienter om funksjonell nevrologisk lidelse enn om andre diagnoser. Eksempelvis har man konsentrert seg om hvilke diagnoser pasienten *ikke* har («alle undersøkelser er normale»), eller hintet om psykologiske faktorer. Det er i dag bred enighet om at diagnosen bør formidles på samme måte som enhver annen diagnose. Betegnelsen *funksjonell* oppleves ofte nøytral av pasientene og anbefales (4, 22). Man bør fortelle hva man bygger diagnosen på – om mulig demonstrere positive funn – og understreke at symptomene er ekte og ikke viljestyrte. Bruk av analogier kan være nyttig. For eksempel kan man fortelle om hvordan nervesystemet ved fantomsmerter feiltolker den faktiske situasjonen, og at lignende feiloppfatninger kan medvirke ved for eksempel funksjonell lammelse eller sensibilitetsnedsettelse. Siden trygghet i og kunnskap om diagnosen er en viktig del av behandlingen, bør psykoedukasjon tilbys alle. Som et supplement kan det med fordel henvises til en pasientrettet nettside som neurosymptoms.org for utdypende informasjon (23).

Videre behandling avhenger av den spesifikke tilstanden og symptomenes alvorlighetsgrad (24). På tvers av behandlingsformer og symptomkategorier er imidlertid *avlæring* av innlært feilfunksjon og *relæring* av normal funksjon hovedprinsipper. Ved motoriske symptomer benyttes ofte fysisk rettet behandling, som har vist god effekt i flere studier (24). Man vil her typisk forsøke å redusere oppmerksomhet på feilfunksjonen og fremme automatiserte bevegelser. Aktiviteter med innslag av tempo, rytme og spontanitet vil for mange kunne bidra til å reetablere et normalisert bevegelsesmønster.

Det bør legges til rette for størst mulig grad av selv-håndtering av symptomene. For å fremme normalisering er behandlingstiltak som lar seg integrere i pasientens hverdag ofte å foretrekke. Ved sammensatte og langvarige utfordringer kan det være behov for døgnbasert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Rollefordelingen mellom somatisk og psykisk helsevern er ikke alltid åpenbar, men en nevrolog vil vanligvis stå for pasientkontakten i den innledende fasen og bør normalt være den som formidler diagnosen. Ved mildere plager av kort varighet, der man forventer spontan bedring eller at fysisk rettet behandling er tilstrekkelig, er det vanligvis lite hensiktsmessig å involvere psykisk helsevern. Ved alvorlige tilfeller, der plagene har vedvart i årevis, «alt har vært prøvd», og pasienten er lite åpen for psykologisk tilnærming, kan det også være lite å hente i psykisk helsevern. Men i mange tilfeller mellom disse ytterpunktene kan vurdering og eventuelt behandling i psykisk helsevern være av stor betydning (25).

Psykoterapi er aktuelt ved påvist psykiatrisk komorbiditet som kan være en viktig opprettholdende faktor. Psykoterapi spesifikt rettet mot funksjonelle nevrologiske plager er mest undersøkt og benyttet ved anfallssymptomer (6, 10). For somatiske helsearbeidere er det viktig å være klar over at mange som arbeider innen ordinært psykisk helsevern har begrenset erfaring med denne typen plager. God kommunikasjon mellom ulike behandlere på tvers av fagfelt er derfor viktig.

Symptom-gruppe	Symptomer	Eksempler på positive tegn ved neurologisk undersøkelse, og elementer fra sykehistorie som taler for funksjonell neurologisk lidelse (6)	Kommentar
Alle		Avledbarhet, variabilitet	
Motoriske	Svakhet, pareser Tremor Dystoni Gangvansker Tics	Klarer å gå på hælene, men ikke dorsalfleksjon av anklene på benk Påvirkelig tremorfrekvens (<i>entrainment</i>): tromming med pekefinger mot tommel i frisk hånd påvirker frekvensen av tremor i syk hånd Ingen validerte tegn Innovredret spissfot (equinovarus-stilling) kan gi mistanke Et slepende ben uten spastisk sirkumduksjon Uhensiktsmessig stilling (eksempelvis stå med bøyd kne, noe som er muskulært svært tungt) Debut i voksen alder Klarer ikke undertrykke tics Har ingen uro i kroppen som dempes av tics	Funksjonell dystoni kan være svært vanskelig å skille fra øvrig dystoni og kan kreve vurdering av nevrolog med spesialkompetanse innen bevegelsesforstyrrelser Observert forbigående økning under covid-19-pandemien
Sensoriske	Hudsymptomer som svekket sensibilitet, nummenhet, parestesier Synssymptomer som redusert visus, blindhet, tåkesyn, synsfeltutfall, dobbeltsyn på ett øye Svekket hørsel	Følger ikke dermatomer eller perifere nervers innervasjonsområder Tunnelsyn med konstant diameter uavhengig av avstand Diskrepans mellom nevrofysiologiske undersøkelser (som <i>evoked respons audiometri</i>) og audiometri (subjektiv rapportering)	Sensoriske tegn er generelt mindre valide og reliable enn motoriske
Blandete	Funksjonelle anfall Funksjonell svimmelhet (persisterende postural-perseptuell svimmelhet) Tale- og svelgsymptomer, globus	Lukkede øyne som vanskelig lar seg åpne av undersøker Langvarige anfall med fluktuerende forløp Et sett av diagnostiske kriterier som alle må være oppfylt (11) Tap av stemme, men normal funksjon av stemmebånd ved laryngoskopi	Funksjonelle anfall kan være vanskelig å skille fra epilepsi
Kognitive	Funksjonell kognitiv lidelse	Svært detaljert beskrivelse av eget kognitivt besvær	Ikke egen diagnostisk kategori i DSM-5

Tabell 1 Symptomer og positive tegn som kan sees ved funksjonell neurologisk lidelse

Konklusjon

Funksjonell neurologisk lidelse kan ofte diagnostiseres ved påvisning av positive kliniske tegn. Det er viktig å informere pasienter om tilstanden på en tydelig måte. Tidlig diagnostisering kan bedre prognosen, siden dette blant annet begrenser unødvendig utredning og legger til rette for rask oppstart med målrettet behandling. ■

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 1.11.2024, første revisjon innsendt 11.4.2025, godkjent 27.5.2025.

Erlend Bøen

erboen@ous-hf.no

Erlend Bøen er ph.d., spesialist i nevrologi og i psykiatri og overlege. Forfatterbidrag: idé, litteratursøk, analyse og tolkning av litteratur, utarbeiding og revisjon av manus, samt godkjenning av innsendt manuskript. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt forelesningshonorar fra Lundbeck.

Sverre Myren

Sverre Myren er ph.d., spesialist i nevrologi, overlege, forsker og førsteamanuensis. Forfatterbidrag: litteratursøk, analyse og tolkning av litteratur, utarbeiding og revisjon av manus samt godkjenning av innsendt manuskript. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Marte Wendel-Haga

Marte Wendel-Haga er ph.d., spesialist i nevrologi, overlege og forsker. Forfatterbidrag: litteratursøk, analyse og tolkning av litteratur, utarbeiding og revisjon av manus samt godkjenning av innsendt manuskript. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jeanette Koht

Jeanette Koht er ph.d., spesialist i nevrologi og overlege. Forfatterbidrag: litteratursøk, analyse og tolkning av litteratur, utarbeiding og revisjon av manus samt godkjenning av innsendt manuskript. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt forelesningshonorar fra Novartis.

Sigrid Svalheim

Sigrid Svalheim er ph.d., spesialist i nevrologi og overlege. Forfatterbidrag: litteratursøk, analyse og tolkning av litteratur, utarbeiding og revisjon av manus samt godkjenning av innsendt manusversjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Line Sveberg

Line Sveberg er ph.d., spesialist i nevrologi og overlege. Forfatterbidrag: litteratursøk, analyse og tolkning av litteratur, utarbeiding og revisjon av manus samt godkjenning av innsendt manusversjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Thanh P. Doan

Thanh P. Doan er ph.d., lege i spesialisering i nevrologi og forskningsgruppelider. Forfatterbidrag: litteratursøk, analyse og tolkning av litteratur, utarbeiding og revisjon av manus samt godkjenning av innsendt manusversjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ole Andreassen

Ole Andreassen er ph.d., spesialist i psykiatri, overlege, professor og senterleder. Forfatterbidrag: litteratursøk, analyse og tolkning av litteratur, utarbeiding og revisjon av manus samt godkjenning av innsendt manusversjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har aksjeopsjoner i Precision Health AS og Cortechs.ai, han har mottatt forelesningshonorar fra Lundbeck, Sunovion, Janssen-Cilag og Eisai og konsulenthonorar fra SAB Ledidi AS.

Birgitte Boye

Birgitte Boye er ph.d., spesialist i psykiatri, overlege, seksjonsleder og professor. Forfatterbidrag: litteratursøk, analyse og tolkning av litteratur, utarbeiding og revisjon av manus samt godkjenning av innsendt manusversjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Torbjørn Elvsåshagen

Torbjørn Elvsåshagen er ph.d., spesialist i nevrologi, overlege og professor. Forfatterbidrag: litteratursøk, analyse og tolkning av litteratur, utarbeiding og revisjon av manus samt godkjenning av innsendt manusversjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt konsulenthonorar fra Sunovion og BrainWaveBank og forelesningshonorar fra Lundbeck og Janssen Cilag.

Litteratur

- 1 Stone J, Carson A, Duncan R et al. Who is referred to neurology clinics?—the diagnoses made in 3781 new patients. *Clin Neurol Neurosurg* 2010; 112: 747–51.
- 2 Stephen CD, Fung V, Lungu CI et al. Assessment of Emergency Department and Inpatient Use and Costs in Adult and Pediatric Functional Neurological Disorders. *JAMA Neurol* 2021; 78: 88–101.
- 3 Carson A, Stone J, Hibberd C et al. Disability, distress and unemployment in neurology outpatients with symptoms 'unexplained by organic disease'. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2011; 82: 810–3.
- 4 Helgeland H, Getz LO, Herner LB et al. Betegnelsen funksjonelle lidelser bør revitaliseres. *Tidsskr Nor Legeforen* 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.24.0573.
- 5 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5. tg. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2022.
- 6 Aybek S, Perez DL. Diagnosis and management of functional neurological disorder. *BMJ* 2022; 376: o64.
- 7 Myren S, Helgeland H. Legg vekt på positive tegn ved diagnostisering av funksjonell nevrologisk lidelse. *Tidsskr Nor Legeforen* 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.24.0321.
- 8 ICD-11. Lest 16.5.2025.
- 9 Burton C, Fink P, Henningsen P et al. Functional somatic disorders: discussion paper for a new common classification for research and clinical use. *BMC Med* 2020; 18: 34.
- 10 Tuft M, Karterud HN, Villagran A et al. Behandling ved psykogene ikke-epileptiske anfall. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 1449–51.
- 11 Eldøen G, Ljøstad U, Goplen FK et al. Persisterende postural-perseptuell svimmelhet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.18.0962.
- 12 Edwards MJ, Yogarajah M, Stone J. Why functional neurological disorder is not feigning or malingering. *Nat Rev Neurol* 2023; 19: 246–56.
- 13 Hallett M, Aybek S, Dworetzky BA et al. Functional neurological disorder: new subtypes and shared mechanisms. *Lancet Neurol* 2022; 21: 537–50.
- 14 Ludwig L, Pasman JA, Nicholson T et al. Stressful life events and maltreatment in conversion (functional neurological) disorder: systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Lancet Psychiatry* 2018; 5: 307–20.
- 15 Kanaan RAA, Craig TKJ. Conversion disorder and the trouble with trauma. *Psychol Med* 2019; 49: 1585–8.
- 16 Patron VG, Rustomji Y, Yip C et al. Psychiatric Comorbidities in Functional Neurologic Symptom Disorder. *Pract Neurol (Fort Wash Pa)* 2022; 21: 71–5.
- 17 Pareés I, Kojovic M, Pires C et al. Physical precipitating factors in functional movement disorders. *J Neurol Sci* 2014; 338: 174–7.
- 18 Tinazzi M, Geroi C, Erro R et al. Functional motor disorders associated with other neurological diseases: Beyond the boundaries of "organic" neurology. *Eur J Neurol* 2021; 28: 1752–8.
- 19 Edwards MJ, Adams RA, Brown H et al. A Bayesian account of 'hysteria'. *Brain* 2012; 135: 3495–512.
- 20 Botvinick M, Cohen J. Rubber hands 'feel' touch that eyes see. *Nature* 1998; 391: 756.
- 21 Junggilligens J, Paredes-Echeverri S, Popkirov S et al. A new science of emotion: implications for functional neurological disorder. *Brain* 2022; 145: 2648–63.
- 22 Stone J, Wojcik W, Durrance D et al. What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The "number needed to offend". *BMJ* 2002; 325: 1449–50.
- 23 Guide FND. Norsk oversettelse. Lest 4.4.2025.
- 24 Finkelstein SA, Adams C, Tuttle M et al. *Neuropsychiatric Treatment Approaches for Functional Neurological Disorder: A How to Guide*. *Semin Neurol* 2022; 42: 204–24.
- 25 Bègue I, Nicholson TR, Kozłowska K et al. Psychiatry's modern role in functional neurological disorder: join the renaissance. *Psychol Med* 2021; 51: 1961–3.

**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

Tore Stenstad¹

tore.stenstad@siv.no

Helle Borgstrøm Hager²**Martin Paulson**³**Øystein Sverdrup**¹¹ Infeksjonsmedisinsk seksjon, Sykehuset i Vestfold² Sentrallaboratoriet, Sykehuset i Vestfold³ Hematologisk seksjon, Sykehuset i Vestfold

Kvinne i 40-årene med blodig oppkast og muskel- og leddsmerter

En kvinne i 40-årene ble febersyk etter et opphold i Øst-Afrika. Hun ble innlagt etter en uke med muskel- og leddsmerter og flere episoder med blodig oppkast. Utredningen avdekket betydelig trombocytopeni som følge av en alvorlig tilstand.

En kvinne i 40-årene ble innlagt med ned-satt allmenntilstand, hodepine, feberfølelse, myalgier, ledd- og magesmerter i seks døgn. Hun hadde hatt blodtilblandet oppkast de siste tre dagene før innleggelsen. Samme dag som symptomene begynte, hadde kvinnen returnert fra et mange uker langt opphold i opprinnelseslandet i Øst-Afrika.

Hun oppsøkte fastlege tredje sykdomsdag og legevakt de to påfølgende dagene. Der ble hun behandlet med paracetamol og antiflogistika, men uten bedring. Kvinnen ble deretter innlagt akutt i sykehus. Hun oppga flere malariatilfeller blant bekjente under ferieoppholdet, og hadde fått mange myggstikk under oppholdet. Pasienten hadde ikke brukt malariaproylaks. Ved innleggelsen var hun sengeliggende og i redusert allmenntilstand. Hun var våken og klar, afebril, med blodtrykk på 114/97 mmHg, regelmessig puls på 82, respirasjonsfrekvens på 17 per minutt. Ved klinisk undersøkelse ble det funnet koagel på underleppen samt blodflekker i munnslimhinnen. Det ble ikke sett tegn til konjunktivitt, utslett eller ikterus. Buken var bløt og med normale tarmllyder, men diffust trykkømt, mest uttalt i epigastriet. Orienterende blodprøver viste hemoglobin 16,4 g/dl (referanseområde 11,7–15,3), leukocytter $3,99 \times 10^9/L$ ($3,5\text{--}10,0$) hvorav nøytrofile $2,32 \times 10^9/L$ ($1,80\text{--}7,40$), trombocytter $7 \times 10^9/L$ ($145\text{--}390$), hematokrit 49 ($35\text{--}46$), erytrocytter

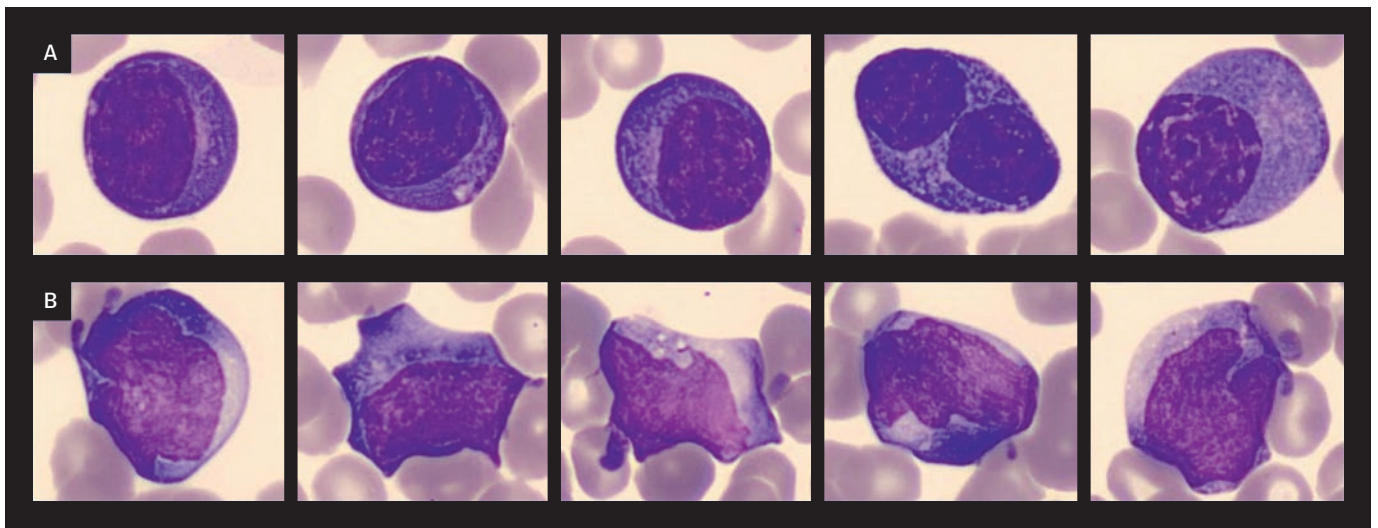
$5,7 \times 10^{12}/L$ ($3,9\text{--}5,2$), d-dimer 3,06 mg/L FEU ($< 0,5$), INR 1,0 ($< 1,2$), natrium 133 mmol/L ($137\text{--}145$), haptoglobin 2,89 g/L ($0,40\text{--}1,90$), albumin 26 g/L ($35\text{--}43$), ASAT 97 U/L (< 35), ALAT 39 U/L (< 45); senkningsreaksjon 73 mm (< 20) og CRP 43 mg/L (< 5). Kreatinin, karbamid, retikulocytall, bilirubin, TSH samt EKG og røntgen toraks var normale, og PCR (hurtigttester med nukleinsyreamplifikasjon) for influensa A og B, SARS-CoV-2 i nasofarynkssekret var negative, likeså hurtigtest for malaria i blod.

Noe å lære av

Komplekse pasienthistorier med vekt på de kliniske vurderingene

De mest sentrale funnene i blodprøvene var høy hemoglobinverdi, uttalt trombocytopeni og moderat hyponatremi. Det bør være lav terskel for å utelukke malaria som årsak til feber etter opphold i et endemisk område. Uttalt trombocytopeni og blødninger kan ses ved alvorlig malaria, men normalverdier for reti-

kulocytter og bilirubin samt høye hapto- og hemoglobinverdier talte mot pågående hemolyse. Malaria-hurtigtest har høy sensitivitet ved falciparum-malaria med høygradig parasitemi, men var negativ. Feber etter reise til tropiske strøk viser seg imidlertid ofte å være forårsaket av hjemlige infeksjonssykdommer. Å utelukke sesonginfluensa og andre luftveisvirus sykdommer, slik som covid-19, ved uspesifikke symptomer vil være en del av initial diagnostikk, i likhet med dyrkning av blod og urin, eventuelt supplert med serologiske tester. —>



Figur 1 Eksempler på plasmaceller (a) og reaktive lymfocytter (b) i perifert blodutstryk fra pasienten.

Figur 2 Kutane blødninger



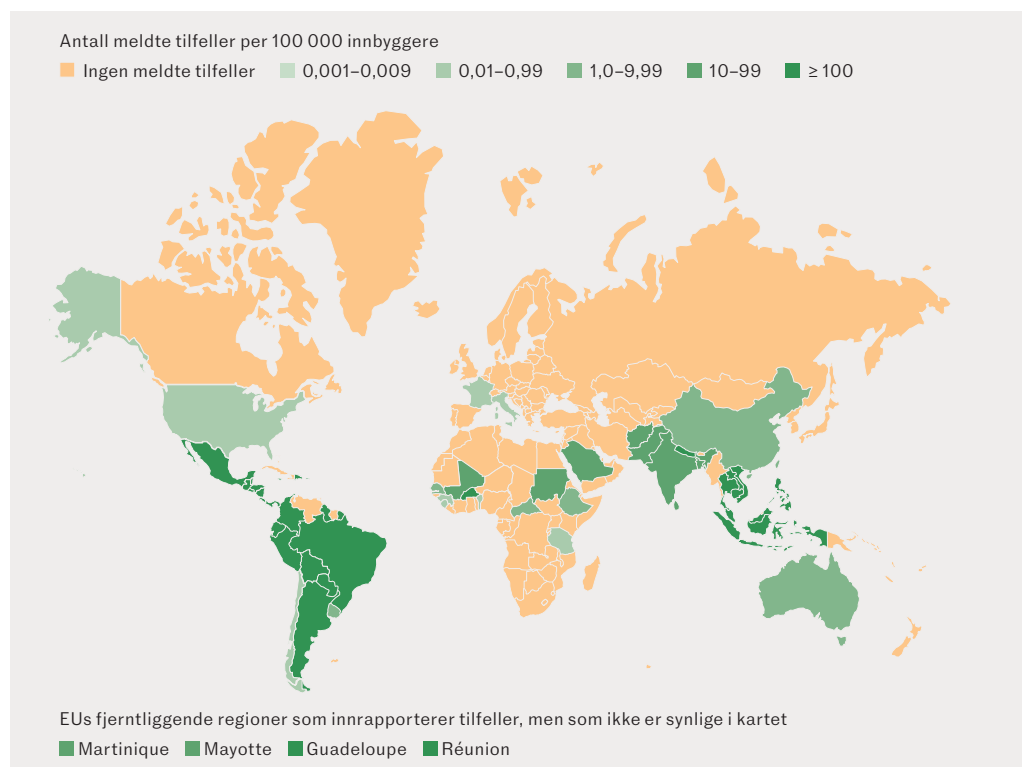
Med allmennpåvirkning, hematemeser, smerter og trykkømheter i øvre del av magen, ble det på innleggelsesdagen utført computertomografi (CT) av buk og bekken for å utelukke tilstander som perforert magesår eller blødning i milt og lever. Undersøkelsen viste periportalt ødem, fri væske i galleblæresengen og i bekkenet. Væsken hadde ikke tetthet som blod. Det var ikke tegn til galleblærebetennelse eller fri luft i bukholten. Det ble funnet sparsom pleuravæske og forhold i levervevet passende med hepatitt. Antiflogistika ble seponert, og behandling med pantoprazol 40 mg 1 x 2 intravenøst ble iverksatt sammen med saltvannsinfusjon for korreksjon av hyponatremi. Gastrokirurg konkluderte med at det ikke var mistanke om galleblærebetennelse eller kolangitt. Pasientens trombocytopeni ble drøftet med vakthavende hematolog, som mistenkte infeksjonsutløst immunologisk trombocytopeni (ITP). Det ble gitt 1 g/kg intravenøs immunglobulin (IVIg), 40 mg deksametason og én enhet blodplater.

Ved ITP skyldes trombocytopenien hovedsakelig immunmediert platedestruksjon, enten primært eller sekundært til andre sykdommer som systemisk lupus erythematosus, hiv, kronisk lymfatisk leukemi eller lymfom. Tilstanden kan ramme både barn og voksne. Diagnosen er i stor grad basert på eksklusjon av andre tilstander som kan forårsake trombocytopeni, som pseudotrombocytopeni, infeksjoner, antifosfolipidsyndrom, revmatisk betennelsesykdom, maligne beinmargssykdommer, leversykdom og visse legemidler. Mikroangiopatiske prosesser, som trombotisk trombocytopenisk purpura, hemolytisk-uremisk syndrom og disseminert intravaskulær koagulasjon, var

også aktuelle differensialdiagnoser. Fravær av hemolyse og nyresvikt talte imot en slik tilstand. Behandling av ITP vil avhenge av platetall og eventuell pågående blødning. Førstelinjebehandlingen består av steroider og intravenøs immunglobulin (IVIg) (1).

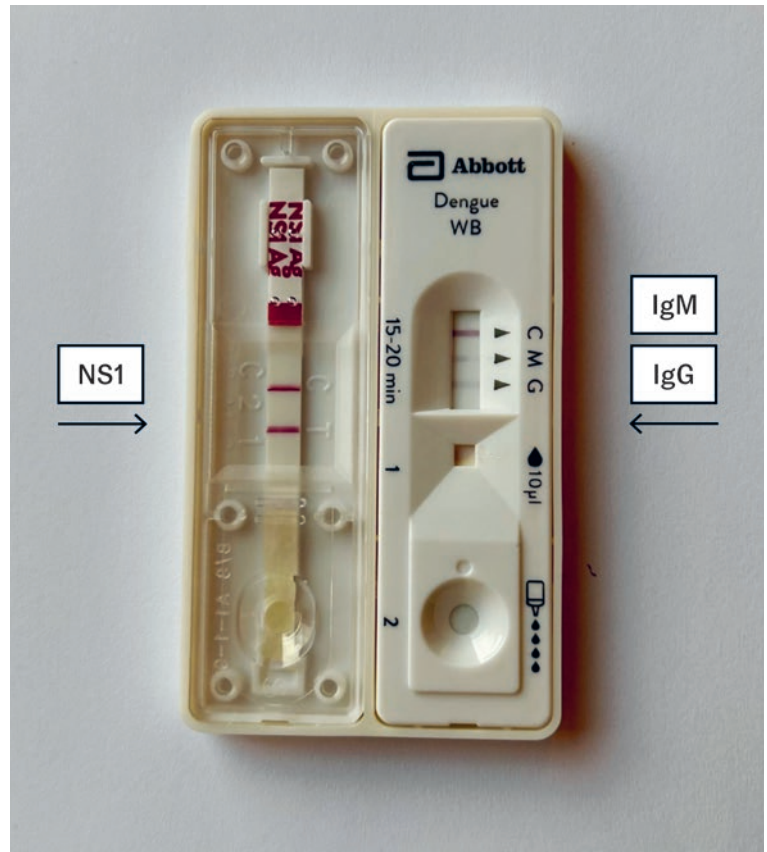
Den påfølgende dagen var pasienten hypotensiv med et blodtrykk på 97/80 mmHg. Hun var klinisk stabil og feberfri, men trykkømt i epigastriet og under høyre ribbeue. Trombocytverdien hadde steget til 21, og det var ikke registrert ytterligere hematemeser. Infusjonsbehandling med piperacillin/tazobactam ble iverksatt av frykt for å overse infeksjon i galleveiene. Blodkulturer tatt ved innkomst var sterile, og det var ingen vekst av bakterier i urinprøven. Nasofarynkssekret viste negative PCR-analyser for et panel av vanlige luftveisagens. Mikroskopi av tykkdråpe var uten tegn til malaria-plasmodier. Det ble rekvirert serologiske tester for hepatitt A (HAV), B (HBV) og C (HCV), denguevirus, mononukleosevirus (Epstein-Barr-virus (EBV) og cytomegalovirus (CMV)), hiv og parvovirus B19 samt toksoplasma- og syfilisserologi.

Ved blødningstilstander som ledd i febersykdom etter opphold i tropiske strøk, må flere differensialdiagnoser has in mente. I tillegg til alvorlig malaria, bør leptospirose og svært sjeldne tropesykdommer som gulfeber og annen viral hemoragisk feber vurderes i lys av reiseanamnese, eksposisjon og opplysninger om pågående infeksjonsutbrudd på reisestedet. Det kliniske bildet, laboratoriedata og epidemiologiske forhold gjorde at man i dette tilfellet ikke etablerte særskilte isolasjonstiltak.



Figur 3 Insidenskart over tilfeller av denguefeber i fjerde kvartal, 2024 (4).

Figur 4 Positiv immunkromatografisk hurtigtest for virusantigen (NS1), IgM og IgG hos pasienten.



Blodutstryk ble laget på grunn av avvikende resultater ved maskinell analyse. Ved digital mikroskopi av perifert blodutstryk ble det ikke observert schistocytter, men 6,3 % plasmacelleliknende celler og atypiske lymfocytter (figur 1), i tillegg til svært mange ødelagte celler (kjerneskygger), som utgjorde 58 % av leukocytene. Bildet ble av laboratorielege vurdert å kunne passe med virussykdom, som denguefeber. Et nytt blodutstryk, laget med skånsom sentrifugeringsmetode, viste at de ødelagte cellene i stor grad bestod av plasmacelleliknende celler, som nå utgjorde 33 % av leukocytene. Mikrobiologisk avdeling kunne dagen etter innleggelsen melde om positiv denguevirusetest (IgG, IgM og virusantigen NS1). Ved gjentatt undersøkelse av pasienten ble det avdekket pettekier på ekstremitetene og større ekkymoser som følge av trykk fra blodtrykksmansjett og etter blodprøvetaking (figur 2). Albuminverdien i serum hadde falt til 16 g/L. Intravenøs og oral væskebehandling ble videreført.

Det var nå avklart at pasienten hadde en alvorlig denguevirusinfeksjon: dengue hemoragisk feber. Høy hemoglobin og hematokrit samt hypoalbuminemi ved innleggelsen, i tillegg til ascites og pleuravæske, var uttrykk for uttalt kapillærlekkasje, som er karakteristisk for denne tilstanden (2). Pasienten hadde dessuten hudblødninger etter blodtrykksmåling og gjentatte episoder med gastrointestinale blødninger. Tilstanden progredierte imidlertid ikke til sirkulasjonskollaps.

