

Frisk hud klarer seg godt uten smøring

side 632

Mindre demens med herpes zoster-vaksine?

side 580

Slik stopper man en neseblødning

side 600

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 helsetrusse.

DIPROTIT® selges i anvendelige forpakninger med 30 endosepipetter.

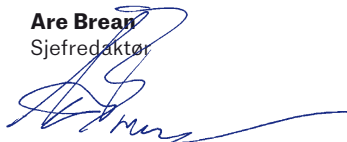
DIPROTIT Kortikosteroid gruppe III (sterke). ATC-nr.: S02B A07. **ØREDRÅPER, oppløsning i engangspipetter 0,05%:** 1 g inneh.: Betametasondipropionat tilsv. betametason 0,5 mg, karbomer, natriumhydroksid, isopropanol, renset vann. **Indikasjoner:** Øregangseksem. **Dosering:** Øregangen bør rengjøres før behandlingsstart. Initialt i behandlingen 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 (ekkymoser). 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.

Samhandlingshattene



Are Brean
Sjefredaktør



Mange av Helse-Norges høye herrer har en haug med helsehattar. Landets øverste helseledere kan samtidig sitte som styreledere, styremedlemmer og direktører i hverandres helseforetak, i flere tilfeller også som hverandres ledere. Habilitet? Ikke noe problem, sier flere av dem til NRK, til tross for helseforetakenes innbyrdes konkurranse om både fagfolk, funksjoner og finansiering. For hvem er styrelederen i helseforetak X mest opptatt av å tjene: befolkningen samme sted, eller befolkningen under helseforetak Y, der hen samtidig er direktør?

Legeforeningen og flere politikere raser, og habilitets-eksperter rister på hodet. Men kanskje har direktørene og styrelederne et godt poeng. For samhandling har vært helsevesenets mantra og akilleshæl helt siden en viss reform i 2012. Og på en måte er dette samhandling i praksis. I hvert fall forstått som at samhandling handler om at de samme handler de samme posisjonene sammen. ■

Forsiden

«Get ready with me!» TikTok og Instagram flommer over av videoer laget av unge *skinfluensere*. Lange videosnutter, iscenesatt med musikk, stearinlys og dus fargesetting, forteller deg hvordan du kan få en perfekt start på dagen: gjennom riktig hudpleie.

Ansiktet vi viser verden sier noe om hvem vi er og hvem vi vil være. Prosessen med å finne frem til egen identitet er ikke minst viktig i tenårene. Kanskje er det derfor så mange barn og unge har blitt heftet på hudpleietrender i sosiale medier

og bruker stadig mer tid og penger på dyre kosmetiske produkter beregnet for voksne.

Hva gjør det med den yngre generasjonens mentale helse at personlig utvikling og selvfølelse sidestilles med rutiner og ritualer som kun behandler overflaten? Spørsmålet kan være vel verdt å reflektere over. Vi eksisterer tross alt for mer enn andres blikk.

Illustrasjonene til forsiden og essayet i dette nummeret er laget av Magnus Voll Mathiassen. Du kan se flere av hans arbeider på themvm.com og på Instagram: [@mvm_magnus](https://www.instagram.com/mvm_magnus)



Illustrasjon:
Magnus Voll Mathiassen / byHands

I denne utgaven:



Illustrasjon: Tidsskriftet

Frisk hud trenger ikke smøring

Frisk hud klarer seg godt uten smøring, skriver Jan Øyvind Holm, hudlege ved Oslo universitetssykehus, i sitt essay. Den sterke økningen i bruken av hudpleiemidler de siste årene kan ikke forklares med medisinske behov. Kosmetikkindustriens markedsføring har skapt en smørekultur som rammer stadig yngre aldersgrupper. Sosiale medier flommer over av smøre- og sminketips, tilsynsmyndighetene har ikke god nok kontroll, og andelen yngre med allergiske reaksjoner fra hudprodukter øker.

Side 632

Mindre demens med herpes zoster-vaksine?

Flere studier antyder at vaksinasjon mot herpes zoster er assosiert med lavere risiko for demens. Men dataene er ikke gode nok til å fastslå en kausal sammenheng, skriver en gruppe eksperter ved Folkehelseinstituttet. Vi trenger flere og bedre studier for å teste en slik hypotese. Leger bør være nøkterne i sin kommunikasjon: Vaksinen reduserer risikoen for helvetesild, men det er usikkert om den også beskytter mot utvikling av demens.

Side 580

Slik stopper man en neseblødning

De fleste episoder med epistaksis stopper av seg selv eller kan behandles med enkle tiltak. I noen tilfeller er det nødvendig med mer avansert behandling. Dette gjelder særlig ved lokale svulster eller vaskulære malformasjoner, ved forstyrrelser i koagulasjonssystemet og ved bruk av antikoagulantia og platehemmere. Hva kan pasienten selv gjøre? Hvilke tiltak kan gjennomføres hos fastlegen, i ambulansetjenesten og hos spesialist?

Side 600

Forekomsten av cerebral parese er synkende

Forekomsten av cerebral parese blant barn født til termin har gått ned, og forekomsten er høyest blant barn født prematurt og med lav fødselsvekt. Dette kommer frem av registerdata om cerebral parese og fødsler. De fleste barna med cerebral parese har lette grovmotoriske funksjonsnedsettelse.

Side 596, 597

Innhold

Leder

- 561 Vi er mange
Ragnhild Ørstavik

Invitert kommentar

- 562 Smitte til havs
Preben Aavitsland
- 564 Når forløsning er eneste løsning, må bedre screening på plass
Kjell Åsmund Blix Salvesen, Anne Cathrine Staff
- 566 Inflammatorisk tarmsykdom hos barn og unge øker
Christine Olbjørn
- 570 Fastlegeordningen 2001–26
Mette Brekke, Svein Steinert

Debatt

Debatt

- 572 Kunstig intelligens må inn i pensum
Jovan Milivojevic
- 573 Hva lærer vi egentlig av «Noe å lære av»?
Jon Henrik Laake
- 574 Unødvendig polarisering i ADHD-debatten
Lars Lien, Solveig Klæbo Reitan

Kronikk

- 576 Leve på kort og lang sikt
Sunniva Christiansen
- 580 Beskytter vaksine mot helvetesild også mot demens?
Joakim Øverbø, Eli Heen, Gunnstein Norheim, Svein Andersen, Lene Kristine Juvet
- 586 Hvordan kan norske kreftpasienter få økt tilgang til kliniske studier?
Signe Øien Fretland, Birgitte Lygren, Ravinder Singh, Line Bjørge, Rune Sundset, Tatjana Bosnjak-Olsen, Åsmund Flobak, Katarina Puco, Andreas Berg, Jostein Dahle

Vitenskap og praksis

Fra andre tidsskrifter

- 592 Ikke-medikamentell behandling ved langvarige korsryggsmerter
Martine Fimreite Wilhelmsen
- 592 Semaglutid bremser ikke Alzheimers sykdom
Martine Fimreite Wilhelmsen
- 593 Fremskritt i behandlingen av lungefibrose
Martine Fimreite Wilhelmsen
- 594 Vanlig kvinnesykdom skifter navn
Martine Fimreite Wilhelmsen

nr. 7/2026

Utgivelsesdato
2. juni 2026

	Originalartikkel
596	Cerebral parese blant norske barn med ulike fødselskarakteristika <i>Mevand Zafari, Robin Paalgard Toraman, Guro Lillemoen Andersen, Sandra Julsen Hollung</i>
	Invitert kommentar
597	Bedre forebygging av cerebral parese <i>Ketil Størdal</i>
	Klinisk oversikt
600	Akutt epistaksisbehandling <i>Ole Kristian Lobekk, Henrik Mathias Lobekk, Jon Aambakk, Ruben Sandvik Fiskå, Vegard Hauge Steinbakk, Karin Elisabeth Sundt Mjelle, Anders Hauge Steinbakk</i>
	Noe å lære av
606	En mann i 30-årene med svak stimulusreaksjon etter subaraknoidalblødning <i>Heidi Furre Østgård, Paulina Luiza Majewska, Kjell Arne Kvistad, Anne Hokstad</i>
	Kort kasuistikk
612	Ketaminindusert skade på urinveiene <i>Lara Pasovic</i>
	Medisinsk historie
614	Farskapsbestemmelse før DNA – betydningen av svangerskapsvarighet <i>Per E. Børdahl, Erlend Hem</i>
	Språkspalten
620	Samstemthet og etterlevelse ved legemiddelbruk <i>Olav Spigset, Erlend Hem</i>
	Medisinen i bilder
621	Atrofisk pankreas etter immunterapi <i>Ida Frivold Glad, Katinka Arnljot, Jan Øyvind Kvaløy, Jørgen Valeur</i>
	Fra fagmiljøene
622	Ny anbefaling for utredning og behandling av rastløse bein <i>Bjørn Bjørvatn, Ragnhild Berling Grande, Eiliv Brenner, Einar Kinge, Maria Nebuchennykh, Henning Kristian Olberg</i>
625	Ny veileder for oppfølging av tuberøs sklerose <i>Ine Cockerell, Marit Bjørnvold, Ragnar Solhoff, Jon Arne Birkeland, Aart Imran Issa-Epe, Nicolai Wessel, Arild Egge, Aina Akerø, Jan Cezary Sitek, Mia Tuft, Caroline Lund</i>

Magasin

	Intervju
626	Med kontekst som kompass <i>Tori Flaatten Halvorsen</i>

	Essay
632	Frisk hud trenger ikke smøring <i>Jan Øyvind Holm</i>
	Ett døgn med
636	Fra kosmetisk fjerning av «gammelmannsvorter» til behandling av dødelig hudkreft <i>Helena Heimer Rognstad</i>
	Fra arkivet
640	Opiumsdrømmer <i>Julie Didriksen</i>
	Legelivet
642	«Det er et sjokk i starten» <i>Erlend Hem</i>
644	Vi må snakke om døden <i>Sandra Kristiansen</i>
	Ph.d.-disputaser
645	
646	Minneord

Annonser

648	Legejobber
650	Ledige stipender, legater, fond
650	Kurs og møter

Aktuelt i foreningen

653	Å stå alene – et ansvar vi deler <i>Anne-Karin Rime</i>
654	Faglandsrådet 2026: Beredskap, kapasitet og fremtidens helsetjeneste <i>Tor Martin Nilsen</i>
655	Ny helsereform må vite hva den skal løse <i>Knut E. Braaten</i>
656	Grunnutdanningsprisen til Michel van Schaardenburgh <i>Tor Martin Nilsen</i>
657	Faglig påfyll og kollegastøtte på Soria Moria <i>Elin Lothe Haga</i>
659	Legeforeningen styrker medlemsarbeid, digitalisering og utvikling <i>Kommunikasjonsavdelingen</i>

legejobber.no

Norges mest komplette stillingsportal for leger

UTVALGTE STILLINGER

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

Overlege i palliasjon

Frist 7. juni

STATENS SIVILRETTSFORVALTNING

Kommisjonsmedlem

Frist 30. juni

HÅ KOMMUNE

Fastlegevikar

Frist 4. juni

GJØVIK KOMMUNE

Fastlege

Frist 3. juni

SYKEHUSET TELEMARKE HF

Overlege, barnesykdømmer

Frist 5. juni

SYKEHUSET INNLANDET HF

Lege i spesialisering, radiologi

Frist 30. juni

HELSEBLIKK AS

Allmennlege

Frist 1. august

HELSE FONNA HF

Avdelingsradiograf

Frist 14. juni

GJØVIK KOMMUNE

Fastlege

Frist 3. juni

HÅ KOMMUNE

Fastlegevikar

Frist 4. juni

Vi er mange

«Vi är många, vi är hälften», heter det i den svenske feministiske slagere fra 1971. Vi som er mange, kan også rope høyt.

Den 23. april 2026 behandlet Stortinget et representantforslag fra Høyre om «et helhetlig løft for kvinnehelse og overgangsalderen» (1). Et eget punkt i forslaget var at regjeringen skulle «sikre bedre og mer likeverdig tilgang til behandling av overgangsplager, herunder hormonbehandling og relevant legemiddelbruk innlemmet i blåreseptordningen der det er faglig begrunnet» (1). I dag dekkes nemlig hormonell behandling av overgangsplager kun etter strenge kriterier, og som hovedregel kun etter individuell søknad til Helfo. De aller fleste som får resept på slike medikamenter, må derfor betale selv, og det oppleves som et brudd på prinsippet om at økonomi ikke bør avgjøre hvem som får helsehjelp (2). Engasjementet var høyt i forkant av stortingsbehandlingen. En underskriftskampanje arrangert av Sanitetskvinnene samlet over 90 000 signaturer (3), og politikere har selv stått frem med egne plager og sagt at dette må det gjøres noe med (4).

I partienes innstillinger før debatten på Stortinget ble det argumentert for at en utvidet ordning skulle komme raskt på plass, mens andre ville se nærmere på saken (5, 6). Endelig vedtak ble at regjeringen skal «vurdere hvordan blåreseptordningen kan utvides til å omfatte hormonbehandling til kvinner som har medisinsk behov for dette i overgangsalderen, der det er faglig begrunnet». Altså *vurdere hvordan*, ikke *sikre*. Og slik vedtaket er blitt tolket i ettertid, ser det ut til at det skal ligge noen prioriteringer bak en eventuell beslutning om å utvide eller endre ordningen (7). Noen egen post i revidert budsjett ble det heller ikke (8).

Kvinner med plager i overgangsalderen fortjener helsehjelp, og ingen ønsker at personlig økonomi skal avgjøre hvem som får tilgang til nødvendige legemidler

Kvinner med plager i overgangsalderen fortjener helsehjelp, og ingen ønsker at personlig økonomi skal avgjøre hvem som får tilgang til nødvendige legemidler. Men vi er i et dilemma: Mulighetene for medisinsk behandling er blitt så mange, og innbyggerne så gamle, at ikke alle kan ha rett til alt. Derfor må politikerne gjøre den upopulære jobben det er å prioritere, og det helst etter å ha lyttet til både fagfolk og velgerne, før viktige beslutninger tas. Opprop som følges opp med øremerkede midler, kan føre galt av sted: Da brystkreft-rammede kvinner helt betimelig varslet om at køene for rekonstruksjon var blitt for lange, sørget daværende helseminister for en masse øremerkede millioner, slik at flere kunne få nytt bryst fort. Dessverre glemte man å tenke på den lange tiden det tar å utdanne plastikkkirurger. Fagmiljøet vokste på sikt, og køene gikk ned, men på den bekostning at legene en periode måtte prioritere kvinner med manglende bryst foran pasient-

grupper de mente hadde minst like stort behov for behandling (9).

Det er nemlig flere som med rette kan føle på det urettferdige i at lommeboken avgjør hvem som får medisinsk behandling. Det gjelder også personer med fedme som ønsker medikamentell behandling, nyfødte som uten vaksine kan få alvorlig RS-sykdom, og eldre som uten vaksine kan få smertefulle herpes zosterinfeksjoner – for å nevne noen av de mest dagsaktuelle gruppene (7). Før neste års statsbudsjett kommer sikkert flere til.

I et demokratisk land har alle rett til å bli hørt og til å rope så høyt de kan. Men noen har nok vanskeligere for å bli hørt enn andre: Sjeldne sykdommer er hver for seg nettopp sjeldne. Likevel lider mellom 190 000 og 320 000 nordmenn av en sjelden sykdom (10). De kan ikke regne med at det finnes politikere som har kjent deres sykdom på kroppen. Og hvor mange av dem vil kunne samle underskrifter fra nesten 100 000 stemmeberettigede for akkurat *sin* tilstand?

Derfor må politikerne tenke seg om, se seg godt rundt og legge øret mot bakken før de velger å bevilge store summer til behandling av plager i overgangsalderen. Nettopp fordi vi kvinner er «hälften», men slett ikke fordi vi er «kvinn» (11). ■

Ragnhild Ørstavik

ragnhild.orstavik@tidsskriftet.no

Ragnhild Ørstavik er assisterende sjefredaktør i Tidsskriftet. Hun er dr.med. og har en bistilling som seniorforsker ved Folkehelseinstituttet.

Litteratur

- 1 Stortinget. Representantforslag om et helhetlig løft for kvinnehelse og overgangsalderen. Representantforslag 2025-2026; Dokument 8:80 S. Lest 14.5.2026.
- 2 Eide T, Hallgren A, Bjørge SJ. Krever hormoner på blå resept: – Hva du tjener skal ikke avgjøre. Aftenposten 21.4.2026. Lest 14.5.2026.
- 3 Sanitetskvinnene. Maiblomst 2026. Lest 14.5.2026.
- 4 Sæther AS. Vil ha tiltak for kvinner i overgangsalderen. VG 19.4.2026. Lest 14.5.2026.
- 5 Stortinget. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag om et helhetlig løft for kvinnehelse og overgangsalderen. Lest 14.5.2026.
- 6 Slettholm A, Eide T, Hallgren A. Arbeiderpartiet snur: Flertall for å sikre hormoner for overgangsalder på blå resept. Aftenposten 23.4.2026. Lest 14.5.2026.
- 7 Ytre-Eide M, Brovold T. Anbefalte vaksiner koster flere milliarder: – Alle kan ikke få. NRK 8.5.2026. Lest 14.5.2026.
- 8 Regjeringen. Revidert nasjonalbudsjett 2026. Lest 14.5.2026.
- 9 Bordvik M. Ungdom må vente i fire år på operasjon. Dagens Medisin 19.3.2014. Lest 14.5.2026.
- 10 Helse Nord RHF. Helse Nord først ut med unike diagnosekoder for sjeldne pasienter. Lest 14.5.2026.
- 11 Stürmer W. Vi är många. 1971.

Smitte til havs

Det seilte et skip på Atlanterhavet. Omfattende internasjonalt samarbeid og litt flaks har sannsynligvis hindret at utbruddet av andesvirussykdom har skapt en større krise.

Et lite cruiseskip dro fra Ushuaia ved Kapp Horn den 1. april. Om bord var en mann som ikke visste at han hadde blitt smittet med andesvirus noen dager tidligere i Patagonia. Der lever virusets vektor, en rotteart, og viruset er enzootisk (1). Mens skipet seilte nordover mot Europa via flere atlantiske øyer, ble mannen syk og døde 11. april. Et par uker senere ble skipslegen og flere andre passasjerer syke, og noen titalls passasjerer forlot skipet på Sankt Helena. Så ble flere syke, og 2. mai ble Verdens helseorganisasjon (WHO) varslet om situasjonen (2).

I skrivende stund er skipet ved Tenerife. Alle på skipet regnes som smittekontakter og evakueres til hjemlandene for videre nøye oppfølging i en operasjon koordinert av WHO, EU og Spania. Siden inkubasjonstida er 1–6 uker, kan noen av de evakuerte bli syke i mai eller juni, men forhåpentligvis uten videre smitte fra dem. Negative tester for påvisning av virus-RNA eller antistoffer har liten verdi før maksimal inkubasjonstid har forløpt. Andesvirus er ett av kanskje 1 500 smittestoffer som kan smitte zoonotisk, altså fra dyr til mennesker. Hvert år registreres rundt 100 tilfeller av andesvirussykdom i sørlige Chile og Argentina, og opp mot halvparten av pasientene dør av lungesvikt. Kanskje forekommer det flere ikke-erkjente milde tilfeller. Andesviruset er det eneste hantaviruset med dokumentert smitte mellom mennesker, men det skjer ikke ofte (3). Massesmittehendelser er likevel beskrevet (4).

Utbruddet er et skremmeskudd fra naturen. Vårt svar må være å styrke forskningen på vaksiner og medisiner mot andesvirus og andre hantavirus og utvide det internasjonale samarbeidet

Spredningsevnen til et virus i en gitt befolkning avhenger av flere faktorer: smitemåte og smittsomhet ved kontakt mellom mennesker, hyppigheten av slik kontakt, varigheten av smittsomheten og utbredelse av eventuell immunitet i befolkningen. Under visse forhold kan andesviruset gi utbrudd blant mennesker, men vid spredning som ved luftveisinfeksjoner, er lite sannsynlig. Tilfeldige endringer i virusets RNA kan imidlertid gi viruset større smittsomhet.

Pasientene er høyst sannsynlig mest smittsomme når symptomene er uttalte, men ingen vet sikkert om

pasientene kan smitte like før symptomene bryter ut (som ved SARS-CoV-2) eller i prodromalfasen. Her bør man legge seg på en forsiktig linje. Latenstida før smittsomhet gjør at man kan rekke å spore opp og veilede nærkontaktene før de er blitt smittsomme.

WHOs og EUs smittevernssenter (ECDC) har gjort en formidabel innsats for å håndtere hendelsen. En strøm

En passasjer sprayes med desinfiserende middel etter å hå ha blitt evakuert fra skipet MV Hondius på Tenerife. Foto: AP/NTB



av meldinger på egne plattformer mellom WHO, ECDC og landenes smitteverninstututter holder alle aktører oppdatert. EU har møter der man drøfter håndteringen, og utbruddsgruppa ved Folkehelseinstituttet deltar fra norsk side. Dette viser nytten av et internasjonalt samarbeid basert på regelverk og avtaler. Det internasjonale helsereglementet (IHR) fra 2005 var et paradigmeskifte fordi landene ble enige om å dele informasjon om utbrudd med WHO og la organisasjonen koordinere den internasjonale håndteringen (5).

Denne gangen har verden i tillegg vært heldig. Hendelsen kunne blitt mye verre

Denne gangen har verden i tillegg vært heldig. Hendelsen kunne blitt mye verre. Siden cruiset var langvarig, var de fleste passasjerene fortsatt om bord da den første pasientens dødsårsak ble klar. Tenk om cruiset i stedet hadde endt i Buenos Aires eller Rio de Janeiro etter noen dager, og alle passasjerene hadde reist videre derfra med fly til sine hjemsteder. Da kunne pasienter med ukarakteristiske symptomer dukket opp på legekontorer og sykehus rundt i verden. Det ville tatt tid før riktig diagnose ble stilt, og imens kunne familier, helsepersonell og andre blitt eksponert og kanskje smittet. Først

enda senere ville sammenhengen mellom de tilsynelatende sporadiske tilfellene og skipsreisen blitt klar. Det kunne blitt et scenario som sarsutbruddet i 2002–03 (6), men ikke en pandemi. Smittsomheten er for lav, iallfall med dagens andesvirus. Spredte små utbrudd og kanskje noen massesmittehendelser ville likevel ha krevd en enorm innsats å stoppe. Befolkningen og myndigheter i noen land ville ha blitt skremt. Noen land ville ha overreagert og innført screening på grensene, munnbindpåbud og kanskje reiserestriksjoner. Kostnadene for verdenssamfunnet ville blitt milliarder av kroner.

