

Er norske legers syn på dødshjelp under endring?

side 549, 574, 575

Høyere andel keisersnitt ved overvekt og fedme

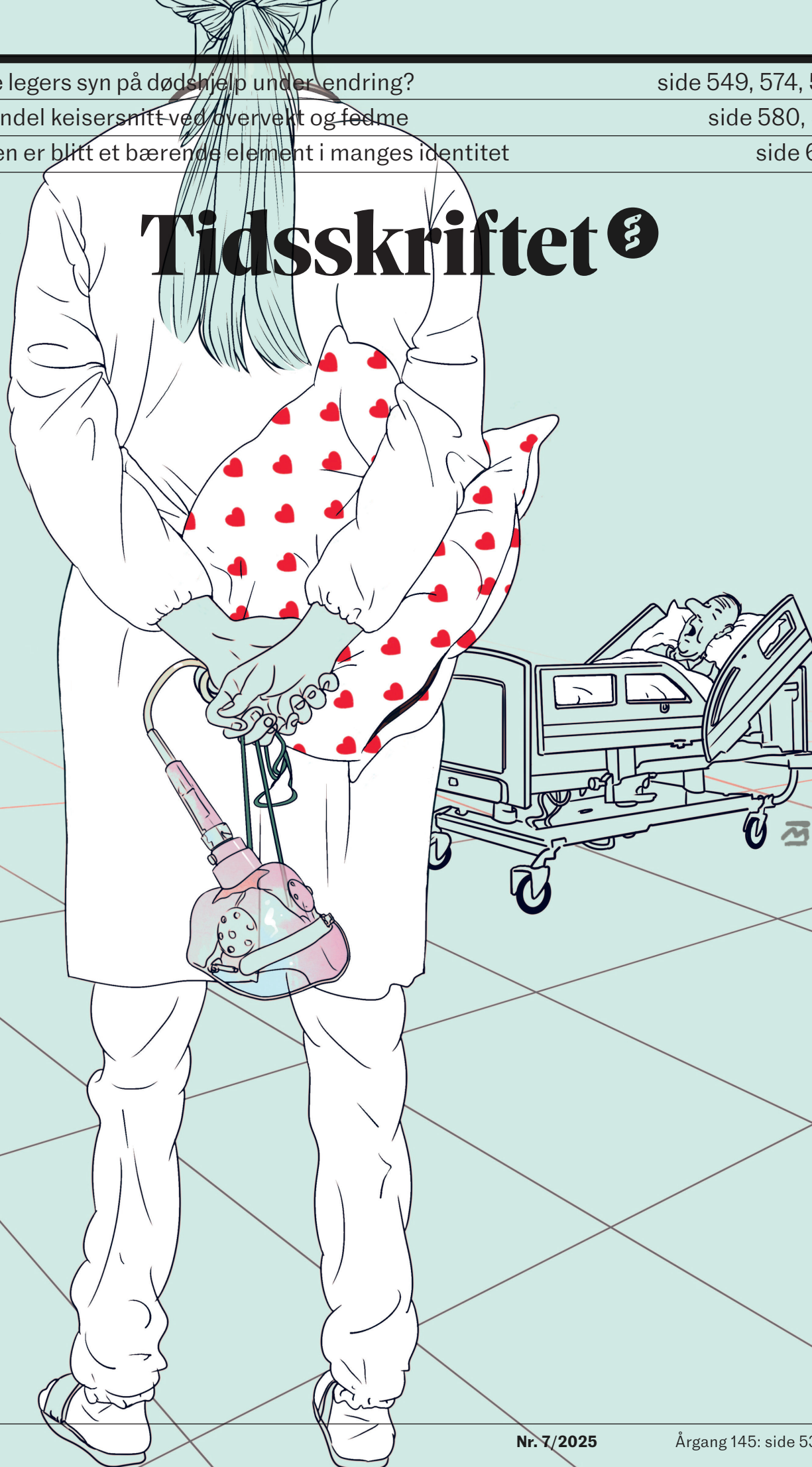
side 580, 581

Diagnosen er blitt et bærende element i manges identitet

side 602

Tidsskrift for
Den norske
legeforening

Tidsskriftet



Øredråper ved øregangseksem

DIPROTIT®

betametason

- enkel og praktisk endosepipette

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

DIPROTIT® selges i
anvendelige forpakninger
med 30 endosepipetter.

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

EVOLAN.

89 sekunder på midnatt



Are Brean
Sjefredaktør

Siden 1947 har Bulletin of the Atomic Scientists ved Universitetet i Chicago jevnlig justert viserne på den symbolske Dommedagsklokken, som en analogi for hvor nær menneskeheten er sin egen utslettelse. Gjennom årene har viserne blitt flyttet både frem og tilbake, i takt med svingende nivåer av menneskeskapte trusler mot vår eksistens.

I 2025 ble viserne flyttet til 89 sekunder på midnatt. Så nær har de aldri før vært. Den økende utplasseringen av atomvåpen er en viktig grunn. Anslagsvis 2 100 atomvåpen er nå i høy beredskap verden rundt, klare til utskytning i løpet av minutter. I tillegg er to av verdens atommakter, Israel og Russland, engasjert i aktive kriger som involverer konkrete trusler om bruk av atomvåpen. En FN-rapport om effektene av atomkrig er ventet i 2027. Håpet er at Verdens helseorganisasjon skal bidra ved å oppdatere sine flere tiår gamle og utdaterte rapporter om helseeffektene. I mellomtiden bør det politiske og folkelige presset for avskaffelse av atomvåpen øke. Klokken tikker mot midnatt. ■

Forsiden

Skal vi kunne velge når vi vil dø? Og hvem skal i så fall hjelpe oss med det?

I disse dager diskuteres dødshjelp på Legeforeningens landsstyremøte. Tradisjonelt har motstanden mot dødshjelp, som inkluderer både eutanasi og assistert selvmord, vært stor blant norske leger. Men hva mener legene i dag? Det kan du lese mer om i studien som presenteres i dette nummeret av Tidsskriftet.

Marvin Halleraker har laget forside-illustrasjonen. Han er fast avistegner i Aftenposten og mottaker av Fritt Ords Pris 2025. Flere av hans arbeider kan du se på hans hjemmeside marvinart.com og på Instagram: [@marvinhalleraker](https://www.instagram.com/marvinhalleraker).



Illustrasjon: Marvin Halleraker

I denne utgaven:

Legers syn på dødshjelp

Mer enn en tredel av norske leger avviser legalisering av dødshjelp, men andelen er mindre enn for noen få år siden. De aller fleste støtter et krav om reservasjonsrett for leger hvis dødshjelp skulle bli tillatt. Dette viser en spørreundersøkelse blant yrkesaktive leger. Leger ser ut til å være mer negative til legalisering enn sykepleiere, veterinærer og befolkningen ellers. Vi trenger en åpen dialog fremfor polarisert debatt om dødshjelp, skriver Ingrid Miljeteig i en invitert kommentar til undersøkelsen. Saken skal diskuteres på Legeforeningens kommende landsstyremøte. Side 574, 575, 549



Fødsel ved fedme og fødsel ved seteleie

Hos kvinner med overvekt og fedme var andelen keiser-snitt etter igangsatt fødsel større enn hos dem uten overvekt. Men det å være førstegangsfødende eller flergangsfødende uten tidligere vaginal fødsel spilte like mye inn. Dette viser en gjennomgang av fødsler ved Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø over en treårsperiode. Ved Hammerfest sykehus, et lokalsykehus uten kvinneklinikk, ble vaginal fødsel planlagt hos over halvparten av kvinnene med et foster i seteleie. Majoriteten av disse fødslene ble likevel gjennomført med keisersnitt. Hvert femte foster i seteleie ble forløst vaginalt. Praksisen avviker fra nasjonale retningslinjer, men var uten alvorlige komplikasjoner. Side 580, 581, 578, 579

Forventningen om en diagnose

Diagnosespråket er blitt allemannseie, skriver Andreas Nydal, lege i spesialisering i psykiatri. Diagnosen synes å ha blitt et bærende element i manges identitet. Trenger vi alle diagnosene i den siste amerikanske diagnose-manualen, spør han. Når pasienter kommer med sine diagnoser og vi som leger anvender våre retningslinjer, blir de gitt det de ber om, men kanskje ikke det de trenger. Diagnostisering i psykiatrien bør tas inn i Legeforeningens Gjør kloke valg-kampanje for å hindre overdiagnostikk og overbehandling, mener han. Side 602

Innhold

541	Leder Lukurative løgner <i>Are Brean</i>
542	Invitert kommentar Snuoperasjon om snus <i>Ellen Kvestad, Lisa Aarhus</i>
544	Taushetspliktens skjøre balanse ved journaldeling <i>Bjarne Austad</i>

Debatt

548	Debatt Praksis bør endres ved spinalpunksjon <i>Karl Bjørnar Alstadhaug, Ane Skaare Sjulstad</i>
549	Dødshjelpdebatten tas på landsstyremøtet <i>Anne-Karin Rime</i>
550	Antipsykotika virker <i>Lars Lien, Niclas Halvorsen, Ulrika Larsson, Jan Ivar Røssberg, Shahram Shaygani, Melissa Weibell, Marianne Smetop, Kristina Norheim Lorentzen, Solveig Reitan</i>
551	Xenotransplantasjon <i>Oscar Kolsrud, Arnt Fiane, Morten Hagness</i>
554	Kronikk Først og fremst ikke skade <i>Simon Andrup, Sara Soraya Eriksen</i>
556	WHO's økonomiske gap kan true global helsesikkerhet <i>Sine Grude</i>
560	Mållrettet hjertescreening av idrettsutøvere <i>Erik Ekker Solberg, Charlotte Björk Ingul, Thor Edvardsen, Jostein Grimsø, Kristina Hermann Haugaa, Jan Pål Loennechen, Siri Ann Nyrnes, Marit Kristine Smedsrud, Elisabeth Kleivhaug Vesterbekkmo, Stein Ørn, Ole Christian Mjølstad</i>
565	Bruk-Spar-Reserve <i>Caroline Vestby Knudsen, Per Espen Akselsen, Aasmund Fostervold, Karianne Wiger Gammelsrud, Ingvild Haugan, Alexander Husby, Per Kristian Knudsen, Morten Lindbæk, Paul Christoffer Lindemann, Arnfinn Sundsfjord, Kristian Tonby</i>

Vitenskap

572	Fra andre tidsskrifter Bruk av kunstig intelligens ved mammografi <i>Amanda Hylland Spjeldnæs</i>
572	Lav risiko for hjertestans under maraton <i>Martine Fimreite Wilhelmsen</i>
573	Mett, men likevel sulten på søtt <i>Haakon B. Benestad</i>

nr. 7/2025

Utgivelsesdato
3. juni 2025

574	Originalartikkel Holdninger til dødshjelp blant leger i Norge <i>Morten Magelssen, Berit H. Bringedal, Karin Isaksson Rø, Helene Seljenes Dalum</i>
575	Invitert kommentar Dialog fremfor debatt om dødshjelp <i>Ingrid Miljeteig</i>
578	Originalartikkel Forløsning ved seteleie ved fødeavdelingen i Hammerfest i 2004–23 – en retrospektiv studie <i>Emma Dalgård, Amanda Darell, Ole Jakob Nakling, Torben Wisborg, Marit Vidringstad</i>
579	Invitert kommentar Setefødsler utenfor kvinneklinikk <i>Ingvild Vistad</i>
580	Originalartikkel Fødselsmåte etter igangsatt fødsel ved pregravid overvekt og fedme <i>Åshild Bjørnerem, Caroline Renland Kolstad, Tonje Agnete Gravvold Helmersen, Trond Melbye Michelsen, Ingvil Krarup Sørbye</i>
581	Invitert kommentar Balansegang i moderne obstetikk <i>Cathrine Ebbing</i>
582	Klinisk oversikt Clostridioides difficile-infeksjon <i>Mari Ims Skåland, Kristian Tonby, André Ingebretsen, Karianne Wiger Gammelsrud, Kjetil Kjeldstad Garborg, Frederik Emil Juul</i>
586	Kort kasuistikk Capnomediastinum etter total ekstrapéritoneal brokkplastikk <i>Nora Helene Wytrykowski Christensen, Lars Lohne Eftang, Marte Leland-Try</i>
590	Språkspalten Seksuell smitte <i>Petter Gjersvik, Anne Olaug Olsen</i>
592	Fra fagmiljøene Samhold, læring og dannelse i medisinstudiets første år <i>Michel van Schaardenburgh, Alina Desiree Sandø, Ingrid Hov Odsæter</i>
593	Mangel på veiledere truer studentutveksling <i>Mohammed Almashhadani, Yasmin Bouguern, Rabea Huma Qaisrani, Talal Mobammed</i>
594	Skåringsverktøy for vurdering av skrøpelighet <i>Håkon Ihle-Hansen, Siri Rostoft, Marit Stordal Bakken, Kristin Mork Hamre, Natalya Seredkina, Elisabeth Egstad</i>

Magasin

596	Intervju Med verden som arbeidsplass <i>Marit Tveito</i>
602	Essay Når diagnosen uteblir, hva er det da? <i>Andreas Nydal</i>
605	Legelivet Liv og død i Verdal <i>Olaf Gjerløy Aasland</i>
606	Min vei til LIS1-stilling <i>Alice Maganya Dillerud</i>
607	Slankemedisin og etikk <i>Berit Horn Bringedal</i>
608	Fra arkivet Norges første hjertetransplantasjon <i>Julie Didriksen</i>
610	Minneord
612	Ph.d.-disputaser

Annonser

613	Legejobber
615	Kurs og møter

Aktuelt i foreningen

617	Med fag og engasjement i sentrum <i>Anne-Karin Rime</i>
618	Ønsker å gjenopplive den norske sosialmedisinske tradisjonen <i>Vilde Baugstø</i>
619	Grunnutdanningsprisen: – Studentene inspirerer meg <i>Ingrid Rise Fry</i>
619	Få støtte til lederutdanning: Søk sentralstyrets stipend <i>Øydis Rinde Jarandsen</i>
620	Relasjonene våre er viktige for lange og friske liv <i>Lisbet T. Kongsvik</i>
622	Gjenvalgt som ledere for overlegene, leger i spesialisering og privatpraktiserende spesialister <i>Tor Martin Nilsen, Vilde Baugstø</i>
623	Nye styrer i Allmennlegeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin <i>Ingrid Rise Fry</i>

legejobber.no

Norges mest komplette stillingsportal for leger

UTVALGTE STILLINGER

STAVANGER KOMMUNE

Fastlege
Frist 20. juni

HELSE FØRDE HF

Overlege psykiatri
Frist 15. juni

ST. OLAVS HOSPITAL HF

Lege i spesialisering, nevrologi
Frist 20. juni

SØRLANDET SYKEHUS HF

Lege i spesialisering, radiologi
Frist 15. juni

SYKEHUSET INNLANDET HF

Lege i spesialisering, indremedisin
Frist 15. juni

SYKEHUSET INNLANDET HF

Overlege, infeksjonssykdommer
Frist 15. juni

STEINKJER KOMMUNE

Fastlegehjemmel
Frist 15. juni

SØRLANDET SYKEHUS HF

Overlege, nevrologi
Frist 30. juni

LIER KOMMUNE

Fastlege
Frist 8. juni

STAD KOMMUNE

Fastlege
Frist 8. juni

Lukrative løgner

Vaksinemotstand er blitt *big business*. De viktigste aktørene er færre enn vi gjerne tror, og de gjør gode penger.

«Vaksinerte barn har mer enn fire ganger så stor risiko for å utvikle ADHD og autisme som uvaksinerte barn.» Falsk informasjon som blant annet dette finner du i mengder på nettsidene til den amerikanske foreningen Children's Health Defense (1). Her kan du kjøpe babytøy påtrykket tekster som «Uvaksinert og uredd» og «Ingen vaksine. Ikke noe problem» samt *The Measles Book*. Den avslører «35 løgner som media, myndigheter og farmasiindustrien ikke vil du skal vite om vaksiner» (1). I tillegg kan du se skremmende og profesjonelt produserte filmer om vaksineringsens vederstyggeligheter, og du kan donere penger til foreningen. I midten av mai 2025 var målet å nå 1 million dollar i donasjoner innen utgangen av samme måned (1).

En av grunnleggerne, og tidligere mangeårig leder, av Children's Health Defense er USAs nåværende helseminister Robert F. Kennedy Jr. (1). Foreningen er kjent som en av de viktigste kildene for misinformasjon om vaksiner (2). Allerede i 2021 hadde nettsiden 4,7 millioner besøkende per måned (2), og bare i 2022 mottok foreningen 23,5 millioner dollar (omtrent 240 millioner norske kroner) i gaver og andre bidrag (3). Kennedy selv mottok i 2022, som leder av foreningen, en lønn på 510 000 dollar (mer enn 5 millioner kroner) (3).

Flere andre aktører gjør også gode penger på å promotere vaksinemotstand. Del Bigtree, filmprodusenten som var kommunikasjonsdirektør for Kennedys presidentvalgkamp i 2023, mottok i 2022 nærmere 3 millioner norske kroner som direktør for antivaksineforeningen Informed Consent Action Network (3). Og Simone Gold, en lege som er dømt til fengsel for sin rolle i stormingen av kongressbygningen i januar 2021, fikk i 2022 nærmere 6 millioner kroner fra foreningen America's Frontline Doctors, som også sprer falsk informasjon om covid-19-vaksinasjon (3).

Vaksinemotstand er blitt *big business* i USA, med betydelig finansiell støtte kanalisert gjennom noen av USAs største veldedighetsorganisasjoner (4). De finansielle musklene til de store aktørene i dette lukrative markedet gjør det mulig å pøse ut budskapet i høyt tempo og volum. Det holder pengestrømmen gående, og etterlater samtidig et inntrykk av at aktørene er flere enn de egentlig er. En studie publisert i 2020 viste for eksempel at mer enn halvparten av samtlige Facebook-annonser med antivaksinebudskap var betalt av kun to aktører, hvorav Children's Health Defense var den ene (5). Tilsvarende viste en analyse at opptil 73 % av alt antivaksineinnhold på Facebook i løpet av to måneder i 2021 var publisert av bare 12 forskjellige aktører, blant annet Robert F. Kennedy Jr. (6).

Forekomsten av vaksinemotstand forklares ofte med forhold som frykt for bivirkninger, livssyn, generell uvilje mot myndigheter, konspirasjonsteorier og manglende vitenskapelig forståelse (7). Det er lett å glemme at aktørene som fisker i dette grumsete vannet av folkelig frykt og mistro, også kan ha sterke finansielle

interesser. Fenomenet er ikke nytt. Også Andrew Wakefield, den avskiltede britiske legen som i 1998 sto bak den forfalskede studien som mente å finne en sammenheng mellom MMR-vaksiner og autisme, hadde økonomiske motiver. Han hadde blant annet i hemmelighet søkt om patent på sin egen og påstått sikrere vaksine, og samtidig fikk han penger fra advokatfirmaer som ønsket å saksøke vaksineprodusenter (8, 9). Den samme Wakefield er fortsatt aktiv, blant annet som filmskaper – betegnende nok sammen med Robert F. Kennedy Jr. og hans Children's Health Defense – i en film som skal vise hvordan Verdens helseorganisasjon driver befolkningskontroll ved å produsere vaksiner som gjør kvinner sterile (10).

USA har nå uttalte vaksinemotstandere i sentrale statlige posisjoner. Samtidig haster det å gjenopprette tilliten til forskning og nøytral informasjon. En modellingsstudie har vist at meslinger kan bli endemisk dersom dagens lave vaksinedekning ikke økes (11). Det er lett å tenke at en slik utvikling ikke vil skje her i Norge. Men en nylig spørreundersøkelse som rangerte tillitt til forskere blant innbyggere i 68 ulike land, plasserte USA på en 19. plass, mens Norge lå på en beskjeden 39. plass – med en tillitt til forskere under det globale gjennomsnittet (12). Også her må vi derfor være på vakt mot misinformasjon og konspirasjonsteorier om vaksiner. Et skritt på veien er å erkjenne at aktørene som pisker opp vaksinemotstand, ofte kan være mer drevet av økonomi enn av ideologi. ■

Are Brean

are.brean@tidsskriftet.no

Are Brean er sjefredaktør i Tidsskriftet. Han er ph.d. og spesialist i nevrologi.

Litteratur

- 1 Children's Health Defense. Lest 20.5.2025.
- 2 Smith MR. How a Kennedy built an anti-vaccine juggernaut amid COVID-19. Associated Press 15.12.2021. Lest 20.5.2025.
- 3 Weber L. Tax records reveal the lucrative world of covid misinformation. The Washington Post 21.2.2024. Lest 20.5.2025.
- 4 Bragman W, Kotch A. America's Biggest Charities Bankrolled RFK Jr.'s Anti-Vax Outfit. Rolling Stone 19.10.2023. Lest 20.5.2025.
- 5 Jamison AM, Broniatowski DA, Dredze M et al. Vaccine-related advertising in the Facebook Ad Archive. Vaccine 2020; 38: 512–20.
- 6 Center for Countering Digital Hate. The Disinformation Dozen. Lest 20.5.2025.
- 7 Store medisinske leksikon. Vaksinemotstand. Lest 20.5.2025.
- 8 Deer B. Andrew Wakefield's vaccine patent. Lest 20.5.2025.
- 9 Deer B. Secrets of the MMR scare. How the vaccine crisis was meant to make money. BMJ 2011; 342: c5258.
- 10 Infertility CHDTV. A Diabolical Agenda. Lest 20.5.2025.
- 11 Kiang MV, Bubar KM, Maldonado Y et al. Modeling Reemergence of Vaccine-Eliminated Infectious Diseases Under Declining Vaccination in the US. JAMA 2025; doi: 10.1001/jama.2025.6495.
- 12 Cologna V, Mede NG, Berger S et al. Trust in scientists and their role in society across 68 countries. Nat Hum Behav 2025; 9: 713–30.

Snuoperasjon om snus

Som rusmiddel er snus en tryggere mulighet og utgang for røykere, mens for ungdom er det vanskelig å se snus som noe annet enn en helseskadelig inngang til nikotinavhengighet.

Tobakksbruk er den viktigste livsstilsrelaterte årsaken til tapte leveår i Norge. Parallelt med en nedgang i tobakksrøyking i Norge de siste ti årene, har vi sett en nær dobling i snusbruk (1, 2). I 2023 oppga 16 % av befolkningen mellom 16 og 74 år at de brukte snus daglig, mens andelen i aldersgruppen 16–24 år var 20 % (1). Selv om flertallet av snusbrukere er tidligere røykere, har andelen snusbrukere uten forutgående røykeerfaring økt de siste 15 årene. I perioden 2016–18 rapporterte minst en tredjedel at de ikke hadde røykt før de begynte med snus (2).

I tillegg til nikotin inneholder snus nitrosaminer, som er et potent kreftfremkallende stoff. Sammenliknet med sigarett røyking er det forsket lite på helseeffekter av snus, og kunnskapsgrunnlaget kommer i all hovedsak fra befolkningsstudier som sammenligner snusbrukere med de som ikke bruker tobakk. Det er beskrevet en sannsynlig årsakssammenheng med flere uønskede helseutfall, som slimhinneforandringer i tannkjøttet, hypertensjon, økt dødelighet etter hjerteinfarkt og hjerneslag (2) samt kreft i spiserør og bukspyttkjertel (3). Videre er det rapportert om økt risiko for diabetes type 2 og metabolsk syndrom blant menn med høyt forbruk av svensk snus (4), og om negative svangerskapsutfall, som dødfødsel, prematur fødsel, lav fødselsvekt og *small for gestational age* (5). Snusbruk hos gravide er ikke kartlagt i Norge, men ifølge Helsedirektoratet oppgir 17 % av kvinner i alderen 16–24 år at de snuser daglig (1). Selv om både tobakksrøyk og snus inneholder nikotin og nitrosaminer, gjør fraværet av forbrenning og inhalering at snusbrukere er mindre utsatt for blant annet lungekreft og kroniske luftveissykdommer sammenliknet med sigarett røykere. Røykere vil derfor ha en helsegevinst ved å bytte til snus, og snus blir ofte markedsført som et mindre skadelig nikotinprodukt enn sigaretter i land som tillater nikotinreklame.

Andelen snusbrukere uten forutgående røykeerfaring er nå betydelig, og det er bekymringsfullt at stadig flere unge i Skandinavia begynner å snuse

Man kan diskutere om helseeffekter av snusbruk bør sammenliknes med sigarett røyking eller med ikke-tobakksbruk. Andelen snusbrukere uten forutgående røykeerfaring er nå betydelig (1), og det er bekymringsfullt at stadig flere unge i Skandinavia begynner å snuse. I tillegg til de skadelige helseeffektene av snusbruk i seg selv, kan eksponering for nikotin føre til avhengighet og øke sannsynligheten for at unge snusbrukere begynner med andre nikotinprodukter, inkludert sigaretter (6).

I Norge er aldersgrensen for kjøp av snus og tobakk 18 år, og reklame for tobakksprodukter er forbudt. Til tross for dette blir barn og unge eksponert for tobakksprodukter i sosiale medier. Mange profiler med barn og unge som målgruppe tester og evaluerer ulike typer snus, eller viser frem tobakksprodukter kombinert med sosiale situasjoner og en livsstil som ser fristende ut for unge mennesker. Produsentene lager fargerike bokser, og vi kjenner til at snus med smak av eple, lime og lakris har vært å finne i skolesekken til barn og unge helt ned i ungdomsskolealder.

Diskusjonen om å bruke snus som et trygt alternativ til tobakksrøyking, engasjerer helseeksperter, politikere, foreldre og andre. Og det er klart: Vi trenger en tydeligere strategi som reduserer snusens appell til ungdom og ikke-røykere, samtidig som røykere får hjelp til å kvitte seg med sigarettene. ■

Ellen Kvestad

ekve@ous-hf.no

Ellen Kvestad er ph.d., spesialist i øre-nese-hals-sykdommer og overlege på Øre-, nese-, halsavdelingen, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

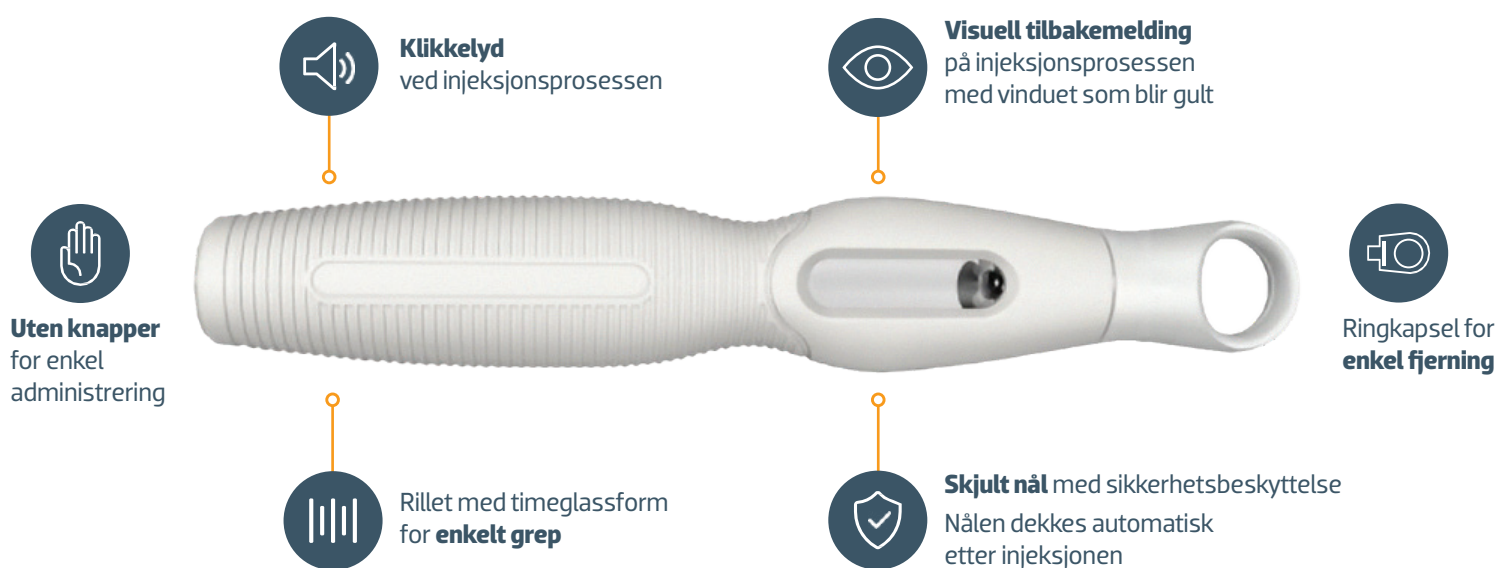
Lisa Aarhus

Lisa Aarhus er ph.d., spesialist i arbeidsmedisin og konstituert overlege ved Lungeavdelingen, Diakonhjemmet sykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Helsedirektoratet. Statistikk og historikk om røyking, snus og e-sigaretter. Lest 3.4.2025.
- 2 Folkehelseinstituttet. Helseerisiko ved snusbruk. Rapport 2019. Lest 3.4.2025.
- 3 Valen H, Becher R, Vist GE et al. A systematic review of cancer risk among users of smokeless tobacco (Swedish snus) exclusively, compared with no use of tobacco. *Int J Cancer* 2023; 153: 1942–53.
- 4 Carlsson S, Andersson T, Araghi M et al. Smokeless tobacco (snus) is associated with an increased risk of type 2 diabetes: results from five pooled cohorts. *J Intern Med* 2017; 281: 398–406.
- 5 Brinchmann BC, Vist GE, Becher R et al. Use of Swedish smokeless tobacco during pregnancy: A systematic review of pregnancy and early life health risk. *Addiction* 2023; 118: 789–803.
- 6 Joffer J, Burell G, Bergström E et al. Predictors of smoking among Swedish adolescents. *BMC Public Health* 2014; 14: 1296.

EVENTITY® er indisert til behandling av etablert osteoporose hos postmenopausale kvinner med høy risiko for fraktur¹



2 subkutane injeksjoner
1 gang i måneden i
12 måneder¹



VIL DU VITE MER OM EVENTITY®?

Skann QR-koden og send meg en mail



Bildet av EVENTITY® forhåndsfylt penn er ikke i riktig størrelse.

EVENTITY® forhåndsfylt penn er designet med tanke på pasientene

Referanser: 1. EVENTITY® SmPC



UCB Pharma AS
Haakon VII's gate 6
0161 Oslo

Informasjonstjeneste ved spørsmål om legemidler fra UCB

UCBCares®

UCBCares.NO@ucb.com
800 10101 (gratis nummer)
+45 3246 2482 (Danmark nummer)

Taushetspliktens skjøre balanse ved journaldeling

Delt pasientjournal mellom første- og andrelinjetjenesten har kommet for å bli. Men kan vi miste tilliten fra pasientene om vi deler for mye?



Illustrasjon: Tidsskriftet

Jeg kjører legevakt i Trondheim og får spørsmål om å ringe en pasient. Jeg ser at det gjelder en bekjent. Åpner jeg journalen i Helseplattformen, vet jeg at jeg får oversikt over hans tidligere kontakt med ikke bare legevakt, men også kontakt med sykehus, kommune og muligens også fastlegen. Riktignok må jeg ta et aktivt valg og gi en begrunnelse for å åpne og lese innholdet i de fleste enkeltnotater. Men informasjon om hvor og når han har søkt helsehjelp, diagnoser og legemidler vil være synlige for meg. Når jeg åpner journalen, kan jeg ikke unngå å se dette. Dette tar jeg rett og slett ikke sjansen på, og ber om å få slippe oppdraget.

Hensikten med «én innbygger – én journal» er at pasienten får all informasjon om seg samlet på ett sted (1). Deling av journalopplysninger mellom fastlege og sykehus er viktig for helsepersonell, særlig i akuttsituasjoner. I tillegg forventer mange pasienter at vi har oversikt over deres sykehistorie.

I sykehus kan tilstrekkelig informasjon om en pasient være avgjørende for å gi god helsehjelp uten forsinkelse. Som legevaktlege opplever jeg informasjonsdelingen nyttig, særlig i kontakt med sykehjemspasienter. Også som fastlege på et legesenter som bruker Helseplattformen, er det fordelene. Jeg har bedre oversikt i en totaljournal enn kun med fastlegejournal. Jeg kan se avtaler pasienten har med sykehuset og kommunen. Jeg kan se notater underveis i lange pasientforløp i psykiatri og smerteklinikk. Tiden da jeg måtte vente måneder på epikrisen for å få informasjon, er forbi. Jeg kan også se svar på bildediagnostikk, histologi og blodprøver som andre leger har bestilt.

Deling av journalopplysninger mellom fastlege og sykehus er viktig for helsepersonell, særlig i akuttsituasjoner. I tillegg forventer mange pasienter at vi har oversikt over deres sykehistorie

En av kjerneverdiene i allmennmedisinen er kontinuitet i lege-pasient-forholdet (2). Jeg vil hevde det ligger mye kontinuitet i en god pasientjournal, særlig når pasientene treffer ukjente leger. Rollen til fastlegen er å ha oversikt, koordinere og drive personsentrert medisin (2). Det kan rettferdiggjøre tilgangen på informasjon fra hele helsevesenet. Men dette gjelder ikke nødvendigvis motsatt vei. I helsepersonelloven § 25 står det at «med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp». Så hvor mye opplysninger trengs det for å gi forsvarlig helsehjelp i enten primær- eller i spesialisthelsetjenesten? Åpenbart noe, og gode eksempler er legemiddelliste, nåværende sykdommer, allergier samt behandlingsbegrensninger der dette er relevant. Kanskje litt mer også. En del deles allerede via kjernejournal og pasientens legemiddelliste.

En fastlegejournal kan inneholde særlig sensitiv informasjon om alvorlige livshendelser, konflikter på arbeidsplassen, samlivsproblemer, kjønnssykdommer, seksuelle overgrep, barnevern og informasjon om tredjepersoner. Jeg tror på ingen måte helsepersonell flest verken på sykehus eller i kommunen har interesse av å lese mer enn det som trengs. Utfordringen er all den informasjonen du får fra journalen som du egentlig ikke

ønsker eller klarer å unngå å se. Hvis man i god tro på et sykehus åpner et fastlegenotat fordi man tror det kan være viktig for å gi helsehjelp, kan man plutselig få langt mer informasjon enn nødvendig. Men dette vet man ikke før man har åpnet. I noen journalsystemer vil «tidligere sykdommer» fremgå automatisk i nye henvisninger, og om fastlegen ikke manuelt fjerner informasjonen, vil spesialisten nødvendigvis se den når henvisningen leses. Helsedirektoratet uttaler om taushetsplikten: «Formålet med helsepersonells taushetsplikt er å sikre befolkningens tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten slik at personer ikke unnlater å oppsøke hjelp av frykt for at uvedkommende skal få tilgang til opplysninger» (3). Hva vil skje hvis befolkningen mister tilliten til at sårbare temaer som blir delt på legekontoret, forblir på legekontoret? Hva skjer hvis de unngår å dele viktig informasjon fordi de opplever at det ikke er trygt? I Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–27 vil regjeringen nå «gjennomgå bestemmelsene om taushetsplikt i helsepersonelloven og pasientjournalloven» (4), med mål om at regelverket blir bedre egnet til å tilgjengeliggjøre helseopplysninger (informasjonsdeling) og blir mer digitaliseringsvennlig. Jeg håper ikke det vil undergrave tilliten fra pasientene.

Når fastlegejournalen nå er teknisk tilgjengelig for tusenvis av helsepersonell i Midt-Norge, gjør det meg usikker. Noen ganger tør jeg ikke å skrive ned alt som er relevant, rett og slett fordi jeg vil beskytte pasienten. Jeg vet ikke om notatet blir lest av andre. Og noen ganger unnlater jeg å legge en diagnose på problemlisten for å unngå at den automatisk blir synlig når journalen åpnes av annet helsepersonell. Når jeg gjør dette, mister jeg selv litt av oversikten over pasientens historie, for journalen er også arbeidsverktøyet mitt i møte med pasienten. Som oftest jobber jeg nok likevel som før jeg fikk Helseplattformen – og håper at jeg ikke gjør pasientene urett.

Hensiktsmessig lovregulering og gode tekniske løsninger som bedre hjelper oss å bevare den skjøre balansen mellom taushetsplikt og nødvendig informasjonsdeling, må være forutsetningene for pasientjournalen også i fremtiden. ■

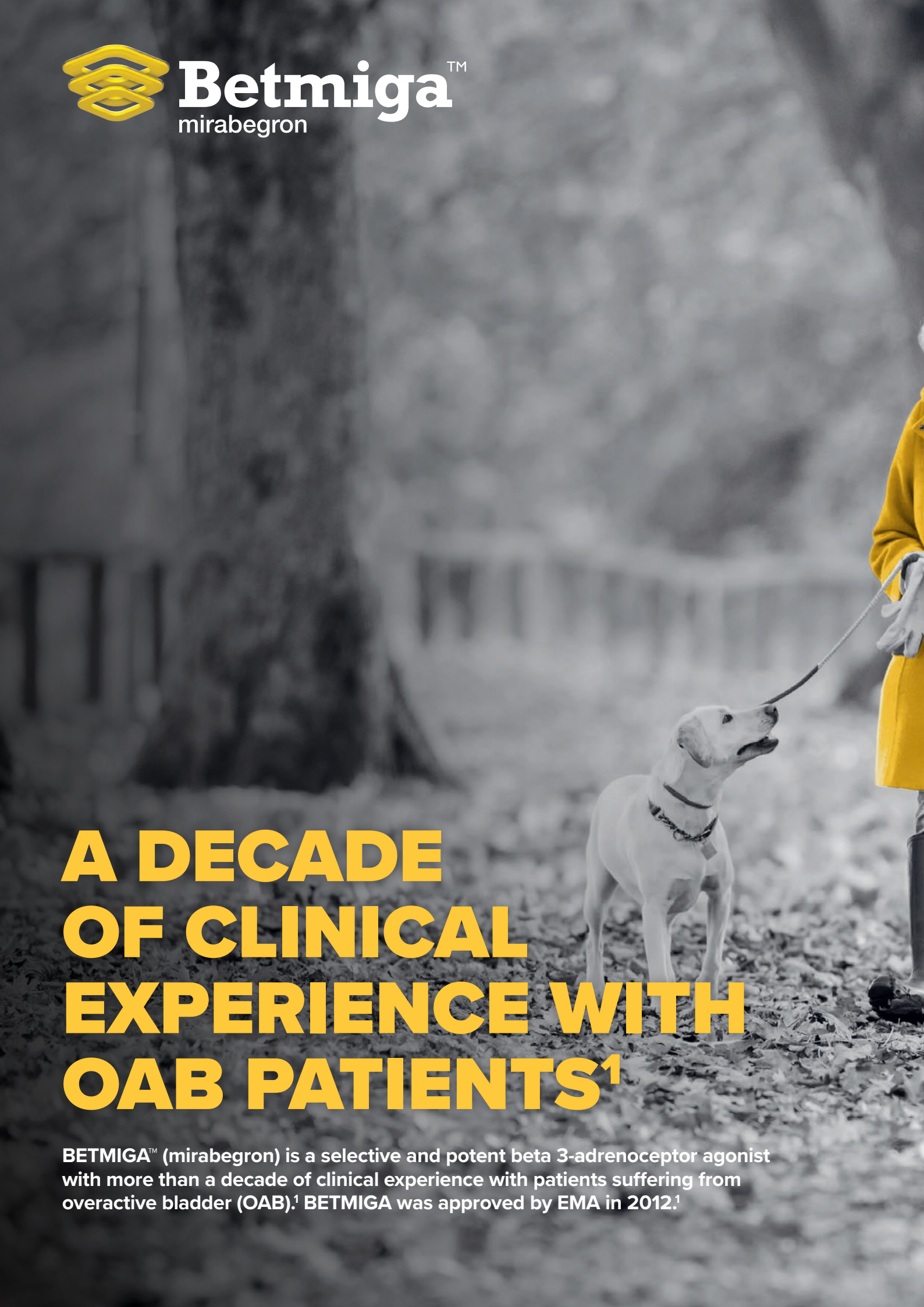
Bjarne Austad

bjarne.austad@ntnu.no

Bjarne Austad er spesialist i allmennmedisin, fastlege på Øya Legesenter (som bruker Helseplattformen) og førsteamanuensis ved NTNU. Han var tidligere fageksperter for fastlegeløsningen i Helseplattformen og er nå konsulent for Trondheim kommune for å bidra inn i faglig beslutningsstruktur i Helseplattformen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Regjeringen. Meld. St. 9 (2012-2013). Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren. Lest 3.4.2025.
- 2 Nordic Federation of General Practice (NFGP). Core Values and Principles of Nordic General Practice/Family Medicine. Scand J Prim Health Care 2020; 38: 367–8.
- 3 Helsedirektoratet. Helsepersonelloven § 21. Hovedregel om taushetsplikt. Helsedirektoratets kommentarer 2018. Lest 3.4.2025.
- 4 Regjeringen. Meld. St. 9 (2023-2024). Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Vår felles helsetjeneste. Lest 3.4.2025.



A DECADE OF CLINICAL EXPERIENCE WITH OAB PATIENTS¹

BETMIGATM (mirabegron) is a selective and potent beta 3-adrenoceptor agonist with more than a decade of clinical experience with patients suffering from overactive bladder (OAB).¹ BETMIGA was approved by EMA in 2012.¹

BETMIGA™ (mirabegron) 25 og 50 mg depottabletter

Farmakoterapeutisk gruppe: Urologisk spasmolytikum, selektiv β_3 -adrenoseptoragonist (G04BD12). **Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av «urgency», økt vannlatingsfrekvens og/eller urgeinkontinens hos voksne med overaktiv blæresyndrom (OAB). Behandling av nevrogen detrusoroveraktivitet (NDO) hos pediatriske pasienter i alderen 3-18 år. ***Dosering og administrering:** *Voksne med overaktiv blære (≥18 år):* 50 mg 1 gang daglig, med eller uten mat. *Barn og ungdom 3-18 år, ≥35 kg, med nevrogen detrusoroveraktivitet (NDO):* Startdosen er 25 mg 1 gang daglig med mat. Om nødvendig kan dosen økes til maks. 50 mg 1 gang daglig etter 4-8 uker. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (GFR 15-29 mL/min/1,73 m²) eller moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh klasse B), anbefales en maks. dose på 25 mg. Tabletten skal tas med væske, svelges hel og må ikke tygges, deles eller knuses.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Alvorlig ukontrollert hypertensjon definert som systolisk blodtrykk ≥180 mm Hg og/eller diastolisk blodtrykk ≥110 mm Hg. ***Forsiktighetsregler:** *Nedsatt nyre- og leverfunksjon:* Betmiga er ikke studert hos pasienter med terminal nyresykdom (GFR <15 mL/min/1,73 m²), pasienter som krever hemodialyse, eller pasienter med alvorlig leverfunksjonssvikt (Child-Pugh klasse C), og anbefales derfor ikke for bruk i disse pasientgruppene. Anbefales ikke til bruk hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (GFR 15-29 mL/min/1,73 m²) eller pasienter med moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh klasse B) som samtidig mottar sterke CYP3A-hemmere. *Hypertensjon:* Kan øke blodtrykket hos både voksne, ungdom og barn. Blodtrykksøkning hos barn (3-12 år) kan være høyere enn hos ungdom (12-18 år). Blodtrykk bør måles ved oppstart og jevnlig under behandlingen, spesielt hos hypertensive pasienter. Forsiktighet må utvises til pasienter med *medfødt eller ervervet QT-forlengelse, klinisk signifikant blæreutløpsobstruksjon og pasienter som bruker antimuskarinbehandling for overaktiv blære. Graviditet, amming og fertilitet:* Anbefales ikke til fertile kvinner som ikke bruker prevensjon, eller under graviditet eller amming. Effekten av mirabegron på menneskelig fertilitet er ikke fastslått. ***Bivirkninger:** De vanligst rapporterte bivirkningene er takykardi, urinveisinfeksjon, hodepine, svimmelhet, kvalme, forstoppelse og diaré. Samlet sett er sikkerhetsprofilen hos barn og ungdom lik den som er observert hos voksne. Hos barn og ungdom med NDO ble det ikke rapportert noen alvorlige bivirkninger. De vanligst rapporterte bivirkningene hos disse var urinveisinfeksjon, forstoppelse og kvalme. **MT-innehaver:** Astellas Pharma Europe B.V., Nederland.

Reseptgruppe: C. **Refusjon:** *Refusjonsberettighet bruk:* Motorisk hyperaktiv nevrogen blære med lekkasje (urge-inkontinens). Refusjonskoder: ICPC: U04 Urininkontinens; ICD: N39.4 Annen spesifisert urininkontinens. Vilkår: Ingen spesifisert. **Pakningsstørrelse og pris (pr 10.03.2025):** 25 mg: 30 tabletter (blister) 438.50 NOK; 90 tabletter (blister) 1203.70 NOK. 50 mg: 30 tabletter (blister) 438.50 NOK; 90 tabletter (blister) 1203.70 NOK. **Lokal representant:** Astellas Pharma, Tel: +47 66764600. For mer informasjon se www.felleskatalogen.no.

Basert på SPC godkjent: 22.08.2024.

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

Preparatomtalen kan bestilles kostnadsfritt fra den lokale representanten.

References: 1. BETMIGA SmPC §5.1, 9, 08.2024.



Astellas Pharma Norway
kontakt.no@astellas.com

Praksis bør endres ved spinalpunksjon

Færre pasienter får hodepine etter spinalpunksjon hvis man bruker en tynn og atraumatisk nål. Likevel brukes den for sjelden.

Hodepine, eller postdurapunksjonshodepine, er en velkjent komplikasjon til spinalpunksjon (1). Smertene kan være intense (skår 7–10 på visuell analog skala (VAS)), og fører ofte til mange dagers sengeleie, spesielt dersom en tykk nål med skjærende (traumatisk) spiss blir benyttet (2). Bruk av traumatisk nål øker også forekomsten av postdurapunksjonshodepine uavhengig av nålens tykkelse (2).

Lenge kjent og lenge glemt

Det har lenge vært konsensus om at en nål med diameter på 22 gauge (0,7 mm) gjerne benyttes ved diagnostisk spinalpunksjon (1), selv om en tynnere (25 gauge) vil gi mindre hodepine. Det skyldes at samling av spinalvæske vil ta uhensiktsmessig lang tid ved bruk av den tynneste nålen (3). For å få målt korrekt åpningstrykk anbefales heller ikke bruk av tynnere atraumatisk nål enn 22 gauge (4).

I en studie fra 2001 med 230 deltagere ble det vist at 24 % av dem som ble spinalpunkttert med 22 gauge traumatisk nål fikk postdurapunksjonshodepine, mot kun 12 % av dem som ble spinalpunkttert med atraumatisk nål av samme tykkelse (5). Likevel bruker mange fremdeles traumatisk nål (6). Konservative holdninger og en forestilling blant nevrologer om at anvendelse av atraumatisk nål, som krever at man også bruker en innføringskanyle, er teknisk vanskelig, har vært foreslått som viktige grunner til dette (5).

Etter kontakt med avdelingsoverleger ved landets nevrologiske avdelinger i 2011 fikk vi vite at det kun var tre steder som benyttet atraumatisk nål (1). I etterkant gjorde vi en randomisert kontrollert studie med 172 deltagere der vi bekreftet at risikoen for postdurapunksjonshodepine halveres ved bruk av atraumatisk nål – fra 39 % til 18 % av tilfellene (7). Vi har igjen vært i kontakt med landets nevrologiske avdelinger og erfarer at de fleste fremdeles ikke har gått over til å bruke atraumatisk nål rutinemessig.