Behandling med deksametason og antibiotika ble avsluttet, og ytterligere blodplate transfusjon eller IVIg ble ikke gitt. Avtagende magesmerter og opphør av hematemese gjorde at planlagt gastroskopi ikke ble utført. CT av hodet ble utført andre døgn på grunn av uttalt svimmelhet, men var uten tegn til intrakraniell blødning. Serologiske konfirmasjonsanalyser bekreftet tilstanden med positive analyser for både virusantigen, IgM og IgG, samt positiv PCR-analyse for denguevirus-RNA. Det ble parallelt utført PCR-analyser for zika- og chikungunyavirus med negativt resultat. Serostatus for hepatitt B-virus, hepatitt C-virus og hiv var negativ, mens det kunne påvises IgG mot hepatitt A-virus, toksoplasma, parvovirus, Epstein-Barr-virus og cytomegalovirus, som ved tidligere gjennomgått infeksjon. Det ble observert positiv anti-syfilis-screeninganalyse, men konfirmasjonstester ved referanselaboratorium var negative.

Ved utreise femte dag etter innleggelsen var pasienten i klinisk bedring og med stigende blodplateverdi til $> 100 \times 10^9/L$ og normalisert hemoglobinverdi. Pasienten ble informert om mulig risiko for ny denguevirusinfeksjon ved fremtidige besøk i opprinnelseslandet, med potensial for alvorlig forløp, og ble samtidig veiledet om viktigheten av forebyggende tiltak mot myggstikk. Rådene fra norske helsemyndigheter vedrørende vaksinasjon ble imidlertid vurdert som ikke entydige i denne situasjonen, og utskrivende lege ga ingen anbefaling om vaksinasjon (3).

—>

Diskusjon

Denguevirusinfeksjon er endemisk i tropiske og subtropiske strøk i hele verden (figur 3) (4), og epidemier har gjennom flere tiår hatt store sosioøkonomiske konsekvenser. Det er estimert at viruset forårsaker inntil 400 millioner sykdomstilfeller årlig, noe som belaster helse-tjenesten særlig i lavinntektsland (5, 6). Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) rapporterte i 2024 om 133 tilfeller til Norge, og de siste ti årene har forekomsten her til lands variert mellom ca. 30–100 tilfeller årlig (3). Den raske spredningen av denguevirus har sammenheng med klimatiske og demografiske endringer og svekket vektorkontroll de siste 30–40 årene.

Viruset tilhører flavivirusfamilien og omfatter fire ulike humanpatogene serotyper som overføres med dagtids-bitende mygg i *Aedes*-familien. De fleste infeksjoner er asymptomatiske, men om lag én av fire utvikler denguefeber. Tilstanden er oftest mild og selvbegrensende, med en varighet på 2–7 dager, og inntreffer 3–10 dager etter bitt av infisert mygg (7). Den tidlige fasen av denguefeber kan ligne andre arbovirusinfeksjoner, men også sykdommer som influensa og malaria. Sykdommen er karakterisert av feber, hodepine, kraftige muskel- og leddsmerter, retro-orbitale smerter, samt makulopapuløst utslett, kvalme og magesmerter hos om lag halvparten av pasientene. Den febrile fasen kan være bifasisk og ha lettere blødnings-manifestasjoner.

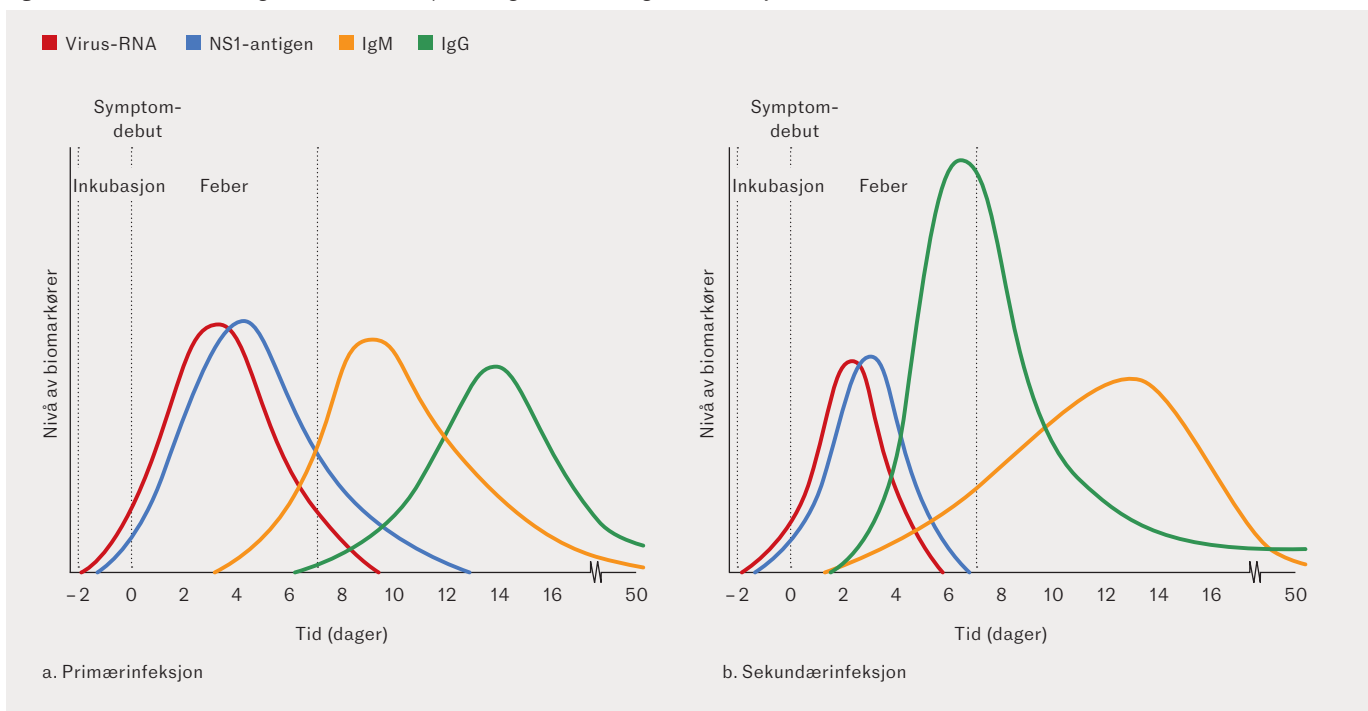
Typiske laboratoriemessige avvik er nøytropeni, trombocytopeni, forhøyede levertransaminaser og hyponatremi. Sykdommen ble tradisjonelt klassifisert etter alvorlighetsgrad: denguefeber, dengue hemoragisk feber og dengue sjokk syndrom. Nyere klinisk kategorisering skiller mellom denguefeber og alvorlig dengue. Forløpet kan kronologisk inndeles i en febril fase (2–7 dagers varighet), en kritisk fase (24–48 timer) og en rekonvalesensfase (2–4 dager).

Varselmanifestasjoner som vedvarende oppkast, kraftige magesmerter, ansiktsødem, slimhinneblødninger, uttalt utmattelse, hepatomegali, uttalt tørste, blek og kald hud samt økende hematokrit i den kritiske fasen predikerer økt risiko for utvikling av alvorlig denguevirusinfeksjon (8, 9). Komplikasjoner ved sykdommen er i visse tilfeller hepatitt, myokarditt, pankreatitt og sentralnervøs affeksjon. Et tilfelle av encefalitt er tidligere beskrevet i Tidsskriftet (10). Tilfriskning skjer vanligvis uten varige men, men postinfeksjons utmattelse og depresjon er ikke uvanlig. Letaliteten ved dengue er under 1 %, ved alvorlig dengue 2–5 % og opptil 20 % ved ubehandlet sykdom (5, 8).

Infeksjon med én serotype gir livslang immunitet mot denne serotypen. Mistanken om at vår pasient tidligere hadde vært smittet med denguevirus, sannsynligvis med en annen serotype, var støttet av at hun etter knapt én ukes sykdom hadde positiv IgG-respons i den kvalitative hurtigtesten. Alvorlig dengue forekommer sjelden ved primærinfeksjon. Risikoen øker ved reinfeksjon med annen serotype. Immunkomplekser bestående av virus og ikke-nøytraliserende antistoffer mot den serotypen som tidligere har infisert pasienten, tas opp av fagocytter. Dette resulterer i økt virusreplikasjon, såkalt antistoffavhengig forsterkning (7–9), og bidrar til økt produksjon av inflammasjonsmediatorer, endotelial dysfunksjon, koagulopati og kapillærlekkasje. Alder, tid fra foregående infeksjon, antistoffkonsentrasjon og serotype er også av betydning for utvikling av alvorlig denguevirusinfeksjon (2, 7–9). Blødningsstilstanden skyldes blant annet trombocytopeni som følge av benmargssuppresjon, økt platedestruksjon, apoptose, ekstravasering, platefunksjonsdefekt, koagulopati og endotelskade (11, 12).

Diagnostikk av virusinfeksjonen baserer seg gjerne på en kombinert immunkromatografisk antigen- og antistofftest som omfatter IgM og IgG. Antigenkomponenten som påvises, er et ikke-strukturelt virusprotein (NS1), som kan påvises den første sykdomsuken og indikerer aktuell

Figur 5 Tidsvindu for ulike diagnostiske tester ved primær og sekundær denguevirusinfeksjon.



eller nylig denguevirusinfeksjon (figur 4). Testen er enkel å gjennomføre, men har begrensninger når det gjelder både sensitivitet og spesifisitet. Det vil derfor ofte gjennomføres konfirmasjonsanalyser med annen metodikk. Titerstigning av IgM og/eller IgG i parsera kan også benyttes ved klinisk mistanke om sykdom og negativ antigen- og IgM-analyse i primærtesten. Nasjonal medisinsk mikrobiologisk referansefunksjon for diagnostikk av virale import-virusinfeksjoner ved Oslo universitetssykehus tilbyr dessuten supplerende serotype-spesifikke antistofftester. PCR-analyse kan detektere virus-RNA i den febrile sykdomsfasen i den første sykdomsuken. IgM-responsen inntreffer ved primærinfeksjon etter 3–5 dagers sykdom og senere ved sekundærinfeksjon, mens IgG typisk stiger i løpet av 1–3 uker, men atskillig tidligere og ofte kraftigere ved reinfeksjon (figur 5) (7, 13).

Atypiske lymfocytter er reaktive lymfocytter som kan ses ved virussykdommer, slik som mononukleose. Cellene er store, med rikelig blått cytoplasma (som uttrykk for aktiv DNA-syntese), og ligner en mellomting mellom lymfocytter og monocytter (figur 1b). En markant økning i antall plasmaceller er imidlertid sjeldnere. Plasmacytose er et vanlig funn i blodutstryk ved denguefeber (14). I en prospektiv studie ble polyklonale plasmaceller påvist hos 73 % av pasientene med denguefeber i løpet av første sykdomsuke (15), og i visse tilfeller kan plasmacytosen være så uttalt at plasmacelleleukemi må vurderes som differensialdiagnose (16). Behandling av denguefeber er symptomatisk, og spesifikk antiviral terapi er ikke kjent. Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefaler innleggelse i sykehus ved varselmanifestasjoner (5, 6). Væskebehandling er sentralt, mens blodplattetransfusjon ikke anbefales med mindre det foreligger blødninger og alvorlig trombocytopeni ($< 20 \times 10^9/L$). Det er ikke anbefalt å gi steroidbehandling ved dengue sjokksyndrom, og det finnes ingen evidens for at IVIg-behandling bedrer prognosen ved alvorlig dengue.

Vaksineutvikling har vært utfordrende, blant annet som følge av antigenvariasjonen mellom de ulike serotypene og risikoen for at kryssreaktivitet skal utløse en mer alvorlig infeksjon hos personer uten tidligere eksponering for viruset. Qdenga, vaksinen som er tilgjengelig i Norge, er tetravalent og basert på levende, svekket denguevirus-2 som er genmodifisert med et kapselantigen fra de øvrige tre serotypene. Erfaring med vaksinasjon av turister er begrenset. Folkehelseinstituttet anbefaler at vaksinen kun tilbys personer som har gjennomgått primærinfeksjon og som reiser til endemisk område (3). Svenske myndigheter åpner for vaksinasjon av dengue-naive personer ved langvarig reise til endemisk strøk, mens Verdens helseorganisasjon anbefaler barnevaksinasjon i høyendemiske områder (5). Immunresponsen som utløses etter sekundær denguevirusinfeksjon, gir bred immunologisk beskyttelse. Risikoen for et alvorlig forløp ved tredje- og fjerdegangsinfeksjon er lav (5), noe som tilsier at beslutningen om å avstå fra vaksinasjon av vår pasient er velbegrunnet.

Oppsummering

Denguefeber er et globalt folkehelseproblem og ikke uvanlig som årsak til feber hos hjemvendte turister. Dengue hemoragisk feber er mindre vanlig og ses hovedsakelig ved sekundærinfeksjon med en annen serotype av viruset. Kombinasjonen av trombocytopeni og reaktiv plasmacytose i blodutstryk hos pasienter som har oppholdt seg i land der denguefeber er endemisk, kan sette

oss på sporet av diagnosen. Selv om det ikke finnes spesifikk behandling, må disse pasientene behandles på sykehus med overvåkning og aktiv væskebehandling. ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 22.11.2024, første revisjon innsendt 12.2.2025, godkjent 26.5.2025.

Tore Stenstad

tore.stenstad@siv.no

Tore Stenstad er dr.med., spesialist i infeksjonssykdommer og i indremedisin og seksjonsleder. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Helle Borgstrøm Hager

Helle Borgstrøm Hager er spesialist i medisinsk biokjemi og avdelingsoverlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Martin Paulson

Martin Paulson er spesialist i hematologi og i indremedisin og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Øystein Sverdrup

Øystein Sverdrup er spesialist i infeksjonssykdommer og i medisinsk mikrobiologi og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Ghanima W, Holme PA, Tjønnfjord GE. Immunologisk trombocytopeni-patofysiologi og behandling. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2120–3.
- Simmons CP, Farrar JJ, Nguyen V et al. Dengue. N Engl J Med 2012; 366: 1423–32.
- Folkehelseinstituttet. Smittevernveilederen. Denguefeber – håndbok for helsepersonell. Lest 20.5.2025.
- European Center for Disease Control. Dengue worldwide overview 27 March 2025. Lest 20.5.2025.
- World Health Organization. WHO position paper on dengue vaccines – May 2024. Lest 20.5.2025.
- World Health Organization. Dengue guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control 2009. Lest 20.5.2025.
- Kok BH, Lim HT, Lim CP et al. Dengue virus infection - a review of pathogenesis, vaccines, diagnosis and therapy. Virus Res 2023; 324: 199018.
- Khan MB, Yang ZS, Lin CY et al. Dengue overview: An updated systemic review. J Infect Public Health 2023; 16: 1625–42.
- Wang WH, Urbina AN, Chang MR et al. Dengue hemorrhagic fever - A systemic literature review of current perspectives on pathogenesis, prevention and control. J Microbiol Immunol Infect 2020; 53: 963–78.
- Bollestad M, Berg Å, Rake MM et al. En kvinne i 30-årene med sterk hodepine. Tidsskr Nor Legeforen 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.17.0444.
- de Azeredo EL, Monteiro RQ, de-Oliveira Pinto LM. Thrombocytopenia in Dengue: Interrelationship between virus and the imbalance between coagulation and fibrinolysis and inflammatory mediators. Mediators Inflamm 2015; 2015: 313842.
- Roy SK, Bhattacharjee S. Dengue virus: epidemiology, biology, and disease aetiology. Can J Microbiol 2021; 67: 687–702.
- Muller DA, Depelsenaire ACI, Young PR. Clinical and laboratory diagnosis of dengue virus infection. J Infect Dis 2017; 215: S89–95.
- Tanaka Y. Plasmacytoid Lymphocytes: A diagnostic clue for dengue fever. Intern Med 2018; 57: 2917.
- Thai KTD, Wismeijer JA, Zumpolle C et al. High incidence of peripheral blood plasmacytosis in patients with dengue virus infection. Clin Microbiol Infect 2011; 17: 1823–8.
- Gawoski JM, Ooi WW. Dengue fever mimicking plasma cell leukemia. Arch Pathol Lab Med 2003; 127: 1026–7.

Torgeir Kismul Matre¹

torgeim@yahoo.no

Siri Johanne Øyen Hareide²

Louise Arthun Bergane³

Massoud Mousavi⁴

1 Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR)

2 Haukeland universitetssjukehus

3 Ørsta Helsecenter

4 Volda sjukehus

Ornitose

Ornitose, også kjend som papegøyesjuka, kjem av bakterien *Chlamydomphila psittaci* og gjev vanlegvis mild influensaliknande sjukdom. Meir alvorleg sjukdom førekjem hjå enkelte, oftast grunna utvikling av atypisk pneumoni. Denne kasuistikken understrekar verdien av anamnese og vurdering av risikofaktorane til kvar einskild pasient.

Ein mann i 30-åra kom til akuttmottaket grunna seks dagar med feber, hovud- og kroppssverk, tørrhoste og tungpust. Dei siste fire dagane hadde han hatt feber opptil 40–41 °C, redusert væskeinntak og aukande tungpust til tross for behandling med fenoksymetylpenicillin (1 g × 4 peroralt). Pasienten var røykar. Frå tidlegare var han frisk, bortsett frå ein gjennomgått pneumoni i heimlandet rundt 20 år før det aktuelle. Påfølgande tuberkuloseutgreiing hadde vore negativ, og pasienten hadde ikkje reist utanfor Noreg dei siste to åra. Innleggjande legevaktlege merka seg på heimebesøket at pasienten hadde papegøyar.

Ved klinisk undersøking var mannen vaken og orientert, med normalt blodtrykk (referanseverdi 117/88 mmHg). Han var høgfebril (40,1 °C), takypneisk med respirasjonsfrekvens på 43 pust per minutt (12–20) og takykard med puls 120 slag/min (50–80). Surstoffmettinga var 93 % (> 95) på romluft. Ved auskultasjon var det redusert respirasjonslyd over begge lungeflatene, spesielt basalt på høgre side, der det òg var demping ved perkusjon.

Røntgen toraks viste diffus foretting basalt på høgre lunge (figur 1). Blodprøvane viste moderat hyponatremi på 129 mmol/L (137–145), normale leukocytverdiar, auka senking på 88 mm (< 15) og CRP 422 mg/L (< 5). Arteriell blodgass viste hypoksemi med pO₂ 7,6 kPa (10,5–13,5), pCO₂ 4,0 kPa (4,3–6,0) og pH 7,49 (7,38–7,46).

Respirasjonssvikten vart behandla med 3 L O₂ på nese-kateter. Klinisk forverring til tross for standard antibiotikabehandling for samfunnsverva pneumoni, i tillegg til ung alder, eksponering for fjærkre og dominerande tørrhoste, kunne tyde på atypisk pneumoni. Det samla kliniske biletet gav mistanke om sepsisutvikling, og det vart starta opp med intravenøs behandling med gentamicin (6 mg/kg), penicillin (3 g × 4) og erytromycin (500 mg × 4) etter å ha sikra mikrobiologiske prøver. Pasienten fekk i tillegg 2 L NaCl og paracetamol 1 g × 4 intravenøst.

Neste dag oppstod hypotensjon (blodtrykk 100/78 mmHg), og han vart overflytta til intermediaer/intensivavdeling. Der stabiliserte tilstanden seg raskt etter 3–4 L O₂/min og 2 L NaCl intravenøst, utan behov for ventilasjonsstøtte eller vasopressor. Etter eitt døgn normaliserte vitalia seg, og pasienten vart overført til sengepost. Samstundes var det fallande CRP frå 440 mg/L til 226 mg/L og gradvis betring av respirasjonssvikten med normalisering av pO₂ på blodgass.

Pneumokokk- og legionellaantigen i urin og PCR-undersøking for atypiske bakteriar (*Bordetella pertussis*, *Chlamydia pneumoniae* og *Mycoplasma pneumoniae*) frå nasofarynks og blodkulturar var negative. Grunna anamnesen vart det òg teke indusert sputum med tanke på *Chlamydia psittaci*, som vart sendt til universitetssjukehus for analyse. Pasienten vart gradvis betre, og etter fem dagar vart han utskriven med erytromycin 500 mg × 2 peroralt for ei total behandlinglengd på ti dagar. Nokre dagar seinare kom svaret frå mikrobiologisk avdeling som bekrefta ornitose.

Diskusjon

Ornitose (psittakose, papegøyesjuka) er forårsaka av bakterien *Chlamydomphila psittaci*. Selskapsfuglar og ville fuglar fungerer som reservoar for bakterien, og det er hjå desse bakterien gjev sjukdom, såkalla aviaer klamydiose. Infiserte fuglar skil ut bakterien gjennom feces og luftvegssekret, særleg i stressituasjonar som transport og ved trengsel. Menneske kan bli smitta gjennom kontakt med infisert materiale, til dømes ved reinhald av bur, men mellom menneske er tilstanden lite smittsam (1). Veterinærer og personar som har burfugl er særleg utsette for smitte (2, 3). Sporadiske tilfelle relatert til tamfugl er vanlegast, men smitte frå villfugl førekjem, som ved utbrotet i Danmark vinteren 2023/24 (4).

Bakterien forårsakar oftast mild influensaliknande sjukdom, med sår hals, hoste, feber, myalgi og hovudverk. Langvarig slapphet kan førekome. Hjå enkelte tilkjem meir alvorleg sjukdom, vanlegvis grunna utvikling av atypisk pneumoni eller bronkitt (2).

Inkubasjonstida er 4–14 dagar, oftast ti dagar (1, 2). Bakterien kan påvisast med polymerasekjedereaksjonstest (PCR) i luftvegssekret (nasofarynksprøve eller indusert sputum) eller ved serologisk påvising av spesifikke antistoff. Påvising ved luftvegs-PCR blir rekna som den sikraste metoden. Oftast er CRP-verdien lett auka (20–100 mg/L), medan leukocyttalet er normalt. Røntgen toraks kan vise uskarpt avgrensa lungefortettingar, fortrinnsvis basalt. Enkelte kan ha temperatur-puls-dissosiasjon (feber utan samstundes auka puls) (1, 3).

Chlamydia psittaci inngår ikkje rutinemessig i PCR-testinga, men kan rekvirerast hjå universitetssjukehus.

Symptom, blodprøvesvar og radiologiske funn er uspesifikk, slik at grundig anamnese med avdekking av eksponering for fugl er avgjerande. Ein aktuell differensialdiagnose når det har vore kontakt med fugl er hypersensitivitetspneumonitt (5). Grunna sepsisliknande bilete og god respons på intravenøs antibiotika vart den diagnosen vurdert som mindre sannsynleg hjå vår pasient.

Lungeemboli, atelektase og pleuraeffusjon er andre aktuelle differensialdiagnosar. For desse vil undersøking med CT toraks ha høg sensitivitet. Då pasienten var ung og i betring, fann vi ikkje indikasjon for slik undersøking.

Etter 1994 har ornitose ikkje vore meldepliktig i Noreg. Tidlegare vart det årleg registrert 5–10 tilfelle (2), og sjukdomen er truleg underdiagnostisert (6). Antibiotikabehandling ved påvist eller mistenkt ornitose er for vaksne tetrasyklin (doksycylin) 200 mg første dag og deretter 100 mg dagleg i 7–10 dagar (7, 8). For born og gravide anbefalast makrolid (erytromycin) 500 mg × 2 (7, 8). Pasientar med ornitose som er innlagde i helseinstitusjon, skal handterast etter basale smittevernrutinar, med bruk av dropesmitteregime ved uttalt hoste (2).

Som førebyggjande tiltak er det tilrådd å bruke munnbind og hanskar ved kontakt med fugleavføring, å reinjere bura regelmessig og å minimere stressituasjonar for fugl. Infiserte og sjuke fuglar vert tilrådd antibiotikabehandling (eventuelt avlaving) i samråd med veterinær (2). Immunitet etter gjennomgått infeksjon er usikker (2, 9), slik at god førebygging er viktig også etter vellukka behandling av både menneske og dyr. Ein treng då ikkje å fraråde vidare fuglehald. Det finst førebels ingen vaksine mot ornitose, korkje for menneske eller dyr (2, 9). Sjukdomen har generelt god prognose, med reduksjon i mortalitetsrisiko frå opptil 20 % ved ubehandla tilfeller til < 1 % ved snarleg antibiotikabehandling (4, 10). ■

Pasienten har samtykt til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 28.10.2024, første revisjon innsendt 23.1.2025, godkjent 24.6.2025.

Torgeir Kismul Matre

torgeim@yahoo.no

Torgeir Kismul Matre er lege i spesialisering i øre-nese-halssjukdommar. Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikkar.

Siri Johanne Øyen Hareide

Siri Johanne Øyen Hareide er lege i spesialisering i lungesjukdommar. Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikkar.

Louise Aarhun Bergane

Louise Aarhun Bergane er lege i spesialisering i allmenntidlegmedisin. Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikkar.

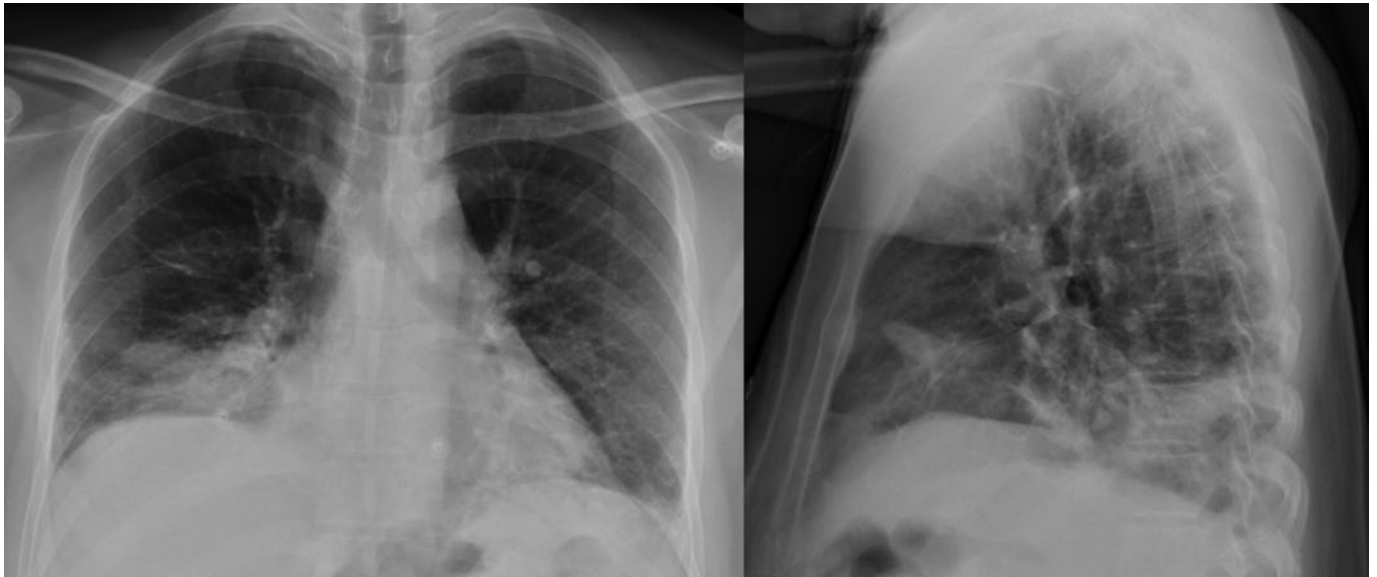
Massoud Mousavi

Massoud Mousavi er lege i spesialisering i lungesjukdommar. Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgjande interessekonflikkar: Han har mottatt fordragsbonorar frå AstraZeneca.

Litteratur

- Balsamo G, Maxted AM, Midla JW et al. Compendium of Measures to Control Chlamydia psittaci Infection Among Humans (Psittacosis) and Pet Birds (Avian Chlamydiosis), 2017. *J Avian Med Surg* 2017; 31: 262–82.
- Folkehelseinstituttet. Ornitose – håndbok for helsepersonell. Lest 5.4.2025.
- Centers for Disease Control and Prevention. Psittacosis – Clinical features and complications. Lest 1.4.2025.
- World Health Organization. Disease Outbreak News: Psittacosis –European region. Lest 27.12.2024.
- Al-Azawy K, Gulsvik A, Ruud A. Fugleholderlunge – en allergisk alveolitt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 1341–3.
- Andersen PO. Ornitose – en overset årsag til atypisk pneumoni. *Ugeskr Læger* 2003; 165: 3019–20.
- Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotika i primærhelsetjenesten: Pneumoni. Lest 24.6.2025.
- Helsedirektoratet. Antibiotika i sykehus. Lest 2.4.2025.
- Centers for Disease Control and Prevention. Preventing psittacosis. Lest 27.12.2024.
- Dembek ZF, Mothershead JL, Owens AN et al. Psittacosis: An underappreciated and often undiagnosed disease. *Pathogens* 2023; 12: 1165.

Figur 1 Røntgen toraks (front og side) viste foretting som tydde på pneumoni i høgre midt- og underlapp.



Kjell Alexander Thunes Akre¹
kjell.alexander.thunes.akre@sus.no

Clemens Weber¹
David Andreas Thomas Werner¹
Jennifer Kamps²
Maziar Behbahani¹

1 Nevrokirurgisk avdeling,
Stavanger universitetssjukehus
2 Radiologisk avdeling,
Stavanger universitetssjukehus

Kraniocervikal dissosiasjon

En multitraumepasient hadde en alvorlig, ustabil separasjon mellom skallen og nakkesøylen som følge av en høyenergiskade. Denne kasuistikken fremhever viktigheten av rask diagnostikk, tidlig stabilisering og målrettet kirurgisk behandling for å håndtere en tilstand med høy dødelighet.

En kvinne i 50-årene ble innlagt som multitraumepasient etter å ha blitt påkjørt av en buss i anslagsvis 40–50 km/t under kryssing av et fotgjengerfelt. Vitner beskrev umiddelbart bevissthetstap etter sammenstøtet. Ambulansepersonell ankom raskt til skadestedet og iverksatte umiddelbart tiltak for å stabilisere pasienten, inkludert nakkestabilisering. Pasienten ble transportert direkte til traumemottak grunnet høyenergimekanisme, bevissthetstap og klinisk mistanke om alvorlig skade. Ved ankomst sykehuset hadde pasienten en Glasgow

Coma Scale (GCS)-skår på 14, sterke smerter i nakke og brystkasse, spontan bevegelse i alle ekstremiteter og ingen fokale nevrologiske utfall ved primærundersøkelse. Den generelle kliniske tilstanden ble vurdert som stabil, men med symptomer på skade i nakkesøylen og brystkassen.

