

---

## The Pitt på norsk

---

### LEGELIVET

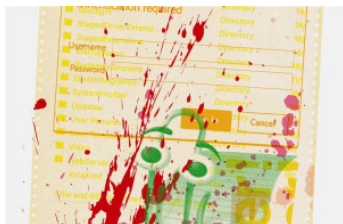
ANDERS B. MARTINSEN

andersbmartin@gmail.com

Anders B. Martinsen er spesialist i akutt- og mottaksmedisin, i geriatri og i indremedisin. Han jobber som overlege i akuttmottaket på Oslo universitetssykehus, Ullevål.

---

**Den Emmy-vinnende TV-serien *The Pitt* skildrer hektiske timer på et amerikansk akuttmottak. Men hvordan ville det sett ut dersom serien var blitt laget i Norge?**



Illustrasjon: Tidsskriftet

*Dette er et skråblikk.*

*Handlingene kunne ha funnet sted i et akuttmottak i Norge i 2025.*

*Etter ønske fra de overlevende er navnene endret.*

*Av respekt for de døde er resten fortalt nøyaktig slik det hendte.*

(Fritt etter *Fargo*, 1996)

TV-serien *The Pitt* (2025) gir et interessant innblikk i et fiktivt amerikansk akuttmottak med traumesenter. Handlingen følger et team *emergency medicine*-leger og akuttstusykepleiere gjennom et femten timers skift, hvor hver episode utgjør omtrent én time av vekten. Akuttmottaket er underfinansiert og underbemannet, og de ansatte er overarbeidet. De hjelper pasienter og hverandre, mens de kjemper mot sine indre demoner. Serien er full av referanser som alle med erfaring fra akuttmottak vil nikke gjenkjennende til. I tillegg til psykososiale aspekter ved arbeidet, setter serien søkelys på pasientmøter, klinisk undersøkelse, behandling, supervisjon, veiledning og tverrfaglig teamarbeid.

«Der man i den amerikanske serien ser leger haste fra én kritisk syk pasient til den neste, er de norske legene travelt opptatt med å overføre informasjon fra forskjellige papirer og ulike deler av den elektroniske pasientjournalen inn i mal for innkomstjournal»

Dersom et norsk produksjonsselskap skulle laget noe tilsvarende fra et norsk akuttmottak, er jeg redd tempoet ville blitt lavere. Vi ville sett en rekke leger som sitter med ryggen til kameraet, med ansiktet mot en dataskjerm. De kjenner på mange av de samme følelsene som sine amerikanske kolleger. Våre norske kollegaer kjemper også for å holde seg flytende, men bruker tiden sin ganske annerledes: Der man i den amerikanske serien ser leger haste fra én kritisk syk pasient til den neste, er de norske legene travelt opptatt med å overføre informasjon fra forskjellige papirer og ulike deler av den elektroniske pasientjournalen inn i *mal for innkomstjournal*.

Manuset kunne kanskje vært skrevet av Atle Antonsen og Ole Endresen, kjent fra TV-serien *Etaten* (2006). Her er noen smakebiter fra handlingen i serien, som kunne fått navnet *Sitt*:

**Episode 1:** Natten har vært travel. Sykehuset er fullt og akuttmottaket har uplasserte pasienter, såkalte overliggere. Dr. Johansen (LIS2) går til Berit (85), som har fast plass på sykehjem på grunn av demens, og som i tillegg er bærer av ESBL. Etter et fall sent i går kveld ble hun sløv og kastet opp, og hun ble lagt inn av sykebesøkslege med spørsmål om subduralt hematom. Nattevakten har gjort alle nødvendige undersøkelser, og alt er sirlig nedfelt i en lang innkomstjournal. Det er heldigvis ingen blødning på CT caput, og legen vurderer at pasienten kan returneres. Tilsynslegen på sykehjemmet er enig. Så begynner arbeidet med epikrisen. Først har dr. Johansen litt problemer med å finne riktig diagnosekode for oppholdet, så prøver hun å fylle ut personskadeskjemaet som popper opp fordi hun har satt en skadediagnose. Deretter kan hun endelig opprette en *epikrise* i journalsystemet, men hun bruker lang tid på å finne adresse til mottaker fordi søkefunksjonen ikke er spesielt tilgivende. Hun husker til slutt at det må skrives *legetjeneste ved sykehjem*, og dokumentasjonsarbeidet kan starte. Seerne tror nå saken er løst, men når dokumentet skal skrives ut for å sendes med pasienten blir det problemer med *sikker print*. Sykepleier bestiller ambulansetransport.