Utbruddet er et skremmeskudd fra naturen. Vårt svar må være å styrke forskningen på vaksiner og medisiner mot andesvirus og andre hantavirus og utvide det internasjonale samarbeidet. Verdens land forhandler i WHO om en avtale om deling av nye smittestoffer og deres gensekvenser slik at det raskt kan utvikles målrettede vaksiner og medisiner. Som motytelse krever fattigere land, som gjerne er opphav til slike smittestoffer, at produsentene gir en liten andel av de nye vaksinerne og medisinerne til WHO for fordeling til land som ikke har råd til å kjøpe dem. Det virker som et rimelig krav. ■

Preben Aavitsland

preben.aavitsland@fhi.no

Preben Aavitsland er lege, fagdirektør ved Folkehelseinstituttet og professor ved Pandemisenteret ved Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Ortiz N, Pinotti JD, Andreo V et al. Orthohantavirus rodent hosts and genotypes in Southern South America: A narrative review. *PLoS Negl Trop Dis* 2025; 19. doi: 10.1371/journal.pntd.0013489.
- 2 WHO. Hantavirus cluster linked to cruise ship travel, Multi-country. Geneva: WHO, 2026. Lest 11.5.2026.
- 3 Maes P, Tischler N. Statement from the International Hantavirus Society and members of the international hantavirus research and clinical community regarding the current Andes virus outbreak investigation. Lest 11.5.2025.
- 4 Martínez VP, Di Paola N, Alonso DO et al. "Super-spreaders" and person-to-person transmission of Andes virus in Argentina. *N Engl J Med* 2020; 383: 2230–41.
- 5 Nicoll A, Jones J, Aavitsland P et al. Proposed new International Health Regulations. *BMJ* 2005; 330: 321–2.
- 6 Parashar UD, Anderson LJ. Severe acute respiratory syndrome: review and lessons of the 2003 outbreak. *Int J Epidemiol* 2004; 33: 628–34.



Lytt til en egen episode om denne artikkelen i Tidsskriftets podkast Stetoskopet.



Når forløsning er eneste løsning, må bedre screening på plass

Innføringen av utvidet screening for preeklampsirisiko har latt vente på seg og er et eksempel på hvordan finansiering og organisering kan hindre forbedringer for gravide og nyfødte.

Preeklampsi tar årlig livet av minst 45 000 kvinner globalt (1), mens antall nyfødte som dør som følge av preeklampsi, trolig er en halv million. I Norge er imidlertid utviklingen gledelig. I 2024 var forekomsten av preeklampsi 3,1 % (2), og det har ikke forekommet mødredødsfall av tilstanden de siste 15 årene (3).

Ved etablert preeklampsi er det bare forløsning som kan stanse komplikasjonen og redde liv. I Norge forløses årlig vel 400 kvinner med preeklampsi før 37. svangerskapsuke, såkalt preterm preeklampsi. For tidlig fødsel kan gi alvorlige helseutfordringer for barna på både kort og lang sikt. Preeklampsi kan forebygges eller forsinkes hvis gravide med høy risiko for sykdommen identifiseres og foreskrives acetylsalisylsyre (4, 5), med oppstart rundt svangerskapsuke 11–14 (6, 7). Oppstart etter uke 16 er ikke anbefalt fordi dette ikke har vist forebyggende effekt.

Dagens screeningprogram for preeklampsi i Norge er ikke optimalt. Kvinner screenes på bakgrunn av risikofaktorer som tidligere preeklampsi, førstegangsgaviditet, overvekt, alder over 40 år, flerlingsvangerskap, kronisk sykdom (hypertensjon, diabetes, nyresykdom, antifosfolipidsyndrom og lupus) og eggdonasjon, noe som identifiserer fire av ti med høy risiko (8).

En ny og bedre screeningmetode som inkluderer tre standardiserte tilleggsinformasjoner: aktuell blodtrykkmåling, blodgjennomstrømningen i livmorarteriene og blodnivå av et angiogenetisk protein (PIGF, *placenta growth factor*), detekterer risiko for preterm preeklampsi hos 75 % av dem som senere utvikler dette, og er anbefalt internasjonalt (7).

Beslutningsforum for nye metoder vurderte innføring av slik utvidet preeklampsiscreening i mars 2023. St. Olavs hospital fikk i oppdrag å gjøre en implementeringsstudie med fokus på ressursmessige og organisatoriske utfall. I studien ble 2 666 gravide undersøkt i uke 11–14. Studierapporten er nå til behandling hos Nye metoder (9). Én av ti studiedeltakere ble klassifisert med høy preeklampsirisiko og fikk resept på acetylsalisylsyre. Oppfølging i uke 24 viste at kvinnene tok medisinen som forskrevet (9).

Verdens preeklampsidag markeres 22. mai. Utvidet preeklampsiscreening oppfyller Verdens helseorganisasjons kriterier for screeningprogrammer og prioriteringskriteriene *nytte, ressursbruk og alvorlighet* vedtatt av Stortinget. Likevel nøler Beslutningsforum med å innføre utvidet screening for preeklampsi. Flere helseforetak rapporterer at screeningen blir krevende uten tilskudd av nye ressurser, ettersom utvidelsen stiller høyere krav til ultralydundersøkelsen som spesialutdannede jordmødre gjør av gravide i første trimester.

Folkehelseinstituttets helseøkonomiske analyse fra 2022 estimerte at 173 flere tilfeller av preterm preeklampsi kan unngås dersom utvidet screening innføres, sammenlignet med dagens praksis (10). Dette gir en sannsynlig besparelse på 17 millioner kroner per år, hovedsakelig fordi færre nyfødte trenger intensivbehandling. Analysen inkluderte ikke økonomiske og helsemessige langtidskonsekvenser av å bli født for tidlig på grunn av preeklampsi (10).

Kostnadene ved utvidet preeklampsiscreening vil belastes helseforetakene i form av ny blodprøveanalyse (PIGF) og økt

tidsbruk ved ultralydundersøkelsen i uke 11–14. Besparelsene skjer i andre deler av helsetjenesten, som nyfødttintensivavdelinger og barnehabilitering, og i samfunnet for øvrig på grunn av færre langtidsrammede barn. Den største gevinsten ved utvidet screening mener vi likevel kommer kvinnen selv og hennes familie til gode, ved at omsorgsbyrden reduseres i tiden etter fødsel og resten av livet til de barna som overlever. Vi mener Norge bør ta seg råd til å tilby forebygging som sparer gravide, deres barn og samfunnet for store byrder. ■

Kjell Åsmund Blix Salvesen

Kjell Åsmund Blix Salvesen er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og professor emeritus ved NTNU. Han er medforfatter av kapittelet om hypertensive svangerskapskomplikasjoner i Veileder i fødselshjelp. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Anne Cathrine Staff

uxnnaf@ous-hf.no

Anne Cathrine Staff er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, overlege og forskningsleder ved Kvinnekliviken, Oslo universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo. Hun er hovedforfatter av kapittelet om hypertensive svangerskapskomplikasjoner i Veileder i fødselshjelp. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt studiestøtte fra Roche.

Litteratur

- Cresswell JA, Alexander M, Chong MYC et al. Global and regional causes of maternal deaths 2009–20: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health* 2025; 13: e626–34.
- Thomsen LCV, Daltveot AK, Næss TP et al. Årsrapport for Medisinsk fødselsregister 2024. Svangerskap og fødsler i Norge. Lest 7.5.2026.
- Sole KB, Staff AC, Räisänen S et al. Substantial decrease in preeclampsia prevalence and risk over two decades: A population-based study of 1,153,227 deliveries in Norway. *Pregnancy Hypertens* 2022; 28: 21–7.
- Rolinik DL, Wright D, Poon LC et al. Aspirin versus Placebo in Pregnancies at High Risk for Preterm Preeclampsia. *N Engl J Med* 2017; 377: 613–22.
- Bujold E, Rolinik DL, Poon L et al. Aspirin delays preeclampsia in women with chronic hypertension. *Am J Obstet Gynecol* 2025; 233: e91–3.
- Staff A et al. Hypertensive svangerskapskomplikasjoner og eklampsi. Lest 7.5.2026.
- Magee LA, Brown MA, Hall DR et al. The 2021 International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy classification, diagnosis & management recommendations for international practice. *Pregnancy Hypertens* 2022; 27: 148–69.
- O'Gorman N, Wright D, Poon LC et al. Multicenter screening for pre-eclampsia by maternal factors and biomarkers at 11–13 weeks' gestation: comparison with NICE guidelines and ACOG recommendations. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2017; 49: 756–60.
- Salvesen KÅB. Implementering av screening for svangerskapsforgiftning med bruk av algoritme. Nye metoder (Sak 022-2023 ID2021 - 033). Trondheim: St. Olavs, 2025. Tilgjengelig fra Helse Midt-Norge RHF eller forfatterne.
- Sverre JM, Smedslund G, Stoinska-Schneider AK et al. Første trimester-screening for utvikling av preeklampsi med bruk av algoritme: En fullstendig metodevurdering. Lest 7.5.2026.



Established efficacy and safety profile¹ +10 years of clinical experience in OAB¹

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 pediatrike 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. Tablettene 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 antimuskulinbehandling 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 18.11.2025):** 25 mg: 30 tabletter (blister) 442,40 NOK; 90 tabletter (blister) 1194,30 NOK. 50 mg: 30 tabletter (blister) 442,40 NOK; 90 tabletter (blister) 1194,30 NOK. **Lokal representant:** Astellas Pharma, Tel: +47 66764600. For mer informasjon se www.felleskatalogen.no.

Basert på SPC godkjent: 17.07.2025.

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

Preparatomtalen kan bestilles kostnadsfritt fra den lokale representanten.

1. Betmiga SmPC 07.2025 (§4.1, §4.8, §5.1)

Visit Betmiga.no



Illustrasjonsfoto: towfiqu ahamed / iStock

Inflammatorisk tarmsykdom hos barn og unge øker

Forekomsten av Crohns sykdom og ulcerøs kolitt i pediatrien er økende, og vestlig kosthold synes å være en viktig risikofaktor.

Crohns sykdom og ulcerøs kolitt har økt betydelig hos barn og unge, også i deler av verden som tidligere hadde lav forekomst (1). I Norge har IBSEN III-studien vist en insidens på 17,8 per 100 000 personår av inflammatorisk tarmsykdom hos unge i Sørøst-Norge (2). Dette er mer enn en tredobling på under tre tiår (2).

Miljøfaktorer som i økende grad trekkes frem som viktige, er vestlig kosthold og antibiotikabruk i tidlig barnealder (3). Høyt inntak av sukker, mettet fett, ultraprosessert mat og salt påvirker tarmen negativt ved å endre mikrobiota (dysbiose), svekke tarmbarrieren og aktivere inflammatoriske signalveier (3, 4). Fiber metaboliseres av tarmbakterier til korte fettsyrer, blant annet butyrat, som har antiinflammatoriske egenskaper. Fiberfattig kost reduserer dannelsen av disse beskyttende metabolittene (4).

Høyt inntak av ultraprosessert mat er forbundet med 71 % økt risiko for Crohns sykdom (5). Emulgatorer som polysorbat 80 og karboksymetylcellulose kan føre til at bakterier trenger inn i det normalt sterile slimlaget, og kunstige søtstoffer reduserer gunstige butyratproduserende bakterier (6).

Rødt og prosessert kjøtt, transfett og sukkerrike drikkevarer er assosiert med økt risiko – sistnevnte med mer alvorlig sykdom (4, 7). Rødt kjøtt og transfett er sterkest assosiert med ulcerøs kolitt, mens fiber synes å være særlig beskyttende mot Crohns sykdom (3, 4). Høyt kostinnhold av frukt, grønnsaker, belgfrukter, fullkorn, nøtter og olivenolje er forbundet med lavere risiko for inflammatorisk tarmsykdom (7). Omega-3-fettsyrer fra fisk ser også ut til å ha beskyttende effekt (4).

Hos barn er debut av sykdommen ofte mer utbredt og alvorlig, med høyere risiko for et komplisert forløp og

behov for intensivt behandling (3). Ved ulcerøs kolitt er pankolitt vanligst, mens Crohns sykdom oftest debuterer med ileokolisk affeksjon og hyppig øvre gastrointestinal involvering. Typiske symptomer er diaré, blod i avføring, magesmerter, slitenhet, vekttap og veksthemming. Atypisk presentasjon med obstipasjon, isolert anemi, perianal sykdom eller ekstraintestinal manifestasjon (artritt, primær skleroserende kolangitt) ses hos opptil 22 %. Veksthemming og forsinket pubertet som eneste symptom, sees særlig ved Crohns sykdom. Diagnostisk forsinkelse er vanlig og øker risikoen for komplikasjoner (3).

Måling av fekal kalprotektin er sentralt. Normale verdier gjør inflammatorisk tarmsykdom mindre sannsynlig, mens forhøyede verdier bør føre til utredning (3). Diagnosen bekreftes med ileokoloskopi og øsofagogastroduodenoskopi med biopsier. Hos barn innebærer endoskopi anestesi, og sammen med tarmtømmingen er utredningen både belastende og ressurskrevende. Ultralyd av tarm krever imidlertid ikke forberedelser. Det brukes i økende grad som et ikke-invasivt alternativ i oppfølgingen og kan redusere behovet for endoskopier (8).

Økningen i inflammatorisk tarmsykdom hos barn og unge er bekymringsfull og representerer en betydelig utfordring for helsetjenesten

Rask sykdomskontroll er særlig viktig for å hindre forsinket vekst og pubertetsutvikling. Ved Crohns sykdom har kostbehandling en sentral plass, mens glukokortikoider unngås fordi de hemmer vekst og beinmineralisering og kan gi emosjonelle og atferdsmessige bivirkninger (3). Eksklusiv enteral ernæring i 6–8 uker gir remisjon hos 60–80 % og bedrer både ernæringsstatus og slimhinnetilheling (7). Crohn's Disease Exclusion Diet med delvis enteral ernæring er et nyere alternativ med sammenlignbar effekt og bedre toleranse (7).

Barn med moderat til alvorlig sykdom trenger immunmodulerende og biologisk behandling, og TNF-hemmere som infliximab og adalimumab er førstevalg. Eventuelt kan integrin- (vedolizumab), interleukin-12/23- (ustekinumab) og JAK-hemmere gis (9).

Økningen i inflammatorisk tarmsykdom hos barn og unge er bekymringsfull og representerer en betydelig utfordring for helsetjenesten. Behovet for spesialisert oppfølging, hyppige kontroller, kostbar medikamentell behandling og multidisiplinær omsorg stiller store krav til kapasitet og ressurser. Lav terskel for måling av fekal kalprotektin, tidlig henvisning til barnegastroenterolog og individuelt tilpasset behandling er avgjørende for god prognose.

Like viktig er det å fremme sunne kostvaner hos barn og unge – både som forebygging og som en del av behandlingen. ■

Christine Olbjørn

chrisolb@gmail.com

Christine Olbjørn er spesialist i barnesykdommer, postdoktor, overlege og leder for fagområdet pediatrik gastroenterologi ved Barne- og ungdomsklinikken, Akershus universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt honorar og/eller dekning av utgifter fra Ferring Pharmaceuticals, Tillotts Pharma, Norgine,

Scandinavian BioPharma, Johnson & Johnson og Nestlé Health Science. Hun har deltatt i Advisory Board for Johnson & Johnson og mottatt økonomisk støtte fra Takeda, Tillotts Pharma, AbbVie, Ferring Pharmaceuticals, Pfizer, Eli Lilly, Vifor Pharma, Johnson & Johnson, Pharmacosmos og Nestlé Health Science til utviklingen av et nasjonalt nettsted i regi av Norwegian IBD Study Group (NISG), med undervisningsmaterieell og informasjon om IBD.

Litteratur

- 1 Kuenzig ME, Fung SG, Marderfeld L et al. Twenty-first century trends in the global epidemiology of pediatric-onset inflammatory bowel disease: Systematic review. *Gastroenterology* 2022; 162: 1147–1159.e4.
- 2 Andersen S, Bernklev T, Størdal K et al. Specific phenotypes may drive an increased incidence of pediatric inflammatory bowel disease in South-Eastern Norway. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2025; 81: 1227–36.
- 3 Bouhuys M, Lexmond WS, van Rheenen PF. Pediatric inflammatory bowel disease. *Pediatrics* 2023; 151: e2022058037.
- 4 Konjar Š, Benedik E, Šestan M et al. Systems biology to unravel Western diet-associated triggers in inflammatory bowel disease. *Front Immunol* 2025; 16: 1621334.
- 5 Narula N, Chang NH, Mohammad D et al. Food processing and risk of inflammatory bowel disease: A systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2023; 21: 2483–2495.e1.
- 6 Whelan K, Bancil AS, Lindsay JO et al. Ultra-processed foods and food additives in gut health and disease. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2024; 21: 406–27.
- 7 Hashash JG, Elkins J, Lewis JD et al. AGA clinical practice update on diet and nutritional therapies in patients with inflammatory bowel disease: Expert review. *Gastroenterology* 2024; 166: 521–32.
- 8 Kellar A, Dolinger M, Novak KL et al. Intestinal Ultrasound for the Pediatric Gastroenterologist: A Guide for Inflammatory Bowel Disease Monitoring in Children: Expert Consensus on Behalf of the International Bowel Ultrasound Group (IBUS) Pediatric Committee. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2023; 76: 142–8.
- 9 Mucci B, Palazzolo E, Ruberti F et al. Advances in the management of pediatric inflammatory bowel disease: From biologics to small molecules. *Pharmaceuticals (Basel)* 2026; 19: 176.



Lytt til en egen episode om denne artikkelen i Tidsskriftets podkast Stetoskopet.

Ozempic® (semaglutid)

Nå behandlingsmålene for HbA1c og vekt
- reduser risikoen for alvorlige komplikasjoner i fremtiden*^{1,2}

Overlegen glykemisk kontroll^{‡2,3}



Redusert risiko for alvorlige kardiovaskulære hendelser^{◇2,4}



Redusert risiko for progresjon av nyresykdom^{Δ2,5}



Betydelig vektreduksjon^{‡#2}



Du kan lese mer om Ozempic® på vår nettside:
www.ozempic.no



* Nasjonal faglig retningslinje for diabetes anbefaler for de fleste pasienter et behandlingsmål for HbA1c på 53 mmol/mol. Ved overvekt anbefales en varig vektreduksjon på 5-10 %.¹

‡ Sammenlignet med behandling med aktiv kontroll (sitagliptin, insulin glargin, dulaglutid, liraglutid).^{2,3}

Ozempic® er ikke indisert for vektreduksjon.

◇ Kardiovaskular endepunktstudie (SUSTAIN 6): Pasienter med diabetes type 2 og høy kardiovaskulær risiko. Primært endepunkt: Tid til kardiovaskulær død, ikke-fatalt hjerteinfarkt eller ikke-fatalt hjerneslag. HR: 0,74 (95 % KI 0,58; 0,95). P < 0,001 for non-inferiority. P = 0,02 for superiority. 26 % relativ og 2,3 % absolutt risikoreduksjon.^{2,4}

Δ Renal endepunktstudie (FLOW): Pasienter med diabetes type 2 og kronisk nyresykdom. Primært endepunkt: Persistent ≥ 50 % reduksjon i eGFR, debut av persistent eGFR < 15 ml/min/1,73 m², oppstart av kontinuerlig nyreerstattende behandling, død som følge av nyresykdom eller kardiovaskulær død. HR: 0,76 (95 % KI 0,66; 0,88). P = 0,0003. 24 % relativ og 4,5 % absolutt risikoreduksjon.^{2,5}

Indikasjon

Ozempic® er indisert til behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 som tillegg til diett og fysisk aktivitet

- som monoterapi når metformin er vurdert uegnet grunnet intoleranse eller kontraindikasjoner.
- i tillegg til andre legemidler til behandling av diabetes.

For resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll, kardiovaskulær sykdom, renale hendelser og populasjoner som ble undersøkt, se preparatomtale avsnitt 4.4, 4.5 og 5.1.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon

- **Svært vanlige bivirkninger (≥ 1/10):** Kvalme og diaré. Generelt var disse reaksjonene milde eller moderate i alvorlighetsgrad og av kort varighet. Kombinasjon med sulfonylureapreparat eller insulin kan øke risiko for hypoglykemi. Egenmåling av blodglukose er nødvendig for å justere dosen av sulfonylurea og insulin, spesielt når behandling med Ozempic® startes opp og insulin reduseres. En trinnsvis tilnærming til dosereduksjon av insulin anbefales.
- **Vanlige bivirkninger (≥ 1/100 til < 1/10):** Gastrointestinale bivirkninger; oppkast, dyspepsi, forstoppelse. Hodepine, gallesten. Hypoglykemi ved bruk sammen med andre orale antidiabetika. Hos pasienter med diabetisk retinopati som behandles med insulin og semaglutid, er det observert økt risiko for å utvikle komplikasjoner av diabetisk retinopati*. Forsiktighet bør utvises ved bruk av semaglutid hos pasienter med diabetisk retinopati som behandles med insulin.
- **Mindre vanlig bivirkning (≥ 1/1 000 til < 1/100):** Akutt pankreatitt er observert ved bruk av Ozempic®. Kliniske fase 3a-studier viser: 0,3 % for semaglutid og 0,2 % for komparator. Pasientene bør informeres om de karakteristiske symptomene på akutt pankreatitt. Ved mistanke om pankreatitt bør semaglutid seponeres.

NAION (Nonarteriell iskemisk optikusnevropati). Resultater fra flere store epidemiologiske studier indikerer at eksponering for semaglutid hos voksne med diabetes type 2 er assosiert med en omtrent to ganger økning i relativ risiko for å utvikle NAION tilsvarende omtrent ett ekstra tilfelle per 10 000 personår med behandling (svært sjelden < 1/10 000).

Forsiktighetsregler hos ulike pasientgrupper: Ozempic® skal ikke brukes ved diabetes mellitus type 1, hos gravide eller ammende. Ozempic® anbefales ikke ved hjertesvikt NYHA klasse IV. Begrenset erfaring ved terminal nyresykdom og hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon. Brukes med forsiktighet ved gastroparese, ikke anbefalt ved alvorlig gastroparese. Ozempic® er ikke et erstatningspreparat for insulin. Kvinner i fertil alder anbefales å bruke prevensjon når de behandles med Ozempic®.

Diabetisk ketoacidose har blitt rapportert hos insulinavhengige pasienter etter rask seponering eller dosereduksjon av insulin når behandling med en GLP-1 reseptoragonist ble startet.

* Komplikasjoner av diabetisk retinopati er en kombinasjon av: retinal fotokoagulasjon, behandling med intravitreale midler, intravitreal blødning, diabetesrelatert blindhet (mindre vanlig). Frekvens basert på kardiovaskulær endepunktsstudie.⁴

Dosering x1 per uke

Ozempic® skal administreres én gang per uke, subkutant i abdomen, i låret, eller i overarmen.

Start
0,25 mg
én gang per uke i 4 uker*



Titrér
0,5 mg
én gang per uke i minst 4 uker.
Kan brukes som vedlikeholdsdose



Vedlikehold
1 mg
for ytterligere glykemisk kontroll



Etter minst 4 uker med en dose på 1 mg én gang per uke kan dosen økes til 2 mg én gang per uke for å bedre den glykemiske kontrollen ytterligere. Ukentlige doser over 2 mg anbefales ikke.

* Ozempic® 0,25 mg: En ubrukt penn inneholder fire doser à 0,25 mg. Etter at man har injisert de fire dosene, vil det fortsatt være noe oppløsning igjen i pennen. Pennen skal kastes.