Spektrofotometri

Da vi også har kunnet bekrefte at spektrofotometri for å detektere gul spinalvæske i kjølvannet av hyperakutt hodepine kan redde liv (8), har vi også spurt om bruken av det i Norge. Vår erfaring tilsier at heller ikke dette er etablert overalt.

Spredning av vitenskapelig kunnskap er ikke tilstrekkelig for at forandringer i klinisk praksis skal adopteres. Erkjennelse må følges av holdnings- og atferdsendring. Vår mening er at atraumatisk 22 gauge spinalnål bør benyttes rutinemessig ved diagnostisk spinalpunksjon. For dem som ikke benytter spektrofotometri, synes vi også at det er på tide å endre praksis (9). ■

Karl Bjørnar Alstadhaug

karl.bjornar.alstadhaug@nlsh.no

Karl Bjørnar Alstadhaug er spesialist i nevrologi, professor ved Institutt for klinisk medisin, UiT Norges arktiske universitet og overlege ved Nevrologisk avdeling, Nordlandssykehuset. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ane Skaare Sjulstad

Ane Skaare Sjulstad er spesialist i nevrologi, doktorgradsstudent ved Institutt for klinisk medisin, UiT Norges arktiske universitet og overlege ved Nevrologisk avdeling, Nordlandssykehuset. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Alstadhaug KB, Odeh F, Baloch FK et al. Hodepine etter spinalpunksjon. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 818–21.
- 2 Schyns-van den Berg AMJV, Gupta A. Postdural puncture headache: Revisited. Best Pract Res Clin Anaesthesiol 2023; 37: 171–87.
- 3 Carson D, Serpell M. Choosing the best needle for diagnostic lumbar puncture. Neurology 1996; 47: 33–7.
- 4 Woo MS, Kessner SS, Schlemm E et al. Atraumatic spinal needle indicates correct CSF opening pressure. Sci Rep 2022; 12: 21089.
- 5 Strupp M, Schueler O, Straube A et al. "Atraumatic" Sprotte needle reduces the incidence of post-lumbar puncture headaches. Neurology 2001; 57: 2310–2.
- 6 Davis A, Dobson R, Kaninia S et al. Atraumatic needles for lumbar puncture: why haven't neurologists changed? Pract Neurol 2016; 16: 18–22.
- 7 Sjulstad AS, Odeh F, Baloch FK et al. Occurrence of postdural puncture headache-A randomized controlled trial comparing 22G Sprotte and Quincke. Brain Behav 2020; 10: e01886.
- 8 Sjulstad AS, Brekke OL, Alstadhaug KB. Visual inspection versus spectrophotometry for xanthochromia detection in patients with sudden onset severe headache-A diagnostic accuracy study. Headache 2025; 65: 80–9.
- 9 Moisset X, Demarquay G, Bouvier D. Diagnosis of subarachnoid haemorrhage: It is time to use spectrophotometry. Rev Neurol (Paris) 2025; 181: 132–4.

Les flere debattartikler
på tidsskriftet.no:



TIL DISKUSJON
Reaksjoner, faglige innspill
og konstruktiv debatt.



Vår rolle er å bidra med faglighet, etikk og ansvarlighet til et tema som berører de mest grunnleggende sider ved liv, lidelse og død.

Legeforeningens politikk på dette området bygger altså på en demokratisk forankret prosess og gjeldende etiske retningslinjer. Dersom foreningen på et senere tidspunkt skal endre sitt standpunkt, må det – som i andre saker – skje gjennom forslag fra foreningsledd og vedtak i våre demokratisk valgte organer. Så langt har det ikke kommet slike forslag.

Samtidig er det viktig for meg å understreke at Legeforeningen anerkjenner at synspunktene i medlemsmassen kan være nyanserte og i utvikling. Derfor har sentralstyret besluttet at dødshjelp skal debatteres på årets landsstyremøte. Vi ønsker et åpent og respektfullt ordskifte, der ulike perspektiver kan komme til uttrykk. Gjennom slike prosesser sikrer vi at Legeforeningens politikk fortsatt hviler på et solid etisk, faglig og demokratisk grunnlag.

Legeforeningen tar sitt samfunnsansvar på største alvor. Helseprofesjonenes holdning til dødshjelp har historisk hatt stor betydning i samfunnsdebatten og i politiske prosesser. Vår rolle er å bidra med faglighet, etikk og ansvarlighet til et tema som berører de mest grunnleggende sider ved liv, lidelse og død. Dette må skje gjennom forslag fra foreningsledd og vedtak i våre demokratisk valgte organer.

Vi ser frem til en grundig og opplysende debatt på landsstyremøtet i juni. ■

Anne-Karin Rime

anne-karin.rime@legeforeningen.no

Anne-Karin Rime er spesialist i anestesiolegi og i indremedisin og er president i Legeforeningen.

Dødshjelp-debatten tas på landsstyremøtet

Spørsmålet om dødshjelp berører grunnleggende medisinsk-etiske prinsipper og rommer ulike definisjoner og forståelser. På årets landsstyremøte legger vi opp til en åpen og respektfull debatt om dette.

Legeforeningens politikk bygger på et tydelig ståsted: Leger skal ikke utføre dødshjelp. Samtidig skal medlemmene få løfte sine synspunkter, og jeg setter pris på engasjementet i en viktig og krevende debatt (1).

Temaet dødshjelp reiser tunge medisinske, etiske, juridiske og samfunnsmessige spørsmål, og Legeforeningen har i mange år hatt en tydelig og gjennomarbeidet politikk på området. Det følger av Legeforeningens etiske regler kapittel I § 5 at leger ikke skal utføre dødshjelp. Dette er en regel som reflekterer både grunnleggende medisinsk-etiske prinsipper og dagens lovgivning. Etter initiativ fra medlemmer ble det i 2023 reist spørsmål om mulig revisjon av denne bestemmelsen. I respekt for sakens alvor og kompleksitet valgte vi å legge til rette for en grundigere prosess fremfor å fremme saken direkte til landsstyret.

Sentralstyret ba derfor Rådet for legeetikk om å utarbeide et kunnskapsgrunnlag som belyser ulike aspekter ved dødshjelp (2). Kunnskapsgrunnlaget, som ble oversendt høsten 2023, omfatter blant annet en redegjørelse for begrepsbruk, rettslige rammer, etiske refleksjoner, forholdet til palliativ behandling og erfaringer fra andre land. Rådet for legeetikk konkluderte med at etiske regler for leger burde forbli uendret – en vurdering sentralstyret sluttet seg til.

Litteratur

- 1 Nylander G, Blomkvist AW, Schei E et al. Assistert dødshjelp angår Legeforeningen. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0195.
- 2 Den norske legeforening. Kunnskapsgrunnlag om dødshjelp. Lest 4.5.2025.

Antipsykotika virker

Det kommer stadig innspill i media der antipsykotika fremstilles som ineffektive, unødvendige og skadelige. Disse fremstillingene er ikke bare faglig ubalanserte, men også ofte potensielt skadelig for pasientene våre og for behandlingsklimaet.

Påstander som at effekten av antipsykotika ved akutte psykotiske tilstander er så svak at medikamentene knapt fortjener sitt navn, er ikke i tråd med den samlede forskningslitteraturen, klinisk erfaring eller internasjonale anbefalinger. Vi i styret i Norsk psykiatrisk forening finner det nødvendig å kommentere på noen av disse innspillene for å sikre at norske leger behandler pasienter med psykiatiske sykdommer kunnskapsbasert. De som står bak slike påstander, benytter seg ofte av «kirsebærplukking», det vil si selektiv utvelgelse av data som støtter egne synspunkter, mens motstridende funn ignoreres. Et nylig eksempel er en kronikk i Tidsskrift for Den norske legeforening (1). Her fremheves svakere funn med metodiske svakheter, mens den samlede evidensen og hovedstrømmen i psykiatrisk forskning utelates. Antipsykotika har i flere tiår vært en sentral del av behandlingen av psykoselidelser. Store metaanalyser dokumenterer at medikamentene gir signifikant reduksjon i psykotiske symptomer sammenlignet med placebo (2). Effektstørrelsene er gjennomgående moderate, men klinisk meningsfulle, da de dreier seg om svært alvorlig sykdom.

Å bruke enkeltstudier og studier med metodiske svakheter til å diskreditere hele behandlingsformen er ikke en faglig redelig tilnærming



Faksimile: Tidsskriftet nr 5/2025

Langtidsstudier viser at seponering av antipsykotika øker risikoen for tilbakefall betydelig jo lenger pasienten har levd med alvorlig psykiatrisk sykdom. Registerdata fra Finland viser at tilbakefallsraten uten medikasjon er 57 % innen ett år, sammenlignet med rundt 34 % hos dem som fortsetter behandlingen (3). Men like viktig som symptomreduksjon er pasientens livskvalitet. Klinisk kunnskap tilsier at antipsykotika via reduksjon i psykosesyntomene også bidrar til betydelig bedre funksjon, mulighet til å gjennomføre utdanning, være i jobb og å ha et sosialt liv (4). Det finnes også mer harde fakta. En oversiktsartikkel viser til at seponering av antipsykotika er forbundet med ikke bare økt mengde tilbakefall av psykose og reinnlegelse, men også dødelighet generelt, kardiovaskulær dødelighet og dødelighet ved suicid (5, 6). Også risikoen for drap øker med ikke-medisinert psykose (2), slik at konsekvensene for pasienten selv og omgivelsene er store om man underslår den samlede kunnskapen om antipsykotika (7).

Det finnes naturligvis legitime spørsmål om bivirkninger, individuell respons og behov for mer presisjonsmedisin. Men å bruke enkeltstudier og studier med metodiske svakheter til å diskreditere hele behandlingsformen er ikke en faglig redelig tilnærming. Retningslinjene for legemiddelbehandling for psykoselidelser, er nyanserte, oppdaterte og i tråd med internasjonale retningslinjer og kunnskapsoppsummeringer. Vi som jobber med pasienter med psykose, vet hvor viktig det er å kunne tilby effektiv, kunnskapsbasert behandling – og å kommunisere åpent om både nytte og risiko.

Vi må hele tiden debattere tvangsbruk, individualisering og bivirkninger. Men vi trenger ikke en debatt som bygger på selektive data og retoriske grep som undergraver pasientenes tillit til behandling og den samlede legestandens kunnskap om alvorlige sykdommer som schizofreni. Det hevdes ofte at effektstørrelsene er lave, men det kommer sjelden fram at effektstørrelsene ikke er særlig mye høyere for psykoterapi eller psykososiale tiltak. Så hvilke tiltak skal settes i verk, eventuelt ikke settes i verk, om behandlingen skulle styres etter effektstørrelsene?

Det finnes uenighet om hvordan og når antipsykotika skal brukes, men det råder ingen faglig tvil om at de virker. Å antyde noe annet skaper et feilaktig bilde. Det gagner verken pasientene eller faget vårt. Det er sant at noen pasienter blir kvitt symptomene uten medikamentell behandling, men dette betyr ikke at antipsykotika ikke har effekt. Det at psykoser kan gå over spontant hos noen, eller at psykososiale faktorer spiller en rolle, svekker ikke den dokumenterte effekten av medikamentell behandling.

Vår oppgave som fagpersoner er å sikre at pasientene får den beste hjelpen tilgjengelig. Effekten av antipsykotika er veldokumentert, selv om den varierer mellom individer. Forskingen viser at medikamentene reduserer psykotiske symptomer, forebygger tilbakefall og at fravær av behandling i mange tilfeller kan gi alvorlige konsekvenser. Kritikken av metodologi og ønske om mer kunnskap er nødvendig, men bør ikke brukes til å diskreditere en behandling som har hjulpet millioner av mennesker verden over. ■

Forfatterne er medlemmer i styret i Norsk psykiatrisk forening. Mottatt 14.4.2025, første revisjon innsendt 27.4.2025, godkjent 9.5.2025.

Lars Lien

lars.lien@sykehuset-innlandet.no

Lars Lien er spesialist i psykiatri og samfunnsmedisin. Han er leder i Norsk psykiatrisk forening. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Niclas Halvorsen

Niclas Halvorsen er spesialist i psykiatri. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt foredragshonorar fra Abilify.

Ulrika Larsson

Ulrika Larsson er spesialist i psykiatri. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jan Ivar Røssberg

Jan Ivar Røssberg er spesialist i psykiatri og professor ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Shahram Shaygani

Shahram Shaygani er spesialist i psykiatri og i rus- og avhengighetsmedisin. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Melissa Weibell

Melissa Weibell er spesialist i psykiatri. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Marianne Smetop

Marianne Smetop er spesialist i psykiatri. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt foredragshonorar fra European Psychiatric Association..

Kristina Norheim Lorentzen

Kristina Norheim Lorentzen er spesialist i psykiatri. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Solveig Reitan

Solveig Reitan er spesialist i psykiatri og professor ved NTNU. Hun er nestleder i Norsk psykiatrisk forening. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt møtehonorer fra Takeda og honorar fra Lundbeck for informasjonshefte om depresjon. Hun er styremedlem i KIM-senteret, Mental Helse og har aksjer i ODIN-fondene, som kan ha investert i aktuell industri (vet ikke noe om det).

Litteratur

- 1 Aarre TF. Har antipsykotika effekt mot akutt psykose? Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0047.
- 2 Ceraso A, Lin JJ, Schneider-Thoma J et al. Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2020; 8: CD008016.
- 3 Tiihonen J, Tanskanen A, Taipale H. 20-Year Nationwide Follow-Up Study on Discontinuation of Antipsychotic Treatment in First-Episode Schizophrenia. Am J Psychiatry 2018; 175: 765–73.
- 4 De Filippis S, Vita A, Cuomo A et al. Treatment satisfaction and effectiveness of Lurasidone on quality of life and functioning in adult patients with schizophrenia in the real-world Italian clinical practice: a prospective 3-month observational study. Ann Gen Psychiatry 2024; 23: 43.
- 5 Andrade C. Antipsychotic Medication Continuation vs Taper and Discontinuation in Patients With Schizophrenia and Other Nonaffective Psychotic Disorders. J Clin Psychiatry 2024; 85: 24f15363.
- 6 Strømme MF, Mellesdal LS, Bartz-Johannessen C et al. Mortality and non-use of antipsychotic drugs after acute admission in schizophrenia: A prospective total-cohort study. Schizophr Res 2021; 235: 29–35.
- 7 Nielssen O, Lyons G, Oldfield K et al. Rates of homicide and homicide associated with severe mental illness in NSW between 1993 and 2016. Aust N Z J Psychiatry 2022; 56: 836–43.

Tekst: Oscar Kolsrud et al.

Xenotransplantasjon

Transplantasjonsmedisinen står på terskelen til en ny æra. Det må lovendringer til for at Norge skal kunne henge med i utviklingen.

Muligheten til å bruke organer fra dyr som erstatning for sviktende menneskeorganer, såkalt xenotransplantasjon, har vært en medisinsk drøm i over hundre år. Med nærmest ubegrenset tilgang til dyreorganer ville ventelistene for organtransplantasjon forsvinne. Xenotransplantasjon har imidlertid vist seg å være svært vanskelig å gjennomføre i praksis. Transplantasjon av organer over artsgrensene gir opphav til kraftige immunologiske reaksjoner hos mottakeren, og dermed såkalt hyperakutt avstøtning av det nye organet allerede i løpet av timer eller minutter (1). Det har i lengre tid vært så nedslående resultater at man til og med har diskutert hvorvidt xenotransplantasjon noensinne vil bli en realitet (2).



Foto: Wikimedia

Med nærmest ubegrenset tilgang til dyreorganer ville ventelistene for organtransplantasjon forsvinne

Genmodifiserte dyr

Med moderne genteknologi i form av knockout/CRISPR-teknikk har det imidlertid nylig skjedd en viktig utvikling innen fagfeltet: Donordyret, i praksis gris, kan genetisk modifiseres slik at organene ved transplantasjon ikke utløser den kraftige immunreaksjonen hos mennesker som man tidligere har sett. Det er hittil blitt utført fire nyretransplantasjoner, to hjertetransplantasjoner og nylig en levertransplantasjon med organer fra gris til menneske. Det er fremdeles en lang vei igjen, men problemet med hyperakutt avstøtning ser nå ut til å være løst takket være den genetiske manipulasjonen (3–5). Dette er et stort gjennombrudd som for bare noen få år siden fortonet seg som umulig. På bakgrunn av dette har amerikanske Food and Drug Administration (FDA) nå godkjent verdens første systematiske studie der nyre fra genetisk multimodifiserte griser vil bli transplantert til mennesker med alvorlig nyresvikt (6). Xenotransplantasjon tar dermed for første gang det viktige skrittet fra mer eller mindre desperate unntaksoperasjoner →

til den kliniske virkeligheten på en ordnet og systematisk måte. Resultatene fra denne studien kan medføre en ny æra innen transplantasjonsmedisin, og fagmiljøet vil derfor følge studien med stor interesse.

Forbudt i Norge

Norge er det eneste landet i Norden der xenotransplantasjon er forbudt ved lov (7). I forarbeidet til transplantasjonslova fra 2015 blir forbudet blant annet begrunnet med at «forskinga ikkje tilseier at transplantasjon frå dyr til menneske (xenotransplantasjon) kan bli aktuell behandling i dei næraste åra». Denne sannheten står nå for fall. Hvis det viser seg at xenotransplantasjon nå holder på å bli virkelighet, bør det derfor gjennomføres en lovendring for at norske pasienter i fremtiden skal få ta del av denne behandlingsmuligheten på lik linje med svenske, danske og finske pasienter. ■

Mottatt 19.3.2025, første revisjon innsendt 14.4.2025, godkjent 22.4.2025.

Oscar Kolsrud

oscar.kolsrud@hotmail.com

Oscar Kolsrud er ph.d., overlege og thoraxkirurg ved Thoraxkirurgisk avdeling ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Arnt Fiane

Arnt Fiane er dr.med., professor og avdelingsleder ved Thoraxkirurgisk avdeling ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Morten Hagness

Morten Hagness er ph.d., overlege og seksjonsleder ved Seksjon for transplantasjonskirurgi ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Carvalho-Oliveira M, Valdivia E, Blasczyk R et al. Immunogenetics of xenotransplantation. *Int J Immunogenet* 2021; 48: 120–34.
- 2 Siems C, Huddleston S, John R. A Brief History of Xenotransplantation. *Ann Thorac Surg* 2022; 113: 706–10.
- 3 Fischer K, Schnieke A. Xenotransplantation becoming reality. *Transgenic Res* 2022; 31: 391–8.
- 4 Tao K-S, Yang Z-X, Zhang X et al. Gene-modified pig-to-human liver xenotransplantation. *Nature* 2025; doi: 10.1038/s41586-025-08799-1.
- 5 Griffith BP, Grazioli A, Singh AK et al. Transplantation of a genetically modified porcine heart into a live human. *Nat Med* 2025; 31: 589–98.
- 6 Deeley M. FDA greenlight first clinical trials for genetically modified pig kidney transplants in humans. *American Kidney Fund* 6.2.2025. Lest 22.4.2025.
- 7 Lovdata. Lov om donasjon og transplantasjon av organ, celler og vev (transplantasjonslova) §19. Lest 22.4.2025.

Annonse



Nasjonalforeningen for folkehelsen er en frivillig, humanitær organisasjon med helselag og demensforeninger over hele landet. Våre mål er å fremme folkehelsen og finansiere forskning på hjerte- og karsykdommer og demens. Organisasjonen er også interesseorganisasjon for personer med demens og deres pårørende. Vi jobber med aktuelle og fremtidsrettede oppgaver som har betydning for folkehelsen. Vår innsats finansieres med innsamlede midler og gaver.

Søk midler til demensforskning

Nasjonalforeningen for folkehelsen deler ut midler til forskning på demens og har siden 2002 bidratt med over 290 millioner kroner til demensforskning.

Nasjonalforeningen for folkehelsens demensforskningsprogram skal bidra til økt kunnskap om:

- ◆ Årsakssammenhenger og sykdomsmekanismer
- ◆ Risikofaktorer
- ◆ Forebygging
- ◆ Behandling (farmakologisk og non-farmakologisk)

Det lyses ut midler til:

- ◆ Postdoktorstillinger
- ◆ Driftsstøtte

Prosjektene vurderes av et internasjonalt fagpanel samt et panel bestående av personer med egen demenserfaring. Tildelingen skjer etter innstilling fra Nasjonalforeningen for folkehelsens Forskningsstyre demens.

Kontakt Ditte Staldgaard for mer informasjon på telefon 92 55 35 45 eller epost ditte.staldgaard@nasjonalforeningen.no

Søknadsskjema og retningslinjer finnes på: <https://soknadportal.nasjonalforeningen.no/#home>

Søknaden leveres elektronisk innen 01.09.2025, kl. 10:00.

Selv om det ikke er
din kopp te ...



... er det uansett
leit å gå tom



Heldigvis er det fort gjort å bestille teposer
og alt annet til jobben på lyreco.no

Først og fremst ikke skade

Legenes klimaaksjon oppfordrer Legeforeningen til å uttrykke støtte til The Fossil Fuel Non-Proliferation Treaty på landsstyremøtet i juni.

Klimakrisen er vår tids største helsetrusel (1, 2). The Fossil Fuel Non-Proliferation Treaty er et globalt initiativ til en ikkespredningsavtale som skal regulere leting, utvinning og produksjon av fossile energikilder (3). Avtalen har mottatt støtte fra Verdens legeforening (World Medical Association, WMA) og Verdens helseorganisasjon (World Health Organization, WHO). Verdens legeforening oppfordrer også andre til å støtte avtalen. De viser til ikkespredningsavtalen i sin resolusjon om klimaendringer og helse og oppfordrer til å ikke investere i selskaper som utvinner fossilt brensel (4, 5).

Den norske legeforening inkluderer i sitt prinsippprogram at negativ klima- og miljøpåvirkning må bekjempes globalt, nasjonalt og lokalt. De skriver videre at «... vi som nasjonal forening, gjerne i samarbeid med søsterorganisasjoner i andre land, bidrar i det internasjonale arbeidet for å redusere helsekonsekvenser av global oppvarming» (6).

En truet fremtid

Til tross for forskning som viser fare for alvorlige helsekonsekvenser, fortsetter utvinningen av olje og gass. Det rapporteres om økende fossile CO₂-utslipp (7, 8). Klimaendringene resulterer i skogbranner, uttørking av regnskog, tining av permafrost og forsuring av hav, som videre vil generere økt utslipp av CO₂. Slik kan man havne i en ond spiral med akselerert oppvarming. Naturen har allerede mistet evnen til å absorbere vårt overskudd av CO₂ (9).

Enhver handling – eller passiv aksept – som bidrar til mer utvinning og muliggjør økt bruk av olje, innebærer et aktivt bidrag til mer menneskelig lidelse og død

Økt global gjennomsnittstemperatur gir også redusert tilgang på vann, dårlige avlinger og hetebølger. Allerede i 2030 kan to milliarder mennesker havne utenfor den beboelige nisen, de områdene hvor det er mulig for å mennesker å leve uten omfattende tilpassing, klimaet tatt i betraktning (10). En kaotisk verden med flyktningstrømmer og ressursknapphet er uegnet som premisseleverandør for helt grunnleggende helsebetingelser.

I Tidsskriftet nr. 7/2024 skriver sjefredaktør Are Brean at «det er alvor nå» og viser blant annet til 60 000 varmerelaterte premature dødsfall i Europa sommeren 2022 (11). Slutningen om at klimakrisen allerede er her og at den tar liv, har bred evidensbasert støtte. De to største medisinske tidsskriftene, New England Journal of Medicine og The Lancet, har begge viet egne deler av sine publikasjoner til klimaendringer. Leger har tatt til orde for endring, både nasjonalt og globalt (12, 13).

Letevirksomheten må stoppe for å redde liv

Klimaendringene skyldes primært utvinning og bruk av olje. Dette medfører alvorlige negative helseeffekter i form av økt morbiditet og mortalitet hos mennesker. For å minimere lidelse og død må verden holdes innenfor 1,5 graders temperaturøkning, i tråd med Parisavtalen. Dette kan ikke oppnås uten at leting etter og utvinning av nye olje- og gassprosjekter stopper (14).

Enhver handling – eller passiv aksept – som bidrar til mer utvinning og muliggjør økt bruk av olje, innebærer et aktivt bidrag til mer menneskelig lidelse og død. Dette går imot vår hippokratiske ed om først og fremst å ikke skade eller gjøre urett.

Landsstyremøtet i juni er en ideell mulighet for Legeforeningen til å vise handlekraft i møte med vår tids største helsekrise. En signering av ikkespredningsavtalen fra Legeforeningen vil representere en handling i tråd med den hippokratiske ed, Legeforeningens egne uttalte mål i prinsippprogrammet, og vil vise at vi står sammen med store internasjonale helseaktører som har innsett alvor. ■

Mottatt 24.2.2025, første revisjon innsendt 4.4.2025, godkjent 8.4.2025.

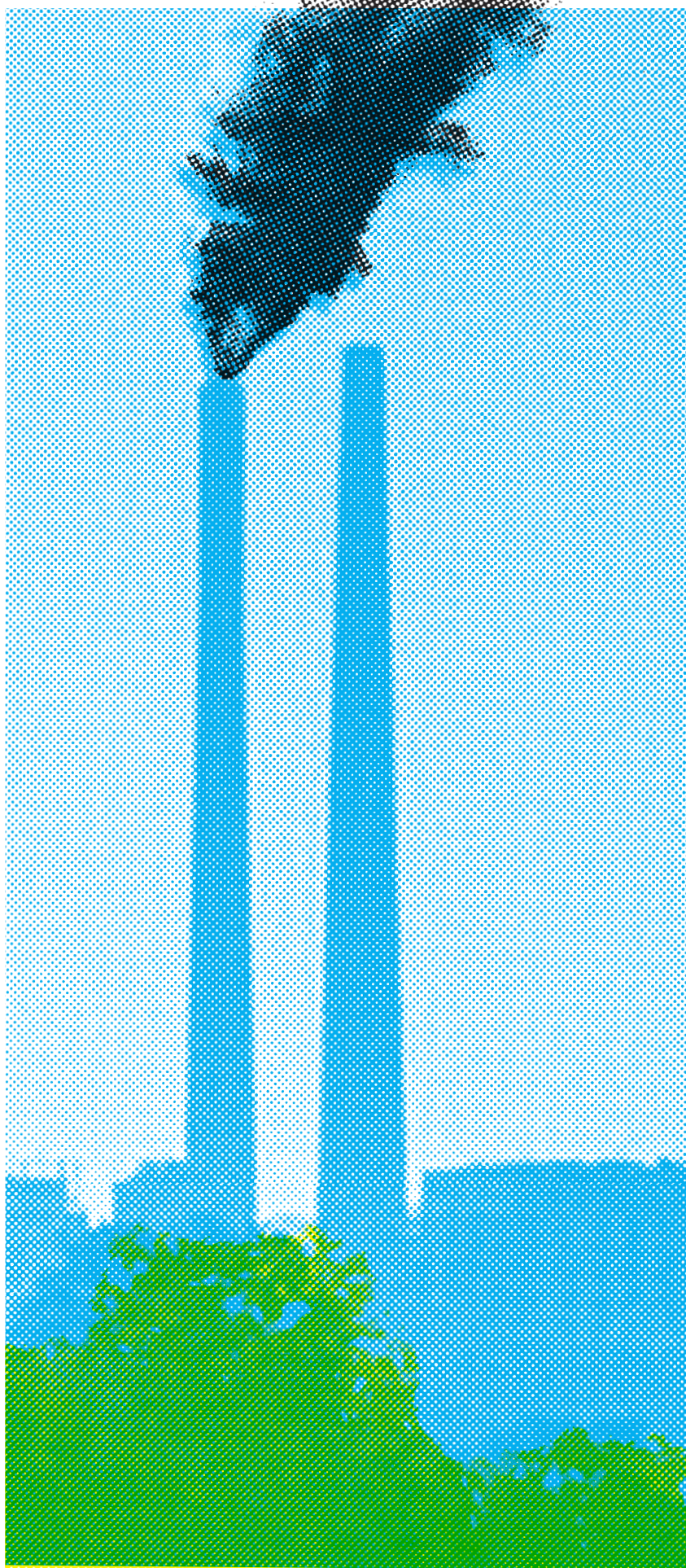
Simon Andrup

simon.andrup@gmail.com

Simon Andrup er lege ved legevakten i Fredrikstad og ph.d.-stipendiat ved Avdeling for hjertemedisin, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er styremedlem i Legenes klimaaksjon.

Sara Soraya Eriksen

Sara Soraya Eriksen er lege i spesialisering i allmennmedisin i Kjølsvik, Narvik kommune. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun er leder av Legenes klimaaksjon.

**Litteratur**

- 1 Atwoli L, Baqui AH, Benfield T et al. Call for emergency action to limit global temperature increases, restore biodiversity, and protect health. *BMJ* 2021; 374: n1734.
- 2 Bell ML, Gasparrini A, Benjamin GC. Climate Change, Extreme Heat, and Health. *N Engl J Med* 2024; 390: 1793–801.
- 3 Fossil Fuel Non-Proliferation Treaty Initiative. Lest 3.9.2024.
- 4 WMA. WMA statement on divestment of fossil fuels. Lest 20.2.2025.
- 5 Concept Note WMA. A WHA Resolution on Climate Change and Health 2022. Lest 20.2.2025.
- 6 Den norske legeforening. Prinsippprogram 2023–2027. Lest 3.9.2024.
- 7 Romanello M, Walawender M, Hsu SC et al. The 2024 report of the Lancet Countdown on health and climate change: facing record-breaking threats from delayed action. *Lancet* 2024; 404: 1847–96.
- 8 Friedlingstein P, O'sullivan M, Jones MW et al. Global carbon budget 2024. *Earth Syst Sci Data* 2025; 17: 965–1039.
- 9 Ke P, Ciais P, Sitch S et al. Low latency carbon budget analysis reveals a large decline of the land carbon sink in 2023. *Natl Sci Rev* 2024; 11: nwae367.
- 10 Lenton TM, Xu C, Abrams JF et al. Quantifying the human cost of global warming. *Nat Sustain* 2023; 6: 1237–47.
- 11 Brean A. Det er alvor nå. *Tidsskr Nor Legeforen* 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.24.07.01.
- 12 Frøen H. Norske leger varsler om klima. *Tidsskr Nor Legeforen* 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.24.0366.
- 13 Braunwald E. Cardiovascular effects of climate change. *Eur Heart J* 2024; 45: 3006–8.
- 14 Green F, Bois von Kursk O, Muttitt G et al. No new fossil fuel projects: The norm we need. *Science* 2024; 384: 954–7.

Tekst: Sine Grude

WHOs økonomiske gap kan true global helsesikkerhet

Bør vi frykte slutten på det multilaterale helsesamarbeidet i en Verdens helseorganisasjon uten USA?

Det var ingen stor overraskelse at USA trakk seg ut av Verdens helseorganisasjon (WHO) på den første dagen av Donald Trumps andre presidentperiode. USAs bidrag til WHOs budsjett er på 18 %, og allerede før uttrekkingen var det behov for en budsjettøkning for at organisasjonen skulle ha en bærekraftig økonomi. Som Norges ungdomsdelegat til WHO har jeg det siste året fått et innblikk i hvor organisasjonen er på vei og hvorfor det er viktig med solid norsk støtte.

Min tro på multilateralt samarbeid ble initialt svekket under WHOs helseforsamling i fjor. Jeg noterte meg lange debatter om det som allerede er etablert språkbruk på området seksual- og reproduktiv helse og rettigheter. Helsepolitiske spørsmål ble underprioritert. Rapporter om helsesituasjonene i Gaza og Ukraina ble gjenstand for politiske dragkamper og avstemming. Det så ut til å være store utfordringer med å bli enige om nytt internasjonalt helse-reglement og en pandemitraktat.

De internasjonale helsereguleringene, sist oppdatert i 2005, er et viktig regelverk som blant annet regulerer handlingsrommet til WHO i internasjonale helsekriser. Reguleringene stiller krav til at funn av potensielle sykdomsutbrudd blir rapportert internasjonalt. Pandemitraktatens formål er forebygging av, forberedelse til og respons ved fremtidige pandemier og helsekriser, blant annet regulering og fordeling av vaksiner og medisiner.

Forhandlingene hadde pågått i nærmere to år, og var langt på overtid. Gjennom godt diplomatisk håndverk fra forhandlingslederne og en mot slutten betydelig vilje til å komme til enighet lyktes det på forsamlingens siste dag å enes om oppdateringer i det internasjonale helsereglementet. Dette vil ha stor betydning for håndteringen av den neste store helsekrisen. 16. april 2025, etter over tre år med forhandlinger, ble partene også enige om pandemi-traktaten.

Norge – en tungvekt i global helse

Norge har gitt betydelige midler til WHO i mange tiår. I det foregående året og de neste to årene har Norge en spesielt sentral rolle i WHO. Norge sitter som medlem i styret frem til mai

2027 ved departementsråd i Helse- og omsorgs-departementet Cathrine M. Lofthus. Hun er nå leder av komiteen som behandler budsjett, administrasjon og planlegging (The Programme, Budget and Administration Committee).

Som leder av komiteen har Norge en viktig rolle i å tilrettelegge for produktive diskusjoner både innenfor og utenfor styrerommet. Lofthus og resten av delegasjonen medvirker også gjennom å legge frem potensielle løsninger til utfordringer komiteen står overfor. De har dermed et særskilt ansvar for at budsjettet til WHO er bærekraftig. Norge har tre hovedprioriteringer i denne styreperioden: godt styresett, oppnåelse av universell helsedekning og bedre respons for helsemessige og humanitære kriser (1). Målene ser ut til å være stadig vanskeligere å oppnå.

Endringer og store konsekvenser

Blant de oppgitte årsakene til at Trump trekker USA ut av WHO er organisasjonens håndtering av covid-19-pandemien. I sin åpningstale på styremøtet i februar 2025 sa generaldirektør Tedros Adhanom Ghebreyesus seg enig i at WHOs håndtering av pandemien hadde store mangler. Etervirkningene fra pandemien påvirker organisasjonens rolle, og manøvreringsrommet til organisasjonen er i stor grad påvirket av reguleringer i det internasjonale helsereglementet.

Forrige gang det internasjonale helsereglementet ble oppdatert, var det også et koronavirus i Kina som hadde satt fart på forhandlingene (2). Reglementet hadde i lang tid vært utdatert og ikke tilrettelagt for at WHO og andre sentrale aktører skulle kunne ta en ledende posisjon når store sykdomsutbrudd truet global helsesikkerhet. Under utbruddet i 2002–03 var WHO i prinsippet uten verktøy til å utføre undersøkelser, gi råd og sende ut advarsler, og ettersom Kina benektet utbruddet, var organisasjonen i en vanskelig situasjon (2). Gro Harlem Brundtland satt som generalsekretær for WHO i starten av utbruddet. Hun utstedte reiseadvarsler, undersøkte utbruddet og rapporterte til medlemsorganisasjonene om funnene. Organisasjonen ble i etterkant hyllet for handlekraft og ledelse, hvilket står i kontrast til dommen etter covid-19-pandemien (3).

USA kan velge å melde seg ut av WHO, men de kan ikke melde seg ut av en globalisert verden der global helsesikkerhet gjelder oss alle

Hvorvidt USA må betale inn sin gjeld, er juridisk ennå ikke avklart. Og om de faktisk kommer til å betale, er en annen sak

Helsekriser fører til endringer, og oppdateringene i det internasjonale helsereglementet i 2005 var kontroversielle på flere måter. Blant annet ble det gitt stor makt til generalsekretæren i WHO, som kunne erklære internasjonal folkehelsekrise. De fikk mandat til å innen 24 timer dele funn av potensielle sykdomsutbrudd i medlemsland og til å distribuere data med andre medlemsland uten godkjenning fra landet med utbruddet. På den måten kunne man få tidligere deteksjon av sykdomsutbrudd.

Funn av marburgvirus i Tanzania er ett av mange eksempler som følger av innføringen av dette mandatet. I januar publiserte WHO mistanke om et utbrudd av viruset i Kagera-regionen i Tanzania, få måneder etter at et utbrudd med samme virus var erklært som over i nabolandet Rwanda. Tanzania benektet at det var påvist marburgvirus i regionen, men få dager etter ble det første tilfellet bekreftet. Ikke lenge etterpå ble et av ebolavirusene påvist i Ugandas hovedstad Kampala, som førte til rask ressursmobilisering i WHO.

Utbruddene av marburg- og ebolavirus i Tanzania og Uganda er begge eksempler på at et proaktivt WHO er nødvendig for rask håndtering (4). Utbruddet i Tanzania ble erklært over 13. mars, med totalt 10 dødsfall, og 26. april ble også utbruddet i Uganda erklært over. Omfattende smitteoppsporing har stått sentralt i responsen på begge utbruddene.

Kritikkverdig krisehåndtering?

Evalueringsene av WHO etter covid-19-pandemien har vært preget av kritikk. Beskyldningene er rettet mot manglende ledelse, liten evne til å forme en global og rettferdig respons og mot manglende beredskap og forberedelse. Som ved koronautbruddet på tidlig 2000-tallet, kom det også nå kritiske påstander om at Kina lenge tilbakeholdt informasjon om utbruddet (5, 6). Igjen åpenbarte det seg et behov for endring.

I det internasjonale helsereglementet og i en potensiell fremtidig pandemitraktat har WHO en sentral rolle i å koordinere og å lede en internasjonal respons. Disse tiltakene krever bred støtte og god implementering og etterfølgelse. Nettopp dette har lenge vært et problem (7). Organisasjonen har mange viktige oppgaver, men dens rolle i helsekriser, både de som utvikler seg raskt, som pandemier, og de som utvikler seg saktere, som antibiotikaresistens og klimaendringer, fremstår for meg som de viktigste.

Jeg mener at WHO som organ viser sin relevans i responsen på disse helsekrisene, selv om de kritiske stemmene øker i takt med størrelsen på tiltakenes inngripen. USA forholdt seg stort sett stille i WHO's styrerom i februar, men utenfor styrerommet viste amerikanerne interesse for arbeidet med beredskap og helsekriser til tross for utmeldingen. USA kan velge å melde seg ut av WHO, men de —→

Amerika først: President Donald J. Trump signerte ordren om å trekke USA ut av WHO 20. januar 2025. Foto: Jim WATSON / POOL / AFP via NTB



Utbruddene av marburg- og ebolavirus i Tanzania og Uganda er begge eksempler på at et proaktivt WHO er nødvendig for rask håndtering

kan ikke melde seg ut av en globalisert verden der global helsesikkerhet gjelder oss alle.

Budsjettutfordringer og reform

Under Verdens helseforsamling i fjor ble det igangsatt en investeringsrunde for å dekke de økonomiske behovene til organisasjonen. Investeringsrunden som skulle bidra til mer bærekraftig økonomi, har ikke gitt ønsket resultat. Det har lenge vært et mål å øke de pliktige bidragene fra medlemsland fra 20 % til 50 % av WHOs budsjetter. At organisasjonen kan planlegge mer langsiktig, er viktig for å oppfylle mandatet.

Under styremøtet i februar 2025 lyktes det å fremforhandle en økning i pliktige bidrag, på tross av motstand fra flere sentrale land. Det er på mange måter paradoksalt at det nå er Kina som kan fylle en del av det budsjettvakuumet USA har etterlatt seg. USA, den største økonomiske bidragsyteren i WHO, har ikke bare valgt å trekke støtten, men har også utelatt å betale inn mesteparten av det som ble lovet for 2024. Hvorvidt USA må betale inn sin gjeld, er juridisk ennå ikke avklart. Og om de faktisk kommer til å betale, er en annen sak.

Over lang tid har man jobbet med en reform i WHO. Det er mange som mener at organisasjonen er overdrevent byråkratisk og lite effektiv. At arbeidsmetodene kan effektiviseres, virker sannsynlig, men krevende. Når medlemslandene diskuterer under styremøtet og Verdens helseforsamling, kan man observere mange skillelinjer. I WHO vedtas de aller fleste beslutninger ved konsensus, og det er stort sett resolusjoner som omhandler helsesituasjonen i Ukraina og Gaza som har blitt stemt over de siste årene. Når konsensustradisjonen står så sterkt, kreves det også stor kompromissvilje. Det er vanskelig å få gjennomført prioriteringer når behovene er så forskjellige som de er i ulike deler av verden. Under styremøtet i februar ble det til slutt enighet om at WHOs sekretariat ikke skulle utføre aktiviteter knyttet til nye resolusjoner og beslutninger ut over de budsjettrammene som allerede var satt.

Det faktum at man evnet å komme i mål med endringene i de internasjonale helsereguleringene og at WHO har vist seg effektiv i møte med nylige helsekriser, tyder for meg på at det ennå finnes håp og kompromissvilje. Samtidig ble det erkjent at WHO har behov for reformering og at USA har båret en uforholdsmessig stor andel av budsjettet. Derfor er det viktig at et effektivt WHO er blant hovedprioriteringene til Norge under innværende styreperiode.

Et økonomisk gap må fylles

USA etterlater seg et tomrom i WHO, og rammene til organisasjonen vil endre seg drastisk i tiden som kommer. Det finnes få, om noen, aktører som kan fylle det økonomiske gapet USA etterlater seg. Like viktig er signaleffekten av utmeldingen. Det har i løpet av de siste ukene versert rykter om utmeldinger fra flere land, og kommunikasjonsrådgiveren til den argentinske presidenten har meldt at

Argentina vil melde seg ut. Dersom flere stormakter melder seg ut, risikerer organisasjonen å fremstå som irrelevant, og med store budsjettkutt er det en reell fare for at WHO står handlingslammet i helsekrisene som kommer.

Til tross for sterke polariseringer og krevende debattklima har man kommet i mål med rammer for et redusert budsjett og med hvordan man skal håndtere resolusjoner og beslutninger i tiden som kommer. Organisasjonens første test, mens usikkerhet råder og veikartet fremdeles tegnes, er bestått. Endringene i det internasjonale helsereglementet er vedtatt, selv om man fortsatt forhandler om pandemitraktaten.

Samtidig som det politiske dramaet i USA utspiller seg, evner WHO foreløpig å respondere på kriser i Tanzania, Uganda, Kongo, Ukraina, Palestina og flere andre steder. USA risikerer å miste det de har igjen av troverdighet som internasjonal aktør gjennom måten de trekker seg ut av WHO. I tillegg er de massive budsjettkuttene i det amerikanske bistandsdirektoratet USAID et av mange eksempler på at USA mister innflytelse og bilaterale kommunikasjonskanaler. De står igjen som en stormakt av utelukkende militær og økonomisk karakter.

USAs utmelding gjør globalt helsesamarbeid mer utfordrende, men viktigheten av WHO i større og mindre helsekriser forblir avgjørende. Et effektivt og troverdig WHO er sentralt for global helsesikkerhet. I norsk helsepolitikk må ressurser og forutsigbarhet for WHO slik at organisasjonen kan oppfylle sitt mandat fortsette å vært høyt på prioriteringslisten. ■

Mottatt 18.2.2025, første revisjon innsendt 12.3.2025, godkjent 17.3.2025.

Sine Grude

sine.grude@medisin.uio.no

Sine Grude er medisin- og forskerlinjestudent ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Siden april 2024 har hun vært ungdomsdelegat for global helse valgt av Landsrådet for Norges barne- og ungdomsorganisasjoner. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Helse- og omsorgsdepartementet, Utenriksdepartementet. Norges WHO-strategi. Lest 17.3.2025.
- 2 van Baalen PJ, van Fenema PC. Instantiating global crisis networks: The case of SARS. *Decis Support Syst* 2009; 47: 277–86.
- 3 Heymann DL, Mackenzie JS, Peiris M. SARS legacy: outbreak reporting is expected and respected. *Lancet* 2013; 381: 779–81.
- 4 WHO. Disease Outbreak News; Sudan virus disease in Uganda. Lest 17.3.2025.
- 5 WHO. Looking back at a year that changed the world: WHO's response to COVID-19. Lest 17.3.2025.
- 6 Sirleaf EJ, Clark H. Transforming or Tinkering? Lest 17.3.2025.
- 7 Aavitsland P, Aguilera X, Al-Abri SS et al. Functioning of the International Health Regulations during the COVID-19 pandemic. *Lancet* 2021; 398: 1283–7.

Noteless

Mer tid til pasientene



Noteless er en ny tjeneste som skriver journalnotatene for deg

Brukt i over 1 million konsultasjoner i Norge

Norges ledende løsning for AI-journalføring

Enklere journalføring.
Mer tid til pasientene

Prøv gratis på
noteless.com/no

Tekst: Erik Ekker Solberg et al.

Illustrasjon: Espen Friberg

Målrettet hjertescreening av idrettsutøvere

Norsk cardiologisk selskap anbefaler at Norge gradvis innfører hjertescreening for utvalgte grupper av idrettsutøvere.

De fleste europeiske land har innført hjertescreening i idrett, med forskjellig grad av tiltak. Norge har imidlertid ennå ikke tatt tydelig stilling til dette, til tross for flere tiår med tragiske, hjerterelaterte dødsfall i idretten som har fått stor oppmerksomhet. Derfor opprettet Norsk cardiologisk selskap (NCS) i 2021 en arbeidsgruppe som for første gang skulle utarbeide anbefalinger om hvordan norske kardiologer bør forholde seg til hjertescreening i idrett.

Fysisk aktivitet er gunstig for alle og har en rekke dokumenterte helsefordeler som fremmer folkehelsen. Det finnes imidlertid et fåtall personer som bør unngå kondisjonstrening med høy intensitet. En sentral begrunnelse for å innføre hjertescreening i idrett er at personer med underliggende hjertesykdommer, som genetiske tilstander eller udiagnostiserte rytmeforstyrrelser, har økt risiko for hjertestans under fysisk aktivitet (1). Screening kan bidra til tidlig identifisering av disse tilstandene, slik at nødvendige risikoreduserende tiltak kan iverksettes.

Hva vet vi om hjertestans i idrett?

Flere publikasjoner indikerer at omtrent 1 av 300 personer har en underliggende tilstand som kan være assosiert med økt risiko for plutselig død i idrett (2). De mest metodisk pålitelige studiene rapporterer en insidens for plutselig død blant idrettsutøvere på rundt 1 av 50 000 (3). Amerikanske og britiske studier viser at flere unge dør under idrettsaktivitet enn i trafikkulykker (4, 5). Variasjonen i insidenstall mellom studier kan delvis forklares med ulike og ofte utilstrekkelig metodologi, samt geografiske forskjeller i bakgrunnsrisiko.

Få studier har undersøkt tilfeller av hjertestans som resulterer i overlevelse. En studie viste at 48 % av hjertestansene i idrett endte med overlevelse (6), hvilket er markant høyere enn for andre hjertestanser.

Det er også betydelige kjønnsforskjeller når det gjelder hjertestans i idrett. Hyppigheten er seks ganger høyere hos menn enn hos kvinner (7).

Den vanligste årsaken til hjertestans hos personer under 35 år er arvelige hjertesykdommer, som kardiomyopati og sykdommer i

hjertets elektriske system. Hyppig og intens trening kan forverre progresjonen av enkelte kardiomyopati, som arytmodig høyre ventrikelkardiomyopati og andre genetiske kardiomyopati.