**Episode 2:** Lise (67) er overflyttet fra et annet sykehus for å få utført en prosedyre. Det ligger en plan i journalen fra mottakende avdeling, og avsender har sendt både en elektronisk epikrise og en tykk konvolutt med diverse journaldokumenter. Alt er altså allerede journalført, men siden pasienten nå en gang er kommet til akuttmottaket, må hun gjennom triage og blodprøvetaking før dr. Johansen kan starte arbeidet med å opprette en ny innkomstjournal. Hun merker at pasienten har fått en snikende følelse av å ha rykket tilbake til start. Etter en kort prat og en rask undersøkelse dikterer hun det meste ordrett fra den oversendte epikrisen. Hun legger vitalia fra det elektroniske kurvesystemet inn i det elektroniske journalsystemet, og legger medikamenter inn i det elektroniske kurvesystemet basert på medikamentlisten i den oversendte epikrisen. Avsender har glemt å sende med kopi av medikamentkurven, så det er helt i det blå om pasienten fikk medisiner før

avreise. Helsesekretær tar kontakt med avsender. Snart kommer det lyder fra faksen, og legen vår kjenner på presset når mottakende avdeling lurte på hvor pasienten blir av.

**Episode 3:** Dr. Johansen får en vond smak i munnen når hun går inn til neste pasient. For er det ikke noe kjent med fru Hansen (92)? Ligner hun ikke litt på den eldre kvinnen hun hadde ansvar for i akuttmottaket dagen før? Hun som var henvist fra legevakten med spørsmål om nyrebekkenbetennelse, men som ble sendt videre til et kommunalt akutttilbud fordi det var fullt på alle sengepostene? Riktignok hadde fru Hansen vært marginalt fungerende over tid, og vel hadde pårørende søkt om permanent sykehjemsplass, men med hjemmesykepleie seks ganger daglig hadde det jo fungert på et vis. Etter mange timer i et fullt akuttmottak, ambulansetransport og nytt journalopptak på det kommunale akutttilbudet, utviklet pasienten delirium i natt og ble deretter sendt tilbake til akuttmottaket med ambulanse. Dr. Johansen finner ikke noe nytt, selvplagierer det aller meste fra gårsdagens notat inn i en ny innkomsjournal og ber plassansvarlig om å finne et enerom på en sengepost for skjerming. Innerst inne vet hun at pasienten vil bli liggende i akuttmottaket til over vaktskiftet, og at det neppe vil bedre situasjonen.

**Episode 4:** Berit (85) fra episode 1 er ikke lenger sløv. Hun er oppe av sengen og gir tydelig uttrykk for at hun ikke er fornøyd.

*«Klimaks oppstår når det blir klart at det ikke er mulig å gjennomføre legemiddelsamstemming fordi det er forskjellige opplysninger i kjernejournalen, medbragt multidose og PLO-meldinger fra hjemmesykepleien. Det blir en lang økt foran datamaskinen»*

**Episode 5:** Dr. Johansen går til Terje (92), som legges inn med akutt funksjonssvikt. I den lange papirrullen som paramedisineren har lagt igjen, står det at pasienten har blitt funnet på gulvet av hjemmesykepleien i formiddag. Legen vet at det forventes en komplett innkomsjournal som er så bra at kollegaen på sengepost neste dag kan klippe ut det meste og lime det inn i et *førstedagsnotat*, som så kan kopieres inn i *epikrisen* når den tid kommer. Pasienten er forvirret, og anamneseopptaket er krevende, men det kliniske bildet er for så vidt interessant. Det avdekkes akutt sykdom innen tre ulike fagområder, og det er uklart hva som er mest aktuelt. Dr. Johansen begynner å ane at det kan bli vanskelig å få overført pasienten til sengepost. Kanskje en journalgjennomgang kan hjelpe? Det viser seg at Terje har en omfattende journal som strekker seg over en periode på 15 år. Etter å ha slått opp i *kjernejournalen*, finner hun også ut at pasienten har vært innlagt flere ganger på et annet sykehus i nærheten, der det ikke er lesetilgang. Handlingen tilspisser seg når det kommer for en dag at det er forskjellige opplysninger i flere innkomsjournaler og epikriser, og at mange notater viser seg å være basert på klipp og lim. Klimaks oppstår når det blir klart at det ikke er mulig å gjennomføre legemiddelsamstemming fordi det er forskjellige opplysninger i kjernejournalen, medbragt multidose og PLO-meldinger fra hjemmesykepleien. Det blir en lang økt foran datamaskinen.

**Episode 6:** Seerne har fått en gryende mistanke om at det er lettere å bestille et hotellrom i Kuala Lumpur enn å finne ut hvor det er ledige senger på sykehuset. Vi blir derfor med plassansvarlig på en fysisk runde på jakt etter ledige senger. Det gir resultater. Fru Hansen (92) fra episode 3 får låneplass ved en annen klinikk, mot at dr. Johansen lover å ikke plage plassansvarlig med flere unødvendige forespørsler resten av vekten.

*«Seerne har fått en gryende mistanke om at det er lettere å bestille et hotellrom i Kuala Lumpur enn å finne ut hvor det er ledige senger på sykehuset»*

**Episode 7:** Berit (85) blir hentet av ambulanse og kjørt tilbake til sykehjemmet. Idet hun drar ser dr. Johansen at papirene som skulle vært sendt med pasienten, ligger igjen på undersøkelsesrommet.