Individuell stønad og pris^{6,7}

Ozempic® er ikke tilgjengelig på forhåndsgodkjent refusjon.

Vikår for individuell stønad for Ozempic®

Fra og med 01.07.2024 kan det søkes om individuell stønad etter folketrygdens § 3 til Ozempic®.

Du kan lese mer om individuell stønad på www.helsedirektoratet.no

Reseptgruppe: C

Pakninger og priser: 0,25 mg: 1,5 ml ferdigfylt penn kr 1 223,60. **0,5 mg:** 3 ml ferdigfylt penn kr 1 223,60.

1 mg: 3 ml ferdigfylt penn, 4 doser kr 1 269,70, 8 doser kr 2 481,20. (Pris per januar 2026).

Les fullstendig preparatomtale eller felleskatalogen.no før forskrivning.

Referanser: **1.** Nasjonal faglig retningslinje for diabetes. Helsedirektoratet (2016). Nasjonal faglig retningslinje for diabetes: Helsedirektoratet (siste endring 02. juni 2025, lest 15. januar 2026). Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes>. **2.** Ozempic® SPC, avsnitt 5.1. **3.** Capehorn MS, Catarig A-M, Furberg JK, et al. Efficacy and safety of once-weekly semaglutide 1.0 mg vs once-daily liraglutide 1.2 mg as add-on to 1–3 oral antidiabetic drugs in subjects with type 2 diabetes (SUSTAIN 10). *Diabetes & Metabolism*, 2020; 46(2):100–109. **4.** Marso SP, Bain SC, Consoli A, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2016;375:1834–1844. **5.** Perkovic V, Tuttle KR, Rossing P, et al. Effects of Semaglutide on Chronic Kidney Disease in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2024;391:109–121. **6.** Helsedirektoratet. Individuell stønad for Ozempic®. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/vedlegg-1-til--5-14-legemiddellisten/virkestoffer-semaglutid-2> (Lest 15.01.2026). **7.** Felleskatalogen. Pakning og pris Ozempic®. Tilgjengelig fra: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/ozempic-novo-nordisk-653285?markering=0> (Lest 15.01.2026)

OZEMPIC®
semaglutid injeksjon

Fastlegeordningen 2001–26

På 25 år har fastlegeordningen gått fra suksess til krise. Er suksessen nå på vei tilbake, eller er tvært imot hele ordningen truet?

Den 1. juni 2001 fikk norske innbyggere sin egen faste allmennlege, og legen fikk sin unike pasientliste. Samarbeidende instanser visste hvilken lege brukerne hadde, og sykehuset fikk en adresse for epikrisen. Dette var en vinn-vinn-situasjon!

Veien dit gikk gjennom fastlegforsøk i fire kommuner i perioden 1993–96 og harde faglige og politiske dragkamper i og utenfor Legeforeningen. Den første tiden var preget av stor tilfredshet. I 2005 hadde 98,5 % fått plass hos en fastlege. Over halvparten av listene var åpne, og overkapasiteten var omkring 10 %. I brukerundersøkelser var fastlegen på topp når det gjaldt tillit og tilfredshet. Etter hvert minket tilfredsheten hos både pasienter og leger, og for et tiår siden gikk vi inn i det vi kjenner som «fastlegekrisen». Fastlegeordningen var blitt et offer for sin egen suksess. Hva hadde skjedd?

Problemene økte for alvor etter samhandlingsreformen i 2012 (1). Den skulle sikre rett behandling på rett sted til rett tid. Kommunene var dårlig forberedt og manglet kapasitet både i omsorgstjenesten og hos fastlegene da et stort antall såkalt utskrivningsklare pasienter skyllet inn over dem fra første dag.

En rekke reformer medførte oppgaveoverføringer til fastlegen, slik som ny fastlegeforskrift, akuttmedisinforskrift, førerkortforskrift, fraværsgrense i videregående skole og annet. Digitalisering bidro til at terskelen for å ta kontakt med fastlegen ble lavere, både for pasienter og de mange samarbeidspartnerne. De første 15 årene økte ikke ressursene i takt med oppgavene. Å jobbe mer for mindre er ingen vinneroppskrift, og mange fastleger sluttet eller ønsket å slutte.

VGs kartlegging av fastlegeordningen våren 2017 gjorde det tydelig at fastlegekrisen ikke lenger kunne gå upåaktet hen i styrende organer (2). I et stortingsvedtak i 2018 ble regjeringen bedt om å øke antall fastleger, redusere listelengden, etablere en nasjonal utdanningsordning for ALIS-leger (allmennlege i spesialisering) og bedre legevaksordningen.

De første 15 årene økte ikke ressursene i takt med oppgavene. Å jobbe mer for mindre er ingen vinneroppskrift, og mange fastleger sluttet eller ønsket å slutte

Fleire tiltak ble satt i verk. Vi fikk Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–24, der regjeringen ville styrke allmennlegetjenesten med 1,6 mrd. kroner (3). Legeforeningen lanserte sin Utviklingsplan for fastlegeordningen 2019 (4). Anbefalingene dreide seg blant annet om flere ALIS- og LIS1-stillinger, listereduksjon fra 1 500 til 1 000 pasienter, styrket finansiering og bedre muligheter til å ansette annet helsepersonell på legekantoret. Det hurtigarbeidende ekspertutvalget leverte sin rapport våren 2023 (5). Det gikk inn for økt basisfinansiering og flere leger på fastlønn. Ikke minst gikk utvalget inn for at en rekke faggrupper skulle inn på fastlegekontoret. *Meld.*

St. 23 (2024–2025) Fornye, forsterke, forbedre. Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (6) fulgte våren 2025. Den lanserte tverrfaglige legekantor, profesjonsnøytrale takster, egne «nettleger» og økt basisfinansiering som veien videre.

Men bidrar så alle disse tiltakene virkelig til å redde fastlegeordningen? Eller fører de til så store endringer at kjerneverdiene – den personentrerte og livsviktige kontinuiteten i lege-pasient-forholdet – uthules og fastlegeordningen i stedet ødelegges?

Den negative utviklingen er snudd, og mye går i riktig retning. Antallet innbyggere uten fastlege er fallende, og økonomien i ordningen har fått et sårt tiltrengt løft. Listene er kortet ned til i underkant av 1 000 pasienter i snitt. En nasjonal ALIS-ordning er sikret. Mange



Illustrasjon: Tidsskriftet/iStock

kommuner tilbyr fleksible og trygge ansettelsesvilkår. Innbyggerne blir igjen mer fornøyde, og flere fastleger ønsker å bli værende.

Noen skjær i sjøen må unngås hvis dagens 25-åring skal bli en sprek 50-åring. Det gjelder både arbeidsbetingelser, tilgjengelighet og faglig kvalitet. Økt andel basistilskudd og lavere takster, samt flere leger på fastlønn, vil redusere den økonomiske uttellingen ved mange konsultasjoner og egen utførelse av prosedyrer. Vi kan frykte at det går ut over tilgjengelighet og kvalitet. Samtidig kan den digitale tilgjengeligheten bli for god og føre til overbelastning hos legene, med et stort antall e-konsultasjoner og meldinger som må tas på «hjemmekontoret» utover kvelden. Det er ikke bærekraftig i lengden.

Tverrfaglighet er viktig når det trengs, men ikke som en hovedregel. Vi stiller oss sterkt tvilende til om mange profesjoner bør inn på fastlegekontoret. Vi frykter at fastlegene får mindre pasientkontakt og i større grad en rolle som «bakvakt» for andre faggrupper. En innføring av offentlige «nettleger» mener vi også utgjør en kvalitetsrisiko og en alvorlig uthuling av ordningen.

Vi ser derfor to avgjørende forutsetninger for at fastlegeordningen skal fortsette å være den bærebjelken den er i dag. Fastlegen trenger forutsigbarhet, ro og trygge rammer, ikke revolusjon og stadige brå endringer. Samtidig må vi ta vare på det som virker, uttrykt gjennom allmennmedisinens kjerneverdier (7): Pasienten i sentrum, kontinuitet i lege-pasient-forholdet, kloke valg med vekt på bærekraft, helhetstenkning og ansvar. ■

Mette Brekke

mette.brekke@medisin.uio.no

Mette Brekke er spesialist i allmennmedisin, tidligere fastlege og professor emerita ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Svein Steinert

Svein Steinert er spesialist i allmennmedisin, tidligere fylkeslege i Troms, leder av ALIS Nord og leder av fastlegeforsøket i Tromsø. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Lest 5.2.2026.
- 2 Sæther AS, Nære AF, Johannessen BR et al. Kampen om fastlegene. VG 2.8.2017. Lest 2.3.2026
- 3 Helse- og omsorgsdepartementet. Handlingsplan for allmennlegjetjenesten 2020-2024; Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert. Lest 5.2.2026.
- 4 Legeforeningen. Utviklingsplan for fastlegeordningen. Lest 5.2.2026.
- 5 Helse- og omsorgsdepartementet. Gjennomgang av allmennlegjetjenesten. Ekspertutvalgets rapport. Lest 5.2.2026.
- 6 Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding 23 (2024-2025). Fornye, forsterke, forbedre. Lest 5.2.2026.
- 7 Staval A, Sigurdsson JA, Goodyear-Smith F. red. Core Values in Family Medicine. Boca Raton, FL: CRC Press, 2025.

Annonse

otinova®

Otinova® ørespray – mot øregangsbetennelse

Otinova ørespray er et reseptfritt medisinteknisk produkt (ikke legemiddel) mot øregangsbetennelse (ekstern otitt)¹. Øresprayen 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.



Kunstig intelligens må inn i pensum

Spørsmålet er ikke hvorvidt kunstig intelligens skal få en plass i medisinstudiet, men hvilken plass den skal ha.

Kunstig intelligens (KI) har kommet for å bli. Det er på tide å styrke kompetansen og gjøre opplæring i bruk av teknologien til en fast, timeplanfestet del av medisinstudiet.

Debatten må derfor flyttes ett steg videre, fra spørsmålet om kunstig intelligens skal brukes, til hvordan den skal brukes, og hvem som har ansvaret for å definere dette. For studentene er ikke dette et teoretisk spørsmål, men en reell del av studiehverdagen. Nå som eksamen nærmer seg, ser jeg at mine medstudenter i økende grad bruker teknologien som et verktøy i eksamensforberedelser, for eksempel ved å laste opp forelesninger og få generert flervalgsoppgaver basert på pensum. Riktig bruk av denne teknologien er imidlertid ikke noe som utvikles av seg selv. Det må læres, trenes og veiledes.

Mens det argumenteres for at utdanningsinstitusjonene må forberede seg på hvordan kunstig intelligens skal integreres i undervisningen (1), viser tall fra Studiebarometeret at ni av ti studenter allerede bruker teknologien i studiehverdagen (2).

Gammel og sikker kilde

Noen forelesere ser kunstig intelligens som en naturlig del av fremtidens helsevesen og oppfordrer oss til å bruke teknologien aktivt i studiene. Andre er skeptiske, advarer mot bruken og peker på «den gode, gamle boka i indremedisin» som eneste sikre kilde.

Forelesere som er skeptiske, har ofte gjort et poeng ut av at teknologien kan svekke studentenes evne til selvstendig tenkning. Systemer som ChatGPT, Gemini og Claude gjør det enklere å oppsummere pensum og finne svar på spørsmål man måtte lure på her og nå, noe som virker svært praktisk og tidsbesparende i en ellers travel studiehverdag. Men selv om kunstig intelligens kan generere svar på sekunder, erstatter det ikke arbeidet med å virkelig fordøye stoffet. Og det er ofte da man må støtte seg på en god, gammeldags lærebok.

Når man lærer om en sykdom, vil en lærebok på pedagogisk vis bygge opp forståelsen – fra etiologi, patogenese og patofysiologi, via symptomer og klinisk presentasjon, til diagnostikk, behandling og mulige komplikasjoner. Jeg er enig i at denne strukturen gjør det lettere å se helheten og forstå hvordan ulike deler av dette puslespillet henger sammen.

Aldri ferdig utlært

Det er ingen som legger skjul på at kunstig intelligens har sine begrensninger. Men når bruken blant studenter er så omfattende som den er i dag, bør oppmerksomheten i større grad handle om hvordan utdanningsinstitusjonene kan legge til rette for en bruk som støtter læring og forbereder studentene på å utøve legerket i fremtidens helsevesen. Universitetene har fortsatt en lang vei å gå når det gjelder opplæring i bruk av KI-verktøy. Dette bekrefter også tall fra Studiebarometeret (3).

Universitetene må ta en mer aktiv rolle i å veilede studentene i hvordan teknologien kan integreres i studiene. I dag overlates dette arbeidet i stor grad til studentene selv, og mange må lære gjennom prøving og feiling.

Jeg opplever at bruken av kunstig intelligens blant studenter er svært variert. Noen bruker teknologien til å oppsummere forelesninger eller lage flashkort. Enkelte gjør pensum om til podkaster de kan lytte til på en gåtur i sola, mens andre utnytter samtalefunksjonen og får teknologien til å leke pasient under forberedelser til muntlig eksamen. Jeg kan også se for meg at kunstig intelligens etter hvert vil bli et hjelpemiddel i arbeid med visuelle fag som histologi, patologi og bilde-diagnostikk, men foreløpig opplever jeg at den ikke er presis nok til dette.

Universitetene må ta en mer aktiv rolle i å veilede studentene i hvordan teknologien kan integreres i studiene

Riktig bruk

Det har blitt sagt utallige ganger i forelesninger at man aldri er ferdig utlært som lege. Det er alltid noe nytt å lære, nye retningslinjer å følge og forskning å holde seg oppdatert på. I denne konteksten tror jeg kunstig intelligens kan være en ekstremt verdifull ressurs for læring gjennom hele karrieren. Men dersom kunstig intelligens skal bli et verktøy som morgendagens leger kan dra nytte av, må opplæringen starte allerede på medisinstudiet, slik at studentene lærer å bruke teknologien riktig. ■

Jovan Milivojevic

jovanm@ntnu.no

Jovan Milivojevic er medisinstudent i sjette semester ved NTNU og har verv som studentfaglig medarbeider i Tidsskriftet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Kristensen E. Mer KI – mer universitet. Khrono 18.3.2026. Lest 18.4.2026.
- 2 Isaksen R. 9 av 10 studenter bruker KI – men disse studentene henger etter. Forskning.no 13.2.2026. Lest 18.4.2026.
- 3 Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. Studiebarometeret 2025. 14. Kunstig intelligens. Lest 18.4.2026.

Hva lærer vi egentlig av «Noe å lære av»?

Kasuistikker i spalten «Noe å lære av» i Tidsskriftet er ofte velskrevne og faglig interessante. De presenterer ofte komplekse utredningsløp som ender med en sjelden eller uventet diagnose. Likevel sitter jeg ofte igjen med et spørsmål: Hva er det egentlig vi skal lære – og hva har forfatterne selv lært?

Læringspunktene som framheves er ofte generelle og lite kontroversielle: viktigheten av differensialdiagnostikk, systematisk tilnærming og tverrfaglig samarbeid. Dette er selvsagt riktig, men samtidig så generelt formulert at det gir begrenset praktisk læringsverdi.

Det mest interessante i slike kasuistikker ligger etter mitt syn i selve det diagnostiske forløpet – i usikkerheten, i skiftende hypoteser og i feilvurderingene som skjer underveis. I flere publiserte kasuistikker skjønner vi at det må ha vært kognitive og diagnostiske blindspor, forsinkede revurderinger og tolkninger som har vært diskutabile. Likevel blir slike forhold bare sjelden eksplisitt tematisert som læringspunkter.

I en kasuistikk om akutte magesmerter hos en høygravid kvinne framkommer det for eksempel at en ikke-obstetrisks årsak først får tilstrekkelig oppmerksomhet ganske sent i forløpet, til tross for vedvarende smerter og kjent risikofaktor (1). I en annen artikkel om hepatitt hos en immunsvakket pasient konkluderes det tidlig at viral årsak er utelukket, uten at begrensningene ved serologisk diagnostikk i denne pasientgruppen tas tilstrekkelig hensyn til (2). Og i en nevrologisk kasuistikk beskrives en betydelig forsinkelse før pasienten revurderes etter klinisk forverring (3). Slike forhold inviterer til egenrefleksjon hos forfatterne og er det som gjør kasuistikkene lærerike.

Det mest interessante i slike kasuistikker ligger etter mitt syn i selve det diagnostiske forløpet – i usikkerheten, i skiftende hypoteser og i feilvurderingene som skjer underveis

Pasientforløpene beskrives gjerne som mer lineære og ryddige enn de trolig var i sanntid. Det gir et inntrykk av at diagnosen «vokser fram» gjennom en systematisk prosess, snarere enn gjennom prøving, feiling og gradvis revurdering.

Poenget er altså ikke at kasuistikkene mangler læringsverdi. Tvert imot inneholder de ofte rike muligheter for læring. Men den mest verdifulle læringen – hva som forsinket diagnosen, hvilke vurderinger som kunne vært gjort annerledes, og hva forfatterne lærte av egne feil – forblir ofte implisitt.

Jeg vil derfor oppfordre redaksjonen til å vurdere om spalten i større grad kan invitere til refleksjon over diagnostiske prosesser, ikke bare diagnostisk resultat. Et kort avsnitt om hva som var vanskelig, hvilke vurderinger som i ettertid kan diskuteres, og hva man eventuelt ville gjort annerledes, kunne styrket læringsverdien betydelig.

Kasuistikker har et stort potensial som læringsverktøy. For å utnytte dette fullt ut, bør vi ikke bare vise hva vi fant – men også hvordan vi tenkte, og hva vi kunne gjort bedre. ■

Jon Henrik Laake

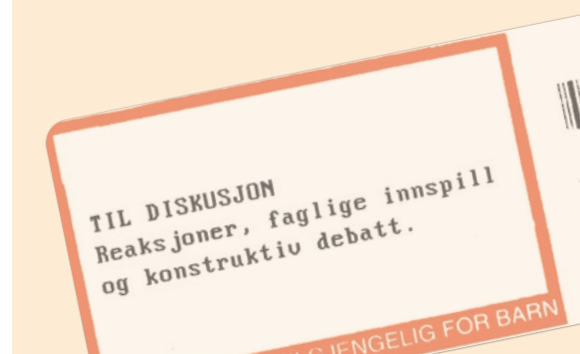
jlaake@ous-hf.no

Jon Henrik Laake er spesialist i anesthesiologi og overlege ved Akuttklinikken, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Davidsen S, Fagerli H, Deletombe B et al. En høygravid kvinne med akutte magesmerter. Tidsskr Nor Legeforen 2026; 146. doi: 10.4045/tidsskr.25.0278.
- 2 Hvitmyhr C, Enga KF, Øverbø J et al. En mann i 60-årene med immunsvikt og hepatitt. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0487.
- 3 Nes MS, Søyland J, Haugen M et al. En mann i 70-årene med svekket kraft og følelse i beina. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.24.0288.

Les flere
debattartikler på
tidsskriftet.no:



Unødvendig polarisering i ADHD-debatten

Debatten omkring ADHD kan ikke forenkles i så stor grad som en lederartikkel i Tidsskriftet legger opp til.

Are Brean tar i en nylig lederartikkel i Tidsskriftet opp viktig problematikk som medikalisering av livet og ikke-bærekraftig ekspansjon innen medisin (1). Dessverre gjør han dette i form av ensidig å bygge opp under narrativet om at diagnosen ADHD settes på for mange, for fort og unødvendig. Samtidig unngår han å nevne at den samme økningen også ses for en rekke andre psykiske lidelser som angst og depresjon (2) og for somatiske plager som bruk av hormoner ved overgangsalderen.

Etablert diagnose

ADHD er en arvelig nevroutviklingsforstyrrelse som finnes i en viss andel av befolkningen (3). Tilstanden er beskrevet i medisinsk litteratur siden 1700-tallet. Fra 1950-tallet har man benyttet metylfenidat som medikamentell støtte. Tilstanden påvirker kognisjon, særlig eksekutive funksjoner. Det forskes på markører innen bl.a. genetik og funksjonell MR, som etter hvert vil gi mer kunnskap om mekanismer bak problematikken og bedre hjelp til mennesker med ADHD i fremtiden (4).

Det er godt dokumentert at mennesker med ubehandlet ADHD har høyere dødelighet av suicid og somatisk lidelse samt høyere forekomst av ruslidelser og psykiatriske symptomlidelser som depresjon, angst, utbrenthet, tvangslidelse (OCD) m.m. Kriminalitet og sosiale vansker er vanlig. Utdannelse og deltagelse i yrkeslivet er lavere. Behandling av ADHD bedrer disse forholdene (5). En nylig publisert finsk registerstudie med lang oppfølgingstid viser at tidlig diagnose bedret skoleresultatene i ungdomstiden sammenlignet med de som fikk diagnosen seint i forløpet (6). Andre tilsvarende studier tyder på at særlig kvinner er sårbare for underdiagnostisering (7).

Manglende respekt

Vi mener Breans fremstilling både viser lite respekt for mennesker med en dels alvorlig livslang funksjonsnedsettelse og mangler et samfunnsmedisinsk perspektiv. Retorikken om at det snart bare er ett eneste friskt menneske igjen, bidrar til enda mer stigma for dem som sliter med sine ADHD-plager i hverdagen. Dessuten er det tegn som kan tyde på at det også i Norge er en utflating i insidensen av dem som får medikamentell behandling blant de yngste (8).

ADHD-problematikk det ikke tas hensyn til, gir som nevnt store menneskelige omkostninger for den det gjelder og dennes familie. Det er vanskelig for oss som leger å se hvorfor vi ikke skal tilby mennesker lett tilgjengelige hjelpemidler i form av forståelsesrammer, tilrettelegging og medisiner som kan gjøre at funksjonen blir betydelig bedre og lidelsen redusert. Vi har ikke en



Faksimile: Tidsskriftet nr. 5/2026.

tilsvarende diskusjon om hvorvidt for mange får briller og høreapparat. En nylig publisert studie fra Storbritannia viser at det er ingen overdiagnostisering av ADHD. Forfatterne er langt mer bekymret for underdiagnostisering (9).

Brean bruker det kjente grepet at siden det er mer ADHD blant yngre barn født sent på året, kan vi ikke feste lit til diagnosen. Man kan imidlertid like gjerne tenke at de som er født tidlig på året har så stort forsprang at eventuelle ADHD-symptomer ikke fanges opp i skolehverdagen, og at diagnosen kommer senere i livsløpet. Det har lenge vært kjent at de født sent på året har svakere skoleprestasjoner enn de som er født tidlig (10). Det er derfor mange gode grunner til at de som har ADHD, sliter mer på skolen når de også ligger et år bak de andre elevene i modning.

Retorikken om at det snart bare er ett eneste friskt menneske igjen, bidrar til enda mer stigma for dem som sliter med sine ADHD-plager i hverdagen

Må se på helheten

Alle medisiner har bivirkninger og skal ikke brukes uten grunn, men helsekonsekvensene av ubehandlet ADHD på gruppenivå er også høye. Konsekvensene for samfunnet, inkludert bruk av helsetjenester innen somatikk og psykiatri, trygdeytelser, kriminalitet, arbeidsliv osv. må inngå som en del av regnestykket. I svenske registerstudier påpekes det at medikamentene er trygge og gir lite hjerte- og karproblematikk (11).