Hos barn og unge i alderen 1–18 år varierer insidensen av plutselig hjertestans mellom 1 og 3 hendelser per 100 000 (8), og ofrene er ofte tilsynelatende hjertefriske. En studie som undersøkte plutselige hjertedødsfall i aldersgruppen 10–18 år, fant at 14 % av dødsfallene skjedde under fysisk aktivitet med moderat til høy intensitet. I aldersgruppen 10–13 år var tilsvarende tall 25 %. Blant aktive idrettsutøvere var andelen mye høyere, der 67 % av hjertestansene forekom i forbindelse med trening eller konkurranse.

Den klart hyppigste årsaken til plutselig hjertedød for personer over 35 år er koronarsykdom.

Data fra Norsk hjertestansregister viser at det i perioden 2019–21 ble registrert rundt 27 tilfeller av hjertestans årlig på «sports- eller rekreasjonssteder». Totalt registreres cirka 110 tilfeller av idrettsrelatert hjertestans hvert år når man også inkluderer hendelser som oppstår i nær tilknytning til trening (personlig meddelelse i desember 2022, I. Tjelmeland, Hjertestansregisteret). Publiserte data fra registeret for perioden 2015–17 viste en lav insidens av treningsrelatert hjertestans på 0,8 per 100 000 personår. Dette er ti ganger lavere enn ikke-treningsrelatert hjertestans blant unge i Norge (9). En betydelig metodisk svakhet ved studien er at den har en responsrate på kun 38 %.

Så hvordan kan man forene idrettens udiskutable helsefordeler med den samtidig lett økte risikoen for hjertestans?

Målsetningene med screening må være å øke sikkerheten på de ulike idrettsarenaene og heve kunnskapsnivået om dette. Screening bør i minst mulig grad føre til diskvalifikasjon fra idrett, men snarere tilrettelegge for riktig og trygg trening. Screening må være frivillig, unntatt i profesjonell idrett hvor en idrettsklubb kan unnlate å ansette en utøver uten godkjent screening. Enkelte internasjonale idrettsorganisasjoner, som for eksempel UEFA (det europeiske fotballforbundet) og UCI (det internasjonale sykkelforbundet), stiller allerede krav om godkjent screening for deltakelse i internasjonale konkurranser.

Screening kan bidra til at flere utøvere fortsatt kan delta i idrett på en trygg måte gjennom individuelle tilpasninger

Fordeler med hjertescreening

Screening kan avdekke underliggende og potensielt farlige hjertetilstander, genetisk predisposisjon og risikofaktorer før symptomer oppstår. Tidlig diagnostisering muliggjør raskere oppstart av forebyggende behandling eller tilpasning av treningsrutiner for å redusere risikoen for alvorlige hendelser. Screening kan dermed bidra til at flere utøvere fortsatt kan delta i idrett på en trygg måte gjennom individuelle tilpasninger. Internasjonalt har det vært en markant nedgang i antall plutselige hjertedødsfall relatert til idrett de senere årene (10). Idrettskardiologi bør betraktes som en integrert del av både idrettsmedisin og kardiologi. Økt kunnskap og praksis knyttet til screening bidrar til en dypere forståelse av sammenhengen mellom hjertehelse og idrett. I tillegg fører screening til økt bevissthet blant utøvere, trenerapparat og helsepersonell om symptomer som bør gi grunnlag for videre undersøkelser, samt forbedret medisinsk beredskap ved idrettsarenaer. Slike tiltak vil styrke kvaliteten og sikkerheten i både idrettsutøvelse og medisinsk praksis.

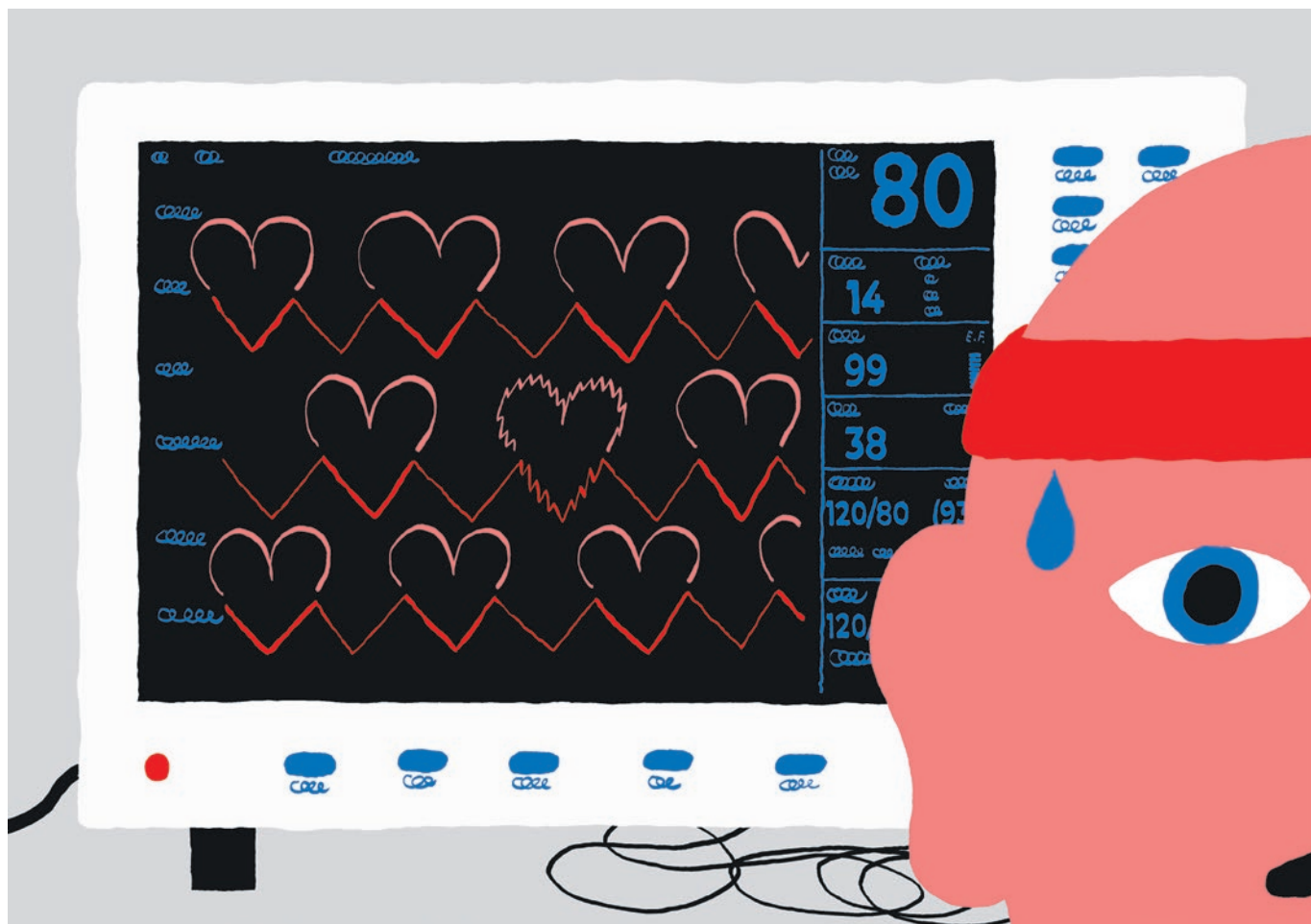
Ulemper med hjertescreening

En viktig innvending mot innføring av screening er den utilstrekkelige dokumentasjonen av effekten. Den svært lave insidensen av hendelser gjør slik dokumentasjon svært krevende, og det

er usannsynlig at det noen gang vil bli gjennomført randomiserte studier med tilstrekkelig statistisk styrke. Selv om screening sannsynligvis reduserer forekomsten av hjertestans relatert til idrett, er ikke risikoen eliminert. En britisk studie viste at screening ikke var i stand til å identifisere flertallet av dem som senere døde av hjertestans etter screeningen (5). Potensiell ressursbruk, kostnader, behov for spesialisert kompetanse, at screening stresser utøverne og falske positive funn har vært gjenstand for debatt. Screening har blitt kritisert for en høy andel falske positive EKG-funn, men nyere data viser imidlertid at denne andelen nå ligger på rundt 2 % (11), som i klinisk sammenheng nok må anses som lavt. Forskning viser at screening ikke stresser utøvere (12), men at de med sanne positive funn bør følges opp også psykologisk. Etske implikasjoner og generelle konsekvenser av screening kan være utilstrekkelig utredet. Hvorvidt noen av de metodologisk beste studiene utført på italienske og amerikanske idrettsutøvere er direkte overførbare til norske forhold, er åpent for diskusjon. Nordiske og nord-europeiske tall anses derimot som klart relevante for vår kontekst.

Screening av unge utøvere

Ungdom er preget av raske fysiske og psykiske endringer. Flere ulike genetiske hjertesykdommer kan debutere i barne- og ungdomsperioden. →



ungdomsårene, der plutselig død utgjør det mest alvorlige utfallet. Familieoppfølging og identifisering av risikoindivider med genetiske hjertesykdommer er viktig for å starte forebyggende behandling og for å gi individuelt tilpassede treningsråd. Fravær av tydelige strukturelle hjertepatologier indikerer ikke alltid lav risiko for livstruende arytmi.

Screening av eldre utøvere

Hjertestans i idrett rammer numerisk oftest middelaldrende personer. Per i dag finnes det ingen norske anbefalinger for hvilke symptomer eller tilstander som tilsier at seniorutøvere (> 35–40 år) bør konsultere lege før trening med høy intensitet eller svært lang varighet. Europeiske og amerikanske retningslinjer foreslår imidlertid bruk av enkle, selvadministrerte prescreeningsskjemaer for å redusere risikoen for plutselig hjertedød hos middelaldrende og eldre idrettsutøvere. Effekten av et slikt tiltak i forebygging av plutselig død er foreløpig uklar, men det er økende interesse for å evaluere nytten av både spørreskjemaer og risikoskår. En norsk studie viste at et prescreeningsverktøy hadde høy negativ prediktiv verdi (90 %) for å ekskludere personer uten symptomer og med lav risiko for hjertesykdom (målt ved NORRISK 2) fra videre screening (13). Blant deltakere med symptomer eller forhøyet risikoskår identifiserte screening nærmere 25 % med funn som krevde videre oppfølging. Internasjonale data antyder at mellom 62 % og 90 % av seniorutøvere har positive funn ved screening og omfattende undersøkelser. Det gjenstår imidlertid å avklare hvilke praktiske konsekvenser dette vil få. Fra både et økonomisk og etisk perspektiv er det ikke hensiktsmessig å anbefale screening for alle seniorutøvere som driver med intensiv trening og konkurrerer. Derimot kan et enkelt prescreeningsverktøy være et nyttig og praktisk tiltak for å øke bevisstheten samt identifisere de som har behov for ytterligere oppfølging.

Gitt den økte risikoen for hjertestans ved idrett, kan en utøvers ønske i seg selv være en tilstrekkelig indikasjon for hjerteundersøkelse, uavhengig av symptomer, arvelig risiko og utøverens alder.

Offisielle anbefalinger i andre land

De ledende europeiske hjerteorganisasjonene, som European Society of Cardiology (14), European Heart Rhythm Association (15), samt idrettsorganisasjonene IOC (den internasjonale olympiske komité) (16), FIFA (det internasjonale fotballforbundet) (17) samt UEFA (det europeiske fotballforbundet) (18) anbefaler screening.

Den svenske Socialstyrelsen innførte i 2005 hjertescreening for eliteutøvere, både for junior- og seniorklassene. Effekten av denne screeningen er evaluert (19), og antallet idrettsrelaterte dødsfall har gått betydelig ned det siste tiåret. Forfatterne tilskriver denne reduksjonen utplassering av automatiske defibrillatorer, screening og økt bevissthet om temaet i befolkningen. En studie viser at

ved grundige undersøkelser, inkludert en nøye gjennomgang av anamnese og slektshistorie over to generasjoner, kunne 89 % av de letale hypertrofiske kardiomyopatiene identifiseres før dødsfallet (20).

Dansk Cardiologisk Selskab fraråder å innføre generell screening blant unge idrettsutøvere med formål om å forebygge plutselig uventet hjertedød (21). De mener at det ikke finnes evidens for å innføre screening av eliteidrettsutøvere. En svakhet i danskenes tallmateriale er at de ikke anvendte obduksjon i særlig grad på tidspunktet for undersøkelsene. Dette har de nå endret. Det anbefales dog at idrettsutøvere med anstrengelsesrelaterte hjertesymptomer, samt de med familiær disposisjon, betraktes som en risikogruppe som bør utredes.

Hva bør Norge gjøre?

I veiingen av fordeler og ulemper ved screening av idrettsutøvere, og hensyntatt svakhetene i den vitenskapelige dokumentasjonen, er vi positive til målrettet screening. Betydelige metodiske nyvinninger skjer innen eksempelvis hjertegenetikk, metoder for idrettsscreening og billediagnostikk. Norge bør være med på denne utviklingen, selv om vi per i dag mangler nødvendig infrastruktur og tilstrekkelig kompetanse, noe som bør bygges opp.

Vi anbefaler ikke screening av alle idrettsutøvere, men målrettet screeningundersøkelse av definerte risikogrunder. Toppidrettsutøvere er identifisert med økt risiko, særlig de med høy treningsbelastning. Dette gjelder idretter med høy intensitet eller stor kondisjonsbelastning, som profesjonell landeveissykling og start/stopp-idretter, for eksempel fotball. Dessuten har utøvere med afroamerikansk etnisitet økt risiko. En sentral faglig utfordring fremover vil være bedre identifisering av hvem som faktisk har økt risiko, slik at oppfølgingen blir mest mulig målrettet. Samtidig må man unngå unødig utestengelse fra, eller redusert mulighet til, idrettsdeltakelse på feilaktig grunnlag. Norsk cardiologisk selskap vil utarbeide en veiledning for hvordan hjertescreening bør utføres.

Uavhengig av screening anbefaler vi å ha lav terskel for utredning av utøvere med anstrengelsesrelaterte hjertesymptomer, spesielt synkope eller nesten-synkope, palpitasjoner samt uforklart, uforholdsmessig dyspné. Likeledes anbefaler vi i idrettssammenheng å utrede personer med kjent hjertesykdom i familien, inkludert hjertehendelser hos menn under 50 år eller kvinner under 60 år, og/eller genetisk betinget hjertesykdom eller opphopning av annen hjertesykdom i familien. ■

Artikkelen er skrevet på vegne av Norsk cardiologisk selskap.

Legeforeningens Fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet har gitt støtte til arbeidsgruppen.

Mottatt 17.2.2025, første revisjon innsendt 10.3.2025, godkjent 28.3.2025.

Vi anbefaler ikke screening av alle idrettsutøvere, men målrettet screeningundersøkelse av definerte risikogrunder

Erik Ekker Solberg

esolberg@online.no

Erik Ekker Solberg er dr.med., spesialist i indremedisin og i hjertesykdommer, overlege og autorisert idrettsmedisiner. Han er medlem av Norsk cardiologisk selskaps arbeidsgruppe i preventiv kardiologi, hjerterehabilitering og idrettskardiologi. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt foredragshonorar fra Novartis.

Charlotte Bjørk Ingul

Charlotte Bjørk Ingul er spesialist i kardiologi og i anesthesiologi, professor i kardiologi på NTNU og professor i akuttmedisin på Nord Universitet. Hun er leder av Norsk cardiologisk selskaps arbeidsgruppe i preventiv kardiologi, hjerterehabilitering og idrettskardiologi. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt foredragshonorar fra Novo Nordisk, konsulenthonorar fra Cimon Medical og sittet i rådgivende utvalg for Boehringer Ingelheim.

Thor Edvardsen

Thor Edvardsen er dr.med., spesialist i hjertesykdommer og i indremedisin, overlege ved Kardiologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet og professor II ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt foredragshonorar fra Bristol-Myers Squibb.

Jostein Grimsmo

Jostein Grimsmo er ph.d. i idrettskardiologi, spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, autorisert idrettsmedisiner samt overlege og forsker ved Lovisenberg Rehabilitering. Han leder arbeidet med ny norsk veileder i hjerterehabilitering for Arbeidsgruppen i preventiv kardiologi. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt foredragshonorar fra Boehringer Ingelheim og Novartis, og han har mottatt honorar fra Sanofi for deltagelse i ekspertgruppemøte.

Kristina Hermann Haugaa

Kristina Hermann Haugaa er spesialist i indremedisin og kardiologi, seksjonsleder og overlege ved Kardiologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet og professor ved Universitet i Oslo. Hun leder arbeidet med de europeiske retningslinjene for hjertesykdom og graviditet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt foredragshonorar fra Bristol-Myers Squibb og Boehringer Ingelheim

Jan Pål Loennechen

Jan Pål Loennechen er ph.d., spesialist i indremedisin og kardiologi, seksjonsoverlege ved Klinikk for hjertemedisin, St. Olavs hospital og professor ved Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Siri Ann Nyrnes

Siri Ann Nyrnes er ph.d. i medisinsk teknologi, spesialist i pediatri, overlege i barnekardiologi ved Barne- og ungdomsklinikken, St. Olavs

hospital og førsteamanuensis ved Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har vært med på å stifte Cimon Medical, er medisinsk rådgiver og har aksjer i selskapet.

Marit Kristine Smedsrud

Marit Kristine Smedsrud er ph.d. i kardiologi, spesialist i pediatri, overlege ved Barnekardiologisk avdeling ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet og postdoktor ved ProCardio – Senter for forskningsdrevet innovasjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Elisabeth Kleivhaug Vesterbekkmo

Elisabeth Kleivhaug Vesterbekkmo er ph.d. i klinisk medisin, spesialist i indremedisin og i hjertesykdommer, overlege ved Klinikk for Hjertemedisin ved St. Olavs hospital, og hun er medlem av Norsk cardiologisk selskaps arbeidsgruppe i preventiv kardiologi, hjerterehabilitering og idrettskardiologi. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt foredragshonorar fra Sanofi, Oppdalsuka, Novartis, Boehringer Ingelheim, AstraZeneca, Amgen, Dagens Medisin, Amarin og Bayer, samt deltatt i ekspertpanel for Sanofi og Novartis.

Stein Ørn

Stein Ørn er ph.d., spesialist i indremedisin og i kardiologi, overlege ved Kardiologisk avdeling, Stavanger universitetssykehus, professor II i biomedisin ved Institutt for data- og elektroteknologi, Universitetet i Stavanger og er trener for en rekke toppsyklister på landevei. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt foredragshonorar fra AstraZeneca, Pfizer, Boehringer Ingelheim, Novo Nordisk og Lundbeck.

Ole Christian Mjølstad

Ole Christian Mjølstad er ph.d., spesialist i indremedisin og i kardiologi, klinikkssjef og overlege ved Klinikk for hjertemedisin, St. Olavs hospital og førsteamanuensis ved Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, NTNU. Han er leder av Norsk cardiologisk selskap. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt foredragshonorar fra Boehringer Ingelheim, Novartis og Orion Pharma, og han har deltatt i rådgivende utvalg for Abbot.

Litteratur

- Corrado D, Basso C, Rizzoli G et al. Does sports activity enhance the risk of sudden death in adolescents and young adults? J Am Coll Cardiol 2003; 42: 1959–63.
- Finocchiaro G, Radaelli D, D'Errico S et al. Sudden Cardiac Death Among Adolescents in the United Kingdom. J Am Coll Cardiol 2023; 81: 1007–17.
- Corrado D, Basso C, Pavei A et al. Trends in sudden cardiovascular death in young competitive athletes after implementation of a preparticipation screening program. JAMA 2006; 296: 1593–601.
- Harmon KG, Asif IM, Klossner D et al. Incidence of sudden cardiac death in National Collegiate Athletic Association athletes. Circulation 2011; 123: 1594–600.
- Malhotra A, Dhutia H, Finocchiaro G et al.

Outcomes of Cardiac Screening in Adolescent Soccer Players. N Engl J Med 2018; 379: 524–34.

- Drezner JA, Peterson DF, Siebert DM et al. Survival After Exercise-Related Sudden Cardiac Arrest in Young Athletes: Can We Do Better? Sports Health 2019; 11: 91–8.
- Li L, Le Douairon Lahaye S, Ding S et al. Sex Differences in the Incidence of Sudden Cardiac Arrest/Death in Competitive Athletes: A Systematic Review and Meta-analysis. Sports Med 2025; 55: 697–712.
- Couper K, Putt O, Field R et al. Incidence of sudden cardiac death in the young: a systematic review. BMJ Open 2020; 10: e040815.
- Isern CB, Kramer-Johansen J, Tjelmeland I et al. A 3-year population-based study of exercise-related sudden cardiac arrest among 12- to 50-year-old Norwegians. Scand J Med Sci Sports 2023; 33: 1560–9.
- Petek BJ, Churchill TW, Moulson N et al. Sudden Cardiac Death in National Collegiate Athletic Association Athletes: A 20-Year Study. Circulation 2024; 149: 80–90.
- Malhotra A, Dhutia H, Yeo TJ et al. Accuracy of the 2017 international recommendations for clinicians who interpret adolescent athletes' ECGs: a cohort study of 11 168 British white and black soccer players. Br J Sports Med 2020; 54: 739–45.
- Solberg EE, Bjørnstad TH, Andersen TE et al. Cardiovascular pre-participation screening does not distress professional football players. Eur J Prev Cardiol 2012; 19: 571–7.
- Grimsmo J, Haugaa KH, Popovic I et al. Value of preparticipation cardiovascular evaluation of master athletes by self-reported symptoms and cardiovascular risk-score. Scand Cardiovasc J 2024; 58: 2418089.
- Corrado D, Pelliccia A, Bjørnstad HH et al. Cardiovascular pre-participation screening of young competitive athletes for prevention of sudden death: proposal for a common European protocol. Eur Heart J 2005; 26: 516–24.
- Mont L, Pelliccia A, Sharma S et al. Pre-participation cardiovascular evaluation for athletic participants to prevent sudden death: Position paper from the EHRA and the EACPR, branches of the ESC. Endorsed by APHRS, HRS, and SOLACE. Eur J Prev Cardiol 2017; 24: 41–69.
- Ljungqvist A, Jenouire PJ, Engebretsen L et al. The International Olympic Committee (IOC) consensus statement on periodic health evaluation of elite athletes, March 2009. Clin J Sport Med 2009; 19: 347–65.
- Dvorak J, Kramer EB, Schmied CM et al. The FIFA medical emergency bag and FIFA 11 steps to prevent sudden cardiac death: setting a global standard and promoting consistent football field emergency care. Br J Sports Med 2013; 47: 1199–202.
- UEFA. UEFA Medical Regulations. Lest 28.3.2025.
- Wisten A, Börjesson M, Krantz P et al. Exercise related sudden cardiac death (SCD) in the young - Pre-mortal characterization of a Swedish nationwide cohort, showing a decline in SCD among athletes. Resuscitation 2019; 144: 99–105.
- Börjesson E, Svennblad B, Wisten A et al. Symptoms and ECG changes precede sudden cardiac death in hypertrophic cardiomyopathy-A nationwide study among the young in Sweden. PLoS One 2022; 17: e0273567.
- Rasmusen H, Prescott E, Glasius S et al. Screening af unge idrætsudøvere i Danmark. Opdatering og vurdering, 2010. Lest 28.3.2025.

Embagyn

doksylamin 20 mg/pyridoksin 20 mg

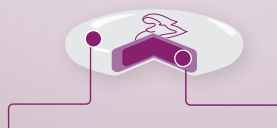
For behandling av svangerskapskvalme og oppkast¹

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 doksylamin/
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 doksylamin/pyridoksin har ikke blitt undersøkt ved tilfeller av hyperemesis gravidarum som skal behandles av spesialist. **Dosering:** Anbefalt startdose er 1 tablett ved leggetid på dag 1 og dag 2. Dersom symptomene ikke er tilstrekkelig kontrollert på dag 2, kan dosen økes på dag 3 til 1 tablett om morgenen og 1 tablett ved leggetid (totalt 2 tabletter per dag). Maksimal anbefalt dose er 2 tabletter daglig. **Pakninger og priser (AUP):** 10 stk.: kr 284,70. 20 stk.: kr 482,50 **Reseptgruppe:** C. **Referanser: 1)** Embagyn SPC 29.01.2025. **2)** www.metodebok.no

Tekst: Caroline Vestby Knudsen et al.

Bruk-Spar-Reserve

Antibiotikas påvirkning på mennesker og miljø er sammensatt og gjenspeiles ikke tydelig nok i dagens kategorisering av antibiotika. Det er behov for en ny kategorisering tilpasset norske forhold.

Antibiotikaresistens utgjør en alvorlig trussel mot den globale folkehelsen (1) og er også et økende problem i Norge (2). Antibiotikabruk betraktes som en hovedårsak til denne utviklingen. I Norge reduserte vi det totale forbruket av antibiotika hos mennesker med 30 % fra 2012 til 2020, men målet om en 30 % reduksjon av bredspektrede antibiotika i norske sykehus ble ikke innfridd (3).

Riktig bruk krever gode verktøy, men dagens norske kategorisering av antibiotika oppleves som mangelfull og forvirrende. Norske fagmiljøer kategoriserer antibiotika i foretrukne, bredspektrede/resistensdrivende og svært bredspektrede/resistensdrivende. Begrepet *bredspektret* er lite nyansert, *resistensdrivende* og *bredspektret* brukes om hverandre, og *foretrukne antibiotika* omfatter både smal- og bredspektrede midler (4–7). En bedre løsning kan være en norsk tilpasning av Verdens helseorganisasjons (WHOs) Access-Watch-Reserve (AWaRe)-kategorisering basert på antibiotikaenes resistensdrivende effekt, på norsk kalt Bruk-Spar-Reserve-midler (8, 9).

Dagens kategorisering har svakheter

God antibiotikastyring innebærer blant annet å unngå unødvendig bruk av bredspektrede antibiotika. Målet er å forskrive antibiotika som har mest mulig målrettet virkning på sykdomsfremkallende bakterier, uten større negative effekter på normalfloraen. Vi ønsker altså å bruke et mest mulig smalspektret middel. Det finnes imidlertid ingen entydig definisjon på begrepene *smalspektret* og *bredspektret* fordi de vil være relative begreper. Et antibiotikum antimikrobielle spekter korrelerer heller ikke alltid med dets resistensdrivende effekt.

For eksempel kategoriseres de bredspektrede antibiotikaene gentamicin og cefotaksim i dag som henholdsvis *foretrukket* og *resistensdrivende* (4–6).

Begrepet *resistensdrivende effekt* inkluderer både den bakteriehemmende effekten på normalfloraen, spesielt tarmfloraen, og evnen til å selektere for resistens (10). Vi vil helst unngå antibiotika som lettere selekterer for viktige resistensmekanismer og/eller patogene bakterier som kan være vanskelig å behandle hos enkeltpasienten. I tillegg vil utskillelse av antibiotika som vanskelig lar seg nedbryte og vedvarer i miljøet, være resistensdrivende i et én-helseperspektiv. Foretrukne antibiotika bør ha minst mulig resistensdrivende effekt i mennesker og miljø.

Effekt på tarmfloraen – hva vet vi?

Tykktarmen er hjem for 98 % av den humane mikrobiota. Ubalanse i tarmfloraen (dysbiose) forårsaket av antibiotikabruk kan føre til at nye og mer resistente patogener slår seg ned og til seleksjon av resistente patogener som allerede er til stede. En relativ dominans av én bakterieart kan forårsake lokal sykdom som *Clostridioides difficile*-enterokolitt eller systemisk sykdom ved translokasjon fra tarmlumen til blodbanen. En dominans av slike patogener i tarmen vil også øke risikoen for smittespredning (10).

Påvirkning på tarmfloraen varierer mellom antibiotikaklasser. I en in vitro-studie karakteriserte man det antibakterielle spekteret av 144 ulike antibiotika på 40 forskjellige arter av vanlige humane tarmbakterier, som domineres av anaerobe bakterier (11). Tetrasykliner, makrolider, linezolid, vankomycin og nyere generasjoner av fluorokinoloner kom spesielt dårlig ut med brede antibakterielle effekter. Dette sto i motsetning til aminoglyko- →

Antibiotikas antibakterielle spekter er bare én faktor som vil påvirke risikoen for dysbiose. En annen faktor er antibiotika-konsentrasjonen i tarmen

sider og enkelte betalaktamantibiotika som aztreonam og pivmecillinam, noe som kan forklares ut ifra aminoglykosidenes manglende effekt på anaerober, aztreonams eksklusive gramnegative effekter og pivmecillinams manglende antibakterielle virkning som et inaktivt prodrug før det aktiveres i tarm-slimhinnen.

Kliniske studier der man hos nyfødte med sepsis har sammenlignet empiriske regimer, har vist at smalspektrerte penicilliner kombinert med aminoglykosider er gunstig med tanke på risiko for kolonisering med resistente bakterier, sammenlignet med mer bredspektrerte betalaktamantibiotika (12, 13). Gentamicin har en bred antibakteriell effekt mot de vanligste blodbårne bakterielle infeksjonene, men er mindre resistensdrivende enn alternativene. Dette middelet er derfor fortsatt en viktig del av de anbefalte empiriske antibiotikaregimene i Norge (14).

Farmakokinetikk har betydning

Antibiotikas antibakterielle spekter er bare én faktor som vil påvirke risikoen for dysbiose. En annen faktor er antibiotikakonsentrasjonen i tarmen, som igjen er avhengig av midlets farmakokinetikk, inkludert administrasjonsmåte, dosering, behandlingsslengde, absorpsjon og eliminasjon (10).

Svenske studier har vist en økning av ampicillinresistente bakteriearter i avføringen hos pasienter som fikk peroral fenoksymetylpenicillin ved halsbetennelse (15). Pasienter som fikk en

lengre penicillinkur, og høyere totaldose, hadde en høyere insidens og lengre varighet av diaré og kvalme (16). Anaerobe bakterier dominerer i tarmen, og penicillin har antibakteriell effekt på grampositive anaerober. All antibiotika, inkludert foretrukne antibiotika, vil ha en negativ økologisk effekt på normalfloraen.

I tillegg vil peroral administrasjon ofte gi større konsentrasjon av midlet i tarmen enn intravenøs administrasjon. Perorale midler som absorberes godt, og parenterale midler med liten utskillelse via galleveier, vil ha mindre effekt på tarmfloraen (10). I studier der man har sammenlignet peroral og intravenøs administrasjon av samme antibiotikum, har man funnet signifikant høyere forekomst av bakterier resistente mot det aktuelle midlet ved peroral administrasjon (17, 18).

Overgang fra parenteral til peroral antibiotikabehandling forkorter sykehusopphold og reduserer risikoen for kateterrelaterte infeksjoner. Disse hensynene bør vektlegges fremfor hensyn til påvirkning på tarmfloraen, men den negative økologiske effekten på tarmfloraen bør være med i vurderingen av hvilket peroralt antibiotikum som velges.

Seleksjon av resistens og overlevelse i miljøet

I tillegg til effekten på tarmfloraen vil antibiotikas evne til å selekttere for resistensmekanismer i patogene bakterier være viktig i vurderingen av midlets resistensdrivende effekt. Pivmecillinam og nitrofurantoin har, i motsetning til trimetoprim og trimetoprim-sulfa (19), stabilt lav

Kategorisering av antibiotika: **AWaRe!** – **A**ccess (bruk), **W**atch (spar), **R**eserve (reserve)

Resistensrisiko

Høy

Siste utvei mot
multiresistente
bakterier

Reserve

Første- eller andre-
valg mot vanlige
infeksjoner

Spar
(Watch)

Bruk
(Access)

Lav

Figur 1 WHO's AWaRe-kategorisering som trafikklysmode (8).

Tabell 1 Sammenligning av dagens norske antibiotikakategorisering og AWaRe. Fargene angir ulike kategorier i AWaRe (8). Grønn = Access/Bruk. Gul = Watch/Spar. Rød = Reserve. Hvit = ikke kategorisert i referanseverk i Norge. a–d er kilder til den norske kategoriseringen av antibiotika, der a = antibiotikaplakat ved Kompetansesenter i smittevern, Helse Nord (4), b = antibiotikaplakat ved Helse-Bergen (4), c = kortversjon av antibiotikaretningslinjer i sykehus fra Nasjonalt senter for antibiotikabruk i sykehus (5), d = NORM-rapport 2023, s. 42 (6).

Antibiotikum	Norsk kategorisering		AWaRe
Benzylpenicillin/fenoksymetylpenicillin	a,b,c,d		
Kloksacillin/dikloksacillin	a,b,c,d		
Ampicillin/amoksisicillin	a,b,c,d		
Mecillinam/pivmecillinam	a,b,c,d		
Amoksisicillin-klavulansyre	b,c	a,d	
Piperacillin-tazobaktam	b,c	a,d	
Cefalotin/cefazolin/cefaleksin (1. gen.)			
Cefuroksim (2. gen.)	b,c	a,d	
Cefotaksim/ceftazidim/ceftriakson (3. gen.)	b,c	a,d	
Aztreonam			
Meropenem/ertapenem/imipenem-cilastin	a,b,c,d		
Ciprofloksacin	b,c	a,d	
Gentamicin	a,b,c,d		
Vankomycin	a,b,c,d		
Klaritromycin	a		
Azitromycin/erytromycin	b,c	a	
Klindamycin	b,c	a,d	
Doksysykin	b	a	
Linezolid	b,d		
Metronidazol	b		
Trimetoprim-sulfa	a,b,c,d		
Trimetoprim	a		
Nitrofurantoin	a		

Verktøyet er ment som en støtte til både myndigheter og helsepersonell ved henholdsvis utvikling av retningslinjer for antibiotikastyring og forskrivning av antibiotika

resistens hos urinveispatogene *E. coli* i Norge (6). Resistensutvikling mot pivmecillinam er energikrevende og forbundet med en svekkelse av bakteriens overlevelse (20). Nitrofurantoin har antibakteriell effekt gjennom multiple mekanismer som det samlet sett er vanskelig å utvikle resistens mot (21).

Antibiotikas økoskygge beskriver den samlede miljømessige konsekvensen av antibiotikabruk. Antibiotika skilles ut i urin og/eller avføring og havner i naturen, med stor variasjon i nedbrytningstiden. Fluorokinoloner, makrolider og tetrasykliner har betydelig lenger halveringstid i miljøet sammenliknet med andre antibiotikaklasser (22). Lang halveringstid forsterker seleksjonstrykket av antibiotika og øker risikoen for utvikling av antibiotikaresistens. Det samlede antibiotiketrykket innen humanmedisin, landbruk og veterinærmedisin er utgangspunkt for én-helsetilnærmingen i kampen mot antibiotikaresistens (23).

Trafikklysmodell

WHO's AWaRe-kategorisering tar utgangspunkt i antibiotika i WHO's liste over essensielle

medisiner (EML). Klassifikasjonen baseres på flere prinsipper, blant annet tilgjengelighet, bivirkningsprofil og resistensdrivende potensial. Antibiotika med smalere antibakterielt spekter er prioritert kombinert med en fluorokinolon- og karbapenemsparende strategi. Resultatet er en trafikklysmodell hvor antibiotika er kategorisert som *Access-Watch-Reserve*, som vi foreslår oversatt til norske forhold som *Bruk-Spar-Reserve* (8) (figur 1).

Denne modellen inneholder antibiotika som er i bruk globalt, og man deler inn i midler (i) med effekt mot de vanligste mikroben og med mindre resistensdrivende potensial (*access* – bruk), (ii) med større resistensdrivende potensial og som bør være fokus i antibiotika-styringsprogrammer (*watch* – spar), og (iii) som kun bør brukes som siste valgmulighet mot multiresistente mikrober (*reserve*). Verktøyet er ment som en støtte til både myndigheter og helsepersonell ved henholdsvis utvikling av retningslinjer for antibiotikastyring og forskrivning av antibiotika.

Tabell 1 viser en sammenligning av dagens norske kategorisering (4–6) og AWaRe →

(8, 9) for de vanligste antibiotikaene som er tilgjengelig i Norge. Generelt er norsk kategorisering strengere, som for meropenem og amoksisillin-klavulansyre, da Norge har relativt lav prevalens av multiresistente bakterier i internasjonal sammenheng. Ciprofloksacin er vurdert som *spar* i AWaRe og i enkelte norske kategoriseringer, men etter vår mening bør ciprofloksacin være et reservepreparat i Norge grunnet den uttalte miljøpåvirkningen. Aztreonam er ikke vurdert i den norske kategoriseringen, mens det er på reservelisten til AWaRe. Aztreonam er et økologisk gunstig smalspektret antibiotikum med et bredt indikasjonsområde mot gramnegative infeksjoner, som vi tidligere har foreslått som et alternativ til mer bredspektrede, resistensdrivende antibiotika (24).

Bruk-Spar-Reserve

All bruk av antibiotika vil kunne påvirke pasientens normalflora og være resistensdrivende. Graden av påvirkning er avhengig av flere faktorer, inkludert antibakterielt spekter, farmakokinetiske egenskaper og evne til å selekttere for resistens. I et én-helseperspektiv må antibiotikas evne til overlevelse i miljøet også vektlegges. For å få en effektiv antibiotikastyring bør man ta hensyn til alle disse faktorene.

I dagens norske antibiotikakategorisering benyttes begrepene *smalspektret*, *bredspektret*, *resistensdrivende* og *foretrukket* om hverandre og uten klare definisjoner. En endring av begrepsbruken til Bruk-Spar-Reserve basert på en samlet vurdering vil kunne være enklere å forholde seg til. En slik tilnærming kan ta utgangspunkt i WHO's AWaRe-kategorisering, men bør tilpasses norske forhold og oppdateres jevnlig basert på norsk epidemiologi, antibiotika på markedet og ny kunnskap. Dette vil kunne være et nyttig verktøy i utvikling av nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk. Regjeringens lansering av en ny strategi mot antimikrobiell resistens med påfølgende handlingsplan er en god mulighet til å starte dette arbeidet (23). ■

Mottatt 27.1.2025, første revisjon innsendt 7.3.2025, godkjent 28.3.2025.

Caroline Vestby Knudsen

CarolineVestby.Knudsen@fhi.no

Caroline Vestby Knudsen er spesialist i medisinsk mikrobiologi. Hun er overlege ved Avdeling for bakteriologi og virologi, Folkehelseinstituttet og hospitant i Arbeidsgruppen for antibiotikaspørsmål (AFA). Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Per Espen Akselsen

Per Espen Akselsen er spesialist i indremedisin, i infeksjonssykdommer og i geriatri. Han er overlege, tidligere faglig leder for Nasjonalt senter for antibiotikabruk i sykehus, og tidligere redaktør for nasjonal faglig retningslinje om antibiotika i sykehus og medlem av Arbeidsgruppen for antibiotikaspørsmål (AFA). Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Aasmund Fostervold

Aasmund Fostervold er spesialist i medisinsk mikrobiologi, overlege ved Avdeling for medisinsk mikrobiologi, Stavanger universitetssjukehus og medlem av Arbeidsgruppen for antibiotikaspørsmål (AFA). Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Karianne Wiger Gammelsrud

Karianne Wiger Gammelsrud er overlege ved Mikrobiologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål og førsteamanuensis ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo og medlem av Arbeidsgruppen for antibiotikaspørsmål (AFA). Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ingvild Haugan

Ingvild Haugan er spesialist i infeksjonsmedisin og i medisinsk mikrobiologi, overlege på Avdeling for medisinsk mikrobiologi, St. Olavs hospital, sekretær i Arbeidsgruppen for antibiotikaspørsmål (AFA) og en av arbeidsgruppens representanter i NordicAST. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Alexander Husby

Alexander Husby er fagansvarlig bioingeniør for antibiotikaresistens ved Avdeling for medisinsk mikrobiologi, St. Olavs hospital og NITO-representant i Arbeidsgruppen for antibiotikaspørsmål (AFA). Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Per Kristian Knudsen

Per Kristian Knudsen er ph.d., spesialist i barnesykdommer, overlege ved infeksjonsposten på Barnesenteret, Oslo universitetssykehus, Ullevål og medlem av Arbeidsgruppen for antibiotikaspørsmål (AFA). Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Morten Lindbæk

Morten Lindbæk er professor emeritus i allmennmedisin ved Universitetet i Oslo og spesialist i allmennmedisin. Han har vært leder for Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) og er medlem av Arbeidsgruppen for antibiotikaspørsmål (AFA). Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Paul Christoffer Lindemann

Paul Christoffer Lindemann er spesialist i medisinsk mikrobiologi, seksjonsoverlege ved Bakteriologisk seksjon på Haukeland universitetssjukehus, nestleder i Arbeidsgruppen for antibiotikaspørsmål (AFA) og er arbeidsgruppens representant i Den europeiske komitéen for resistensbestemmelse av bakterier (EUCAST). Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Arnfinn Sundsfjord

Arnfinn Sundsfjord er spesialist i medisinsk mikrobiologi, professor i medisinsk mikrobiologi ved UiT Norges arktiske universitet og seksjonsoverlege ved Nasjonal kompetansetjeneste for påvisning av antibiotikaresistens (K-res). Han er leder av Arbeidsgruppen for antibiotikaspørsmål (AFA). Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kristian Tonby

Kristian Tonby er overlege ved Infeksjonsavdelingen, Oslo universitetssykehus, Ullevål og førsteamanuensis ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Han er styreleder i Norsk forening for infeksjonsmedisin og medlem i Arbeidsgruppen for antibiotikaspørsmål (AFA). Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Naghavi M, Vollset SE, Ikuta KS et al. Global burden of bacterial antimicrobial resistance 1990–2021: a systematic analysis with forecasts to 2050. *Lancet* 2024; 404: 1199–226.
- 2 Søre M, Langlete P, Molvik M et al. Årsrapport 2023: Forekomst av resistente bakterier og sopp med spesiell betydning for smittevern i helsetjenesten i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2024. Lest 28.3.2025.
- 3 Helsedirektoratet. Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten – evalueringsrapport 2022. Oslo: Helsedirektoratet, 2023. Lest 27.11.2024.
- 4 Nasjonalt senter for antibiotikabruk i sykehus (NSAS). Verktøy for antibiotikastyring. Plakater for inndeling av bred- og smalspektret antibiotika. Lest 28.3.2025.
- 5 NSAS. Kortversjon av retningslinjene for antibiotika i sykehus. Lest 28.3.2025.
- 6 NIPH. NORM/NORM-VET 2023. Usage of Antimicrobial Agents and Occurrence of Antimicrobial Resistance in Norway. Lest 28.3.2025.
- 7 Helsedirektoratet. Antibiotika i primærhelsetjenesten. Lest 28.3.2025.
- 8 Moja L, Zanichelli V, Mertz D et al. WHO's essential medicines and AWaRe: recommendations on first- and second-choice antibiotics for empiric treatment of clinical infections. *Clin Microbiol Infect* 2024; 30: S1–S1.
- 9 Web Annex C. WHO AWaRe (access, watch, reserve) classification of antibiotics for evaluation and monitoring of use, 2023. Lest 28.3.2025.
- 10 de Nies L, Kobras CM, Stracy M. Antibiotic-induced collateral damage to the microbiota and associated infections. *Nat Rev Microbiol* 2023; 21: 789–804.
- 11 Maier L, Goemans CV, Wirbel J et al. Unravelling the collateral damage of antibiotics on gut bacteria. *Nature* 2021; 599: 120–4.
- 12 de Man P, Verhoeven BA, Verbrugh HA et al. An antibiotic policy to prevent emergence of resistant bacilli. *Lancet* 2000; 355: 973–8.
- 13 Reyman M, van Houten MA, Watson RL et al. Effects of early-life antibiotics on the developing infant gut microbiome and resistome: a randomized trial. *Nat Commun* 2022; 13: 893.
- 14 Grønmo MM, Møller-Stray J, Akselsen PE et al. Gentamicin bør fortsatt inngå i empirisk sepsisregime hos voksne. *Tidsskr Nor Legeforen* 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.23.0659.
- 15 Rystedt K, Edquist P, Giske CG et al. Effects of penicillin V on the faecal microbiota in patients with pharyngotonsillitis—an observational study. *JAC Antimicrob Resist* 2023; 5: dlad006.
- 16 Skoog Ståhlgren G, Tyrstrup M, Edlund C et al. Penicillin V four times daily for five days versus three times daily for 10 days in patients with pharyngotonsillitis caused by group A streptococci: randomised controlled, open label, non-inferiority study. *BMJ* 2019; 367: i5337.
- 17 Zhang L, Huang Y, Zhou Y et al. Antibiotic administration routes significantly influence the levels of antibiotic resistance in gut microbiota. *Antimicrob Agents Chemother* 2013; 57: 3659–66.
- 18 Knudsen PK, Brandtzaeg P, Høiby EA et al. Impact of extensive antibiotic treatment on faecal carriage of antibiotic-resistant enterobacteria in children in a low resistance prevalence setting. *PLoS One* 2017; 12: e0187618.
- 19 Murray BE, Rensimer ER, DuPont HL. Emergence of high-level trimethoprim resistance in fecal *Escherichia coli* during oral administration of trimethoprim or trimethoprim-sulfamethoxazole. *N Engl J Med* 1982; 306: 130–5.
- 20 Thulin E, Thulin M, Andersson DI. Reversion of High-level Mecillinam Resistance to Susceptibility in *Escherichia coli* During Growth in Urine. *EBioMedicine* 2017; 23: 111–8.
- 21 Vallée M, Harding C, Hall J et al. Exploring the in situ evolution of nitrofurantoin resistance in clinically derived uropathogenic *Escherichia coli* isolates. *J Antimicrob Chemother* 2023; 78: 373–9.
- 22 Cycoń M, Mroziak A, Piotrowska-Seget Z. Antibiotics in the Soil Environment-Degradation and Their Impact on Microbial Activity and Diversity. *Front Microbiol* 2019; 10: 338.
- 23 Regjeringen. Nasjonal én-helse strategi mot antimikrobiell resistens 2024–2033. Lest 28.3.2025.
- 24 Tonby K, Lindemann C, Gammelsrud K et al. Aztreonam. Gammelt gramnegativt gull frem fra glemselen? *Pest-posten* 2022; 4: 16–21.

Annonse

Nasjonalforeningen
for folkehelsen

Nasjonalforeningen for folkehelsen er en frivillig, humanitær organisasjon med helselag og demensforeninger over hele landet. Våre mål er å fremme folkehelsen og finansiere forskning på hjerte- og karsykdommer og demens. Organisasjonen er også interesseorganisasjon for personer med demens og deres pårørende. Vi jobber med aktuelle og fremtidsrettede oppgaver som har betydningen for folkehelsen. Vår innsats finansieres med innsamlede midler og gaver.

Søk midler til forskning på hjerte og hjerneslag

Nasjonalforeningen for folkehelsen har støttet norsk hjerte- og karforskning siden 1960.

Nasjonalforeningen for folkehelsens hjerte- og karforskning skal bidra til økt kunnskap om:

- ◆ Årsakssammenhenger og sykdoms-mekanismer
- Risikofaktorer
- ◆ Primærforebyggende tiltak
- ◆ Diagnostiske metoder
- ◆ Sekundærforebyggende tiltak
- ◆ Behandling og rehabilitering
- ◆ Kjønn og kjønnsforskjeller

Det lyses ut midler til:

- ◆ Doktorgradsstipender
- ◆ Postdoktorstipender
- ◆ Driftsmidler

Prosjektene vurderes av et internasjonalt fagpanel og tildeles etter innstilling fra Nasjonalforeningen for folkehelsens hjerte- og karråd.