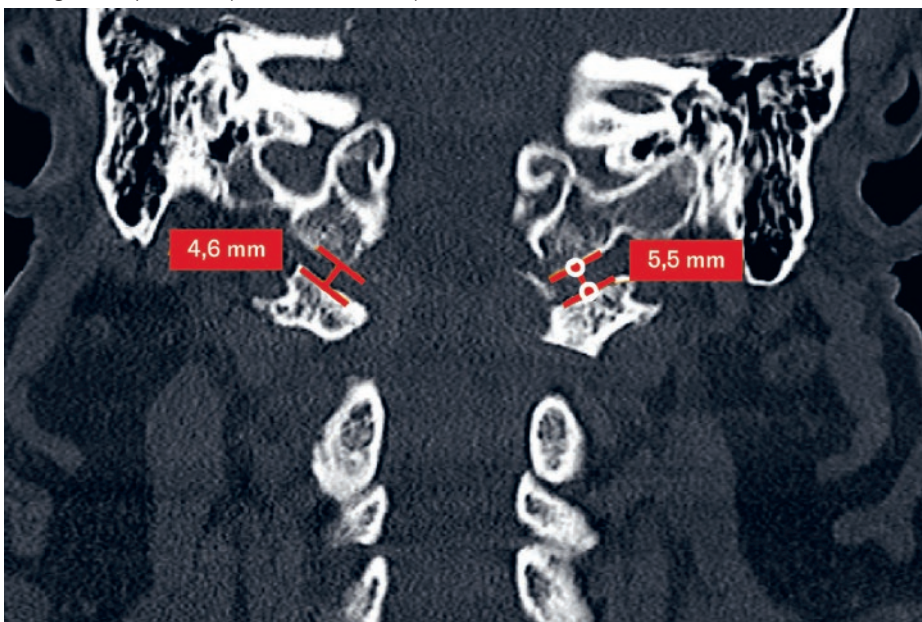
Undersøkelse med computertomografi (CT) avdekket omfattende skader i brystkassen, inkludert venstresidig hemopneumotoraks, bilaterale ribbeinsbrudd, brudd i brystbeinet med hematom i fremre mediastinum og lungekontusjoner. Det ble anlagt toraksdren,

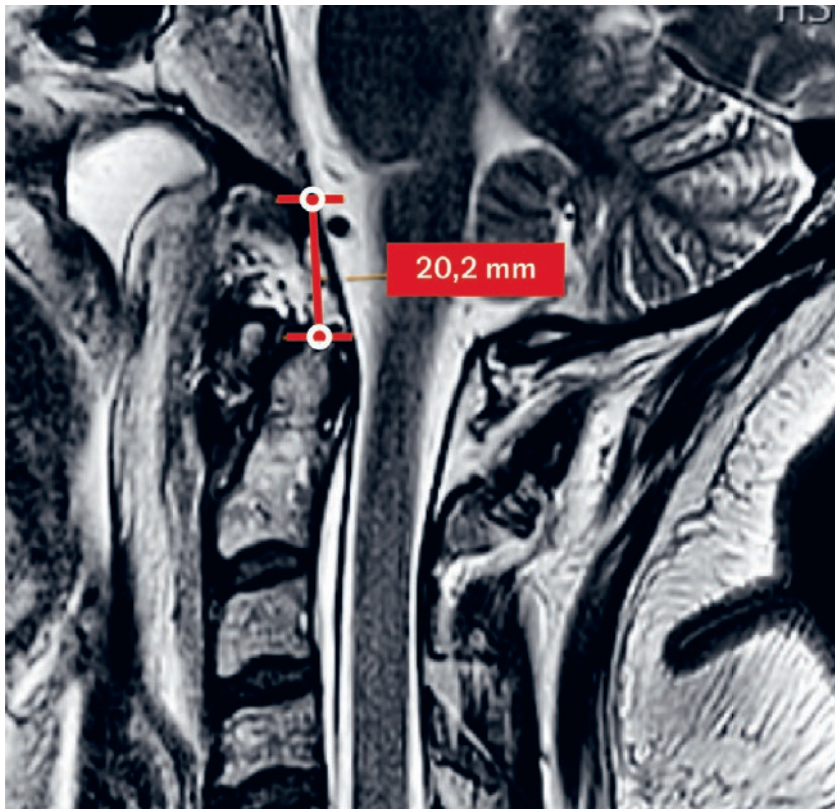
og respirasjonen ble stabilisert. I tillegg ble det funnet brudd i venstre kragebein og en mindre hjerneblødning.

CT-undersøkelse av nakkesøylen viste en avulsjonsfraktur ved venstre oksipitalcondyl med translasjon og økt leddspalte i atlanto-oksipitalledet – målt til 5,5 mm på venstre og 4,6 mm på høyre side (normalverdi < 1,5 mm (1)) (figur 1). Basion-dens-avstanden (BDI) ble målt til 20,2 mm (normalverdi < 8,5 mm (2)) (figur 2). Undersøkelse med magnetisk resonans (MR)-avbildning av nakkesøylen ble utført for nærmere vurdering av ligamentære strukturer, plassforhold for ryggmargen og for å kartlegge eventuelle tilleggsskader. Undersøkelsen viste uttalt prevertebral bløtvevshevelse og en ventral epidural væskeansamling uten tegn til kompresjon av ryggmargen. Det ble ikke påvist patologiske signalforandringer i ryggmargen. Alarligamentene lot seg ikke visualisere, noe som tydet på betydelig skade. På bakgrunn av bildefunnene stilte man diagnosen ustabil kraniocervikal dissosiasjon (craniocervical dissociation, CCD), klassifisert som type 2 i Traynelis-klassifikasjonen for atlanto-oksipitale dislokasjoner (3) – en separasjon mellom skallen og øvre del av nakkesøylen.

Pasienten ble akutt operert med bakre stabiliserende fiksasjon. Inngrepet ble utført som åpen kirurgi med oksipitalplate, pedikkelskruer i C2 og skruer i massa lateralis i C3 og C4. Det ble anlagt bilaterale stag, som også ble koblet sammen med et tverrstag (crosslink) for økt stabilitet og for å redusere rotasjonsbevegelser (se video på tidsskriftet.no). Postoperative bilder viste tilfreds-

Figur 1 CT-undersøkelse av nakken viste økt leddspalte i atlanto-oksipitalledene, målt til 5,5 mm på høyre side og 4,6 mm på venstre (normalverdi < 1,5 mm).





Figur 2 Undersøkelse med T1-vektet MR viste økt avstand i basion-dens-intervallet (BDI) på 20,2 mm (normal avstand < 8,5 mm).

stillende reponering og god reduksjon av avstanden mellom hodeskalle og nakkesøylen.

Etter rekonvalesens hadde pasienten en betydelig reduksjon i bevegelsesutslag i nakken som følge av den kraniocervikale fusjonen. For å møte disse utfordringene ble det etablert tverrfaglig oppfølging med fokus på fysioterapi og rehabilitering. Tiltakene var rettet mot å styrke muskulaturen i nakke- og skulderregionen, forbedre postural kontroll og utvikle kompensatoriske strategier for bevegelsestap, med mål om å opprettholde funksjon og selvstendighet. Pasienten er vedvarende nevrologisk intakt og smertefri, men den reduserte nakkebevegeligheten har en innvirkning på livskvaliteten.

Diskusjon

Kraniocervikal dissosiasjon er en sjelden og potensielt livstruende skade, der det foreligger en ustabil separasjon mellom skallen og øvre del av nakkesøylen. Skaden medfører høy risiko for affeksjon av ligamentstrukturer, nevrovaskulære strukturer og ryggmargen. Utfordringene ligger særlig i instabiliteten, hvor selv minimale bevegelser kan føre til alvorlig sekundær skade. Den prehospi-

tale håndteringen er derfor avgjørende. Korrekt immobilisering med nakkekrage og rask transport til sykehus er essensielt for å redusere risikoen for nevrologisk forverring. Mortaliteten ved kraniocervikal dissosiasjon er estimert til 70–80 % når prehospitale dødsfall inkluderes. Blant pasienter som ankommer sykehus, er dødeligheten anslått til 10–30 % (4).

Bildeundersøkelser var avgjørende for å kartlegge skadeomfanget i nakkesøylen. CT-undersøkelse bidro med detaljer om beinstrukturer og instabilitet, mens MR ga viktig informasjon om ryggmargens integritet, forholdene i spinalkanalen og tilstanden til ligamentene. Denne kombinerte bildediagnostiske tilnærmingen la grunnlaget for en målrettet kirurgisk behandling.

En betydelig reduksjon i bevegelsesutslag i nakken er en forventet følge av kraniocervikal fusjon. Inngrepet innebærer permanent immobilisering av overgangen mellom hodeskallen og øvre del av nakkesøylen, noe som medfører tilnærmet bortfall av fleksjon, ekstensjon og rotasjon i øvre nakkeledd. Dette gir funksjonelle begrensninger i dagligdagse aktiviteter som krever hoderotasjon og nakkebøying, inkludert muligheten for visuell orientering, og kan få utfordringer knyttet til balanse og proprioepsjon (5, 6). ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 5.11.2024, første revisjon innsendt 5.2.2025, godkjent 4.6.2025.

Kjell Alexander Thunes Akre

kjell.alexander.thunes.akre@sus.no

Kjell Alexander Thunes Akre er overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Clemens Weber

Clemens Weber er ph.d. og overlege.

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

David Andreas Thomas Werner

David Andreas Thomas Werner er ph.d. og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt konsultasjons-honorar og reisestøtte fra Brainlab.

Jennifer Kamps

Jennifer Kamps er overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Maziar Behbahani

Maziar Behbahani er avdelingsoverlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt støtte til kurs fra Joimax og Spineart.

Litteratur

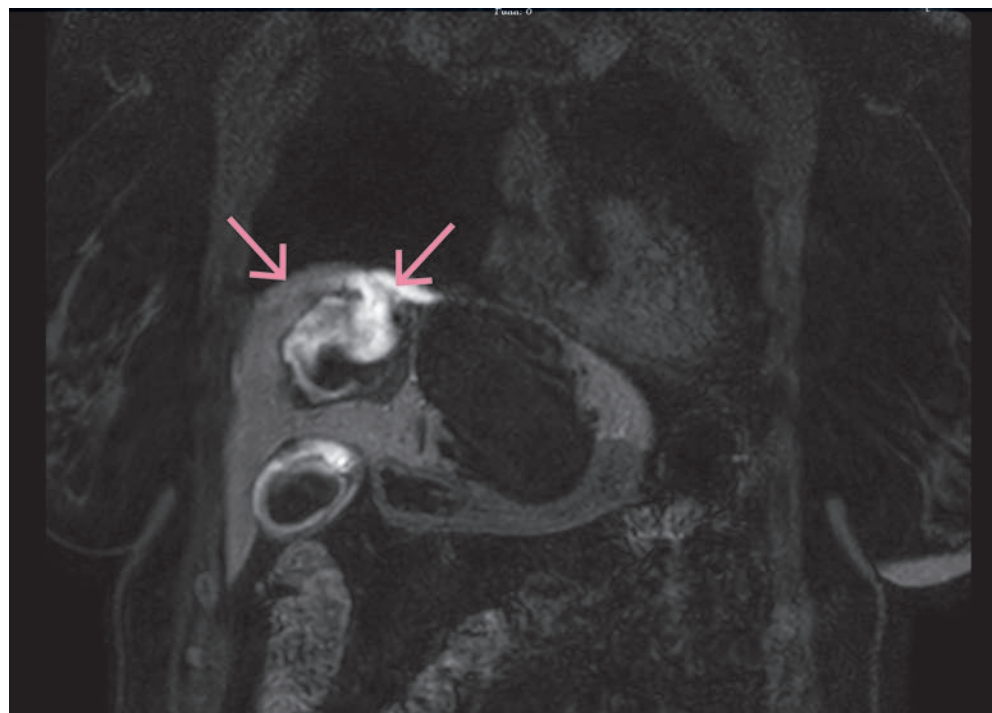
- Martinez-Del-Campo E, Kalb S, Soriano-Baron H et al. Computed tomography parameters for atlantooccipital dislocation in adult patients: the occipital condyle-C1 interval. *J Neurosurg Spine* 2016; 24: 535–45.
- Rojas CA, Bertozzi JC, Martínez CR et al. Reassessment of the craniocervical junction: normal values on CT. *AJNR Am J Neuroradiol* 2007; 28: 1819–23.
- Traynelis VC, Marano GD, Dunker RO et al. Traumatic atlanto-occipital dislocation. Case report. *J Neurosurg* 1986; 65: 863–70.
- Horn EM, Feiz-Erfan I, Lekovic GP et al. Atlanto-occipital dislocation: Case series and literature review. *J Neurosurg Spine* 2007; 7: 31–8.
- Kristjansson E, Treleaven J. Sensorimotor function and dizziness in neck pain: implications for assessment and management. *J Orthop Sports Phys Ther* 2009; 39: 364–77.
- Treleaven J. Sensorimotor disturbances in neck disorders affecting postural stability, head and eye movement control. *Man Ther* 2008; 13: 2–11.

Ruptur av levercyste etter fall

MR-bildet er tatt i koronalplan, T1 Dixon vann, hepatobiliær fase, 20 minutter etter injisering av dinatriumgadoksetat (Primovist) 1 ml/10 kg for å se etter posttraumatisk gallelekkasje hos en kvinne i 50-årene med kjent fibropolycystisk leversykdom. Cysten på bildet viser inhomogent signal forenlig med kontrast og blod. Det er ekstravasering av kontrast fra rumpert cyste med 14 mm åpning ut i perihepatisk rom og gallelekkasje til peritoneum (piler).

Pasienten ble tatt imot av traumeteam etter en sykkelulykke hvor hun landet med sykkelstyret mot den midtre delen av buken. Ved mottak var hun stabil, men diffust palpasjonsømt i buken. Traume-CT viste sannsynlig levercysteruptur (se bilde på tidsskriftet.no).

Dagen etter ble hun laparoskopert grunnet økende peritonitt. Man fant blod i hepatorenale fossa og bekken samt en levercyste med ferske adhesjoner mot bukveggen. Tynntarmen var uten tegn til skade. Blakes-dren ble lagt i hepatorenale fossa (dren 1) og bekken (dren 2). Første postoperative dag var det kommet 50 mL på dren 1 med utseende som utvannet galle. Dreinsvæsken målte bilirubin 330 µmol/L, og amylasenivået var normalt. Pasienten hadde fremdeles økende smerter, og det ble derfor tatt MR lever med dinatriumgadoksetat for å utelukke lekkasje fra andre, ikke-visualiserte, skader. MR-undersøkelsen med hepatocyttspesifikk kontrast påviste gallelekkasje fra cysten i segment 4A og videre langs dren 1. Det kliniske bildet var dermed forenlig med veldrenert biliær peritonitt. Dreinsproduksjonen avtok gradvis, og dreinet ble seponert dag 16 etter operasjonen.



Prevalensen av levercyster er 1–18 % (1). Traumatisk levercysteruptur er en sjelden, men aktuell differensialdiagnose ved akutt abdomen. I svært sjeldne tilfeller, som hos vår pasient, kan det oppstå biliær peritonitt dersom cysten kommuniserer med intrahepatiske galleveier (2). Biliær peritonitt etter en cysteruptur kan være en livstruende tilstand, og risikoen for cysteruptur øker med cystestørrelse. Kirurgisk lavage og dreناسje er primærbehandlingen. Prognosen er generelt god, men enkelte fatale hendelser har vært rapportert. Dette rettfærdiggjør ikke en anbefaling om forebyggende volumreducerende behandling hos pasienter med kjente levercyster (3). ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 16.2.2025, første revisjon innsendt 10.3.2025, godkjent 11.6.2025.

Sandra Stadheim

sastad@vestreviken.no
Kirurgisk avdeling, Ringerike sykehus. Sandra Stadheim er lege i spesialisering i generell kirurgi. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Thomas Johan Fyhn

Kirurgisk avdeling, Ringerike sykehus. Thomas Johan Fyhn er ph.d. og lege i spesialisering i generell kirurgi. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

John Christian Glent

Kirurgisk avdeling, Ringerike sykehus. John Christian Glent er spesialist i generell kirurgi og i gastroenterologisk kirurgi og er overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har vært president i Norsk kirurgisk forening og i Nordisk Kirurgisk Forening.

Adam Jachimowicz

Radiologisk avdeling, Ringerike sykehus. Adam Jachimowicz er spesialist i radiologi og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Rawla P, Sunkara T, Muralidharan P et al. An updated review of cystic hepatic lesions. *Clin Exp Hepatol* 2019; 5: 22–9.
- 2 Matsuo H, Katayama K, Hayasaki A et al. Biliary peritonitis due to liver cyst rupture in autosomal dominant polycystic kidney disease. *BMC Gastroenterol* 2021; 21: 267.
- 3 European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on the management of cystic liver diseases. *J Hepatol* 2022; 77: 1083–108.

Hvorfor skrive cor, pulm og abdomen i år 2025?

Kirken i Norge sluttet å bruke unødvendig latin for snart 500 år siden. Når skal medisinen følge etter?

Latin dominerte som akademisk språk i Norge frem til tidlig på 1800-tallet. På Det Kongelige Frederiks Universitet i Christiania ble «latintvangen» for doktoravhandlinger opphevet først i 1845 (1). I kirken forsto man imidlertid langt tidligere at det ikke var enkelt for nordmenn å forstå latin. I katolske gudstjenester i Norge frem til reformasjonen forkynte prestene delvis på latin, men som et ledd i reformasjonen var Martin Luther opptatt av at forkynnelse skulle skje på morsmålet. Det førte til at prekener i den norske kirke ble holdt på dansk-norsk fra en gang på 1600-tallet (2).

Medisinsk latin

Innen medisinen holdt imidlertid latinen stand. Det er mange årsaker til dette. Alle anatomiske strukturer og en rekke patologiske tilstander har latinske navn. Innen norsk sykehusmedisin har man også beholdt en rekke latinske fraser i journalopptak samt i betegnelser av sykdommer og anatomiske forhold. Går man til engelskspråklig litteratur, det sentrale medisinske språket i dag, er de fleste begrep imidlertid oversatt til engelsk.

I en artikkel i Tidsskriftet fra 2005 ble det argumentert for at man burde styrke latinens plass i **medisin**studiet (3). Vi er enig i at man bør ha en grunnleggende forståelse av medisinsk terminologi på latin. Men det betyr ikke at man må benytte et kvasilatin, uten grammatisk forståelse, når man skriver en inkomstjournal eller et sammen- drag til pasienten ved utskrivning, altså epikrisen.

I 2025 kan alle norske borgere logge seg inn på helsenorge.no og lese sin egen medisinske journal. Hvor mange norske borgere uten medisinsk utdanning vet at *cor*, *pulm* og *abdomen* betyr hjerte, lunger og buk? Hvorfor skal man skrive *cavum oris* når *munnhulen* betyr det samme? Og hvem kan forstå at o.d. i et brev fra øyelegen betyr høyre øye? Likevel er det slike uttrykk som angis i Norsk medisinstudentforenings generelle mal for inkomstjournal, publisert på Legeforeningens nettsider (4).

Pasientens rett

I pasientrettighetsloven § 3-2 står det: «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen». Vi mener at vedvarende bruk av kvasilatin og overdreven bruk av forkortelser ikke er forenlig med denne lovens intensjon. Vi ønsker opplyste og informerte pasienter. Da må vi kommunisere både muntlig og skriftlig på et språk pasienten forstår.

Det finnes naturligvis spesialuttrykk for anatomiske strukturer og sykdommer man ikke har gode norske ord for. I 2025 er det imidlertid unødvendig å skrive *fractura colli femoris* og *appendicitt* når vi har fullgode norske ord for de samme tilstandene. Noen kan til og med mene at å bruke latin der det finnes gode norskspråklige alternativer, opprettholder hierarki og unødvendig avstand mellom behandler og pasient. Vi støtter derfor Magne Nylenna sitt råd om å bruke allmennspråk når det er mulig, og medisinske fagtermer når det er nødvendig (5).

Vi oppfordrer de ansvarlige for opplæring av medisinstudenter i journalopptak ved norske universiteter og de overordnet journalansvarlige ved norske sykehus til å reformere malen for språk i den medisinske journalen, snart 500 år etter Luther. ■

Mottatt 4.4.2025, første revisjon innsendt 22.4.2025, godkjent 8.5.2025.

Claus Klingenberg

claus.klingenberg@unn.no

Claus Klingenberg er seksjonsoverlege ved Barne- og ungdomsavdelingen, Universitetssykehuset Nord-Norge og professor ved UiT Norges arktiske universitet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt konsultasjonshonorar fra Chiesi og er leder av kontrollorganet (DSMB) for Senegal Synbiotic-studien.

Stig Norderval

Stig Norderval er overlege ved Gastrokirurgisk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge og professor ved UiT Norges arktiske universitet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt foredragshonorar fra Pierre Fabre Pharma Norden og reisestøtte til konferanse fra Olympus.

Ketil Størdal

Ketil Størdal er overlege ved Barneklivnikken, Oslo universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er medlem av European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN), der han er leder for interessegruppen for cøliaki og medlem av gastrointestinal komité.

Litteratur

- 1 Karlsen E. Latin i Norge fra middelalder til nytid. I: Lavold B, Ødemark J, red. Reformasjonstidens religiøse bokkultur cirka 1400-1700: tekst, visualitet og materialitet. Oslo: Nasjonalbiblioteket, 2017: 110-32.
- 2 Gudstjeneste. Store Norske Leksikon. Lest 8.5.2025.
- 3 Lindeklev H. Norske legers forståelse av medisinerlatin. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 3437-9.
- 4 Norsk medisinstudentforening. Journalkort. Lest 23.4.2025.
- 5 Nylenna M. Helsespråklig konvergens. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144: 3437-9.

Hva ulike fosfatidyletanolnivåer sier om alkoholkonsumet

Alkoholmarkøren fosfatidyletanol (PEth) er mye brukt, men foreløpig gir den kun informasjon om moderat eller skadelig alkoholinntak og ikke om mengden etanol som er konsumert.

PEth er en gruppe fosfolipider (ulike homologer) som kun dannes i nærvær av etanol via enzymet fosfolipase D. Ved norske laboratorier analyseres det for PEth 16:0/18:1. Nivåer på 0,03–0,30 $\mu\text{mol/L}$ tolkes foreløpig som et moderat alkoholforbruk. Verdier i øvre del av dette området utelukker imidlertid ikke skadelig bruk. Konsentrasjoner over 0,30 $\mu\text{mol/L}$ representerer vanligvis mer omfattende, regelmessig og skadelig alkoholforbruk.

PEth-nivåer og inntatt mengde etanol
Hva som menes med «moderat» og «skadelig» alkoholforbruk, kan være vanskelig å definere. Nyere studier forsøker å knytte PEth-nivåer til konkrete etanolmengder. PEth-konsentrasjoner rundt 0,3 $\mu\text{mol/L}$ er det man i flest studier har sett på i sammenheng med konsum hos pasienter, dette indikerer et gjennomsnittlig konsum i størrelses-

orden 40–50 g ren etanol per dag over noe tid (rundt fire standardenheter alkohol per dag). Enda høyere PEth-konsentrasjoner indikerer svært store inntak, for eksempel tilsvarer PEth $> 1 \mu\text{mol/L}$ opp mot gjennomsnittlig 200 g ren etanol (rundt 15 enheter) per dag (1–3).

Få studier har vurdert alkoholinntak rundt 0,03 $\mu\text{mol/L}$ PEth, noe som indikerer et gjennomsnittlig konsum over noe tid i området rundt én enhet alkohol per dag eller litt høyere (1, 3). Ved små alkoholinntak vil en stor andel av alkoholen forbrennes før den når systemkretsløpet (førstepassasjemetabolisme), slik at konsum-PEth-forholdet øker.

Variasjon mellom individer

En viktig presisering er at informasjonen over refererer til gjennomsnittlig konsum over noe tid ved forskjellige PEth-konsentrasjoner. Danning av PEth varierer mellom individer. Enkeltpasienter vil kunne ha et konsum som skiller seg vesentlig fra de gjennomsnittlige mengdene angitt over. PEth eger seg derfor bedre til sammenligning av prøver fra samme pasient enn til sammenligning på tvers av pasienter. Det er også viktig å huske på at PEth har en halveringstid på rundt 3–5 dager, som betyr at for eksempel en ukes avhold fra alkohol før prøvetaking vil påvirke verdien.

Foreløpig forskning tyder altså på at gjennomsnittlig alkoholkonsum hos pasienter med PEth-konsentrasjoner på 0,03 $\mu\text{mol/L}$ er rundt én enhet alkohol per dag eller noe over. Gjennomsnittet hos pasienter med PEth-konsentrasjoner på 0,3 $\mu\text{mol/L}$ ligger på rundt fire alkoholenheter. Ved individuell vurdering av PEth-verdier må det tas hensyn til store forskjeller mellom individer i danning av PEth. Grenseverdier for PEth og fortolkningen av disse bør vurderes fortløpende i lys av ny forskning. ■

Mottatt 14.5.2025, første revisjon innsendt 3.6.2025, godkjent 5.6.2025.

Alexander Årving

Alexander Årving er spesialist i klinisk farmakologi og overlege ved Avdeling for rettsmedisinske fag, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Stig T. Bogstrand

Stig T. Bogstrand er ph.d., sykepleier, seksjonsleder ved Seksjon for rettsmedisinsk forskning, Avdeling for rettsmedisinske fag, Oslo universitetssykehus og professor II ved Avdeling for folkehelsevitenskap, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Gudrun Høiseith

gudrho@ous-hf.no

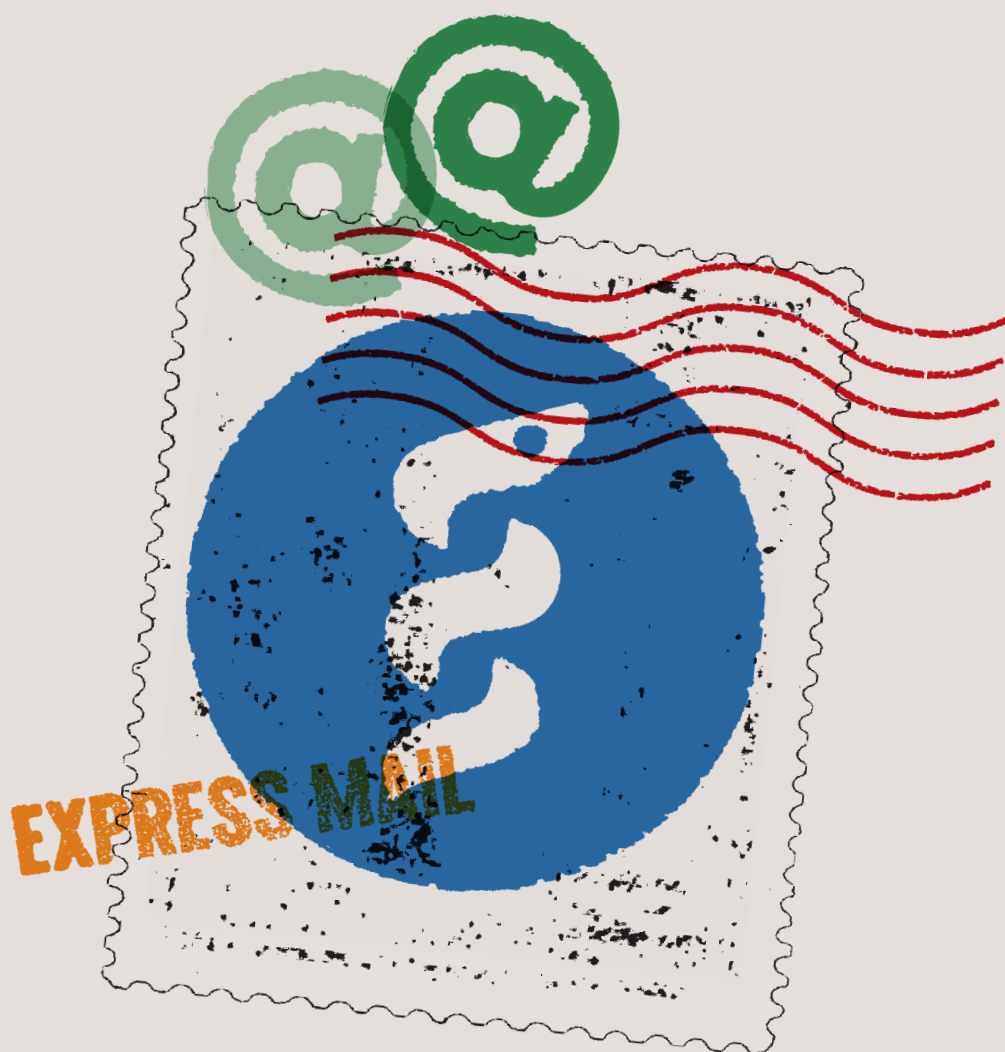
Gudrun Høiseith er ph.d., spesialist i klinisk farmakologi, overlege ved Avdeling for rettsmedisinske fag, Oslo universitetssykehus og forsker ved Diakonhjemmet sykehus og Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Ulwelling W, Smith K. The PEth Blood Test in the Security Environment: What it is; Why it is Important; and Interpretative Guidelines. *J Forensic Sci* 2018; 63: 1634–40.
- 2 Skråstad RB, Aamo TO, Andreassen TN et al. Quantifying Alcohol Consumption in the General Population by Analysing Phosphatidylethanol Concentrations in Whole Blood: Results from 24,574 Subjects Included in the HUNT4 Study. *Alcohol Alcohol* 2023; 58: 258–65.
- 3 Årving A, Hilberg T, Vigerust EW et al. Assessing alcohol consumption across phosphatidylethanol levels using HDL-cholesterol as a predictor. *Alcohol Alcohol* 2024; 60: agae085.



Abonner på Tidsskriftets nyhetsbrev



Ønsker du å motta vårt nyhetsbrev en gang i uken?
Våre artikler kommer først på nett.
I nyhetsbrevet blir du presentert for
et utvalg av ukens siste artikler
samt de sist utlyste stillingene fra legejobber.no.

Gå inn på tidsskriftet.no/nyhetsbrev og meld deg på.

Tekst: Charlotte Lunde Foto: Leikny Havik Skjærseth

– Det var en kollega som fortalte meg det: «Pia, du er jo en klassereiser.»
«Åh, er jeg det? Hva er det for noe?» spurte jeg.
Klassereiser eller ikke. Akademisk snobberi er i hvert fall ikke
rettspsykiater Pia Jorde Løvgrens spesialitet.