Det manes ofte til å være «forsiktig» med å sette ADHD-diagnoser og at vi må ha strenge prosedyrer og omfattende utredningsretningslinjer. Med denne tenkningen setter man til side godt, klinisk, pragmatisk legarbeid til fordel for spørreskjema-prosedyrer designet for forskningsprosjekter på gruppenivå. Vi skal være forsiktig med å gå den veien og stole blindt på spørreskjemaer, slik også Norsk psykiatrisk forening anbefaler i sine Gjør kloke valg (12).

Flertallet av søknadene – og innvilgelsene – hos Norsk pasientskadeerstatning som omhandler psykiatri, har de siste årene dreid seg om for sent satt ADHD-diag-

nose (personlig meddelelse, Norsk pasientskadeerstatning). I tråd med bærekraft- og kloke valg-prinsippene mener vi at leger skal bruke sin kompetanse og være trygge i sine vurderinger og effektivt sette i verk tiltak for det pasienten plages av og som kan avhjelpes – selv når det dreier seg om ADHD. ■

Lars Lien

lars.lien@inn.no

Lars Lien er spesialist i psykiatri og i samfunnsmedisin, professor ved Universitetet i Innlandet og leder av Norsk psykiatrisk forening. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Solveig Klæbo Reitan

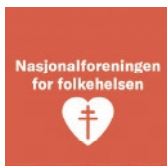
Solveig Klæbo Reitan er spesialist i psykiatri, professor ved NTNU og avtalespesialist. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har vært rettsmedisinsk sakkyndig i offentlig rett og overfor politiet, har mottatt reisestøtte til konferanse fra Medice, er medlem i Den rettsmedisinske kommisjon, medlem i Legeforeningens utvalg for forskning, kvalitetsforbedring og innovasjon, styremedlem i Norsk psykiatrisk forenings utvalg for biologisk psykiatri og styremedlem i KIM-senteret.

Litteratur

- 1 Brean A. Den siste friske. Tidsskr Nor Legeforen 2026; 146. doi: 10.4045/tidsskr.26.0258.
- 2 FHI. Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2025: Fremgangsmåte og utvalgte resultater. Lest 7.5.2026.

- 3 Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev* 2021; 128: 789–818.
- 4 DinHjernehelset. Genforskning for mer målrettet ADHD-behandling. Lest 7.5.2026.
- 5 Li L, Zhu N, Zhang L et al. ADHD Pharmacotherapy and Mortality in Individuals With ADHD. *JAMA* 2024; 331: 850–60.
- 6 Knott R, Mellahn OJ, Tiegio J et al. Age at diagnosis and diagnostic delay across attention-deficit hyperactivity and autism spectrums. *Aust N Z J Psychiatry* 2024; 58: 142–51.
- 7 Martin J, Rouquette OY, Langley K et al. Antecedents and outcomes of a later attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) diagnosis in females. *Br J Psychiatry* 2026; 1–8.
- 8 Anker E, Bendiksen B, Skoglund CB et al. Sex and age trends in ADHD medication use in Norway, 2020-2022: a nationwide register study. *Nord J Psychiatry* 2026; 1–7.
- 9 Cortese S, Daley D, Hollis C et al. ADHD (over) diagnosis: fiction, fashion and failure. *Br J Psychiatry* 2026; 1–4.
- 10 Lien L, Tamsb K, Oppedal B et al. Is relatively young age within a school year a risk factor for mental health problems and poor school performance? A population-based cross-sectional study of adolescents in Oslo, Norway. *BMC Public Health* 2005; 5: 102.
- 11 Man KKC, Håge A, Banaschewski T et al. ADDUCE Consortium. Long-term safety of methylphenidate in children and adolescents with ADHD: 2-year outcomes of the Attention Deficit Hyperactivity Disorder Drugs Use Chronic Effects (ADDUCE) study. *Lancet Psychiatry* 2023; 10: 323–33.
- 12 Legeforeningen. Norsk psykiatrisk forening har jobbet fram forslag til syv anbefalinger til «Gjør kloke valg»-kampanjen. Anbefaling 7. Lest 7.5.2026.

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 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 karsforskning siden 1960.

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

- ◆ Årsakssammenhenger og sykdomsmekanismer
- ◆ Risikofaktorer
- ◆ Primærforebyggende tiltak
- ◆ Diagnostiske metoder
- ◆ Sekundærforebyggende tiltak
- ◆ Behandling og rehabilitering
- ◆ Kjønnsforskjeller

Det lyses ut midler til:

- ◆ Doktorgradsstipender
- ◆ Postdoktorstipender
- ◆ Driftsmidler

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

Kontakt Øvind 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 01.09.2026, kl.23:59.

Tekst: Sunniva Christiansen

Leve på kort og lang sikt

Medikalisering hjelper på kort sikt. Det kan være klokere om leger vier sin kapasitet til å hjelpe på lang sikt.

Da den moderne samfunnsutviklingen satte fart med damplokomotivets inntog på tidlig 1800-tall, var noen leger bekymret for hvordan det å reise med damplokomotivets høye hastighet ville kunne skade menneskets kropp og sinn (1). Siden den gang har tempoet til både kollektivtransport og samfunnsvilkår ytterligere akselerert. Modernitetens krav om optimalisering av tid og ressurser mangler historisk sidestykke (2). Menneskets kropp og sinn er påvirket av dagens krav, og medikaliseringssaksen kan sees som en måte å håndtere dette på (3–5). Hvilke andre muligheter enn medikalisering har leger for å behandle modernitetens bivirkninger?

Krav om vekst

Et samfunn regnes som moderne hvis det bare holder seg stabilt så lenge det følger vilkåret om vekst (2, 6). Det innebærer at man alltid får igjen litt mer energi (f.eks. i form av penger) enn den energien man legger inn i noe (f.eks. i form av ressurser). Ifølge termodynamikkens første lov er dette umulig («energi kan ikke oppstå eller forsvinne, men bare gå over fra en form til en annen») (7), men moderniteten bruker tryllestaven teknologi og innovasjon: å gjøre noe fortere og bedre med like mye eller mindre investert ressurs (8). Vekstideologien er forførende og fungerer godt for økonomien, men den er uløselig knyttet til konsepter som ressursutnyttelse, standardisering, effektivisering og optimalisering, som brer seg ut over alle livsområder og -faser (2). Bivirkningen er at verdens omdreining og livets rytmer ubønnhørlig akselererer år for år for å ikke tape i kampen om vekst.

Skrives inn i kroppene

I dag har innovasjon og teknologi muliggjort kontinuerlig produksjon av alle typer tjenester døgnet rundt og året gjennom, helst på en optimal, standardisert og ressursbesparende måte (8). Dette stiller store krav til mennesket, som er et kreativt pattedyr styrt av sirkadiske rytmer og med behov for en vekslende mellom aktivitet, hvile, arbeid og lek (9). Menneskekroppen har heller ikke kommet upåvirket fra modernitetens vilkår. Tempoet og optimaliseringen har bokstavelig talt krøpet inn under huden på oss. Vi sover mindre (10), snakker fortere (11), puster raskere enn nødvendig (12, 13), konsentrerer oss kortere (14) og har større

kalorioverskudd (15). Dette gir en slitasje på kropp og sinn som kan beskrives via konseptet allostatisk belastning (16). *Allostase* defineres som fysiologiske tilpasninger for å opprettholde stabilitet under vekslende krav, mens allostatisk *belastning* bygges opp når kravene til tilpasning blir for store eller langvarige. Ved allostatisk *overbelastning* kan tilpasningene manifestere seg i form av symptomer eller sykdommer (3).

En del mennesker håndterer modernitetens påvirkninger helt fint, mens for andre skaper de problemer. I et medisinsk diagnostisk perspektiv kan vi se problemene gjenspeilet i alle lidelser der allostatisk overbelastning spiller en vesentlig rolle, som psykiske lidelser, kreft, smertetilstander, rusmiddelbruk, medisinsk uforklarlige tilstander (MUPS), utbrenthet og autoimmune sykdommer (3, 17). Disse tilstandene står for hoveddelen av sykefravær og uføretrygd i Norge (18). I tillegg strever en betydelig andel med opplevelsen av å ikke «få til de normale samfunnskravene» og søker til diagnoser eller medikamenter for å bufre der de opplever å komme til kort (4, 19).

Medikalisering hjelper på kort sikt

Mye av dagens legegjerning går med til å hjelpe mennesker med symptomer og plager som kan spores tilbake til modernitetens krav (20). I beste hensikt om å hjelpe dem som strever med å holde tritt, sprer medikaliseringen seg ut over stadig flere livsområder (21). For eksempel er det blitt en lavere grense for grad av symptomer før vi gir sentralstimulerende legemidler for ADHD (22). Det å holde oppe produksjonsevnen i arbeidslivet brukes som begrunnelse for å forskrive hormonsubstitusjonsbehandling til stadig flere menopausale kvinner (23), og vi forordner antihistaminer (24), kortisonpreparater (25) og sederende antipsykotiske legemidler (26) for å holde overaktiverte immun- og nervesystem i sjakk.

På kort sikt reduserer medikaliseringen det pågående ubehaget og hjelper menneskene å leve og fungere i sine moderne liv. Når leger møter individuelle pasienter med sin lidelse, vil vi som regel forsøke å hjelpe med alle midler vi har til rådighet, også ved å sette diagnoser eller gi medikamenter på tynt grunnlag om det er eneste mulighet (27). Selv om det kan kjennes ut som dårlig legekunst, velger vi å gjøre det vi kan for å optimalisere sjansene til den enkelte for å henge med i samfunnets tannhjul (28). Imidlertid kan vi lure på om selv om leger *kan* symp-

Tempoet og optimaliseringen har bokstavelig talt krøpet inn under huden på oss. Vi sover mindre, snakker fortere, puster raskere enn nødvendig, konsentrerer oss kortere og har større kalorioverskudd

tombehandle modernitetens bivirkninger, er det der vi bør legge ned innsatsen?

Det er nemlig tvilsomt om medikaliseringen hjelper menneskene med å leve og fungere godt på lang sikt. Faktisk har forventet levealder sunket siden 1990-tallet i USA (29). Telomerene brukes opp med hurtigere tempo selv i det landet der medikaliseringen er aller mest utbredt (5, 30). Medikaliseringen ser heller ikke ut til å bidra til opplevelsen av å leve godt (31). Det kan dermed se ut som at medikaliseringspraksisen gjør lite med den allostatiske belastningen kroppene lever med, men hovedsakelig bidrar til å maskere modernitetens bivirkninger på et kollektivt nivå.

Tråkke på bremsene

Kanskje ville det heller vært nyttigere å låne tankegodt fra østlig medisin for å håndtere modernitetens bivirkninger. I tidligere tiders Kina fikk legene betalt for å holde pasientene friske (32). De baserte medisinske tiltak på prinsippet om *Chi* (Qi, livsenergi som er konstant) og tok på alvor naturloven om at «energi kan ikke oppstå eller forsvinne, bare gå over fra en form til en annen». De så på livsprosessene som sykliske og at ulikt energisk tempo (yin og yang) varierte gjennom døgnet,

gjennom året og gjennom livsfasene. Legens oppgave var å hjelpe pasientene til å leve samstemt med denne rytmen, få Chi til å flyte og intervensere om pasienten kom ut av balanse. Sykdom oppstod nemlig om ubalansen fikk vedvare (33).

I våre dager kunne dette paradigmet hjulpet legene å tråkke på bremsene for medikalisering og heller holde oppe de biologiske rytters imperativ om at «alle kan ikke gjøre alt alltid» (9). Kroppen og sinnet har faser som muliggjør og begrenser. Optimalisering av livet, forsering av biologiske prosesser og høy produksjon til enhver tid er et moderne bedrag. Vi trives dårligere når vi er kneblet av tidspres og standardiseringer, og det kreative spillerommet krymper inn (34–36). Å gå på akkord med rytmer, faser og sirkadiske behov forstyrrer menneskets balanse og fører til et vedvarende underskudd i kroppens energibudsjett (37). På sikt skaper dette allostatisk overbelastning som kan manifestere seg i form av sykdommer, tilstander eller opplevelser av å ikke få til livet (38).

Leve på lang sikt

Rent konkret kan det å støtte mennesket i å leve med et langsiktig perspektiv bety å vente med skolestart til barnet er modent for det, å —→

En lege sjekker pulsen på en pasient. Akvarell av Zhou Pei Qun, ca. 1890. Wellcome Collection, i offentlig eie.



Selv om det kan kjennes ut som dårlig legekunst, velger vi å gjøre det vi kan for å optimalisere sjansene til den enkelte for å henge med i samfunnets tannhjul

verdsette at mennesker i ulike livsfaser har lavere produksjonsevne og å holde menneskekroppens hviletid hellig ved å ikke planlegge for noe særlig «omsetning av varer og tjenester» i nattetimene. Sett med brillene fra østlig medisin er dette samfunnsvilkår leger i høyeste grad bør involvere seg i, gitt sin ekspertkunnskap om kroppen og sinnets fysiologi (32).

Et politisk og medisinsk perspektivskifte fra å medikalisere modernitetens bivirkninger til å forebygge sykdommer og tilstander knyttet til tempo og optimalisering, kan være et bidrag til å hjelpe mennesket å leve godt på lang sikt (39). Å jobbe med «real fix» fremfor «quick fix» ville kanskje vært mer tilfredsstillende også for legene (35). Med vår medisinske kunnskap kan vi støtte opp om de lange livsprosjektene på kreative måter (36). Sett i lys av kostnadene knyttet til modernitetens bivirkninger (40), kunne den langsiktige tilnærmingen nok vært klokere både for menneskekroppen og for økonomien. ■

Sunniva Christiansen

sunniva.christiansen@ntnu.no

Sunniva Christiansen er spesialist i rus- og avhengighetsmedisin. For tiden er hun i forskningspermisjon som stipendiat ved St. Olavs hospital og NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun er medeier i aksjeselskapet Resonanz som gir veiledning i mestringsmedisin. Aktiviteten er liten, og de har ikke finansiell støtte eller utbytte. Innholdet i mestringsmedisin er potensielt forenelig med budskapet i kronikken.

Litteratur

- Kandela P. Railways and Health. *Lancet* 1999; 353: 1283.
- Rosa H. Akslerasjon og resonans - artikler om livet i senmoderniteten. Oslo: Cappelen Damm, 2024.
- Fava GA, McEwen BS, Guidi J et al. Clinical characterization of allostatic overload. *Psychoneuroendocrinology* 2019; 108: 94–101.
- Hofmann B. Diagnosesyke. *Tidsskr Nor Legeforen* 2026; 146. doi: 10.4045/tidsskr.25.0450.
- Amundsen B. Menneskekroppen eldes kanskje raskere enn før. Lest 30.4.2026.
- Haugseth JF, Wæhle E. Modernitet. Lest 30.4.2026.
- Helseth LE. Termodynamikk. Lest 30.4.2026.
- Hornborg A. Industrial Societies. I: Wright JD, red. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. 2. utg. Oxford: Elsevier, 2015: 863–7.
- Ratikainen II. Cirkadisk rytme. *Store norske leksikon*. Lest 30.4.2026.
- Sivertsen B. Folkehelse rapporten. Søvnvansker i Norge. Lest 30.4.2026.
- Torset NS. Snakker Abid Raja fortere enn Einar Gerhardsen? *Aftenposten* 15.4.2026. Lest 30.4.2026.
- Palmgren G. Pust ut! Du puster for raskt! Lest 30.4.2026.
- Pleil JD, Ariel Geer Wallace M, Davis MD et al. The physics of human breathing: flow, timing, volume, and pressure parameters for normal, on-demand, and ventilator respiration. *J Breath Res* 2021; 15: 042002.
- Hari J. *Stolen Focus*. London: Bloomsbury Publishing, 2022.
- Meyer HE. Folkehelse rapporten. Overvekt og fedme i Noreg. Lest 30.4.2026.
- Yamamoto Y. Allostasis, Allostatic Load. I: Gellman MD, Turner JR, red. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York, NY: Springer New York, 2013: 68–9.
- Guidi J, Lucente M, Sonino N et al. Allostatic Load and Its Impact on Health: A Systematic Review. *Psychother Psychosom* 2021; 90: 11–27.
- Helsedirektoratet. Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2019–2021. Lest 30.4.2026.
- Birrer RB, Tokuda Y. Medicalization: A historical perspective. *J Gen Fam Med* 2017; 18: 48–51.
- SSB. Konsultasjoner hos fastlegen, etter diagnose, år og alder. Lest 30.4.2026.
- Bury M. The Medicalization of Society: On the transformation of Human Conditions into Treatable Disorders - by Conrad, P. *Social Health Illn* 2009; 31: 147–8.
- Sandven HK. *Diagnosefellen*. Oslo: Vigmostad Bjørke, 2025.
- Estep M. Vurderer om flere i overgangsalderen skal få hormoner på blå resept. *Adresseavis* 20.10.2025. Lest 30.4.2026.
- Soldal J. Vi bruker allergimedisin for en milliard kroner. Lest 30.4.2026.
- Bjornsdottir HH, Einarsson ÓB, Gröndal G et al. Nationwide prevalence of glucocorticoid prescriptions over 17 years and osteoporosis prevention among long-term users. *SAGE Open Med* 2024; 12: 20503121241235056.
- Debernard KAB, Frost J, Roland PH. Kvetiapin er ikke en sovemedisin. *Tidsskr Nor Legeforen* 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.19.0205.
- Hervik SEK. Medikalisering. Lest 30.4.2026.
- Frich JC, Fugelli P. Forestillinger om sykdom-forventninger til helse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 45–8.
- Woolf SH, Schoemaker H. Life Expectancy and Mortality Rates in the United States, 1959–2017. *JAMA* 2019; 322: 1996–2016.
- Pfeiffer EJ, Mendez S. Medicalizing the social determinants of health and the inadvertent reproduction of inequities through social-care program implementation in the United States. *Soc Sci Med* 2026; 392: 118981.
- Blanchflower DG, Oswald AJ. Unhappiness and Pain in Modern America: A Review Essay, and Further Evidence, on Carol Graham's Happiness for All? *Journal of Economic Literature* 2019; 57: 385–402.
- Britannica. Traditional Chinese medicine. Lest 30.4.2026.
- Zhao Q, Guo R, Fan Z et al. Medical Conditions and Preference of Traditional Chinese Medicine: Results from the China Healthcare Improvement Evaluation Survey. *Patient Prefer Adherence* 2023; 17: 227–37.
- Rosa H. Situasjon og konstellasjon - om spillerommet som går tapt. Oslo: Cappelen Damm, 2026.
- Rø KI, Hyldig CL, Gjerde PB. Utbrenthet blant fastleger. *Tidsskr Nor Legeforen* 2026; 146. doi: 10.4045/tidsskr.26.0118.
- Engen C. «Doctors must live»: a care ethics inquiry into physicians' late modern suffering *Med Health Care Philos* 2025; 28: 275–90.
- Barrett LF. *How Emotions Are Made*. London: Pan Books, 2017: 425.
- Theriault JE, Katsumi Y, Reimann HM et al. It's not the thought that counts: Allostasis at the core of brain function. *Neuron* 2025; 113: 4107–33.
- Zhang X, Hong X, Zhang Z. The mediating effect of traditional Chinese medicine (TCM) health literacy between TCM culture promotion and residents' health status. *Front Public Health* 2024; 12: 1386085.
- Helsedirektoratet. Rapport om helserelaterte samfunnskostnader – verdien av tapte leveår og helsetap utgjør de største samfunnskostnadene. Lest 30.4.2026.

Embagyn

doksylamin 20 mg/pyridoksin 20 mg

For behandling av svangerskapskvalme og oppkast¹



✓ **Enkel dosering¹**

1-2 tabletter/dag

✓ **Dobbel frisetting^{1,3}**

Et flerlags belegg med
øyeblikkelig frisetting¹

Enterodrasjert kjerne med
forsinket frisetting¹

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

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

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

Forsiktighetsregler:

Brukes med forsiktighet ved nedsatt nyre- og leverfunksjon, økt intraokulært trykk, trangvinklet glaukom, magesår med stenose, pyloroduodenal obstruksjon, blærehalsobstruksjon, astma eller andre luftveissykdommer.

- Vær også oppmerksom på klasse-effekter av antihistaminer, inkl. epilepsi og forlenget QT-intervall.
- Kan forårsake somnolens. Samtidig bruk med CNS-dempende legemidler og alkohol bør unngås.
- Amming: Anbefales ikke under amming.

Interaksjoner: Se SPC pkt.4.5

Bivirkninger: Hyppigst rapportert er somnolens.

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

Indikasjon: Indisert for symptomatisk behandling av svangerskapskvalme og -oppkast hos gravide kvinner ≥ 18 år som ikke responderer på konservativ behandling (f.eks. livsstils- og kostholdsendringer). **Bruksbegrensninger:** Kombinasjonen doksylamin/pyridoksin har ikke blitt undersøkt ved tilfeller av hyperemesis gravidarum som skal behandles av spesialist. **Dosering:** Anbefalt startdose er 1 tablett ved leggetid på dag 1 og dag 2. Dersom symptomene ikke er tilstrekkelig kontrollert på dag 2, kan dosen økes på dag 3 til 1 tablett om morgenen og 1 tablett ved leggetid (totalt 2 tabletter per dag). Maksimal anbefalt dose er 2 tabletter daglig. **Pakninger og priser (AUP):** 10 stk.: kr 284,70. 20 stk.: kr 482,50 **Reseptgruppe:** C. **Referanser:** **1)** Embagyn SPC 29.01.2025. **2)** Doksylamin, pyridoksin – Helsedirektoratet, Siste faglige endring: 25.06.2025 **3)** Koren G., et al. Breakthrough in the treatment of nausea and vomiting of pregnancy; the first dual release combination of doxylamine-pyridoxine. Int J Pharm. 2018; 8(3): 52-58.



Tekst: Joakim Øverbø et al.

Beskytter vaksine mot helvetesild også mot demens?

En rekke nyere observasjonsstudier og naturlige eksperimenter har antydnet at helvetesildvaksinasjon kan være assosiert med lavere demensrisiko. Samtidig vet vi foreløpig ikke om sammenhengen er kausal, eller om den helt eller delvis skyldes skjevheter i hvem som vaksinerer seg.



Folkehelseinstituttet har nylig vurdert om den rekombinante helvetesildvaksinen, Shingrix, bør inn i voksenvaksinasjonsprogrammet for å forebygge herpes zoster, også kalt helvetesild (1). Tilstanden kjennetegnes av smerter, oftest i kombinasjon med utslett, og skyldes reaktivering av viruset som forårsaker vannkopper (varicella-zoster-virus, VZV). For vaksinasjonens primære formål er kunnskapsgrunnlaget godt: Vaksinen beskytter mot herpes zoster og postherpetisk nevralgi i minst 11 år.