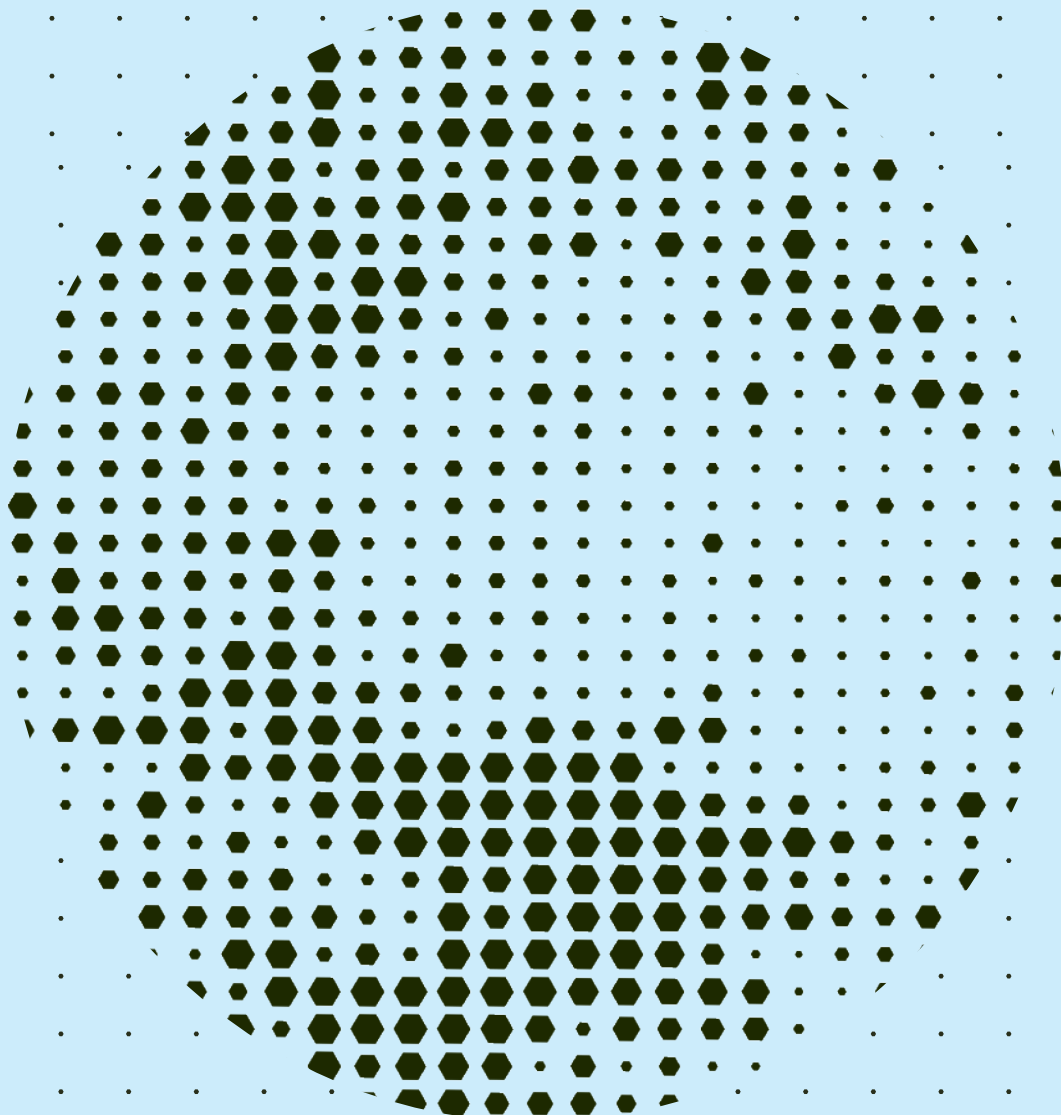
Kontakt Øivind Kristensen for mer informasjon på telefon 40 44 57 93 eller e-post: oikr@nasjonalforeningen.no eller forskning@nasjonalforeningen.no

Søknadsskjema og retningslinjer finnes på: <https://soknadsportal.nasjonalforeningen.no/#home>

Søknaden leveres elektronisk innen 01.09.2025, kl.07:00.

Nytt om legemidler

Beredskapslagring øker forsyningssikkerheten for viktige legemidler



Pandemien økte oppmerksomheten om hvor sårbare globale forsyningskjeder av legemidler kan være. Nasjonale beredskapslagre øker forsyningssikkerheten for viktige legemidler.

Regjeringen vedtok våren 2020 å opprette beredskapslager for kritisk viktige legemidler for primær- og spesialisthelsetjenesten for opptil seks måneders forbruk (1). Lager styrker den samlede helseberedskapen i en krise og kan være en buffer ved mangelsituasjoner.

Primærhelsetjenesten

DMP overtok ansvaret for den nasjonale legemiddelberedskapen fra Helsedirektoratet i 2024, og dermed også ansvaret for beredskapslageret til primærhelsetjenesten. Apotekgrossister er pålagt å opprettholde et ekstra lager av kritisk viktige legemidler for opptil seks måneder (2). Legemidlene er lagret hos de tre grossistene Alliance Healthcare (AHN), Norsk medisinaldepot (NMD) og Apotek 1.

Det er Helse- og omsorgsdepartementet som etter innspill fra en bredt sammensatt spesialistgruppe, bestemmer hvilke legemidler som skal omfattes av beredskapsplikten.

Spesialisthelsetjenesten

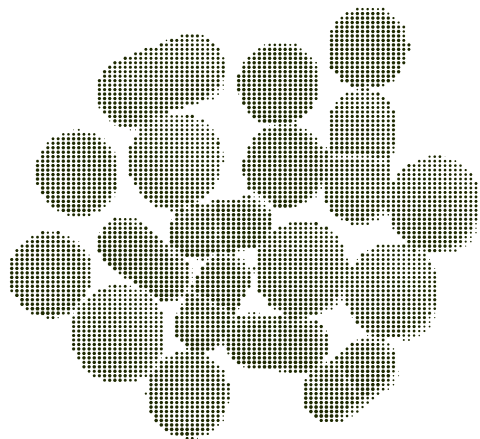
Beredskapslageret for spesialisthelsetjenesten består av ulike deler. Felles er at legemidlene ligger på lager hos sykehusenes hovedgrossist (AHN).

Det er spesialistgruppen, som på oppdrag fra DMP og regionale helseforetak, anbefaler utvalget av legemidler som skal beredskapslagres.

Spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten har ulik eierstyring og finansiering. For spesialisthelsetjenesten er grossistenes forpliktelser regulert i privatrettslige kontrakter, i primærhelsetjenesten gjennom forskrift. Sjukehusapoteka Vest har ansvaret for forvaltningen av begge ordningene (3).

Rullerende lager

For å unngå at legemidlene går ut på dato, rulleres lagrene slik at de legemidlene som har kortest holdbarhetsdato leveres til apotek eller sykehus først.



Beredskapslagre

DMP har et overordnet ansvar for forsyningsikkerhet og beredskap for legemidler. Som en del av DMPs nye beredskapsansvar og "følge-med" funksjon, er ulike legemiddellagre i Norge kartlagt.

Beredskapslagrene inneholder blant annet:

- Antibiotika
- Analgetika og anestesimidler
- Livsnødvendig behandling, som insulin
- Legemidler til kreftbehandling

For primærhelsetjenesten er beregning av størrelsen på lageret basert på omsetning i apotek på utvalgte ATC-grupper i løpet av det siste året. Grossistene lagrer i dag omlag 60 virkestoff fordelt på 500 legemidler for mellom tre til seks måneders forbruk.

Grossistenes ordinære lager på 20 dagers salg kommer i tillegg.

For spesialisthelsetjenesten er beholdningen på grossistenes lager inntil 180 dager, i tillegg til grossistenes ordinære lager på 20 dagers salg. Det er de regionale helseforetakene som bestemmer bruken av lageret.

Ved mangelsituasjoner eller krise kan det være behov for prioritering av pasientgrupper. DMP har hjemmel til å innføre restriksjoner på salg og utlevering av legemidler, som rasjonering i apotek.

Referanser:

1. <https://www.dmp.no/nyheter/dmp-har-overtatt-myndighetsansvar-for-nasjonalt-beredskapslager>
2. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1993-12-21-1219/KAPITTEL_3#%C2%A75
3. <https://www.dmp.no/forsyningssikkerhet/forsyningssikkerhet-og-beredskap/nasjonalt-beredskapslager-for-legemid->

Bruk av kunstig intelligens ved mammografi

Kunstig intelligens i det svenske mammografiprogrammet oppdaget flere tilfeller av brystkreft enn radiologer.

Alle kvinner i Norge får tilbud om brystkreftscreening, der mammografibildene vurderes av radiologer. I den svenske MASAI-studien undersøkte man eventuell nytte av kunstig intelligens (KI) ved vurderingen av mammografibildene (1). Bildene av rundt 105 000 kvinner som ble screenet i det svenske mammografiprogrammet, ble randomisert til enten å bli vurdert først av KI og deretter av radiologer (intervensjonsgruppen), eller til å bli vurdert av to radiologer (kontrollgruppen).

KI-støttet screening førte til påvisning av 338 kreftsvulster, mot 226 svulster i kontrollgruppen. Ratio mellom ratene for kreftpåvisning var 1,29 (95 % konfidensintervall 1,09–1,51; $p = 0,0021$). Dette gjaldt særlig små invasive svulster uten lymfeknutespredning. KI-støttet screening resulterte også i en økt påvisning av in situ-cancer. Antall tilbakekallinger og raten for falskt positive bilder var ikke signifikant høyere ved KI-støttet screening. Når KI vurderte kreftrisikoen

som lav, ble bildene vurdert kun av én radiolog, sammenlignet med to radiologer i kontrollgruppen. Dette ga en 44 % reduksjon i radiologenes arbeidstid foran skjermen.

– Flere retrospektive studier har vist at KI-systemer har en god evne til å oppdage brystkreft på mammografibilder, sier Henrik Wethe Koch, som er overlege i radiologi og ph.d.-stipendiat ved Stavanger universitetssjukehus. Denne svenske studien er den første randomiserte kontrollerte studien som undersøker bruk av KI i en uselektet screeningpopulasjon, sier han.

– Studien er solid og godt gjennomført, og funnene er lovende, mener Wethe Koch, som imidlertid er usikker på om funnene kan overføres til det norske mammografiprogrammet pga. forskjeller i screeningpopulasjon, screeningintervaller og tilbakekallingsrate i de to landene.

– Vi er spent på resultatene fra en tilsvarende norsk studie som nå pågår, sier Wethe Koch. ■

Amanda Hylland Spjeldnæs

Universitetet i Oslo

Litteratur

- 1 Hernström V, Josefsson V, Sartor H et al. Screening performance and characteristics of breast cancer detected in the Mammography Screening with Artificial Intelligence trial (MASAI): a randomised, controlled, parallel-group, non-inferiority, single-blinded, screening accuracy study. *Lancet Digit Health* 2025; 7: e175–83.

Lav risiko for hjertestans under maraton

Hjerteinfarkt under langdistanseløping ser ut til å være vanligere enn før, men færre dør.

Hvor farlig er langdistanseløping? Mellom 2010 og 2023 fullførte over 29 millioner mennesker i USA maraton og halvmaraton, og blant dem fikk 176 hjerterestans, og 59 av dem døde. Dette viser en studie basert på data fra media, direkte kontakt med maratonarrangører og det amerikanske friidrettsforbundet (1).

Forekomsten av hjerterestans var nok så stabil fra 2010 til 2019, men den økte fra 2020. Når man sammenlikner med historiske data, gikk likevel dødeligheten ned i perioden 2010–23. Menn og helmaratonløpere hadde større risiko for hjerterestans enn kvinner og halvmaratonløpere. Den vanligste årsaken til hjerterestans var koronar hjertesykdom.

– Denne studien fra USA tyder på at risikoen for hjerterestans under maraton er lav og har ikke endret seg vesentlig de siste 20–25 årene, sier Kaare Harald Bønaa, overlege ved St. Olavs hospital, professor emeritus ved NTNU og faglig leder for Norsk hjerteinfarktregister. Etter 2010 har det vært en betydelig økning i andelen som overlever et hjerteinfarkt. Dette kan skyldes økt tilgang på hjertestartere og bedre ferdigheter i befolkningen når det gjelder gjenoppliving, mener han.

– Selv om fysisk aktivitet er assosiert med lavere risiko for kardiovaskulær sykdom, kan ekstrem fysisk aktivitet, som det å løpe maraton, paradoksalt nok være en utløsende faktor hos personer med økt risiko, sier Bønaa. I denne studien var helmaraton assosiert med større risiko enn halvmaraton, menn hadde høyere risiko enn kvinner, og aterosklerotisk koronarsykdom var den hyppigste underliggende årsaken. Dette innebærer at tiltak for å forebygge koronarsykdom i den generelle befolkning også kan forventes å redusere risiko for hjerterestans blant maratonløpere, sier Bønaa. ■

Martine Fimreite Wilhelmsen

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Kim JH, Rim AJ, Miller JT et al. Cardiac Arrest During Long-Distance Running Races. *JAMA* 2025; e253026.

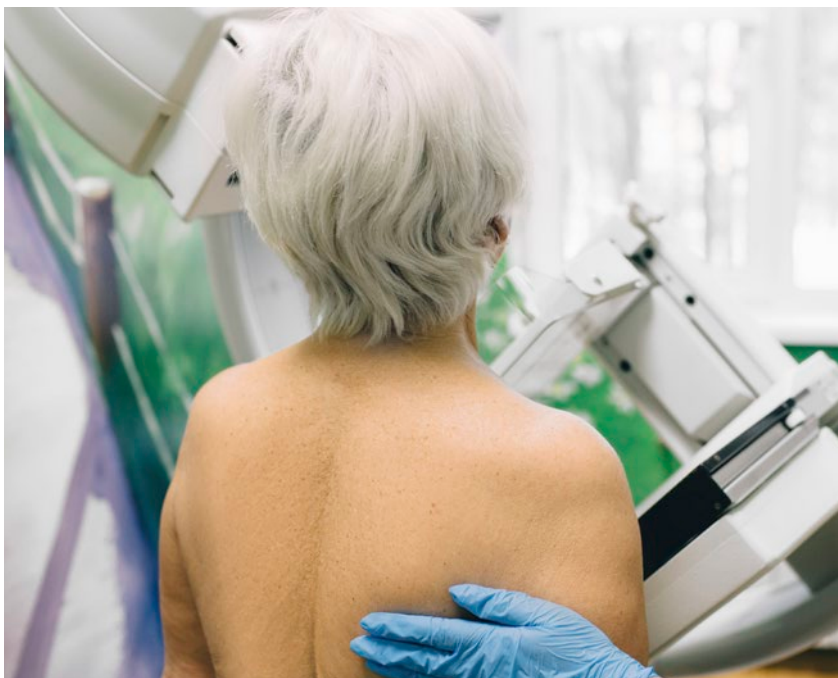




Foto: DimpyDimity/Stock

Mett, men likevel sulten på søtt

Visse nevroner i talamus slo på sukkerappetitten hos mus til tross for at musene var mette på vanlig føde.

Vi har vel alle opplevd barn som ikke vil spise mer av middagsmaten fordi de er mette, men som likevel gjerne fortsetter med en søt dessert de er glad i. Ofte blir dette forklart av barna med at de har en egen dessertmage.

I en ny musestudie publisert i Science (1) og kommentert i samme nummer (2) fulgte forskerne nervesignaler etter fødeinntak sendt til en kjerne i hypothalamus og som så ledet videre til andre deler av hypothalamus og til talamus. Disse nerveforbindelsene kunne forklare musenes lyst på søtsaker til tross for at musene var mette på vanlig føde.

Hypotalamiske proopiomelanokortin-nevroner (POMC-nevroner) i hypothalamus kan, som navnet antyder, skille ut

et protein som kan spaltes til ulike mindre peptider som β -endorfin og melanocytt-stimulerende hormon (α -MSH). Slike POMC-nevroner fra én hypothalamisk kjerne til en annen regulerte metthet og stoppet matinntaket via α -MSH-virkning på melanokortin-4-reseptoren.

Det har lenge vært kjent at genetisk mangel på POMC-nevroner eller på melanokortin-4-reseptorer kan forårsake overspising og massiv fedme hos både mus og mennesker. Men det har vært et paradoks at man har lyst på søtsaker etter at man er mett. Her er det en annen gruppe POMC-nevroner som spiller inn. I studien fant man nemlig at POMC-nevroner til talamus via β -endorfin kunne slå på sukkerappetitten, noe som kunne føre til overspising ved tilgang på søtsaker. Disse POMC-nevronene stimulerer søthungeren spesielt hos mette mus, mens opioidantagonister hemmet et økt inntak av sukker.

I studier med mennesker viste inntak av sukker utslag på funksjonell MR-undersøkelse, noe som tyder på at disse mekanismene også er virksomme hos mennesker. Forskerne bak studien ser for seg at behandling som reduserer vår preferanse for søtsaker, kan bli en effektiv antifedmeterapi.

– Dette er en solid studie som tar oss fra mekanistiske undersøkelser i musehjerter til anatomiske og fysiologiske målinger i menneskehjerter, sier Torkel Hafting, som er professor ved Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo. Han påpeker at sukker og overspising har en sentral rolle i den globale fedmeepidemien og at det derfor er viktig å finne mekanismer for regulering av appetitt.

– Fedmeepidemien er imidlertid et komplekst problem som neppe lar seg løse med et enkelt medikament, sier Hafting, som refererer til kliniske studier der cannabinoidantagonister kunne gi god vektreduksjon, men at sterke depressive bivirkninger gjorde at studiene måtte stoppes. ■

Haakon B. Benestad

Universitetet i Oslo

Litteratur

- 1 Minère M, Wilhelms H, Kuzmanovic B et al. Thalamic opioids from POMC satiety neurons switch on sugar appetite. Science 2025; 387: 750–8.
- 2 Farooqi S. Understanding the desire for dessert. Science 2025; 387: 717–8.

Morten Magelssen ¹
morten.magelssen@medisin.uio.no
Berit H. Bringedal ²
Karin Isaksson Rø ²
Helene Seljenes Dalum ²

1 Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo
2 Legeforskningsinstituttet

Holdninger til dødshjelp blant leger i Norge

Bakgrunn

Dødshjelp (eutanasi og assistert selvmord) er ulovlig i Norge. Norske legers syn på dødshjelp ble sist undersøkt i 2016. Vi har nå på ny undersøkt legers holdninger til dødshjelp.

Materiale og metode

Vi sendte ut en spørreundersøkelse til et utvalg yrkesaktive leger. Legene ble bedt om å ta stilling til seks påstander om legalisering av dødshjelp og tre påstander om vilje til å utføre eller bidra til dødshjelp samt om holdning til reservasjonsrett.

Tabell 2 Grad av enighet med seks påstander om legalisering av dødshjelp blant 2 004 leger som svarte på spørreundersøkelse om dødshjelp.

Resultater

Svarprosenten var 2 010/2 534 (79,3 %), og svarene fra 2 004 leger under 70 år ble inkludert. 723 (36,1 %) svarte at de var svært uenig i at «legeassistert selvmord bør tillates for personer som har en dødelig sykdom med kort forventet levetid». 232 (11,6 %) var svært enig i påstanden. Eldre respondenter var oftere avvisende til legalisering. 410 (20,5 %) var villige til å bidra til legeassistert selvmord, og 1 796 (89,6 %) ønsket reservasjonsrett i forbindelse med dødshjelp hvis dødshjelp skulle bli tillatt.

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 og tilhørende appendiks.



Fortolkning

En stor andel av legene i Norge er negative til å legalisere dødshjelp. Samtidig ser det ut til å være en bevegelse i retning av mindre motstand mot legalisering siden 2016.

Hovedfunn

En betydelig andel av leger i Norge, 36,1 %, avviser helt legalisering av dødshjelp, men denne andelen ser ut til å ha sunket siden 2016.

Leger i Norge ser ut til å være mer avvisende til legalisering enn kolleger i Sverige og Finland.

En stor majoritet av legene som svarte på undersøkelsen, 89,6 %, støttet reservasjonsrett hvis dødshjelp skulle bli tillatt.

Påstand	Svært enig, n (%)	Litt enig, n (%)	Verken enig eller uenig, n (%)	Litt uenig, n (%)	Svært uenig, n (%)	Ubesvart, n (%)
1. Legeassistert selvmord bør tillates for personer som har en dødelig sykdom med kort forventet levetid	232 (11,6)	540 (26,9)	197 (9,8)	278 (13,9)	723 (36,1)	34 (1,7)
2. Eutanasi bør tillates for personer som har en dødelig sykdom med kort forventet levetid	180 (9,0)	423 (21,1)	227 (11,3)	314 (15,7)	826 (41,2)	34 (1,7)
3. Dødshjelp (dvs. både legeassistert selvmord og eutanasi) bør tillates for personer som har en uhelbredelig kronisk sykdom, men ikke er døende	74 (3,7)	206 (10,3)	252 (12,6)	355 (17,7)	1 084 (54,1)	33 (1,6)
4. Dødshjelp begrunnet i uhelbredelig psykisk sykdom alene bør tillates	35 (1,7)	93 (4,6)	226 (11,3)	349 (17,4)	1 269 (63,3)	32 (1,6)
5. Dødshjelp bør tillates for personer som er livstrette og ønsker å dø, uten noen alvorlig sykdom	22 (1,1)	67 (3,3)	122 (6,1)	195 (9,7)	1 565 (78,1)	33 (1,6)
6. Jeg kan være åpen for at dødshjelp tillates i Norge dersom leger ikke har ansvaret for gjennomføringen	85 (4,2)	305 (15,2)	385 (19,2)	287 (14,3)	907 (45,3)	35 (1,7)

Dialog fremfor debatt om dødshjelp

Det pågår viktige diskusjoner om livsforlengende behandling, rettferdige prioriteringer og dødshjelp. Utfordringer oppstår når temaene blandes, begreper forveksles, empiri mangler og argumenter fra én diskurs brukes for å påvirke en annen.

Hva leger mener om dødshjelp påvirker både samfunnsdebatten og hva som kan gjennomføres i praksis. Magelssen og medforfattere har studert norske legers holdninger til dødshjelp basert på data fra en spørreundersøkelse i 2024 (1). En lignende undersøkelse ble utført i 2016 (2), og det publiseres stadig internasjonale studier om legers holdninger. Samfunnsendringer og kontekstavhengighet tilsier behov for oppdaterte, lokale data.

Kvantitative studier av selvrapporterte holdninger krever gjennomtenkt bruk og nøye tolkning. Hvilke data er det som løftes og diskuteres? Den norske studien viser at leger fortsatt har motstand mot dødshjelp, særlig når pasienten har lengre forventet levetid eller psykisk lidelse (1). I 2016 var 48 % sterkt uenige i legalisering av legeassistert selvmord ved dødelig sykdom og kort forventet levetid (påstand 1), mot 36 % i 2024, som er en signifikant nedgang. Andelen som var sterkt enig økte fra 9 % til 12 %. Tallene viser at flertallet fortsatt er skeptisk, men som forfatterne selv påpeker, nyanseres bildet når man inkluderer dem som uttrykker litt enighet eller uenighet: 39 % uttrykker en grad av enighet, mot 50 % uenighet. En som vil argumentere for liberalisering vil gjerne velge å fremstille det som at 39 % av leger er enige, mens en som er mot vil si at kun 12 % er enige. Valg og fremstilling av tall kan derfor brukes strategisk i debatter, og løserevne funn kan støtte ulike syn. I tillegg antyder skjevhet i utvalget med hensyn til kjønn og alder at støtte for legalisering kan være noe underestimert. Dermed minsker forskjellene fra svenske leger, hvor 47 % svarte ja til legalisering av legeassistert selvmord (3).

En særlig økning fra undersøkelsen i 2016 til 2024 ses i kategoriene «litt enig», «verken enig eller uenig» og «litt uenig» i påstand 1. Forfatterne tolker mellomposisjonene som uttrykk for at flere er uten klart standpunkt og at de «er usikre og lettere kan påvirkes av offentlig ordskifte og argumenter eller av det konkrete innholdet i et eventuelt lovforslag». En alternativ tolkning er at refleksjon over komplekse etiske spørsmål fører til mer nyanserte og mindre bastante svar (4). Kanskje er det en større grad av etisk refleksjon blant leger nå enn før siden temaet oftere belyses i utdanning, media og offentlig debatt? I tillegg møter leger i større grad pasienter som ønsker selvbestemmelse og har styrkede rettigheter. Kanskje flere ser gyldige etiske argumenter på begge sider og unngår bastante standpunkt? Eller har egne erfaringer i klinisk praksis gjort det tydelig at grensene noen ganger kan oppleves som uklare?

I klinisk etikkomité i Helse Bergen har vi i møter med ansatte erfart at frykt for dødshjelp kan komplisere diskusjoner om å avslutte livsforlengende behandling. I flere saker har avslutning av behandling hos alvorlig syke pasienter blitt feilaktig omtalt som eutanasi, mens å fortsette behandling har av andre blitt beskrevet som tortur. Eksempelene viser hvor viktig presis begrepsbruk og kunnskapsformidling er, også internt i fagmiljøet.

Å avslutte livsforlengende behandling uten forventet nytte er god medisinsk praksis, ikke dødshjelp. Det er også behov for revisjon av relevante retningslinjer og for å anerkjenne og forbedre implementering og kjennskap til disse – for eksempel ved lindrende sedering (5).

Tilsvarende kan prioriteringsdiskusjoner bli avsporet av frykt for at ressursknapphet vil påvirke pasienter til å be om dødshjelp. Men prioritering handler om å fordele helseressurser rettferdig og effektivt. Vi må hjelpe hverandre med å bidra til at ressursene fordeles etter verdiene vi har blitt enig om, og at pasienter og pårørende kan ha tillit til at de skal få god behandling og omsorg når de er alvorlig syke og snart skal dø. Vi trenger åpne, tydelige diskusjoner om både prioritering og behandlingsbegrensning uten å blande disse ukritisk inn i døds- hjelpsdebatten.

Vi trenger åpen dialog fremfor polarisert debatt om dødshjelp. Dialog handler om å utforske og forstå hverandres perspektiver, mens debatt handler om å overbevise eller vinne en diskusjon. Flere har foreslått en nasjonal utredning om dødshjelp for å sikre åpenhet, medvirkning og tillitsskapende prosess (6, 7). Helseminister Vestre sa i sitt framlegg av prioriteringsmeldingen at prioritering handler om så viktige verdispørsmål at det ikke egner seg for valgkamp, det handler mer om å finne ut av det sammen (8). Dersom dødshjelp skulle bli et tema under årets valgkamp: Er det mulig å håpe på dialog heller enn debatt? ■

Ingrid Miljeteig

ingrid.miljeteig@uib.no

Ingrid Miljeteig er lege og professor i medisinsk etikk ved Bergen senter for etikk og prioritering, Universitetet i Bergen og spesialrådgiver og leder i klinisk etikkomité i Helse Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Magelssen M, Bringedal BH, Rø KI et al. Holdninger til døds- hjelp blant leger i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.24.0053.
- Gaasø OM, Rø KI, Bringedal B et al. Legers holdninger til aktiv dødshjelp. Tidsskr Nor Legeforen 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.18.0391.
- Lynøe N, Lindblad A, Engström I et al. Trends in Swedish physicians' attitudes towards physician-assisted suicide: a cross-sectional study. BMC Med Ethics 2021; 22: 86.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Oxford: Oxford University Press, 2019.
- Schaufel MA, Førde R, Sigurdardóttir KR et al. Lungelegar sine erfaringar med lindrande sedering i livets sluttfase. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.23.0778.
- Koch S. Er livet et uavhengelig gode? Tidsskr Rettsvitenskap 2024; 137: 308–81.
- Nylander G, Blomkvist AW, Schei E et al. Assistert dødshjelp angår Legeforeningen. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0195.
- Dagens medisin. DM Arena Prioriteringsmeldingen opptak 2025. Lest 29.4.2025.



Les mer på
VYDURA.NO



SMELTETABLETT TIL **MIGRENEBEHANDLING** BÅDE FOR **ANFALL** OG **FOREBYGGING**



Første orale CGRP*-reseptorhemmer for ¹⁻³

- **AKUTT** behandling av migrene med eller uten aura hos voksne
- **FOREBYGGENDE** behandling av episodisk migrene hos voksne som har minst 4 migreaneanfall i måneden

Administrasjonsform: Smeltetabletten skal legges på eller under tungen. Den vil gå i oppløsning i munnen, væske er ikke nødvendig. Kan tas med eller utenom måltider.

Dosering¹:

- Anbefalt dose ved behandling av akutt migrene er 75 mg 1 gang daglig ved behov
- Ved forebyggende behandling av episodisk migrene, er anbefalt dose 75 mg annen hver dag
- Maks daglig dose er 75 mg

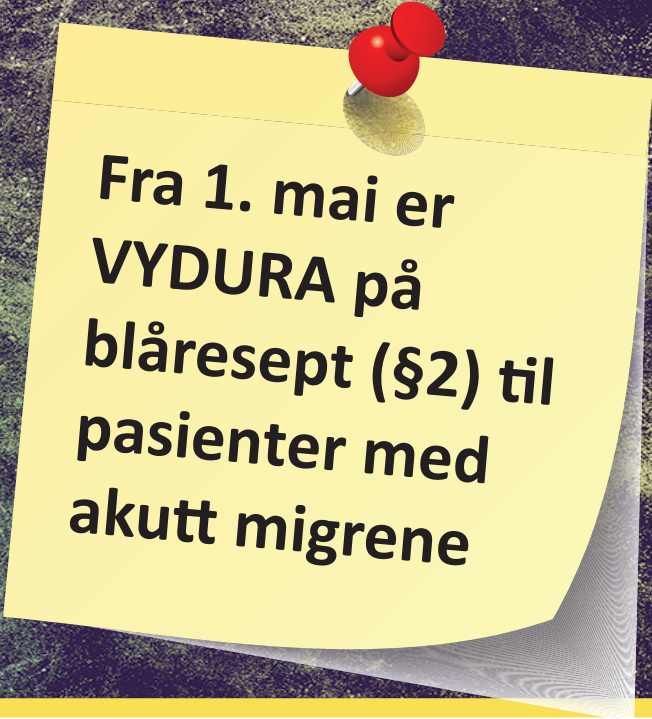
Kontraindikasjon¹: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

Pakninger og priser: 75 mg: 2 stk. (blister) kr 544,80, 8 stk. (blister) kr 2070,40.

Reseptgruppe C.

Refusjonsberettiget bruk: Blåresept (§2). Behandling av akutt migrene med eller uten aura hos voksne uten tilstrekkelig symptomlindring på minst tre triptaner, samt ved intoleranse eller kontraindikasjoner mot triptaner.

Refusjon foreligger ikke for forebyggende behandling.



Fra 1. mai er
VYDURA på
blåresept (§2) til
pasienter med
akutt migrene

Vydura[®] 75mg
(rimegepant)
smeltetablett

Bivirkninger¹:

Vanligste bivirkning ved akutt behandling og migreneprofylakse var kvalme. Overfølsomhetsreaksjoner, inkl. alvorlige, kan oppstå også dager etter administrering.

Viktig sikkerhetsinformasjon¹:

- Ikke anbefalt ved alvorlig nedsatt leverfunksjon, terminal nyresvikt, graviditet eller samtidig bruk av sterke CYP3A4-hemmere eller moderat/sterke CYP3A4-induktorer.
- Ny dose bør unngås innen 48 timer ved samtidig bruk av moderate CYP3A4-hemmere eller sterke P-gp-hemmere.
- Vurder medikamentoverforbrukshodepine (MOH) ved hyppig eller daglig hodepine under behandling.
- Ved amming er relativ dose for spedbarnet anslått til mindre enn 1%. Bruk under amming kan vurderes basert på nytte-/risikovurdering.

For fullstendig informasjon, se Vydura preparatomtale på Felleskatalogen.no eller Dmp.no

Referanser:

1. Vydura[®] (Rimegepant) SPC, tilgjengelig på www.dmp.no. 2. Croop R, Goadsby PJ, Stock DA, et al. Efficacy, safety, and tolerability of rimegepant orally disintegrating tablet for the acute treatment of migraine: a randomised, phase 3, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet 2019; 394: 737–45. 3. Croop R, Lipton RB, Kudrow D, Stock DA, et al. Oral rimegepant for preventive treatment of migraine: a phase 2/3, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet. 2021 Jan 2;397(10268):51-60

*CGRP: Calcitonin gene-related peptide.

Emma Dalgård* 1
Amanda Darell* 1
Ole Jakob Nakling 2
Torben Wisborg 3,1,4
Marit Vidringstad 2

marit.vidringstad@finnmarkssykehuset.no

- 1 Institutt for klinisk medisin, UiT Norges arktiske universitet
- 2 Fødeavdelingen, Hammerfest sykehus, Finnmarkssykehuset
- 3 Akuttavdelingen, Hammerfest sykehus, Finnmarkssykehuset
- 4 Nasjonalt senter for traumatologi, Oslo universitetssykehus

* Emma Dalgård og Amanda Darell
har bidratt i like stor grad til denne artikkelen.

Forløsning ved seteleie ved fødeavdelingen i Hammerfest i 2004–23 – en retrospektiv studie

Bakgrunn

Seteleie forekommer hos 3–4 % til termin og er forbundet med økt neonatal mortalitet og morbiditet. Vi ønsket å undersøke forløsningsmetode og utfall for setefødsler ved fødeavdelingen på Hammerfest sykehus i perioden 2004–23.

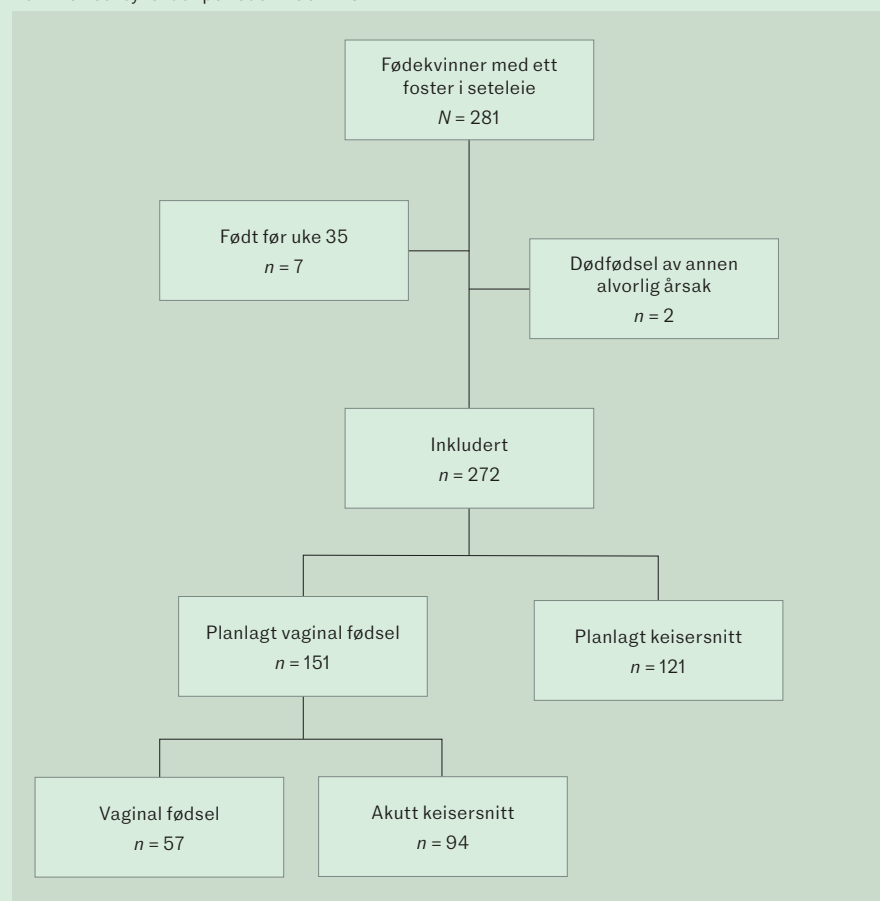
Materiale og metode

Vi gjorde en retrospektiv gjennomgang i sykehusets elektroniske fødedatabase og papirbaserte fødeprotokoll av gravide med ett foster i seteleie forløst fra svangerskapsuke 35.

Resultater

151 av 272 (56 %) fødekvinner med ett foster i seteleie ble, i tråd med nasjonal fødselsveileder, selektert til planlagt vaginal fødsel. Av 151 planlagte vaginale forløsninger ble 94 (62 %) forløst med akutt keisersnitt. Apgarskår < 7 etter 5 minutter ble observert hos 1 (2 %) nyfødt etter vaginal fødsel, hos 5 (5 %) etter akutt keisersnitt og hos 1 (1 %) etter elektivt keisersnitt. Det var ingen alvorlig neonatal morbiditet eller mortalitet.

Figur 1 Forløsning av kvinner med ett foster i seteleie ved Fødeavdelingen, Hammerfest sykehus i perioden 2004–23.



Fortolkning

20 års resultater fra fødeavdelingen i Hammerfest støtter oppunder seleksjon til planlagt vaginal setefødsel, men på grunn av begrensninger i datamaterialet må resultatene tolkes med forsiktighet.

Hovedfunn

I en 20-årsperiode ble hvert femte foster i seteleie på fødeavdelingen i Hammerfest født vaginalt.

151 av 272 fødekvinner med ett foster i seteleie ble selektert til planlagt vaginal fødsel.

Ved 95 av 151 planlagte vaginale fødsler ble mor forløst med akutt keisersnitt.

Det var ingen neonatal mortalitet eller alvorlig neonatal morbiditet.

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.



Setefødsler utenfor kvinneklinikk

Mange har sterke meninger om hvor fødetilbud bør lokaliseres. Hammerfest sykehus har ikke kvinneklinikk, men håndterer likevel seteforløsninger og avviker dermed fra nasjonale retningslinjer om forløsning av risikosvangerskap.

Tidsskriftet publiserer nå en retrospektiv gjennomgang av gravide med ett foster i seteleie forløst fra svangerskapsuke 35 ved sykehuset i Hammerfest over en 20-årsperiode (1). Seteleie forekommer sjelden, bare i 3–4 % av svangerskapene til termin. Vaginal setefødsel regnes som risikofødsel, fordi det innebærer økt risiko for komplikasjoner, sykdom og skade på mor og barn (2). Dette krever at fødselslegen har ferdigheter i å vurdere indikasjon for vaginal forløsning, fremgang og ikke minst i å utføre de nødvendige håndgrepene som sikrer en trygg forløsning. Samtidig er det viktig å unngå unødvendige keisersnitt, som kan ha negative konsekvenser for både mor og barn (3).

I tillegg til et visst volum for å opprettholde kompetanse på håndtering av seteleie krever risikofødsler tilgang til nyfødntensivavdeling (4). Norge har valgt å opprettholde tradisjonen med vaginal forløsning av seteleie i avdelinger med høy obstetrisk kompetanse. I praksis betyr det kvinneklinikk (5). Norge skiller seg derved fra mange andre land der, etter publiseringen av den store multisenterstudien Term Breech Trial i *The Lancet* i 2000, de fleste seteleier forløses med planlagt keisersnitt (6, 7). Term Breech Trial konkluderte med at planlagt keisersnitt ga det beste resultatet for foster i seteleie (6), men studien er i ettertid blitt kritisert for metodiske svakheter, og overføringsverdien til norske forhold er lav (8).

Norsk fødselsomsorg skal være desentralisert og differensiert for å sikre et fødetilbud basert på den gravides egne ønsker og en seleksjon etter gitte kriterier (4). Fødselsomsorgen er delt i tre nivåer: kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue. På hvilket nivå en gravid kvinne skal følges opp og føde vurderes ut fra risikofaktorer som er beskrevet i veilederen *Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen* (4). Når Hammerfest sykehus, som ikke har en kvinneklinikk, likevel håndterer seteforløsninger, skyldes det geografiske og klimatiske utfordringer med stor avstand til nærmeste kvinneklinikk, som er ved Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø. Videre er sykehuset i Hammerfest det eneste i Finnmark-regionen med nyfødntensiv- og barneavdeling. Derfor mener fagråd for fødselshjelp og kvinnesykdommer i Helse Nord at det er medisinsk forsvarlig at fødeavdelingen i Hammerfest ivaretar noen oppgaver som ellers ivaretas av en kvinneklinikk, inklusive håndtering av setefødsler (1).

Når man fraviker nasjonale anbefalinger om kvalitetskrav til fødselsomsorgen, er det spesielt viktig å evaluere egen praksis, slik Dalgård, Darell og medforfattere har gjort (1). Økt oppmerksomhet på egen praksis kan bidra til kvalitetsforbedringer og til å identifisere områder der man bør arbeide for sikrere og mer effektive pasientforløp. I løpet av 2004–23 ble 57 av 272 (21 %) fostre i seteleie født vaginalt ved fødeavdelingen i Hammerfest (1). Det er lavere enn den registrerte andelen (31 %) i Norsk fødselsregister (9). En viktig årsak til forskjellen er trolig at det anses som tryggere å utføre keisersnitt fremfor vaginal fødsel på en avdeling med begrenset antall seteleiefødsler. I tråd med endringer i kriteriene viser imidlertid tallene fra Hammerfest en trend mot flere vaginale seteforløsninger de siste årene. De presenterte tallene viser ingen alvorlige komplikasjoner eller neonatal dødelighet i studieperioden.

Et tilstrekkelig høyt antall hendelser er avgjørende for å sikre statistisk styrke når man vurderer risiko og sikkerhet knyttet til sjeldne utfall. Data fra Norsk fødselsregister i perioden 1999–2009 viste en forekomst av alvorlige fødselsutfall ved seteleie (definert som intrapartum dødelighet, neonatal dødelighet og cerebral parese) på 3,1 per 1 000 levendefødte hos dem som ble forløst vaginalt (10). I Dalgård, Darell og medforfatteres studie var det 57 vaginalt forløste seteleier over en 20-årsperiode – et svært lavt antall sett i lys av den lave risikoen for alvorlige fødselsutfall. Man kan derfor ikke trekke robuste konklusjoner om sikkerheten ved vaginal forløsning av seteleie ut fra studien i Hammerfest. Likevel er det viktig å undersøke og presentere egne data. Dette gir økt transparens og styrker tilliten blant både helsepersonell og pasienter. Studien viser også at legene ved fødeavdelingen i Hammerfest har fokus på trygg forløsning av seteleie. Blant flere tiltak for å styrke kompetansen har avdelingen valgt å ha en ekstra spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer til stede ved vaginal seteforløsning (1). Samlet sett kan dette bidra til å styrke sikkerheten ved fødsel for gravide kvinner med barn i seteleie i Finnmark. ■

Ingvild Vistad

ingvild.vistad@sshf.no

Ingvild Vistad er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og overlege ved Kvinneklinikken, Sørlandet sykehus Kristiansand og professor ved Campus Sør, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Dalgård E, Darell A, Nakling OJ et al. Forløsning ved seteleie ved fødeavdelingen i hammerfest i 2004–23 – en retrospektiv studie. *Tidsskr Nor Legeforen* 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.24.0527.
- 2 Toijonen AE, Heinonen ST, Gissler MVM et al. A comparison of risk factors for breech presentation in preterm and term labor: a nationwide, population-based case-control study. *Arch Gynecol Obstet* 2020; 301: 393–403.
- 3 Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2018; 15: e1002494.
- 4 Helsedirektoratet. Et trygt fødetilbud. Forslag til kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Lest 30.4.2025.
- 5 Håheim LL, Albrechtsen S, Berge LN et al. Breech birth at term: vaginal delivery or elective cesarean section? A systematic review of the literature by a Norwegian review team. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 126–30.
- 6 Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA et al. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet* 2000; 356: 1375–83.
- 7 Hartnack Tharin JE, Rasmussen S, Krebs L. Consequences of the Term Breech Trial in Denmark. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011; 90: 767–71.
- 8 Glezerman M. Five years to the term breech trial: the rise and fall of a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194: 20–5.
- 9 Vistad I, Klungsøyr K, Albrechtsen S et al. Neonatal outcome of singleton term breech deliveries in Norway from 1991 to 2011. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015; 94: 997–1004.
- 10 Bjellmo S, Andersen GL, Martinussen MP et al. Is vaginal breech delivery associated with higher risk for perinatal death and cerebral palsy compared with vaginal cephalic birth? Registry-based cohort study in Norway. *BMJ Open* 2017; 7: e014979.

Åshild Bjørnerem^{1, 2, 3}
 ashild.bjornerem@uit.no
Caroline Renland Kolstad¹
Tonje Agnete Gravvold Helmersen⁴
Trond Melbye Michelsen^{5, 6}
Ingvil Krarup Sørbye^{5, 6}

- 1 Kvinneklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge
- 2 Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, Oslo universitetssykehus
- 3 UiT Norges arktiske universitet
- 4 Levanger kommune
- 5 Kvinneklinikken, Oslo universitetssykehus
- 6 Universitetet i Oslo

Fødselsmåte etter igangsatt fødsel ved pregravid overvekt og fedme

Bakgrunn

Andelen gravide med overvekt eller fedme som får fødselen igangsatt, er økende. Formålet med denne studien var å undersøke sammenhengen mellom pregravid kroppsmasseindeks og fødselsmåte blant gravide som fikk fødselen igangsatt.

Materiale og metode

Vi inkluderte gravide med enkelt-svangerskap, foster i hodeleie og levende-født barn som fikk fødselen igangsatt ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø i perioden 2016–18. Fødselsmåte ble sammenlignet for gravide med pregravid BMI < 25 kg/m², overvekt (BMI 25,0–29,9 kg/m²) og fedme (BMI ≥ 30 kg/m²).

Resultater

I studien inkluderte vi 807 gravide som fikk fødselen igangsatt. 402 hadde en pregravid BMI < 25 kg/m², 202 hadde overvekt, og 203 fedme. Av disse fødte henholdsvis 306 (76,1 %), 149 (73,8 %) og 140 (69,0 %) spontant vaginalt, mens 60 (14,9 %), 40 (19,8 %) og 44 (21,7 %) ble forløst med keisersnitt. Med økende pregravid kroppsmasseindeks var andelen spontane vaginale fødsler lavere ($p = 0,06$), og andelen forløst med keisersnitt var høyere ($p = 0,03$). Gravide med fedme som fikk fødselen igangsatt, hadde økt risiko for keisersnitt (oddsratio 1,6 (95 % konfidensintervall 1,0–2,4) sammenlignet med de med BMI < 25 kg/m². Etter justering for alder, høyde, langvarig vannavgang, paritet og tidligere fødselsmåte, var oddsratioen omtrent uendret, men ikke lenger statistisk signifikant (oddsratio 1,5 (95 % KI 0,9–2,4)).

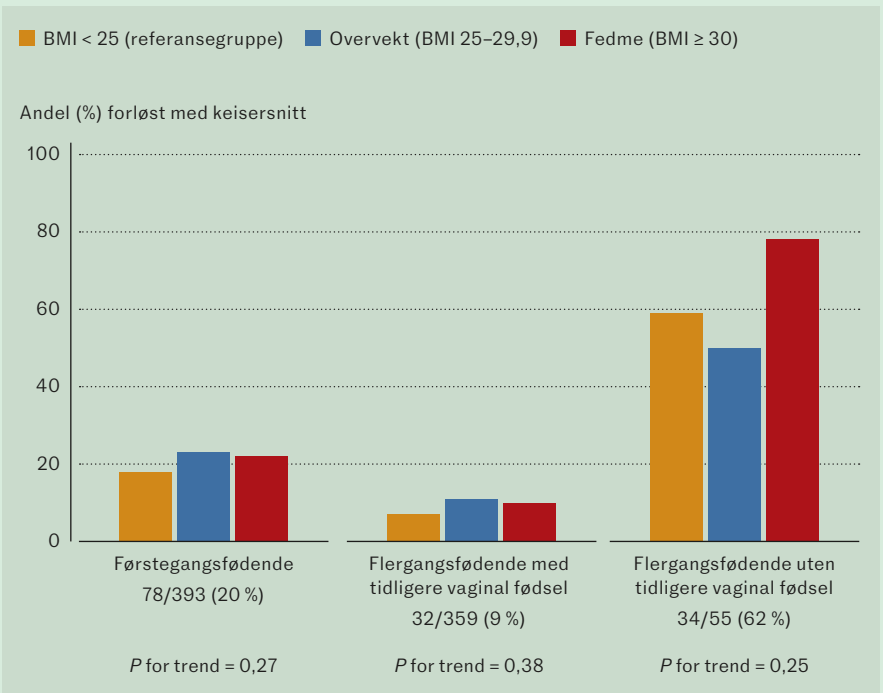
Fortolkning

Pregravid fedme var assosiert med økt risiko for keisersnitt etter igangsatt fødsel, men det å være førstegangsføden- de eller flergangsfødende uten tidligere vaginal fødsel forklarte mer av denne risikoen enn fedme i seg selv.