Klassereise uten sikkerhets- belte

Det var altså ikke
Osvald Alvings
nevrosyfilis, men
syngende kolleger
fra Sjøbodkoret
som ledet henne til
psykiatrien

Med bakgrunn i sikkerhetspsykiatrien, blant helsevesenets sykeste og farligste, har hun valgt seg en pasientgruppe som kan sies å ha mistet veien hjem. Løvgren selv er ujålete og befriende pratsom. Her er det null akademisk snobberi eller forsøk på skjønmalende selvposisjonering. Dette til tross for en banebrytende doktorgrad omtalt som et pionerarbeid, og at hun er den første legen som har utforsket utilregnelighet på over 140 (!) år. I tillegg er hun noe så sjeldent som en uvanlig aktiv middelaldermusiker. Mer om det senere.

Men først:

– Hvordan er du en klassereiser?

Løvgren utdyper:

– Kollegaen min forklarte at «jo, det er en som er født i arbeiderklassen, blir lege og kommer opp i det som er embetsklassen». «Å ja», svarte jeg. Det hadde jeg aldri hørt om, forteller rettspsykiateren oppriktig.

– Hva mente hun egentlig med det?

– Jeg tror hun mente at jeg har en evne til å formidle ting på en enkel måte. Jeg kommer jo fra en familie der man ikke er akademikere eller har innarbeidet et språk med mye fremmedord, forklarer Løvgren.

Hun tenker det har vært en fordel i det kliniske arbeidet i psykiatrien, men også en del av en humanistisk dannelse.

– Jeg husker godt at pappa insisterte på at alle mennesker er like mye verdt, uansett hvem de er og hvor de kommer fra. Pappa var billakkerer og snekker, og han var glad i å lese, gå på konserter og i teateret. Han kunne sikkert studert, men det gjorde ikke en arbeiderklassegutt fra Sem den gangen, sier Løvgren.

Hun husker at hun som barn ofte var på teater med foreldrene, og hun glemmer ikke sitt første møte med Henriks Ibsens *Gjengangere* som liten.

– Jeg skjønte vel ikke så mye av det, men jeg husker det var utrolig spennende. Det var særlig på slutten når Osvald sa «Jeg ser solen, —>

mor ...» at jeg syntes det ble skummelt, husker Løvgren.

Skuespillerens fremstilling av Osvalds vrangforestillinger gjorde inntrykk på den ti år gamle jenta fra Sem.

– Jeg tror det mest skremmende var at han så noe som vi ikke så, sier Løvgren, som i dag jobber som spesialrådgiver for voldsrisikovurderinger i Vestre Viken.

Elvis sin nittiårsdag

En eldre fetter gikk rundt og sang på Elvis sin «It's Now or Never», og farfaren leste høyt for henne fra *Peer Gynt* og Bjørnsons bondefortellinger allerede fra hun var ti år. Oppveksten på et lite familietun på Sem i Vestfold ga kulturell kapital fra både populærkultur og den litterære kanon. I dag synger hun i det Vestfold-baserte Sjøbodkoret og spiller trommer og synger med middelaldermusikkgruppene Friggs døtre og Musicantus. Nylig hadde ett av korene en konsert der de feiret Elvis sin nittiårsdag.

– Fetteren til pappa var veldig flink til å synge, forteller Pia, og demonstrerer med velklingende sopran en linje fra Elvis sin popversjon av den italienske klassikeren «O sole mio».

– Han kunne sikkert vært sanger, men for en husmannsgutt fra Sem, født i 1939, var det ikke så lett, slår Løvgren fast.

Hun har mange gode minner fra stedet familien har bodd gjennom generasjoner, og valgte selv å flytte tilbake dit etter studiene.

– Det jeg husker veldig godt fra gården, var når vi skulle plukke poteter om høsten. Da ble hele slekta trommet sammen for å hjelpe til, og vi barna fikk lov til å være med og «sitte på lasset» – på toppen av tilhengeren med poteter. Det samme om våren: Hele familien var med, og vi barna gikk bak traktoren og kastet stein i hengeren. Ofte hadde vi låvefest med gammaldans etterpå. Dette var jo en viktig fellesskapsarena, men så ble alt mer automatisert og den type familiesamvær ble borte, sier Løvgren.

Det er derimot lite nostalgi å spore når vi spør om hvorfor akkurat Elvis sin nittiårsdag nylig ble

Pia Jorde Løvgren

Født 1972, Tønsberg

Cand.med., Universitetet i Oslo, 2001

Turnuslege, Sykehuset i Vestfold, 2001–03

Fastlegevikar, 2004–05

Assistentlege, psykiatrisk klinikk, Sykehuset i Vestfold, 2005–07

Overlege, psykiatrisk avdeling, Sykehuset i Vestfold, 2007–16

Spesialist i psykiatri, 2010

Stipendiat og overlege, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Oslo universitetssykehus, 2016–24

Ph.d., rettspsykiatri, 2023

Overlegevikar, Akutt- og sikkerhetsavdeling, Helse Førde, 2016–17 og 2023–d.d.

Spesialrådgiver voldsrisikovurdering, Vestre Viken, 2024–d.d.

Rettspsykiatrisk sakkyndig, 2010–d.d.



markert med en større konsert i regi av ett av korene hun synger i.

– Vi måtte jo finne på noe. Hun som er musikalsk leder foreslo å bruke Elvis sin musikk. Vi skulle jo selge ut 400 billetter, så da måtte vi velge noe som folk ville komme for å høre på. Jeg bare synger det de ber meg om å synge, jeg, sier Løvgren og ler.

Nevrosyfilis og kormusikk

Det var ikke nødvendigvis møtet med Riksteatrets fremstilling av Osvalds psykose en gang på 80-tallet som var utslagsgivende for at hun valgte medisin. Lege hadde hun alltid hatt et ønske om å bli. Men til tross for en klar plan, holdt hun nesten på å legge den bort.

– Jeg var flink på skolen, men var nok en litt kranglete og vanskelig elev. Det var mest fordi jeg kjeda meg, og da gjorde jeg det etter hvert også dårligere faglig. Men så fikk jeg en lærer som så meg på en annen måte, og da sluttet jeg være kranglete. Han anbefalte at jeg begynte på

Bjørknes, og etter hvert kom jeg inn på medisin som attenåring, oppsummerer Løvgren.

Men det ble en kort visitt på det medisinske fakultetet. Et romantisk møte med en musikkstuderende mann gjorde at hun havnet i et kollektiv med bare musikere. Fra hun var liten hadde hun sunget i kor, og musikk ble mer inspirerende enn medisin.

– Det var et morsomt og kreativt miljø, og da syntes jeg medisinerstudiet med all statistikk og kjemi ble skikkelig kjedelig, forteller rettspsykiateren, som da sluttet på medisin til fordel for psykologi. Etter to år angret hun imidlertid. Takket være en tålmodig studiedekan ble hun likevel lege, og tre barn og åtte år senere begynte hun som vikar i en fastlegepraksis, men trivdes bare sånn passe. Gjennom to kolleger hun tidligere hadde sunget i kor med, fikk hun tips om et vikariat på en psykiatrisk poliklinikk. Der fant hun sitt fag. Det var altså ikke Osvald Alving's nevrosyfilis, men syngende kolleger fra Sjøbodkoret som ledet henne til psykiatrien. —>

Pionerarbeid: Jorde Løvgrens doktorgradsarbeid har fått ros og oppmerksomhet, men understreker at mange forskere kan overvurdere resultatene av egen forskning. Foto: Leikny Havik Skjærseth





Må bli bedre på håndtering av risiko: Rettspsykiater Pia Jorde Løvgren mener både fengelsesvesenet og psykiatrien trenger en oppdatering av risikovurderinger når det gjelder ekstremisme og radikalisering. Foto: Leikny Havik Skjærseth

Livet i en skrekkfilm

Som kliniker i sikkerhetspsykiatrien har ønsket om å forstå den psykotiske virkeligheten vært en faglig drivkraft – særlig med tanke på hvorfor et menneske blir voldelig.

– Det å gå inn i en annens virkelighet kan være skremmende. Ved en krangel kan det være vanskelig nok å ta den andres perspektiv. Men er du psykotisk, kan det å se og høre ting i en annen virkelighet være som å leve i en slags skrekkfilm. Det kan være et utrolig krevende sted å være. Skal man forstå voldsrisikoen, må man forstå hvor den kommer fra, sier Løvgren engasjert.

– Har du noen gang vært redd når du skal gjøre en slik voldsrisikovurdering?

– Jeg er nok veldig sjelden redd, men hvis jeg har følt meg truet, pleier jeg å uttrykke det og kan for eksempel spørre pasienten: «Når du sier sånn til meg, kan jeg føle meg redd. Er det det du ønsker?» Ofte vil de ikke det, men av og til kan de også ha et ønske om å opptre truende. Det er imidlertid svært sjelden det skjer voldelige utageringer overfor sakkynndige, og det er dessuten alltid dyk-

tige personer med oss som ivaretar sikkerheten, forklarer rettspsykiateren.

De sykeste får minst

Både klinisk og akademisk har hun nå jobbet mange år med psykiatriens farligste – og aller sykeste. Rettspsykiater Randi Rosenqvist er både et forbilde og en meningsfelle når det gjelder en grunnleggende systemkritikk av psykiatrien.

– Vi forskjellsbehandler de alvorligst syke. Spesialisthelsetjenesten er rigget slik at de som trenger mest, får minst, påpeker Løvgren.

Den blide stemmen blir alvorlig når hun understreker:

– Noe av det jeg er mest opptatt av, er at vi i helsevesenet må gjøre gode vurderinger og håndtering av voldsrisiko hos dem som er vårt ansvar. Dette gjelder de som er uten skyldene – de som er utilregnelige. Her har vi noen utfordringer når det gjelder å stille gode diagnoser, påpeker Løvgren. Det var også dette som var tema i doktorgradsavhandlingen hennes, og som fikk komiteen til å omtale den som et pionerarbeid. En gjennomgang av ikke mindre enn 500 rettspsykiatriske erklæringer tok henne ti år – med mye svette og tårer – men brakte altså til slutt både heder og honnør. Et av de mest overraskende funnene var at utilregnelighetsvurderinger i praksis styres mer av diagnosen – og da spesielt ved psykoselidelser – enn av det faktiske symptombildet under den kriminelle handlingen.

Breivik-saken

Prosjektet ble satt i gang som en følge av debatten rundt tilregnelighetsspørsmålet i Breivik-saken. Løvgren, som var én av to sakkynndige i den siste vurderingen av Anders Behring Breivik, tenker at debatten førte til at det ble gjort en riktig vurdering og at «den ballen nå bør legges død».

– Vi oppfattet ham helt klart som ikke psykotisk i vår vurdering i fjor, slår hun fast.

Det som er viktig når man skal gjøre risikovurderinger, er at den er basert på den problematikken det er en risiko for gjentagelse av. I dette tilfellet trenger vi en oppdatering av vurderinger når det gjelder ekstremisme og radikalisering. Jeg mener vi må forbedre risikovurderingsinstrumentene våre og måten vi gjør dette, både innenfor psykiatrien og i fengelsesvesenet.

Avhandlingen hennes fikk nettopp ros for å ha løftet frem viktigheten av å heve kvaliteten på denne typen vurderinger, men videre akademisk fordykning frister henne ikke.

– Jeg er ikke en type som graver meg ned i akademiske detaljer på ett område og holder på med det i årevis. For meg er det viktig å sette ting i et større perspektiv. All forskning handler om en eller annen form for manipulering av virkeligheten. Forskning er likevel kjempeviktig for å gi oss informasjon om verden, men jeg opplever at mange kan overvurdere resultatenes betydning. Det vi vet fra forskning i dag, kan være feil om ti år. Den ydmykheten syns jeg dessverre mange forskere mangler, konstaterer Løvgren. ■

Charlotte Lunde

charlottelunde@me.com



Velkommen til Legenes hus kurs- og konferansesenter

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

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

www.legeneshus.no

Å flytte fjell

Har du noensinne gått rundt i et helt tomt sykehus? Det er en merkelig opplevelse. Der det vanligvis er frenetisk aktivitet, der alt lever og noe dør hver eneste dag, der ruslet det en og annen bygningsarbeider i gul vest – og så vi da, gruppen som var på omvisning.

en innvendig brakke i kryssfiner som var resepsjon og mottaksapparat, satt det en mann med hjelm. Navn og telefonnummer på alle sammen, takk. Her kan ingen gå rundt uten å være skikkelig registrert. Det nærmet seg en følelse av ekko i det digre rommet som er ankomsthall.

I enden av glassgangen, som har vindusflater fra tak til gulv der solglitteret fra fjorden slipper til, hadde det kommet på plass en hvitaktig skulptur. Har alt dette noe å si? Har det noe å si at vi skal bort fra byens styggeste bygning, en massiv betongblokk på fjorten etasjer, der alt har vært i forfall og nedbrytning altfor lenge? I det nye huset står kantinediskene tomme, venter på mat og folk. Vinduene der vender også mot fjorden. På utsiden skal det komme en park som ender i en strand. I det gamle huset er kantina mørk. Det føles som om du får taket i hodet når du går inn der. Møblene spraker i spettete mønstre. Jeg tipper den ble pusset opp på 1990-tallet. Fargene likner de jeg hadde på barnerommet mitt da.

I det nye huset er det lyse, tomme korridorer. Pasientrommene venter. Operasjonsstuen venter. Utstyret er på plass. Alt er der, bare menneskene mangler. Menneskene er i det gamle huset. Her er skader på møbler og vegger reparert med teip. Het er det huller i tapetet som nesten kan minne om kulehull, avflasket maling og rør som går tette. Har det noe å si? Klart det. Utsikt til hav og utsikt til natur roer ned. Helt konkret roer det antakelig stressresponsen. Det vet de fleste av oss. Vi trekkes mot hav, natur og skog, og vi kjenner at det gjør oss godt. Omgivelsene har betydning.

Så skal vi flytte dette fjellet – alle tannhjulene og hele nettverket av interaksjoner og oppgaver som har vokst og grodd her vi er nå i mange, mange år. 1887 står det på veggen på en av sidebygningene. Det var sikkert hovedinngangen før.

Det planlegges, det jobbes. Hva skal være med? Hva skal ikke være med? På flyttedagen skal pasientene sendes med ambulanseskortese gjennom byen, én etter én. Et kanadisk firma som kun driver med flytting av sykehus, trekker i trådene. De har vært her på befaring, holdt møter, planlagt. Vi skal vite om hver eneste blyant,

sier de. Dere må finne fram julepynten. Telle opp absolutt alt. Sette det på lister. Kaste det dere ikke trenger.

Her er det jo flere generasjoner med rot som ingen har turt å ta i. For hvem eier egentlig de gamle solbrillene som har ligget på vaktrommet de siste fem årene? Det er sikkert noen som ikke jobber her lenger. Hva er det i eskene som står under skrivebordet der? Det er papirer og dokumentasjon fra 2001. Det dukker opp rom, boder og avlukker vi ikke visste at vi hadde, og de er fylt med alle mulige slags saker. Hvem har lagt det der, hva skal vi gjøre med det nå? Rommene tømmes. Og så fylles de jammen meg igjen, for sykehuset er som en levende, pulserende organisme av selvstendige komponenter, uforutsigbare mennesker som lager systemer og legger fra seg spor som av og til blir værende lenger enn dem selv. Nå skal alt sånt bort.



Det er byhistorie vi rydder i, tusener på tusener av enkelthistorier. Liv som har startet og liv som har sluttet. Liv som har endret seg totalt fra den ene dagen til den andre, innenfor våre vegger. Ansatte som har grått og ledd, kjent på fellesskapet, spist kake om natta og rosiner i heisen, løpt etter alarmer og tatt imot helikoptre. Det er ekko fra kommandoer som har blitt levert på akuttstuer og operasjonsstuer, og snart er ekkoet det eneste som er igjen. Da er vi ikke her lenger, ingen av oss.

Jeg sitter på kontoret mitt og ser på den styggeste utsikten jeg vet om. Hele vindusflata er dekket av den massive betongveggen på fjorten etasjer. Hver etasje har en rekke på 23 vinduer, teller jeg

nå. Bak hver av dem er det folk, leger, sykepleiere, pasienter. I samme høyde som meg er barselavdelingen. Der ser jeg av og til foreldre som holder et bitte lite splitter nytt menneske inntil seg. En hvitkledd arm i femte etasje skubber gardinene til side. Gardinene er blå, med striper på kryss og tvers, sikkert fra 1990-tallet de også. Et annet vindu er fylt med esker. Oppover i etasjene ser jeg bare takene, der sender de lange lysstoffrørene fra seg grelt lys.

Jeg elsker dette huset. Søsknene mine ble født her. Jeg fødte her selv, to barn i den samme etasjen jeg sitter og ser inn i nå. Der har jeg også stavret rundt med nettingtruse, på ustødige bein, plutselig mor. Her var min egen mamma alene i ukesvis på 1950-tallet, da hun var ett år og hadde fått en brannskade på brystet. Her fikk jeg min første jobb som lege med midlertidig lisens, lå lys våken på hvilende nattskift, livredd for å gjøre feil. Her har jeg tatt doktorgrad, og nå skal vi ta avskjed, stenge dørene.

Så tenker jeg på mitt eget hus, det lille, der jeg var på fritiden, som jeg flyttet fra for to år siden. Det var den samme pakkingen, den samme utrensingen, bare i mye mindre format. Da jeg var innom huset for å hente en støvsuger jeg hadde satt igjen, bodde det en annen familie der, og det rare var at da var det ingenting ved det huset som var mitt lenger. Det var akkurat som om selve bygningen og hagen ikke var de samme heller, som om dette var en helt annen plass. Da forstod jeg, nei jeg kjente, at det er selvfølgelig ikke bygningsmassen som er livet, men alt bygningen er fylt med – alle menneskene og alle våre ting. Gjenglemte solbriller, arsenaler av kulepennar, arbeidstøy, lysestaker og selvfølgelig: oss. Det er vi som er sykehuset, ikke bygningen. Nå skal vi snart innta dette nye, og det er da det begynner å leve. Det er da det blir et sykehus. Vi gleder oss til det, må bare få tømt – og plombert – alle rommene i det gamle først. ■

Marte Roa Syvertsen

marsyv@vestreviken.no

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

Depresjon og selvmord blant leger i Norge

Leger er sjeldnere i kontakt med helsetjenesten for depresjon enn andre med høy utdanning – og har ikke forhøyet selvmordsrate, viser ny studie.

Tidligere forskning på depresjon blant leger har hovedsakelig vært basert på selvrapporterte data (1, 2). En internasjonal oversiktsartikkel som inkluderte over 17 000 leger fra 18 land, rapporterte at 29 % hadde depresjon eller depressive symptomer (1). Vi har til nå ikke hatt kunnskap om diagnostisert depresjon blant leger i Norge.

I vår studie undersøkte vi forekomsten av depresjonsdiagnoser i både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i perioden 2008–21 (3). Vi tok utgangspunkt i registerdata for åtte yrkesgrupper: leger, veterinærer, tannleger, psykologer, farmasøyter, fysioterapeuter, sykepleiere og teologer. Disse ble sammenlignet med andre personer med høyere utdanning (bachelorgrad, mastergrad eller mer) og personer med lavere utdanning (ingen høyere utdanning registrert). Vi analyserte også forekomsten av selvmord i samme periode. Kun yrkesaktive personer i perioden 2008–21 ble inkludert i analysen.

Hva fant vi?

Legene var sjeldnere i kontakt med helsetjenesten (både primær- og spesialisthelsetjenesten) for depresjon sammenlignet med andre med høyere utdanning. Blant de åtte profesjonene skilte psykologer og teologer seg ut med høyere forekomst av depresjonsdiagnoser i spesialisthelsetjenesten, mens sykepleiere og teologer hadde økt forekomst i primærhelsetjenesten.

Når det gjaldt selvmord, fant vi at leger ikke hadde høyere selvmordsrate enn andre med høyere utdanning, og de hadde signifikant lavere selvmordsrate sammenlignet med personer med lavere utdanning. Ingen av de andre yrkesgruppene hadde forhøyet selvmordsrate i forhold til referansegruppene.

Hva betyr resultatene?

At leger sjeldnere får en depresjonsdiagnose, er i tråd med tidligere funn – blant annet en ny norsk registerstudie der man undersøkte hvor fastleger søker hjelp ved egen sykdom (4). 22 % av fastlegene hadde søkt hjelp hos fastlege, mens tilsvarende tall for kontrollgruppen var 62 %. 1,6 % av fastlegene hadde hatt kontakt med psykiater, sammenlignet med 0,6 % i kontrollgruppen.

Dette tyder på at leger, til tross for lav kontakt med helsetjenesten totalt sett, i større grad oppsøker psykiatrisk hjelp når de først søker hjelp, men det kan også reflektere høy terskel for å be om støtte. Det er godt dokumentert at mange leger kvier seg for å søke hjelp for egne psykiske helseplager, og mange benytter heller selvbehandling (4, 5). Vi vet derfor ikke om den lave forekomsten av depresjonsdiagnoser skyldes at færre leger faktisk er deprimerte – eller om det skyldes underrapportering og lav hjelpsøking.

Hva med de andre yrkesgruppene?

Psykologene var mer i kontakt med spesialisthelsetjenesten, men ikke med primærhelsetjenesten. Det kan

tyde på at de venter lenger med å søke hjelp – og gjør det først når symptomene er blitt alvorlige. Teologene skilte seg ut som den eneste yrkesgruppen med høyere forekomst av depresjonsdiagnoser i begge deler av helsetjenesten. Dette er en lite undersøkt gruppe, men deres arbeid med eksistensielle spørsmål og menneskelig lidelse kan innebære betydelig emosjonell belastning.

En positiv utvikling

Vi har nylig vist at selvmordsraten blant utdannede leger i Norge har falt siden 1980-årene (6). I denne nye studien ser vi at den heller ikke har vært forhøyet blant yrkesaktive leger i perioden 2008–21. Dette er en positiv utvikling, som samsvarer med funn fra internasjonale studier (7).

Studien er et samarbeid mellom Folkehelseinstituttet og Legeforskningsinstituttet.

Forfattergruppen besto av Helene Seljenes Dalum, Erlend Hem, Øivind Ekeberg, Kim Stene-Larsen og Lars Johan Hauge. Originalartikkelen finner du med åpen tilgang hos *Journal of Affective Disorders Report* (3). ■

Helene Seljenes Dalum

helene.seljenes.dalum@lefo.no

Helene Seljenes Dalum er forsker ved Legeforskningsinstituttet.

Erlend Hem

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

Litteratur

- 1 Mata DA, Ramos MA, Bansal N et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2015; 314: 2373–83.
- 2 Pereira-Lima K, Mata DA, Loureiro SR et al. Association between physician depressive symptoms and medical errors: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open* 2019; 2: e1916097.
- 3 Dalum HS, Hem E, Ekeberg Ø et al. Suicide and utilisation of health-care services for depressive disorders according to occupation, with emphasis on health-care workers in Norway 2008–2021: a case-control study. *J Affect Disord Rep* 2025; 21. doi: 10.1016/j.jadr.2025.100944.
- 4 Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J et al. Hvor søker fastleger hjelp ved egen sykdom? *Tidsskr Nor Legeforen* 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.23.0834.
- 5 Tysse R. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Ind Health* 2007; 45: 599–610.
- 6 Dalum HS, Hem E, Ekeberg Ø et al. Suicide rates among health-care professionals in Norway 1980–2021. *J Affect Disord* 2024; 355: 399–405.
- 7 Zimmermann C, Strohmaier S, Niederkröthaler T et al. Suicide mortality among physicians, dentists, veterinarians, and pharmacists as well as other high-skilled occupations in Austria from 1986 through 2020. *Psychiatry Res* 2023; 323: 115170.

Fra LEFO

Artikler fra
Legeforsknings-
instituttet

Fra Gaza til LIS1-tjeneste

Jeg ville studere et sted der du må ta ansvar fra første dag – et sted der du ikke bare leser om sykdom, men står midt i den. Jeg har røtter i Gaza, og det følte riktig å være der, å lære der, å bidra der.



Foto: privat

Valget mitt om å studere medisin i Gaza var ikke en vanlig avgjørelse. Jeg kunne ha valgt et tryggere sted, isteden valgte jeg et av verdens mest uforutsigbare. Ikke fordi jeg ville gjøre det vanskelig for meg selv, men fordi jeg ville lære noe fra andre lærer.

Mange kjenner Gaza kun gjennom dagens nyhetsbilder. Men før krigen var det et sted fullt av liv, fellesskap og engasjement. Nå forbinder de fleste Gaza med krig og blokade. Og ja – den virkeligheten setter preg på alt. Det betyr likevel ikke at utdanningen var svak. Vi fulgte internasjonalt pensum og hadde forelesere og sensorer fra Norge, Europa, Canada og USA. Undervisningen var solid, praksisnær og ofte tospråklig (engelsk og arabisk). Mange av oss lærte *chest pain workup* før vi lærte hvordan man sier *brystsmerter* på arabisk.

Som medisinstudenter ble vi kastet ut i praksis fra tidlig i studiet. Jeg husker hvordan vi undersøkte pasienter, førte journal, lærte oss prosedyrer – alt i en hverdag som kunne være både krevende og morsom. Vi ble tett sammensveiset som studentkull, vi lo sammen, diskuterte kasuistikker til langt på natt og hjalp hverandre i alt fra eksamenslesing til å finne en kaffekopp i mørklagte sykehuskorridorer.

Når systemene feiler, eller når det blir uoversiktlig, kjenner jeg en ro. Det er ikke arroganse, det er erfaring. Erfaring med å jobbe med lite. Erfaring med å handle raskt

Så kom krigen. Forelesninger ble avlyst. Strømmen forsvant. Internett brøt sammen. Mange forlot universitetet, men mange av oss ble igjen – ikke fordi vi måtte, men fordi vi ville bidra. Vi meldte oss som frivillige på sykehusene, der vi jobbet skulder ved skulder med overleger og turnusleger.

Jeg husker kolleger som løp mellom pasienter med skuddskader, brannskader og kollapsede lunger. Og jeg husker en praksisøkt der vi trengte en kateterpose, men brukte en steril hanske i stedet. Vi ble kreative fordi vi måtte. Og det lærte oss mer enn noen lærebok kunne gjort. Jeg glemmer aldri hva en overlege sa til meg: «Det du lærer her, lærer du ingen andre steder».

Arbeidet var hektisk. Akuttmottaket var fullt. Ressursene knappe. Det var blod, panikk og barn som skrek. Men for min del, jeg lot meg ikke stresse. Jeg visste hva jeg skulle gjøre. Vi hadde øvd på det i årevis, både teoretisk og praktisk. Jeg har aldri følt meg mer nyttig.

Etter fullført utdanning reiste jeg hjem til Norge. Jeg måtte gjennom fagprøven og nasjonale fag, samtidig som krigen raste hjemme i Gaza. Det var surrealistisk å lese til eksamen mens meldingene tikket inn fra venner og familie som jobbet under bomberegnet. Men erfaringene jeg hadde med meg gjorde at jeg stod støtt.

Min første jobb som lege fikk jeg på Oslo universitetssykehus, ved ortopedisk avdeling på Ullevål. De tok meg imot med varme og respekt. Jeg møtte overleger som var nysgjerrige, inkluderende kolleger og et miljø som ga meg trygghet. Jeg lærte mye – både faglig og organisatorisk. Denne jobben ble en bro mellom utdanningen på Gaza og legejobb i det norske helsevesenet, og jeg er dypt takknemlig for det.

Legelivet

Personlige tekster om livet som lege

Nå er jeg i gang med LIS1-tjenesten. Selv om mye er nytt, er følelsen kjent. Når akuttmottaket fylles opp, når systemene feiler, eller når det blir uoversiktlig, kjenner jeg en ro. Det er ikke arroganse, det er erfaring. Erfaring med å jobbe med lite. Erfaring med å handle raskt. Erfaring med å være lege under press.

Jeg kjenner ikke til andre med medisinsk utdanning fra Gaza som har arbeidet som LIS1-lege i Norge. Det er ikke et merke jeg bærer høyt, men det forklarer mye av hvordan jeg tenker, handler og føler i legegjerningen. Gaza har formet meg til å bli en annen type lege. En som ikke nødvendigvis har det perfekte svaret alltid, men som handler, lytter og tilpasser seg.

Historien min viser at det finnes ulike veier inn i medisinen. Noen av dem går gjennom mørke, men fører likevel til lys. Kanskje kan min historie minne andre om at det ikke bare handler om hvor du kommer fra, men hva du har lært – og hvem du har blitt. ■

Amir Ghabayen

amirgha1998@gmail.com

Amir Ghabayen er lege i spesialisering del 1 ved Stavanger universitetssykehus.

Tekst: Erlend Hem, Magne Nylenna og Øyvind Larsen

Vesalius' Fabrica – fra medisinsk lærebok til kulturskatt i Oslo

Andreas Vesalius (1515–64) er kjent for sitt anatomiske atlas, *De Humani Corporis Fabrica*, fra 1543. Boka markerte et vendepunkt i vitenskapshistorien og ble grunnlaget for moderne anatomi. I Norge finnes ett eksemplar av førsteutgaven. Hvordan og hvorfor havnet den her?

Skulle man velge seg ett bemerkelsesverdig år i vitenskapshistorien, er 1543 en god kandidat. I dette året endret synet seg både på det fjerne og det nære. Et nytt verdensbilde ble beskrevet i hovedverket til Copernicus (1473–1543), og menneskekroppens oppbygning ble demonstrert av Andreas Vesalius (1).

Vesalius var født i Brussel, studerte flere steder, og ble i 1537, etter å ha avlagt medisinsk eksamen, ansatt ved universitetet i Padova i Italia (2). På bakgrunn av nitide disseksjoner publiserte han *De Humani Corporis Fabrica* (Om menneskekroppens oppbygning) i 1543 (3). *Fabrica*, som boka gjerne kalles, var basert på hans egne observasjoner (4). Han stolte ikke uten videre på overlevert kunnskap fra oldtida, slik man hadde gjort til da. Dette er en av grunnene til at Padova kalles for den moderne anatomiens vugge.

Vesalius var bare 28 år gammel da boka ble utgitt, og han opplevde at den fikk stor utbredelse og ble en umiddelbar suksess (5, s. 7). Han publiserte en ny utgave i 1555 (6), som inneholdt en del forbedringer (2, 5, s. 8). Det finnes bevart omtrent 700 eksemplarer av disse to utgavene, 300 av førsteutgaven og 400 av andreutgaven (5, s. 3 og 9). Boka er siden utgitt en rekke ganger, men de to første er spesielle i forhold til seinere utgaver fordi Vesalius selv hadde oppsyn med utgivelsen av dem (5, s. 3 og 9). Begge regnes i dag som store skatter.