Når det gjelder demens derimot, er vår konklusjon mer nøktern. I flere store studier har man funnet at personer som er vaksinert mot herpes zoster, sjeldnere får demens enn uvaksinerte (1). Dette har man sett både i tradisjonelle observasjonsstudier, nyere analyser av den nye rekombinante vaksinen og i

såkalte naturlige eksperimenter (1). Funnene er interessante nok til å tas på alvor, men ikke sterke nok til å gi et endelig svar. Foreløpig bør en eventuell beskyttelse omtales som en mulig tilleggseffekt og ikke et hovedargument for å ta vaksinen. Skal vi bli sikrere, trengs det studier med sterkere design enn de vi har i dag.

Demens er en av de største helseutfordringene i vår tid. Folkehelseinstituttet oppgir at om lag 101 000 personer lever med demens i Norge i dag, og det forventes at antallet vil mer enn doubles innen 2050. Den økonomiske byrden er også betydelig, med kostnader anslått til 42,6 milliarder kroner i 2020 og forventet økning til 98,8 milliarder i 2050 (2). Dersom en allerede godkjent vaksine faktisk kan redusere demensrisikoen, ville det være av betydelig folkehelseinteresse. Nettopp derfor må vi være særlig nøye med hvordan vi omtaler funnene.

Hva viser studiene?

De første signalene kom fra vanlige observasjonsstudier av den eldre vaksinen Zostavax, en svekket levende vaksine med moderat og forholdsvis kortvarig effekt mot herpes zoster. Der så man at vaksinerte personer gjennomgående hadde lavere forekomst av demens enn uvaksinerte. Senere er det kommet data som også peker i samme retning for den nye inaktiverte herpes zoster-vaksinen Shingrix.

I studiene som Folkehelseinstituttet vurderte i metodevurderingen, var Shingrix assosiert med 27 % lavere risiko for at personen utvikler demens over de første tre årene etter vaksinering, sett mot sammenlignbare mottakere av pneumokokkvaksine (1). I den samme studien fant man også lavere demensrisiko hos personer som hadde mottatt to doser Shingrix, sammenlignet med dem som hadde mottatt én dose. I etterkant av metodevurderingen er det kommet en ny stor registerbasert studie fra USA som viser en lignende effektstørrelse: 27 %

reduksjon hos personer vaksinert mot helvetesild sammenlignet med personer vaksinert mot difteri, tetanus og kikhoste, og 56 % reduksjon sammenlignet med uvaksinerte (3).

I metodevurderingen utførte vi i tillegg en metaanalyse av to studier som sammenlignet mottakere av Shingrix og Zostavax, og fant at Shingrix var assosiert med en samlet risikoreduksjon på 17,6 % sammenlignet med Zostavax (1). Shingrix, som er vist å være mer effektiv mot herpes zoster, er altså også assosiert med en større risikoreduksjon for demens.

Det mest overbevisende datagrunnlaget kommer likevel fra de naturlige eksperimentene med Zostavax. I Wales, Australia og Canada har forskere utnyttet skarpe aldersgrenser i vaksinasjonsprogrammer, slik at personer født rett før og rett etter en bestemt dato kan sammenlignes. Fordelen med slike design er at gruppene ligner mye mer på hverandre enn typiske vaksinerte og uvaksinerte kohorter. Dermed reduseres problemet med at helsebevisste og ressurssterke personer oftere vaksinerer seg.

I Wales fant man at herpes zoster-vaksinasjon reduserte sannsynligheten for ny demensdiagnose med 3,5 prosentpoeng over sju år, tilsvarende om lag 20 % relativ reduksjon (4). I den australske studien fant man en absolutt reduksjon på 1,8 prosentpoeng over 7,4 år (5). I Canada ble det rapportert en absolutt reduksjon på 2,0 prosentpoeng over 5,5 år i de vaksinebehandlede kohortene (6). At tre naturlige eksperimenter i ulike populasjoner med ulike helsevesen peker i samme retning, er en vesentlig styrke ved dagens kunnskapsgrunnlag.

Wales-funnene er senere fulgt opp i en studie publisert i Cell (7), der resultatene tyder på at helvetesildvaksinasjon kan påvirke flere stadier i det kliniske demensforløpet. I tillegg til færre nye demensdiagnoser fant forskerne færre tilfeller av mild kognitiv svikt og lavere demensrelatert dødelighet blant personer med etablert demens (7).

Resultatene av begge typer studier tyder videre på at sammenhengen *kan* være sterkere hos kvinner enn hos menn. Det er et konsistent og interessant funn, men hvorvidt forskjellen er reell, og hva som eventuelt kan forklare den, er fortsatt uklart (1).

Hvor sterke er disse dataene?

Det er fristende å lese dette som en suksesshistorie i emning: En vaksine vi allerede har, kan kanskje også beskytte mot en av alderdommens mest fryktede sykdommer. Men her er det nødvendig å bremse.

At noe er assosiert, betyr ikke nødvendigvis at det er en årsakssammenheng. Observasjonsstudier er sårbare for konfundering (skjevheter mellom gruppene som sammenlignes). Personer som velger å vaksinere seg, er ofte forskjellige fra dem som lar være. De har gjerne i gjennomsnitt bedre funksjonsnivå, høyere helsekompetanse, sunnere livsstil, tettere kontakt med helsetjenesten og større tilbøyelighet til å ta imot forebyggende tiltak generelt – altså at de friskeste i større grad vaksinerer

seg, såkalt *healthy vaccinee bias*. Dette er spesielt viktig i demensforskning, fordi risikoen for demens ser ut til å være påvirket av en rekke slike faktorer som kan være vanskelige å justere for i observasjonsstudier (8, 9). Mistanken om konfundering styrkes av at de nevnte studiene rapporterer forskjeller i forekomst av demens nesten umiddelbart etter vaksinerings. Dette rimer dårlig med at vaksineeffekter vanligvis trenger uker på å utvikles, og med at demens er en langsomt progredierende sykdom (1).

Assosiasjonen til redusert demensrisiko gjelder ikke bare vaksine mot helvetesild, men er også funnet for andre vaksiner tatt i voksen alder, som vaksiner mot influensa, difteri-/tetanus-/pertussis (DTP) og pneumokokksykdom (1). Det *kan* styrke hypotesen, og kanskje også bety at reduksjon av infeksjonssykdommer generelt kan forebygge demens. Men det kan også peke på at feltet som helhet er sårbart for systematiske skjevheter som effekten av de vaksinertes gode helsetilstand (*healthy vaccinee bias*), og at man må være varsom med å trekke sterke kausale slutninger fra assosiasjonsdata alene.



De naturlige eksperimentene er derfor særlig viktige. De bringer oss nærmere et kausalt svar enn vanlige kohortstudier gjør. Men heller ikke disse løser alt. En viktig svakhet er at denne typen studier foreløpig kun er gjennomført for den levende svekkede vaksinen Zostavax. I Norge, og resten av verden, er det nå Shingrix som er tilgjengelig, etter at Zostavax ble avregistrert i 2024. Vi står derfor i en situasjon der de metodisk sterkeste resultatene gjelder en eldre, utgått vaksine, mens dataene for dagens vaksine fortsatt i stor grad er observasjonelle.

Mulige mekanismer

Varicella-zoster-virus blir liggende latent i sensoriske nerveganglier etter gjennomgått vannkoppsykdom. Når viruset reaktiveres senere i livet, kan det gi helvetesild, men også nevrologiske komplikasjoner. En plausibel hypotese er at gjentatte eller kraftige reaktiveringer kan bidra til neuroinflammasjon, vaskulær skade og

Foreløpig bør en eventuell beskyttelse omtales som en mulig tilleggseffekt og ikke et hovedargument for å ta vaksinen

Begge illustrasjonsfoto: Science Photo Library / NTB. Bearbejdet av Tidsskriftet.

Funnene er spennende nok til å utløse store forskningssatsinger, men ikke avklarte nok til at man kan lene seg tilbake

kanskje også indirekte føre til reaktivering av andre nevrotrope herpesvirus, som så bidrar til økt risiko for demens (10). I så fall kan en vaksine som forebygger reaktivering, i prinsippet også påvirke risikoen for senere kognitiv svikt.

Det finnes epidemiologiske funn som støtter at herpes zoster kan være relevant for demensutvikling. Resultater fra systematiske oversikter er blandet: Noen finner en svak og metodisk usikker sammenheng mellom klinisk helvetesild og demens, mens andre ikke finner noen signifikant sammenheng (11, 12). I nyere, store studier er det funnet økt risiko for demens særlig etter alvorlig, sykehusbehandlet eller gjentatte tilfeller av herpes zoster (13, 14). Dette er ikke bevis for årsakssammenheng, men det styrker den biologiske troverdigheten i hypotesen.

Det at man i vaksinstudier finner en demensreducerende assosiasjon som passer med den observerte effekten mot herpes zoster, både når det gjelder avtagende effekt over tid, antall doser og type vaksine, styrker teorien om at virusreaktivering i seg selv kan være relevant for senere kognitiv svikt.

Vi vet også at flere studier peker i retning av lavere demensrisiko etter vaksinasjon. Det er spennende, og det kan vise seg å være viktig. Men vi vet ikke sikkert om sammenhengen er kausal, eller om hele eller deler av den observerte effekten skyldes systematiske skjevheter i studiene. Vi vet ikke hvor stor en eventuell effekt er, eller om den gjelder alle demensformer. Derfor bør dette foreløpig omtales som en mulig, men usikker tilleggseffekt. Kunnskapsgrunnlaget er altfor tynt til å omtale helvetesildvaksinen som en «demensvaksine».

For leger i Norge er det nyttig å vite at Shingrix er godkjent til bruk hos alle fra 50 år og hos personer over 18 år med økt risiko for herpes zoster, men at vaksinen per i dag ikke inngår i vaksinasjonsprogrammet. Foreløpig må de aller fleste betale vaksinen selv. Folkehelseinstituttet har anbefalt innføring av vaksinen i programmet, men beslutningen ligger hos Helse- og omsorgsdepartementet (17).

Veien videre

Neste steg bør være studier som bedre kan skille mellom assosiasjon og årsakseffekt. Klassiske randomiserte studier med demens som endepunkt er ønskelige, men er ikke enkle å gjennomføre. De vil kreve store populasjoner, lang oppfølgingstid og etisk gjennomtenkte kontrollgrupper når vaksinen allerede er godkjent og anbefalt for deler av målgruppen. Det kan derfor være mer realistisk å tenke i retning av mer pragmatiske design, som naturlige eksperimenter, registerbaserte studier og andre kvasiekperimentelle tilnærminger.

Internasjonalt er slike initiativer allerede i gang. I 2025 annonserte GSK, UK Dementia Research Institute og Health Data Research UK et stort samarbeid som skal bruke befolkningsdata fra det britiske helsevesenet (NHS) for å undersøke sammenhengen mellom Shingrix og demensrisiko i britiske kohorter (18). Prosjektet er designet som naturlig eksperiment og er uttrykkelig begrunnet med at tidligere studier er observasjonelle og sårbare for ukjent konfundering. Det i seg selv sier noe om hvor feltet står: Funnene er spennende nok til å utløse store forskningssatsinger, men ikke avklarte nok til at man kan lene seg tilbake.

Det planlegges også større nordiske studier. I Finland skal FinDementia undersøke om Shingrix kan redusere forekomsten av demens hos eldre voksne (19), mens DAN-ZOSTER i Danmark er registrert som en pragmatisk randomisert studie der demens inngår som ett av utfallene (20). Norge har også gode forutsetninger for å bidra, og det finnes planer om større eksperimentelle studier også her (21).

Fortjener bedre studier

Bruk av helvetesildvaksine for å forebygge demens er ikke lenger en kuriøs idé. Det er blitt en seriøs forskningshypotese med epidemiologisk støtte og biologisk plausibilitet. Samtidig er ikke dataene gode nok til at vi kan påstå noe med høy grad av sikkerhet. Før dette kan brukes som grunnlag for nye kliniske råd eller brede

En annen hypotese er at vaksinene kan ha bredere immunologiske effekter. Blant annet er adjuvansen til Shingrix, AS01, foreslått å kunne forklare noe av den observerte effekten (15). Dette er interessante tanker, men må foreløpig anses som spekulasjoner (16).

Hva bør vi si nå?

Det viktigste er å være tydelig på skillet mellom det vi vet, og det vi ennå ikke vet.

Vi vet at den rekombinante vaksinen virker godt mot herpes zoster og komplikasjoner av sykdommen. Vaksinen har i kliniske studier vist over 97 % beskyttelse mot helvetesild hos personer over 50 år og rundt 90 % hos personer over 70 år (1). Oppfølgingsstudier tyder dessuten på at beskyttelsen holder seg høy i minst 11 år etter vaksinasjon (1). Dette er i seg selv et solid og tilstrekkelig argument for vaksinasjon av aktuelle grupper.

helsepolitiske prioriteringer, trenger vi bedre studier som kan teste om sammenhengen faktisk er kausal.

Inntil videre bør leger være nøkterne: anbefale vaksinen for det den sikkert gjør, og omtale mulig effekt på demens som et interessant, lovende, men fortsatt uavklart tilleggsperspektiv. ■

Joakim Øverbø

joakim.overbo@fhi.no

Joakim Øverbø er ph.d., overlege ved Avdeling for virologi, Folkehelseinstituttet. Han var medforfatter av Folkehelseinstituttets metodevurdering av helvetesildvaksinen, med hovedansvaret for rapportens del om demens. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Eli Heen

Eli Heen er spesialist i allmennmedisin, overlege ved Avdeling for smittevern og vaksine, Folkehelseinstituttet, og var førsteforfatter på Folkehelseinstituttets metodevurdering av helvetesildvaksinen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Gunnstein Norheim

Gunnstein Norheim er ph.d., cand.pharm. og seniorrådgiver ved Avdeling for smittevern og vaksine, Folkehelseinstituttet, med særlig kompetanse innen vaksineutvikling og vaksinstudier. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Svein Andersen

Svein Rune Andersen er dr.scient. og fagdirektør ved Avdeling for smittevern og vaksine, Folkehelseinstituttet, med lang erfaring innen vaksiner, smittevern og folkehelsearbeid. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Lene Kristine Juvet

Lene Kristine Juvet er ph.d. og forsker ved Avdeling for metodeutvikling og analyse, Folkehelseinstituttet, med fagområder innen vaksine, metodevurdering og forskningsmetode. Hun var sisteforfatter av Folkehelseinstituttets metodevurdering av helvetesildvaksinen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Heen E, Tveraas IH, Øverbø J et al. Vaksine mot herpes zoster i voksenvaksinasjonsprogram: fullstendig metodevurdering. Folkehelseinstituttet 2026. Lest 23.4.2026.
- Kinge JM, Øien H, Dieleman JL et al. Forecasting total and cause-specific health expenditures for 116 health conditions in Norway, 2022-2050. BMC Med 2025; 23: 116.
- Rayens E, Sy LS, Qian L et al. Recombinant zoster vaccine is associated with a reduced risk of dementia. Nat Commun 2026; 17: 2056.
- Eyting M, Xie M, Michalik F et al. A natural experiment on the effect of herpes zoster vaccination on dementia. Nature 2025; 641: 438-46.
- Pomirchy M, Bommer C, Pradella F et al. Herpes Zoster Vaccination and Dementia Occurrence. JAMA 2025; 333: 2083-92.
- Pomirchy M, Chung S, Bommer C et al. Herpes zoster vaccination and incident dementia in Canada: an analysis of natural experiments. Lancet Neurol 2026; 25: 170-80.
- Xie M, Eyting M, Bommer C et al. The effect of shingles vaccination at different stages of the dementia disease course. Cell 2025; 188: 7049-7064.e20.
- Ellingjord-Dale M, Strand BH, Skirbekk V et al. Potentially modifiable risk factors for dementia in Norway (HUNT4 70+): a retrospective cohort study. Lancet Healthy Longev 2025; 6: 100802.
- Senff J, Tack RWP, Mallick A et al. Modifiable risk factors for stroke, dementia and late-life depression: a systematic review and DALY-weighted risk factors for a composite outcome. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2025; 96: 515-27.
- Taquet M, Dercon Q, Todd JA et al. The recombinant shingles vaccine is associated with lower risk of dementia. Nat Med 2024; 30: 2777-81.
- Marra F, Gomes K, Liu E et al. Effects of herpes zoster infection, antivirals and vaccination on risk of developing dementia: A systematic review and meta-analysis. Hum Vaccin Immunother 2025; 21: 2546741.
- Lin HS, Lin YS, Tsai YS et al. Association of herpes zoster with dementia: A systematic review and meta-analysis with GRADE assessment. Zhonghua Pifuke Yixue Zazhi 2024; 42: 128-35.
- Blandi L, Bertuccio P, Signorelli C et al. Herpes zoster as risk factor for dementia: a matched cohort study over 20 years in a 10-million population in Italy. J Prev Alzheimers Dis 2025; 12: 100167.
- Polisky V, Littmann M, Triastcyn A et al. Varicella-zoster virus reactivation and the risk of dementia. Nat Med 2025; 31: 4172-9.
- Taquet M, Todd JA, Harrison PJ. Lower risk of dementia with AS01-adjuvanted vaccination against shingles and respiratory syncytial virus infections. NPJ Vaccines 2025; 10: 130.
- Williams SE, Luisi K, Liang C et al. Methodological Issues in Taquet et al.'s analysis preclude any conclusions regarding AS01 adjuvant's specific role in dementia prevention. NPJ Vaccines 2025; 10: 255.
- Folkehelseinstituttet. Anbefaling om innføring av helvetesildvaksine i voksenvaksinasjonsprogram. Lest 21.4.2026.
- GSK. GSK, UK Dementia Research Institute (UK DRI) and Health Data Research UK (HDR UK) to collaborate on first-of-its kind dementia research initiative. Lest 23.4.2026.
- FVR - Suomen Rokotetutkimus. FinDementia. Lest 21.4.2026.
- ClinicalTrials.gov. Recombinant Herpes Zoster Vaccine for Prevention of Cardiovascular Events and Dementia (DAN-ZOSTER) (NCT07485283). Lest 21.4.2026.
- Sangnes IK. Haraldsplass-forsker får 5 millioner til banebrytende demensprosjekt. Lest 4.4.2026.

Begge illustrasjonsfoto: Science Photo Library / NTB. Bearbeidet av Tidsskriftet.

Hjelp dine pasienter med
overvekt eller fedme til å

LEVE LETTERE¹



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

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

I tillegg til diett med redusert kaloriinnhold og økt fysisk aktivitet

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

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

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

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

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

Indikasjon

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

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

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

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

Wegovy® – utvalgt sikkerhetsinformasjon

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

• Nonarteriell iskemisk optikusnevropati (**NAION**). Resultater fra flere store epidemiologiske studier indikerer at eksponering for semaglutid hos voksne med diabetes type 2 er assosiert med en omtrent to ganger økning i relativ risiko for å utvikle NAION, tilsvarende omtrent ett ekstra tilfelle per 10 000 personår med behandling (svært sjelden)

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

Dosering – én gang per uke

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

Se preparatomtale for mer informasjon om dosering.

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

Reseptgruppe og pris

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

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

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

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

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

Tekst: Signe Øien Fretland et al.

Hvordan kan norske kreftpasienter få økt tilgang til kliniske studier?

I 2024 fikk nærmere 39 000 nordmenn en kreftdiagnose. Kun et lite mindretall fikk tilgang til utprøvende behandling gjennom kliniske studier – til tross for politisk vilje og regjeringens høye ambisjoner.

Kliniske studier gir kreftpasienter tidligere tilgang til nye behandlingsalternativer, styrker fagmiljøene og reduserer helsetjenestens behandlingstkostnader i studieperioden. Dessverre oppfatter globale legemiddelselskap fortsatt Norge som et «gjennomsnittlig» land for gjennomføring av kliniske studier. USA og Asia prioriteres foran Europa, og konkurransen om industrifinansierte studier er blitt tøffere.

Årsaken til dette er sammensatt. USA er verdens største legemiddelmarked og det regulatorisk viktigste landet for godkjenning. Fase III-studier designes derfor nå i stor grad etter krav satt av U.S. Food and Drug Administration (FDA). Landet har også en stor og variert pasientpopulasjon og et svært erfarent nettverk av studiesentre, noe som gir rask og forutsigbar rekruttering. Folkerike stater i Asia gir også tilgang til store populasjoner, og i Japan stiller helsemyndighetene i tillegg krav for nye regulatoriske legemiddelgodkjenninger at 10 % av pasientene i fase III-utprøvinger blir rekruttert derfra.

Gjennomføringsevne

Globale selskaper vurderer gjennomføringsevne for kliniske studier ut fra visse konkrete indikatorer: hvor raskt et studiesenter starter opp og rekrutterer den første pasienten, om rekrutteringen holder tritt med de avtalte målene, graden av protokollavvik, hvor stor andel av pasientene som fullfører alle planlagte visitter og undersøkelser, samt registrering av studiedata. Målene gir et direkte bilde av kvalitet, pålitelighet og dataintegritet.

Norge har flere sterke fortrinn, som unike helsedata, høy tillit og kompetente fagmiljøer, men mangler rammeverk som gjør fortrinnene synlige i global konkurranse. Blant manglene er

forutsigbare og korte oppstartstider med standardiserte prosesser fra kontakt til første pasient er inkludert, dedikert studiepersonell og tilgang til standardbehandling for kontrollgruppen.

Norge fra et globalt perspektiv

CONNECT er et offentlig-privat samarbeid som har som mål å øke antall kliniske studier i Norge og å få raskere innført presisjonsmedisin innenfor kreftområdet (1). Høsten 2024 gjennomførte vi en spørreundersøkelse med intervju blant globale og nordiske ledere i seks store legemiddelselskaper: AstraZeneca, Pfizer, MSD, Roche, GSK og Johnson & Johnson. Alle som bidro i kartleggingen, jobbet direkte med fase III-studier og beslutninger om studieland. Formålet var å belyse Norges styrker og svakheter sett fra industriens perspektiv. Av de seks selskapene vurderte bare to Norge som bedre enn sammenlignbare land. Tre vurderte oss som omtrent like gode, mens ett vurderte Norge som dårligere.

Fire faktorer ble trukket fram som avgjørende for valg av studieland: (i) dokumentert leveranseevne, blant annet gjennom realistiske inklusjonsestimater, gode screeningrutiner og høy protokolletterlevelse; (ii) erfaring med og samarbeid mot industrien, inkludert tidligere deltakelse i kliniske studier eller annen relevant aktivitet, tilstedeværelse i internasjonale fagmiljøer og bruk av etablerte offentlig-private partnerskap; (iii) kvaliteten på studiestedet, som omfatter god infrastruktur, dedikert og erfarent personell med tilstrekkelig kapasitet samt nødvendige akkrediteringer; og (iv) entusiasme og vilje til å delta, særlig uttrykt gjennom tydelig ledelsesforankring og avsatt tid til klinisk forskning.