Hovedfunn

Av de 807 som fikk fødselen igangsatt ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø i perioden 2016–18, hadde 203 (25 %) pregravid fedme. Blant de gravide som fikk fødselen igangsatt, var andelen med spontan vaginal fødsel ved pregravid BMI < 25 kg/m², overvekt og fedme henholdsvis 306 (76 %), 149 (74 %) og 140 (69 %). Tilsvarende tall for keisersnitt var 60 (15 %), 40 (20 %) og 44 (22 %). Ved igangsatt fødsel og pregravid fedme var risikoen for keisersnitt høyere sammenlignet med de uten overvekt eller fedme.

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 2 Andel forløst med keisersnitt blant 807 gravide som fikk fødselen igangsatt ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø i perioden 2016–18, fordelt på paritet og tidligere fødselsmåte. P-verdien for trend med økende pregravid kroppsmasseindeks er estimert med lineær regresjon.

Balansegang i moderne obstetrikk

Kvinnens medbestemmelse ved fødsel er viktig. Men noen ganger medfører det flere medisinske intervensjoner.

Studien fra Universitetssykehuset Nord-Norge, som nå publiseres i Tidsskriftet, setter søkelys på viktige spørsmål innen moderne obstetrikk (1). Bjørnerem og medforfattere har undersøkt om fødende med overvekt eller fedme har høyere risiko for forløsning med keisersnitt når fødselen blir induisert. Temaet er aktuelt siden både forekomsten av overvekt og fedme blant gravide og induksjonsraten har økt betydelig de siste årene (2).

For tiden har ca. 40 % av fødende i Norge overvekt eller fedme (2). Studier fra andre land har vist at overvekt og fedme hos kvinnen er assosiert med økt risiko for at fødselen ender med keisersnitt. Blant annet viste en nylig publisert populasjonsbasert studie fra Australia at 14,8 % av keisersnittene kunne tilskrives overvekt og fedme (3). Når Bjørnerem og medforfattere ikke fant en slik økt risiko, kan det skyldes en type II-feil, altså at studien ikke hadde styrke til å vise forskjeller i risiko. En annen mulig forklaring er at funn fra studier i andre land ikke alltid er overførbare til norske forhold. Dette skyldes blant annet at svangerskapsomsorgen, fødsels-hjelpen og nyfødttintensivmedisinen som utøves i Norge, er forskjellig fra mange andre steder. For eksempel er den gratis og lik for alle. Vi har også en stabilt lav forekomst av forløsninger med keisersnitt, og en perinatal sykелighet og dødelighet som er lavere enn i de fleste andre land. Det er svært sjelden at kvinner dør i forbindelse med svangerskap og fødsel.

Ca. 30 % av fødsler induseres. Ville ikke en naturlig start på fødselen vært bedre for de fleste?

Tall fra Medisinsk fødselsregister viser at på tross av endringer både i fødepopulasjonen (de fødende er eldre, har mer komorbiditet og er tyngre) og praksis med økt bruk av induksjon, er forekomsten av keisersnitt stabil og lavere enn i mange land (2, 4). Perinatal dødelighet og sykелighet er fortsatt synkende. I 2024 var tallene for perinatal død 0,36 % (2). Svangerskaps- og fødsels-omsorgen vår holder således svært høy standard. Det finnes knapt et tryggere sted å føde eller bli født enn på norske sykehus. Ønsket om fødsel uten assistanse fra helsepersonell, som har blitt debattert i media den siste tiden, vekker derfor bekymring blant mange fagfolk. At temaet diskuteres, og at presse og sosiale medier setter søkelys på fødsel og svangerskap, er likevel positivt. Det kan blant annet bidra til formidling av viktig kunnskap og bedre ressursfordeling.

I 2018 hadde tre av fire fødende én eller flere kompliserende faktorer som medførte ekstra behov for overvåking og intervensjon under fødselen (2). Ca. 30 % av fødsler induseres. Ville ikke en naturlig start på fødselen vært bedre for de fleste? Induksjon gjøres som hovedregel på medisinsk indikasjon og bidrar til å sikre

en trygg fødsel. En norsk studie fra 2016 viste likevel at 10 % av induksjonene ikke hadde medisinsk indikasjon. «Eget ønske» fra kvinnen var den hyppigste forklaringen på hvorfor fødselen ble satt i gang (5). Kvinnens rett til medbestemmelse under fødsel er viktig og riktig. Men økt medbestemmelse stiller nye krav til svangerskaps- og fødselsomsorgen, slik eksempelet viser. Økt overvåking av risikosvangerskap og igangsetting av nesten 16 000 fødsler (i 2024) betyr mye arbeid for fødeavdelinger med begrenset antall jordmødre og fødselsleger. For å ta kloke valg, trenger vi dyp innsikt som grunnlag for å selekttere til avventende holdning, overvåking eller intervensjon.

Konsekvensene av overvekt og fedme i svangerskapet er mangefasetterte. De handler ikke bare om perinatal helse, men kan også sette spor i neste generasjon (6). Intervensjoner i svangerskapet, også med hensyn til overvekt og fedme, når ofte ikke de mest sårbare kvinnene, kommer for sent eller har liten effekt (7). Problemet kan derfor ikke løses i svangerskapsomsorgen alene. Dersom samfunnet derimot klarer å lette byrden av overvekt og fedme hos unge kvinner, er dette en langsiktig investering med potensial for stor avkastning. ■

Cathrine Ebbing

cathrine.ebbing@helse-bergen.no

Cathrine Ebbing er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, overlege ved Kvinneklinikken, Haukeland universitetssykehus og professor ved Klinisk institutt 2 ved Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Bjørnerem Å, Kolstad CR, Helmersen TAG et al. Fødselsmåte etter igangsatt fødsel ved pregravid overvekt og fedme. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.24.0643.
- 2 FHI. Statistikk. Antall fødte. P1a: Fødte per måned og mors bosted. Lest 8.5.2025.
- 3 Mekonnen A, Teale G, Vasilevski V et al. Obesity and cesarean section rate among low-risk primiparous women in Victoria, Australia: A population-based study. Acta Obstet Gynecol Scand 2025; 104: 729–37.
- 4 FHI. Flere kvinner får svangerskapsdiabetes. Lest 8.5.2025.
- 5 Dögl M, Vanky E, Heimstad R. Changes in induction methods have not influenced cesarean section rates among women with induced labor. Acta Obstet Gynecol Scand 2016; 95: 112–5.
- 6 Brunner K, Linder T, Klaritsch P et al. The Impact of Overweight and Obesity on Pregnancy: A Narrative Review of Physiological Consequences, Risks and Challenges in Prenatal Care, and Early Intervention Strategies. Curr Diab Rep 2025; 25: 30.
- 7 Marchi J, Berg M, Dencker A et al. Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. Obes Rev 2015; 16: 621–38.

Mari Ims Skåland¹*m.i.skaland@studmed.uio.no***Kristian Tonby**^{2,3}**André Ingebretsen**^{4,5}**Karianne Wiger Gammelsrud**^{4,3}**Kjetil Kjeldstad Garborg**⁶**Frederik Emil Juul**^{7,8,9}

- 1 Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo
- 2 Infeksjonsmedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål
- 3 Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo
- 4 Avdeling for mikrobiologi, Oslo universitetssykehus
- 5 Avdeling for smittevern, Oslo universitetssykehus
- 6 Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
- 7 Klinisk effektforskning, Universitetet i Oslo
- 8 Klinisk effektforskning, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
- 9 Medisinsk avdeling, Bærum sykehus

Clostridioides difficile-infeksjon

Denne kliniske oversikten omtaler epidemiologi, diagnostikk og behandling av *Clostridioides difficile*-infeksjon, en fryktet årsak til diaré etter antibiotikabruk. En tredjedel av tilfellene påvises utenfor sykehus, og hver fjerde pasient får tilbakefall til tross for tilsynelatende vellykket behandling. Norske og internasjonale retningslinjer har nylig endret sine anbefalinger om antibiotikavalg ved førstegangsinfeksjon. Leger både i og utenfor sykehus bør kjenne til risikofaktorer, diagnostikk og behandlingsprinsipper.

Clostridioides *difficile* (tidligere *Clostridium difficile*) er en grampositiv, anaerob og sporedannende bakterie (1). Patogen *C. difficile* produserer flere toksiner (toksin A, B og binært toksin). Toksinene affiserer hovedsakelig kolonepitelet og immunceller som fører til økt sekresjon, inflammasjon og vevsskade. *C. difficile*-infeksjon oppstår typisk etter inntak av antibiotika for en annen infeksjon og gir en mild til alvorlig kolitt hvor kardinalsymptomet er diaré (≥ 3 løse tømninger per dag) (2). I alvorlige tilfeller kan bakterien forårsake pseudomembranøs kolitt (1, 3).

Antibiotika er standardbehandling for *C. difficile*-infeksjon, og i Norge har førstevalget lenge vært metronidazol. Imidlertid har internasjonale retningslinjer og de norske retningslinjene for antibiotikabehandling i sykehus endret anbefalingene til andre og til dels nyere antibiotika som førstelinjebehandling: vankomycin og fidaksomicin (2, 4–6). I de norske retningslinjene for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten anbefales fortsatt metronidazol ved første infeksjonstilfelle, mens anbefalingen er endret til vankomycin ved første residiv (7).

Med bakgrunn i de endrede anbefalingene for behandling av en sykdom som er utbredt i helsevesenet, ønskervi med denne kliniske oversikten å beskrive epidemiologi, diagnostikk og behandling av infeksjoner

med *C. difficile*. Oversikten bygger på et usystematisk søk og et skjønnsmessig utvalg av litteratur basert på egen klinisk og forskningsrelatert erfaring i behandling av *C. difficile*-infeksjoner. Oversikten bygger også på en gjennomgang av behandlingsretningslinjer for å sammenlikne og belyse begrunnelsen for ulike anbefalinger i ulike land og regioner.

Epidemiologi

I 2019 ble *C. difficile*-infeksjon klassifisert som en gruppe A-sykdom i Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS), som betyr at alle tilfeller av sykdommen skal meldes inn sammen med direkte personidentifiserende opplysninger. I Norge rapporteres det årlig ca. 3 000 tilfeller, hvorav to tredjedeler oppstår i sykehus. Den resterende tredjedelen diagnostiseres hos fastleger (20–25 %) og i sykehjem (5–10 %) (8). Prevalensen av asymptomatiske bærere av patogen *C. difficile* i den generelle befolkningen er ukjent, mens prevalensen blant pasienter som legges inn på sykehus, spriker fra 0,7 % til 16 % (9).

Risikoen for *C. difficile*-infeksjon er høyest ved bruk av klindamycin, fluorokinoloner, karbapenemer og cefalosporiner (4).

Klinisk oversiktsartikkel

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

Andre viktige risikofaktorer for *C. difficile*-infeksjon er alder over 65 år, tidligere eller pågående sykehusinnleggelse, bruk av protonpumpehemmere samt komorbiditet, som immunsuppresjon eller inflammatorisk tarmsykdom (3, 4). I primærhelsetjenesten oppstår en tredjedel av tilfellene uten forutgående antibiotikabehandling (10). Vår erfaring er at *C. difficile*-infeksjon uten forutgående antibiotikabehandling er uvanlig hos sykehuspasienter, men det forekommer. Etter tilsynelatende vellykket behandling av førstegangsinfeksjon, opplever en fjerdedel av pasientene tilbakefall, og risikoen øker ytterligere om pasienten allerede har hatt ett tilbakefall (4, 11).

Det viktigste forebyggende tiltaket er restriktivt bruk av bredspektret antibiotika. Kontaktsmitteregime forebygger smittespredning i helseinstitusjoner og bør opprettholdes til pasienten utskrives. Ved langvarig sykehusopphold bør man konferere med smittevernansvarlig, eventuelt smittevernnavdelingen. Ved langtidsopphold i sykehjem bør en isolere pasienten frem til hen har fast avføring. Spritbasert hånddesinfeksjon dreper ikke bakteriesporer. Derfor er håndvask med såpe og vann anbefalt (3).

Diagnostikk

Diagnosen *C. difficile*-infeksjon forutsetter påvisning av bakterien i avføringen eller pseudomembraner (adherente, gulaktige plakk på kolonslimhinnen) ved endoskopi av tykktarmen. Diagnosen baseres i tillegg på en kombinasjon av anamnese og kliniske funn (12).

De vanligste symptomene er diaré, magesmerter, feber, kvalme og redusert matlyst. Ved klassisk presentasjon beskrives avføringen som vandig og illeluktende, men dette er kjennetegn med lav sensitivitet (13). Ved mer alvorlig sykdom kan pasienten utvikle alvorlige elektrolyttforstyrrelser, sirkulatorisk sjokk, ileus eller alvorlig kolitt (3). Enkelte kliniske og biokjemiske funn, som leukocytose, økt kreatinin og lavt albumin, indikerer et alvorlig sykdomsbilde (2, 3). Andre relevante blodprøver er hemoglobin, C-reaktivt protein og elektrolytter.

En diagnostisk avføringsprøve bør vurderes hos pasienter med tre eller flere tarmtømminger med løs avføring i løpet av 24 timer uten kjent utløsende årsak (4). Det gjelder særlig de som har hatt sykehusinnleggelse eller antibiotikakur i løpet av de siste tre månedene (3, 14). Testing av barn er ikke anbefalt, da opptil 60 % er friske bærere (4, 12). Det er heller ikke anbefalt å reteste voksne etter behandling, da bakterien og dens potensial til å produsere toksiner kan være til stede i avføring i mange uker etter klinisk vellykket behandling (15).

Avføringsprøven bør inneholde 5 ml (1–2 skjeer) feces og sendes i en steril beholder uten tilsetninger. I Norge analyseres avføringsprøven enten med en PCR-basert nukleinsyre-amplifikasjonstest alene, eller en kombinert test for glutamatdehydrogenase og toksin A/B (immunologisk analyse av enzym), som så etterfølges av en nukleinsyre-amplifikasjonstest. Nukleinsyre-amplifikasjonstest detekterer toksingenet, men sier ikke noe om toksinproduksjon. Glutamatdehydrogenase er et enzym som finnes i alle *C. difficile*, uavhengig av om bakterien er sykdomsfremkallende. Derav har de to testene høy sensitivitet for å detektere *C. difficile*, men lav spesifisitet; de sier ikke noe om bakterien er patogen (12). Det er derfor viktig å overholde de kliniske kriteriene for testing. Ved positiv test sendes prøven rutinemessig til dyrkning for ribotyping som en del av utbruddsovervåkingen.

Ramme 1

Anbefalt behandling ved *C. difficile*-infeksjon (2–7, 12, 17, 18)

Førstegangsinfeksjon

Primærhelsetjenesten

- Førstelinjebehandling:
Metronidazol peroralt 500 mg × 3 i 10 dager

Sykehus

- Førstelinjebehandling:
Vankomycin peroralt 125 mg × 4 i 10 dager
- Andrevalg: Fidaksomicin peroralt
200 mg × 2 i 10 dager (ved høy residivrisiko)

Alvorlig eller fulminant infeksjon

Sykehus

- Vankomycin peroralt 500 mg × 4 og metronidazol intravenøst 500 mg × 3 i 10 dager^{1,2}
- Vurdere kirurgi

Refraktær eller tilbakevendende infeksjon

Sykehus eller primærhelsetjenesten

- Vankomycin peroralt 125 mg × 4 i 10 dager eller
- Fidaksomicin peroralt 200 mg × 2 i 10 dager (ved høy residivrisiko)

≥ 2 tilbakefall

Sykehus

- Vurder fekal mikrobiotatransplantasjon

¹ Vankomycin kan gis via nasogastrisk sonde eller klyster hvis pasienten er for syk til å innta medikamentet peroralt.
² Anbefalingen er svak og basert på et begrenset kunnskapsgrunnlag.

Behandling

Førstegangsinfeksjoner

Ved alle tilfeller av *C. difficile*-infeksjon bør man seponere pågående antibiotikabehandling, protonpumpehemmere og andre legemidler med gastrointestinal påvirkning (for eksempel laksantia), med mindre det er sterk indikasjon for legemidlene (3, 5). Antimotilitetsmidler, som loperamid, er ikke anbefalt (5). Ved mild sykdom er det ikke alltid nødvendig å starte antibiotikabehandling, og man kan se an symptomene i inntil 48 timer (svakt kunnskapsgrunnlag) (2, 16). Grunnet høyere risiko for terapivikt og residiv, anbefaler ikke lenger internasjonale retningslinjer metronidazol i behandling av *C. difficile*-infeksjon (2, 5, 17). De norske retningslinjene for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten anbefaler fortsatt metronidazol, såfremt pasienten ikke har økt risiko for residiv eller utvikling av alvorlig kolitt (7). Ved rask symptomforverring eller hos pasienter med økt risiko for alvorlig sykdom, bør pasienten legges inn på sykehus (5).

Anbefalt førstelinjebehandling til sykehuspasienter med *C. difficile*-infeksjon i Norge er vankomycin peroralt i 10 dager (ramme 1). Mange av pasientene er hypovoleme med moderate eller alvorlige elektrolyttforstyrrelser, og trenger væske- og elektrolyttsubstitusjon i tillegg til antibiotikabehandling. Internasjonale retningslinjer →

foreslår også fidaksomicin peroralt, men det er ulike anbefalinger om hvorvidt vankomycin eller fidaksomicin bør være førstevalg, begrunnet i ulik vekting av medikamentenes pris og besparelser ved å unngå residiv (2, 4, 5, 17). Kurasjonsraten for medikamentene er relativt lik: 87 % for fidaksomicin og 84 % for vankomycin, men det er færre tilbakefall med fidaksomicin (16 %) sammenlignet med vankomycin (26 %) (2, 18). Derimot er en behandling med fidaksomicin nesten åtte ganger dyrere enn vankomycin (Felleskatalogen per februar 2024). Det er likevel uklart hva som er mest kostnadseffektivt (2, 5, 17).

Alvorlig *C. difficile*-infeksjon

Ved svært alvorlig *C. difficile*-sykdom må kirurgisk intervensjon vurderes, f.eks. kolektomi (5). I flere retningslinjer anbefales høydose vankomycin peroralt (f.eks. 500 mg $\times$ 4) (svakt kunnskapsgrunnlag (5, 17)), mens andre fraråder det (2). Metronidazol kan gis intravenøst i tillegg til vankomycin peroralt (4, 5). Behandling med det monoklonale antistoffet bezlotoksumab, som gis intravenøst og virker mot bakteriens toksin B, er vist å redusere risikoen for tilbakefall etter behandling med vankomycin peroralt (5, 17). Ifølge eksisterende internasjonale retningslinjer kan medikamentet vurderes som tilleggsbehandling, men legemiddelet ble trukket tilbake av leverandøren i januar 2025 og er derfor ikke lenger tilgjengelig (2, 17).

Refraktær og tilbakevendende infeksjon

I klinisk praksis kan det være vanskelig å avgjøre om en pasient med vedvarende symptomer har en behandlingsresistent (refraktær), tilbakevendende eller ny infeksjon (5). Helsedirektoratet og de fleste internasjonale retningslinjer skiller ikke mellom refraktær og tilbakevendende infeksjon i sine behandlingsanbefalinger. Ettersom ingen randomiserte kliniske studier har sammenliknet vankomycin med fidaksomicin ved første tilbakefall av *C. difficile*-infeksjon, anses de to behandlingene som likeverdige (5). Samtidig anbefales fidaksomicin dersom vankomycin ble gitt ved forrige episode, og ved høy risiko for residiv (2). Risikofaktorene tilsvarer de samme som ved førstegangsinfeksjon.

Ved flere tilbakefall foreslår retningslinjene ulike doseringsregimer med vankomycin (pulserende eller nedtrappende dose), men det er et svakt kunnskapsgrunnlag for disse anbefalingene (2, 3, 17). Det er imidlertid et sterkt kunnskapsgrunnlag for å velge fekal mikrobiotatransplantasjon som behandling ved to eller flere tilbakefall med *C. difficile*-infeksjon (17). Fekal mikrobiotatransplantasjon innebærer å overføre mer eller mindre ubehandlet avføring fra en frisk donor til en pasient. Det er nylig gjennomført en randomisert studie som tyder på at fekal mikrobiotatransplantasjon også er effektivt ved førstegangsinfeksjon med *C. difficile* (19).

Konklusjon

Kardinalsymptomet ved *C. difficile*-infeksjon er diaré, som typisk oppstår etter antibiotikabehandling for en annen infeksjon. Pasientene får ofte tilbakefall, og sykdommen fører dermed til betydelig sykkelighet. Ved mild *C. difficile*-infeksjon er sykdommen ofte selvbegrensende etter seponering av utløsende antibiotika, mens antibiotikabehandling anbefales til pasienter med moderat sykdom eller behov for sykehusinnleggelse. Anbefalt førstelinjebehandling i sykehus er endret fra metronidazol til vankomycin peroralt. Høy pris gjør at fidaksomicin bør reserveres til pasienter med høy risiko for tilbakefall. Ved gjentatte tilbakefall av *C. difficile*-infeksjon bør det være lav terskel for å gi fekal mikrobiotatransplantasjon. ■

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 23.4.2024, første revisjon innsendt 26.8.2024, godkjent 13.3.2025.

Mari Ims Skåland

m.i.skaland@studmed.uio.no

Mari Ims Skåland er medisinstudent.

Forfatterbidrag: idé, utforming/design, datainnsamling, analyse og tolking av data, litteratursøk, utarbeiding av førsteutkast på manuskriptet, manusbearbeiding og godkjenning av innsendte manusversjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kristian Tonby

Kristian Tonby er spesialist i infeksjonsmedisin, overlege og førsteamanuensis. Forfatterbidrag: idé, utforming/design, manusbearbeiding og godkjenning av innsendte manusversjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er involvert i kliniske studier på bruk av tarmflorabehandling, blant annet ved primær *C. difficile*-infeksjon.

André Ingebretsen

André Ingebretsen er molekylærbiolog. Forfatterbidrag: innspill til manus, manusbearbeiding og godkjenning av innsendte manusversjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Karianne Wiger Gammelsrud

Karianne Wiger Gammelsrud er spesialist i medisinsk mikrobiologi, overlege og førsteamanuensis. Forfatterbidrag: innspill til manus, manusbearbeiding og godkjenning av innsendte manusversjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kjetil Kjeldstad Garborg

Kjetil Kjeldstad Garborg er spesialist i fordøyelsessykdommer og overlege. Forfatterbidrag: idé, utforming/design, datainnsamling, analyse og tolking av data, litteratursøk, manusbearbeiding og godkjenning av innsendte manusversjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Frederik Emil Juul

Frederik Emil Juul er postdoktor og lege i spesialisering. Forfatterbidrag: idé, utforming/design, datainnsamling, analyse av data, tolking av data, litteratursøk, manusbearbeiding og godkjenning av innsendte manusversjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er involvert i kliniske studier på bruk av tarmflorabehandling, blant annet ved primær *C. difficile*-infeksjon, og han har holdt foredrag om bruk av tarmflorabehandling ved blant annet *C. difficile*-infeksjon på Vestre Viken Gastroforum, organisert av Tillots, i mai 2024.

Litteratur

- 1 Chandrasekaran R, Lacy DB. The role of toxins in Clostridium difficile infection. FEMS Microbiol Rev 2017; 41: 723–50.
- 2 van Preen J, Reigadas E, Vogelzang EH et al. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases: 2021 update on the treatment guidance document for Clostridioides difficile infection in adults. Clin Microbiol Infect 2021; 27: S1–21.
- 3 Tonby K, Holten AR, Juul FE et al. Metodebok Infeksjonsmedisin (OUS). Clostridioides (Clostridium) difficile infeksjon. Lest 18.3.2024.
- 4 McDonald LC, Gerding DN, Johnson S et al. Clinical Practice Guidelines for Clostridium difficile Infection in Adults and Children: 2017 Update by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA). Clin Infect Dis 2018; 66: 987–94.
- 5 NICE. Clostridioides difficile infection: antimicrobial prescribing. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2021.
- 6 Helsedirektoratet. Antibiotika i sykehus: Clostridioides difficile infeksjon. Lest 13.8.2024.
- 7 Helsedirektoratet. Antibiotika i primærhelsetjenesten: Antibiotikaassosiert diaré. Lest 1.4.2024.
- 8 Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS). Lest 29.1.2024.

- 9 Curry SR, Hecker MT, O'Hagan J et al. Natural History of Clostridioides difficile Colonization and Infection Following New Acquisition of Carriage in Healthcare Settings: A Prospective Cohort Study. Clin Infect Dis 2023; 77: 77–83.
- 10 Chitnis AS, Holzbauer SM, Belflower RM et al. Epidemiology of community-associated Clostridium difficile infection, 2009 through 2011. JAMA Intern Med 2013; 173: 1359–67.
- 11 Magee G, Strauss ME, Thomas SM et al. Impact of Clostridium difficile-associated diarrhea on acute care length of stay, hospital costs, and readmission: A multicenter retrospective study of inpatients, 2009–2011. Am J Infect Control 2015; 43: 1148–53.
- 12 Crobach MJ, Planché T, Eckert C et al. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases: update of the diagnostic guidance document for Clostridium difficile infection. Clin Microbiol Infect 2016; 22: S63–81.
- 13 Burdette SD, Bernstein JM. Does the nose know? The odiferous diagnosis of Clostridium difficile-associated diarrhea. Clin Infect Dis 2007; 44: 1142.
- 14 Eyre DW, Walker AS, Wyllie D et al. Predictors of first recurrence of Clostridium difficile infection: implications for initial management. Clin Infect Dis 2012; 55: S77–87.
- 15 Sethi AK, Al-Nassir WN, Nerandzic MM et al. Persistence of skin contamination and environmental shedding of Clostridium difficile during and after treatment of C. difficile infection. Infect Control Hosp Epidemiol 2010; 31: 21–7.
- 16 Nelson RL, Suda KJ, Evans CT. Antibiotic treatment for Clostridium difficile-associated diarrhoea in adults. Cochrane Database Syst Rev 2017; 3: CD004610.
- 17 Johnson S, Lavergne V, Skinner AM et al. Clinical Practice Guideline by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA): 2021 Focused Update Guidelines on Management of Clostridioides difficile Infection in Adults. Clin Infect Dis 2021; 73: 755–7.
- 18 Zhao Z, Wu Y, Geng X et al. Efficacy of fidaxomicin versus vancomycin in the treatment of Clostridium difficile infection: A systematic meta-analysis. Medicine (Baltimore) 2024; 103: e39213.
- 19 Juul FE, Bretthauer M, Johnsen PH et al. Fecal Microbiota Transplantation Versus Vancomycin for Primary Clostridioides difficile Infection: A Randomized Controlled Trial. Annals of Internal Medicine. Antatt for publisering 2025.

Annonse

otinova®

Otinova® ørespray – mot øregangsbetennelse

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

Selges på
alle apotek



Slik gjør du

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

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

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



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

Nora Helene Wytrykowski Christensen^{1,2}

n.h.w.christensen@medisin.uio.no

Lars Lohne Eftang³

Marte Leland-Try⁴

1 Gastroenterologisk kirurgi, Akershus universitetssykehus

2 Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

3 Gastrokirurgisk avdeling, Akershus universitetssykehus

4 Radiologisk avdeling, Akershus Universitetssykehus

Capnomediastinum etter total ekstraperitoneal brokkplastikk

En mann i 40-årene opplevde synkope, økte smerter og noe høyere puls enn vanlig dagen etter en total ekstraperitoneal brokkplastikk. CT-undersøkelse viste subkutan gass, samt gass i mediastinum ved hjertet og store kar, intraperitonealt og retroperitonealt.

En slank og frisk mann i 40-årene gjennomgikk en venstresidig total ekstraperitoneal brokkplastikk for et lyskebrokk ved dagkirurgisk enhet. Inngrepet ble utført i narkose og med larynksmaske. Standard åpning av venstre rektuslosje infraumbilikalt for plassering av kameraporten, og videre innføring av de to arbeidsportene i midtlinjen, var ukomplisert. Laparoskopien ble utført med et standard CO₂-inflasjonstrykk på 12 mm Hg. Preperitonealt rom ble utviklet ved disseksjon. Et lateralt brokk ble funnet og enkelt reponert før nettanleggelse. Inngrepet varte i 30 minutter og var, sammen med anestesi og oppvåkning, ukomplisert. Det ble ikke påvist subkutan emfysem.

Etter postoperativ observasjon reiste pasienten hjem i velbefinnende. Hjemme opplevde han å være svimmel og sliten. De postoperative smertene var som forventet.

Dagen etter besvimte pasienten hjemme, men våknet av seg selv etter få sekunder. Han kontaktet akuttmtaket for å få en vurdering. På venterommet opplevde han en ny besvimelseepisode, igjen med varighet av noen sekunder, og han ble da tatt raskt imot av kirurgisk team.

Ved undersøkelse var luftveiene åpne og respirasjonen ubesværet med en O₂-metning på 97 % på romluft og forhøyet respirasjonsfrekvens på 20 per minutt (referanseområde 12–16 per minutt). Puls var regelmessig, mellom 60–70 per minutt. Blodtrykket var 112/68, og temperaturen var på 38,1 °C. Han var nå våken, klar og orientert.

Ved undersøkelse av buken var den hoven over venstre lyske og palpasjonsømt i nedre del, inklusive skrotum.

Dette er som forventet etter gjennomgått kirurgi. Ellers var buken bløt og uømt. Palpasjon av trunkus ga mistanke om subkutan emfysem.

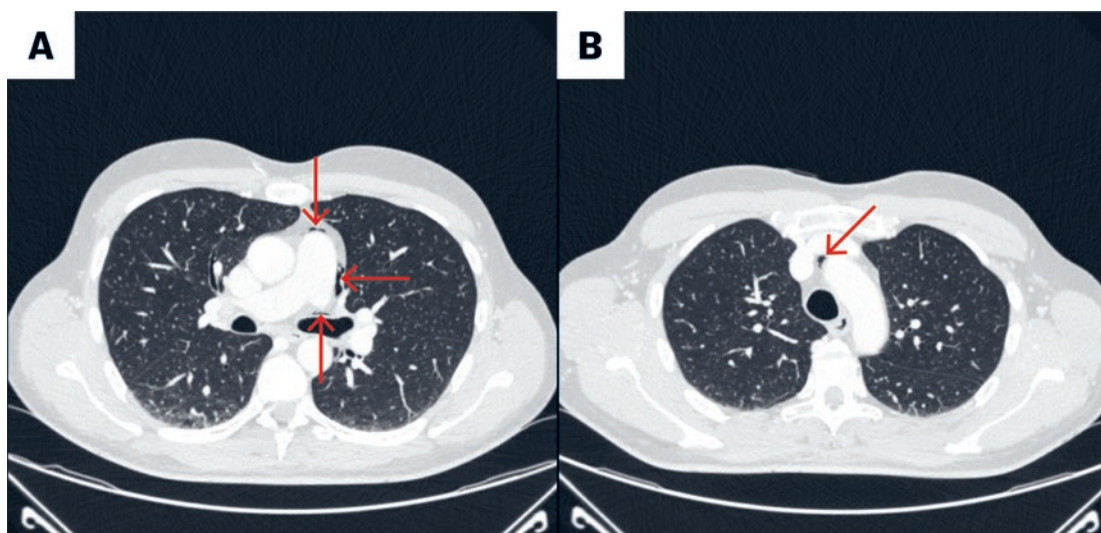
Blodprøver viste leukocytose på 18,2 (3,5–8,8 × 10⁹/L), normal CRP og normal hemoglobin. For å utelukke hjerteinfarkt ble det tatt Troponin T, som var normal. D-dimer ble ikke tatt. EKG var upåfallende. Venøs blodgass viste normal laktat, 2,1 (< 2,5 mmol/L).

CT av toraks og abdomen/bekken ble tatt rett etter innkomst for å se etter postoperative komplikasjoner. Den viste gass subkutan, mellom fascielagene i bukveggen, i mediastinum, intraperitonealt ved lever samt retroperitonealt (figur 1a og b og figur 2). Det var ingen synlig gass i pleura, og det var ingen tegn til blødning.

På grunn av den spredte gassen og inngrepets art, var iatrogen tarmskade den fremste tentative radiologiske diagnosen. CT-bildene ble sett på av vakthavende radiolog sammen med vakthavende gastrokirurg. Pasientens symptomer var synkope og lett respirasjonspåvirkning, men ingen magesmerter. Buken var bløt uten peritonisme. Til tross for lett feber og leukocytose, var den kliniske vurderingen at tarmskade var mindre sannsynlig. Vi mistenkte derimot at CO₂-gassen fra laparoskopien hadde vandret, og at symptomene var forårsaket av capnomediastinum.

Pasienten lå til observasjon over natten med oksygen på neseekateter, uten at det oppsto flere synkoper. Han reiste hjem i god allmenntilstand, med O₂-metning på 98 %, og stabilt blodtrykk og puls. Det var ikke oppvekst i blodkultur. —→

Figur 1 CT toraks med intravenøs kontrast i lungevindu viste gass i mediastinum (a) foran venstre hovedbronkus og mot truncus pulmonalis foran og til venstre (piler) og (b) mellom aorta ascendens og venstre vena brachiocephalica (pil).



Figur 2 CT abdomen (sagittal reformatering) med intravenøs kontrast i lungevindu viste postoperative forandringer i venstre lyske, med preperitoneal gass. Det er gass mellom fascielag i fremre bukvegg (midtre pil) og retroperitonealt (nedre pil). Det er gass intraperitonealt ventralt for lever (øvre pil), i mesenteriet og i leverhilus.

Diskusjon

Operasjon for lyskebrokk er et vanlig dagkirurgisk inngrep i Norge. Ifølge tall fra Helsenorge ble 446 pasienter operert på Akershus universitetssykehus i 2023 (1), og majoriteten av disse ble utført med total ekstraperitoneal teknikk. Tall fra 2012 viser at 40 % av inngrepene i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge ble utført laparoskopisk (2). Dette gjenspeiles i læringsmål for spesialiteten gastroenterologisk kirurgi, hvor det nå anbefales å beherske både åpen og preperitoneal teknikk (3).

Symptombgivende capnomediastinum eller capnotoraks, altså pneumomediastinum eller pneumotoraks som skyldes CO₂ i forbindelse med total ekstraperitoneal brokkplastikk, er ikke ukjent. Vi finner ikke aktuell prevalens i litteraturen, da det kun er publisert 16 kasuistikker, presentert i en oversiktsartikkel i 2021 (4). En gjennomgang av 175 artikler om subkutant emfysem etter laparoskopi, publisert i 2014, viste at 77 % hadde ikke-palpabelt subkutant emfysem og 20 % hadde gass i mediastinum (5).

Pasientens perspektiv

Først og fremst tenkte jeg på blødning som komplikasjon da jeg plutselig fikk smerter og hevelse i buken, samt svimmelhet. Derfor dro jeg til sykehuset så fort som mulig.

Litteraturen viser til flere tenkelige måter CO₂ kan vandre fra det preperitoneale rommet til toraks, for eksempel via en liten rift i peritoneum, og videre gjennom medfødte eller ervervede åpninger i diafragma, eller retroperitonealt, preperitonealt eller langs fascieplan. Ofte er palpabelt subkutant emfysem til stede (4–7), slik som mistenkt hos vår pasient.

Lang preperitoneal insufflasjonstid med høyt insuffleringstrykk (4–7) har vært foreslått som en mulig årsak til gassvandringen. Det er likevel viktig å utelukke andre årsaker til slike funn, som komplikasjoner ved intubasjon eller ruptur av lungebullae. Det var ingen slike mistanker hos vår pasient, med kun 30 minutters operasjonstid, en ukomplisert narkose og ingen uttalt hoste intra- eller postoperativt.

Gass i mediastinum er stort sett mindre alvorlig og selvbegrensende, men kan gi symptomer som smerter og respirasjonspåvirkning slik vår pasient hadde ved ankomst. Det er usikkert hvorfor han reagerte med synkope, men en vasovagal reaksjon på gassen rundt hjertet er en plausibel hypotese. CO₂-ansamling i vevet er også assosiert med hyperkarbi (6), som i tillegg til påvirkning av hjerte og lunger, kan gi svimmelhet og synkope.

Gass i pleurahulen kan bli livstruende dersom det oppstår et overtrykk. Symptomene kan være alvorlig tungpust, brystsmerter samt reduserte respirasjonslyder og saturasjon (4). Kliniske og radiologiske funn pekte ikke på dette hos vår pasient. Ved overtrykksymptomer vil man alltid måtte vurdere avlastende behandling med drenering.

Observasjonsstudier viser at CO₂ brukt ved laparoskopi absorberes hos 81 % av pasientene innen 72 timer og elimineres via vanlig ventilasjon (8). Litteraturen viser også at tilstander som capnomediastinum og capnotoraks oftest løser seg med observasjon, smertestillende og oksygenbehandling (4, 6, 7).

Sannsynligvis er ikke alle pasienter med capnotoraks eller capnomediastinum symptomatiske. På grunn av den relativt korte reabsorpsjonstiden for CO₂-gass, kan det tenkes at mindre, asymptomatiske gassansamlinger ikke oppdages. Det er uansett viktig at de involverte spesialiteter har kjennskap til at dette kan forekomme.

Ved uttalt subkutant emfysem intra- eller postoperativt etter total ekstraperitoneal brokkplastikk, og ved funn av kardiovaskulære symptomer eller respirasjonspåvirkning, bør man derfor mistenke denne typen komplikasjoner. Man bør fortrinnsvis søke en radiologisk avklaring og være klar for eventuell intervensjon. ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 30.9.2024, første revisjon innsendt 4.1.2025, godkjent 24.2.2025.

Nora Helene Wytrykowski Christensen

n.h.w.christensen@medisin.uio.no

Nora Helene Wytrykowski Christensen er overlege, gastrokirurg og ph.d.-stipendiat. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Lars Lohne Eftang

Lars Lohne Eftang er ph.d., overlege og gastrokirurg. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Marte Leland-Try

Marte Leland-Try er overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Helsenorge. Ventetider for lyske- og lårbrokk operasjon, voksne. Lest 31.1.2025.
- 2 Husby A. Behandling av lyskebrokk i Norge: Utvikling og finansiering. Masteroppgave. Oslo: Institutt for helse og samfunn, Helseledelse og helseøkonomi, 2013. Lest 24.2.2025.
- 3 Helsedirektoratet. Kliniske læringsmål for gastroenterologisk kirurgi. Lest 2.1.2025.
- 4 Koliakos N, Papaconstantinou D, Tzortzis AS et al. Pneumothorax as a rare complication during laparoscopic total extra-peritoneal inguinal hernia repair: A case report and review of the literature. *J Minim Access Surg* 2021; 17: 385–8.
- 5 Ott DE. Subcutaneous emphysema—beyond the pneumoperitoneum. *JSLs* 2014; 18: 1–7.
- 6 Teng TY, Lau CC. Unusual cause of pneumomediastinum in a laparoscopic extraperitoneal inguinal hernia repair. *J Surg Case Rep* 2014; 2014: rju106.
- 7 Bartelmaos T, Blanc R, De Claviere G et al. Delayed pneumomediastinum and pneumothorax complicating laparoscopic extraperitoneal inguinal hernia repair. *J Clin Anesth* 2005; 17: 209–12.
- 8 Draper K, Jefson R, Jongeward R Jr et al. Duration of post-laparoscopic pneumoperitoneum. *Surg Endosc* 1997; 11: 809–11.

**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 

Seksuell smitte

Betegnelsen på infeksjoner som kan overføres ved seksuell kontakt, har endret seg gjennom tidene.

På 1800-tallet var syfilis og gonoré relativt vanlige sykdommer i Norge (1). De ble gjerne omtalt som veneriske sykdommer, en eufemisme med utspring i latin: *venerius*, avledet av navnet Venus, den romersk kjærlighetsgudinnen (2).

Syfilis manifesterer seg som regel først med et sår, oftest i genitalområdet, og etter hvert med et palmoplan-tart eller generalisert utslett (3, 4). Dette var bakgrunnen for å samle hud- og veneriske sykdommer i én spesialitet, noe som i Norge skjedde i 1918 (5). Spesialiteten fikk sitt nåværende navn, hud- og veneriske sykdommer, først i 1965 (5) og omtales i andre land ofte som dermatologi og venerologi.

Venerisk sykdom og kjønnssykdom

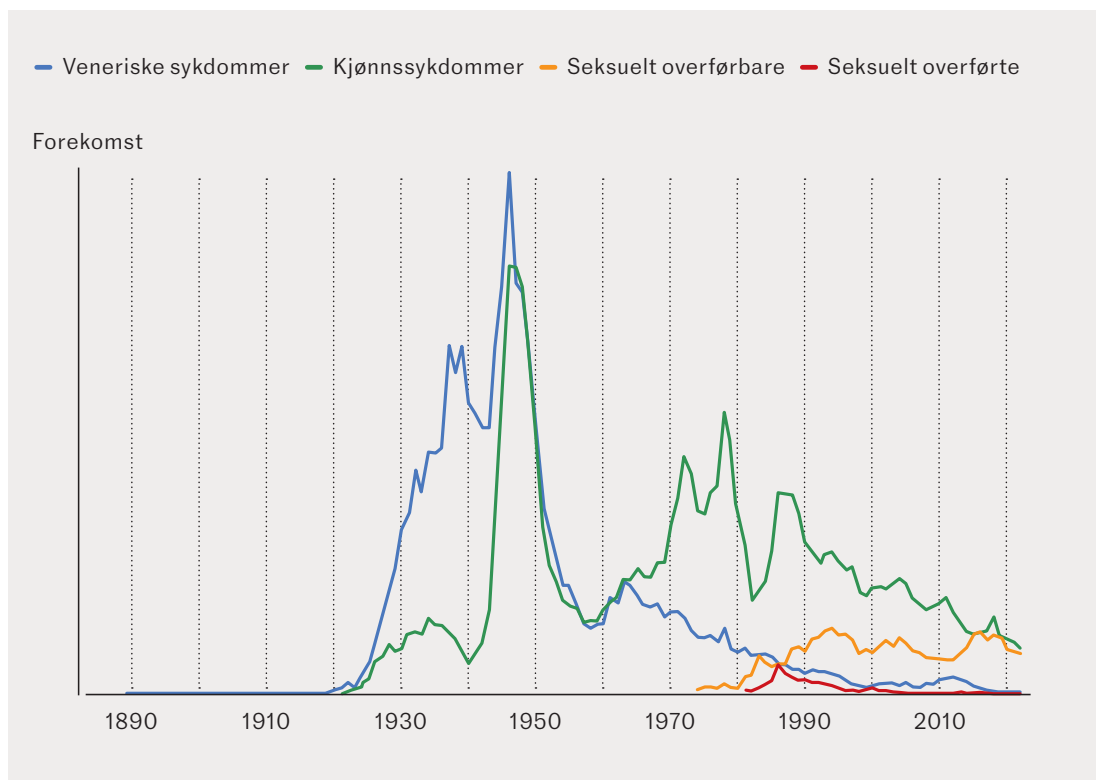
Sunnhetsloven av 1860 (6) fikk store følger for smittesporing og behandling av personer med veneriske sykdommer (1). Politiet var sterkt involvert i kontrollen av disse sykdommene på slutten av 1800-tallet, mens legene overtok mer av ansvaret ut over 1900-tallet.

I 1947 kom Lov om åtgjerder mot kjønnssykdommer, som omfattet fem sykdommer: «syfilis, gonoré (dryppert), ulcus molle (bløt sjanker), lymfogranuloma inguinale (lymfopathia venerum) og granuloma venereum» (7). I 1995 kom så Lov om vern mot smittsomme sykdommer, der verken veneriske sykdommer eller kjønnssykdommer nevnes eksplisitt (8).

Sykdom og infeksjon, overført og overførbart

I dag bruker fagmiljøene uttrykkene *seksuelt overførte* og særlig *seksuelt overførbare infeksjoner* om sykdommer som smitter eller kan smitte ved seksuell kontakt (1, 3, 4). Mange av disse infeksjonene kan være asymptomatiske, og det kan derfor være misvisende å snakke om sykdom. På engelsk har likevel *sexually transmitted diseases* vært foretrukket MeSH-term siden 1987 (9), mens Verdens helseorganisasjon (WHO) ser ut til å foretrekke *sexually transmitted infections (STIs)* (10).

Definisjonsmessig er en infeksjon (eller sykdom) seksuelt overført hvis smitteveien var seksuell aktivitet, slik det vanligvis er ved klamydia, gonoré



Figur 1 Trendlinjer for forekomsten av uttrykkene veneriske sykdommer, kjønnssykdommer, seksuelt overførbare og seksuelt overførte i norske aviser (12).

og mykoplasma. Som seksuelt overførbare infeksjoner regnes også infeksjoner der agens oftest har andre smitteveier enn seksuell aktivitet, slik som skabb og hepatitt A. Både hepatitt A og shigellose smitter vanligvis gjennom forurenset mat eller vann, men kan også overføres ved oral-anal seksuell kontakt, såkalt anilingus (11) eller rimming (4).

Hva med allmennspråket?

Et søk i Nasjonalbibliotekets database viser at forekomsten av uttrykkene *veneriske sykdommer* og *kjønns sykdommer* i norske aviser var svært høyt omkring andre verdenskrig (figur 1) (12). Dette skyldtes både økt insidens, smittesporing og oppmerksomhet (1). Etter 2000 finnes det få eksempler på bruk av uttrykket *veneriske sykdommer* i norske aviser. Uttrykkene *veneriske sykdommer* og *venerologi* henger likevel igjen i navnet på spesialiteten.

Uttrykket *kjønns sykdommer*, derimot, ser ut til å leve i beste velgående i allmennspråket. Store medisinske leksikon har en omfattende beskrivelse av *kjønns sykdommer*, der hele 13 slike sykdommer blir omtalt nærmere (13). I tillegg til de fem sykdommene som ble nevnt i loven fra 1947, gjelder dette klamydia, genital herpes, kjønnsvorter, hivinfeksjon, hepatitt B, genital mykoplasma, m-kopper og flatlus.

Forekomsten av uttrykket *kjønns sykdommer* i norske aviser er synkende, men det holder fortsatt stand mot *seksuelt overførbare* og *seksuelt overførte* (underforstått infeksjoner eller sykdommer) (figur 1) (12).

Vær varsom med forkortelsene

Historien viser oss at uttrykkene *veneriske sykdommer* og *kjønns sykdommer* er utviklingstrinn på vei mot dagens foretrukne fagterm: *seksuelt overførbare infeksjoner*. Men få pasienter vil misforstå hvis legen spør om de har hatt en *kjønns sykdom*.