Fabrica består egentlig av sju bøker, slik det framgår av den fullstendige tittelen: *De humani corporis fabrica libri septem* (Om menneskekroppens oppbygning i sju bøker). Den er på omtrent 700 sider i stort folioformat og har over 200 tresnitt. De sju bøkene presenterer kroppen i følgende rekkefølge: bein, muskler, kar, nerver,



Figur 1 Norges eneste eksemplar av *De Humani Corporis Fabrica* fra 1543. Det er noen skader på ryggen. Nederst er det påklistret en merkelapp hvor det står A308, som trolig er nummeret i samlingen til Anatomisk institutt, innkjøpt i 1883. Annenutgaven fra 1555, som Michael Skjelderup testamenterte til instituttet i 1852, har nummer A210. Foto: Øyvind Larsen

A. 308

*fact. Dingelstedt Ab. Z. ut
Lupat. Romf*



ANDREAE VESALII
 BRUXELLENSIS, SCHOLAE
 medicorum Patavinae professoris, de
 Humani corporis fabrica
 Libri septem.

CVM CAESAREAE
 Maest. Galliarum Regis, ac Senatus Veneti gra-
 tia & privilegio, ut in diplomatis eorundem continetur.

B A S I L E A E. 1543

Ramme 1

De fem eksemplarene av *Fabrica* i Norge

Førsteutgaven fra 1543: Det eneste kjente eksemplaret av førsteutgaven som finnes i Norge, er oppbevart ved Universitetsbiblioteket på Blindern i Oslo. Den ble digitalisert sommeren 2024: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:alvin:portal:record-567101>

Andreutgaven fra 1555: Det skal finnes to eksemplarer av andreutgaven ved Universitetsbiblioteket i Oslo: ett i Domus medica på Gaustad og ett i Georg Sverdrups hus på Blindern. Det siste, som var en testamentarisk gave fra Michael Skjelderup i 1852, er savnet (se ramme 2). Det finnes også ett eksemplar ved Universitetsbiblioteket i Bergen, donert til biblioteket i 1954, og ett ved Nasjonalbiblioteket i Oslo, som er digitalisert: https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2022050428001

indre organer, brysthulen med hjerte og lunger, og til slutt hjernen.

Vesalius arbeidet i Italia, men boka ble trykt i Basel i Sveits av boktrykkeren Johannes Oporinus (1507–68). *Fabrica* er ansett som et mesterverk i trykkekunst, en *tour de force* av 1500-tallets bokindustri (5, s. 6).

Ett eksemplar av førsteutgaven befinner seg i Norge, nærmere bestemt ved Universitetsbiblioteket i Oslo i Georg Sverdrups hus på Blindern. Hvordan og hvorfor har boka havnet der?

Internasjonal katalog og lokalt arkiv

I 2018 ble det utgitt en omfattende internasjonal katalog med grundig beskrivelse av alle kjente eksemplarer av utgavene fra 1543 og 1555 (5). Fra Norge beskriver forfatterne i detalj ett eksemplar av førsteutgaven (5, s. 202) og fire eksemplarer av andreutgaven (5, s. 353–5) (ramme 1). Vi har gransket katalogen, litteratur om Anatomisk institutts historie (7–12) og arkivet ved det tidligere Anatomisk institutt ved Universitetet i Oslo.

Hvordan havnet boka her?

Førsteutgaven ved Universitetsbiblioteket i Oslo beskrives i den internasjonale katalogen som «A complete copy in good condition». Den er innbundet i kalveskinn med gullpreg (5, s. 202) (figur 1).

På den illustrerte tittelsiden står et stempel fra Anatomisk institutts samlinger med datoen 6. juni 1883 (figur 2) (13). Det framgår ikke hvor eksemplaret stammer fra, men øverst står navnet til en av de tidligere eierne, Johannes Demostenes ab Ens, en nederlender som hadde kjøpt den i Roma omkring 1600 (5). Det kan stemme med at *Fabrica*-eksemplarer ofte var eid av velstående leger og først seinere ble innlemmet i universitetsbiblioteker (5, s. 4).

Øyelegen Jacob Munch Heiberg (1843–88) var blitt utnevnt til professor i anatomi i Christiania i 1878 (figur 3) (14). Han begynte straks å arbeide for å skaffe bedre lokaler og mer egnet undervisningsmaterieell (10). Han hadde vært utenlands i nesten to år, besøkt rundt 25 universitetsbyer og sett hvordan «man der arbeidet ved de anatomiske anstalter» (10, s. 96–7). I 1880 ble det bevilget et statsbidrag på 12 000 kroner over fire år for å forbedre undervisningsmateriellet (10, s. 104).

Heiberg korresponderte blant annet med antikvariater i Leipzig, Paris, Edinburgh og London for å kjøpe bøker til instituttets bibliotek. I arkivet etter Anatomisk institutt finnes en omfattende dokumentsamling som viser hvordan Heiberg arbeidet for å skaffe litteratur og annet undervisningsmaterieell. Arkivet er ordnet etter dato, og i et brev datert 12. mai 1883 fra J.C. Hinrichs'sche Buchhandlung i Leipzig framgår det at Vesalius-boka ble kjøpt herfra (figur 4). Vi har ikke funnet Heibergs bestilling, men brevet fra bokhandleren passer godt med stempelet i boka fra 6. juni 1883. Det er derfor mulig å slå fast hvordan dette klenodiet havnet i Norge. Ifølge brevet kostet boka 50 tyske mark. Bokhandleren i Leipzig skrev at prisen var høy, og sammenlignet med mange av de andre antikvariske bøkene som omtales i brevene, var den det.

Hvorfor havnet boka her?

I dag kan man stusse over at et universitetsinstitutt kjøpte antikvariske bøker. Hva kunne vel en 340 år gammel bok bidra med til undervisning og kunnskapsutvikling? Noen 1800-talls medisiner brukte den angivelig fremdeles som lærebok i anatomi (15), og man kunne mene at den hørte hjemme i et velutstyrt anatomisk bibliotek (5, s. 48), som dessuten i flere år gikk under navnet Det anatomiske museum (7). På denne tida var det dessuten vanlig å kjøpe inn eldre litteratur til fagbibliotekene (16). Det er heller ikke den eldste boka i instituttets samling – den er *Anatomia Mundini* av Jacopo Berengario da Carpi (ca. 1460–1530) fra 1514 (17).

Men etterspørselen etter klassikerne var på 1800-tallet likevel blitt mindre. Vesalius ble, rimelig nok, oppfattet som umoderne. Det var heller ikke lenger den makroskopiske anatomen som sto for framskrittet, og det fantes mer oppdaterte og billigere anatomibøker på markedet.

Det framgår av den internasjonale katalogen fra 2018 at universitetet i Christiania allerede eide et eksemplar av *Fabrica* (5). Det var riktignok andreutgaven fra 1555, men den ble regnet som en forbedring sammenlignet med førsteutgaven. Det er usikkert hvorfor Heiberg likevel ønsket å kjøpe førsteutgaven, men det er mulig å komme litt nærmere et svar ved å undersøke litteratursituasjonen på 1800-tallet.

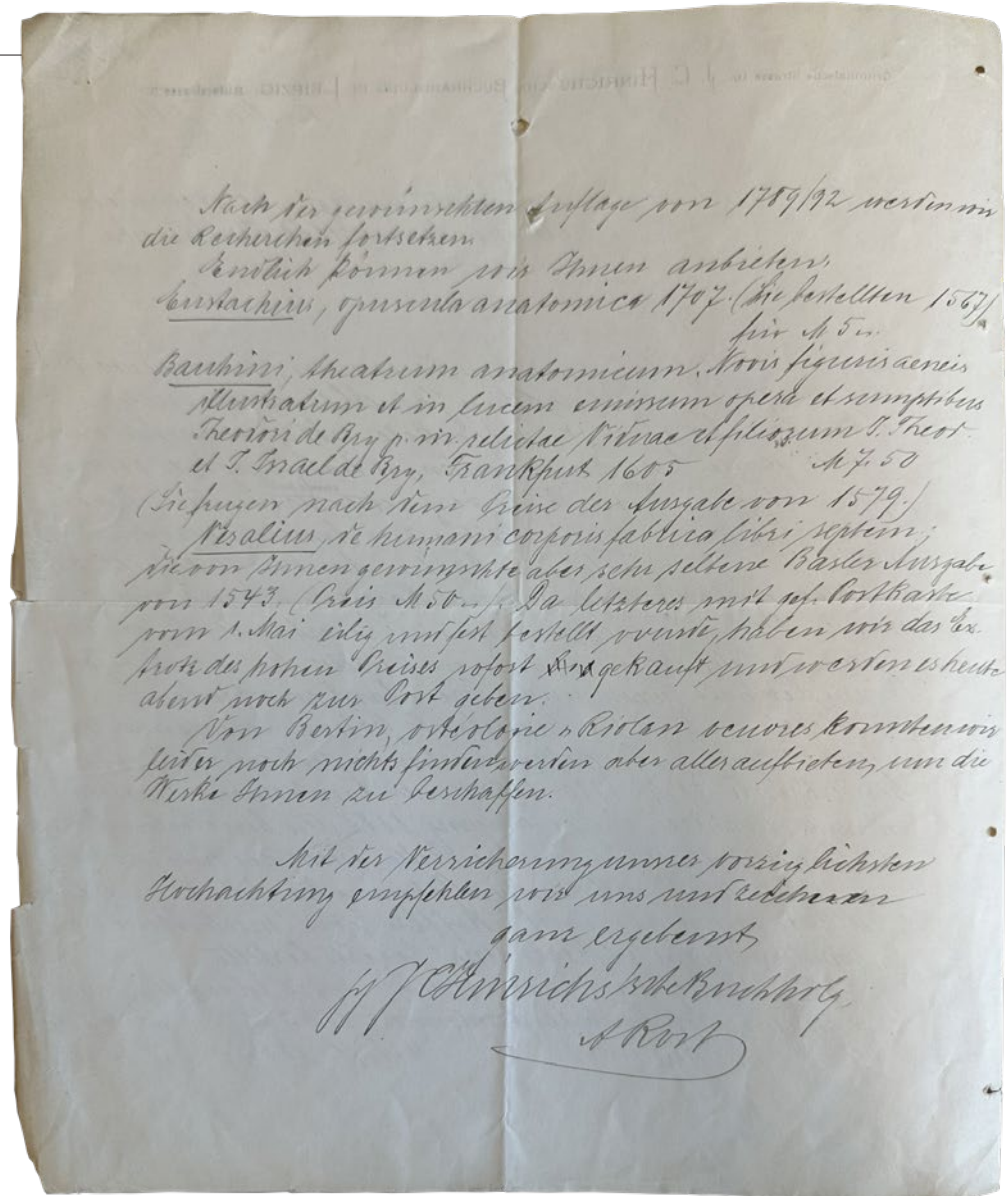
Da medisinstudiet startet opp ved det nye universitetet i Christiania i 1814, måtte alt bygges opp fra grunnen. Den første av professorene, Michael Skjelderup (1769–1852), underviste i anatomi. Da han døde, testamenterte han et eksemplar av Vesalius' andreutgave til universitetets anatomiske bibliotek (5, s. 354) (ramme 2). Noen år seinere, i 1859, hadde biblioteket ved Anatomisk institutt 389 bind, og i en katalog over samlingen fra 1863 står en henvisning til *Fabrica* (7). Det er antakelig Skjelderups eksemplar. Det er uklart hvor Skjelderup hadde fått boka fra, men siden han testamenterte den, må den ha vært hans private eksemplar og ikke en del av dublettsamlingen fra København eller gaven fra kongen, Frederik 6. (1768–1839), da universitetet i Christiania ble etablert.

I 1887 måtte Heiberg trekke seg tilbake på grunn av sykdom. Da hadde Anatomisk institutts boksamling økt til 1 000–1 200 bind (10, s. 105). Det var omtrent en fordobling i løpet av tolv år. Ifølge årsmeldingen for vårsemesteret 1883 hadde instituttet kjøpt inn 158 bind dette halvåret (9, s. 38).

Bøkene utgjorde likevel bare en liten del av Heibergs anstrengelser for å «tilveiebringe et forbedret Undervisningsmateriale». Han kjøpte også «Plancher, Schemata, Skeletter og en Samling af meget forstørrede Træmodeller» (18). Heiberg skrev i 1884, da pengene var brukt opp, at det var anskaffet læremidler i bein, metall, tre, gips og voks samt en rekke instrumenter. For å få til dette hadde han «en meget stor korrespondanse» med mange personer og firmaer i utlandet, blant annet Tramond i Paris, som på 1800-tallet hadde blitt et ledende firma på voksmodeller (19). Enkelte ting hadde kostet opptil 600–700 kroner (10, s. 104). Etter hvert kunne man med —>

Figur 2 Tittelbladet i boka. Midt på ses Anatomisk institutts stempel fra 6. juni 1883. Tittelbladet på førsteutgaven er i formatet 34,8 x 24,5 cm (13). Foto: Øivind Larsen

Figur 4 Utsnitt av brevet datert 12. mai 1883 fra bokhandleren i Leipzig: «Vesalius, de humani corporis fabrica libri septem; die von Ihnen gewünschte aber sehr seltene Basler Ausgabe von 1543 (Preis M 50). Da letzteres mit gef[ertigter] Postkarte vom 1. Mai eilig und fest bestellt wurde, haben wir das Ex. trotz des hohen Preises sofort gekauft und werden es heute Abend noch zur Post geben.» Vår oversettelse: «Vesalius, De humani corporis fabrica libri septem; den ønskede, men svært sjeldne Basel-utgaven fra 1543 (pris M 50). Siden denne ble raskt og endelig bestilt med Deres signerte postkort av 1. mai, har vi umiddelbart kjøpt eksemplaret til tross for den høye prisen, og vi vil sende det med posten i kveld.» Foto: Erlend Hem



Ramme 2

Ett eksemplar er forsvunnet

Under arbeidet med denne artikkelen oppdaget vi at ett av eksemplarene av andreutgaven fra 1555 er forsvunnet fra Universitetsbiblioteket i Oslo. Dette eksemplaret, som var en testamentarisk gave fra professor Michael Skjelderup, ble fotografert i forbindelse med utarbeidelsen av den internasjonale katalogen i 2018 (5). Deretter finnes ingen opplysninger om den, ifølge biblioteket. Det er usikkert hva som kan ha skjedd. Den kan selvsagt være feilplassert, men på grunn av det store formatet burde det være mulig å finne den i sikringsmagasinet, hvis den er der. Er ikke kulturskattene trygge i de offentlige samlingene våre?

Vi har kontaktet professor Dániel Margócsy ved University of Cambridge, førsteforfatter av den internasjonale katalogen. Han opplyste at deres team ikke selv undersøkte dette eksemplaret, men at en lokal kollega fotograferte relevante sider for dem. Ifølge Margócsy kan disse fotografiene bidra til å identifisere eksemplaret dersom det skulle dukke opp på markedet.

Mit der Herrichtung meines vorzüglichen Hochachtung empfehler, wir uns mit bestemmt
ganz ergebenst
H. Roth

Figur 3 Jacob Munch Heiberg (1843–88), professor i anatomi 1878–87, sørget for innkjøpet av 1543-utgaven til Anatomisk institutts bibliotek i 1883. I 1882 ble han malt av Christian Krohg (1852–1925). Det er omtalt som et karakterfullt portrett, men «bærer ikke et så sterkt kunstnerisk særpreg som Krohgs bilder pleier å ha» (14). Maleri fra bildesamlingen til Det norske medicinske Selskab/ Den norske legeforening. Foto: Øivind Larsen



Ramme 3

En sensasjon – Vesalius' eget eksemplar

I 2007 hadde den kanadiske patologen og boksamleren Gerard Vogrinic kjøpt et eksemplar av andreutgaven av *Fabrica* fra 1555 (21). Det var ett av de sjeldne eksemplarene som finnes på private hender. Han fikk tilslaget for om lag 150 000 kroner (USD 14 000). Den relativt lave prisen skyldtes at boka var skjemet av mange overstrykninger og påtegninger. Etter hvert fant man imidlertid ut at disse var gjort av Vesalius selv. Dette var en sensasjon fordi det finnes ganske få bevarte dokumenter med hans håndskrift. Eksemplaret ble deponert ved Universitetet i Toronto og undersøkt grundig (22).

Det kan se ut som om Vesalius selv hadde planlagt en tredje utgave. Boka viser at han har gjort en detaljert gjennomgang, men ingen nye oppdagelser. Det dreier seg først og fremst om språklige og andre endringer som ble gjort av pedagogiske grunner (22). Noen ny utgave kom ikke i hans levetid. Vesalius døde i 1564, 49 år gammel.

I februar 2024 ble eksemplaret med Vesalius' notater solgt på auksjon. Prisen endte på 24 millioner kroner (USD 2,23 millioner) (23). Kjøperen var et universitet i Belgia. I historiens lys passer dette godt, ettersom Vesalius opprinnelig kom fra Brussel.

stolthet konstatere at «Samlingen skal i denne Henseende kunne maale sig med de bedste i Europa» (18). En del av dette materialet er fremdeles i bruk i anatomiundervisningen (12).

En unik investering

Fabrica fra 1543 er ikke bare en milepæl i medisinhistorien, men også et uerstattelig kulturhistorisk objekt. Eksemplaret ved Universitetsbiblioteket i Oslo, anskaffet i 1883, er et vitnesbyrd om hvordan vitenskapens skatter kan finne veien til nye hjem. Ifølge den internasjonale katalogen finnes førsteutgaven av *Fabrica* i 30 land, hvorav to eksemplarer er oppbevart i Danmark (5, s. 145–6) og tre i Sverige (5, s. 213–6).

Selv om bokhandleren i Leipzig omtalte innkjøpsprisen i 1883 som høy, var den overraskende lav omregnet til vår tids valuta. Heiberg kjøpte åpenbart på et gunstig tidspunkt. Sammenlignet med andre innkjøp av undervisningsmateriell i begynnelsen av 1880-årene, var kjøpet av *Fabrica* ingen stor investering.

Kjøpekraften til én tysk mark i 1883 ville i gjennomsnitt ha vært 8,5 euro i 2023. Innkjøpsprisen på 50 tyske mark ville dermed ha tilsvart 425 euro, som utgjør omtrent 4 700 kroner i dag (20). Dette kan stemme med opplysningene om at 1800-tallet var en periode med lavkonjunktur for boka, med beskjedne priser som følge av litespørsmål (5, s. 14–16). Prisene begynte å stige på slutten av 1800-tallet da boka ble et samlereobjekt blant rike amerikanere. Siden har prisene bare fortsatt å øke (5, s. 16).

Utover på 1900-tallet ble Vesalius nærmest gjenstand for dyrkelse, og kultstatusen har ført til at prisene på *Fabrica* har skutt i været (ramme 3) (21–23). Prisleforskjellen mellom første- og andreutgaven ble også stadig større. Fine eksemplarer av førsteutgaven, som det i Oslo, kan selges for omtrent 4 millioner kroner (USD 400 000) på markedet (5, s. 1 og 13).

Nesten alle eksemplarer av *Fabrica* eies i dag av universitetsbiblioteker og andre offentlige institusjoner. Forfatterne av den internasjonale katalogen påpeker imidlertid at det ikke finnes noen garanti for at det vil forbli slik. Akkurat som Royal Institution i London solgte sin utgave av *Fabrica* i 2015 på grunn av økonomiske problemer, kan andre biblioteker også bli tvunget til drastiske tiltak i den nye verden av digital tilgang til informasjon (5, s. 55). ■

Vi takker Per Holck for tilgang til arkivet ved tidligere Anatomisk institutt. Mottatt 29.10.2024, første revisjon innsendt 18.2.2025, godkjent 27.2.2025.

Erlend Hem

erlend.hem@medisin.uio.no

Erlend Hem er instituttssjef i Legeforskningsinstituttet, professor ved Universitetet i Oslo og styreleder i Helsehistorisk forum.

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

Magne Nylenna

Magne Nylenna er professor emeritus i samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Øivind Larsen

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Sørbo R. Solsystem og kropp. Morgenbladet 6.8.2010: 37.
- O'Malley CD. Andreas Vesalius 1514–1564: in memoriam. Med Hist 1964; 8: 299–308.
- Andreae Vesalii Brvcellensis, scholae medicorum Patauinae professoris, de Humani corporis fabrica Libri septem. Basileae: Ex officina Ioannis Oporini, Anno salutis reparatae MDXLIII Mense Iunio.
- Dahl T. Kroppen, sjelens hus – Vesalius' anima. I: Dahl T. Medisinenes sjel: historiske konstruksjoner av mennesket. Oslo: Universitetsforlaget, 2009: 178–85.
- Margócsy D, Somos M, Joffe SN. The Fabrica of Andreas Vesalius: A worldwide descriptive census, ownership, and annotations of the 1543 and 1555 editions. Leiden: Brill, 2018.
- Andreae Vesalii Bruxellensis, invictissimi Caroli V. Imperatoris medici, de Humani corporis fabrica Libri septem. Basileae: Per Joannem Oporinu, 1555.
- Catalog over Det anatomiske Musæums Bogsamling. I: Catalog over Det Kgl. Frederiks Universitets og dets videnskabelige Samlingers separate Bibliotheker: udgiven efter det akademiske Kollegiums Foranstaltning, December 1863. Christiania: B.M. Bentzens forlag, 1864: 107.
- Hopstock H. Katalog over Det anatomiske Instituts Bogsamling. Kristiania: S. & Jul Sørensens Bogtrykkeri, 1896.
- Det kongelige norske Frederiks Universitets Aarsberetning for 1ste Halvaar 1883. Christiania: A.W. Brøggers Bogtrykkeri, 1883: 38.
- Hopstock H. Det anatomiske institut: 23. januar 1815–23. januar 1915. Christiania: Aschehoug, 1915.
- Kyllingstad JR, Rørvik TI. 1870–1911: vitenskapenes universitet. Oslo: Unipub, 2011: 195–6.
- Fossum S, Holck P, Benestad HB. Historien om Anatomisk institutt: et moderne universitet blir til. Oslo: Pax, 2023: 50.
- Guttormsgaard G, Hofseth D, Larsen Ø, red. Innsikt synlig. Oslo: Universitetet i Oslo, 2001.
- Bull F. Norske portretter: videnskapsmenn. Oslo: Gyldendal, 1965: 53.
- Margócsy D, Somos M, Joffe SN. Vesalius annotations and the rise of early modern medicine. Lancet 2019; 393: 738–9.
- Børdahl PE, Hem E. Fra Problemata Aristotelis til Döderleins håndbøker. Rikshospitalets gamle bogsamling, et kunnskaps- og forskningsverktøy. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3588–91.
- Søk i Anatomisk institutts samling i bibliotekdatabasen Oria. Lest 24.10.2024.
- Larsen Ø, red. Norges leger. Bd. 2. Oslo: Den norske lægeforen, 1996: 593–5.
- Pastor JF, Gutiérrez B, Montes JM et al. Uncovered secret of a Vasseur-Tramond wax model. J Anat 2016; 228: 184–9.
- Bundesbank D. Purchasing power comparisons of historical amounts of money. Lest 24.10.2024.
- Mackie J. Dream find: North Vancouver man's 16th-century anatomy book sells for \$3 million. Vancouver Sun 17.2.2024. Lest 29.6.2024.
- Nutton V. Vesalius revised. His annotations to the 1555 Fabrica. Med Hist 2012; 56: 415–43.
- Christie's. Online auction 22651 Fine printed books & manuscripts including Americana. De humani corporis fabrica Andreas Vesalius, 1555, his annotated copy. Lest 30.6.2024.



Enkelt valg: Iver Koppen trives godt med å gjennomføre LIS1 på kirurgisk avdeling i hjembyen Harstad. Foto: Hanna Sofie Valen Leynse

En rolig sommervakt som LIS1-lege

Da Iver Koppen skulle søke LIS1-stilling, ønsket han seg til sykehus på mindre steder. Håpet var å havne på en plass der han kunne jobbe selvstendig og samtidig få god veiledning. Da han fikk tilbud fra sykehuset i hjembyen Harstad, var valget enkelt.

07:00 Alarmen går. Jeg henter papiravisa. Jeg bor for tida hos mine foreldre, og vanligvis preges frokosten av politiske diskusjoner og liv. Nå som de er bortreist, er det radioen som fyller stillheten mens jeg drikker kaffen.

07:45 Jeg går ut døren hjemmefra. Sykehuset ligger akkurat for langt unna til å gå, men kjøreturen er heldigvis kun noen minutter lang.

08:00 Kirurgene og ortopedene har felles morgenmøte. Vi går raskt igjennom alle innleggelsene det siste døgnet og diskuterer andre saker av felles interesse. Om sommeren er det ofte mindre planlagte operasjoner. I tillegg er vi ekstra godt bemannet denne dagen på grunn av overlappende turnus. Nesten alle stolene er opptatt. Som ved mange sykehus sitter LIS1-legene langs veggene og overlegene ved bordet i midten. Vi er

til sammen 24 LIS1-leger, 12 på kirurgisk avdeling og 12 på medisinsk.

08:06 Ortopedene forlater møterommet. Vi ved kirurgisk avdeling blir igjen. Sengeposten og operasjonsprogrammet gjennomgås.

08:33 Morgenmøtet er ferdig. Ofte ville vi nå hatt undervisning, men det er mindre av dette i sommermånedene. Det gir oss tid til påfyll av både kaffe og sosialt mens vi logger på DIPS oppe på sengeposten.

09:10 Previsitten begynner når sykepleierne er klare. Ofte tar vi denne alene, men i dag gjennomfører vi den sammen med de andre LIS1-legene på jobb, overlege og sykepleiere. I dag er vi uvanlig godt bemannet samtidig som forholdene på sengeposten oppfattes som rimelige. Vi blir enige om at dette kommer til å bli en bra dag.

10:00 Vi starter visitten samlet med legegruppa og den ansvarlige sykepleieren. Selv om overlegen er til stede, fører vi LIS1-legene hovedsakelig samtalen med våre «egne» pasienter. Når vi gjennomfører i gruppe, er risikoen at man blir litt passiv og lener seg på de som har lengre fartstid enn en selv, så det er jeg bevisst på. Etter hvert splitter vi oss opp for å sikre fremdrift.

11:00 Visitten er stort sett ferdig. Noen pasienter venter vi å snakke med til vi har fått utlevert radiologiske beskrivelser eller har fått konferert relevante prøvesvar med andre. Resten av tida før lunsj benyttes til skrivearbeid. Vi har på forhånd fordelt arbeidet noenlunde likt mellom oss.

Mester-svenn-tradisjon: I likhet med jobben på sykehuset, lærer Iver å fikse motoren av sin båtvante onkel. Foto: Privat



Iver Koppen

Alder: 26 år

Yrke: LIS1-lege på Kirurgisk avdeling, Harstad sykehus

Tre kjappe:

Beskriv deg selv med tre ord?

– Nysgjerrig, rolig og engasjert.

Hva er drømmejobben?

– Det er litt vanskelig å si. Jeg er enn så lenge litt usikker. Tror det er mye jeg kunne ha trivdes med, alt fra kirurgi til psykiatri. Men jeg vet at jeg ønsker å påvirke på systemnivå i helsetjenesten. Et engasjement i WHO hadde vært en drøm.

Hva skulle du ønske du visste om det å være LIS1-lege på forhånd?

– Tida går veldig fort. Det er litt skummelt å tenke at LIS1-stillingen kan være første og siste mulighet til å teste et nytt fagområde. Vi blir en sammensveisa gjeng i turnustida, og så kommer vi til å bli spredt rundt omkring etter hvert. Man må huske å nyte denne tida.

12:00 Vi avtaler gjerne felles lunsjtid i kollegiet. Det er fint å ha en deadline å forholde seg til. Rundt klokka tolv dirrer det ofte i ulike Messenger-chatter om at folk er på vei til kantina. I dag er det rolig der. De ulike vaksjiktene sitter gjerne side om side og spiser.

12:25 Tilbake ved avdelingen får jeg unnagjort en epikrise og tatt imot en elektiv pasient som skal opereres i morgen.

14:00 Postarbeidet er i all hovedsak ferdig. Jeg logger meg på et Teams-møte hvor vi planlegger temaer og tekster til den kommende utgaven av Overlegen, hvor jeg er en del av redaksjonen.

15:20 Jeg er ferdig for dagen og går ned i garderoben for å skifte til sivilt. I gangen løper minuttene fort av sted når jeg slår av en prat eller to med andre kollegaer.

15:50 Jeg ankommer Stornes fergekai. Selv om jeg har smurt ekstra matpakke, kjøper jeg kaffe og en pizzabolle fra noen ungdommer som vil tjene seg noen ekstra kroner ved fergekaia. Denne ettermiddagen skal jeg ut på hytta på Bjarkøya. Båten vår fikk motorstopp forrige helg, så onkelen min og jeg skal få den på land igjen. Over Toppundet leser jeg en interessant bok om Kina. Dit går ferien om under to uker.

17:00 Fremme på hytta. Onkelen min har traktet kaffe. Det er lenge siden jeg har sett han, og vi snakker om alt og ingenting. Det regner på hyttetaket, og vi kan med fordel vente på litt mer høyvann før vi drar opp båten.

18:30 Vi ordner klart naustet, slipper vogna ut og padler båten uten fungerende motor fra flytebrygga til båtslippen. Når båten er kommet på land, inspiserer vi motoren og blir enige om at resten får vente. Som ved sykehuset lever mester-svenn-tradisjonen i beste velgående også i denne sammenhengen.

21:00 Jeg vender snuten hjemover til Harstad, en times bil- og fergetur.

22:00 Hjemme igjen etter en lang dag. Magen rumler, og restene fra gårdsdagens wokmiddag smaker bedre enn forventet.