Samtidig pekte tre sentrale barrierer seg ut. God gjennomføringsevne forutsetter at ledelsen i helsetjenesten gir gode rammebetingelser, som avsatt tid og hensiktsmessige lokaler, og sikrer

støttefunksjoner som studiesykepleiere og forskningskoordinatorer. Mange norske miljøer leverer svært godt, men variasjonen er stor – og forskjellen skyldes oftere ledelsesforankring enn faglig kompetanse. Manglende kapasitet i nøkkelroller, uklar ansvarsdeling mellom klinikk og forskningsstøtte og fravær av meritterende karriereveier for forskningsaktive klinikere skaper sårbarhet og uforutsigbarhet. En ledelse som prioriterer forskning systematisk og en kultur som verdsetter forskning, er derfor en forutsetning for å styrke Norges konkurransekraft. En kultur for forskning må bygges fra ledelsesnivå og krever tydelig prioritering gjennom tid, ressurser og forventninger.

En annen viktig barriere er mangel på forutsigbare oppstartstider. Innføringen av CTR-forordningen i Europa har gjort søknadsprosessen til myndighetene mer forutsigbar, men det er fortsatt nasjonale og lokale prosesser som styrer når studiene faktisk kan starte. Vi erfarer at det er stor variasjon mellom helseforetakene i tidsbruken på kontraktsforhandlinger, biobank- og personvern vurderinger, tilgang til laboratorie- og bildediagnostikk i henhold til protokoll samt intern koordinering mellom studieadministrasjon og klinikk. Noen sykehus har standardiserte rutiner og dedikerte ressurser som sikrer rask aktivering, mens andre mangler slike strukturer. Resultatet er store regionale forskjeller. Når globale selskaper vurderer land og studiesteder, er nettopp forutsigbarheten i oppstart, rekruttering og protokolloppfølging avgjørende.

Den tredje barrieren gjelder manglende tilgang til standardbehandling for pasienter i kontrollgruppe. Respondentene i CONNECT-kartleggingen fremhevet at tilgang til en akseptabel standardbehandling (*standard of care*) for kontrollgruppen er avgjørende for at et land kan delta i fase III-studier. Dette er en særlig utfordring for Norge på områder der internasjonalt anbefalt standardbehandling ennå ikke er innført gjennom Beslutningsforum. Når behandlingen som globalt er definert som vanlig praksis ikke er tilgjengelig i Norge, faller vi som potensielt studieland ut av vurderingen for deltagelse i fase III-utprøvingen. Dette gjelder selv når norske fagmiljøer har høy kompetanse og pasientene ønsker å delta.

Slik kan vi øke vår attraktivitet

Norske studiesteder må i større grad synliggjøre kvalitet og leveranseevne, herunder evne til rask rekruttering, protokolltro gjennomføring, høy kvalitet og god pasientoppfølging. Systematisk deling av dokumenterte suksesshistorier vil kunne styrke Norges posisjon i konkurransen om studier. Videre er det behov for å styrke samarbeidet med industrien. Forutsigbart og profesjonelt samspill er avgjørende for landvalg, og både CONNECT og NorTrials-partnerskapet (opprettet av Helse- og omsorgsdepartementet i 2021) bør videreutvikle sin rolle som brobyggere mellom helsetjenesten og industrien, særlig ved å sikre rask og koordinert respons på henvendelser om nye studier.

Et tredje forbedringsområde er effektivisering av operasjonelle prosesser. Flaskehalsene ligger i stor grad i helseforetakenes egne rutiner for kontraktsforhandlinger, personvern vurderinger og intern koordinering. Innføring av mer standardiserte oppstartsløp, inspirert av pakkeforløp, kan bidra til å redusere tiden fra signert kontrakt til inklusjon av første pasient. Dette forutsetter at det settes tydelige mål for tidslinjer. Samtidig er det behov for å øke den internasjonale synligheten av nasjonale initiativer. NorTrials og andre norske satsinger må gjøres bedre kjent blant globale beslutningstakere gjennom mer strategisk og målrettet kommunikasjon i relevante internasjonale fora.

Norge må styrke rammebetingelser og markedsattraktivitet og sikre at vilkårene for gjennomføring av kliniske studier ikke er dårligere enn i sammenlignbare land. Dette gjelder særlig tilgang til diagnostikk og andre protokollkrav og nødvendig infrastruktur. Videre må helsepersonell mobiliseres bedre, og det må bygges en sterkere forskningskultur. Kliniske studier bør være en integrert og meritterende del av klinisk arbeid, og ikke baseres på enkeltpersoners dugnadsinnsats. Sykehus- og klinikkledelsen har et særlig ansvar for å bygge kultur, kapasitet og tydelige karriereveier for forskningsaktive klinikere.

Vår kartlegging viser også at et tettere nordisk samarbeid vil kunne styrke regionens samlede attraktivitet. En mer samlet nordisk profil og bedre standardiserte rammer på tvers av landene kan øke sannsynligheten for at Norge inkluderes når globale selskaper velger studieland. Et felles industriløft for effektivisering og standardisering med økt harmonisering av kontrakter, prosesser og dokumentasjonskrav på tvers av legemiddelselskaper vil kunne redusere unødvendig kompleksitet i kliniske studier. Samarbeid om felles rammer for oppstart, monitorering og rapportering samt mer forutsigbare og koordinerte krav overfor helseforetakene vil være til fordel for både pasienter, kliniske miljøer og industrien. CONNECT kan her spille en viktig rolle som en nøytral arena for dialog og felles forbedringsinitiativer mellom helsetjenesten og industrien.

På linje med regjeringens ambisjoner

Regjeringen lanserte nylig Nasjonal handlingsplan for kliniske studier og klinisk forskning 2026–2036, en tiårig handlingsplan med ambisjon om at Norge skal være blant de mest attraktive landene i Europa for gjennomføring av industristudier (2). I planen beskrives viktige strukturelle grep for finansiering, organisering og digitalisering av kliniske studier. Den signaliserer et tydelig politisk ønske om å øke aktiviteten. Det er bra, men vi savner konkrete tiltak.

Handlingsplanens hovedvisjon er at klinisk forskning skal være en integrert del av all klinisk praksis og pasientbehandling. Igjen: Det forutsetter tydelig ledelsesforankring og systematisk oppfølging i hele helsetjenesten. Ledelsen må planlegge og styre →

Norge har flere sterke fortrinn, som unike helsedata, høy tillit og kompetente fagmiljøer, men mangler rammeverk som gjør fortrinnene synlige i global konkurranse

virksomheten slik at den leverer på definerte milepæler og resultater – fra rask oppstart til profesjonell gjennomføring og pålitelige leveranser ved hjelp av tilstrekkelig personell, hensiktsmessig infrastruktur og egnede arealer.

Det er vår mening at for å lykkes med visjonen må helsetjenestens interne prosesser gjennomgås i sin helhet. Alle ledd i kliniske studier – fra vurdering av gjennomførbarhet til avslutning – må standardiseres, forenkles og effektiviseres. Uten dette vil ambisjonene forbli gode intensjoner snarere enn praktisk virkelighet.

Vi savner derfor mer konkrete tiltak i handlingsplanen. Hvordan skal ledelsen i praksis organisere personell og forskningsstøtte, slik at helsetjenesten reelt rustes til å møte kravene? Tydelige, målbare indikatorer som viser hvordan målene skal nås og fremdriften evalueres, må på plass. Parallelt må det bygges videre på det som allerede fungerer: sterke fagmiljøer og engasjerte klinikere. Målrettede støttefunksjoner tett på det kliniske arbeidet vil være avgjørende for å omsette ambisjon til handling og sikre at klinisk forskning blir en naturlig del av pasientbehandlingen.

Oppsummering

Norge har gode forutsetninger for kliniske studier: høykvalitetsdata, sterke fagmiljøer og høy tillit. Men fortrinnene er lite synlige i global konkurranse. Vi taper særlig på tre forhold: uforutsigbare oppstartstider, manglende tilgang til internasjonalt definert standardbehandling i fase III-studienes kontrollarmer, og for svak organisering rundt studiepersonell og støttefunksjoner.

Tiltakene i den nye handlingsplanen imøtegår noen sentrale svakheter, men har selv en svakhet i at den er skrevet fra innsiden og ut. Vår kartlegging supplerer godt med viktige elementer for å lykkes, sett fra utsiden og inn. Norske helsemyndigheter, helseforetakene og fagmiljøene må nå trekke i samme retning for å sikre at norske kreftpasienter ikke faller utenfor neste generasjons behandling. ■

Forfatterne er del av CONNECT-konsortiet, et offentlig-privat samarbeid som arbeider for å øke antall kliniske studier i Norge og for raskere innføring av presisjonsmedisin innenfor kreftområdet. Konsortiet består av universitetssykehusene, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, Direktoratet for medisinske produkter, Kreftforeningen, Legemiddelindustrien og 16 ledende legemiddelselskaper.

Signe Øien Fretland

Signe Øien Fretland er cand.pharm. og leder NorTrials koordinerende enhet ved Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Birgitte Lygren

Birgitte Lygren er ph.d. og Medical Manager innen onkologi og kliniske studier, Medisinsk avdeling i Roche Norge. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ravinder Singh

Ravinder Singh er master i farmasi og i helseøkonomi, politikk og ledelse, ph.d. og seniordirektør i global medisinsk avdeling, Eli Lilly. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han eier aksjer i Eli Lilly.

Line Bjørge

Line Bjørge er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, seksjonsoverlege ved Kreftklinikken, Haukeland universitetssykehus og professor ved Universitetet i Bergen. Hun var president i Nordic Society of Gynaecological Oncology 2021–24. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt forskningsstøtte fra Trond Mohn forskningsstiftelse, prosjektstøtte fra ERA PerMed og forelesningshonorar fra AbbVie, GSK, Dagens Medisin og Helsedirektoratet. Hun har styreverv i Nordic Society of Gynaecological Oncology, Oslo Cancer Cluster og KinN Therapeutics.

Rune Sundset

Rune Sundset er spesialist i nukleærmedisin, leder av PET-senteret og forskningsgruppeleder ved Universitetssykehuset Nord-Norge og Nukleærmedisinsk og strålebiologisk forskningsgruppe UiT – Norges arktiske universitet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Tatjana Bosnjak-Olsen

Tatjana Bosnjak-Olsen er master i farmasi, ph.d. og jobber med Medical Affairs i Novartis. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun er ansatt i Novartis, som tar del i CONNECT-konsortiet.

Åsmund Flobak

Åsmund Flobak er ph.d., spesialist i onkologi, sivilingeniør i nanoteknologi, konstituert overlege ved Kreftklinikken, St. Olavs hospital og seniorforsker, gruppeleder og professor ved Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt prosjektstøtte fra samarbeidsutvalget for Helse Midt-Norge og NTNU, Kreftforeningen, Forskningsrådet og nettverkene ERA PerMed og EP PerMed. Han har mottatt foredragshonorar fra MSD, Pierre Fabre, Janssen og Pfizer, sitter i rådgivningsgruppe i MSD og har verv i Oslo Cancer Cluster og MATRIX national leader group.

Katarina Puco

Katarina Puco er spesialist i onkologi, overlege ved Lovisenberg Diakonale Sykehus, studieonkolog i IMPRESS-Norge og stipendiat ved MATRIX Norsk senter for klinisk kreftforskning. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt foredragshonorar fra Astellas, Astra-Zeneca, Bayer, Bristol-Myers Squibb, Ipsen, MSD og Pfizer, møtestøtte fra Ipsen og sitter i rådgivningsgruppe i Bayer og MSD. IMPRESS-studien mottar støtte fra legemiddelindustrien.

Andreas Berg

Andreas Berg er siviløkonom og registrert legemiddelkonsulent. Han er medstifter av og styreleder i Klyv Therapeutics og eier rådgivnings-selskapet Tailormade Consulting. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Tailormade Consulting, ved ham personlig, gjennomførte kartleggingen og intervjuene som omtales i artikkelen, og han mottok honorar for arbeidet.

Jostein Dahle

jostein.dahle@ahus.no

Jostein Dahle er master i biofysikk og medisinsk teknologi, ph.d. og forsknings- og innovasjonsleder ved Onkologisk avdeling og leder av Kreftforskningssenteret ved Akershus universitetssykehus. Han er gründer av flere biotekfirmaer innen radionuklideterapi ved kreft. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Connect Norway. www.connectnorway.org Lest 6.5.2026.
- 2 Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal handlingsplan for kliniske studier og klinisk forskning 2026–2036. Lest 6.5.2026.

Ryaltris™

mometasonfuroat/olopatadin

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

NESESPRAY VED ALLERGISK RHINITT¹

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

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



Anbefalt dose

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

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

Indikasjon

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

Dosering

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

Utvalgt advarsel og sikkerhetsinformasjon

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

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

Referanser

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

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

Reseptgruppe: C

Refusjonsberettiget bruk

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

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

Basert på SPC godkjent av DMP/EMA: 11.06.2025

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

Les hele preparatomtalen før du forskriver.

August 2025

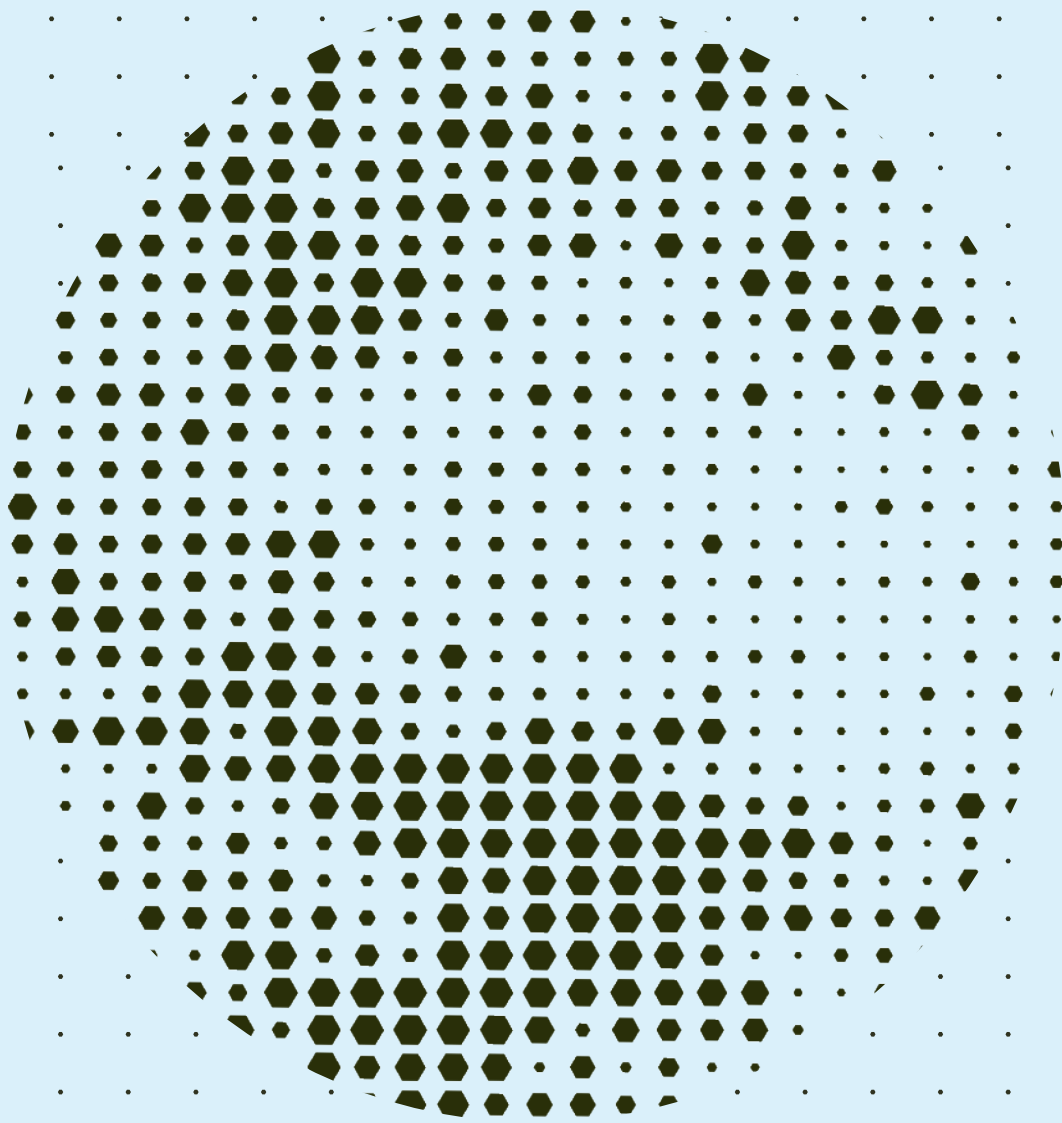
LES MER
OG BOOK
BESØK

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



Nytt om legemidler

Advarer mot peptider til injeksjon. Refusjonsvilkår for insulin endret.



Advarer mot peptider til injeksjon

Flere privatpersoner bestiller nå peptider til injeksjon fra utenlandske nettsider. Produktene kan gi alvorlige helseskader. De er ikke godkjente legemidler, og import til Norge er ulovlig.

Tolletaten ser en kraftig økning i beslag av ulovlige peptider. Mange andre europeiske land opplever det samme (1).

Betydelig risiko

Effekt og sikkerhet ved human bruk av ulovlige injeksjonspeptider er lite dokumentert. Det er ingen kontroll med produksjonen. Produktene kan gi alvorlige helseskader, inkludert anafylaksi, sepsis og hormonforstyrrelser. Enkelte produkter kan inneholde vekstfaktorer som potensielt stimulerer tumorvekst. Det er også risiko for alvorlige komplikasjoner som hjertesvikt, neurologisk skade og nekrose i hud- og muskelvev. Risiko ved bruk over lengre tid er ukjent.

DMP ber helsepersonell være oppmerksomme på at symptomer og komplikasjoner hos pasienter kan skyldes bruk av slike injeksjonsprodukter. Slik bruk oppgis ikke alltid av pasienten og kan bidra til feiltolkning av symptombildet.

Ikke godkjente legemidler

Hvordan peptidene brukes, og hvilken effekt de er tiltenkt er sentralt for å avgjøre hva slags produkt det er. Som hovedregel vil inntak via munnen være kosttilskudd, påføring via hud være kosmetikk, og injeksjon i vev eller blodbanen være legemidler.

De ulovlige peptidene markedsføres ofte på sosiale medier og nettsider med påstander om rask effekt, og få eller ingen bivirkninger. De tilbys enten i hetteglass eller i ferdigfylte injeksjonspenner, ofte presentert som om de var godkjente legemidler. De markedsføres med ulike bruksområder, som slanking, muskelbygging og bedre hud.

Privatimport ulovlig

Det er forbudt for privatpersoner å bestille legemidler fra utlandet via postforsendelser til Norge. Det er også forbudt å selge og markedsføre slike produkter.

Etter hva DMP er kjent med, produseres virkestoffene som inngår i disse peptidene primært for laboratoriebruk og er ikke beregnet for bruk på mennesker. Likevel markedsføres de mot privatpersoner. Nettsidene fraskriver seg ansvaret, ofte under påskudd av at produktene er til laboratoriebruk (merket med «For Research Use Only»). Det typiske mønsteret er at kriminelle organisasjoner kjøper peptidene fra Kina. Produktene selges deretter videre på nettsider rettet mot privatpersoner.

Nytt om legemidler



Refusjonsvilkår for insulin endret

Novo Nordisk avregistrerer flere insulinprodukter i løpet av 2026. Insulatard (NPH-insulin) er et av produktene som fases ut. Det er begrenset tilgang på alternativet Humulin. Det innebærer at mange pasienter må bytte behandling fra NPH-insulin (2, 3).

DMP ønsker å gjøre tilgang og bytte til annet langtidsvirkende insulin lettere for diabetespasienter. Derfor fjernes flere refusjonsvilkår for insulin degludek (Tresiba) og insulin glargin (Lantus, Toujeo).

Følgende vilkår er fjernet:

- 180 og 244, som stiller krav om utilstrekkelig måloppnåelse eller hypoglykemier ved bruk av NPH-insulin.
- 181 som stiller krav om oppstart hos spesialist anses ikke lenger relevant, og kan gi unødig belastning på spesialisthelsetjenesten.



Referanser:

1. <https://www.dmp.no/nyheter/advarer-mot-peptider-til-injeksjon>
2. <https://www.dmp.no/forsyningssikkerhet/legemiddel-mangel/nyheter/Diabeteslegemidler-avregistreres>
3. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmenmedisin/nyheter/2024/informasjon-fra-norsk-endokrinologisk-forening-nef-og-norsk-forening-for-allmenmedisin-nfa-i-forbindelse-med-utfasing-av-produkter-fra-novo-nordisk/>



Ikke-medikamentell behandling ved langvarige korsryggsmerter

Fysioterapi ved langvarige korsryggsmerter ga bedre funksjon, men ikke mindre smerter enn kognitiv atferdsterapi i ny amerikansk studie.

Kroniske smerter i korsryggen er svært vanlig. I Norge anbefales generell aktivitet, trening og fysioterapi som behandling, mens kognitiv terapi har en begrenset plass i retningslinjene.

I en amerikansk studie ble om lag 750 pasienter med kroniske ryggsmarter randomisert til kognitiv atferdsterapi eller fysioterapi i åtte uker (1). Pasientene som da fortsatt hadde ryggsmarter, ble randomisert til enten å bytte behandlingsmetode eller til *mindfulness* – oppmerksomt nærvær – i åtte uker. Etter ti uker hadde pasientene som fikk fysioterapi først, bedre funksjon (målt med et validert

funksjonsmål), men ikke mindre smerter. Etter ett år var det ingen forskjell i smerter eller funksjon mellom gruppene.

Utdaterede norske retningslinjer

– Dette er en solid gjennomført pragmatisk studie som sammenligner klinisk effekt av to evidensbaserte behandlinger, som begge er anerkjente førstelinjehandlinger mot kroniske ryggsmarter, sier Trygve Skonnord. Han er spesialist i allmennmedisin og førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo. At gruppen som fikk fysioterapi, kom litt bedre ut enn gruppen som fikk kognitiv atferdsterapi, er ikke overraskende, mener han, ettersom fysioterapi også omfattet pasientundervisning, råd om fysisk aktivitet og støttepreget tilnærming med positive forventninger.

– Denne studien bidrar til et bedre kunnskapsgrunnlag som bekrefter at ikke-medikamentell behandling er den viktigste tilnærmingen ved langvarige korsryggsmerter, sier Skonnord. Han mener at gjeldende norske retningslinjer om behandling av korsryggsmerter, utgitt i 2007, må oppdateres. ■

Martine Fimreite Wilhelmsen

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Fritz JM, Skolasky RL, Brennan G et al. Effectiveness of Nonpharmacologic Treatments for Chronic Low Back Pain: A Sequential, Multiple-Assignment, Randomized Trial. *Ann Intern Med* 2026; doi: 10.7326/ANNALS-25-04645.

Semaglutid bremser ikke Alzheimers sykdom

Man har lenge trodd at slankemedisinen også kunne brukes mot utvikling av Alzheimers sykdom. To nye studier viser noe annet.