Forkortelsene SOI/SOS og STIs/STD bør unngås. De står for henholdsvis *seksuelt overførte* og *overførbare infeksjoner/sykdommer* og *sexually transmitted infections/diseases*. Få kjenner disse forkortelsene. De kan derfor virke ekskluderende, tilsløre hva det dreier seg om og skape misforståelser og unødvendig avstand (14). ■

Mottatt 24.2.2025, godkjent 25.2.2025.

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@medisin.uio.no

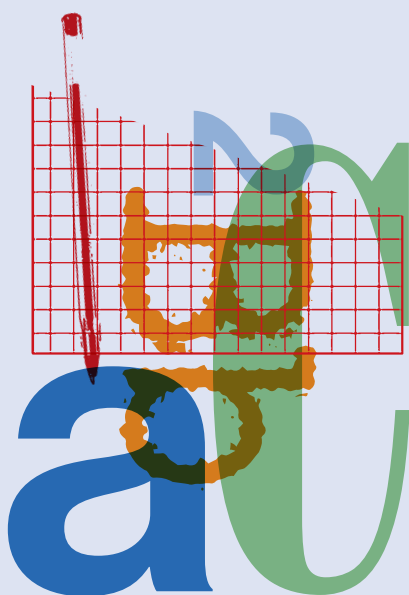
Petter Gjersvik er professor emeritus i hudsykdommer ved Universitetet i Oslo, medisinsk redaktør i Tidsskriftet og medlem av Gruppe for norsk medisinsk fagspråk.

Anne Olaus Olsen

Anne Olaus Olsen er dr.med., spesialist i hud- og veneriske sykdommer og i samfunnsmedisin og overlege ved Folkehelseinstituttet.

Litteratur

- 1 Haugstvedt Å, Lie AK. Smittesporing ved seksuelt overførbare infeksjoner i Norge gjennom 120 år. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.21.0875.
- 2 Det Norske Akademis ordbok. Venerisk. Lest 22.2.2025.
- 3 Moi H, Maltau JM. Seksuelt overførbare infeksjoner og genitale hudsykdommer. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, 2008.
- 4 Folkehelseinstituttet. Smittevernhandboka (tidligere smittevernveilederen). Lest 22.2.2025.
- 5 Skoglund E. Spesialistutdanningens historie. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1124–7.
- 6 Sosialdepartementet. Lov om Sundheds-commissioner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme Sygdomme. Lest 22.2.2025.
- 7 Sosialdepartementet. Lov om åtgjerder mot kjønns sykdommer. Lest 22.2.2025.
- 8 Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om vern mot smittsomme sykdommer [smittevernloven]. Lest 22.5.2025.
- 9 National center for biotechnology information. Sexually Transmitted Diseases. Lest 23.2.2025.
- 10 World health organization. Sexually transmitted infections (STIs). Lest 23.2.2025.
- 11 Svendsen K-OB. Anilingus. Store medisinske leksikon. Lest 23.5.2025.
- 12 Nasjonalbiblioteket. Nasjonalbibliotekets database. Lest 10.2.2025.
- 13 Thune TJ. Kjønns sykdommer. Store medisinske leksikon. Lest 22.2.2025.
- 14 Gjersvik P. Forkortelser skaper avstand. Tidsskr Nor Legeforen 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.21.0636.



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 fagfelleverderes og blir indeksert i PubMed.

Finn mer informasjon og forfatterveiledning på tidsskriftet.no.

Tidsskriftet

Samhold, læring og danning i medisinstudiets første år

Ved NTNU har vi etablert en faggruppe for klinisk anatomi som arbeider for å styrke læringsmiljøet og fellesskapet blant medisinstudentene på første studieår.

Arbeidet vårt bygger på en helhetlig forståelse av læring – hvor faglig utvikling, emosjonell trygghet og profesjonell danning henger tett sammen. Dette er i tråd med NOKUTs evaluering av profesjonsutdanningen i medisin (1), som understreker betydningen av tilhørighet, systematisk veiledning og særlig behovet for formative vurderinger i hele studieløpet.

Førsteårsstudentenes skriftlige refleksjoner rundt spørsmålet «Hvordan har det gått med deg?» i forbindelse med en forelesning i anatomi, gir et ærlig og verdifullt innblikk i hvordan denne tidlige fasen av studiet oppleves. En tematisk analyse viser at mange kjenner på overveldelse, usikkerhet og tidspress – men samtidig uttrykker de sterkt engasjement og motivasjon, særlig i møte med praktisk læring og faglig fellesskap. Praktiske erfaringer – som disseksjon og arbeid med kropp – oppleves som meningsfulle, og er med på å forankre kunnskapen i virkelighet og profesjonsidentitet.

Praksisfellesskap

Klinisk anatomi ved NTNU er bygget rundt et sterkt praksisfellesskap, der eldre medisinstudenter fra ulike kull fungerer som veiledere for førsteårsstudentene. Mange veileder gjennom flere år og bidrar til kontinuitet, rollemodeller og en lavterskelkultur for støtte og læring. Studentene fremhever dette fellesskapet som avgjørende for trygghet og mestring i møte med et krevende fagfelt.

Undervisningen er gruppebasert, aktiv og refleksjonsdrevet. Vi legger vekt på formative vurderinger – som gir studentene tilbakemelding, hjelper dem å utvikle egen faglig forståelse og styrker evnen til å håndtere usikkerhet (2, 3). Denne tilnærmingen svarer direkte på NOKUTs anbefaling om å innpasse flere formative vurderingsformer tidlig i studieløpet og gjør det mulig for studentene å lære gjennom å feile, prøve og forbedre seg underveis.

Veien videre

Basert på NOKUT-rapporten, studentenes innspill og de utfordringene de beskriver, planlegger vi videre tiltak som skal styrke læringsmiljøet ytterligere.

Vi mener at første studieår er en avgjørende fase for dannelse og utvikling, både faglig og personlig. Det er her fundamentet legges – og det er her studentene skal oppleve mestring, fellesskap og mening. Når vi møter dem med strukturer, støtte og et helhetlig syn på læring, skaper vi ikke bare gode studenter – vi former fremtidige leger med trygghet, empati og dømmekraft.

Vi håper våre erfaringer og videre planer kan inspirere andre fagmiljøer til å løfte frem første studieår som en kritisk fase for profesjonell utvikling – og at praksisfellesskap, emosjonell støtte, formative vurderinger og rom for danning blir en selvsagt del av profesjonsutdanningen i tråd med NOKUTs anbefalinger. ■

I arbeidet med å analysere studentenes refleksjonstekster har vi brukt KI-verktøyet Julius.ai som støtte i tematisk analyse. Dette debattinnlegget er videre utviklet i samspill med ChatGPT og deretter bearbeidet og kvalitetssikret av faggruppen. Bruken av KI har fungert som et verktøy for å strukturere innsikt og språk, mens innholdet bygger på reelle studentopplevelser og vår pedagogiske praksis.

Mottatt 11.4.2025, første revisjon innsendt 5.5.2025, godkjent 8.5.2025.

Michel van Schaardenburgh

michel.van.schaardenburgh@ntnu.no

Michel van Schaardenburgh er spesialist i allmennmedisin, gruppeleder ved Gruppe for klinisk anatomi, og førsteamanuensis i anatomi ved Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Alina Desiree Sandø

Alina Desiree Sandø er spesialist i gastrokirurgi og førsteamanuensis i anatomi ved Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ingrid Hov Odsæter

Ingrid Hov Odsæter er spesialist i medisinsk biokjemi, lege i spesialisering i radiologi og førsteamanuensis i anatomi ved Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Eika B, Fosse A, Mikkelsen ME et al. Sluttrapport fra evalueringen av profesjonsstudiet i medisin. Rapport 2/2025. NOKUT 2025. Lest 8.5.2025.
- 2 Schaardenburgh Mv, Vonen HD, Sagredo-Thackwell S et al. Formative Objective Structured Practical Examination (OSPE) in Anatomy with the Use of the Vancouver Virtual Reality App (Education abstract and poster at Anatomy Connected, Toronto 2024). *Anat Sci Educ* 2024; 17: 183–4.
- 3 Vonen HD, Sagredo-Thackwell S, Grøndalen A et al. Formative Objective Structured Clinical Examination (OSCE) in Anatomy with the Use of the Vancouver Virtual Reality App (VanVRapp) (Education abstract and poster at Anatomy Connected, Washington 2023). *Anat Sci Educ* 2023; 16: 1271.

Mangel på veiledere truer studentutveksling

Om vi i Norge ikke klarer å tilby plasser for studentutveksling, mister vi muligheten til å sende ut våre egne studenter. Situasjonen er kritisk.



Foto: Phynart Studio / iStock

The International Federation of Medical Students Associations (IFMSA) er en av verdens største studentforeninger og representerer over 1,5 millioner medisinstudenter fra over 120 land (1). Gjennom IFMSA reiser over 15 000 medisinstudenter på klinisk utveksling eller forskningsutveksling hvert år (1). Norsk medisinstudentforening (NMF) inngår i dette programmet (2), slik at norske studenter kan reise til andre land, samtidig som vi tar imot utenlandske studenter.

Utteksling med IFMSA er et verdifullt tilbud i tillegg til de utvekslingene som fakultetene tilbyr. IFMSA-utvekslingen er svært fleksibel og varer i fire uker. Studentene får muligheten til selv å velge når de vil dra, og de kan velge blant 130 forskjellige land. Studentene har i tillegg muligheten til å velge blant et bredt spekter av fagfelt, større enn det som tilbys gjennom norske universiteter. Årlig tar vi imot rundt ti kliniske studenter og ti forskningsstudenter, samtidig som vi sender ut rundt 60 studenter (3).

Under klinisk utveksling hospiterer studentene ved sykehus, hvor de får praktisk erfaring innen ett eller flere fagfelt (3). Forskningsutvekslingen gir studenter praktiske forskningsferdigheter innen forskning, hvor de kan jobbe med for eksempel datainnsamling, dataanalyse, litteraturgjennomgang, laboratoriearbeid eller eksperimentell forskning (3). Utvekslingsprogrammet fremmer interkulturell forståelse og globalt samarbeid mellom medisinstudenter og helsepersonell. Samtidig gir det studentene verdifull innsikt i andre helse- og utdanningssystemer.

For å kunne tilby norske studenter utveksling, stilles det også krav til at vi tilbyr utvekslingsplasser her i Norge (2). Etter koronapandemien har vi dessverre mistet både kontakten og engasjementet fra veiledere, noe som nå truer vår evne til å møte etterspørselen og opprettholde

det eksisterende tilbudet. Vi ser derfor etter flere veiledere både i klinisk arbeid og i forskningsprosjekter. Rollen som veileder innebærer å være tilgjengelig på sykehusavdelingen eller i forskningsprosjektet, samt å sørge for at studenten alltid har en person tilgjengelig for spørsmål og veiledning. Det stilles ingen krav til spesialisering eller erfaring for veiledere. For at studentene skal få godkjent utvekslingen, må de oppfylle definerte krav for å sikre god kvalitet og faglighet.

I en tid der helseutfordringer ikke kjenner grenser, har vi lært hvor avgjørende globalt samarbeid er. Vi trenger flere som er villige til å bygge broer i medisinstudentenes utdanning. ■

Om du kunne tenke deg å stille som veileder eller har noen spørsmål relatert til dette, ta kontakt med Mohammed Almashhadani eller Talal Mobammed.

Mottatt 10.4.2025, godkjent 5.5.2025.

Mohammed Almashhadani*

neoin.nmsa@gmail.com

Mohammed Almashhadani er medisinstudent ved Universitetet i Oslo og nasjonal klinisk utvekslingsansvarlig for Norsk medisinstudentforening. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Yasmin Bouguern*

Yasmin Bouguern er medisinstudent ved Universitetet i Oslo og lokal utvekslingsansvarlig i Oslo for Norsk medisinstudentforening. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Rabea Huma Qaisrani

Rabea Huma Qaisrani er medisinstudent ved Universitetet i Oslo og nasjonal klinisk utvekslingsansvarlig for Norsk medisinstudentforening. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Talal Mobammed

nore.nmsa@gmail.com

Talal Mobammed er medisinstudent ved Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU og nasjonal forskningsutvekslingsansvarlig for Norsk medisinstudentforening. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

* Mohammed Almashhadani og Yasmin Bouguern har bidratt i like stor grad til denne artikkelen.

Litteratur

- 1 International Federation of Medical Students' Associations. Student Exchange Program – History. Lest 9.4.2025.
- 2 Norsk medisinstudentforening. Utveksling for studenter gjennom internasjonalt partnerskap. Lest 9.4.2025.
- 3 Norsk medisinstudentforening. Utveksling. Lest 9.4.2025.

Skåringsverktøy for vurdering av skrøpelighet

Grad av skrøpelighet har stor betydning for forløpet av sykdom og overlevelse. Derfor er det behov for et felles verktøy for å klassifisere skrøpelighet.

Personer som lever med skrøpelig-
het har økt risiko for nega-
tive hendelser. Skrøpelighet er
en tilstand med redusert reser-
vekapasitet og motstandskraft, og kjen-
netegnes ofte av lavt energinivå, nedsatt
fysisk og kognitiv funksjon samt svekket
helse (1). Forekomsten øker med alde-
ren (2). Tilstanden kan betraktes som et
kontinuum, der graden av skrøpelighet
har stor betydning for prognose og er
nært korrelert med overlevelse (3).

Behandling og omsorgsnivå
Stadig flere lever lenger, og andelen
eldre øker. De fleste vil oppleve en viss
grad av skrøpelighet mot slutten av li-
vet. Samtidig utvikles nye terapier og
behandlingsmuligheter for en rekke
sykdommer. For å sikre persontilpasset

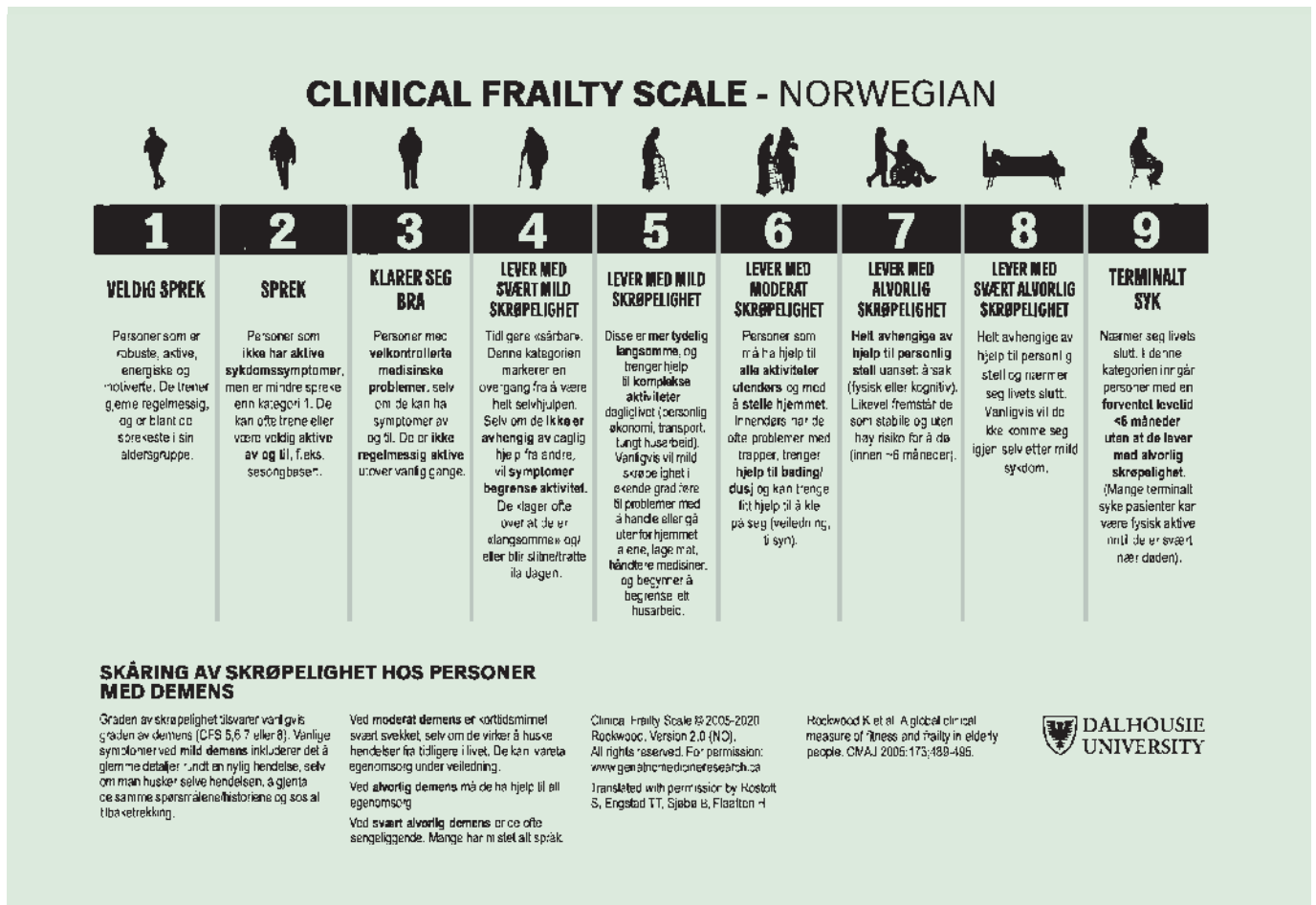
behandling og ivareta pasienter på best
mulig måte, er det nødvendig å kunne
vurdere graden av skrøpelighet. En
stratifisering av skrøpelighet kan være
nyttig for å planlegge riktig interven-
sjon ved sykdom, vurdere prognose og
tilrettelegge for passende omsorgsnivå
(3). Skrøpelighet er nært knyttet til risiko
ved sykdom, og kartlegging av skrøpe-
lighet er derfor avgjørende for samvalg.
Samtidig kan identifisering av skrøpe-
lighet åpne for målrettede forebyggende
tiltak som kan bidra til bedret funksjon
og helsetilstand, ettersom skrøpelighet
ikke er en statisk tilstand.

Skrøpelighet er en kompleks, mul-
tidimensjonal tilstand, og det finnes
ingen universell gullstandard for hvor-
dan skrøpelighet skal kartlegges. I 2005
utviklet Rockwood og medarbeidere

Clinical Frailty Scale (CFS), en nipunkts
skala for å vurdere grad av skrøpelighet
(4). Skalaen er illustrert med bilder og
korte beskrivelser som karakteriserer
hvert nivå. Den er rask å bruke, svært
robust (høy reliabilitet), og krever mi-
nimal opplæring. Den viser sterk korre-
lasjon med mer omfattende verktøy for
vurdering av skrøpelighet, kan brukes i
de aller fleste settinger og har høy grad
av brukervennlighet og validitet (den
måler det den er ment å måle) (4). Klinisk
skrøpelighetsskala er oversatt til norsk
og kan lastes ned fra Legeforeningens
nettsider (figur 1 på tidsskriftet.no) (5, 6).

Riktig bruk
Klinisk skrøpelighetsskala skal brukes
som et screeningsverktøy for å iden-
tifisere personer med skrøpelighet.

Figur 1 Norsk oversettelse av Clinical Frailty Scale (6).



Pasientene skal vurderes ut fra hvordan de fremstår i sin habituelle tilstand. Ved mistanke om skrøpelighet vil det ofte være behov for en mer omfattende vurdering og kartlegging av funksjonsnivå, og i noen tilfeller en vurdering av geriater. Riktig bruk av verktøyet kan bidra til en mer pasientsentrert behandling, men skal ikke benyttes for å ekskludere pasienter fra utredning og behandling.

Vi mener at Klinisk skrøpelighets-skala er et godt egnet verktøy som kan brukes i alle settinger og på tvers av spesialiteter, både i spesialist- og primær-/kommunehelsetjenesten. Norsk forening for geriatri ønsker derfor å arbeide for at Klinisk skrøpelighets-skala blir etablert som standardverktøy for screening for skrøpelighet i Norge. ■

Mottatt 11.4.2025, godkjent 5.5.2025.

Håkon Ihle-Hansen

haaihl@vestreviken.no

Håkon Ihle-Hansen er ph.d., overlege og forsker ved Seksjon for geriatri, slag og rehabilitering, Bærum sykehus. Han er leder i Norsk forening for geriatri. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt foredragshonorar fra Pfizer, Astellas, AstraZeneca og Bayer.

Siri Rostoft

Siri Rostoft er ph.d., spesialist i indremedisin og i geriatri og er overlege ved Geriatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus og professor ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Hun er styremedlem i Norsk forening for geriatri og i European Academy for the Medicine of Ageing. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Marit Stordal Bakken

Marit Stordal Bakken er spesialist i indremedisin og i geriatri, overlege ved Medisinsk klinikk, Haraldsplass diakonale sykehus og førsteamanuensis ved Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Hun er styremedlem i Norsk forening for geriatri. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kristin Mork Hamre

Kristin Mork Hamre er konstituert overlege ved Geriatrisk avdeling, Akershus universitetssykehus og er styremedlem i Norsk forening for geriatri. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Natalya Seredkina

Natalya Seredkina er lege i spesialisering i geriatri ved Universitetssykehuset Nord-Norge og er styremedlem i Norsk forening for geriatri. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Elisabeth Egstad

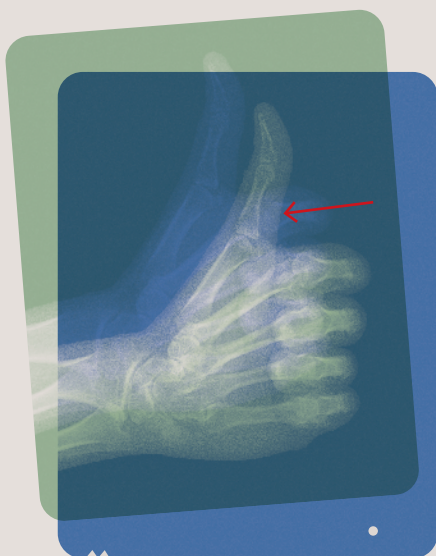
Elisabeth Egstad er spesialist i geriatri og overlege ved Medisinsk avdeling, Kristiansund sykehus. Hun er styremedlem i Norsk forening for geriatri. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Dent E, Martin FC, Bergman H et al. Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions. *Lancet* 2019; 394: 1376–86.
- 2 Kyrdalen IL, Strand BH, Selbæk G et al. Prevalence and future estimates of frailty and pre-frailty in a population-based sample of people 70 years and older in Norway: the HUNT study. *Aging Clin Exp Res* 2024; 36: 188.
- 3 Kim DH, Rockwood K. Frailty in Older Adults. *N Engl J Med* 2024; 391: 538–48.
- 4 Rockwood K, Song X, MacKnight C et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005; 173: 489–95.
- 5 Dejgaard MS, Rostoft S. Systematisk vurdering av skrøpelighet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.20.0944.
- 6 Legeforeningen. Clinical Frailty Scale – Norwegian. Lest 5.5.2025.

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

Tekst: Marit Tveito

Foto: John Trygve Tollefsen

Med verden som arbeidsplass

Ifølge Jens Stoltenberg er Tore Godal nordmannen som har reddet flest liv siden Fridtjof Nansen. Godal bygget opp lepraforskning i Etiopia og arbeidet i WHO med tropemedisin, før han etter hvert fikk overbevist Bill Gates om at vaksiner til verdens barn er en god investering.

Han er ulastelig antrukket med mørk dress og et slips med motiv som gir kirkelige assosiasjoner, men som viser seg å være en gjengivelse av et glassmaleri fra rådhuset i Addis Abeba, byen som ble hans andre hjem. Planen til Godal var lenge å bli distriktslege i Rauland, hvor han bodde de første syv årene av livet før familien flyttet til innlandet. Faren var prest og moren var utdannet lærer. Godal var tredje sønn i søskenflokket på fire. Lillesøsteren Ellen ble lærer, som sin mor, men musikken hadde en stor plass i livet hennes og ble ført videre til sønnene Odd og Aasmund Nordstoga.

Godal valgte legeyrket etter eliminasjonsmetoden, det var ikke noe annet som fristet mer.

– Jeg studerte med mål om å bli distriktslege. Jeg følte at det å kunne ta ansvaret for alle sider av helsen til en befolkning ville være utrolig interessant. Men sånn ble det ikke, konstaterer han tørt og blidt på en gang.

Distriktsdrømmen stammet kanskje fra Rauland, men familiebakgrunnen gav ham også eventyrlyst.

– Jeg skylder på min mor for at jeg reiste ut i verden. Hun leste mye eventyr for oss da vi var

barn. Hjemmet var preget av musikk og litteratur, og hennes bestefar Johan Bojer skrev både romaner, skuespill og eventyr.

– Flere i familien var kunstneriske og av den mer utøvende sorten, men noen må jo også være tilhørere, fastslår han.

I Telemark var det å kunne prate for seg en anerkjent egenskap. I innlandet var det hardt arbeid som ble satt høyest. Det er vanskelig å si hva som har preget Godal mest, og han konkluderer selv med at han fått med seg noe fra begge hjemstedene.

Addis Abeba

Godal ble tidlig interessert i forskning, allerede i løpet av studiene. Morten Harboe, professor i immunologi, var med i komitéen som vurderte doktorgradsarbeidet hans. Etter disputasen fortalte Harboe at han var blitt tilbudt å bygge opp Armauer Hansens forskningsinstitutt i Etiopia for å drive med lepraforskning. Lepra er en sykdom som er interessant for immunologer, med et spektrum av sykdomsuttrykk, men Harboe sa også at han ikke ville gjøre det om ikke Godal kom etter. Først spurte han veilederen sin, for Godal var blitt tilbudt å bli assisterende overlege på immunologisk avdeling ved Rikshospitalet. Veilederen gav rådet: «Jeg tror ikke det er noe godt valg for din karriere, Tore, men —>



Livredder: Tore Godal
er nordmannen som
har reddet flest liv etter
Fridtjof Nansen, uttalte
Jens Stoltenberg.

kanskje jeg hadde gjort det samme selv.» Så dro vi til Addis Abeba.

– Hvor lenge var dere der?

– Vi ble i tre år. Vi hadde tre barn, og følte at vi måtte velge. Enten måtte vi bli etiopiske og fullt integrerte i det samfunnet, eller så måtte vi reise hjem.

– Det ble ikke strake veien hjem?

– Jeg ble tilbudt å være konsulent i WHO i Genève. Jeg tenkte det var fint for å videreføre den kunnskapen jeg hadde ervervet om spedalskhet. Så kunne jeg bruke et år på det før jeg kunne reise til en norsk dal for å bli distriktslege.

– Så det var fortsatt planen?

– Ja, det var det.

Men forskeren i Godal var ikke helt fornøyd.

– I Addis Abeba foregikk det mye spennende, men forskning under optimale betingelser var det ikke, understreker han. – Så da sa jeg ja til å bli stipendiat ved Radiumhospitalet, for å bygge opp en immunologisk avdeling der.

Igjen ble distriktsdrømmen utsatt, men ikke oppgitt, og han tok praksis i allmennmedisin ved Røde Kors.

– Da jeg var ute i praksis igjen, måtte jeg ta et valg. Det var som en 40-årskrise, kan du si. Til slutt valgte jeg forskningsveien.

Tropesykdommer

Godal ble engasjert i et arbeid med å utvikle et spesialprogram for tropiske sykdommer og ble bedt om å lede gruppen som skulle jobbe med lepra. Det ene engasjementet førte til det neste, og det tok ikke lang tid før han i 1986 ble spurt om å bli leder for det tropemedisinske programmet i WHO.

– Det var et såkalt *partnership program*, det første i sin sort. Verdensbanken og FNs utviklingsprogram var med som samarbeidspartnere, og det innebar å flytte tilbake til Genève.

Han var leder der i tolv år, frem til 1998, da Gro Harlem Brundtland ble leder for WHO.

– Og Gro ville gjerne ha deg med på laget?

– Jo, hun ville det, og bekjempelse av malaria var en av de prioriteringene hun hadde. Jeg ble ansvarlig for å lede arbeidet.

– Det var Roll Back Malaria?

– Ja, det ble tittelen. Det var faktisk Jonas som spurte sine barn om hva tittelen på det programmet skulle være.

– Jonas Gahr Støre?

– Ja, nettopp! Han hadde testet ut forskjellige forslag til titler hjemme, men da Roll Back Malaria ble lansert, løp barna rundt i stua og ropte slagordet igjen og igjen. Vi ble enige om at det virket som det traff godt.

Jeg har på mange måter hatt min mest spennende karriere etter at jeg ble 60 år

Aktiv for global helse: Godal bidrar aktivt i arbeidet med global vaksinedekning og pandemiforebygging. Foto: John Trygve Tollefsen





Etiopisk slips: Slipset er fra Addis Abeba, hans andre hjem. Foto: John Trygve Tollefsen

Søknaden til Bill Gates skulle ikke være lengre enn på fem sider, den skulle kunne leses på golfbanen

Livet starter etter 60

WHO er en stor organisasjon, og Godal hadde diskutert med Gro hvordan man skulle sikre seg at det kom friskt blod til i organisasjonen.

– Jeg sa da til Gro at noe av det viktigste og letteste, er å holde veldig godt fast på pensjonsalderen.

Mange hadde lurt på om hun kom til å gjøre et unntak for Godal.

– Gro er prinsippfast, så da jeg fylte 60 år, ble jeg også pensjonist. Det var ikke rom for unntak. Og da ble jeg egentlig litt nedfor og tenkte at jeg fikk bli konsulent.

Godal gikk på IKEA og handlet møbler til et hjemmekontor.

– Tre dager etterpå fikk jeg en telefon fra The Rockefeller Foundation. De lurte på om jeg ville engasjere meg i et nytt prosjekt om forskning på tropiske sykdommer. Og det var jo fristende. Da vi begynte å se på metoder og hjelpemidler i det nye prosjektet, ble det tydelig at det også var behov for å styrke vaksinasjonsdekningen. Et program for vaksinasjon av barn måtte få prioritet.

Det førte frem til ideen om GAVI, Global Alliance for Vaccine Immunization. Godal og medarbeidere hadde arbeidsmøte, og dagen etter at strukturen for GAVI var tegnet ut, ble de invitert til Gates Foundation. Søknaden til Bill Gates skulle ikke være lengre enn fem sider, den skulle kunne leses på golfbanen. Men selv om teksten kunne være kort, kunne søknadsbeløpet være på opptil 750 millioner dollar.

– Etter en måned fikk vi da vite at søknaden var innvilget, og dermed var finansene også i orden for GAVI.

– 750 millioner dollar!

– Ja, det var litt av en, hva skal man kalle det? Det var en helt utrolig start. Så jeg sier også at «life begins at 60». Jeg har på mange måter hatt min mest spennende karriere etter at jeg ble 60 år.



En krevende tid

– Du var spesialrådgiver for Jens Stoltenberg da han var statsminister?

– Ja, og så arbeidet jeg med global helse i utenriksdepartementet etter det. De opererte med en høyere pensjonsalder, og jeg fikk fortsette til jeg ble 75 år.

– Stoltenberg har sagt i en tale at du har reddet flest liv siden Fridtjof Nansen?

– Ja, det påstås det, innrømmer han og presiserer: – Jeg har bidratt til det.

– Hva er du mest fornøyd med selv?

– Jeg er i grunnen ganske godt fornøyd med alt det som jeg har bidratt med, så det er vanskelig å trekke frem noe spesielt.

– Hva tenker du om situasjonen nå som det er store endringer i bistandsarbeid og forsknings-samarbeid i verden?

– Nå er vi i en veldig krevende situasjon. Vi har hatt en gullalder i global helse, med stødig arbeid for å nå tusenårsmålene. Det var helseøkonomer som utviklet konseptet. De viste at å investere i helse er en veldig god investering i økonomisk utvikling. For hver dollar du investerer i et barns vaksinasjon, får du 20 dollar igjen i økonomisk utvikling.

– Er gullalderen over?

– Vi har frem til nå basert vår innsats på evidens, men nå er det helt nye takter. USA er en stor investor i overvåkning av og kontroll med smitt-

Panorama: Utsikt er viktig for Godal, og fra boligen i Holmenkollen er det mye å hvile blikket på.

Foto: John Trygve Tollefsen



somme sykdommer i verden. Hvis det nå faller bort, og man ikke lenger bryr seg om evidensen, står vi i en veldig truende situasjon. Norge har jo egentlig utøvd lederskap innen global helse siden Gro var leder i WHO. Camilla Stoltenberg har foreslått at vi burde ta et lederskap i global helsesikkerhet.

– Hva synes du om det?
– Det synes jeg er et spennende forslag. Vi har mye kunnskap og sterke nettverk, ikke minst innen EU. Det burde komme en europeisk innsats for at vi skal kunne demme opp for tendensene som vi nå ser, og videreføre den fremgangen som vi tross alt har sett innen global helse siden århundreskiftet.

Tore Godal

Født 19. mai 1939

Cand.med., Universitetet i Oslo, 1966

Doktorgrad innen immunologi, Universitetet i Oslo, 1967

Forsker, Armauer Hansens forskningsinstitutt i Etiopia, 1970–73

Sjef for immunlaboratoriet ved Det norske radiumhospital, 1974–75

Leder av styringsgruppen for lepra- og tuberkuloseimmunologi i WHO, 1975–86

Direktør for program for forskning og undervisning innen tropiske sykdommer 1986–98

Sentral i opprettelsen av Roll Back Malaria, verdens største initiativ i bekjempelse av sykdommen

Drivkraft bak opprettelsen av den globale vaksinealliansen, GAVI

Spesialrådgiver for Gro Harlem Brundtland i WHO, 1998–99

Spesialrådgiver for Jens Stoltenberg ved statsministerens kontor, 2005–09

Spesialrådgiver for global helse i Utenriksdepartementet, 2009–18

Tildelt Kongens fortjenstmedalje, 2019

Aktiv i CEPI, Coalition for Epidemic Preparedness Innovations, global vaksinedekning og pandemi-forebygging

En ny pandemi?

– Hvilke trusler mot den globale helsen er viktigst nå?

– Vi har blitt mange mennesker på jorden. Med stor mobilitet er det betydelig risiko for en ny pandemi i løpet av de neste 10 eller 20 årene.

– Hvordan bør vi innrette oss?

– Covid kostet verden mye. Ikke bare i form av antall døde, men også i form av et økonomisk tilbakeslag. Verden er dessverre ikke godt nok forberedt på neste pandemi, selv om vi nettopp har vært gjennom en.

– Er det noen scenarioer som gir mer grunn til bekymring enn andre?

– Den mest konkrete trusselen vi har, er fugle-influensa. Det er utbrudd av det i USA, ikke bare hos fugler, men også blant griser. Menneskets immunsystem og grisens immunsystem er ganske likt, og derfor er det fare for at man kan få et virus som har adaptert seg til mennesker. Det kan gi høy dødelighet og en veldig alvorlig pandemi, som nok vil være mer alvorlig enn det covid egentlig var.

– Burde vi lage vaksiner i Norge?

– Det er ikke realistisk at vi kan gjøre det alene, men vi kan gjøre det i samarbeid med andre. Norge kan på den måten også bidra til å bygge opp kompetanse for utvikling av vaksiner. Det er mye forskning i Norge som er i verdensklasse på dette feltet.

– Er du bekymret for at vi står utenfor det europeiske fellesskapet ved en ny pandemi?

– Nå fikk vi vaksiner takket være Sverige og EU sist. Vi arbeider aktivt for at Norge skal være del av et europeisk samarbeid. Etter covidutbruddet, var vi med på å starte noe som heter CEPI, Coalition for Epidemic Preparedness Innovation. Det er et initiativ som er støttet blant annet fra Norge og Gates Foundation. CEPI støtter utvikling av vaksiner mot epidemiske sykdommer, særlig rettet mot den fattige delen av verden.

– Hva tenker du om en vaksineskeptiker som helseminister i USA?

– Jeg synes det er en tragedie at ledende politikere ikke vil basere handlinger på kunnskap. Det er en helt ny trussel. Så vi står virkelig i en veldig krevende situasjon, men vi må ikke gi opp, understreker han. Vi må fortsette å bygge videre på det arbeidet som er gjort.

– Er det noe annet enn arbeid som gir deg glede?

– Ja, det er ... Jeg må si det er å stå på ski. Det er den store gleden.

De fem barna fikk også lære skisporten å kjenne, og med utgangspunkt i Genève var det kort vei til mange flotte skiområder.

– Den eneste klare ulempen med å bo i Afrika, var at det ikke ble noen skiturer, konkluderer han.

Etter oppveksten i Rauland har han hatt behov for utsikt, og han har bosatt seg i Holmenkollen, hvor det også er kort vei til skiløypene.

– Jeg har ikke vært helt i form akkurat i det siste, men skiene står alltid klare, smiler han. – Slalåmskiene også. ■

Marit Tveito

marit.tveito@me.com

Tekst: Andreas Nydal

Når diagnosen uteblir, hva er det da?

Diagnoser i psykiatrien lever sitt eget komplekse liv, der de både følger og påvirker kulturen. Når diagnosen uteblir, blir spørsmålet «hva er det da?» ikke bare et rop om hjelp, men en påminnelse om hvor langt vi har beveget oss fra å tåle det uforklarlige.

På allmenpsykiatrisk poliklinikk opplever jeg det som at jeg behandler paradigmer like mye som pasienter. Et paradigme skapt av ekspanderende diagnosemanualer og økt oppmerksomhet om psykisk helse. En forståelse som medfører at folk kan si ting som at de har litt ADHD, litt PTSD og autismetrekk som slår inn om kvelden. Så spør de hva de kan gjøre for å slippe å ha det sånn, eventuelt hvilke verktøy vi kan gi dem.

Det er ikke fordi folkeopplysningen har mislyktes at vi befinner oss i dagens situasjon. Det er snarere fordi den har lyktes. Diagnose-språket er blitt allemannseie. Alle klippene på sosiale medier med emneknaggen *awareness* har nådd ut med sitt budskap. Diagnosene og symptomene utgjør menneskers nye selvforståelse og er blitt livets tolkningsnøkler.

Og hvem vil vel ikke ha forklaringer? Alle som har utredet pasienter for psykiske lidelser og ikke funnet at diagnosene passer, kjenner til følgende forutsigbare respons: «Men hva er det da?». Dette spørsmålet treffer et ømt punkt hos samvittighetsfulle psykologer og psykiatere. Vi tåler rett og slett ikke å la det stå ubesvart. Derfor tyr vi til vage diagnoser, eller enda verre, skruer til diagnostikken og presser pasientene inn i kategoriene, alt for å tilfredsstille dem og berolige oss selv.

Diagnosen har umiddelbar effekt. Den løfter pasientens unike plager inn i en større sammenheng. Det er flere som har det som deg, det du opplever har *et navn*. Dette kan være godt for pasienten, som kanskje har følt seg *feil* lenge uten å forstå hvorfor. Men gleden er kortvarig. Diagnosen passer gjerne dårligere og dårligere jo bedre kjent vi blir med pasienten. Kunnskap kompliserer forenkling, skriver historiker Eivor Oftestad (1). Diagnosenes forenkling er fristende, men svekkes i takt med pasientens økende kompleksitet. Men det hindrer oss ikke i å prøve å presse et mangefasettert menneske inn i støpeformen vår.

Jeg treffer rett som det er pasienter med fire psykiatriske diagnoser. Vi tar aspekter og fasetter ved mennesker og kaller dem

komorbiditeter, og lirer av oss selvsikkert i hvilken rekkefølge vi skal ta fatt på disse lidelsene. Forskerne bak den kjente Dunedin-kohorten i New Zealand oppdaget at pasientene driftet innom ulike diagnoser ettersom årene gikk (2). De advarte mot «overreliance on diagnosis-specific research and clinical protocols», som er det vårt psykiske helsevern er bygd på.

Du blir din merkelapp

Det er lett å tenke at diagnosene er nøytrale beskrivelser av noe som allerede finnes. At det er pasientene som former diagnosene, ikke omvendt. Men slik er det ikke nødvendigvis. Det kan nemlig synes som det å få en merkelapp i seg selv kan påvirke den som får den. Denne dynamikken kalles looping-effekten, et begrep introdusert av vitenskapsfilosofen Ian Hacking (3). Vi kan kalle det *effekten av å bli klassifisert*. Jeg har sett for meg en slags menneskets Hawthorne-effekt, altså effekten som kan tilskrives det å bli observert. Vi kan bare se for oss vår økte tilbøyelighet til å plukke opp søppel når vi vet at vi blir iaktatt. Hacking brukte flere eksempler fra psykiatrien, som dissosiativ fuge, multipl personlighetsforstyrrelse og selvmord, og beskrev hvordan klassifiseringen påvirket både forekomst og uttrykk. Når en diagnose oppstår og får oppmerksomhet, oppstår det en økologisk nisje som flere kan flytte inn i.

Hacking mente at folk som klassifiseres på en bestemt måte, tenderer mot å oppføre seg i tråd med klassifikasjonen. Adferd, symptomer og diagnose virker bundet sammen i et uoversiktlig samspill. Når vi diagnostiserer, gir vi folk intet mindre enn en selvforståelse, og det bør vi utvise enorm respekt for.

Hacking beskrev en «epidemi» av multipl personlighetsforstyrrelse på 1980-tallet. Før var denne diagnosen benevnt som psykiatriens «hvite enhjørning» siden den var så sjelden (3). Tilfeldigvis opplever vi det samme nå. Fra 2018 til 2024 har det skjedd en dobling av tilfeller av dissosiativ identitetsforstyrrelse, som er det nye navnet, basert på tall fra Folkehelseinstituttet som Morgenbladet har innhentet (4).

ADHD er en selvforståelse som kan passe de fleste i vår tid. Vi bør ikke bare stille oss



spørsmålet *hvem* som skal få diagnosen, men også hvor mange. 10 %, 25 %, alle? Og hvor mange bør få sentralstimulerende midler? Om de fleste får bedret oppmerksomhet og konsentrasjon (5), hvorfor bør ikke *alle* stå på det?

Det er vanskelig å tenke i disse baner uten at Aldous Huxleys *Brave New World* kommer opp, hvor alle går på *soma* for å holde «nivåene sine» optimale (6). Alle står på det, så å *ikke* stå på det blir uaktuelt. Det oppstår et press, og engstelige foreldre kan begynne å frykte at barnet deres blir utkonkurrert av sentralstimulerte medelever.

Debatten om ADHD burde handle om menneskenaturens bryning med kulturen. Er vi skapt med for lite amfetamin prefrontalt? Eller er konsentrasjonen og evnen til å dvele blitt ødelagt av modernitetens akselerasjon? Tidens sykdommer er tidens sjel, skrev Bjørneboe (7). Konsentrasjonsvansker og uro er vår tids sykdom, takket være et uheldig samspill av et forrykt livstempo og diagnostisk hybris.

Men selv om årsakene er strukturelle, bør vel de lidende få hjelp? Det hjelper ikke om det blir flere lærere, mindre skjermtid og mer fri lek om ti år, når barnets barndom foregår *nå*. Likedan hjelper det lite for den voksne om livstempoet senkes eller belastningene reduseres først en gang i fremtiden. Med en slik argumentasjon bør vi riktignok være sikre på at vi gjør mer nytte enn skade ved å diagnostisere og medisiner.

Behandle tidens sjel?

Det er *her* debatten bør foregå. Skal vi behandle tidens sjel eller ikke? Å prøve å tvinge dette komplekset spørsmålet inn i diagnosespråket blir fordummende. Psykologen Keith Connors, som kan kalles ADHD-diagnosens far, sa på et tidspunkt at overdiagnostiseringen var «an epidemic of tragic proportions» (8).

En ADHD-diagnose gir uttrykk for at det fins en forklaring, og at den er innenfor rekkevidde. Dette skaper et press og en feilaktig kategorisering av hva som er sykt og ikke, hva som er normalt og hva som er unormalt. For om man ikke får diagnosen, men føler seg unormal, hva da? Som en pasient hjerteskjærende utbrøt: «Hvis det ikke er *det*, da er det bare *meg*». Vi har iatrogen påført befolkningen denne idéen om at det *må være noe* når livet butter. Og får de ingen diagnose, tar de skylden selv.

En pasient sa, da jeg hadde gitt honnør for et godt språklig bilde vedkommende kom med: «Ja, det var vel ADHD-en som kom med det». Men det var *pasienten* som kom med det, det var ikke en «nevroatypisk hjerne» som snakket. Dette gjenspeiles i omtalen av nevroatypisk «superkrefter» i selvhjelpsbøker og sosiale medier. Vi ser at diagnosen blir veldig viktig. Ikke bare lidelsene og plagene, men også styrkene og oppturene blir forstått i lys av den. Diagnosen virker å ha blitt et bærende element for identiteten. Har vi tilstrekkelig respekt for dette aspektet ved diagnoser? Helsevesenet må antakeligvis i langt større grad ta på seg rollen som forvalter i fremtiden, forvalter av en sunn

helsedefinisjon, kostnad–nytte–vurderinger og eksistensielt mot i møte med spørsmålet som mange skuffede pasienter stiller etter utredning: «Men hva er det da?».

Om vi setter ut sykdommen på anbud, eksternaliserer den til noe vi skal bekjempe sammen, svikter vi pasienten. Det ser på overflaten ut som et fortjenstfullt opplegg, hvor vi stadig sender nytt skyts i sykdommens retning. Men når vi står med ryggen mot veggen, ved den logiske enden av veien vi har valgt, får vi inderlig håpe vi ikke går tom for verktøy. Når vi nødvendigvis gjør det, kan vi gripe etter nye halmstrå. Transmagnetisk resonans, som de driver med der borte, det er en skam at vi ikke har det her, kan vi si til pasienten. Eller psykedelika, vi ligger altfor langt bak. Og selv om pasienten kan føle at vi er på lag, så vil pasienten begynne å merke at vi ikke tåler dette. Vi er desperate etter nye verktøy, vi legger alle eggene i ny kurv hver gang istedenfor å modellere mot overfor denne lidelsen. Istedenfor å gå til krig mot for eksempel depresjonen, altså krig mot seg selv på et vis – som er noe av problemet i utgangspunktet, kan pasienten få hjelp til å se at det er gode grunner til at den har det som den har det. Det blir kanskje tydelig at det ikke er noe rart at vedkommende er utmattet, ukonsentrert eller nedstemt. Det er ikke bare tilfeldig rammende arbitrære sykdommer, men et uheldig samspill av sårbarhet, omstendigheter, relasjoner og adferd. Vi kan øve oss på den motkulturelle erkjennelsen av at smerte er en del av livet, kombinert med den håpefulle sannheten om at vi kan finne en måte å leve med det på.

Hvis vi som behandlere utviser denne formen for eksistensiell trygghet, kan kanskje pasientene også lære seg det. Hvis vi griper etter flere og flere teknologiske halmstrå i stadig økende desperasjon, da er vi ikke noe eksempel til etterfølgelse, og pasienten kan føle seg forlatt med sin lidelse.