23:15 Jeg inntar sengen og legger fra meg mobilen. Som oftest leser jeg i en bok før jeg blir så trøtt at jeg må legge fra meg den også. Jeg rekker å tenke at dagen i dag har vært så rolig at neste nok også blir det. Men man vet jo aldri, sykehushverdagen kan være full av overraskelser. ■

Helena Heimer Rognstad

helena.rognstad@tidsskriftet.no

Julie Didriksen

julie.didriksen@tidsskriftet.no

Skjermen og barna

Nr. 8/1959

Medietilsynets Foreldre og medier 2024-undersøkelse viste blant annet at 12 % av barn i alderen 1–4 år, og så godt som alle barn over 12 år, har tilgang til mobiltelefon. Halvparten av barn i alderen 1–17 år har over to timer skjermtid per dag, og tallet øker med alderen. Mot slutten av 1950-tallet var det også bekymring rundt skjermbruk, men da var det snakk om tv-skjermen, som var på vei inn i norske hjem. I Tidsskriftet nr. 8/1959 finner vi en redaksjonell tekst om nylig publisert forskning på nettopp hvordan det står til med barn som har tilgang til fjernsyn hjemme (Tidsskr Nor Lægeforen 1959; 79: 491–2).

Barn og fjernsyn

Nå når fjernsynet snart er en realitet her hjemme, kan det være av interesse å høre hvilke erfaringer man har høstet i land som allerede har hatt regelmessige fjernsynsendinger i en del år. En større undersøkelse over 4 år av Himmelweit og medarbeidere (Television and the Child. Oxford University Press, London 1958) fra London School of Economics ble nylig avsluttet og publisert. Undersøkelsen gjaldt det som kanskje har vært mest fremme i diskusjonen, nemlig virkningen på barna, og i en lengre redaksjonell kommentar kommer Lancet (Lancet II: 186, 1959) inn på enkelte punkter. Fjernsynets virkning på barna kunne skjematisk deles inn i tre hovedgrupper: de som kunne føres tilbake til den tid fjernsynet la beslag på, fortregning av andre sysler; de som stammet fra programmenes innhold og verdi; og de som virket inn på barnets hele atferdsmønster og vaner.

Desto rikere og mer aktivt barnets liv hadde vært før fjernsynet kom, desto mindre var virkningen

I motsetning til den vanlige oppfatning fantes at de aller fleste barn så selektivt – gjennomsnittlig 12 timer ukentlig. Fritidssysler på kanten av barnets interesse ble fortregnet i relativt stor utstrekning, og funksjonelt sett forbundne interesser, som kino og radio, viste tendens til å lide i konkurranse med det nye medium. Dette var ventet. Dessuten fantes at desto mer intelligent barnet var, desto mindre tid brukte han foran fjernsynsskjermen på bekostning av andre fritidssysler. På samme måte, desto rikere og mer aktivt barnets liv hadde vært før fjernsynet kom, desto mindre var virkningen. Det fremgikk klart at barnet med personlighetsproblemer, hemmet i emosjonelle forbindelser, sky, dårlig tilpasset og usikkert var mest «forfallen» til fjernsynet, som tilbyr kompensasjon for dets dårlige sosiale tilpasning. Dette funn, som stemmer med klinisk erfaring, er viktig for så vidt som den underliggende lidelse foreviges. Desto mer disse barn fortaper seg i fjernsynet, desto mindre oppmuntres de til å vinne over sine emosjonelle vanskeligheter ved å søke sosial kontakt. Følgelig ble deres muligheter for tilpasning enda mindre. Overdreven «seing» skyldes således underliggende personlighetstrekk og kan ikke sies å være en kausal faktor. I motsetning hertil hadde sport og lek, aktive hobbyer og sosiale interesser beholdt sin plass hos barn og ungdom med sunnere innstilling (og det er heldigvis størsteparten), med televisjonen på annenplass. Disse funn er for størstedelen beroligende.

Det er mindre grunn til tilfredshet når det gjelder virkningen av programinnholdet. Den anvisende faktor her er det antall barn som regelmessig ser kveldsprogrammer beregnet på voksne. Det løper opp i minst 50 % av dem som er 10 år



Undersøkelsen viste klart at Western fremkalte liten eller ingen angstreaksjoner hos de fleste, bortsett fra de meget små eller usikre barn

eller eldre, og 75 % av stemmene for de mest populære programmer var i overensstemmelse med de voksnes smak. Av disse ble skuespill satt først. Det gamle tema godt-mot-vondt gir sannsynligvis ikke større traumatisk virkning når det fremstilles i televisjonen enn gjennom andre massemedier. Variasjoner over indianer-og-hvit vil forbli favoritter overalt hvor robuste unggutter leker sammen, og uten skade. Undersøkelsen viste klart at Western fremkalte liten eller ingen angstreksjoner hos de fleste, bortsett fra de meget små eller usikre barn. Handlingen i disse skuespill og filmer er stereotype og urealistisk. Heller ikke var der noe som tydet på at slike programmer fremkalte aggressive reaksjoner hos sunt tilpassede barn. I

motsetning hertil presenteres vold med større realisme i skuespill beregnet for voksne, og på en mer familiær måte og med forsterket dramatisk effekt. Vekselvirkningen av personer, gode og dårlige, er mer kompleks, misforstås lettere av uerfarne barn, og er derfor mer forvirrende. Fremstilling av konflikter blant voksne, med stress og disharmoni som vanlige ledd i handlingen, tenderer til å fremkalle uroende virkning, også blant ungdom. Særlig barn forvirres av gjentakelser hvor gjenstanden for aggresjon, verbalt like meget som fysisk, er en person de lett kan identifisere seg med. Rapporten understreker at majoriteten av fjernsynsskuespill bibringer hovedsakelig de samme holdninger og verdier kumulative i sin virkning. Disse funn er av stor betydning for foreldre som er ansvarlige for reguleringen av barnas «seing», og ikke mindre for fjernsynsledere og programsekretærer.

Det er alminnelig antatt at fjernsyn gjør barna mer passive. Undersøkelsen fant ikke støtte for dette syn. Intet signifikant tap av initiativ, sløving av fantasien eller reduksjon av lyst var påviselig blant seerne sammenlignet med kontrollene. Hvis imidlertid fjernsynet ikke fremkaller passivitet, så stimulerer det heller ikke aktiviteten meget. Ifølge sin natur tenderer det til å stimulere interessen fremfor aktiv beskjeftigelse. Dette inntrykk av balanse mellom positive og negative virkninger går igjen i hele undersøkelsen, og det er tydelig at både fjernsynets talsmenn og dets motstandere har vært for kategoriske i sine påstander. Med Himmelveits ord, hvis fjernsynet er et vindu mot verden, gir det et utsyn som ikke er for meget forskjellig fra det man får gjennom bøker, teater, film og radio. På den annen side har fjernsynet, som ethvert nytt medlemsmiddel før det ved sin innførelse vekket en bekymring som etterfølgende erfaring for størsteparten vil feie bort. ■



«Cowboygutter» ser fjernsyn, 1960.
Foto: Leif Krohn Ørnelund (1914–92) / Oslo Museum / CC BY-SA

Norsk lærebok i ekkokardiografi



Klinisk ekkokardiografi

Paul Anders Sletten Olsen,
Jan Otto Beitnes
296 s., ill., Universitetsforlaget, 2024.
NOK 499
ISBN 9788215060538

Klinisk ekkokardiografi er en etterlengtet norsk lærebok. Imponerende nok er det en lege i spesialisering (LIS) i hjertesykdommer som har vært initiativtaker, og som medforfatter har han fått med seg en erfaren kardiolog som har høy kompetanse i bruk av ekkokardiografi.

Boken er relativt omfattende med hele 23 kapitler. Innledningsvis er det et kapittel som gir grunnleggende informasjon om ekkokardiografi, deretter beskrives den ekkokardiografiske undersøkelsen. Så følger tre kapitler om venstre ventrikkel, ett kapittel om iskemisk hjertesykdom, regional veggbevegelse og stressekkokardiografi og seks kapitler om klaffesykdom. Kontroll av klaffeproteser, høyre ventrikkel og pulmonal

hypertensjon, infeksjøs endokarditt, kardiomyopati, perikardsykdommer, aortasykdommer, tumorer i hjertet, systemsykdommer, kardial embolisme, graviditet og medfødte hjertefeil er alle omtalt i egne kapitler. Til slutt er det oppgitt utvalgt litteratur til hvert av kapitlene.

Boken er i litt mindre enn A4-format, er illustrert med beskrivende ekko-/dopplerbilder og tegninger og har oppsummerende tabeller. I tillegg er det flere illustrerende kasuistikker og fremheving av viktige kliniske poenger markert med blå bakgrunn. Språket er godt, og det er knapt grammatikalske feil. Siden boken er en førsteutgave, er det ikke overraskende enkelte redigeringsfeil. De aller fleste aspekter innen klinisk ekkokardiografi er belyst på en god og forståelig måte, og omfanget av beskrivelse av de forskjellige emnene synes å være veloverveid.

Målgruppen er ifølge forfatterne nybegynnere på området som skal lære seg ekkokardiografi fra bunnen av. Det er også et mål at erfarne ekkokardiografører skal kunne ha nytte av boken for å forbedre egen undersøkelsesmetodikk. Etter mitt syn har forfatterne

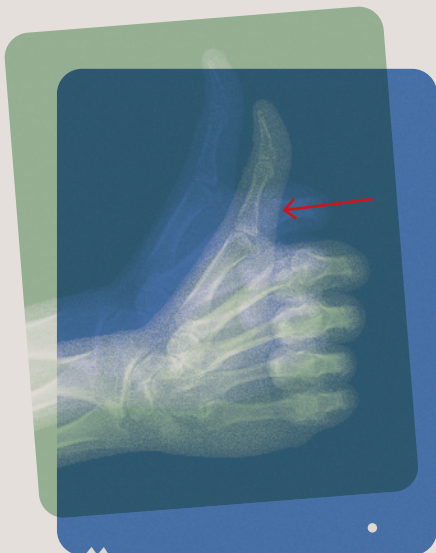
lykkes svært godt med denne målsettingen.

Boken er imidlertid ikke et ekkokardiografiatlas, noe som også fremgår av bokens tittel. Den er en grundig lærebok som tar for seg kliniske problemstillinger der den ekkokardiografiske undersøkelsen er sentral. Dette gjør at det er relativt mye tekst sammenlignet med antall ekko-/dopplerbilder. Man bør nok derfor ikke være helt uten erfaring med ekkokardiografi for å ha mest nytte av boken. Hjerteinteresserte LIS 2-leger med noe ekkokardiografierfaring samt alle LIS 3-leger i hjertesykdommer anbefales å skaffe seg boken. I tillegg kan kardiologer, medisinstudenter og ekkoteknikere ha nytte av å lese boken. Hvis jeg skal ønske meg noe for neste utgave, er det noen flere ekko-/dopplerbilder og flere enkle forklarende figurer, som ofte gjør det lettere å forstå stoffet enn det det bare er beskrivende tekst. ■

Erik Øie

Erik Øie er seksjonsoverlege i kardiologi og professor

facebook.com/
tidsskriftet



Tidsskriftet på Facebook

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

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

Tidsskriftet 

Kjell Johansen



Spesialist i allmenntmedisin Kjell Johansen døde tirsdag 17. juni 2025. Han var født i 1939 i Jøssund kommune, Sør-Trøndelag, og ble cand.med. i Bergen 1966. Han var distriktslege i Fusa 1968–71, drev privatpraksis og var i perioder stipendiat ved Institutt for allmenntmedisin i Bergen 1972–85, før han var i allmenntpraksis i Bergen 1985–2006. I perioden 1975–80 var han også formann i komiteen for Solstrandkurset og i 1981–89 formann i kurskomiteen i Hordaland legeförening samt avdelingsrådgiver for støttekollegene i Hordaland fra 1992, senere støttekollega så lenge det var behov for ham. Kjell sto støtt som en seigvokst malmfuru med mange greiner – det er umulig å nevne alle.

Han startet en Balint-gruppe for kolleger og etablerte lege-for-leger-tjenesten i Hordaland fra 1990. I 1992 ble han valgt som avdelingsrådgiver for støttekollegene i Hordaland og var med i pionerarbeidet med å bygge ut og styrke samt skape respekt for og tillit til dette tilbudet. Frem mot årtusenskiftet var Kjell med på å påvirke utviklingen av denne tjenesten, som etter hvert fikk økende betydning for Legeföreningens medlemmer. *Utbrethet* har fra denne tiden gått fra å være et fremmedord som beskrev en «subvalid» minoritet, til å være et symptom som en økende andel av kollegene opplever som en realitet – i spagaten mellom egne behov, familiens behov, myndighetenes krav og pasientenes forventninger.

Kjell opplevde selv livstruende sykdom som 18-åring. Dette preget ham, gjorde ham vidsynt, takknemlig og fikk ham til å sette pris på helsearbeidere av alle kategorier. Han ble en sterk motstander av prinsipptrykkeri, silotenkning og strengt hierarki. Dette fikk ham også til å arbeide for å utbre erkjennelsen av sitt credo: «Leger er også en slags mennesker, med samme behov og begrensninger som våre pasienter har».

Dessuten var han, under ledelse av Per Fugelli, en pioner innen arbeidet for å etablere allmenntmedisin som en egen spesialitet og å gjøre oss stolt over å ivareta helheten og kontinuiteten – det å være *fast* (med norsk, ikke britisk uttale). Han fylte studenter med en egenskap som pasienter verdsetter: engasjement og nysgjerrighet. I tillegg var han fødselshjelper for mentorordningen og stimulerte kandidatene mot til å prøve, til å erkjenne egne begrensninger og etter hvert oppleve trygghet. Kjell var en klok, trygg, lyttende mentor og «storebror». For mange av oss var han en skriftefar, han så deg. I plenum ventet han gjerne med sine refleksjoner til kvikkere debattanter hadde levert sine innlegg. Deretter kunne han komme med kommentarer som var undrende – ikke hoverende, men oftest kloke.

Vi er mange – både pasienter og kolleger – som takker for innsatsen og hadde håpet å få ha ham som klok rådgiver i mange gode år fremover. Vi må imidlertid være takknemlige for at han var med oss så lenge, trass alvorlige sykdommer de siste årene.

Kjell siterte ofte Olav H. Hauges dikt om Osamannen, *Gjer ein annan mann ei beine*, som sto som en læresetning for hans egen uegennyttige innsats. Til noen utvalgte delte Kjell også ut en vakker loddsnor i sølv, spesiallaget etter hans design, komplett med sitatet som lå bak: «Det oppreiste sinn står i loddsnorens tegn» fra Johan Falkbergets roman *An-Magritt*.

Vi tenker på Eva og familien i sorgen over tapet av Kjell. ■

Øystein Melbø Christiansen, Nina Ingebrigtsen, Stein Nilsen

Alfred Ingvar Halstensen



Vår kjære kollega og venn, professor og overlege Alfred Ingvar Halstensen døde i Bergen 3. juni, 75 år gammel. Med Alfred sin bortgang har vi mistet en fremragende lege, forsker, lærer og mentor.

Alfred ble født 13. juni 1949 i Bekkjarvik og vokste opp i en familie med røtter i fiske- og handelsnæringen på Austevoll. Etter uteksaminering fra medisinstudiet i Bergen i 1975, turnustjeneste og tjeneste i Sjøforsvaret, fant han sin faglige hjemmehavn ved Haukeland sykehus i 1978, hvor han ble værende i over 50 år.

Alfred spesialiserte seg i indremedisin og i infeksjonssykdommer, og han forsvarte sin doktorgradsavhandling om meningo-kokksykdom i 1988. Hans forskning var banebrytende, særlig studien som påviste en korrelasjon mellom TNF- α -nivå og dødelighet ved meningokokksepsis. Den var i lang tid Universitetet i Bergens mest siterte artikkel. Alfred ble en nasjonal autoritet på denne sykdommen, og hans innsats kan ha bidratt sterkt til at Medisinsk avdeling B på Haukeland hadde en høyere andel overlevende enn resten av landet.

I 1992 møtte Alfred sin første pasient med nekrotiserende fasciitt. To år senere ble det publikasjon i *The Lancet*, og han benyttet media aktivt for å gi befolkningen kunnskap om denne og andre alvorlige infeksjonssykdommer. Hans sterke posisjon i fagmiljøet ble bekreftet da han mottok infeksjonsforeningens seniorpris i 2005.

Som professor ved Universitetet i Bergen fra 1993 var Alfred en engasjerende foreleser som smittet generasjoner av medisinstudenter med sin fascinasjon for «jakten på mikrobene». Han var også svært opptatt av studentenes ve og vel. Han var leder for Institutt for indremedisin i 11 år fra 1999, og han bidro sterkt til oppbyggingen av nye studieprogrammer som farmasi og klinisk ernæring.

Alfreds maritime bakgrunn fulgte ham hele livet. Fra 1985 til 2023 deltok han i vaktordningen for Radio Medico, og ga råd til sjøfolk i nød gjennom 38 år. I 2021 ble han æresmedlem i Norsk forening for maritim medisin.

I sine senere år vendte Alfred seg mot ernæringsforskning og publiserte studier om helseeffektene av torskeproteiner. Hans publikasjon om torskens potensielle forebyggende effekt mot covid-19 kom så sent som i november 2023.

Alfred Ingvar Halstensen vil bli husket for sitt engasjement for venner, kolleger, studenter og pasienter. Vi vil savne hans gode humør og smittende latter. Hans bidrag til norsk infeksjonsmedisin vil leve videre.

Våre tanker går til Ingebjørg og sønnene, samt øvrige familie og venner. ■

På vegne av kolleger ved Haukeland universitetssykehus og Universitetet i Bergen.

Trond Bruun, Stig Harthug, Steinar Skrede, Einar Svarstad, Stener Kvinnsland, Nina Langeland, Silke Appel, Per Sigvald Bakke

Vemund Digernes



En pioner innen arbeidsmedisin er gått bort. Vemund Digernes sovnet stille inn den 1. mai 2025 etter lengre tids sykdom, nær 80 år gammel.

Vemund ble født 29. desember 1945. Han ble uteksaminert fra Universitetet i Oslo i 1974, tok doktorgrad i 1984 på *In vivo and in vitro effects of carcinogenesis* og ble toksikolog og spesialist i arbeidsmedisin. Han arbeidet med kreftforskning ved Rikshospitalet, var bedriftslege ved Dyno Industrier AS og medisinsk fagsjef og toksikolog i Prosessindustriens Landsforening, senere Norsk Industri, fra 1997 til han ble pensjonist i 2012. I hjemkommunen Nittedal var han aktiv på mange måter, herunder politisk og humanitært arbeid samt mangeårig legevaktjeneste.

Engasjementet for arbeidsmedisin var brennende, med et særlig fokus på god oppfølging av asbesteksponerte arbeidstakere. Gjennom årene har han også publisert flere artikler om arbeidsbetinget sykdom. Vemund var et faglig fyrårn innen toksikologi og arbeidsmedisin. Mange har nytt godt av hans kompetanse for å forebygge og følge opp helseskader. Han var aldri redd for å si hva han mente, samtidig som han var kunnskapsorientert på sitt fagfelt. Selv som pensjonist viste han en sjelden utholdenhet i arbeidet med å sikre en så god oppfølging som mulig for arbeidstakere som hadde jobbet med asbest. I møte med faglig uenighet og motstand var han utrettelig i sin søken etter ny og oppdatert kunnskap.

Vemund hadde mange sentrale verv i Lions Club Nittedal, og i 2021 fikk han Lions høyeste utmerkelse, Melvin Jones Fellowship Award.

Vi minnes en kollega som var inkluderende og likendes, med et oppriktig engasjement for sine medmennesker. Med sin lune form kombinert med sunnmørsk stahet oppnådde han respekt og anerkjennelse. Han hadde alltid noen kloke faglige råd å komme med. Ikke minst likte han å diskutere fag og finne gode løsninger til beste for alle parter på en arbeidsplass. Derfor vil hans engasjerte stemme bli savnet.

Våre tanker går til Vemunds kone, Mona Lisa, barn og barnebarn. ■

Vi lyser fred over Vemunds gode minne.

Geir Riise, Erik Dahl Hansen, Tore G. Abrahamsen

Ingvar Hjermand



Vår læremester Ingvar Jacob Hjermand døde 23. mars 2025, over 90 år gammel.

Hjermand var internasjonalt kjent for det prospektive og kontrollerte forsøket om røyking og kosthold, som utgjorde hovedarbeidet i hans doktorgradsavhandling. Det viste at et kosthold med mindre mettet fett, mer fisk og grønnsaker, samt røykestopp, kunne forebygge hjerteinfarkt.

Han var født i Lærdal, og selv om han studerte medisin i Oslo, la han aldri helt vekk den typiske dialekten. Når vi diskuterte annet enn forebyggende kardiologi, kom han inn på sin bror «ordføreren», lokale hendelser og laksefiske i Lærdalselven. Allerede på 1970-tallet markerte Hjermand seg med data fra Oslo-undersøkelsen sammen med Paul Leren og den sterke forskningsgruppen ved Hjertemedisinsk poliklinikk på Ullevål sykehus. Screeningundersøkelsen samlet data fra 16 000 menn i Oslo med alderen 40–49 år. Tverrsnittsanalysene viste korrelasjoner mellom kolesterol, triglycider, glukose, blodtrykk og kroppsvekt, og representerte kanskje den første beskrivelsen av det metabolske syndromet. Røykevaner, fysisk aktivitet og alder var flettet inn slik som vi i dag synes er åpenbart.

Menn i Oslo-undersøkelsen med høyt kolesterol og røykevaner ble rekruttert til Hjermands intervensjonsforsøk, og menn med mild hypertensjon ble rekruttert til et parallelt forløpende blodtrykkforsøk ved Anders Helgeland. Forskningsgruppen hadde også suksess med diverse studier innen hypertensjon, både i forhold til patofysiologi og med tanke på ulike farmakologiske prinsipper. Hjermand veiledet også et kontrollert forsøk som viste at saltfattig diett gjennom ett år senket blodtrykket med 10 mmHg.

I sitt virke hadde Hjermand en sjelden egenskap: Han kunne være som en streng skolemester som sa tydelig fra til pasientene at livremmen måtte strammes inn to hakk til neste kontroll, samtidig som han utstrålte varme og omtanke slik at pasientene forstod at han var på deres parti. Også som forsker var han inkluderende. Han løftet frem yngre kolleger og dro dem med opp på et høyt nivå. Han samarbeidet med statistiker Ingar Holme, som også ble en internasjonal kapasitet med virke innen store multinasjonale kardiovaskulære studier.

Da Tromsø-undersøkelsen ble startet i 1974, delte Hjermand raust av sine erfaringer fra Oslo-undersøkelsen. Dette, og de store fylkesscreeningene ved Statens Helseundersøkelser, bidro til standardiserte metoder og viktige felles analyser.

Hjermand ble avdelingsoverlege og professor på en nyopprettet forebyggende kardiologisk poliklinikk på Ullevål sykehus. Han fikk forskningspriser av Oslo Kommune, Universitetet i Oslo, Ingrid Espelid Hovigs matkulturpris samt Nasjonalforeningens hjertepris i år 2000. Han var publikasjonsaktiv til og med 2006 og levde deretter et tilbaketrukket liv sammen med sin kone og kollega Veslemøy. ■

Sverre E. Kjeldsen, Tor Ole Klemsdal, Serena Tonstad, Sigmund Andersen, Dag Thelle

Are Stuwitz Berg



Foto: Folkehelseinstituttet

Vår kjære kollega Are Stuwitz Berg (10. mars 1972–6. juli 2025), døde 53 år gammel etter et nokså kort og komplisert sykeleie. Vaksinemiljøet på Folkehelseinstituttet har mistet en engasjert pådriver, en sterk stemme, en unik ekspertise, en viktig brikke i det nasjonale og internasjonale samarbeidet. Instituttet har mistet en entusiastisk og høyt respektert kollega, og vi har mistet en god venn.

Vi ble kjent med Are i 2017 da han begynte på vaksineavdelingen på Folkehelseinstituttet. Hans bakgrunn som barnelege med spesiell interesse for infeksjonsmedisin og internasjonal barnehelse var en ettertraktet kompetanse i avdelingen. Han var en søyle fysisk med sine 2 meter, og ble raskt en søyle også vaksinefaglig.

Are hadde et brennende engasjement for jobben sin og leverte alltid. Hertet var med i alle saker, godt balansert med profesjonell distanse. Han var god til å fokusere på det som faktisk betydde noe, og var mer avslappet med «innpakningen».

Are hadde begge bena godt plantet på jorden og var trygg i seg selv. Det gjorde noe helt spesielt med måten han møtte mennesker på, måten vi samarbeidet på og hvordan vi hadde det på jobb. Han var en lagspiller og inkluderte alle. Han bidro til et godt og trygt arbeidsmiljø og var en viktig brikke i den gode kulturen avdelingen hans kan være veldig stolt av. Derfor er det helt naturlig at Are var en *alle* ble glad i.

Som leder visste vi at vi alltid hadde ham i ryggen. Han var tydelig og god til å prioritere, rolig og sindig, men ikke redd for å ta upopulære og vanskelige beslutninger når det trengtes. Han ble likevel opplevd som rettferdig og var godt likt både i og utenfor instituttet.

Familie, venner og fritid var viktig for Are. Familien hadde høyeste prioritet og han snakket alltid kjærlig om familien sin. Han viste med handling at det var viktig å gå hjem i tide, bruke tid med familien, koble av og tenke på andre ting enn jobb.

Are etterlater seg et stort tomrom i livene våre. Han var mer enn en kollega – han var en god venn, en fortrolig samtalepartner, en morsom kompis, en støttende veileder og en begavet leder og fagperson. Vi er heldige som fikk ha Are som vår nære venn, og minnene om ham er bare gode.

Våre tanker går til kona Anne Cecilie og de tre barna, som han elsket høyest av alt. ■

Sara Viksmoen Watle, Margrethe Greve-Isdahl

Are Stuwitz Berg

Med dyp sorg mottok vi budskapet om at vår kjære kollega Are Stuwitz Berg døde 6. juli, bare 53 år gammel (1972–2025), etter noen måneders sykdom.

Are vokste opp på Romsås og utdannet seg til lege ved Universitetet i Oslo i år 2000. Turnustjenesten ble

gjennomført på Lillehammer sykehus og i Nordre Land kommune. Før han ble ansatt som overlege ved Folkehelseinstituttet i 2017, var han lege ved Oslo legevakt, senere barnelege på Akershus universitetssykehus og ved Haydom-sykehuset i Tanzania. Han tok doktorgrad ved Universitetet i Oslo om pneumoni hos barn i 2018. Han hadde flere lederstillinger før han i 2024 ble direktør for smittevernområdet ved Folkehelseinstituttet.

Under koronapandemien fikk Are en sentral rolle ved Folkehelseinstituttet, der han ledet den praktiske gjennomføringen av koronavaksinasjonsprogrammet, noe som inkluderte møter med statsforvaltere og kommuneleger for å støtte dem og dele kunnskap om vaksinefordeling og praktisk organisering. Are jobbet utrettelig i denne svært krevende perioden og sto alltid støtt bak sine medarbeidere. Vanskelige beslutninger ble formidlet på en klar og tydelig måte. Han fremstod alltid nær, klok og troverdig, og han var lett å spørre for både kolleger og eksterne samarbeidspartnere.

Vi som kjente Are gjennom Folkehelseinstituttet hadde stor glede av hans faglige tyngde og gode strategiske vurderinger. Han evnet å se både det nære og det store perspektivet. Han var opptatt av å sikre like helsemuligheter for alle, både i Norge og i verden. Han var et godt forbilde og tro mot sine verdier. Are lyttet til andres perspektiver og bidro med kloke vurderinger og gjerne med lun humor.

Vennekretsen fra oppvekst, studier, nabolag og jobb var stor, og alle vi som kjente Are føler at han var «litt vår». Det var likevel aldri tvil om at de som hadde høyest prioritet i Ares liv var hans familie: Anne Cecilie og barna Erle, Even og Iver. Han stilte opp for barna som loppegeneral i Tonsenhagen skolekorps, var stolt heilagjeng på musikaloppsetninger og andre forestillinger og gjorde en stor innsats som basketballtrener i hverdagen og på turneringer rundt i landet.

Vi på Folkehelseinstituttet vil huske Are som en unik og tilstedeværende leder, fremstående fagperson og varm og omsorgsfull kollega. Han var høyt respektert både på Folkehelseinstituttet og blant samarbeidspartnere i helseforvaltningen i Norge og i utlandet, samtidig var han en person man ble svært glad i. Han etterlater seg et stort tomrom på instituttet.

Vi sender varme tanker til Ares kone, tre barn og øvrige familie. ■

Guri Rørtveit, Preben Aavitsland, Siri L. Feruglio, Siri H. Hauge

Ph.d.-disputaser

Eivind Heggernes Ask

Integrative immune profiling and computational tools for prognostic biomarker discovery in lymphoma.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 27.6.2025.

Bedømmelseskomiteé: Evan W. Newell, Fred Hutch Cancer Center, USA, Thomas Stauffer Larsen, Syddansk Universitet, Danmark og Marit Inngjerdningen, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Karl-Johan Malmberg og Arne Kolstad.

Elisabeth Berge Budal

Placental pathology and its role in predicting neonatal outcomes after extremely preterm and term births.

Utgår fra Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen. Disputas 18.6.2025.

Bedømmelseskomiteé: Nikos Papadogiannakis, Karolinska Institutet, Sverige, Gitta Turowski, Oslo universitetssykehus og Lars Helgeland, Haukeland universitetssykehus.

Veiledere: Karin Collett og Jørg Kessler.

Tonje Bårdsen

Lung function outcomes from childhood to adulthood after extremely preterm birth.

Data from three population-based cohorts.
Utgår fra Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Disputas 4.6.2025.

Bedømmelseskomiteé: Louise Fleming, Royal Brompton Hospital, Storbritannia, Håvard Ove Skjerven, Universitetet i Oslo og Bernt Bøgvald Aarli, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Maria Vollsæter, Thomas Halvorsen, Ola Drange Røksund og Hege Synnøve Clemm.

Nigel Allan Callender

Mechanisms underpinning the haemodynamic responses to intermittent and sustained negative pressure in the lower limb.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 10.6.2025.

Bedømmelseskomiteé: Maria Hopman, Radboud University, Nederland, Klas Österberg, Göteborgs universitet, Sverige og Tone Kristin Bergersen, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Jonny Hisdal og Lars Øivind Høiseith.

Karl Mikkel Veum Eielsen

Chronic Depression and ISTDP.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 13.6.2025.

Bedømmelseskomiteé: Peter Lillienegren, Stockholms universitet, Sverige, Ellen Driessen, Radboud University, Nederland og

Marit Haram, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Pål Gunnar Ulvenes og Jan Ivar Røssberg.

Anders Einum

Primum non nocere: Prevention of preterm birth in Norway.

Utgår fra Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Disputas 13.6.2025.