Semaglutid, en GLP-1-analog, kan brukes i behandlingen av type 2-diabetes, fedme og forhøyet kardiovaskulær risiko. Flere studier har tydet på at medikamentet også kan ha nevroprotektiv effekt og redusere risikoen for Alzheimers sykdom hos pasienter med type 2-diabetes. Spørsmålet er om det også har en bremsende effekt

på Alzheimers sykdom hos pasienter uten diabetes, men med forhøyet risiko for sykdommen. Dette viser seg ikke å være tilfellet, ifølge to placebokontrollerte studier som nylig er publisert i *The Lancet* (1).

I studiene, som inkluderte rundt 3 800 pasienter med begynnende kognitiv svikt, med og uten småkarsykdom, ble omtrent halvparten randomisert til å få opptil 14 mg oral semaglutid daglig over to år. Endringer i symptomer ble målt med en validert skala for klinisk demensvurdering (CDR-SB-skår) som primært endepunkt. Medikamentet viste seg å ikke ha bremsende effekt i noen av gruppene: Den gjennomsnittlige endringen i demensskår etter to år var 2,3 og 2,2 i gruppene som fikk semaglutid, og 2,1 og 2,3 i placebogruppene ($p = 0,46$).

Demens er vanskelig å bremse

– Med disse studiene er hypotesen om at semaglutid kan forhindre forverring av kognitiv funksjon ved Alzheimers syk-

dom, betydelig svekket, sier Ingvild Tina Saltvedt, som er overlege ved Avdeling for geriatri, St. Olavs hospital og professor ved NTNU. Ofte kommer man sent i gang med behandling mot kognitiv svikt, ettersom utviklingen av Alzheimers sykdom starter mange år før man får kliniske symptomer.

– Et annet poeng er at semaglutid hovedsakelig har perifere effekter, noe som gjør det lite sannsynlig at man kan oppnå effektive konsentrasjoner i hjernen, mener Saltvedt. ■

Martine Fimreite Wilhelmsen

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Cummings JL, Atri A, Sano M et al. Efficacy and safety of oral semaglutide 14 mg (flexible dose) in early-stage symptomatic Alzheimer's disease (evoke and evoke+): two phase 3, randomised, placebo-controlled trials. *Lancet* 2026; doi: 10.1016/S0140-6736(26)00459-9.

Fremskritt i behandlingen av lungefibrose

Inhalering av treprostinil kan bremse sykdomsforverring ved lungefibrose.

Lungefibrose er en kronisk sykdom som kan behandles, men ikke helbredes. Treprostinil er en syntetisk prostasyklinanalog som brukes til å behandle pulmonal arteriell hypertensjon, men som også har vist lovende resultater ved behandling av lungefibrose.

I en nylig publisert studie ble nesten 600 pasienter fra over 16 land randomisert til å inhalere treprostinil eller placebo fire ganger om dagen (1). Etter ett år var reduksjonen i lungefunksjon signifikant mindre i gruppen som hadde fått treprostinil, enn i placebogruppen. Det sammen gjaldt kliniske forverrings-

hendelser. Vanligste bivirkning var hoste, som var noe vanligere ved bruk av treprostinil (33,6%). Omtrent en firedel av deltakerne i begge gruppene avsluttet behandlingen i løpet av oppfølgingsperioden, halvparten av dem pga. bivirkninger.

Fremskritt

– Legemiddelstudier ved lungefibrose har i mange år vist skuffende resultater, sier Phuong Phuong Diep, som er overlege på Lungeavdelingen, Oslo universitetssykehus og fagansvarlig for interstitielle lungesykdommer.

– Nye studier publisert det siste året kan imidlertid tyde på at vi står foran et viktig fremskritt i behandlingen av denne sykdommen, sier hun.

– Inhalasjonsbehandlingen gjør at treprostinil administreres direkte til lungene og kan dermed tenkes å gi færre systemiske bivirkninger enn peroral behandling. Samtidig rapporterte nær halvparten av pasientene som fikk aktiv behandling, hoste. Dette er av betydning hos en pasientgruppe som allerede er plaget av hoste, sier Diep, som opplyser at hun sitter i en rådgivningsgruppe for

produzenten. Hun påpeker at pasientene seponerte medikamentet hyppigere enn i andre sammenlignbare studier. Den hyppigste årsaken til for tidlig avslutning var nettopp hoste.

Behandling som bremser

– Vi følger spent med på flere studier, som vi håper kan gi oss flere behandlingsalternativer for pasienter med lungefibrose. Men dagens antifibrotiske behandling bremser sykdomsutviklingen ved å redusere fallet i lungefunksjon. Denne studien viste heller ikke effekt på tid frem til første akutte forverring, hospitalisering pga. pustebesvær eller død, påpeker Diep, som håper på legemidler som kan stoppe og på sikt reversere lungefibrose. ■

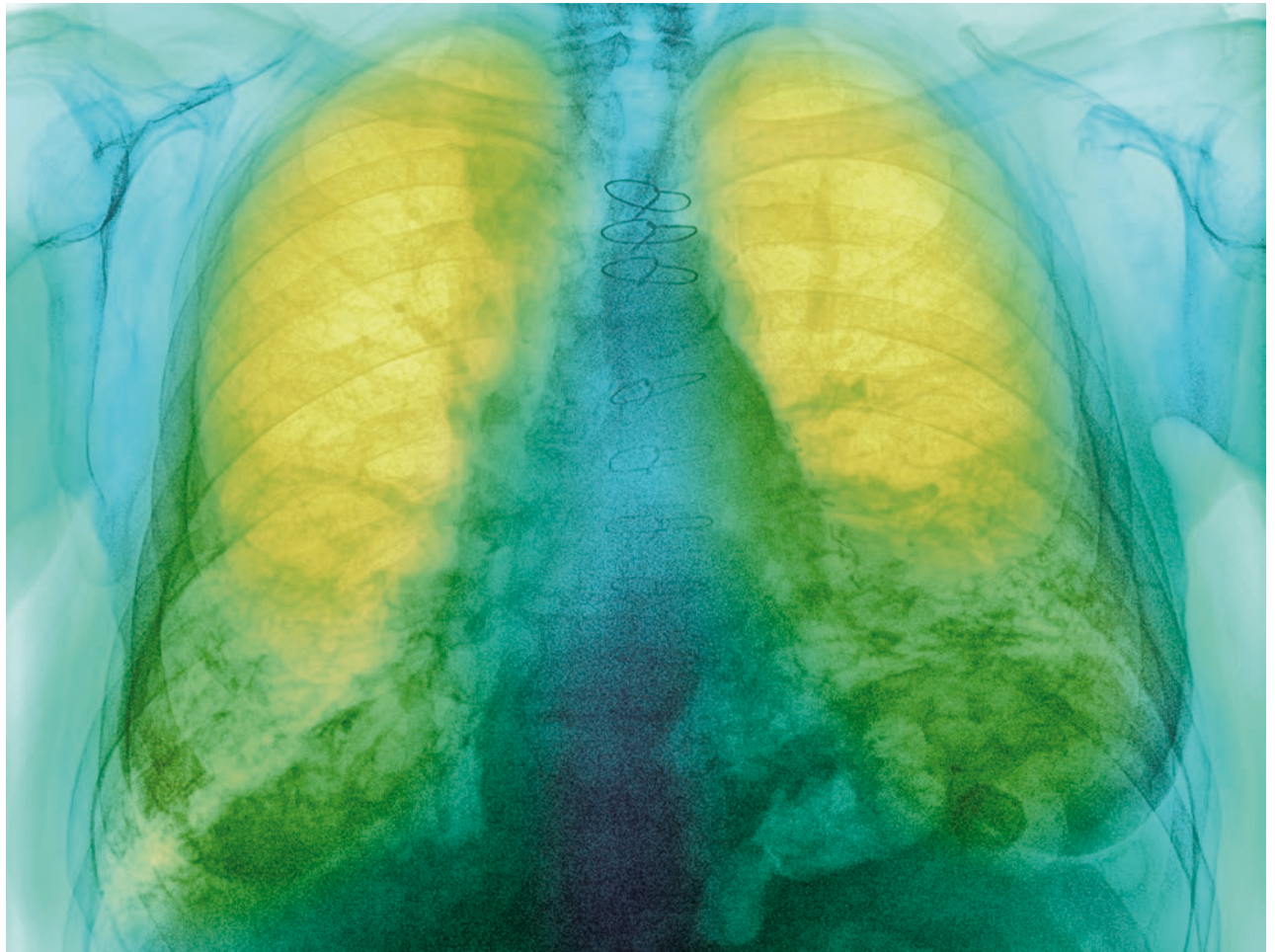
Martine Fimreite Wilhelmsen

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Nathan SD, Smith P, Deng C et al. TETON-2 Trial Investigators. Inhaled Treprostinil for Idiopathic Pulmonary Fibrosis. *N Engl J Med* 2026; doi: 10.1056/NEJMoa2512911.

Lungefibrose, røntgenbilde. Illustrasjonsfoto: Science Photo Library / NTB



Vanlig kvinne- sykdom skifter navn

Fagmiljøet har blitt enig om at polycystisk ovariesyndrom skal endre navn til polyendokrint metabolsk ovariesyndrom.

Etablerte diagnosnavn kan bli utdaterte, misvisende og til og med skadelige etter hvert som man får mer kunnskap om hva sykdommen skyldes og hva den innebærer. Dette gjelder blant annet polycystisk ovariesyndrom, ofte forkortet PCOS. Et internasjonalt forskernettverk har nå kommet til enighet om et nytt navn på denne sykdommen: polyendokrint metabolsk ovariesyndrom, forkortet PMOS (1).

Forskerne brukte en modifisert Delfi-metode og strukturert gruppearbeid, to formaliserte konsensusmetoder som brukes for å nå enighet om et problem. Fagmiljøer, helsepersonell og pasienter over hele verden var involvert i prosessen. Navnet *polyendokrint metabolsk ovariesyndrom* skal være mer dekkende og nøyaktig og skal passe inn i eksisterende fagspråk uten å støte noen eller skape unødig stigma.

En mer dekkende betegnelse

– Den nye betegnelsen gir en mer presis beskrivelse og fjerner det snevre fokuset på ovariecyster, sier Eszter Ilona Vanky. Hun er professor og overlege ved Kvinneklinikken, St. Olavs hospital og

leder forskningsgruppen Kvinnehelse – PCOS.

– Det tidligere navnet er misvisende fordi det ikke gjenspeiler tilstandens brede endokrine og metabolske karakter. En mer presis nomenklatur kan bidra til økt forståelse av tilstanden som en livslang multisystemsykdom og til bedre diagnostikk, behandling og tverrfaglig oppfølging, sier Vanky.

– I en overgangsperiode vil nok navnet polyendokrint metabolsk ovariesyndrom brukes parallelt med polycystisk ovariesyndrom, og begge betegnelser vil være søkbare i medisinsk litteratur. Implementeringen er allerede i gang i forskning og klassifikasjonssystemer.

Et nettbasert kurs om sykdommen for fastleger vil snart bli publisert. Da vil forkortelsen PMOS/PCOS bli brukt, sier Vanky. ■

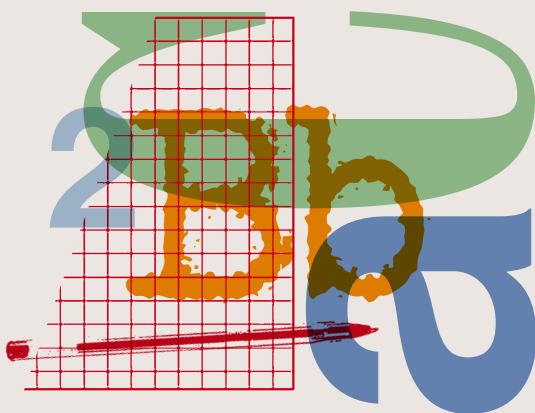
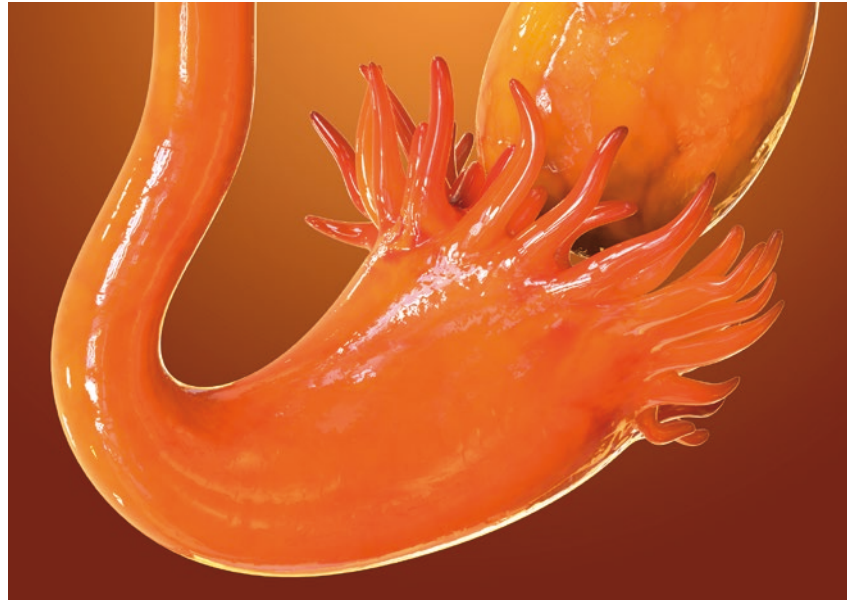
Martine Fimreite Wilhelmsen

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Teede HJ, Khomami MB, Morman R et al. Global Name Change Consortium. Polyendocrine metabolic ovarian syndrome, the new name for polycystic ovary syndrome: a multistep global consensus process. *Lancet* 2026; 407. doi: 10.1016/S0140-6736(26)00717-8.

Illustrasjonsfoto: magicmime/iStock. Tilpasset av Tidsskriftet



Tidsskriftet 

Vil du publisere i Tidsskriftet?

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

Alle vitenskapelige artikler fagfellevalueres og blir indeksert i PubMed.

Finn mer informasjon og forfatterveiledning på tidsskriftet.no.



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 demensforskning

Nasjonalforeningen for folkehelsen deler ut midler til forskning på demens og har siden 2002 bidratt med over 340 millioner kroner til demensforskning.

Nasjonalforeningen for folkehelsens demensforskningsprogram omfatter alle demenssykdommer og skal bidra til økt kunnskap om:

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

Det kan søkes om inntil 10 millioner NOK per prosjekt.

Av årets midler er 6 millioner kroner øremerket forskning på barnedemens som var fjorårets tema for Demensaksjonen.

Finansieringen kan dekke relevante prosjektkostnader, herunder:

- ◆ Personalkostnader (for eksempel forskere, postdoktorer, doktorgrads-stipendiater, studiesykepleiere og forskningsassistenter)
- ◆ Driftskostnader direkte knyttet til prosjektet
- ◆ Utstyr som er nødvendig for gjennomføringen av prosjektet
- ◆ Kostnader knyttet til samarbeid, formidling og brukermedvirkning
- ◆ Driftsstøtte til pågående forskningsaktiviteter og/eller nettverksbyggende aktiviteter

Årets ordning omfatter dermed både støtte til enkeltstillinger og mindre aktiviteter, samt større, helhetlige forskningsprosjekter.

Prosjektene vurderes av et internasjonalt fagpanel samt et brukerpanel 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 01.09.2026, kl. 23:59.

Mevand Zafari* 1
Robin Paalgard Toraman* 1
Guro Lillemoen Andersen 2,3
Sandra Julsen Hollung 4,1
sanhol@siv.no

* Mevand Zafari og Robin Paalgard Toraman har bidratt i like stor grad til denne artikkelen. Artikkelen er basert på deres hovedoppgave fra høsten 2024.

1 Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU
2 Habiliteringssenteret, Sykehuset i Vestfold
3 Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU
4 Norsk kvalitets- og oppfølgingsregister for cerebral parese (NorCP), Sykehuset i Vestfold

Originalartikkel

Cerebral parese blant norske barn med ulike fødselskarakteristika

	Cerebral parese, n (%)	Ikke cerebral parese, n (%)	Totalt, N	Forekomst per 1 000 (95 % KI)
Svangerskapsalder¹				
Ekstremt prematur	180 (5,6)	3 038 (94,4)	3 218	55,94 (48,51 til 64,42)
Svært prematur	265 (4)	6 402 (96)	6 667	39,75 (35,32 til 44,71)
Moderat prematur	313 (0,6)	55 028 (99,4)	55 341	5,66 (5,06 til 6,32)
Termin	1 096 (0,1)	934 677 (99,9)	935 773	1,17 (1,10 til 1,24)
Fødselsvekt²				
Ekstremt lav	161 (4,6)	3 321 (95,4)	3 482	46,24 (39,75 til 53,73)
Svært lav	208 (4,1)	4 844 (95,9)	5 052	41,17 (36,03 til 47,01)
Lav	357 (0,9)	39 469 (99,1)	39 826	8,96 (8,08 til 9,94)
Normal	1 145 (0,1)	956 629 (99,9)	957 774	1,20 (1,13 til 1,27)
Små/passende for svangerskapsalder³				
Små for svangerskapsalder	334 (0,4)	92 700 (99,6)	93 034	3,59 (3,23 til 4,00)
Passende for svangerskapsalder	1 514 (0,2)	906 154 (99,8)	907 668	1,67 (1,59 til 1,76)

Tabell 1 Fordeling av fødselskarakteristika blant levendefødte barn med og uten cerebral parese født 2002–18, og forekomst av cerebral parese i de ulike kategoriene av fødselskarakteristika.

- 1 Data manglet for 43 barn med cerebral parese (2,3 %) og for 5 495 uten cerebral parese (0,5 %).
- 2 Data manglet for 26 barn med cerebral parese (1,4 %) og for 377 uten cerebral parese (0,04 %).
- 3 Data manglet for 49 barn med cerebral parese (2,6 %) og for 5 786 uten cerebral parese (0,6 %).

Bakgrunn og formål

Formålet med studien var å undersøke trender i forekomsten av cerebral parese etter fødselskarakteristika blant norske barn født 2002–18, samt sammenhenger mellom fødselskarakteristika, undertyper av cerebral parese og grovmotorisk funksjon.

Materiale og metode

Data fra Norsk kvalitets- og oppfølgingsregister for cerebral parese ble koblet til Medisinsk fødselsregister. Forekomsten av cerebral parese per 1 000 levendefødte ble beregnet for kategoriene svangerskapsalder, fødselsvekt og små for svangerskapsalder. Trender ble analysert med logistisk regresjon, og fordeling etter undertype og grovmotorisk funksjonsnivå ble analysert ved hjelp av deskriptiv statistikk.

Resultater

Blant 1 006 537 levendefødte barn fikk 1 897 diagnosen cerebral parese. De fleste barna med cerebral parese var født til termin med normal fødselsvekt. Forekomsten av cerebral parese var høyere blant barn som var født prematurt, med lav fødselsvekt, og som var små for svangerskapsalder. Forekomsten blant terminfødte gikk ned fra 1,30 per 1 000 levendefødte i 2002 til 0,90 i 2018 (–3,4 % per år, oddsratio (OR) 0,966; 95 % konfidensintervall (KI) 0,954 til 0,978), mens forekomsten blant premature var stabil. De fleste barna hadde spastisk hemiplegi eller diplegi og lett grovmotorisk funksjonsnedsettelse på tvers av fødselskarakteristika.

Fortolkning

Forekomsten av cerebral parese blant terminfødte har gått ned, men de utgjør fortsatt majoriteten. Barna hadde hovedsakelig mindre alvorlige undertyper og milde grovmotoriske funksjonsnedsettelse, på tvers av fødselskarakteristika.

Hovedfunn

De fleste barn med cerebral parese var født til termin og med normal fødselsvekt, og forekomsten i disse gruppene ble redusert i perioden 2002–18.

Forekomsten av cerebral parese var høyest blant barn født prematurt, barn med lav fødselsvekt eller barn som var små for svangerskapsalderen.

De fleste barna med cerebral parese hadde lette grovmotoriske funksjonsnedsettelse, på tvers av fødselskarakteristika.

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.



Bedre forebygging av cerebral parese

Framskritt i oppfølging av svangerskap og fødsel, og i behandling av syke nyfødte, har bidratt til redusert forekomst av cerebral parese. Men vi kan fortsatt bli bedre.

Fallhøyden er ekstrem ved starten av livet. Uheldige hendelser kan få store og varige konsekvenser. Barn født i høyinntektsland med god svangerskapsomsorg, har under halvparten så stor risiko for cerebral parese som barn født i lav- og mellominntektsland (1). I Norge dør 0,13 % av levende-fødte de første fire ukene, sammenlignet med 1,7 % av de totalt 132 millioner barna som fødes hvert år (2). Kvaliteten på helsetjenestene under svangerskapet og ved fødsel gjenspeiles ikke bare i dødelighet, men også i livslang sykkelighet.

Forekomsten av cerebral parese blant terminfødte barn og barn født små for gestasjonsalder før termin, har årlig falt med 3–4 % fra 2002 til 2018. Det viser landsdekkende data fra Norsk kvalitets- og oppfølgingsregister for cerebral parese (NorCP), som Zafari og medarbeidere nå publiserer i Tidsskriftet (3). Bedre overlevelse blant de mest sårbare nyfødte møtes også med bekymring: overlevelse, men til hvilken menneskelig omkostning?

I den nye artikkelen er tallenes tale tydelig: Antallet ekstremt prematurt fødte barn (< 28 uker gestasjonsalder) med cerebral parese var stabilt (3). Bare én av ti med cerebral parese hørte til denne gruppen, mens seks av ti var født til termin. NorCP har tidligere vist at hos omkring én av ti med cerebral parese er det en fødselsrelatert årsak (4). For 90 av de omkring 100 barna i hvert årskull som vokser opp med cerebral parese, er det altså faktorer i svangerskapet som ligger bak.

God bruk av helse- og kvalitetsregistre kan gi ny og nyttig kunnskap og føre til bedre praksis. Ikke minst gir sammenligninger på tvers av helseregioner og -foretak en unik mulighet til å lære av hverandre og løfte standarden over hele linja. På samme måte som Medisinsk fødselsregister, er Norsk nyfødtmedisinsk kvalitetsregister (NNK) lovfestet og uten samtykkekrav. Kvalitetsregisteret har landsdekkende data for alle barn innlagt ved nyfødt-avdelinger siden 2011.

Kobling mot Medisinsk fødselsregister er mulig bare etter individuell søknad. Det innebærer ofte en tidkrevende prosess og mulig langdryg vurdering av etikk og personvern. Erfaringsmessig er det enda mer krevende å koble mot registre og kvalitetsregistre som er basert på individuelt samtykke. Her ligger det et stort potensial i bedre bruk av NorCP-registeret, som fortløpende samler data om forekomst, undertyper og funksjonspåvirkning ved cerebral parese.