Å møte pasientens uttrykte behov kan ha en støttende effekt på overflaten. Samtidig, skriver professor i psykologi Bjørn Killingmo, på et dypere plan kan effekten være den motsatte (9, s. 155). Slik kan det «å bli tatt på alvor» i realiteten være å svikte pasienten. Når pasientene kommer med sine diagnoser og vi appliserer retningslinjer, blir de gitt det de ber om, men ikke nødvendigvis det de trenger. Mitt inntrykk er at pasientene ønsker at behandlerne skal ta dem skikkelig på alvor, ikke bare imøtekomme deres overflateønsker. Diagnoser, medisiner, psykologiske verktøy, alt dette befinner seg på overflaten, mens pasientene kanskje egentlig trenger hjelp til å se hva de holder på med. Hvorfor blir jeg ikke beroliget av andres forsikringer? Hvorfor har jeg det ikke noe bra, når livet mitt ser flott ut på papiret? Hvorfor er jeg så redd for friheten, eller kjærligheten? Hvorfor følger ikke følelsene etter tankens overbevisning? Psykoanalytisk tradisjon tar alle sider av pasienten alvorlig, slik at pasienten kan «eie dem, heller enn å bare bli forsikret av dem», skriver psykiater Robert Caper (10, s. 30). —→

Konsentrasjonsvansker og uro er vår tids sykdom, takket være et uheldig samspill av et forrykt livstempo og diagnostisk hybris

Forsikringer forsikrer aldri

Hvis vi delegerer bort alt ansvaret til en sykdom, en samlebetegnelse på et sett kriterier, da bør vi jammen være gode til å behandle disse sykdommene. Kanskje vi er gode til å behandle angstlidelser. Men det finnes tilfeldigvis en behandling som baserer seg på det ovennevnte kontraintuitive mantraet: nemlig å ikke gi pasientene det de ønsker seg, men det de trenger. Å lene seg inn i ubehag, versus å berolige. Mantraet er formulert i psykoanalytiske kretser for lenge siden: Forsikringer forsikrer aldri (11, s. 59).

I angstbehandling står ansvarserkjennelsen sentralt. Terapeuten åpner nemlig for at dette er noe de holder på med, dette «angstprosjektet». Pasienten er ikke bare offer, men også aktør – heldigvis. Angstpasienter kan ønske å heller bruke medisiner for å dempe ubehaget, og i vår hjelpetrang kan vi falle for fristelsen å gi etter, altså gi dem det de ber om: medisiner og aksept og støtte for at det er uflaks med denne diagnosen. Nei, angstbehandlingen er på et vis kurert for eksternalisering og har innlemmet ansvarserkjennelse som avgjørende faktor. En pasient som har fullført firedagersbehandling for angst kan si «jeg trengte hjelp til å se hva jeg holdt på med».

Dessverre gir frykten for stigmatisering berøringsangst for *ansvar* i psykiatrien. Som om det ikke er mulig å ta opp lidelsens forbindelser til livsførsel og tidligere erfaringer uten å påføre pasienten skam. Denne frykten kan medføre at vi holder oss på overflaten sammen med pasienten, og heller engasjerer oss i kampen mot diagnosen.

Landets distriktspsykiatriske sentere holder på å knele av henvisningstrykket. Det kan hjelpe å benytte oss av det psykoanalytiske fundamentet vi står på. Målet er å hjelpe de lidende til å leve bedre *med*, ikke nødvendigvis *uten*. Det er gode grunner til at mennesker opplever konsentrasjonsvansker, nedstemthet og engstelse under deres helt bestemte forutsetninger, og det er en unnlattelse å ikke utforske det. Og noen ganger er det en unnlattelse å kalle det for psykiatri i det hele tatt. Psykiatrien har hatt sin servicefase med støtte og merkelapper. Men er det å ta pasienten på alvor – å bli støttet, bekreftet eller oppmuntret til fortsatt uendret livsførsel, bare nå med en forklarende merkelapp å lene seg på? Eller kan det å ta pasienten på alvor bety å møte en terapeut som ser bak ordene, mellom linjene, og vennlig utforsker alle sider av pasienten.

Vi trenger diagnoser, men trenger vi så mange som 541 av dem, som det er i den siste amerikanske diagnosemanualen? Kanskje velmenende tiktok-psykologer skal trekke seg rolig tilbake. La ungdommer oppleve sin turbulente tid, uten å få påtrengt forklarende og passiviserende merkelapper. La voksne innse det ofte umenneskelige presset midtlivsfasen innebærer, uten at en uoppdaget diagnose liksom skal forklare alt. Diagnoseekspansjonen har antakelig hatt en effekt på folkehelsen. Det er blitt en uhensiktsmessig forståelsesramme, et paradigme som kanskje gjør mer skade enn nytte. Om landets terapeuter utviser eksistensielt mot til å la diagnosene ligge, vil vi kanskje se en heldig

normaliseringseffekt som etter hvert medfører mindre lidelse og mindre søken til helsevesenet. Da får befolkningen kanskje fred fra tanken om at *det må være noe*.

Spørsmålet «men hva er det da?» vil fortsatt være like ubehagelig for både pasient og behandler. Istedenfor å krampaktig trylle frem en ny undersøkelse, *second opinion* eller alternativ diagnose, bør vi utvise motet det krever å bli stående foran denne store avgrunnen sammen med pasienten. Vi må modellere at det går an å leve godt uten alle svar, og samtidig forkynne normalitet.

Diagnostisering i psykiatrien burde innlemmes i Gjør kloke valg-kampanjen. En diagnose kan nemlig være overbehandling. Kloke valg handler om å sette stopp, identifisere nok-punktet og ha ryggrad nok til å ikke henfalle til videre undersøkelser. Det kan være indikasjon for en ny gastroskopi, antibiotikakur eller blodtrykksmedisin, men legen må også vurdere om det er *klokt*. Det samme gjelder psykiatere og psykologer før de setter en diagnose, for bordet fanger om den blir satt. Potensielt forbigående tilstander eller sykeliggjorte normalreaksjoner kan låses fast i helsevesenet. Vi må være åpne for at det ikke er en nøytral handling å sette en diagnose, og vi må grundig vurdere om de antatte fordelene oppveier ulempene. ■

Mottatt 27.2.2025, første revisjon innsendt 16.4.2025, godkjent 22.4.2025.

Andreas Nydal

andnyd@gmail.com

Andreas Nydal er LIS-lege i psykiatri i Kristiansand. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Oftestad EA. Røtter. Oslo: St. Olav forlag, 2021.
- 2 Caspi A, Houts RM, Ambler A et al. Longitudinal Assessment of Mental Health Disorders and Comorbidities Across 4 Decades Among Participants in the Dunedin Birth Cohort Study. JAMA Netw Open 2020; 3: e203221.
- 3 Madsen OJ. Hinsides sant eller falskt: En undersøkelse av Ian Hackings teori om mentale lidelsers sosiale dynamikk. Tidsskr Nor Psykol foren 2014; 51: 745–52.
- 4 Møller V. Flere søker behandling for spaltet personlighet. Skyldes det Tiktok-smitte eller økt åpenhet? Morgenbladet 23.9.2024. Lest 22.4.2025.
- 5 Lakhan SE, Kirchgessner A. Prescription stimulants in individuals with and without attention deficit hyperactivity disorder: misuse, cognitive impact, and adverse effects. Brain Behav 2012; 2: 661–77.
- 6 Huxley A. Brave New World. London: Chatto & Windus, 1932.
- 7 Bjørneboe J. Drømmen og hjulet. Oslo: Forente Forlag, 2019.
- 8 Frances AJ. Keith Connors, Father of ADHD, Regrets Its Current Misuse. Lest 22.4.2025.
- 9 Killingmo B. The so-called rule of abstinence revisited. Scand Psychoanal Rev 1997; 20: 144–59.
- 10 Caper RA. A Mind of One's Own. London: Institute of psychoanalysis, 1999.
- 11 Casement P. Learning from our mistakes. Milton Park: Brunner-Routledge, 2002.



Liv og død i Verdal

Med erfaring som turnuskandidat i Verdal våren 1972 fikk min lesing av *Bloddråpetall* en ekstra dimensjon. Forfatteren klarer det kunststykket å kombinere epidemiologi med enkeltpersonskjebner på en fengslende måte.

Da jeg leste *Bloddråpetall* av Ingrid Storholmen (1), tok det ikke lang tid før jeg var tilbake i mine seks formative måneder som turnuskandidat i Verdal våren 1972, med eget kontor og venteværelse, hjemmebesøk med egen bil nesten hver dag og mulighet til å følge pasientene og deres familier over tid. Min glimrende mentor var distriktlege Steinar Nakrem (1937–2023), som foruten å lære bort viktige og nødvendige allmennmedisinske grep viste at det er mulig for en ekstremt travel person å fremstå som rolig og trygg med tilsynelatende all verdens tid.

Verdal nord i Trøndelag er blant annet kjent for valplassen Stiklestad, hvor Olav den hellige fikk sin bane i 1030. Hver sommer gjentas udåden spektakulært i form av det populære Stiklestadspelet takket være entusiastiske lokale krefter.

Sønner av Verdal

En av Verdals store sønner er professor Leif Efskind (1904–87), som var odelsgutt på gården Vuku. Han tok medisinsk embetseksamen i Oslo i 1929 og ble i 1952 sjef på pyramidetoppen Kirurgisk avdeling A på Rikshospitalet. Han opererte med en finslipt lillefingernegl inni hjertet før hjerte-lunge-maskinens tid, og var den første i Norge som utførte en nyretransplantasjon. Dessuten var han kong Haakons livlege. Jeg husker han godt fra studietiden, vi så på han med ærefrykt. Han var ikke blant de lengste, og hadde derfor en egen skammel som han sto på når han opererte. Da en stakkars student hadde stilt seg på skammelen for å se bedre under en operasjon, var ikke Efskind nådig da han kom inn i operasjonssalen og skammelen var opptatt.

En annen kjent verdøling var Hans Rotmo (1948–2024), som i 1973 dannet Vømmøl Spellmannslag, blant mye annet kjent for sin hyperpolitiske Høvlerivisa, som vi alle gikk og sang på i 1970-åra. Nå er Gjermund Larsen (f. 1981) en kreativ og imponerende komponist og fiolinist, som sørger for at Verdal stadig står sterkt på det folkemusikalske kartet.

HUNT

Tilbake til *Bloddråpetall*. I forlagets omtale av boken står det «gjennom et kor av

stemmer fra en fiktiv plass i Trøndelag kommer forskjellige diagnoser og sykdomshistorier til uttrykk» (2). Men det er ingen hemmelighet at denne fiktive plassen er Verdal. Storholmen kombinerer epidemiologi med klinikk. Hun benytter «friske» befolkningsdata til å beskrive syke individer eller personer med økt sykdomsrisiko. Hun har satt seg grundig inn i den omfattende dokumentasjonen fra HUNT, og så diktet sykehistorier med dette som bakteppe.

Røttene til HUNT går tilbake til 1940-årene og opprettelsen av Statens skjermbildeundersøkelser, som reiste land og strand rundt med busser for å kartlegge alle med risiko for tuberkulose (3). Etter hvert ble bussene benyttet til blodtryksmåling og blodprøvetaking (bloddråpetall). Alt ble styrt fra Oslo med myndig hånd av overlege Kjell Bjartveit, som i 1993 i forbindelse med en internasjonal kongress i Oslo sammen med kollega Gunnar Bjerknes-Haugen tok initiativet til et helt symfoniorkester bestående av bare leger som holdt konsert i universitetsaulaen. Jeg deltok selv med kontrabassen min.

I 1976 fikk distriktlege Jostein Holmen i Verdal prosjektmidler for å se på hvor mange som gikk rundt med udiagnostisert høyt blodtrykk. I samarbeid med Statens helseundersøkelser ble det i 1984–86 gjort en omfattende undersøkelse av hele den voksne befolkningen i Nord-Trøndelag, og dermed var HUNT i gang (4).

Før og nå

Det som særlig slår meg når jeg leser *Bloddråpetall*, er hvor ofte det store kvikkleireraset i 1893 nevnes. Forfatteren setter nåtidens personlige katastrofer, som kreft, hjerneslag og demens, opp mot den store kollektive katastrofen som tok livet av 116 personer og ødela et helt lokalsamfunn. Det kan virke som fortidens traume fremdeles setter sitt preg på nåtidens lidelser. I så fall er kanskje ikke verdalsfolket helsemessig representative for nordmenn flest. Mitt favorittavsnitt i boka er postmannen Einars «reiseberetning» om da han fikk slag (s. 176–80).

I Verdalsboka fra 1993, ved 100-årsmarkeringen av raset, skrev min mentor

Steinar Nakrem et kapittel om de helsemessige konsekvensene av raset og påpeker at det har vært vanskelig å finne beretninger der de medisinske problemene er nærmere belyst (5). Han er særlig opptatt av i hvor liten grad de enorme psykiske belastningene blant dem som hadde sett sine nærmeste forsvinne i

Legelivet

Personlige tekster om livet som lege

gjørma, har blitt skildret i ettertid, og mener det kan skyldes at sykdom og død på den tiden var mer dagligdags.

Kanskje var det ennå litt igjen av denne holdningen da jeg som

turnuskandidat i 1972 var tilkalt til sykebesøk til en av de større gårdene hvor gamlemor lå på det siste. Etter å ha undersøkt henne kunne jeg støtte familien i at tilstanden var kritisk, og jeg satt meg ned ved kjøkkenbordet og begynte å skrive innleggelsesskriv til sykehus. Da de skjønte hva jeg holdt på med, fikk jeg beskjed om at de ikke ønsket innleggelse, de ville at hun skulle dø hjemme blant sine egne. Jeg ble virkelig flau over at jeg ikke hadde skjont det. Det ble en lærdom for livet. ■

Olaf Gjerløy Aasland

olaf2306@gmail.com

Litteratur

- 1 Storholmen I. *Bloddråpetall*. Oslo: Oktober forlag, 2024.
- 2 *Bloddråpetall*. Omslag. Lest 1.5.2025.
- 3 Bjartveit K. Statens helseundersøkelser. Fra tuberkulosekamp til mangesidig epidemiologisk virksomhet. *Nor Epidemiol* 1997; 7: 157–74.
- 4 Holmen J, Midthjell K, Bjartveit K et al. The Nord-Trøndelag health survey 1984–86. Purpose, background, and methods. Participation, non-participation and frequency distributions. Report no. 4 - 1990. Verdal: Senter for samfunnsmedisinsk forskning, 1990.
- 5 Nakrem S. «Ulykken i Værdalen» - Helsemessige konsekvenser. I: Walberg Ø, red. *Verdalsboka*. En bygdebok om Verdal, Ras i Verdal, Bind A. Verdal: Bygdeboknemnda, 1993: 288–93.

Min vei til LIS1-stilling

Med min tidligere arbeidserfaring trodde jeg at ansettelse som LIS1-lege ville gå raskt og greit. Der ble jeg skuffet. Men sent en kveld, etter to måneders venting, ble jeg positivt overrasket.

Etter alskens saksbehandling, kurs, tester og prøver fikk jeg den etterlengtede norske legelisensen i 2020. I 2023 fikk jeg autorisasjon, og med det var jeg klar for kampen om LIS1-tjeneste. Helsedirektoratets statistikk var dyster: Våren 2023 hadde 1 184 kolleger søkt på 575 LIS1-stillinger (1, søknadsrunde 21). Vi med utenom-europeisk opprinnelse og utdanning hadde statistisk sett 2 % sjanse for å bli ansatt. Det så ikke ut til å bli lett.

Håpet

Høsten 2023 finleste jeg alle utlyste LIS1-stillinger. I de fleste stillingsannonserne la helseforetakene stor vekt på at søkeren hadde «relevant lønnet arbeidserfaring som lege». Også erfaring fra «... sykepleie, humanitært arbeide, tillitsvern, organisasjons- og ledererfaring» kunne telle. Noen hadde også tillitvekkende intensjoner om inkludering: «... uansett alder, nasjonal eller etnisk bakgrunn. ...».

Dette var jo midt i blinken for meg. Blendet av utlysningstekstene så jeg for meg en rask LIS-1-ansettelse i en av de 131 stillingene jeg søkte på – et kvarter eller to på T-banen til nærmeste turnussykehus fremfor buss gjennom tre fylker til et ellers topp fastlegevikariat som jeg hadde på den tiden. Trodde jeg.

Kalddusj

Lange uker fra søknadsfristens utløp gikk uten innkalling til intervju. Var det gjort noen klønete, vesentlige feil i søknadene mine? Etter hvert kom kalddusjene i søknadsportalens meldingsboks: «Det ble dessverre ikke deg denne gangen». Hakeslepp, og uff, så feil kan man altså ta. Der satt jeg, 48 år gammel, med anestesispesialitet, kirurgisk erfaring fra Langtvekkistan og nesten tre års erfaring som lønnet lege i Norge og lurte på hva foretakene mente med «kvalifikasjoner».

Hvorfor sa de nei til meg?

Hvorfor sa foretakene nei til meg? Jeg ser for meg at det kan ha vært ulike grunner

til det. Kunne det ha hatt noe med norsken å gjøre? Flere foretak vektlegger svært gode norskkunnskaper i stillingsannonserne. Joda, noen gale preposisjoner og forvridde uregelmessige verb blir det. Med snart tre år med DIPS, NAV, Infodoc og System X, og med pasienter som har fortalt meg at jeg er lettere å forstå enn rogalendinger og danske kolleger, håpet jeg likevel at språket mitt var godt nok. Og hvis foretakene var i tvil om norsken min, så kunne de vel ha intervjuet meg?

Legelivet

Personlige tekster om livet som lege

Helsedirektoratets rapporter etter flere søknadsrunder er krystallklare: «Vi ser fortsatt at unge, nyutdannede leger foretrekkes fremfor eldre» (1). Raske i trappene, på tastaturet, på mobilen og gode på merkantile oppgaver er de. De tar og gir beskjeder og skriver journaler litt kjappere enn oss som er noen år eldre. Men noen av dem kan knappest sy et sår eller sette inn et urinkateter.

Jeg kunne ikke skilte med tidligere vikariater ved LIS1-sykehus. Det hadde vist seg å være en fordel for andre jeg kjenner. Dette er noe medisinstudenter med lisens for lengst har oppdaget – til bekymring for både Legeforeningen og dekanene i medisin (2). Postnummeret mitt (1358 Jar) var neppe en fordel heller. Hos Norsk medisinstudentforening fant jeg et LIS1-poengskjema fra et foretak som jeg fylte ut og skåret høyt på. Men så viste det seg at skjemaet ikke lenger var i bruk. Det var erstattet av et nytt – nå hemmelig, må vite.

Noen foretak tilkjennega at hvorfor man søkte akkurat *der* var viktig. Hos et foretak var det tilsynelatende aller viktigst med en velbegrunnet, personlig motivasjon. Vel, det er ikke så lett når man ikke vet så mye om akkurat *det* sykehuset. Motivasjonen min var jo å gjennomføre turnusen på en god måte med alle læringsmålene i boks – helst ikke så langt hjemmefra.

Kan hudfargen eller det rare fornavnet ha hatt noe med manglende innkalling til intervju å gjøre? Nei, ikke i Norge. Ikke når man er *sååå* godt integrert? Men uten tidligere å ha erfart utenforskap av noe slag, kom denne veldig, veldig, veldig

Foto: RapidEye / iStock

bittelille tvilen etter å ha lest i Tidsskriftet om rasisme på medisinstudiet (3).

Som LIS1-lege skal man helst sitte stille på bakerste benk på morgenmøtet, har jeg hørt. Var neiet til LIS1-stilling en smekk for å ha vært for lite ydmyk? Burde jeg kanskje ikke ha nevnt i søknadene alle de gangene jeg har hjulpet kolleger med vrien adgang til kar, blære eller luftveier? Ubetenksomt nok var noen av søknadene vedlagt bilder av meg selv på operasjonsstuen til foretak som la vekt på bred klinisk erfaring.

Endelig jobb

To måneder gikk uten snurten av innkalling til intervju. En sen novemberkveld satt jeg med en vrien NAV-sak på dataskjermen. Plutselig hørte jeg et pling fra innboksen. Klyp meg i armen – det var ikke mer sort dag, uke eller måned: «Du har en forespørsel om signering». I innboksen lå en totalt uvarslet ansettelsesavtale i nest siste tilbudsrunde – uten forutgående intervju! En helt ekte og signeringsklar avtale med 24 timers svarfrist på en LIS1-jobb ved et sykehus samme sted som jeg var fastlegevikar. Denne «tilhørigheten til stedet» må ha trumfet alder og behovet for å intervju-sjekke mitt gebrokkne norsk. Men sukk – tre fylker unna familien – igjen. Skulle jeg tørre å vente på et tilbud nærmere hjemmet? Det ble sent familieråd og ikke mer jobbing den kvelden. Og vips, så gjorde skanneren meg til LIS1-lege før midnatt. Ren terapi, føltes det som. Tvilen ble likevel liggende og gnage i bakhodet: Var dette en rimelig og bærekraftig måte å ansette en LIS1-lege på? ■

Alice Maganya Dillerud

alicemaganya@gmail.com

Alice Maganya Dillerud er tidligere fastlegevikar, nå LIS1-lege i kommunehelsetjenesten. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Helsedirektoratet. Leger i spesialisering del 1 (LIS1). Statusrapporter for søknadsrunder. Lest 29.1.2025.
- 2 Rime AK. Et godt legeliv starter på medisinstudiet. Tidsskr Nor Legeforen 19.8.2024. Lest 21.3.2025.
- 3 Almashhadani M, Spjeldnæs AH. Medisinstudenter utsettes for rasisme. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.24.0368.

Slankemedisin og etikk

Det kan være gode grunner til at semaglutid bør gis på blå resept.

Ozempic er et medikament for blodsukkerregulering ved diabetes type 2 som også er effektivt for vektnedgang. Da dette ble kjent, økte etterspørselen sterkt. Økningen var global og førte raskt til knapphet. I Norge er Ozempic inkludert i blåreseptordningen, som nok også ga ekstra økning i etterspørselen.

Et alternativt medikament er Wegovy, som er utviklet spesielt for vektnedgang.

Det brukes ikke ved diabetes type 2, gis ikke på blå resept,

og et årlig forbruk koster ifølge Oslo universitetssykehus 36 000 kroner (1).

Knapphet på Ozempic

førte til at Diabetesforbundet gikk ut med oppfordringen om å «ikke ta medisinen vår» (2). Forbundet argumenterte for at medikamentet burde forbeholdes diabetespasienter, og at overvekt og fedme burde møtes med folkehelseiltak.

I en fersk artikkel i Journal of Medical Ethics drøftes etiske aspekter ved bruk av semaglutid, som er virkestoffet i Ozempic og Wegovy (3). Forfatterne diskuterer de ofte tett sammenknyttede medisinske, sosiale og etiske sidene rundt spørsmålet om semaglutid bør tilbys dem som ønsker å gå ned i vekt, og går igjennom argumenter for og mot bruken.

Argumenter for

Forfatterne lister opp fire argumenter for bruk av semaglutid. For det første gir vektnedgang for pasienter med mye visceralt fett redusert risiko for alvorlige kardiovaskulære hendelser. Behandlingen gir dessuten mindre risiko enn fedmekirurgi, selv om bivirkningene ikke bør ignoreres. Det er mulig å avbryte behandlingen, til forskjell fra kirurgi. Medikamentet bør tilbys i det regulerte markedet, ellers vil dårligere kontrollerte semaglutidlignende medikamenter bli tilgjengelige, med økt risiko for skadevirkninger. Der det er etterspørsel, er det tilbud, om det er penger å tjene. Dårligere medikamenter er ofte rimeligere, noe som kan slå sosialt skjevt ut. Semaglutid forsterker motivasjonen til å holde sunn vekt og fremmer autonomi ved å fri personen fra problematisk overspising.

Argumentene mot

Forfatterne lister også opp fire argumenter mot bruk av semaglutid. For det

første er det knapphet på semaglutid for pasienter med diabetes type 2. Prinsippet bør være at behovet skal regulere prioriteringen, men i enkelte tilfeller kan behovet være størst for pasienter med vektrelaterte helseproblemer.

Semaglutid er dessuten ansett som en lettvinnt løsning. Det er relativt utbredt, hevder forfatterne, å se ned på medikamenter som løsning på vektproblemer. Dette kan henge sammen med synet på

fedme som resultat av slapp vilje. Medikamenter er også en enkel løsning for myndighetene. I stedet for å gjøre noe med de underliggende årsakene tilbys piller

mot problemet. Bruken kan forsterke kulturens fettfobiske perspektiv. Den som er overvektig etter å ha fått tilbud om semaglutid, kan bli anklaget for å velge overvekt – det er jo «bare» å ta en pille.

Mennesker med overvekt og fedme møtes med mye moralisme, også i helsevesenet. Det er et helseproblem i seg selv. Studier viser blant annet at mennesker med høy kroppsmasseindeks kvier seg for å oppsøke lege, og at underliggende sykdommer ikke avdekkes fordi alt tilskrives fedme (4). En nyansert diskusjon om semaglutid kan bidra til å tydeliggjøre kriterier for rangering av medisinske behov, evaluering av medikamenters nytte og avdekke fordommer og usaklige argumenter. ■

Berit Horn Bringedal

berit.bringedal@lefo.no

Berit Horn Bringedal er dr.polit., sosiolog og seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet.

Litteratur

- 1 Berg TJ. Ozempic, Wegovy og snart Mounjaro – slutten på de mislykkede slankekurene? Oslo universitetssykehus 9.1.2024. Lest 8.4.2025.
- 2 Skaanes BI. Diabetesforbundet mener: Ikke ta medisinen vår! Diabetesforbundet 2.4.2024. Lest 8.4.2025.
- 3 Ryan N, Savulescu J. The Ethics of Ozempic and Wegovy. J Med Ethics 2025; jme-2024-110374.
- 4 Brown A, Flint SW, Batterham RL. Pervasiveness, impact and implications of weight stigma. EClinicalMedicine 2022; 47: 101408.

Julie Didriksen

julie.didriksen@tidsskriftet.no

Norges første hjertetransplantasjon

Nr. 14/1984

I dag gjennomføres det noen titalls hjertetransplantasjoner i Norge i året, men en gang må være den første. I 1983 fikk en 22 år gammel kvinne transplantert et donorhjerter ved Rikshospitalet, og kasuistikken ble delt med Tidsskriftets lesere i nr. 14/1984. Artikkelen er skrevet av Tor Frøysaker, Harald Lindberg, Odd Geiran, Eivind Øvrum, Håkon Aune, Einfrid Åm-Holen, Svein Simonsen og Kolbjørn Forfang. Under følger et utdrag (Tidsskr Nor Lægeforen 1984; 104: 946–8).

Første hjertetransplantasjon i Norge

(...) Etter et betydelig planleggingsarbeid ble vår første hjertetransplantasjon utført 5/11–1983:

Pasienten var en 22 år gammel kvinne. Moren døde plutselig i ung alder, sannsynligvis av hjertearytmi. To søsken er friske. Hun var selv frisk inntil 1978, da skolelegen oppdaget ventrikulære ekstrasystoler som ikke fikk terapeutiske konsekvenser. Våren 1983 oppsto betydelig hjertesvikt. Sviktbehandling i sykehus i juni 1983 fjernet 10 kg ødemvæske. Senere oppsto et betydelig arytmiproblem. Til tross for behandlingsforsøk med etter hvert alle tilgjengelige antiarytmika enkeltvis og i forskjellige kombinasjoner, opptrådte i de følgende måneder i alt seks anfall med ventrikkelflimmer, alle vellykket konvertert. Det eneste som holdt henne noenlunde anfallsfri, var kontinuerlig intravenøs infusjon av lidokain, noe som førte til at hun var helt bundet til sykehusets overvåkingsavdeling i fem måneder. Det ble påvist betydelig forstørret hjerte med meget dårlig venstre ventrikkelfunksjon bedømt ekkokardiografisk. Da tilstanden ikke kunne kontrolleres på annen måte, og det lokale sykehus kjente til at Rikshospitalet forberedte transplantasjon, ble hun overflyttet til Medisinsk avdeling B til vurdering. Ved kombinert

høyre- og venstresidig hjertekateterisering inkludert angiografi og myokardbiopsi ble kardiomyopati diagnosen verifisert. Hennes kardiaale funksjon var meget dårlig med en lett pulmonal hypertensjon, lavt minuttvolum, middels mitralinsuffisiens, og venstre ventrikkels ejeksjonsfraksjon var 10 %. Prognosen ble ansett som meget dårlig, og hun fylte således kriteriene for hjertetransplantasjon (tab 1). Det ble ikke funnet kontraindikasjoner (tab 2) mot slik behandling. Pasienten reiste så tilbake til det lokale sykehus til fortsatt overvåking og lidokaininfusjon i påvente av operasjon.

5/11 1983 forelå en aktuell donor som oppfylte kriteriene for donasjon (tab 3) bortsett fra at alderen var i overkant. Det ble etter cerebral angiografi, som er nødvendig for å fastslå absolutt cerebral sirkulasjonsstans, også gjort kontrainjeksjon i aortaroten, som viste normale koronarkar. Denne prosedyre er nødvendig for å utelukke tidlig opptreden av koronarsklerose hvis donors alder er over øvre indikasjonsområde. Det forelå videre ABO-forlikelighet mellom resipient og donor, idet begge hadde blodtype o.

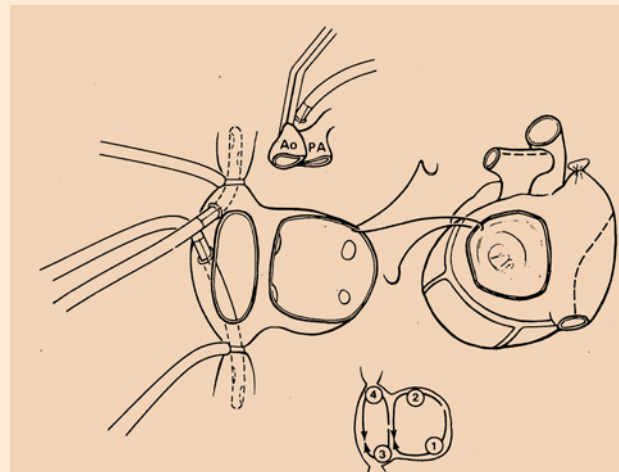
Pasienten ble transportert i fly til Rikshospitalet. Umiddelbart etter innkomsten ble det tatt blod til direkte forlikelighetsprøve mellom givers lymfocytter og pasientens serum (crossmatch). Dette for å utelukke lymfocytotoksiske antistoffer i pasientens serum.

Prøven var negativ og pasienten fikk umiddelbart etter at prøveresultatene forelå første dose immunsuppresjon med CyA peroralt og ble klargjort for operasjon.

I mellomtiden ble donors organer preservert etter retningslinjer utarbeidet ved Stanford University. (...) Preservering av donor tar sikte på å opprettholde stabilt og adekvat blodtrykk og hindre infeksjon. Respiratorbehandling og bronkialtoalett, væsketilførsel med flere liter oppvarmet Ringer-laktat og varme ulltepper var nødvendig. Laveste kroppstemperatur ble målt til 34 °C. Diabetes insipidus inntrådte ikke. Antibiotika

Tre måneder etter operasjonen reiste pasienten til hjemstedet. Almentilstanden og den kardiaale status var da utmerket

Figur 2–5. Faksimile, tilpasset av Tidsskriftet.



Figur 2 Resipienthjerter til venstre og donorhjerter til høyre klar for innsyng som starter med venstre atriesutur

Tabell 1 Indikasjoner for hjertetransplantasjon

Terminal hjertesykdom
a) Kardiomyopati
b) Koronar hjertesykdom
c) Klaffefeil
d) Medfødt hjertesykdom
Forventet levetid < 6 måneder
Alder 15–50 år

Tabell 2 Kontraindikasjoner for hjertetransplantasjon

Betydelig øket pulmonal vaskulær resistens
Pulmonal, cerebrovaskulær eller perifer vaskulær sykdom
Insulinkrevende diabetes mellitus
Aktivt ulcus pepticum
Irreversibel nyre- eller leversvikt
Malign lidelse
Akutt eller kronisk infeksjon
Psykisk instabilitet, alkoholisme, stoffmisbruk

Tabell 3 Kriterier for godkjennelse av donor

Opphevet hjernesirkulasjon (cerebral angiografi)
ABO-forlikelighet og negativ cross-match
Alder < 35 år
Tidligere frisk
Ingen tegn på infeksjon
Ingen hjertesvikt
Stabilt blodtrykk uten store doser inotrop medikasjon

Alt var så klart for innsyng av nytt hjerte

Tab 1–3. Faksimile, tilpasset av Tidsskriftet.

ble gitt som infeksjonsprofylakse. Klinisk kardial status, EKG og røntgen thorax var normalt.

Da alt var klart, ble pasient og donor bragt til to nabooperasjonsstuer i Kirurgisk avdeling A. Etter intubasjon og sternotomi ble hjerte-lunge-maskin tilkoblet resipienten. Donors thorax ble åpnet og hjertet innsisert og funnet i orden. Pasientens hjerte ble så fjernet med bibehold av mindre deler av begge atriene baktill. Aorta og lungearterien ble delt ved klaffenivå. Alt var så klart for innsyng av nytt hjerte.

Under fjerning av donors hjerte ble koronararteriene

perfunderet med kald kardioplegiopløsning, og hjertet deretter kjølt i kaldt vann (0–4 °C). Innsyngingen startet med venstre atrium (fig 2–5), deretter høyre atrium, så aorta og til slutt lungearterien. Ischemitid for donorhertet var 51 minutter. Etter ca. fem minutters perfusjon startet hjertet spontane kontraksjoner i sinusrytme, og etter halvannen times bruk av hjerte-lunge-maskin kunne denne kobles fra.

Etter operasjonen ble pasienten kjørt til egen intensivavdeling i steril isolasjon. Det var minimal blødning, og thoraxdren kunne fjernes etter syv timer, samtidig som hun ble

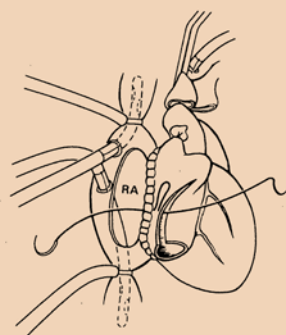
ekstubert. Pasienten ble holdt i streng isolasjon i 14 dager postoperativt, de to første døgn med intensiv overvåking, og deretter overflyttet til vanlig sykerom. Personell og besøkende måtte imidlertid bruke munnbind som infeksjonsprofylakse. De siste 14 dagene av oppholdet ble hun tillatt å ta spaserturer på sykehusområdet og i nærmeste omegn. Etter én måned i Rikshospitalet ble hun utskrevet til ukentlig poliklinisk kontroll.

Den postoperative immun-suppressive behandlingen fulgte regimet utarbeidet ved Stanford (...). Doseringen av CyA ble bestemt etter plasma

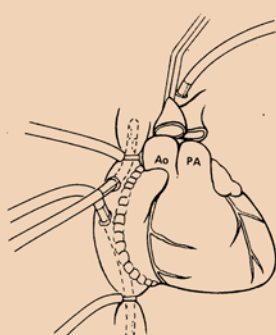
konsentrasjonsbestemmelse med anbefalt verdi mellom 100 og 300 ng/ml. Behovet for CyA ble etter dette klart mindre enn angitt i protokollen fra Stanford. En meget lett reaksjon 14 dager postoperativt ble behandlet med opprettholdelse av prednisolondosen i én uke, dvs. ingen nedtrapping etter anbefalt skjema. Senere har det ikke vært reaksjonsproblemer.

Det eneste sikre tegn på reaksjon hos hjertetransplanterte pasienter behandlet med CyA er påvisning av lymfocytinfiltrasjon perivaskulært og interstitielt i vevsbiter fra hjertemuskulaturen. Hjerte-biopsi tas i lokalbedøvelse med innstikk i høyre vena jugularis interna. Biopsitomen (...) føres ned til høyre ventrikel under TV-gjennomlysning hvor det tas prøver fra ventrikkelseptum. Biopsitaking ble utført ukentlig de første åtte ukene, deretter hver 14. dag til tre måneder postoperativt. Senere er det planlagt biopsi etter seks måneder og ved hver årskontrull.

Tre måneder etter operasjonen reiste pasienten til hjemstedet. Almentilstanden og den kardiake status var da utmerket. Den videre kontroll skjer ved samarbeid mellom den lokale kardiolog og Rikshospitalet. Den vil, foruten vanlig kardiologisk undersøkelse, også omfatte biopsi av hjertemuskulatur og undersøkelser med henblikk på komplikasjoner forårsaket av immun-suppressiv behandling. (...) ■



Figur 3 Fortsatt innsyng med starten av høyre atriesutur



Figur 4 Atriene er suturert. Aorta og lungearterien gjenstår



Figur 5 Avslutningen av innsyngingen

Kåre Leikanger



Vårt strålende forbilde, gode læremester og kjære kollega er død, 87 år gammel. Føde- og gynekologisk avdeling i Arendal har mistet en av sine pionerer innen faget, men også et utrolig godt og reflektert med-menneske.

Kåre ble født i Volda i 1937. Etter å ha fullført skolegangen der, dro han til Basel for å studere medisin. Her traff han også sin kjære Marianne.

Han ble ferdig utdannet lege i 1966 og tok den norske tilleggsprøven i 1967. Han hadde sin turnustjeneste i Fredrikstad og sin distriktsturnus i Høyanger. I 1970 begynte han sin spesialisering i fødselshjelp og kvinnesykdommer i Fredrikstad. Fra 1971–73 arbeidet han i Sverige, og i 1973 i Basel. Deretter kom han tilbake til Volda som overlege og spesialist i kvinnesykdommer og fødselshjelp.

I 1982 var vi så heldige at han og familien flyttet til Arendal. Sammen med kollegaer startet han moderniseringen av avdelingen til det den er i dag. Han var en utrolig kunnskapsrik og faglig sterk overlege, med ambisjoner for avdelingen og medarbeiderne rundt seg. Sammen med sin gode kollega Arild Kloster-Jensen, som Kåre hadde jobbet med i Sverige, utviklet han lokale læringsmål for oss som startet i faget. Vi fikk en utrolig god opplæring, noe som også førte til utviklingen av retningslinjer for nasjonale opplæringsplaner for vår spesialistutdannelse. De var nyskapende innen overvåking av fødsler med CTG, bruk av ultralyd, samt operative metoder som laparoskopi.

Kåres pionerarbeid førte også til viktige nasjonale kurs i vaginal hysterektomi. Han hadde et nettverk av internasjonalt kjente fagfolk og frontfigurer, som han fikk til Arendal for nasjonale kurs og opplæring, senest i 2014. Kåre holdt fantastiske foredrag, og hans selvtegnede hefter om vaginal hysterektomi er rene kunstverk, men også svært pedagogiske og med mange gode operative tips.

I møte med pasienter og kollegaer var Kåre unikt til stede, og han viste en empati for kvinner og kvinnehelse som vi alle så og lærte av. Han var også en usedvanlig vennlig og snill person som spredde glede i hverdagen.

Vi kommer aldri til å glemme vårt forbilde, og vi er ham evig takknemlige!

Takk også til Marianne, Anne Sophie, Christoffer og Eric med familie, som lot oss *låne* Kåre til vårt fag!

Vi lover å følge ditt motto, Kåre: «Husk, evner forplikter.» Vi lyser fred over ditt minne. ■

På vegne av kollegaer ved Føde- og gynekologisk avdeling ved Sørlandet sykehus Arendal.

Jeanne Mette Goderstad, Astrid H. Liavaag

Svend Kristian Kibsgaard



Det var med vemod og sorg vi kolleger gjennom mange år mottok budskapet om at tidligere overlege Svend Kristian Kibsgaard ved Rana sykehus har gått bort. Han døde 27. mars, 87 år gammel. Etter endt spesialistutdannelse i generell kirurgi og ortopedi ved det daværende Regionsykehuset i Trondheim kom Kibsgaard tilbake til hjemlige trakter i overlegestilling på sykehuset vårt våren 1983. Snart ble han administrerende overlege for kirurgisk avdeling, som han styrte med myndig og ubyråkratisk hånd, slik det var mulig på den tiden. Vi husker hans evne til å skjære igjennom dersom det kom urimelige forslag fra fylkespolitikkerne, som sykehusene hørte inn under den gangen. Kibsgaard kunne da bruke hele sitt register av faglighet, naturlig autoritet og nordnorsk snert for å få det som han ville. Og ofte fikk han det, til beste for pasientene og sykehuset. Kirurgisk avdeling ble styrt med stø hånd, men aldri slik at han red kjepphester dersom det viste seg at ting ikke fungerte eller lot seg gjennomføre. Som klok leder tok han da rev i seilene, lot ting få løse seg under hånden så avdelingen kunne få seile videre i en god ånd.

Og god ånd er nok det vi aller mest tenker på og er takknemlige for fra Svend Kristian Kibsgaards tid som leder på Rana sykehus. Han hadde en uslitelig evne til å ta ting med en humoristisk og ofte grovt tilhugget replikk, som var treffende og inkluderende på én og samme tid.

Vi husker også Kibsgaard som en utrolig raus kollega. Det var aldri nei i hans munn om det var et faglig kurs vi ønsket å komme oss på. Og han gav oss full utgiftsdekning fra avdelingen. Om dette medførte vakansvakter som ingen andre kunne ta, ja, så stilte han opp og tok vakansen(e) selv. Som faglig leder var han også våken for nye ting i faget og innførte noe av dette selv, og ellers lot han oss få rom og muligheter til å ta dette inn i avdelingen.

Det var i det hele tatt et varemerke ved Kibsgaard og hans virksomhet både som leder og som fagperson at han aldri sparte seg selv. Vi visste at han trosset smerter fra egen sykdom og plager, men han møtte alltid på jobb og ofte til «ukristelige tider». Aldri sa han nei om vi stod fast med en pasient og ba om hjelp, om det så var midt på natten. Han hadde en særegen evne til å skjære igjennom og ta riktige avgjørelser også når det gjaldt vanskelige akutt-pasienter innenfor hele det kirurgiske feltet. I 2004 ble Svend Kristian Kibsgaard tildelt Kongens fortjenstmedalje i sølv for sin innsats.

Våre tanker går til Svend Kristian Kibsgaards hustru Bodil, som har stått som en bauta ved hans side gjennom arbeid og senere sykdom, og til alle de nærmeste i familien. I takknemlighet lyser vi fred over Svend Kristian Kibsgaards minne. ■

Ranveig Aspevik, Bente Hjelseth, Doris Pastow, Frode Ringheim, Stefan Dehof, Martin Heitmann, Christian Wiltsh, Michael Strehle, Ivar Hanssen, Morten Steen, Dag Johansen

Sverre Landaas



Tidligere klinikkssjef Sverre Landaas gikk bort 19. mars 2025, 79 år gammel.

Han ble utdannet lege ved Universitetet i Oslo i 1970. Etter turnustjeneste i Skien og Lindås kommune, gjennomførte han spesialistutdanning i medisinsk biokjemi ved Rikshospitalet og Diakonhjemmet, samtidig med doktorgradsarbeid ved Universitetet i Oslo. Han avla doktorgraden i 1978, og ble godkjent spesialist i 1980. Fra 1980 arbeidet han som overlege, og fra 1990 fram til 2002 som avdelingsoverlege. Fra 2002 var han avdelingssjef ved Klinisk kjemisk avdeling og senere klinikkssjef ved Laboratoriemedisinsk klinikk, Ullevål sykehus. Den siste tiden av sin yrkesaktive periode var han overlege ved Avdeling for medisinsk biokjemi på Oslo universitets-sykehus.

Gjennom sin lange karriere med lederfunksjoner ved Ullevål sykehus, satte Sverre mange tydelige spor. Han gjorde dette gjennom daglig ledelse, faglig og strategisk utvikling, anskaffelser av utstyr og systemer, omorganiseringer, innføring av ny informasjonsteknologi, rekruttering og veiledning av nye ansatte samt samhandling med de kliniske avdelingene og øvrige laboratorie-avdelinger på sykehuset.

Sverre var også svært aktiv i nasjonalt, nordisk og internasjonalt samarbeid. Han var formann i Norsk selskap for klinisk kjemi og klinisk fysiologi og i Norsk forbund for klinisk kjemi, samt president i Nordisk forening for klinisk kjemi. Han var redaksjonssekretær og deretter fagredaktør i *Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation*. En periode var han også formann i stiftelsen som eier tidsskriftet. Han var sterkt engasjert i arbeidet med systematisk kvalitetssikring av laboratorievirksomheten og var formann i styret for stiftelsen Norsk klinisk-kjemisk kvalitetskontroll, som kvalitetssikret analysemetoder på sykehusene. Sverre var en av initiativtakerne til opprettelsen av Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser (Noklus), en organisasjon som kvalitetssikrer alle laboratorieanalyser i Norge, fra hjemmetjenesten til spesialisthelsetjenesten, slik at pasientene kan stole på at de får et riktig prøvesvar. Sverre fikk Noklus sin hederspris første gang denne ble delt ut i 2002, og han var aktiv i organisasjonen frem til han ble pensjonert. Det er symptomatisk for den beskjedne personen han var at når vi skulle feire at vi hadde fått en avtale med Legeforeningen, Kommunenes sentralforbund og staten om etableringen av Noklus, kjøpte vi hver vår bolle og en cola, satte oss på en benk og snakket om hvordan vi skulle få dette til.

Mange av oppgavene Sverre tok på seg, krevde betydelig tålmodighet og utholdenhet, og hans måte å løse disse på ble også til inspirasjon og læring for andre. Vi husker Sverre som en lavmælt, men tydelig og alltid tilstedeværende kollega med godt humør og en smittende latter. ■

Jens Petter Berg, Olav Klingenberg, Sverre Sandberg, Lars Eikvar

Dag Magnar Soldal



Det var med stor sorg vi mottok beskjednen om Dag Magnar Soldals plutselige bortgang. Han døde 23. mars 2025, 71 år gammel.

Dag kom fra Norheimsund og studerte medisin i Bergen. Etter endt utdannelse flyttet han med familien til Sørlandet. Han hadde sin turnustjeneste ved Aust-Agder sentralsykehus (i dag Sørlandet sykehus Arendal) og var i Eiken kommune i distriktstjenesten. Med unntak av ett år i Hønefoss som militærlege, og ett år i Oslo som del av sin utdanning i revmatologi, bodde Dag med familien i Kristiansand.

Dag arbeidet noen år som *trygdelege*, men det er som revmatolog vi kjenner ham. Han var leder ved revmatologisk avdeling i Kristiansand i en periode med store omstillinger, og avdelingen ble etter hvert til revmatologisk seksjon under medisinsk avdeling. Som person, lege og leder var han kunnskapsrik, nysgjerrig, klok, tillitvekkende og stillfaren. Han var trygg og god, og han hadde en fin og lun humor. Det han sa var gjennomtenkt og tydelig. Selv om han ikke alltid sa så mye, ble det han sa alltid lyttet til.

Dag var en som gjorde mye i det skjulte. Han var ikke opptatt av egen ære, men hadde store ambisjoner for faget og avdelingen. Mens han var leder, ble Sørlandet sykehus sin innovasjonspris tildelt Revmatologisk avdeling to år på rad.

Han var en periode leder for Norsk revmatologisk forening, og han var en god og samlende leder. I fritiden var han engasjert i blant annet Søm kirke, og hans hjerte var særlig hos de som trengte en ekstra hånd. Helt fra barndommen viste han stort engasjement for andre. Han og noen kamerater startet misjonsklubb da han var i 10-årsalderen, og guttene samlet inn penger til mennesker i Asia. De siste årene var han en viktig støttespiller for Koshish, en nepalsk ideell organisasjon som jobber for å bedre forholdene for mennesker med psykiske lidelser i Nepal.

Gjennom livet slet Dag i perioder både med sykdom og skader, men han hadde alltid stor evne til å ta livet som det var og levde det fullt og helt fram til det siste.

Dag arbeidet ved revmatologisk poliklinikk inntil for ett år siden, de siste årene som senior.

Dag traff sin kjære Randi mens han studerte i Bergen. De fikk to flotte sønner, Eirik og Åsmund. Etter at Dag ble pensjonist, nøt han å tilbringe mer tid sammen med barn, svigerdøtre og barnebarn.