Bedømmelseskomiteé: Jennifer Hutcheon, The University of British Columbia, Canada, USA, Trond Melbye Michelsen, Universitetet i Oslo og Jørg Kessler, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Nils-Halvdan Morken, Linn Marie Sørbye og Roy Miodini Nilsen.

Lars Aastebøl Frøjd

Insomnia in patients with coronary heart disease: A cross-sectional and prospective observational study.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 26.6.2025.

Bedømmelseskomiteé: Markus Jansson-Fröjmark, Karolinska Institutet, Sverige, Sweta Tiwari, UiT Norges arktiske universitet og Turid Birgitte Boye, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Toril Dammen, John Munkhaugen, Elise Sverre og Costas Papageorgiou.

Anneli Borge Hansen

Antidepressant drug treatment and follow-up of depression in general practice. Register-based studies of variation across sociodemographic groups.

Utgår fra Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Disputas 20.6.2025.

Bedømmelseskomiteé: Ole Rikard Haavet, Universitetet i Oslo, Ida Scheel Rasmussen, Københavns Universitet, Danmark og Una Ørvim Sølvik, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Sabine Ruths, Øystein Hetlevik og Valborg Baste.

Torbjørn Fossum Haldal

Inflammation following kidney transplantation as risk factor for post-transplant diabetes, graft loss, and mortality.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 10.6.2025.

Bedømmelseskomiteé: Mads Hornum, Københavns Universitet, Danmark, Beatriz Fernandez-Fernandez, Jimenez Diaz Foundation Health Research Institute, Spania og Marius Trøseid, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Trond Geir Jenssen, Anders Åsberg og Anders Hartmann.

Yngvil Solheim Husum

Anti-angiogenic treatment of neovascular age-related macular degeneration: The role of bevacizumab, aflibercept, and zoledronic acid.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 6.6.2025.

Bedømmelseskomiteé: Marion Silvia Schroeder, Skåne universitetssjukhus, Sverige, Yousif Subhi, Københavns Universitet, Danmark og Mona Skjelland, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Øystein Kalsnes Jørstad og Morten Carstens Moe.

Matthias Lippert

Towards anatomic digital twins in structural heart disease.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 19.6.2025.

Bedømmelseskomiteé: John Simpson, Evelinas London Hospital, Storbritannia, Phan Kiet Tran, Lunds Universitet, Sverige og Anette Ramm-Pettersen, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Henrik Brun, Ole Jakob Elle og Bjørn Bendz.

Erik Mein

Magnetic resonance imaging of cerebrospinal fluid tracer distribution and its efflux routes in humans.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 3.6.2025.

Bedømmelseskomiteé: Vesa Kiviniemi, University of Oulu, Finland, Kathinka Dæhli Kurz, Stavanger Universitet og Mathias Toft, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Geir Ringstad og Per Kristian Eide.

Andraž Nendl

The gut-heart axis in the heart failure continuum. Studies on gut microbiota signatures, gut-related inflammation, and circulating metabolites.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 3.6.2025.

Bedømmelseskomiteé: Johann Wojta, Medical University Vienna, Østerrike, Norbert Frey, Heidelberg University, Tyskland og Cathrine Rein Carlson, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Ayodeji Awoyemi, Marius Trøseid, Ingebjørg Seljeflot, Vibeke Bratseth og Sajan C. Raju.

Michael Quan Nguyen

Measuring clinical constructs in orthopaedic surgery: methods of achieving validity and reliability. A mixed-method approach for the validation of patient-reported outcome measures in ankle fracture patients.

Utgår fra Det helsevitenskapelege fakultet, Universitetet i Stavanger. Disputas 16.6.2025.

Bedømmelseskomiteé: Ola Rolfson, Göteborgs universitet, Sverige, Elisabeth E. Husebye, Oslo universitetssykehus og Per

Kristian Hyldmo, Universitetet i Stavanger.
Veiledere: Aksel Paulsen, Ingvild Dalen, Marjolein Memelink Iversen og Knut Harboe.

John Anders Tomas Nyberg

Strain echocardiography in healthy and diseased populations using speckle tracking and deep learning.

Utgår fra Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, NTNU. Disputas 18.6.2025.

Bedømmelseskomiteé: Frank A.

Flachskampf, Uppsala universitet, Sverige, Dana Cramariuc, Universitetet i Bergen og Arne Seternes, NTNU.

Veiledere: Bjørnar Leangen Grenne, Lasse Løvstakken, Håvard Dalen og Andreas Østvik.

Jakob Nordberg Nørgaard

First line treatment and PET/CT in multiple myeloma.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 5.6.2025.

Bedømmelseskomiteé: Elena Zamagni, University of Bologna, Italia, Laurent Garderet, Sorbonne Université, Frankrike og Tobias Gedde-Dahl, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Fredrik Schjesvold, Geir Tjønnfjord og Mona-Elisabeth Rootwelt-Revheim.

Brit Ellen Rød

Rituximab for multiple sclerosis: Safety, efficacy and mechanism of action.

Utgår fra Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen. Disputas 19.6.2025.

Bedømmelseskomiteé: Michael Levy, Harvard Medical School, USA, Lyla McKay, Karolinska instituttet, Sverige og Ketil Ødegaard, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Stig Wergeland, Øivind Torkildsen og Kjell-Morten Myhr.

Torstein Lindahl Schanche

Resuscitation from severe accidental hypothermia - An experimental study with special reference to management of hypothermia-induced cardiovascular dysfunction and cardiac arrest.

Utgår fra Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet. Disputas 6.6.2025.

Bedømmelseskomiteé: Sten Rubertsson, Uppsala universitetssjukhus, Sverige, Theresa Mariero Olasveengen, Oslo universitetssykehus og Ole Magnus Filseth, UiT Norges arktiske universitet.

Veiledere: Torkjel Tveita og Gary Sieck.

Anders Lund Selli

Pharmacodynamic and electrophysiological properties of drugs used for cardiovascular support during hypothermia.

Utgår fra Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet. Disputas 6.6.2025.

Bedømmelseskomiteé: Peter Paal, Krankenhaus Barmherzige Brüder Salzburg, Østerrike, Maria Pura Hortigon-Vinagre, Universidad de Extremadura, Spania og Inigo Zubiavrrre Martinez, UiT Norges arktiske universitet.

Veiledere: Erik Sveberg Dietrichs, Ole Martin Fuskevåg og Brage Håheim.

Mette Skorstad

Follow-up care of gynecological cancer survivors. Effects on empowerment after introduction of partly nurse-led consultations and eHealth technology.

Utgår fra Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Disputas 6.6.2025.

Bedømmelseskomiteé: Karina Dahl Steffensen, Syddansk Universitet, Danmark, Knut Magne Augestad, Universitetet i Oslo og Elham Baghestan, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Ingvild Vistad, Sveinung Berntsen og Line Bjørge.

Olaf Strømme

Extracellular Vesicles in Cancer: Mediators of Cytokine Signaling in Multiple Myeloma and Identification of Biomarkers in Bladder Cancer.

Utgår fra Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU. Disputas 4.6.2025.

Bedømmelseskomiteé: Jonathan Flax, University of Rochester Medical Center, USA, Rune Ougland, Oslo universitetssykehus og Therese Standal, NTNU.

Veiledere: Carl-Jørgen Arum, Marit Otterlei og Gaute Brede.

Marie Sørenstua

Ultrasound-guided nerve blocks within the thoracolumbar fascia for postoperative analgesia.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 19.6.2025.

Bedømmelseskomiteé: Pia Therese Jæger, Rigshospitalet København, Danmark, Gunnvald Kvarstein, UiT Norges arktiske universitet og Audun Stubhaug, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Ann-Chatrin Linqvist, Johan Ræder og Jan Sverre Vamnes.

Jorun Tangen

Disease manifestations and prognostication by imaging and echocardiography in covid-19 patients and in patients with myocardial infarction.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 24.6.2025.

Bedømmelseskomiteé: Luna Gargani, University of Pisa, Italia, Mai Tone

Lønnebakken, Universitetet i Bergen og Dan Atar, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Thor Edvardsen, Kristina Haugaa og Helge Skulstad.

Helene Melsom Tungesvik

The effects of anabolic-androgenic steroids on vascular function and morphology.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 12.6.2025.

Bedømmelseskomiteé: Maria Hopman, Radboud University, Nederland, Henrik Horwitz, Bispebjerg Hospital og Københavns Universitet, Danmark og Gudrun Høiseith, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Jonny Hisdal og Astrid Kristine Bjørnebekk.

Lars Tveiten

Vital Signs During the First 24 Hours of Life in Healthy Term Newborn Infants. Reference intervals for respiratory rate, heart rate, and rectal temperature: an observational study.

Utgår fra Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Disputas 20.6.2025.

Bedømmelseskomiteé: Lise Aunsholt, Københavns Universitet, Danmark, Eirik Nestaas, Universitetet i Oslo og Nils-Halvdan Morken, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Trond Markestad og Thomas Halvorsen.

Håvard Ulsaker

Endovascular repair of thoracoabdominal aortic aneurysms and thrombotic limb complications after evar.

Utgår fra Institutt og bildediagnostikk, NTNU. Disputas 17.6.2025.

Bedømmelseskomiteé: Timothy Resch, Københavns universitetet, Danmark, Ole Jørgen Grøtta, Oslo universitetssykehus og Dorthe Stensvold, NTNU.

Veiledere: Frode Manstad-Hulaas, Arne Seternes og Reidar Brekken.

Nikola Zivadinovic

Incidence and occupational risk factors for asthma at five-year follow-up of the Telemark Study.

Utgår fra Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Disputas 11.6.2025.

Bedømmelseskomiteé: Hille Suojalehto, Finnish Institute of Occupational Health, Finland, Lisa Aarhus, STAMI og Carl Tollef Solberg, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Anne Kristin Møller Fell, Regine Abrahamsen og Anthony Wagstaff, Johny Kongerud.

Legejobber

Legejobber.no er Tidsskriftets stillingsportal for leger. I tillegg tilbyr vi veilednings- og rekrutteringsstjenester

Finn din neste jobb på Legejobber.no

På **Legejobber.no** finner du den mest komplette oversikten over ledige legestillinger i Norge. Her kan du enkelt finne ledige stillinger etter spesialitet, geografisk område eller stillingstype. Du kan også sette opp e-postvarsel om ledige stillinger som passer dine kriterier og ønsker.

Ønsker du veiledning?

Legejobber tilbyr også veilednings- og rekrutteringstjenester for leger, og vi kan hjelpe deg gjennom hele prosessen frem til din neste jobb. Registrer deg under Min profil på **Legejobber.no**. Her kan du også lage din egen nedlastbare CV, som er skreddersydd for leger. Har du spørsmål, kan du ta kontakt på e-post: legejobber@tidsskriftet.no

Er du arbeidsgiver?

Ønsker du å annonsere ledige stillinger digitalt eller på papir? Du kan registrere deg som annonsør på **Legejobber.no** eller ta kontakt med oss på e-post: annonser@tidsskriftet.no eller på telefon 417 01 060. Informasjon om priser og formater finner du på **Legejobber.no**.

Allmenntmedisin



**Nesna
kommune**

Kommunal fastlege

Vår fastlege over 15 år har sluttet, og vi søker derfor etter en fremoverlent, selvstendig, faglig engasjert og motivert fastlege til å inngå i vårt helseteam.

Legekantoret er samlokalisert med sykehjem og hjemmetjenester i et helsehus hvor tverrfaglig samarbeid er et fokusområde.

- Fast stilling som fastlege
- Funksjon som tilsynslege på sykehjem
- 3 delt vakt, fordelt mellom kommuneoverlege, fastlege og LIS 1 lege
- Fastlegeliste på 1250

Vi tilbyr:

- Gode lønnsvilkår
- Konkurransedyktig fastlønn etter avtale, insentivlønn og ekstra kompensasjonsfridager

For fullstendig utlysning, se kommunens nettsider eller Legejobber.no. Søknadsfrist 31.08.2025



**Rauma
kommune**

Jobbe i vakre Rauma? Vi har ledig fastlegevikariat

Vi søker ny kollega til 12 mnd fastlegevikariat i et godt og energisk fastlegemiljø med umiddelbar nærhet til fjord og fjell!

- "Plussavtale" med kommunen.
- Listestørrelse på 800 pasienter.
- Til sammen 9 fastlegekollegaer samt LIS1 og klinikkpersonale.
- Oppstart 17. november 2025, evt. etter avtale

For fullstendig utlysningstekst, se kommunens nettside eller Legejobber.no. Søknadsfrist: 30.09.2025



**BERGEN
KOMMUNE**

Ledig deleliste ved Nesttun Allmennpraksis DA i Fana bydel

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

Søknadsfrist: 31.08.2025

Legejobber.no

Barnesykdommer



**GÖTEBORGS
UNIVERSITET**

56 000 studenter och 6 600 medarbetare gör Göteborgs universitet till en stor och inspirerande arbetsplats. Stark forskning och attraktiva utbildningar lockar forskare och studenter från hela världen. Med ny kunskap och nya perspektiv bidrar vi till en bättre framtid.

PROFESSOR I PEDIATRIK

**med inriktning mot barnkardiologi
förenad med anställning som
överläkare**

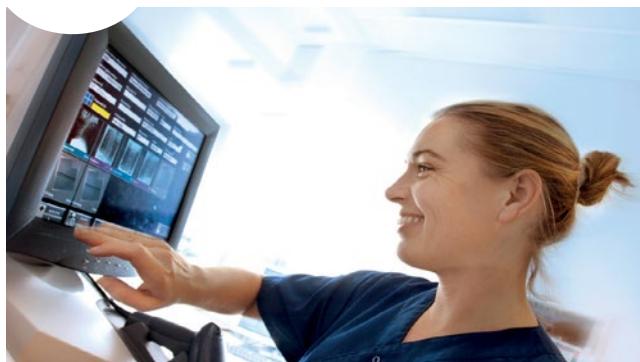
Ref nr: **PAR 2025/365**

Sista ansökningsdag: **2025-09-24**

För mer information se vår hemsida:

www.gu.se/omuniversitetet/aktuellt/lediga-jobb

Radiologi



UNILABS NORGE SØKER

Radiolog

til Sandnes og Kristiansand

LES MER PÅ
unilabs.no/jobb-og-karriere/LEDIGE_STILLINGER

Forskjellige stillinger

Lunds universitet grundades 1666 och rankas återkommande som ett av världens främsta lärosäten. Här finns omkring 46 000 studenter och 8 600 medarbetare i Lund, Helsingborg och Malmö. Vi förenas i vår strävan att förstå, förklara och förbättra vår värld och människors villkor.

MEDICINSKA FAKULTETEN SÖKER

Universitetslektor

UNIVERSITETSLEKTOR I MEDICINSK
 FORSKNING FÖRENAD MED
 BEFATTNING SOM SPEC/ÖL

Ansök senast 2025-09-12
 ref nr PA2025/1767



För mer information se
www.lu.se/vacancies

LUNDS
 UNIVERSITET

Geriatrici

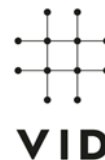


Tasta Sykehjem Lege til korttidsavdeling

Tasta sykehjem søker en engasjert sykehjemslege som sammen med en av de andre legene skal følge opp korttidspasientene. Vi får ledig en 50 % stilling. Ønsker du høyere stillingsprosent kan det være mulig å kombinere stillingen med arbeid på annet sykehjem. Vi har et godt tverrfaglig miljø. Legetjenesten er godt etablert med erfarne spesialister. Les mer på Legejobber.no

Diverse annonser

Delta i forskningsprosjekt om belastede psykoterapeuter



Vil du delta i et forskningsprosjekt om hvorfor belastede psykoterapeuter velger å slutte eller bli værende i yrket? Jeg søker både **praktiserende** og **tidligere psykoterapeuter** som vil stille til intervju i en kvalitativ studie om yrkesflukt og emosjonelle og etiske utfordringer i terapeutisk praksis.

For å delta må du være eller ha vært **registrert helsepersonell i Norge med kompetanse på psykisk helse** og ha jobbet med psykoterapi i minst et år. Tidligere og praktiserende psykoterapeuter fra hele landet oppfordres til å delta. Intervjuene vil foregå digitalt eller fysisk i Oslo-området.

Studien er et doktorgradsprosjekt ved VID vitenskapelige høgskole. Ta gjerne kontakt ved interesse: ada.leirstrand@vid.no

Legejobber*

Kurs og møter**Grunnutdanning i EMDR**

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

Trinn 1

Oslo 2. – 4. september 2025

Oslo 20. – 22. januar 2026

Digitalt vinteren 2026

Trinn 2

Oslo 25. – 27. november 2025

Digitalt 9. - 11. desember 2025

Bergen mai 2026

Påmelding og nærmere informasjon:
www.emdrutdanning.no

Vil du annonsere for ditt kurs?



Ta kontakt på
annonser@tidsskriftet.no

Tidsskriftet

Ledige stipender, legater, fond**STIPEND 2026****STIFTELSEN MENTALHYGIENISK RÅDGIVNINGSKONTOR STI utlyser stipend for 2026**

Stiftelsen Mentalhygienisk Rådgivningskontors formål er å fremme virksomhet innen det barne- og ungdomspsykiatriske helsevern ved tildeling av stipend til enkeltpersoner og institusjoner.

Formålene det kan søkes midler til må ha en bred forankring innen den psykodynamiske tradisjon som hele tiden var Mentalhygienisk Rådgivningskontors arbeidsform og forståelse.

Søknadsskjema, personvernerklæring og informasjon hentes ut via denne linken:

<http://medmenneskeioslo.com/legater/>

Det MÅ sendes en søknad for hvert prosjekt og for hver person. Søknaden må inneholde en oversikt over hva pengene skal brukes til. Det må foreligge en prosjektplan med budsjett og informasjon om hvorvidt det foreligger annen finansiering.

Søknaden må IKKE inneholde pasientopplysninger. Ved søknad om midler til forskningsrelaterte prosjekter inkludert kasusstudier og andre kvalitative prosjekter, må søker ha nødvendig etisk godkjenning før datainnsamling er påbegynt og denne må vedlegges søknaden.

Den som tildeles midler må gi en skriftlig rapport med vedlagt regnskap tilbake til Stiftelsen for å dokumentere at stipendet har blitt brukt til det formålet det ble søkt om. Ikke disponerte midler tilbakebetales. Dette må gjøres innen 30.04 året etter.

Ytterligere informasjon ved henvendelse til psykiater Rune Johansen 91 66 52 27, ru-jo3@online.no eller til psykolog Ingeborg Aarseth 48119573, ingeborg.aarseth@gmail.com

Styret i Mentalhygienisk Rådgivningskontor vurderer søknadene og tildeler midler. Det overordnede hensyn ved vurderingen er prosjektets kliniske relevans.

Søknad sendes via Digipost til Mentalhygienisk Rådgivningskontor:

(Logg deg inn på din egen Digipost og søk etter Mentalhygienisk Rådgivningskontor. Der kan du enkelt legge ved din søknad.)

SØKNADSRIST: 15. september 2025

Utlysning av AFU-stipend**Lyst til å prøve deg på forskning?**

Allmennt medisinsk forskningsutvalg (AFU) utlyser stipend til leger som vil gå i gang med et forskningsprosjekt som er aktuelt for primærhelsetjenesten. Er du lege i allmennt medisin eller samfunnsmedisin og har en idé du vil utforske eller et forskningsprosjekt du ønsker å realisere, kan du søke om stipend for inntil 6 måneder.

Allmennt legestipendet er i hovedsak rettet mot leger som ikke har forsket tidligere, og stipendet skal gjøre det mulig å ta fri fra andre oppgaver for å kunne forske – på heltid eller deltid. Det er nok at du har en god idé for å kunne søke, men du må ha kontaktet en veileder før du søker. Har du spørsmål, ta kontakt med et av de allmennt medisinske universitetsmiljøene i Oslo, Bergen, Trondheim eller Tromsø, eller send mail til: nfa@legeforeningen.no



Les mer på www.legeforeningen.no/afustipend eller skann QR-koden.

AFU-stipend utlyses to ganger i året. *Neste søknadsfrist er 1. november 2025.*

**FORSBERGS OG AULIES LEGAT
Nevrologistipend 2025**

Høsten 2025 kan legatet dele ut et stipend på inntil kr. 125.000,- til en yngre nevrolog, fortrinnsvis i begynnelsen av 30-årene.

Informasjon om legatets statutter finner du på www.forsbergaulieslegat.no.

Søknad sendes til legatets bestyrer:
Advokat Torleif P. Dahl
Pb. 394 Sentrum, 0103 Oslo, e-post: tpd@rime.no

Søknadsfrist: 20. september 2025

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.**

Ønsker du et varsel
når det dukker opp en
stilling som passer deg?
Sett opp e-postvarsel
på Legejobber.no

Legejobber



En å snakke med.
Konfidensielt.
Lett tilgjengelig.



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

3 gratis timer.
Uten journal.
Med taushetsplikt.



Støttekollegaordningen

DEN NORSKE LEGEFORENING

**DEN NORSKE
LEGEFORENING****Sentralstyret 2023–2025**

President Anne-Karin Rime
Visepresident Nils Kristian Klev
Ingeborg Henriksen
Ståle Clemetsen
Marie Skontorp
Paul Olav Røsbø
Yngvild Hannestad
Tobias Iveland
Hans Christian Myklestul

Sekretariatsledelsen

Generalsekretær Siri Skumlien

Avdeling for jus og arbeidsliv,
avdelingsdirektør Lars Duvaland

Medisinsk fagavdeling, avdelings-
direktør Johan Georg Røstad Torgersen

Kommunikasjonsavdelingen,
avdelingsdirektør Knut E. Braaten

Helsepolitisk avdeling, avdelings-
direktør Marit Bækkelund Randsborg

Økonomi- og administrasjons-
avdelingen, avdelingsdirektør
Erling Bakken

Postadresse

Den norske legeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Besøksadresse

Christiania Torv 5
Telefon: 23 10 90 00

Kontakt en ansatt

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

De følgende sidene
produseres av Legeforeningens
kommunikasjonsavdeling.

Redaksjon**Aktuelt i foreningen**

Vilde Baugstø
Ingrid Rise Fry
Lisbet T. Kongsvik
Stig Kringen
Andreas Haslegaard
Tor Martin Nilsen
Anders Ryen

Har du tips til
Aktuelt i foreningen?
Kontakt [vilde.baugsto@
legeforeningen.no](mailto:vilde.baugsto@legeforeningen.no)

Nå trenger vi et helseløft



Anne-Karin Rime
President

AK Rime

Høstens stortingsvalg nærmer seg med stormskritt. Uavhengig av hvem som vinner valget, må politikerne nå prioritere helse enda høyere enn tidligere. I hvert fall om vi skal beholde vår felles offentlige helsetjeneste.

« Vi i det offentlige har i alt for mange år tatt dere, leger, for gitt. Men det er kamp om dere! Det må vi ta innover oss». Disse viktige ordene sa helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre under Yngre legers forenings høstkurs i fjor. Regjeringen har også understreket viktigheten av å beholde og rekruttere helsepersonell i vår felles helsetjeneste. Dette er gode ord, men Legeforeningen venter likevel utålmodig på den store helsesatsingen.

I år er det stortingsvalg, og uavhengig av hvem som vinner, så håper jeg at helse blir en budsjettvinner til høsten. Det siste året har vi hørt mye om ventetidsløftet. Men vi trenger ikke bare et ventetidsløft, vi trenger et *helseløft*.

Til tider kan det virke som en etablert sannhet at Norge bruker mye penger på helse, sammenlignet med andre europeiske land. Men dette er en påstand som har blitt tilbakevist flere ganger i OECD sine rapporter. For å bevare vår gode helsetjeneste må nemlig Norge bruke mer ressurser på helse, samtidig som vi utnytter ressursene godt og effektivt. Så til landets politikere som er i gang med valgkampen: Nå er tiden for å ta noen viktige og nødvendige veivalg.

For det er ingen tvil om at det trengs endringer på strukturelt nivå. Vi har i lang tid ropt høyt om at varsellampene blinker rødt for sykehusene. For ett år siden slo VG opp at 19 av 20 sykehus ikke klarer å følge budsjettet sitt. Ikke overraskende når de har vært underfinansierte i lang tid. Investeringssetterslepet er på over 100 milliarder kroner. Byggene er underdimensjonerte for det de forventes å levere, og ansatte opplever alt for mange tidstyver i hverdagen. Da er det viktig med gode ledere som tør å si ifra. Men selv verdens beste leder kan ikke øke sykehusbudsjettet. Det er politikerne sitt ansvar. Når opplevelsen hos mange i tillegg er at økonomi alltid trumfer fag, og at vi stadig må løpe fortere for å holde budsjettene, så er det dessverre ikke rart at legene søker seg bort fra sykehusene. Men, som Legeforeningen påpeker gang på gang – gode faglige avgjørelser, til det beste for pasientene, er også god økonomi.

Dette er det ekstra viktig for oss å sette fokus på frem mot valget. Derfor har Legeforeningen nylig lansert rapporten «Perspektivmelding for spesialisthelsetjenesten». Rapporten blir et viktig dokument i vårt politiske arbeid frem mot og i etterkant av stortingsvalget. Den gir et historisk tilbakeblikk på utviklingen i spesialisthelsetjenesten, som er viktig for å forstå dagens utfordringer i sykehusene. Videre peker den på de hovedutfordringene som må løses for at spesialisthelsetjenesten skal være bærekraftig i fremtiden. Du finner rapporten på legeforeningen.no.

Nå er det valgkamp, og de politiske lovnadene sitter løst. Men en bærekraftig helsetjeneste krever mer enn gode intensjoner og fine ord, det krever handling og investeringer. Rett og slett et reelt helseløft. ■

Når uhellet er ute: Møt Norway Cups skadeekspert

Hver sommer fylles Oslos idrettsfelt med jubel og fotballglede når over 2 000 fotballag fra hele verden samles til Norway Cup. Ikke langt fra heiarop og nettsus står legen Esther Myrebøe klar dersom uhellet er ute.

Tusenvis av fotballspillere, dommere, tilskuere, familier og støtteapparat gjør Norway Cup til en av verdens største fotballturneringer. Forventningene er store hvert år, og barn og ungdom ser frem til en uke med spenning, nye vennskap og minner for livet. Med så mange samlet, er det avgjørende å ha gode helsetjenester på plass.

Tverrfaglig helseteam

Det er Idrettens helsesenter som leverer legetjenester under Norway Cup. Esther Myrebøe har vært medisinsk ansvarlig lege og «skadeekspert» for dem på Norway Cup siden 2022. I tillegg til to andre leger og tre fysioterapeuter, utgjør de et tverrfaglig helseteam som jobber tett sammen med de mange frivillige fra Norsk Folkehjelp. Mange av de frivillige i Norsk Folkehjelp er erfarne ambulansesarbeidere og paramedisinere.

To radiografer arbeider også sammen med Myrebøe på sykestua på Ekeberg skole under turneringens gang. Her kommer de skadede utøverne til sjekk og behandling. De blir først møtt av frivillige fra Norsk Folkehjelp som har kompetanse til å vurdere og behandle de mindre alvorlige skadene. Der skadene er av mer komplisert og alvorlig art, sendes de videre til legeteamet. På denne måten får de best utnyttet hverandres spesialkompetanse.

Skadepanorama

Det skjer mye på Ekebergsletta og øvrige fotballbaner i løpet av sju dager. Da er det godt å ha helsepersonell til stede for å avlaste Oslos eget helsevesen. Tett kampprogram gir høy fysisk belastning for unge ballentusiaster. Det øker risikoen for at skader kan oppstå.

– Bein, knær og ankler er utsatt. Utøvere slår seg, forstuer ledd, brekker bein og armer og ryker korsbånd. Alt fra hjernerystelser til skrubb-sår, blindtarmbetennelse, allergiske reaksjoner og solbrent hud forekommer, opplyser Esther Myrebøe.

Deltakerne er i alderen seks til 19 år og har et litt annet skadepanorama enn voksne. Hovedtyngden ligger i aldersgruppa fra 10 til 19 år, barn eller ungdom som er i vekst.

Noe av det jeg liker med idrettsmedisin er at det som regel skjer i samarbeid med annet helsepersonell og førstehjelpere

Esther Myrebøe, medisinsk ansvarlig, Norway Cup

– For den gruppa er det litt mer skjelett- og bruddskader enn det voksne ville fått i samme situasjon. Mange av utøverne er i vekstspurten og er dermed ekstra utsatt for vekstsoneskader, sier Myrebøe.

Feltsykehus

Norwaycup-legen har kompetanse på å sy og gipse utøverne ved behov. På denne måten kan hun behandle mange av de enkle tingene på feltsykehuset slik at utøverne slipper en ekstra tur på legevakten. Inne på sykestua finnes flere undersøkelsesbenker: Utstyr til å bandasjere, teipe, gipse og sy, og på Idrettens helsesenter har de tilgang til et røntgenapparat.



Via Idrettens helsesenters eget journalsystem blir alt dokumentert, og nødvendige henvisninger blir sendt til de som skal følge opp utøverne videre. Dersom utøverne har behov for mer avansert helsehjelp enn det feltsykehuset tilbyr, har Norsk Folkehjelp direktekommunikasjon med akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK), og utøverne vil få nødvendig hjelp i den offentlige helsetjenesten. Sykestuene er en kostnadsfri tjeneste for deltakerne på Norway Cup.

Erfaring og engasjement

Myrebøe har en solid bakgrunn innen skadebehandling og ortopedi, med over åtte års erfaring fra skadelegevakt og som lege i spesialisering i ortopedi. Hun har bred erfaring med diagnostikk og behandling av vanlige skader.

På grunn av en yrkesskade mistet hun jobben som LIS i ortopedi, og grunnet skaden viste det seg vanskelig å få ny stilling for å fullføre spesialiseringen. Etter dette byttet hun spesialitet til radiologi og har jobbet ved Ahus i tre år. Der har hun nå fast stilling.

– Overgangen til ny spesialitet har vært krevende, men jeg har gode kolleger i et sterkt fagmiljø rundt meg på Ahus og stortrives der, forteller Myrebøe.

Den medisinsk ansvarlige legen har selv aldri deltatt i Norway Cup. Judo var hennes idrett, og hun har vært toppidrettsutøver på øverste nivå. I en årrekke var Myrebøe på landslaget i judo, og vant en rekke NM-gull og internasjonale medaljer. Hun har deltatt i flere EM og VM, og er den første norske judoutøveren som tok hjem en verdenscupseier.

