
Hva skal vi gjøre med koleraepidemien i Norge?

DEBATT

PETTER HURLEN

Petter Hurlen er spesialist i radiologi med doktorgrad i teknologievaluering og hovedfag i informatikk, og er overlege ved Akershus universitetssykehus.

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

ESPEN DIETRICH

espen.dietrichs@medisin.uio.no

Espen Dietrichs er spesialist i nevrologi, overlege ved Nevrologisk avdeling, Oslo universitetssykehus og professor ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

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

Statistikken viser at kolera er en hyppig innleggingsgrunn ved norske sykehus. Kan vi løse dette med store mengder væske og elektrolytter, eller er det mer hensiktsmessig å kode oss bort fra koleraepidemien?

Ifølge Norsk pasientregister (NPR) har 854 personer med kolera vært innlagt ved norske sykehus de siste fem årene ([1](#)). Har vi oversett en nasjonal koleraepidemi? Har covid-19-pandemien overskygget en annen alvorlig helsetrussel? For dette har verken fagpressen eller dagspressen rapportert om!

Man bør selvsagt kontrollere slike funn med alternative kilder. Ifølge Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) var det bare fem tilfeller av kolera i Norge i samme periode ([2](#)). Så hvordan forklarer vi disse funnene? Har 854 nordmenn bokstavelig talt måttet velge mellom pest og kolera, og så

fulgt infeksjonsmedisinernes råd om å velge kolera? Uten at det ble meldt inn til MSIS? Pasientregisteret rapporterer at 24 personer hadde pest i samme periode – alle i 2022. Ifølge MSIS var det ingen.

Gjøkungesyken

Det er imidlertid også mulig å se på funnene som en følgetilstand til en annen lidelse som sprer seg som en epidemi – *gjøkungesyken*. Gjøkungesyken (foreløpig ikke registrert i relevante kodeverk) er en yrkesrelatert sykdom som særlig rammer leger. Den utløses når byråkratene pålegger legene å mate et stadig voksende antall nasjonale, regionale og lokale registre med mangfoldige og kompliserte koder. Jakten på riktige koder som vi ikke bruker i den kliniske hverdagen, men som bare har som formål å fore de umettelige gjøkungeregistrene, krever både tid og krefter i en ellers travel hverdag og fortrenger viktig klinisk arbeid.

«Gjøkungesyken utløses når byråkratene pålegger legene å mate et stadig voksende antall nasjonale, regionale og lokale registre med mangfoldige og kompliserte koder»

Symptomene på gjøkungesyken kan inkludere fatigue, kreativ kodejakt [\(3\)](#) eller en form for reduksjonisme, der man for å spare tid og krefter forer registeret med den første og beste koden man finner. Vi mistenker at siste alternativ er relevant i vår aktuelle sammenheng. For hva er den første koden i sykehusenes kodeverk ICD-10? Selvsagt «A00» – koden for kolera.

Dette åpner opp for en helt ny strategi for å endre sykdomsbildet i Norge og effektivt sanere koleraepidemien. Man kan simpelthen bytte kodeverk. Den første koden i ICPC-2 er for eksempel A01 «Smerte generell/flere steder», mens den første koden da SNOMED CT ble innført, var «100000000». Det står for «Bitter-3», uten at forfatterne av dette innlegget ble så mye klokere av den grunn. Men kodene gir åpenbart nye og spennende epidemiologiske muligheter – og kanskje noen helt nye epidemier?

Færre gjøkungeregistre

Bytte av kodeverk vil imidlertid bare være en symptomatisk behandling og vil egentlig ikke rette opp den utløsende årsaken – gjøkungesyken. Den beste måten å behandle den på er å redusere antallet kodesultne gjøkungeregistre. Det mest skadelige man kan gjøre, er å dytte på legene enda flere meningsløse kodeoppgaver [\(4\)](#).

Vårt eksempel demonstrerer med all tydelighet verdien av å redusere krav om koding til å bare omfatte dem som oppleves som meningsfylt i det direkte pasientrettede arbeidet. MSIS brukes aktivt i klinisk praksis, det gir oss verdifull kunnskap om aktuelle tilstander i den kliniske hverdagen og er et aktivt redskap i smittebegrensning og forebygging. Den fugleungen prøver vi å

mate med omhu fordi det oppleves som viktig. Diagnosekoding som i neste instans overføres til Norsk pasientregister, er også hensiktsmessig for å gi oversikt over sykdomspanoramaet. Men i et kodesystem som både skal brukes til dokumentasjon av diagnose, epidemiologisk oversikt og grunnlag for aktivitetsbasert finansiering, er det mange muligheter til å trå feil. Dessuten er det ikke tilstrekkelig å kode sykdommene i bare ett system. Mange nye rapporteringsoppgaver sammen med kompliserte eksisterende og nye kodeverk forsurer hverdagen for mange leger og representerer dessuten en betydelig kvalitetsrisiko. Vi har jo ikke en gang oppdaget den pågående koleraepidemien!

REFERENCES

1. Helsedirektoratet. Aktivitet i somatiske sykehus, spesialisthelsetjenesten. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/aktivitet-somatiske-sykehus> Lest 3.8.2023.
2. FHI. MSIS-Statistikk. <https://msis.no/> Lest 3.8.2023.
3. Dietrichs E. Leder'n har ordet. Om fotsopp, status epileptikus og kreativ koding. *Axonet* 2003; 2: 2–3.
4. Hurlen P. Fagspråket ingen leger har hørt om. *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0117. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 25. august 2023. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0511

Mottatt 5.8.2023, første revisjon innsendt 14.8.2023, godkjent 16.8.2023.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 27. mars 2026.