Han vil bli dypt savnet.

Våre tanker går til hans kjære Randi, Eirik og Åsmund, med familie. ■

På vegne av øvrige kolleger ved revmatologisk seksjon, Sørlandet sykehus og Norsk revmatologisk forening.

Inger Johanne W. Hansen, Solfrid Jaatun, Hanne Vestaby, Helle Bitter, Hege Høiberg, Glenn Haugeberg, Silje Watterdal Syversen, Maud-Kristine Aga Ljoså

Ph.d.-disputaser

Soffien Chadli Ajmi

Evaluating the impact of simulation-based interventions to improve acute stroke care. Utgår fra Det helsevitenskapelige fakultet, Stavanger Universitetssjukehus. Disputas 10.4.2025.

Bedømmelseskomiteé: Victoria Brazil, Bond University, Australia, Espen Saxhaug Kristoffersen, Universitetet i Oslo og Kristin Tønsager, Universitetet i Stavanger.

Veiledere: Martin Kurz, Hege Ersdal og Thomas W. Lindner.

Lisa Bjarkø

Cardiac morphology, function and circulation during postnatal transition in fetal growth restricted neonates.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 9.4.2025.

Bedømmelseskomiteé: Neil Patel, Royal Hospital for Children, Storbritannia, Anlaug Vatne, Stavanger Universitetssjukehus og Rune Svenningsen, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Eirik Nestaas, Drude Fugelseth, Guttorm Haugen og Torvid Kiserud.

Gernot Walter Ernst

Heart rate variability as a prognostic factor in patients with hip fractures.

Utgår fra Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo. Disputas 10.4.2025.

Bedømmelseskomiteé: Julian F. Thayer, University of California, USA, Anita L. Hansen, Universitetet i Bergen og Ida Gjervold Lunde, Universitetet i Oslo.

Veileder: Morten Rostrup.

Kristina Flor Galtung

A Prospective Trial for Examining Hematuria using Computed Tomography (PROTEHCT).

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 9.4.2025.

Bedømmelseskomiteé: Erik Skaaheim Haug, Universitetet i Bergen, Fredrik Jäderling, Karolinska Institutet, Sverige og Mona-Elisabeth Rootwelt-Revheim, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Erik Rud, Eduard Baco og Gunnar Sandbæk.

Marte Heide

Is radial extracorporeal shock wave therapy (rESWT), sham-rESWT or a standardised exercise programme in combination with advice plus customised foot orthoses more effective than advice plus customised foot orthoses alone in the treatment of plantar fasciopathy? A double-blind, randomised, sham-controlled trial.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 29.4.2025.

Bedømmelseskomiteé: Michael Kjær, Københavns Universitet, Danmark, Ida Svege, Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) og Gilbert Moatshe, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Aasne Fenne Hoksrud, Cecilie Røe og Jens Ivar Brox.

Atle Bråthen Pentz

Investigations on psychosis pathophysiology using mismatch negativity, genetics, imaging and cortical spheroids.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 11.4.2025.

Bedømmelseskomiteé: Dean F. Salisbury, University of Pittsburgh, USA, Mei-Hua Hall, Harvard Medical School, USA og Soili Marianne Lehto, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Torbjørn Elvsåshagen, Ole Andreassen og Unn Kristin Haukvik.

Sharline Riiser

Variation in depression care in general practice.

Utgår fra Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Disputas 25.4.2025.

Bedømmelseskomiteé: Patrik Midlöv, Lunds universitet, Sverige, Mette Brekke, Universitetet i Oslo og Line Iden Berge, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Sabine Ruths, Inger Haukenes, Valborg Baste og Tone Smith-Sivertsen.

Panagiotis Salvanos

The use of ultra-widefield fundus auto-fluorescence in the diagnosis and evaluation of retinal detachment and intraocular tumors.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 24.4.2025.

Bedømmelseskomiteé: Stela Vujosevic, San Guiseppe Hospital, Italia, Ragnhild Wivestad Jansson, Universitetet i Bergen og Ahmed Dheyaaldeen Dheyaaldeen, Universitetet i Oslo.

Veiledere: T.P. Utheim, M.C. Moe og R. Bragadóttir.

Mari Kathrine Sand

Cataract surgery and primary intraocular lens implantation in infants before 12 weeks of age.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 25.4.2025.

Bedømmelseskomiteé: Maria Kugelberg, Karolinska instituttet, Sverige, Olav Henrik Haugen, Universitetet i Bergen og Erik Torgeir Fosse, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Liv Drolsum og Olav Kristianslund.

Edvard Liljedahl Sandberg

Screening for atrial fibrillation: insights from the Norwegian Atrial Fibrillation Self-Screening Pilot Study.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 8.4.2025.

Bedømmelseskomiteé: Emma Svennberg, Karolinska Institutet, Sverige, Ole Christian Mjølstad, NTNU og Arnljot Tveit, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Jarle Jortveit, Sigrun Halvorsen og Dan Atar.

Silje Småbrekke

Associations of heart rate, cognitive function, and retinal vascular calibers with glomerular filtration rate (GFR) and age-related GFR decline in a healthy general population.

Utgår fra Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet. Disputas 7.4.2025.

Bedømmelseskomiteé: Bård Endre Waldum-Grevbo, Universitetet i Oslo, Cecilia Margaretha Montgomery, NTNU og Anne Dragøy Hafstad, UiT Norges arktiske universitet.

Veileder: Toralf Melsom.

Arne Mide Solbakken

Improving outcomes in rectal cancer patients requiring surgery beyond total mesorectal excision.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 24.4.2025.

Bedømmelseskomiteé: George J. Chang, The University of Texas, USA, Eva Angenete, Göteborgs universitet, Sverige, og Knut Magne Augestad, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Kjersti Flatmark og Stein Gunnar Larsen.

Pernille Kristina Bjerre Trent

Implementation of Sentinel Lymph Node Biopsy in Intermediate- and High-Risk Endometrial Carcinoma in South-Eastern Norway. Implications for health-related quality of life, cost-effectiveness and detection of metastatic lymph nodes.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 4.4.2025.

Bedømmelseskomiteé: Pernille Tine Jensen, Aarhus Universitet, Danmark, Henrik Falconer, Karolinska instituttet, Sverige og Ingvild Vistad, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Ane Gerda Z. Eriksson, Anne Cathrine Staff og Knut Reidar Wangen.

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**.

Allmennmedisin**STORD
KOMMUNE****Fastlegeavtale
Stord legesenter**

Kommunen er open for diskusjon om næringsavtale, fastlønna stilling eller andre alternativ ut frå søkjar sine ønske. Praksisen er sentralt lokalisert i moderne lokale, med elektroniske pasientjournal og eigne kvalitetssystem. Det er god drift, stabile arbeidss-tokkar og tilsette med lang erfaring. Les meir på Legejobber.no. Søknadsfrist 08.06.2025.



Legejobber

Anestesiologi

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.

UNIVERSITETS- LEKTOR I ANESTESI OCH INTENSIVVÅRD

förenad med anställning som
specialistläkare/överläkare

Ref nr: **PAR 2025/364**

Sista ansökningsdag: **2025-06-19**

För mer information se vår hemsida:

www.gu.se/omuniversitetet/aktuellt/lediga-jobb

Psykatri

Vi søker overleger i psykiatri/rus til Avdeling Sør
- lokalisasjoner er Harstad, Narvik og Senja



Avdeling sør har ca 180 stillinger, og består av; Senter for psykisk helse og rusbehandling Ofoten (Narvik) (DPS), Sør-Troms (Harstad) og Midt-Troms (Senja). Ved hver seksjon har vi ledig stilling for overlege. Det er mulig å jobbe på tvers av seksjoner, dersom ønskelig.

Vi kan legge til rette for digital jobbing etter avtale, med hjemmekontorløsning kombinert med tilstedeværelse.

Har du lyst til å være med å utvikle tilbudet vi gir til våre pasienter? Har du lyst å oppleve vakker natur, og hyggelige kollegaer i et godt arbeidsmiljø?



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVIESSU



Ved våre enheter tilbyr vi utredning, diagnostisering og behandling av psykiske lidelser og ruslidelser for pasienter over 18 år.

Avdeling sør ivaretar ansvaret for spesialisthelsetjenester innen psykisk helse og rus til befolkningen i Midt-Troms (6 kommuner), Ofoten (5 kommuner) og Sør-Troms (4 kommuner) med til sammen ca. 77 000 innbyggere over 18 år.

Regionen er et stort satsningsområde både for offentlig og privat sektor. I Narvik er det helt nytt sykehus hvor alle fagfelt er samlokalisert, og det skal bygges nytt psykiatri/rus for sentralsykehusfunksjonene i Tromsø.

Regionen har en vakker, storslått natur. Hvis du er opptatt av friluftsliv anbefales en stilling hos oss!

Utdanningskandidater i slutten av spesialiseringen vil også bli vurdert.

Det er ledig vikariat og faste stillinger.

For fullstendig utlysning, se våre nettsider eller Legejobber.no. Søknadsfrist: 15.06.2025

Kurs og møter**Velkommen til emnekurs på
Scandic Helsfyr i september****Ultralyd i allmennpraksis
- 19. og 20. september**

Kursleder: Andreas W. Fosmo og Nicolay B. Werner

Godkjent: Emnekurs 18 timer, ID 36798

Pris: 10 500 kr + dagpakke

**Gynekologi i allmennpraksis
- 19. og 20. september**

Kursleder: Marianne Natvik

Godkjent: Emnekurs 15 timer, ID 36731

Pris: 6500 kr + dagpakke

**Pediatri i allmennpraksis
- 21. og 22. september**

Kursleder: Tomas Nordheim Alme

Godkjent: Emnekurs 15 timer, ID 36804

Pris: 5500 kr + dagpakke

**Dermatologi i allmennpraksis
- 21. og 22. september**

Kursleder: Kristin Bergersen

Godkjent: Emnekurs 16 timer, ID 36838

Pris: 5500 kr + dagpakke

Se mer informasjon i Kurskatalogen på
Legeforeningen.no

**Vil du annonsere
for ditt kurs?**

Ta kontakt på
annonser@tidsskriftet.no

Tidsskriftet **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.**

**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)

Med fag og engasjement i sentrum



Anne-Karin Rime
President

AK Rime

Legeforeningen er Norges største medisinske fellesskap. For oss henger legers arbeidsforhold og god faglig kvalitet tett sammen. Det gir en bedre helsetjeneste.

Våren er alltid travel i Legeforeningen. Det er da de store yrkesforeningene holder årsmøtene sine og faglandsrådet går av stabelen, før det hele krones med landsstyremøtet i juni.

Oddetallsår er også valgår i Legeforeningen, og det er godt å se at både overlegene, leger i spesialisering, allmennlegene og de privatpraktiserende legene, har valgt gode og stødige ledere for foreningene sine de neste to årene. Jeg har også vært så heldig å få reise rundt i landet og besøke de ulike årsmøtene og kursene de holder. Det er alltid veldig hyggelig, lærerikt og sosialt å møte flotte tillitsvalgte fra alle grener i foreningen vår.

Noe som er ekstra gøy, er at faglandsrådet virkelig har funnet formen sin. Faglandsrådet arrangeres en gang i året og setter faget i sentrum. Faglandsrådet løfter og videreutvikler faget gjennom faglige innlegg, diskusjoner og vedtak. I år var det det åttende faglandsrådet i rekken, og 76 delegater fra de 46 fagmedisinske foreningene var representert. Hvor er de fagmedisinske foreningene i 2040? Dette ble diskutert, samt en god debatt om helseberedskap. Medisinsk kunnskap er en avgjørende ressurs i alle kriser, uansett om det gjelder pandemi, naturkatastrofe eller krig. Erfaringene fra koronapandemien viste hvordan fagmiljøene, og særlig de fagmedisinske foreningene, bidro med retningslinjer, veiledere og prioriteringskriterier i et nasjonalt beredskapsarbeid.

Legeforeningens styrke ligger i samspillet mellom fag, politikk og organisasjon. Vi er en fagforening som jobber for at medlemmene skal ha gode lønns- og arbeidsvilkår, og vår fagmedisinske akse, sammen med lokalforeningene, gjør oss til en komplett profesjonsforening. Dette gjør Legeforeningen helt unik. For oss henger legers arbeidsforhold og god faglig kompetanse og kvalitet tett sammen. Dette mener vi gir en god helsetjeneste for alle.

Derfor var det viktig og riktig at den fagmedisinske aksene ble styrket med et eget fagstyre og faglandsråd tilbake i 2018. Og hvis vi løfter blikket og ser utover våre egne landegrenser, så er det tydeligere enn noen gang at vi må verne om faget vårt, forskning akademisk frihet. Faglandsrådet er en sentral arena for å sikre at utviklingen går i riktig retning, og at leger får muligheten til å påvirke fremtidens helsetjeneste.

Som nevnt er våren travel i Legeforeningen, men det er også da det virkelig blir tydelig hvor mye engasjement som bor i foreningen vår. Som president gjør det meg både glad og stolt. Jeg vil rette en stor takk til alle dere som engasjere dere. Som står opp for legene og pasientene hver eneste dag. Den utrettelige innsatsen dere legger ned er helt uvurderlig for Legeforeningen og helsetjenesten. Dere er vår aller viktigste ressurs. ■

Ønsker å gjenopplive den norske sosialmedisinske tradisjonen

Emma Lengle er lege og forsker innen sosialmedisin. Sammen med kollegaer ved Universitetet i Oslo er hun med å arrangere en konferanse i sosialmedisin.

Konferansen har fått navnet «European Conference on Social Medicine», og arrangeres fra 20. til 22. juni.

– Dette er første gang vi arrangerer denne konferansen, og målgruppen er helsepersonell i hele Europa. Målet er å etablere en europeisk plattform som arrangerer konferansen ulike steder annen hvert år. Og selvfølgelig bygge nettverk for å støtte hverandre i arbeidet med helse og rettferdighet, sier Emma Lengle.

Hun er lege og har en master i folkehelse fra Harvard. I tillegg er hun stipendiat og forsker på sosial ulikhet i helse. Lengle forklarer at i sosialmedisin forstår man politikk som noe som former helse, og at helse dermed må være i kjernen av hvordan man utformer politikk.

– Sosialmedisin handler om hvordan sosiale og politiske faktorer påvirker helse, både på befolkningsnivå og individnivå. I norsk sammenheng har vi ofte fokusert på hvordan velferdsstaten kan bidra til bedre eller verre helseutfall, og sosialmedisin sto sterkt i utformingen av velferdsstaten på 40-, 50- og 60-tallet, forklarer Lengle.

Ulikhetene øker

Hun mener det er et økende behov for en tydelig sosialmedisinsk stemme i samfunnsdebatten, spesielt i lys av pandemien og den politiske debatten rundt helse.

– Vi ønsker å gjenopplive den norske sosialmedisinske tradisjonen. Vi lever i en tid der ulikhetene øker, og der velferdstjenester vi har kjempet frem står under angrep. Vi skal ikke lenger enn til NHS i England for å se en helsetjeneste i fritt fall, og vi beveger oss også mot et todelt helsevesen her hjemme. Sosialmedisinere kan bidra til å påvirke systemene rundt helsetjenester til å bli mer rettferdig og ivareta sårbare grupper, og samtidig stå støtt i debatter om helse, kjønn og sosiale rettigheter, sier Lengle.

Skal ut i felt

Første del av konferansen er besøk i felt til Helsesenter for papirløse og Gatestemmer, en guidet byvandring i Oslo der guidene deler historier fra sine liv som ofte har handlet mye om rus.



Lege og forsker: Emma Lengle er utdannet lege fra Universitetet i Oslo og har en master i folkehelse fra Harvard. I tillegg er hun stipendiat og forsker på sosial ulikhet i helse. Foto: Privat

– Kunnskapen til de med opplevd erfaring av sykdom er selve grunnsteinen i sosialmedisin. Sosialmedisinere er ofte leger som jobber tett med utsatte grupper. I Norge er narrativet at de aller fleste har tilgang på helsetjenestene de trenger, men lytter man til marginaliserte pasientgrupper, inkludert papirløse migranter eller personer med rusmiddelavhengighet, lærer man at virkeligheten er en annen. Derfor er det viktig at vi også kommer oss ut i felt, sier Lengle, og refererer til noe som ofte kalles for «det nordiske paradoks»: Nemlig at vi har større ulikhet i helse her enn i mange andre land i Europa.

– Fordi det på et overordnet nivå går bra, så er det lett å overse de store forskjellene på individnivå, påpeker hun.

– Konferanseprogrammet inneholder bolker om samspillet mellom helse og

nye politiske strømninger i Europa, global helse, avkolonisering, folkemordet i Gaza, transmedisin, rasisme og rus, klima og rettferdighet, og helseaktivisme for en sunnere, mer rettferdig fremtid, sier Lengle og påpeker at de ønsker å bygge et fagmiljø som kan diskutere og forstå de store sosiopolitiske utfordringene i Norge, Europa og verden.

– Rett og slett en faglig trygg stemme i urolige tider. Vi står i flere store kriser nå, med klima, kriger i verden, hvem som får makt og hvordan det påvirker fordelingen av helse i befolkningen. Derfor er det viktig å ha fokus på hvordan vi bygger helsefremmende samfunn, avslutter Lengle. ■

Vilde Baugstø

vilde.baugsto@legeforeningen.no

Grunnutdanningsprisen: – Studentene inspirerer meg

Lege og klinisk doktorgradstipendiat David Hui (30) ved Universitetet i Oslo er tildelt Legeforeningens pris for beste undervisning i medisinsk grunnutdanning.

Med hele syv nominasjoner fra både studenter og kolleger, fremheves Hui som en engasjerende, tilgjengelig og nyskapende underviser som gjør faget levende og relevant for medisinstudentene.

– Jeg er veldig ydmyk, stolt og takknemlig for å bli tildelt grunnutdanningsprisen. Jeg er spesielt stolt over at jeg er tidenes yngste prisvinner, den første fra Universitetet i Oslo og den første med innvandrerbakgrunn, sier Hui.

Han underviser i øre-nese-halssykdommer på fjerde studieår og omtales i nominasjonene som en strålende formidler og et høydepunkt i studiet. Studentene trekker særlig frem hans evne til å gjøre undervisningen pasientnær og engasjerende, og beskriver forelesningene som en akademisk reise preget av refleksjon, struktur og dialog.

– Medisinstudentene inspirerer meg med spørsmål og refleksjoner. En prosedyre som kan være en selvfølge for meg, er ikke nødvendigvis det for dem. Derfor er det min jobb å forklare på en enkel og forståelig måte, smiler Hui.

Prisvinner: David Hui (30) er tidenes yngste prisvinner av grunnutdanningsprisen.
Foto: Thomas B. Eckhoff/Legeforeningen



Et forbilde for morgendagens leger

Gjennom blant annet podcaster, e-læringsressurser, Kahoot og Mentimeter, skaper han en trygg arena der studentene deltar aktivt og utfordres faglig. Undervisningen hans er både systematisk og inkluderende, og han får ros for å se studentene som hele mennesker, ikke bare som fremtidige fagpersoner.

– Jeg er opptatt av at medisinstudentene skal utvikle seg som mennesker. Det viktigste en foreleser kan gjøre, er å være til stede og vise at man bryr seg. Man kommer langt med et hei og et vennlig smil, sier han – og legger til at han gjerne lærer seg studentenes navn.

Hui opplever det som en særlig anerkjennelse at han er blitt nominert av både studenter og kolleger:

– Jeg ser på dette som en bekreftelse på at jeg betyr noe for medisinstudentene og at jeg gjør noe riktig. Det gir meg motivasjon til å utvikle meg videre, faglig og pedagogisk, sammen med studentene.

Med grunnutdanningsprisen ønsker Legeforeningen å løfte frem fremragende undervisere og rollemodeller i medisinstudiet. Med sin kombinasjon av faglig tyngde, pedagogisk nytenkning og oppriktig studentengasjement, fremstår David Hui som et forbilde, både for studenter og for leger som underviser.

– Jeg håper jeg kan være med på å motivere flere leger til å undervise. Uten leger som underviser, vil vi i ytterste konsekvens ikke ha leger til å behandle morgendagens pasienter, sier prisvinneren.

Legeforeningen gratulerer! ■

Ingrid Rise Fry

ingrid.rise.fry@legeforeningen.no

Få støtte til lederutdanning: Søk sentralstyrets stipend

Er du en aspirerende leder? Nå kan du søke om et stipend på 30 000 kroner fra sentralstyrets lederstipend.

Gjenom budsjettvedtak er det bevilget kr 60 000 til lederutdanning for tillitsvalgte som tar formalisert/studiepoenggivende lederutdanning. Det deles ut to stipend à kr 30 000.

• For å kunne motta lederstipend må utdanningen minst være 30 studiepoeng.

• Søknaden må inneholde et personlig søknadsbrev, søkers CV, en beskrivelse av den aktuelle lederutdanningen, hvilket beløp det søkes om og en konkret og detaljert oversikt over hvilke utgifter som ønskes dekket gjennom stipendet.

• Stipendet skal fortrinnsvis gå til yngre leger som ønsker å ta lederutdanning.

• Søknaden vil ikke bli vurdert dersom søker allerede har blitt tildelt lederstipend fra Utdanningsfond i samme år.

• Sentralstyret vurderer søknadene og tildeles stipendier.

• Det er en forutsetning at søkeren har hatt tillitsverv over lengre tid (to år). Medlemmer av sentralstyret, medlemmer av styrene i avdelingene, yrkesforeningene, fagmedisinske foreningene, spesialforeninger og andre organer i Legeforeningen, samt tillitsvalgte etter hovedavtalene, kan søke. Også medlemmer som har verv i faglige organer kan søke (spesialitetskomiteer mv.).

• Bekreftelse på gjennomført kurs/utdanning fremlegges og rapport avgis ved fullføring

• Utgifter må dokumenteres med originalbilag

• Stipendet må anvendes innen ett år fra tildelingstidspunkt.

Utbetalingen av stipend innberettes som trekkfri utgiftsgodtgjørelse fra Legeforeningen. Utbetalingen medfører ikke skatteplikt for mottaker forutsatt at det dokumenteres overfor skattemyndighetene at beløpet er utgifter knyttet til utdanningen. ■

Søknadsfrist er den 5. juni 2025.

Du finner søknadsskjema på legeforeningen.no

Øydis Rinde Jarandsen

oydis.rinde.jarandsen@legeforeningen.no

– Relasjonene våre er viktige for lange og friske liv

Hva skjer med helsa når man løfter livskvaliteten til folk? Dette temaet opptar Maja Eilertsen som forsker på livskvalitet ved Folkehelseinstituttet.



Forsker på livskvalitet: Maja Eilertsen mener noen samfunnstrenger jobber imot oss.
– Det er for mye individfokus, sier hun. Foto: Privat

Eilertsen er spesialist i samfunnsmedisin og ph.d.-stipendiat ved Folkehelseinstituttet (FHI). Her er hun 75 prosent forsker og 25 prosent seniorrådgiver i instituttets livskvalitetsgruppe. Bak seg har hun mange år som fastlege.

– Det var ofte litt utilfredsstillende å jobbe som fastlege fordi jeg følte at jeg prøvde å lindre symptomene på samfunnsskapt sår. Jeg så at folks helseplager ofte hang sammen med dårlige levekår, vanskelige liv, mye belastninger, dårlige relasjoner og utenforskap. Jeg begynte å spesialisere meg i samfunnsmedisin, og etter hvert tenkte jeg: Hva skjer med helsa hvis man løfter livskvaliteten til folk? Det var bakgrunnen for at jeg fantet interesse for å forske på dette temaet, forteller hun.

Investere i hverdagsglede

– Å investere i hverdagsglede kan kanskje oppfattes som selvfølgeligheter og kan høres litt banalt ut. Men vi ser jo at folk ofte er litt faste i et mønster med skjermtid, tidsklemme, fokus på prestasjon, status, eller utseende. Vi gjør rett og slett for lite av det som gjør oss godt; investere i gode relasjoner, være tilstede i øyeblikket, la oss oppsluke fullt og helt av en aktivitet, være ute i naturen, være fysisk aktiv. Det er helt intuitivt at dette er bra for oss, men vi gjør det jo alt for lite, påpeker Eilertsen, og legger til:

– Gjør vi noe som får oss til å føle oss bra, så skiller vi ut viktige hormoner og nevrotransmittorer som har stressdempende effekter. Det er denne fysiologiske sammenhengen som gjør at vi blir friske-re og lever lengre hvis vi prioriterer rela-

sjoner og aktiviteter som er bra for oss, og har livsbetingelser som gjør at vi kan leve gode liv.

Eilertsen mener mye handler om stress, og da stress i et bredt perspektiv, ikke bare å ha dårlig tid, men å ha belastninger i livet.

– Stresset henger sammen med at vi ikke får dekket våre grunnleggende menneskelige behov for tilhørighet, trygghet, å kunne bidra, og å bety noe for noen. Dekkes ikke de behovene, så settes stressresponsystemet i gang, understreker hun, og tilføyer:

– Dette er jo gammel og velkjent kunnskap, men det er overraskende hvor lite leger tar denne kunnskapen i bruk i møte med pasienter.

Fastlegene er nøkkelen

Eilertsen mener noen samfunnstrenger jobber litt imot oss. Det er for mye individfokus. Vi skal jobbe for selv å fungere optimalt, mens vi kanskje heller burde fokusere på hvordan vi kan lage gode fellesskap.

– Det er viktig å skape gode, trygge relasjoner med andre; å føle seg som del av et miljø, en del av en gruppe; det å høre til i dette nabolaget, eller på denne arbeidsplassen. Her tror jeg vi beveger oss i feil retning, og det synes jeg er litt skummelt, påpeker hun, og sier videre:

– Det føles stigmatiserende å være såpass sårbar at man sier: «Kan jeg få være sammen med dere?». Den sitter langt inne for de fleste. Vi må bli flinkere som samfunn til å lage gode møteplasser og invitere folk inn i ulike typer fellesskap.

I Eilertsens ph.d.-forskning ser hun på effektene av kurset *Hverdagsgledekurset* som tilbys av frisklivssentralene eller andre kommunale tjenester.

– Frisklivssentralene er viktige, og mener de når den målgruppen som de er ment å nå, altså dem som trenger det mest. De når ut til dem som er isolerte, er utenfor arbeidslivet og som har helseplager. Men jeg tror også nøkkelen er fastlegene. Jeg brenner veldig for dette temaet og ønsker å formidle til fastleger og annet personell at her har vi ganske enkle, men effektive grep for pasienter helt på tvers av diagnoser. Fastlegene kan henvi-

se pasientene til frisklivssentralene, det er veldig enkelt. Her mener jeg det er et kjempepotensiale, understreker hun, og legger til:

– Dessverre har man begynt å legge ned en del frisklivssentraler fordi kommunene ikke har penger til å drive dem, og det ikke er en lovpålagt tjeneste. Det er jeg veldig bekymret for.

Enkle, men effektive grep

Eilertsen forteller videre at på Primærmedisinsk uke og Nidaroskongressen holdes det et kurs som heter *Fra diffusitass til råttass*. Dette er et kurs om livskvalitet og hverdagsglede til bruk for fastleger. På kurset gis det mye grunnleggende kunnskap, men også praktiske tips til hvordan man kan snakke med pasienter om dette, og hva man har å spille på i kommunene.

– De fleste fastleger har sikkert sett i sin praksis at folk blir friskere hvis de synger i kor, er ute i naturen eller er fysisk aktive. Det å engasjere seg, føle at man bidrar og er til nytte, gjør at man blomstrer.

– På fagspråket så har vi et begrep som heter «mattering». Vi har ikke noe godt ord for det på norsk, men det betyr å føle seg betydningsfull og verdsatt, noe som ligger som et grunnleggende behov i oss mennesker. Vi trenger å føle at vi er til nytte for andre.

– Som samfunn må vi bli flinkere til å lage gode møteplasser, og invitere folk inn i ulike typer fellesskap

Maja Eilertsen. Samfunnsmedisiner og ph.d.-stipendiat

Sosial ulikhet

Maja Eilertsen brenner for å utjevne sosial ulikhet. Hun påpeker at ulikhetsdebatten ofte er knyttet til fattigdom, og at vi må løfte de som er nederst fordi de har de største helseproblemene.

– Det er jo viktig, men jeg er opptatt av at ulikheten handler om forskjellen mellom de som er på bunnen og de som er på toppen. Forskning viser at hvis forskjellen blir for stor, så blir det et veldig hierarkisk samfunn hvor det lønner seg å trække på hverandre for å komme høyere opp i hierarkiet, eller i hvert fall for ikke å synke nedover. Det blir et veldig fokus på status, og at du skal fremme deg selv som individ. Dette ødelegger for den fellesfølelsen som vi alle trenger for å ha det bra.

– For at et samfunn skal kunne fungere godt, er det grunnleggende at vi har medfølelse med hverandre, at vi står sammen og ser på hverandre som del av



Treningssuksess: Maja Eilertsen har vært med på å sette i gang en gratis treningsgruppe i sitt nabolag. De møtes to ganger i uken i parken for å trene. Foto: Privat

samme flokk. Det er en politisk debatt også selvfølgelig, men jeg tenker at så lenge vi vet at dette er helseskadelig, så er det fint at også vi medisinske engasjerer oss i denne typen politiske spørsmål.

Eilertsen påpeker at alle ønsker seg et godt liv for seg selv og sine nærmeste.

– Vi kan se på det som litt todelt. Det ene er at vi må ha gode nok livsbetaingelser slik at vi slipper å leve i fattigdom. Og det andre er at vi både som samfunn og individ kan legge til rette for at vi kan engasjere oss i livskvalitetsfremmende aktiviteter. Det kan være at kommuner legger til rette for møteplasser, arenaer for fysisk aktivitet, og mulighet til å bli med på ting som ikke koster så mye. For å ha god livskvalitet er det også avgjørende å ha en livsrytme som ikke er så heseblesende at alt går på autopilot slik at man ikke rekker å trekke pusten og være til stede i eget liv.

Treningsgruppe i nabolaget

Maja Eilertsen har vært med på å sette i gang en gratis treningsgruppe i sitt nabolag. De møtes to ganger i uken i parken for å trene. Det har vært en kjempe-suksess. Nå er de over 400 deltakere i en Facebook-gruppe, og i 2024 registrerte de over 100 ulike deltakere på treningen. Så langt i år har flere nye deltakere kommet til.

– Det er jo helt fantastisk. For meg er det en måte å gi på, og en måte å være aktiv og sammen med andre. Men selv om mye fysisk aktivitet er gratis, så er det ofte økonomiske barrierer, og særlig hvis man ønsker å høre til i et fellesskap. Man kan gå i skogen selv, men hvis man har lyst til å være med i en turgruppe så kan det jo hende at det koster penger, sier hun.

Livskvalitet inn i medisinstudiet

Livskvalitetsforskning har tradisjonelt vært et fag som psykologer, samfunnsforskere og filosofer har engasjert seg i. Samtidig kommer det stadig ny evidens på hvordan livskvalitet også påvirker fysiologien og somatisk helse. Allikevel føler Maja Eilertsen på at hun ikke helt får med meg legene.

– I medisinen er det egentlig ikke tradisjon for å se på livskvalitet som en del av forebygging og behandling. Som lege er jeg ganske alene i dette forskningsmiljøet, og har et høyt ønske om å bygge en bro mellom psykologien og medisinen på dette området. I flere land har det nå utviklet seg en retning som de kaller positiv helse – positive health. Det er kanskje et begrep som ikke gir så god gjenklang på norsk, men vi er noen i Norge nå som ønsker å lage et «positiv helse»-miljø. Nå planlegger vi et kurs, Rosendalskurset, som er et kurs på tvers av alle legespesialiteter og skal handle om positiv helse. På kurset kommer internasjonale eksperter på dette området som skal lære oss hvordan vi kan bruke dette i pasientbehandlingen.

Etter planen skal Maja Eilertsen være ferdig med sin ph.d. i desember. Hva hun skal jobbe med etter det er hun litt usikker på.

– Det hadde vært fantastisk om noe av det jeg forsker på hadde kommet inn i medisinnutdanningen. Så får vi se hva slags muligheter som dukker opp, avslutter hun. ■

Lisbet T. Kongsvik

lisbet.kongsvik@legeforeningen.no

Gjenvalgt som ledere for overlegene, leger i spesialisering og privatpraktiserende spesialister

Under yrkesforeningenes årsmøter ble Ståle Clementsen, Ingeborg Henriksen, og Yngvild Skåtun Hannestad gjenvalgt som ledere av henholdsvis Overlegeforeningen (Of), Yngre legers forening (Ylf) og Praktiserende spesialisters landsforening (Psl).



Of-leder: Ståle Clementsen.
Foto: Thomas B. Eckhoff / Legeforeningen

Ståle Clementsen går nå inn i sin tredje periode som leder.

– Tusen takk for tilliten. Det er et stort privilegium å få fortsette som leder for Overlegeforeningen. Vi står midt i en krevende tid for spesialisthelsetjenesten, og jeg ser frem til å fortsette arbeidet med å styrke overlegenes rolle i norske sykehus, sa Clementsen da han ble valgt.

Må få nødvendig autonomi

Of-lederen brukte anledningen til å advare mot konsekvensene av dagens arbeidspress og styringslogikk i sykehusene.

– Det haster å endre arbeidsforholdene til landets overleger. Mange føler seg presset inn i et system der kontroll og byråkrati overstyrer faglig skjønn. Overlegene er blant de viktigste bærebjelkene i sykehusene, men de er ikke udødelige. Både sykehusdirektører og norske politikere må slutte å ta dem for gitt hvis de ønsker å beholde dem i det offentlige, sa han og la til:

– For å sikre rekruttering, pasientsikkerhet og kvalitet i behandlingen, må overlegene få en arbeidshverdag med reelt ansvar og nødvendig autonomi. Hvis ikke, vil stadig flere søke seg bort. Det har vi ikke råd til.

Skal jobbe for et godt arbeidsliv

Ingeborg Henriksen var eneste kandidat til ledervervet i Ylf, og ble valgt med stor akklamasjon av landsrådet.

– Tusen hjertelig takk for tilliten. Det har vært utrolig morsomt å få bruke kunnskapen som tillitsvalgt og styremedlem i snart seks år. Jeg gleder meg til å fortsette å jobbe sammen med dere for at vi skal ha gode lønns- og arbeidsvilkår og et godt arbeidsliv. Tusen takk, sa Henriksen fra scenen.

Ingeborg Henriksen har vært Ylf-leder i perioden 2023–2025. Før dette har hun også vært nestleder og styremedlem. Hun har også sittet i Legeforeningens sentralstyre siden 2023. Henriksen spesialiserte seg i generell indremedisin og nyresykdommer.

Ylf-leder: Ingeborg Henriksen.
Foto: Thomas B. Eckhoff / Legeforeningen



– Ikke et supplement

Også Skåtun Hannestad går inn i sin andre periode som Psl-leder.

– Jeg er takknemlig for tilliten, og ser frem til å fortsette arbeidet med å styrke avtalespesialistordningen, og sikre gode rammevilkår og arbeidsforhold for både avtalespesialister og helprivate spesialister over hele landet, sier Skåtun Hannestad.



Psl-leder: Yngvild Skåtun Hannestad.
Foto: Thomas B. Eckhoff / Legeforeningen

Den gjenvalgte Psl-lederen trekker frem at avtalespesialistene spiller en sentral rolle i helsetjenesten, og at denne rollen må tydeliggjøres i møte med helsepolitiske prioriteringer:

– Fremover blir det viktig å bidra enda mer aktivt inn i arbeidet med å sikre forutsigbare og bærekraftige rammer for avtalespesialistordningen. Vi skal jobbe for å vise at vi ikke er et supplement, men en integrert og nødvendig del av den offentlige spesialisthelsetjenesten. ■

Tor Martin Nilsen

tor.martin.nilsen@legeforeningen.no

Vilde Baugstø

vilde.baugsto@legeforeningen.no

Nye styrever i Allmennlegeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin

Under årsmøtet til Allmennlegeforeningen ble Hans-Christian Myklestul valgt som leder. Norsk forening for allmennmedisin sin nye leder heter Torgeir Hoff Skavøy.



Allmennlegeforeningens nye styre for 2025–2027:

Leder: Hans-Christian Myklestul

Nestleder: Else Worren Nygård

Styremedlemmer: Torstein Sakshaug, Vanja Poppe Skipenes, Bernhard Holthe, Elin Tora Hoel, Rune Burkeland Matre, Randi Hauge Tengesdal.

Nytt Af-styre:

Fra venstre: Else Worren Nygård, Torstein Sakshaug, Bernhard Holthe, Randi Hauge Tengesdal, Hans-Christian Myklestul (leder), Vanja Poppe Skipenes, Elin Tora Hoel, Rune Burkeland Matre
Foto: Legeforeningen / Ingrid Rise Fry



Det nye styret i Norsk forening for allmennmedisin 2025–2027:

Leder: Torgeir Hoff Skavøy

Nestleder: Øyvind Stople Sivertsen

Styremedlemmer: Christina Stangeland Fredheim, Morten Munkvik, Torstein Nakling, Elisabeth Stura, Katrina Tibballs, Lise Zimowski Johansen, Jørgen Breivold, Atal Faizi.

Nytt NFA-styre:

Fra venstre: Atal Faizi, Jørgen Breivold, Torgeir Hoff Skavøy (leder), Morten Munkvik, Katrina Tibballs, Øyvind Stople Sivertsen, Christina Stangeland Fredheim og Elisabeth Stura (ikke på bildet er Torstein Nakling og Lise Zimowski Johansen). Foto: Legeforeningen / Kristin Alfhei

Nyvalgt leder i Allmennlegeforeningen, Hans-Christian Myklestul, takket salen for tilliten:

– Jeg ser fram til å ta fatt på oppgaven som leder for så mange flinke, hyggelige og engasjerte kollegaer og tillitsvalgte. Framover må vi jobbe med stabilisering av fastlegeordningen og sikre arbeidstidsvern på legevakt. Videre må vi inkludere allmennleger som jobber på sykehjem, legevakt og helsestasjon i større grad enn det vi har klart. Samarbeidet med NAV, Helfo og statsforvalterne må videreutvikles gjennom dialog og forståelse. Sist, men ikke minst: Vi har hatt et godt samarbeid med Norsk forening for Allmennmedisin og sekretariatet. Det skal vi videreføre!

Lange tradisjoner

Også Torgeir Hoff Skavøy takket for tilliten fra scenen. Han uttrykte at det var en stor ære å bli valgt som leder av den største fagmedisinske foreningen i Legeforeningen.

– Foreningen har lange tradisjoner som skal ivaretas. Disse skal foredles, samtidig som foreningen må fornye seg og stadig være relevant for medlemmene. Endringer i politiske rammer, teknologisk utvikling og demografiske endringer skaper nye premisser for hvordan allmennmedisin kan og skal utøves, sa Skavøy.

– Sammen med et faglig sterkt styre er det utrolig motiverende å få være med på å forme denne utviklingen til det beste for norsk allmennmedisin, uttrykte den nyvalgte lederen. ■

Ingrid Rise Fry

ingrid.rise.fry@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 fagfellelvurdering av vitenskapelige manuskripter. Mer informasjon om deres bakgrunn finnes på tidsskriftet.no.

Abedini, Sadollah	Høye, Sigurd	Sorteberg, Angelica
Andersen, Mette	Høymork, Siv Cathrine	Spigset, Olav
Andreassen, Ole A.	Haavardsholm, Espen	Staff, Annetine
Ausen, Kjersti	Ihle-Hansen, Hege	Stray-Pedersen, Asbjørg
Bachmann, Ingeborg Margrethe	Jacobsen, Anne-Synnøve	Sundsford, Arnfinn S.
Bakken, Inger Johanne	Jacobsen, Geir Wenberg	Søreide, Kjetil
Bartnes, Kristian	Joakimsen, Ragnar	Thommessen, Bente
Beisland, Christian	Johansen, Rune	Tjønnfjord, Geir E.
Berg, Siri Fuglem	Johansen, Truls E. Bjerklund	Trong-Johansen, Lea
Berg, Tore Julsrud	Juel, Niels Gunnar	Ulvestad, Elling
Berild, Dag	Jørgensen, Anders Palmstrøm	Valeur, Jørgen
Berntsen, Erik Magnus	Koppernæs-Pinhol, Anna	Vallersnes, Odd Martin
Berntsen, Gro Karine Rosvold	Korvald, Christian	Vettrhus, Morten
Bjørner, Trine	Kran, Anne-Marte Bakken	Vistad, Ingvild
Bramness, Jørgen Gustav	Kristoffersen, Målfrid	Viste, Kristin
Brantsæter, Arne Broch	Krohg-Sørensen, Kirsten	Wallenius, Marianne
Brattebø, Guttorm	Krohn, Jørgen Gitlesen	Wiseth, Rune
Braut, Geir Sverre	Kurz, Kathinka Dæhli	Wold, Cecilie Bendiksen
Brekke, Mette	Kvestad, Ellen	Wyller, Torgeir Bruun
Brethauer, Michael	König, Marton	Zahl, Per-Henrik
Brustugun, Odd Terje	Kørner, Hartwig	Øksengård, Anne Rita
Braarud, Anne-Cathrine	Lang, Astri M.	Ørstavik, Kristin
Bøhmer, Ellen	Lassen, Kristoffer	Øymar, Knut
Chaudhry, Farrukh Abbas	Lie, Anne Kveim	Aavitsland, Preben
Dietrichs, Espen	Lillebø, Kristine	
Døllner, Henrik	Løberg, Magnus	
Ebbing, Cathrine	Madsen, Steinar	
Ellingsen, Christian Lycke	Mahesparan, Rupavathana	
Eskild, Anne	Meisingset, Tore Wergeland	
Evjenth, Torbjørn Steensen	Melin, Erik	
Faiz, Kashif	Milivojevic, Jovan	
Farooqi, Saima	Myhre, Mia Cathrine	
Flottorp, Signe Agnes	Müller, Lil-Sofie Ording	
Flægstad, Trond	Myrstad, Marius	
Fredheim, Olav Magnus	Mørch, Kristine	
Fretheim, Atle	Nielsen, Rune	
Frøen, Hege	Nilsen, Kristian Bernhard	
Førnebo, Magne Vinjar	Nissen-Meyer, Lise Sofie H.	
Førde, Reidun	Nordbø, Svein Arne	
Gjevik, Elen	Nordøy, Ingvild	
Gradmann, Christoph	Nylenna, Magne	
Grimsrud, Tom Kristian	Paulssen, Eyvind J.	
Gulbrandsen, Pål	Paus, Benedicte	
Gulseth, Hanne Løvdal	Pihlstrøm, Lasse	
Gundersen, Joanna Majak	Pukstad, Brita Solveig	
Hagve, Tor-Arne	Raknes, Guttorm	
Hansen, John-Bjarne	Ranhoff, Anette Hylan	
Hasle, Gunnar	Rasmussen, Jørn Einar	
Haug, Jon Birger	Reed, Wenche	
Haugen, Trine B.	Reikvam, Håkon	
Haugaa, Kristina H.	Renaa, Therese	
Heldal, Anne Taraldsen	Retterstøl, Kjetil	
Helland, Åslaug	Revheim, Mona-Elisabeth	
Hem, Erlend	Risnes, Kari Ravndal	
Heyerdahl, Fridtjof	Risøe, Cecilie	
Hilt, Bjørn	Rogne, Tormod	
Hjartåker, Anette	Rosvold, Elin Olau	
Hjelmesæth, Jøran Sture	Ræder, Johan C.	
Hofmann, Bjørn	Rørtveit, Guri	
Holme, Øyvind	Salvesen, Kjell Åsmund	
Holmøy, Trygve	Sandboe, Maria Ilene	
Houge, Gunnar	Samersaw-Lund, Miriam May Brit	
Hovda, Knut Erik	Simonsen, Gunnar Skov	
Hunskår, Steinar	Skjold-Ødegaard, Benedicte	
Husebekk, Anne	Slagstad, Ketil	
Høye, Anne	Solberg, Steinar K.	

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 Idsøe

Digitaltsjef Einar Ryvarden

Markedssjef Ellen Bye Knutsen

Vitenskapelige redaktører

Siri Lunde Strømme, Kari Tveito

Publiseringsredaktør Tone Enden

Medisinske redaktører

Lars Frich, Petter Gjersvik, Inge Rasmus

Groote, Mette Kalager, Øyvind Stople

Sivertsen, Liv-Ellen Vangnes, Martine

Fimreite Wilhelmsen, Elena V. Aandstad

Produksjonssjef Berit Seljebotn

Visuelt ansvarlig Peder Bernhardt

Grafisk designer Henrik Hjorth Austad

Journalister Caroline Ulvin Johansson,

Lisa Dahlbak Jacobsen

Manusredaktører Marit Fjellhaug Been,

Kjetil Dons Jensen

Teknisk redaktør Julie Didriksen

Produksjonskonsulent Åse Gjefsen

Redaksjonskonsulent Jorunn B. Kvarme

Produktsjef Njål H. Anderssen,

Tina Bjørnstad

Faste bidragsytere

Simon Andrup, Haakon B. Benestad, Gudrun Maria Waaler Bjørnelv, Kristoffer Brodwall, Jeanette Engquist, Jon Michael Gran, Ruth Halsne, Tori Flaatten Halvorsen, Martin Hotvedt, Bård Reiakvam Kittang, Rita Gamlem Kristiansen, Charlotte Lunde, Stian Lydersen, Heidi Mestl, Kåre Moen, Karl Otto Nakken, Jan-Henrik Opsahl, Are Hugo Pripp, Jo Røislien, Anne Kathrine Sebjørnsen, Melanie Rae Simpson, Rune Skogheim, Eva Skovlund, Amanda Hylland Spjeldnæs, Marianne Riksheim Stavseth, Mats Julius Stensrud, Christina 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

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

Trykk Aksell AS

Opplag 33 170

Antall utgivelser 15 numre per år
ISSN 0029-2001



KOMMER
24. JUNI

Les i neste
nummer

- STEMI-infarkt
- Plasmatransfusjon
- Fødselsovervåkning
- Studenter i fangenskap
- Metaforer

Hør de nyeste episodene av Tidsskriftets podkast

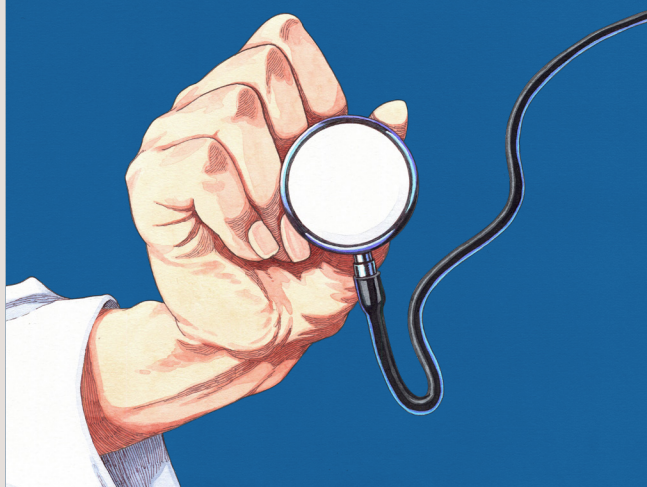
Papirløse pasienter

Gjest: Johanne
Storm Ligaard

Å screene for kreft med én blodprøve

Gjest: Michael
Bretthauer

Stetoskopet



Leger og medisin i
norsk krimlitteratur
Gjest: Magne Nylenna

Hva vet vi om den
norske hjertehelsen?
Gjest: Kaare Bønaa

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.



Tidsskriftet 