Helt siden studietiden har hun engasjert seg i idrettsmedisin, med kurs og praktisk erfaring fra ulike idrettsarrangementer. Hun har også erfaring fra flere store internasjonale idrettsarrangementer. Å være lege for den norske troppen i ungdoms-OL i Utrecht 2013 og ansvarlig lege under det ukelange World Gym for Life Challenge 2017, står på CV-en. Hun har også vært lege for 1. divisjon og aldersbestemte landslag i fotball og junior/rekruttlandslag langrenn. I de senere år har Myrebøe vært arrangørens medisinske ansvarlig for helsetjenestene til VM i bryting som ble arrangert i Oslo i 2021. Hun har i tillegg vært utøverlege for verdenscupen i skiskyting i Holmenkollen i flere år.

Travle turneringsdager

I fjor hadde legene 274 pasienter innom sin avdeling på feltsykehuset i løpet av Norway cup-turneringen. De aller fleste var skadede spillere. Været kan påvirke både antall og typer skader. I fjor var det tordenvær og voldsomt regn første dagen, noe som førte til at alle kampene på formiddagen ble avlyst fordi gresslettene sto under vann.

– Derfor ble søndagen veldig rolig, i motsetning til tidligere år. Det første året jeg var med kom den første pasienten klokka 08.15 på søndag morgen, og så gikk det slag i slag!

Antallet pasienter øker gradvis, og onsdager pleier det å være størst trykk. Det er færre som skader seg de første dagene, men med gruppespill med alle lag i aksjon blir det svært mange

kamper, og det tar på for ivrige spillere. Når utslagsrundene begynner er det færre spillere igjen, men til gjengjeld er utøverne mer slitne, og det er mer alvor på banen. Da kommer det gjerne flere skader.

Sykestua er betjent fra tidlig morgen til siste kamp er ferdig. Dermed blir det lange og intense dager, og Myrebøe er til stede hele uka. Men det er god stemning og godt samarbeid.

– Noe av det jeg liker med idrettsmedisin er at det som regel skjer i samarbeid med annet helsepersonell og førstehjelpere. Det gjør arbeidet mer interessant. Jeg lærer alltid noe når jeg er i aksjon under Norway Cup, og trives med å jobbe med barn og unge. Jeg har flinke folk rundt meg og kan se hvordan de arbeider. Det er givende.

Bonustjeneste

Fordelen med å ha arrangementer i Oslo er at det er god tilgang på offentlige helsetjenester – med kort vei til avansert helsehjelp ved mer alvorlig skade eller sykdom. Sykestuene til Idrettens helsesenter og Norsk Folkehjelp erstatter ikke den offentlige helsetjenesten under Norway Cup-uka: De er et tillegg som gagnar både utøverne og skadelegevakten.

– Utøverne kan få raskere og enklere behandling. I tillegg er det gunstig for skadelegevakten som blir spart for en god del besøk i løpet av uka. Vi har også hatt tilfeller med blindtarmbetennelse og andre akutte sykdommer. Da kan vi legge pasientene rett inn på sykehus uten å gå veien om legevakta.

Myrebøe synes det er betryggende å jobbe med en så erfaren og profesjonell organisasjon som Norway Cup. De har beredskapsplaner og jobber tett med blant annet politiet, prehospitaltjenester og akuttjenester på sykehus.

Tips til forebygging

Helsepersonell på Norway Cup anbefaler foresatte, utøvere og trenere å se på nettsiden skadefri.no. Det er Senter for idrettskadeforskning som står bak innholdet på nettstedet.

– Der finnes det for eksempel gode oppvarmingsprogrammer som er vist å forebygge korsbåndsskader. Der er det også informasjon om behandling av forskjellige skader. Om noen har vært uheldige og pådratt seg hjernerystelse, kan man lese om hvilke forholdsregler foreldre og støtteapparat må ta for å ivareta spillernes sikkerhet.

– Nok søvn og nok mat er den mest grunnleggende forebyggingen som finnes, særlig hvis du er i vekst og aktiv. Mange av spillerne får kjørt seg skikkelig fysisk og kan også bli skadet. Det er også viktig å tenke på at det bør være minst like stort fokus på skadeforebygging og restitusjon for dommerne som spillerne, for de har et ekstremt tett program, avslutter Esther Myrebøe. ■

Stig Kringen

stig.kringen@legeforeningen.no

Stort ansvar: Norway Cup foregår hvert år i uke 31, og regnes som en av verdens største fotballturneringer. Lege Esther Myrebøe er medisinsk ansvarlig under turneringen. Foto: Privat.

Ti år med skrivekurs i medisinsk publisering

Internasjonale redaktører hjelper norske forskere å bli bedre vitenskapelige forfattere.



Fullt hus: Deltakere og kurslærere på skrivekurset i Legenes hus i Oslo 16.–17. juni 2025. Foto: Line Anne Hovdenakk.

Hvordan få forskningen sin på trykk i de mest prestisjetunge medisinske tidsskriftene i verden? Det spørsmålet har vært utgangspunktet for et todagers skrivekurs som siden 2013 har blitt arrangert årlig for norske forskere og klinikere. Med redaktører fra blant annet *Annals of Internal Medicine* og *New England Journal of Medicine* på lærerlisten, har kurset utviklet seg til en unik arena for konkret og målrettet skrivetrening.

Samarbeid med Verdensledende tidsskrifter

Kurset er et samarbeid mellom Gruppe for klinisk effektforskning ved Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus, *Tidsskrift for Den norske legeforening*, *Annals of Internal Medicine*, *New England Journal of Medicine* og Legeforskningsinstituttet.

Det henvender seg særlig til leger og forskere tidlig i karrieren, og dekker hele prosessen fra idé og manusplanlegging til utforming av tittel, abstrakt, tekst, figurer og tabeller.

Kurset ble gjennomført for tiende gang i juni i Legenes hus i Oslo. Undervisningsteamet består av erfarne norske og internasjonale forskere og redaktører. De internasjonale lærerne på årets kurs var Christine Laine, sjefredaktør i *Annals of Internal Medicine*, Darren Taichman, redaktør i *New England Journal of Medicine* og David Weinberg, sjefredaktør i *Gastroenterology*.

Tett oppfølging og små grupper

– Vi legger vekt på å ha små grupper for å få best mulig læringsutbytte, sier Michael Bretthauer og Erlend Hem, som utviklet kurset i sin tid som redaktører i *Tidsskriftet*.

– Å legge til rette for tett kontakt mellom kurslærere og deltaker gir best resultater.

Deltakerne får individuell tilbakemelding på et innsendt abstrakt av egen forskning, samt på figurer og tabeller. Gruppene størrelse, maksimalt sju deltakere per veileder, gjør det mulig å gi konkrete, skreddersydde råd til hver enkelt. Det totale deltakerantallet holdes derfor på maksimalt 75.

Kurset ble første gang arrangert på Gaustad sykehus i 2013. I dag er Legenes hus blitt kursets faste tilholdssted.

– Her er alt tilrettelagt på en veldig god måte, sier Bretthauer.

Kurs med internasjonalt nedslagsfelt

Kurset har også vært arrangert utenfor Oslo, både i Tromsø, Warszawa, Bari og Jimma.

– Behovet er umettelig, men vi har begrenset kapasitet. De siste årene har vi derfor holdt kun ett kurs i året, sier Hem.

Siden 2017 har Darren Taichman fra *New England Journal of Medicine* vært fast kurslærer.

– Vi har i alle år hatt med en redaktør fra dette tidsskriftet, som regnes som verdens fremste generelle medisinske tidsskrift. Det er en enorm inspirasjon å få verdens fremste redaktører til å komme til Norge for å dele av sin kunnskap, sier Bretthauer.

– Vi er stolte og glade for at de vil komme til Norge år etter år og bidra på denne måten.

Mørke skyer

Bakteppet for årets kurs var alvorlig. Vitenskapen står under press i USA, fortalte de amerikanske redaktørene. Trump-administrasjonen har gått hardt ut mot den akademiske friheten, og det er fare for at en hel generasjon talentfulle forskere velger andre yrkesveier. Særlig er forskere med offentlig finansiering blitt rammet. De fleste medisinskvitenskapelige tidsskriftene er private foretak, og har derfor merket mindre til den nye politikken.

Godkjenning og evaluering

Kurset er godkjent av Den norske legeforening for alle spesialiteter, med 16 timer som valgfritt kurs i spesialisering og etterutdanning. Det får alltid svært gode tilbakemeldinger i evalueringene, og oppleves som relevant og nyttig for både unge forskere og mer erfarne skribenter.

– Vi hadde en enkel idé da vi startet: å lære fra de beste medisinske redaktørene i verden. Og nå har vi gjennomført det tiende kurset i Oslo, siden vi måtte ta et par års pause under pandemien, sier Hem og Bretthauer.

– Både kurset og publiseringsverden har utviklet seg mye på disse årene. Røvertidsskrifter er blitt et kjempeproblem, mange spør seg om ordningen med fagfellevurdering er i ferd med å bryte sammen, og kunstig intelligens er for alvor på vei inn i både forskning og publisering. Trenger vi skrivekurs når kunstig intelligens kan gjøre jobben for oss? Det blir interessant å utvikle dette kurset videre de neste årene, sier de.

Neste kurs går av stabelen i januar 2027 og blir blant annet annonsert i Tidsskriftet. ■

Helene Seljenes Dalum

helene.seljenes.dalum@lefo.no

En hilsen fra medisinstudent-lederen

Kjære nye medisinstudenter. Gratulerer så mye med plassen dere har fått på medisinstudiet, og ikke minst med et veldig godt valg av studieretning.

Dere er blant mange søkere som har jobbet hardt for å komme inn, og det står respekt av å ha kommet gjennom nåløyet.

Nå venter seks år med studentliv og læring om det, som etter min mening hvert fall, er det mest spennende som finnes: nemlig mennesket! Fra friskt til sykt, i all sin kompleksitet. Dere skal gjennom mange ulike temaer. Noen vil trolig kjennes utfordrende og frustrerende, mens andre vil vekke interesse, engasjement og nysgjerrighet. Som medisinstudenter har dere valgt et fag der dere tidlig får komme tett inn på menneskers mest sårbare situasjoner i livet. Pasientmøtene vil gi mening og motivasjon til mer læring.

Nøkkelen til et godt medisinstudentliv er å finne en form for balanse

Elise Skimmeland. Leder i norsk medisinstudentforening

Ta vare på hverandre

Dere står foran en fadderuke der dere vil møte medstudenter som kan bli noen av deres nærmeste. Å finne venner og samarbeidspartnere i medstudenter er så verdifullt. Et godt og trygt studiemiljø vil både hjelpe dere å lære, diskutere, og å ta pauser når det trengs. Mye av essensen i studiet går ut på å bli i stand til å ta vare på andre menneskers fysiske, psykiske og sosiale helse. Det er viktig at dere ikke glemmer å bruke både det dere kan fra før, og kommer til å lære, til å ta vare på hverandre. Legeforeningen har fokus på «det gode legeliv», og det starter under studiene.

Nøkkelen til et godt medisinstudentliv er å finne en form for balanse. Å finne denne balansen mellom lesing, jobb, familie og fritid kan være utfordrende. Norsk medisinstudentforening er blant de mange foreningene som søker å gjøre



Student-leder: Elise Skimmeland er leder i Norsk medisinstudentforening og studerer medisin i Oslo. Foto: Privat

det enklere for studentene å få til dette. Vi er Den norske legeforening sin studentgren, fagforeningen for medisinstudenter i Norge og utland. Vårt forsøk på å bidra til det gode medisinstudentliv er blant annet ved å jobbe for økt studie-støtte, flere LIS1-plasser, og ved å gi råd og veiledning på veien ut i arbeidslivet.

Bruk foreningen

Jeg håper dere som starter studiene i år, og dere som er godt i gang, bruker foreningen og stiller oss spørsmål. Dessuten ønsker vi å ønske dere velkommen til å melde dere inn hos oss – hvert medlem har påvirkningsmulighet, og summen av medlemmene våre er det som gir oss gjennomslagskraft!

Igen, et stort velkommen til medisinstudiet, til Norsk medisinstudentforening og Legeforeningen! ■

Elise Skimmeland

elise.skimmeland@legeforeningen.no

Sykmelding for depresjon: Oppfølging og fare for nytt fravær

Nasjonale registerdata for pasienter som ble sykmeldt av fastlegen for depresjon, er koblet til typen oppfølging og nytt sykefravær etter at de sykmeldte kom tilbake til jobb. Ulike kjønnsmonstre for helsehjelp var det mest interessante funnet, ifølge NORCE-forsker Heidi Marie Meling.

En nylig publisert registerstudie har Meling og medforfattere sett på hvilken type oppfølging pasienter fikk etter at de ble sykmeldt av fastlegen for depresjon. Deretter har de kartlagt nytt sykefravær, uansett årsak, i de to årene etter at pasientene var tilbake i jobb – beskrevet som bærekraftig retur til arbeid.

I løpet av de to årene etterpå var situasjonen slik:

- Cirka 30 prosent hadde ikke noe legemeldt sykefravær, uansett årsak
- I underkant av halvparten gikk over på arbeidsavklaring
- Snaut seks prosent fikk uføretrygd
- En høyere andel kvinner enn menn var sykmeldt, mens flere menn fikk andre trygdeytelser

Forskerne så på flere hovedkategorier av behandling. Referansegruppen ble definert som pasienter som ble fulgt opp regelmessig av fastlegen i 12 uker etter sykmelding, og hvor svært få fikk antidepressiva. Denne gruppen hadde lavest sannsynlighet for nytt legemeldt sykefravær de neste to årene.

Pasienter som bare fikk én fastlegeoppfølging de første tre månedene, hadde høyere risiko for nytt sykefravær. Det samme gjaldt for pasienter som fikk jevnlig oppfølging hos fastlege, men hvor en høyere andel fikk antidepressiva. Også pasienter fulgt opp i spesialisthelsetjenesten hadde høyere sannsynlighet for nytt sykefravær.

Studien kan ikke si noe om årsaks-sammenheng mellom type oppfølging og nytt sykefravær. Forskjeller i behandling og sammenhengen med nytt sykefravær kan muligens forklares med blant annet ulik alvorlighetsgrad av depresjon, noe studien ikke hadde data på.

Ulik helseatferd

Studien avdekket ulike mønstre hos menn og kvinner i sammenhengen mel-

lom type oppfølging og nytt sykefravær – noe som ifølge Meling er ett av de mest interessante funnene.

– Menn med minst oppfølging hadde lavest sannsynlighet for bærekraftig retur til arbeid sammenlignet med referansegruppen. Denne sammenhengen var ikke tilfelle hos kvinner, der gruppen med mest behandling var forbundet med mer sykefravær de neste to årene relativt til referansegruppen, forteller ph.d. og forsker Heidi Marie Meling i NORCE.

Menn som fikk aller minst oppfølging hadde 14 prosent statistisk signifikant

lavere sannsynlighet for å være tilbake i jobb uten ny sykmelding de neste to årene, sammenlignet med referansegruppen.

– Kanskje er dette en gruppe som ikke har det største symptomtrykket og hvor klinisk skjønn tilsier at de ikke trenger noe mer intensiv behandling. Men dette kan vi ikke si noe om fordi vi ikke kjenner til alvorlighetsgraden av depresjon. Det er jo allikevel snodig siden de er sykmeldt i minst tre måneder og trolig har et visst funksjonstap, kommenterer forskeren.

Forfatterne peker også på at noen menn kan ha fått hjelp i det private helsevesenet eller gjennom andre kommunale tiltak. Det er også mulig at pasienter har fått hjelp for depresjon selv om konsultasjonen er kodet for noe annet.

Blant kvinner var mønsteret motsatt: Mest hjelp – inkludert spesialisthelsetjeneste – var forbundet med 23 prosent lavere sannsynlighet for bærekraftig retur til arbeid.

– Disse funnene bør leses med forsiktighet, da alvorlighetsgraden av depresjon sannsynligvis kan forklare noen av forskjellene, understreker Meling.

– Det er mer interessant å se på forutsetningene til menn og kvinner uavhengig av hverandre, som at de for eksempel har ulik atferd for å søke helsehjelp.

Ph.D. Og forsker: – Det er fortsatt mange utforskede faktorer knyttet til sykefravær, sier Heidi Marie Meling i NORCE. Foto: Andreas R. Graven / NORCE



Menn går sjeldnere til lege enn kvinner, og kvinner har gjerne litt høyere helsekompetanse enn menn, sier hun.

Mangler data på alvorlighet

Studien baserer seg på data fra 13 624 personer i alderen 20–64 år som ble diagnostisert med depresjon hos fastlegen og var sykmeldt i minst tre måneder mellom 2009 og 2011. Den måler bærekraftig retur til jobb som antall sykmeldingsdager de neste to årene. Forskerne har ikke informasjon om alvorlighetsgrad eller om det dreier seg om førsteangstdepresjon.

– Depresjon er ofte en tilbakevendende lidelse, og med andre episode øker sannsynligheten for ny depresjon med cirka 60 prosent – og trolig med enda større sannsynlighet for å bli sykmeldt på nytt deretter, kommenterer Meling.

Trenger mer kunnskap og oppfølging

Studien er del av Melings doktorgradsarbeid og inngår i prosjektet «The Norwegian GP-DEP Study».

– *Hvordan kan funnene i studien bidra til bedre depresjonsbehandling?*

– Vi mangler noen data, som alvorlighet av depresjon og sykemeldingsgrad, så vi må tolke resultatene med forsiktighet. Men vi ser at de ulike forløpene har ulik sammenheng med bærekraftig retur til arbeid, og at dette arter seg ulikt blant menn og kvinner. Det er kunnskap som kan være til hjelp for fastlegene. Når fastlegen får en mann med depresjon på kontoret, bør legen kanskje sørge for en tettere og lengre oppfølging enn bare to uker.

Meling peker på at det fortsatt finnes mange uutforskede faktorer knyttet til sykefravær og retur til jobb. Mye av forskningen på området handler om hva som skal til for å få folk tilbake til arbeid, mens det er vesentlig mindre forskning på hva som skjer etterpå.

– Vi må se på hvilke forhold folk lever under og på hvilke forutsetninger de har. Fremdeles er det sånn at menn og kvinner lever litt ulike liv, og i Norge er arbeidsmarkedet fremdeles veldig kjønnssegregert. Hvordan kan vi for eksempel fremme helsekompetansen hos menn så de søker hjelp i tide og før de må ut i en sykmelding? Vi må også ha rom i arbeidslivet for folk med begrensninger. Inkluderer vi flere, må vi kanskje også akseptere en viss mengde sykefravær, eller tenke nytt om hva vi anser som bærekraftig arbeidsdeltakelse, sier Heidi Marie Meling. ■

Lisbeth Nilsen

bethni17@gmail.com

– Politikerne må tørre å ta noen viktige og nødvendige veivalg

Legeforeningen har lansert rapporten «Perspektivmelding for spesialisthelsetjenesten». Den peker på flere løsninger for å sikre en god spesialisthelsetjeneste i fremtiden.

Hvert fjerde år legger regjeringen frem perspektivmeldingen. I den presenteres utfordringene landet står overfor, og hvordan vi best kan møte disse. I perspektivmeldingen 2024, som gir en framskrivning av norsk økonomi frem mot 2060, presiserer regjeringen at velferdsmodellen er et felles prosjekt som vi skal verne om og videreutvikle.

– Den offentlige helsetjenesten er en av bærebjelkene i vår velferdsmodell. Men nå slår denne sprekker. Spesialisthelsetjenesten har vært på strekk i lang tid: Stadig mer dramatiske kutt i personell, senger og avdelinger. Nye sykehus med for få sengeplasser og rom. Utdatert og svak infrastruktur, et vedvarende høyt arbeidspress, og et ensidig økonomifokus, forklarer Anne-Karin Rime, president i Legeforeningen.

Derfor har nå Legeforeningen lansert sin egen perspektivmelding: «Perspektivmelding for spesialisthelsetjenesten». Rapporten blir et viktig dokument i foreningens politiske arbeid frem mot og i etterkant av stortingsvalget i september.

Fire hovedutfordringer

Rapporten gir et historisk tilbakeblikk på utviklingen i spesialisthelsetjenesten, som er viktig for å forstå dagens utfordringer i sykehusene. Videre peker rapporten på fire hovedutfordringer som må løses for at spesialisthelsetjenesten skal være bærekraftig i fremtiden:

- Øke kapasiteten i tjenesten
- Beholde og rekruttere helsepersonell
- Prioritere riktig
- Få til bedre samhandling mellom nivåene i helsetjenesten

– Skal vi møte fremtidens utfordringer i helsetjenesten på best mulig måte, er vi nødt til å finne gode løsninger på disse utfordringene, understreker Rime, og poengterer at rapporten også presenterer løsninger.



Legeforeningens perspektivmelding for spesialisthelsetjenesten

Ny rapport: Rapporten kan lastes ned i pdf-format på legeforeningen.no.
Foto: Legeforeningen

Dette handler blant annet om bedre økonomiske rammevilkår i sykehusene, investere i bygg og utstyr, øke produktiviteten til helsepersonell ved å fjerne tidstyver som dårlig IT og unødvendig rapportering, og å øke kapasiteten i medisintidspesialistene.

– Vi må også styrke avtalespesialistordningen, bedre arbeidsvilkårene i sykehusene, styrke det faglige handlingsrommet, og bedre samarbeidet mellom sykehusene og kommunene, sier legepresidenten.

Samtidig advarer Legeforeningen mot forestillingen om at Norge bruker mye penger på helse sammenliknet med andre relevante land.

– Nå må politikerne tørre å ta noen viktige og nødvendige veivalg. Vi må bruke mer ressurser på helse, samtidig som vi utnytter ressursene godt og effektivt. Vi har strengt tatt ikke råd til å la være, avslutter Rime.

Rapporten kan lastes ned i pdf-format på legeforeningen.no. ■

Vilde Baugstø

vilde.baugsto@legeforeningen.no

Tidsskriftets faglige medarbeidere

Tidsskriftets faglige medarbeidere representerer ulike medisinske spesialiteter og fagområder. De benyttes ved behov for medisinske råd, kommentarer og vurderinger, blant annet ved fagfellevurdering av vitenskapelige manuskripter. Mer informasjon om deres bakgrunn finnes på tidsskriftet.no.

Abedini, Sadollah
Andersen, Mette
Andreassen, Ole A.
Ausen, Kjersti
Bachmann, Ingeborg Margrethe
Bakken, Inger Johanne
Bartnes, Kristian
Beisland, Christian
Berg, Siri Fuglem
Berg, Tore Julsrud
Berild, Dag
Berntsen, Erik Magnus
Berntsen, Gro Karine Rosvold
Bjørner, Trine
Bramness, Jørgen Gustav
Brantsæter, Arne Broch
Brattebø, Guttorm
Braut, Geir Sverre
Brekke, Mette
Bretthauer, Michael
Brustugun, Odd Terje
Braarud, Anne-Cathrine
Bøhmer, Ellen
Chaudhry, Farrukh Abbas
Dietrichs, Espen
Døllner, Henrik
Ebbing, Cathrine
Ellingsen, Christian Lycke
Eskild, Anne
Evjenth, Torbjørn Steensen
Faiz, Kashif
Farooqi, Saima
Flottorp, Signe Agnes
Flægstad, Trond
Fredheim, Olav Magnus
Fretheim, Atle
Frøen, Hege
Fønnebø, Magne Vinjar
Førde, Reidun
Gjevik, Elen
Gradmann, Christoph
Grimsrud, Tom Kristian
Gulbrandsen, Pål
Gulseth, Hanne Løvdal
Gundersen, Joanna Majak
Hagve, Tor-Arne
Hansen, John-Bjarne
Hasle, Gunnar
Haug, Jon Birger
Haugen, Trine B.
Haugaa, Kristina H.
Heldal, Anne Taraldsen
Helland, Åslaug
Hem, Erlend
Heyerdahl, Fridtjof
Hilt, Bjørn
Hjartåker, Anette
Hjelmesæth, Jøran Sture
Hofmann, Bjørn
Holme, Øyvind
Holmøy, Trygve
Houge, Gunnar
Hovda, Knut Erik
Hunskår, Steinar
Husebekk, Anne
Høy, Anne

Høy, 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
Koppernæs-Pinhol, Anna
Korvald, Christian
Kran, Anne-Marte Bakken
Kristoffersen, Målfrid
Krohg-Sørensen, Kirsten
Krohn, Jørgen Gitlesen
Kurz, Kathinka Dæhli
Kvestad, Ellen
König, Marton
Kørner, Hartwig
Lang, Astri M.
Lassen, Kristoffer
Lie, Anne Kveim
Lillebø, Kristine
Løberg, Magnus
Madsen, Steinar
Mahesparan, Rupavathana
Meisingset, Tore Wergeland
Melin, Erik
Milivojevic, Jovan
Myhre, Mia Cathrine
Müller, Lil-Sofie 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 Hylene
Rasmussen, Jørn Einar
Reed, Wenche
Reikvam, Håkon
Renaa, Therese
Retterstøl, Kjetil
Revheim, Mona-Elisabeth
Risnes, Kari Ravndal
Risøe, Cecilie
Rogne, Tormod
Rosvold, Elin Olaus
Ræder, Johan C.
Rørtveit, Guri
Salvesen, Kjell Åsmund
Sandboe, Maria Ilene
Samersaw-Lund, Miriam May Brit
Simonsen, Gunnar Skov
Skjold-Ødegaard, Benedicte
Slagstad, Ketil
Solberg, Steinar K.

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

Tidsskriftet

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

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

© Tidsskrift for Den norske legeforening

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

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

Utgiver

Den norske legeforening
Generalsekretær Siri Skumlien

Redaktøransvar

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



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



Tidsskriftet støtter FNs bærekraftsmål og har skrevet under på SDG Publishers Compact.



Redaksjonen

Sjefredaktør Are Brean

Assisterende sjefredaktør

Ragnhild Ørstavik

Redaksjonssjef Cathrine Iidsøe

Digitalsjef Einar Ryvarden

Markedssjef Ellen Bye Knutsen

Vitenskapelige redaktører

Siri Lunde Strømme, Kari Tveito

Publiseringsredaktør Tone Enden

Debattredaktør Øyvind Stople Sivertsen

Medisinske redaktører

Lars Frich, Petter Gjersvik,

Inge Rasmus Groote, Mette Kalager,

Liv-Ellen Vangsnes, Martine Fimreite

Wilhelmsen, Elena V. Aandstad

Produksjonssjef Berit Seljebotn

Visuelt ansvarlig Peder Bernhardt

Grafisk designer Henrik Hjorth Austad

Journalister Lisa Dahlbak Jacobsen,

Helena Heimer Rognstad

Manusredaktører Marit Fjellhaug Been,

Kjetil Dons Jensen

Teknisk redaktør Julie Didriksen

Produksjonskonsulent Åse Gjefsen

Redaksjonskonsulent Jorunn B. Kvarme

Produktsjefer Njål H. Anderssen,

Tina Bjørnstad

Faste bidragsyttere

Simon Andrup, Haakon B. Benestad,

Gudrun Maria Waaler Bjørnelv, Kristoffer

Brodwall, Jeanette Engquist, Jon Michael

Gran, Ruth Halsne, Tori Flaatten Halvorsen,

Martin Hotvedt, Bård Reiakvam Kittang,

Rita Gamlem Kristiansen, Charlotte Lunde,

Stian Lydersen, Heidi Mestl, Kåre Moen,

Karl Otto Nakken, Jan-Henrik Opsahl,

Are Hugo Pripp, Jo Røislien, Anne Kathrine

Sebjørnsen, Melanie Rae Simpson, Rune

Skogheim, Eva Skovlund, Amanda Hylland

Spjeldnæs, Marianne Riksheim Stavseth,

Mats Julius Stensrud, Christina Svanstrøm,

Elisabeth Swensen, Marte Roa Syvertsen,

Kari Toverud, Marit Tveito, Linn Vedeld,

Alexander Wahl, Geir Aamodt, Olaf

Gjøløw Aasland

Redaksjonskomité

Kari Milch Agledahl, Jeanette Bjørke,

Knut Eirik Ringheim Eliassen,

Sverre Myren, Per Henrik Randsborg,

Victoria Schei, Anne Cathrine Staff (leder)

Kontakt

Besøksadresse

Christiania Torv 5, Oslo

Postadresse

Postboks 1152 Sentrum

0107 Oslo

Sentralbord: 23 10 90 00

tidsskriftet.no

redaksjonen@tidsskriftet.no

annonser@tidsskriftet.no

oversettelse@tidsskriftet.no

stetoskopet@tidsskriftet.no

Trykk Aksell AS

Opplag 33 680

Antall utgivelser 15 numre per år

ISSN 0029-2001



KOMMER
9. SEPTEMBER

Les i neste
nummer

- Endometriose
- Ryggmargsbrokk
- Sjekkpunkthemmere
- Uønsket variasjon
- Invasiv soppsinusitt

Hør de nyeste episodene av Tidsskriftets podkast

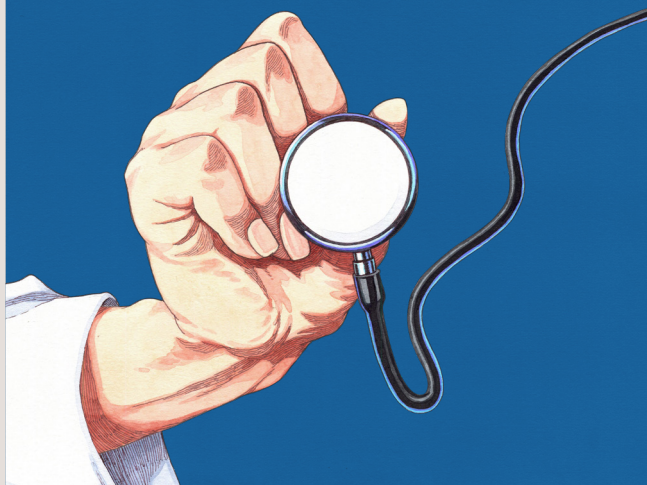
Papirløse pasienter

Gjest: Johanne Storm Ligaard

Norske legers holdninger til dødshjelp

Gjester: Edvin Schei, Morten Magelssen og Svein Aarseth

Stetoskopet



Fødselsmåte ved overvekt og fedme

Gjester: Ingvil Krarup Sørbye og Trond Melbye Michelsen

Hvordan går det med de som ble rammet av 25. juni-terroren?

Gjest: Synne Øien Stensland

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

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