**Episode 8:** Dr. Johansen går til Tor (54), som har fått infeksjon i et skrubbsår på kneet. Ved klinisk undersøkelse er det diffus rødme i huden rundt såret, og ved fokusert ultralyd sees et tydelig brosteinsmønster uten tegn til abscess. Blodkulturer blir tatt i en fei, og sykepleieren legger venekanyler og tar en venøs blodgass før det blir startet opp med væske. «Pasienten har cellulitt med sepsis», sier legen selvsikkert til teamet. Etter rens med saltvann sikrer hun en prøve fra kneet på Stuarts medium, men nå begynner problemene. Datamaskinen vil ikke samarbeide med etikettskriveren. Etter flere forsøk må hun gi opp og skrive henvisningen til mikrobiologen på papir. Det er åpenbart at pasienten trenger antibiotika, men er det trygt å gi penicillin? Ikonet for *Kritisk informasjon* lyser rødt, men kortleseren på tastaturet virker ikke. Hun går tilbake til vaktrommet, logger seg inn i det elektroniske journalsystemet på nytt og deretter inn i kjernejournalen. Hun husker ikke helt hvilken av de fem ulike elektroniske ID-ene hun skal velge, og gjør to mislykkede forsøk før hun husker at hun må velge *reserveløsning*. Endelig kan hun slå inn PIN-koden til kortet og får tilgang. Det viser seg at pasienten har en mulig penicillinallergi, men det er ikke mulig å finne noe dokument som lenker til denne opplysningen. Tor (54) husker ikke. Etter ytterligere forsinkelse får hun lagt inn et tredjegenasjons kefalosporin i det elektroniske kurvesystemet, og behandlingen kan starte.

**Episode 9:** Dr. Johansen har vært i kontakt med tre forskjellige bakvakter, som alle mener at pasienten vil ha det bedre på en annen avdeling. Hun gir til slutt opp å plassere Terje (92) på sykehuset, og overfører ham i stedet til et kommunalt akutttilbud for *smertelindring*.

*«Hun smiler og tenker på en skitur hun var på sist vinter, rett etter et stort snøfall, alt var så rent og uberørt. Så skriver hun dagens raskeste innkomstjournal, gir sykepleieren en high five og husker igjen hvorfor hun elsker jobben sin»*

**Episode 10:** Neste pasient er Trine (27), som er tidligere frisk uten bruk av faste medikamenter. Hun har ett døgn sykehistorie med inspiratoriske brystmerter, farget ekspektorat, feber og redusert allmenntilstand. Det er

knatrelyder over nedre del av venstre lunge, og ved fokusert ultralyd av venstre underlapp er det fortykket og uregelmessig pleura, og lungevevet fremstår konsolidert. Øvrige lungeavsnitt er upåfallende, og høyre ventrikkel er slank. Det er altså klare tegn på lobær pneumoni. Hun informerer pasienten om vurderingen og legger inn penicillin, Ringer-acetat og smertestillende i det elektroniske kurvearket. Deretter reflekterer hun litt sammen med tredjeårsstudenten som var med på undersøkelsen. Plasseringsansvarlig sykepleier finner en ledig plass på rett avdeling, og overlegen på mottakende avdeling takker for fin rapport. Nå er det bare dokumentasjonen igjen. Det finnes ingen dokumenter i journalen. Hun smiler og tenker på en skitur hun var på sist vinter, rett etter et stort snøfall, alt var så rent og uberørt. Så skriver hun dagens raskeste innkomstjournal, gir sykepleieren en *high five* og husker igjen hvorfor hun elsker jobben sin.

«*Legen vår puster dypt tre ganger før hun tar seg tid til å logge seg inn i kompetanseportalen*»

**Episode 11:** Fru Hansen (92) får plass på sengepost. Dr. Johansen får kritikk av bakvakten, som mener at pasienten heller burde vært håndtert av kommunen. Legen vår puster dypt tre ganger før hun tar seg tid til å logge seg inn i kompetanseportalen og sender læringsmålet *Skrøpelige eldre – riktig behandlingsnivå ved akutte tilstander* (FIM 134) til veilederen sin.

**Episode 12:** Det er planlagt nedetid i kliniske IT-systemer i to timer, og det innføres manuelle rutiner. Heldigvis er det sent på kvelden, og akuttmottaket er i ferd med å tømmes. Dr. Johansen finner frem en kulepenn. Vi får en annerledes og litt retro episode. Hun rekker til og med å sette seg ned og spise litt, og blar gjennom et eldgammelt eksemplar av Tidsskriftet. Til sin overraskelse kjenner hun seg igjen i en artikkel hun leser, selv om den ble publisert før hun begynte på medisinstudiet [\(1\)](#).

**Episode 13:** Dr. Johansen går forbi en TV-skjerm som viser Helsetalen 2025. Helseministeren snakker engasjert om digitalisering: «Og nå går det fort fram. En del ting som var science fiction for noen år siden, er i dag virkelighet.» Mer av talen får hun ikke med seg, for callingen piper, og hun må gå til en fasttelefon så hun kan finne ut hva det gjelder. Snakk om *cliffhanger*! Det ligger i kortene at det må bli en sesong 2.

---

## REFERENCES

1. Lilleås E. Skråblikk fra et sykehusmottak. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 266–7. [PubMed][CrossRef]

---

Publisert: 2. oktober 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0491  
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.