Årsakene til veksthemming blant premature barn født med lav fødselsvekt for gestasjonsalder, er sammensatte, men noen kan påvirkes. En nyere studie fra California fant 50 % høyere risiko for cerebral parese etter røyking i svangerskapet, og sammenhengen var sterkere i en modell med søskendesign (5). En dansk studie identifiserte røyking og høy maternell kroppsmasseindeks som risikofaktorer for cerebral parese blant terminfødte barn (6). Til forskjell fra i Danmark kreves det samtykke i Norge for å registrere data om røyking, med risiko for rapporteringsskjevheter i Medisinsk fødselsregister. I Norge har vi sett en markant nedgang i røyking i svangerskapet de siste

årene (7). Sånn sett kan bedre helsevalg i svangerskapet ha bidratt til reduksjon i forekomst av cerebral parese, men tilgangen på data begrenser muligheten til å studere hva som faktisk ligger bak.

Selv om antenatale faktorer utgjør en hoveddel, er også tiltak omkring fødsel viktige for å forebygge varige sekveler. Det er nå god evidens for at magnesiumsulfat til gravide før prematur fødsel beskytter fosterhjernen og reduserer risikoen for cerebral parese (8). Dette er nå nedfelt i de siste versjonene av norske fødselsveiledere og forventes over tid å redusere forekomsten av cerebral parese blant premature.

Terapeutisk hypotermi ble fra 2007 standard i Norge for barn med moderat til alvorlig iskemisk encefalopati født ved ≥ 35 ukers svangerskap. Kjølbehandling reduserer den absolutte risikoen for cerebral parese i gruppen med omkring 10–13 % (9). Hvert år får 50–60 barn slik behandling, noe som kan representere omkring fem unngåtte tilfeller av cerebral parese årlig (10).

Kobling av datakilder er nødvendig for å tallfeste hvordan enkelttiltak kan bidra til ytterligere reduksjon i cerebral parese. I Norge har vi investert i omfattende helseregistre, og vi har gode data. En langt smidigere tilgang til dataene kan fortløpende gi ny kunnskap om underliggende årsaker til cerebral parese som kan forebygges. Det vil være til det beste for barna og familiene deres – og for samfunnet. ■

Ketil Størdal

ketil.stordal@gmail.com

Ketil Størdal er ph.d., spesialist i barnesykdommer, overlege ved Oslo universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- McIntyre S, Goldsmith S, Webb A et al. Global prevalence of cerebral palsy: A systematic analysis. *Dev Med Child Neurol* 2022; 64: 1494–506.
- WHO. Maternal, newborn, child and adolescent health and ageing. 2023. Lest 7.5.2026.
- Zafari M, Toramann RP, Andersen GL et al. Cerebral parese blant norske barn med ulike fødselskarakteristika. *Tidsskr Nor Legeforen* 2026; 246. doi: 10.4045/tidsskr.25.0566.
- Stoknes M, Andersen GL, Dahlseng MO et al. Cerebral palsy and neonatal death in term singletons born small for gestational age. *Pediatrics* 2012; 130: e1629–35.
- Zhuo H, Rogne T, Liew Z. A sibling study of the prenatal and perinatal risks for cerebral palsy. *Pediatr Res* 2025; 98: 2160–7.
- Larsen ML, Rackauskaite G, Greisen G et al. Declining prevalence of cerebral palsy in children born at term in Denmark. *Dev Med Child Neurol* 2022; 64: 715–22.
- Rygh E, Gallefoss F, Grøtvedt L. Trends in maternal use of snus and smoking tobacco in pregnancy. A register study in southern Norway. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019; 19: 500.
- Shepherd E, Salam RA, Middleton P et al. Antenatal and intrapartum interventions for preventing cerebral palsy: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 8: CD012077.
- Mathew JL, Kaur N, Dsouza JM. Therapeutic hypothermia in neonatal hypoxic encephalopathy: A systematic review and meta-analysis. *J Glob Health* 2022; 12: 04030.
- Rønnestad AE, Stensvold HJ, Haraldsen JC. Norsk Nyfødtmedisinsk Kvalitetsregister. Årsrapport for 2024. Lest 7.5.2026.

ÉN TABLETT - TRE INDIKASJONER MED REFUSJON^{1,4}

FORXIGA® (dapagliflozin)



10 MG



1 TABLETT DAGLIG, INGEN TITRERING

INDIKASJON KRONISK NYRESYKDOM: BEHANDLING AV KRONISK NYRESYKDOM HOS VOKSNE.

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

FORXIGA® 10 MG (dapagliflozin) - VIKTIG INFORMASJON

Indikasjoner:

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

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

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

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

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

Refusjonsberettiget bruk:

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

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

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

Reseptgruppe C.

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

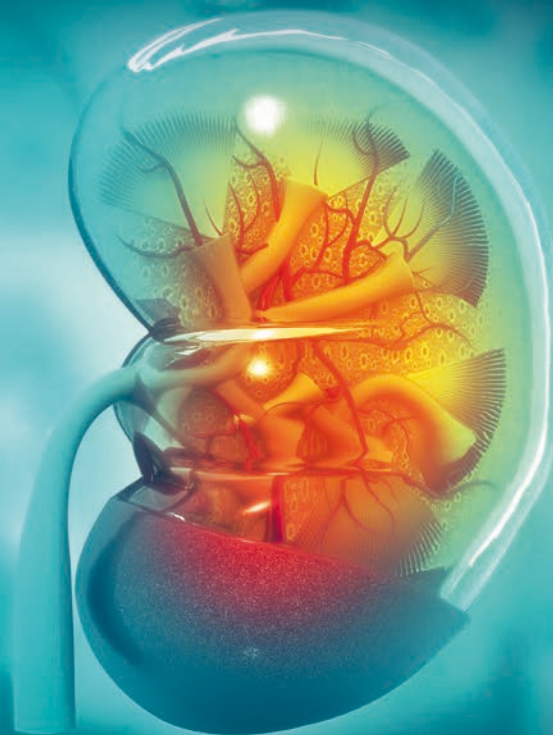
For mer info. om Forxiga, les FK tekst på www.felleskatalogen.no eller SPC.
NO-15758-04-26-CVRM

NYHET!

Full refusjon for Forxiga ved kronisk nyresykdom fra 15. april 2026¹


forxiga.
(dapagliflozin)

Blant SGLT2-hemmere
Kun Forxiga har vist reduksjon av død uansett årsak hos personer med kronisk nyresykdom*^{2,3}



NYHET!

Refusjonsberettiget bruk:

Behandling av kronisk nyresykdom hos voksne.

Refusjonskoder: ICPC: U99 og ICD: N18

Vilkår 260:

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

*DAPA-CKD: Primært endepunkt $\geq 50\%$ fall i eGFR, endestadiet nyresykdom, renal eller CV død: HR 0,61 (95% KI: 0,51-0,72) Sekundært endepunkt død uansett årsak: HR 0,69 (95% KI: 0,53-0,88) $p = 0,004$ ansees som nominelt da studien ble stoppet prematurt pga. overlegen effekt av Forxiga.

Ole Kristian Lobekk ¹

olobekk@gmail.com

Henrik Mathias Lobekk ²**Jon Aambakk** ³**Ruben Sandvik Fiskå** ³**Vegard Hauge Steinbakk** ³**Karin Elisabeth Sundt Mjelle** ⁴**Anders Hauge Steinbakk** ⁴¹ Kjeve- og ansiktskirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus² Plastikk- og håndkirurgisk avdeling, Stavanger universitetssykehus³ Øre-nese-halsavdelingen, Stavanger universitetssykehus⁴ Øyre-nese-halsavdelinga, Haukeland universitetssykehus

Akutt epistaksisbehandling

Epistaksis, eller neseblødning, er en vanlig tilstand både i og utenfor sykehus.

De fleste episoder stopper spontant eller kan behandles med enkle tiltak, men i noen tilfeller kan mer avansert behandling være nødvendig. I denne artikkelen gir vi en klinisk oversikt over håndteringen av akutt neseblødning, med særlig vekt på tiltak som kan utføres av helsepersonell i primærhelsetjenesten og i prehospitaltjenester.

Epistaksis omfatter blødning fra nesebor, nesehulen og/eller nasofarynx (1). Livstidsprevalens i USA er estimert til opp mot 60 %, hvorav omtrent 6 % oppsøkte medisinsk behandling (2). Ifølge tall fra Kommunalt pasient- og brukerregister er det årlig i snitt over 5 000 kontakter med norske legevakter grunnet neseblødning (3). I 2025 ble det i Helse Vest registrert 116 akuttinnleggelser med hoveddiagnose epistaksis og 480 akutte polikliniske konsultasjoner (upubliserte tall fra Rapportportalen, personlig meddelelse til Anders Hauge Steinbakk).

Nesen er rikt vaskularisert med grener fra a. carotis interna og a. carotis externa. De fleste blødninger oppstår anteroinferiort på septum, i et område som forsynes av plexus kiesselbach (2, 4). Dette pleksuset er et karnøste bestående av grener fra a. ethmoidalis anterior, utgående fra a. carotis interna, og grener fra a. sphenopalatina, a. palatinus major og a. labialis superior, utgående fra a. carotis externa (figur 1).

De fleste neseblødninger oppstår spontant (2). Årsakene kan deles inn i lokale, systemiske og idiopatiske (2). Lokale årsaker inkluderer tørre slimhinner, bruk av intranasale legemidler, inflammasjon, infeksjon, tumor og traumer. Systemiske årsaker kan være leversvikt, hematologiske og

autoimmune tilstander, bindevevssykdommer samt bruk av antikoagulantia og platehemmere. Residiverende neseblødninger, særlig ensidige, kan hos eldre gi mistanke om malignitet, mens de hos barn ofte skyldes fremmedlegeme i nesen (1).

Man skiller vanligvis mellom fremre og bakre blødninger. Rundt 80–90 % av alle neseblødninger er fremre og som regel enkle å behandle (2, 4). Bakre neseblødninger oppstår oftest posteriort på septum, i den laterale neseveggen eller i

nesegulvet. Opphavet til blødningene er i de fleste tilfeller a. sphenopalatina og a. pharyngea ascendens. Bakre blødninger er ofte mer dramatiske, med økt blødningsmengde og risiko for luftveisobstruksjon (1, 2, 4).

Selv om de fleste neseblødninger kan håndteres med enkle tiltak, kan noen tilfeller være utfordrende og potensielt livstruende. Dette gjelder særlig hos pasienter med lokale

årsaker som svulster eller vaskulære malformasjoner, sykdom som gir forstyrrelser i koagulasjonssystemet og blodplater, eller hos pasienter som bruker platehemmere eller antikoagulantia (2).

Basert på et skjønsmessig utvalg av artikler og forfatternes kliniske erfaringer gir vi her en oversikt over tilstanden og beskriver tiltak som kan utføres av pasientens selv, av helsepersonell i primærhelsetjeneste og i prehospitaltjenester samt i spesialisthelsetjenesten (figur 2).

Klinisk oversiktsartikkel

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

Førstehjelp

Ved akutt neseblødning bør pasienten instrueres i enkle førstehjelpstiltak. Disse kan også formidles til pasienter som tar kontakt med legevakt, akuttmedisinsk kommunikasjonsentral eller fastlege på telefon, og de er referert til i både Legevaktindeks, Legevakthåndboken og Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (5–7). Tiltakene kan utføres av pasienten selv eller av en medhjelper, og de kan gis som følgende instruksjoner:

Puss nesen forsiktig for å fjerne størknet blod. Sitt oppreist med overkroppen lett fremoverbøyd. Klem sammen begge nesebor og hold i minst 15 minutter (ta tiden!). Klem fast, men ikke slik at det gjør vondt. For barn, klem i 5 minutter.

Skyll munnen flere ganger med kaldt vann, sug på en isbit eller legg en kald klut over nesen, både mens du klemmer og etterpå. Dersom du har tilgang på slimhinneavsvellende neseppray/-dråper (xylometazolin eller lignende), kan det hjelpe å spraye eller dryppe dette i nesen før du starter å klemme.

Prehospital håndtering

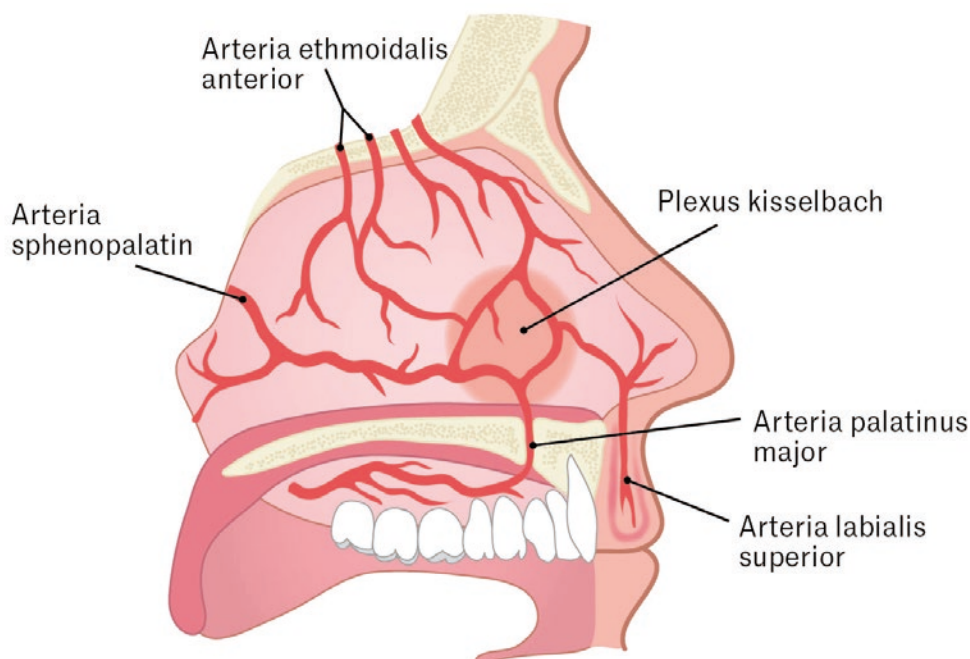
Pasienter som, til tross for tiltakene over, fortsatt blør etter 20 minutter, som samarbeider dårlig, bruker antikoagulasjon eller er allment påvirket, bør vurderes av lege raskt (5–7). Pasienten kan da selv, eller ved bruk av medhjelper, innta førstehjelpsposisjonen beskrevet over, mens utstyret klargjøres og initiale vurderinger gjennomføres (figur 3). Pasienten kan dekkes til for å begrense blodsøl, og undersøker bør bruke hensiktsmessig beskyttelsesutstyr. Dersom situasjonen tillater det, innhentes informasjon om blødningsmengde, side, komorbiditet, legemiddelbruk

samt om eventuell tidligere kirurgi og traumer mot nese eller ansikt. Ved ikke-livstruende blødning hos pasienter som bruker antikoagulantia, anbefales primært lokale tiltak, eventuelt med midlertidig pause av antikoagulasjon, fremfor langvarig seponering eller reversering (1, 2).

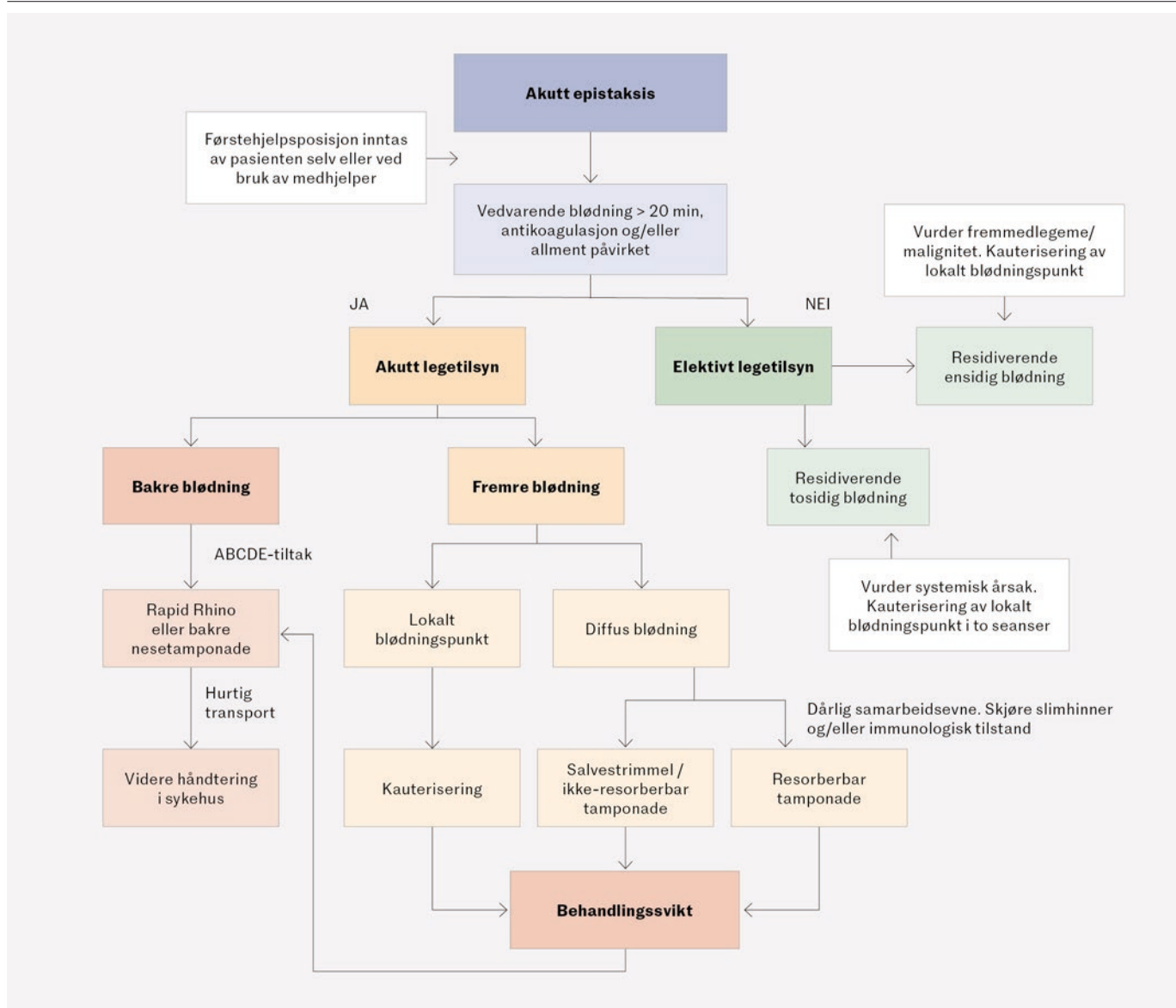
Nesehulen inspiseres med nesespekulum og godt lys. Sug kan benyttes dersom det er tilgjengelig. Bakre svelgvegg inspiseres med tungespatel, både initialt og etter at blødning fra nesebor er opphørt, med tanke på eventuell bakre blødning. Selv om de fleste neseblødninger er udramatiske, kan større blodtap forekomme, og særlig bakre blødninger kan gi luftveisproblemer. Ved tegn til større blodtap eller påvirket allmenntilstand, må pasienten vurderes systematisk etter ABCDE-prinsippet. Vitale parametere måles, og pasientens påvirkningsgrad vurderes. Der det er hensiktsmessig bør det tidlig sikres intravenøse tilganger, og det bør tilrettelegges for hurtig transport til sykehus.

Lokalbedøvelse er hensiktsmessig før smertefulle prosedyrer og kan administreres via fuktet kompress (video 1). Bedøvelse tilsatt adrenalin gir i tillegg hemostatisk effekt og bedre oversikt over blødningen. I tillegg til adrenalin og xylometazolin kan traneksamsyre benyttes (1, 2, 8). Traneksamsyre kan administreres peroralt, intravenøst eller topikalt i nesehulen. Sistnevnte kan gis via fuktet kompress eller tampong i fremre del av nesen for å redusere risikoen for reblødning og som supplement til øvrige tiltak (8).

Dersom blødningspunktet identifiseres, kan kauterisering forsøkes. Utenfor sykehus benyttes ofte kjemisk kauterisering, for eksempel med sølvnitrat, mens elektrokauterisering gjerne er tilgjengelig i sykehus. Elektrokauterisering har vist lavere feilslagsratio enn kjemisk kauterisering (2, 9). Begge teknikker forutsetter relativt tørre og oversiktlige forhold. Ved bruk av sølvnitrat anbefales det først å behandle slimhinnen rundt blødningspunktet, da etsing direkte mot blødningspunktet kan føre til ytterligere blødning (video 1). Overbehandling kan med-



Figur 1 Nesens blodforsyning. Illustrasjon: Jeanette Engqvist / Illumedic



Figur 2 Prehospital beslutningsalgoritme for akutt epistaksis.

føre bruskskade og septumperforasjon, og kauterisering bør derfor kun utføres på én side av septum. Eventuell behandling av motsatt side kan gjøres etter slimhinneheling. Behandling må utøves med særlig forsiktighet hos pasienter med underliggende sykdom som disponerer for slimhinneskade (2, 3). Etter kjemisk kauterisering kan påføring av et hydrerende eller smørende middel redusere postoperativ skorpedannelse (1).

Ved mer diffus blødning er det hensiktsmessig å pakke nesen med en ikke-resorberbar tamponade. Det kan også gjøres som et supplement etter gjennomført kauterisering.

En bruker ofte en smal bandasjestrimmel til dette. Strimmelen kan smøres med salve, for eksempel Terra-Cortril (Terra-Cortril, Pfizer). Nesen pakkes lagvis med salvestrimmel (video 1). Det er viktig å føre inn strimmelen

parallelt med nesegulvet, og gjerne forsøke å bygge oppover mot nesetaket. Meroce (Meroce, Medtronic xomed) er en ikke-resorberbar, ekspanderende tampong av polyvinylskum, som kan smøres inn med Terra-Cortril-salve eller vaselin for enklere innsetting. Tampongen føres inn parallelt med nesegulvet, eventuelt med et lett løft av neseboret (video 2). Ved kontakt med væske svulmer materialet og gir tamponadeeffekt.

En ikke-resorberbar tamponade kan ligge i 1–3 dager før den fjernes av pasienten selv eller helsepersonell. Utover tre dager anbefales ofte profylaktisk antibiotika, selv om evidensgrunnlaget er begrenset (1, 2).

Et alternativ som ofte benyttes av ambulanspersonell, er Rapid Rhino (Rapid Rhino, Smith & Nephew), en nesetampong belagt med karboksymetylcellulose og med

én eller flere oppblåsbare ballonger. Tampongen fuktes i sterilt vann i 30 sekunder og føres deretter inn langs nesegulvet (video 3). Ballongen(e) fylles med luft via en 20 mL sprøyte. Trykket kontrolleres etter 15–20 minutter og justeres ved behov. Trykket bør være tilstrekkelig til å stanse blødningen uten å gi unødig belastning på slimhinne og brusk, da dette kan medføre risiko for nekrose. Tampongen fjernes etter 24–72 timer.

Innleggelse av resorberbare materialer er ofte mindre ubehagelig for pasienten og relativt enkelt å utføre (video 4). Det medfører også mindre fare for reblødning, som kan forekomme når man fjerner ikke-resorberbare materialer (1, 2). Metoden er derfor særlig godt egnet hos pasienter med underliggende tilstander som disponerer for slimhinneskade, samt hos pasienter med samarbeidsutfordringer, som barn eller pasienter med kognitiv svikt (2). Resorberbare materialer kan også brukes som et supplement ved samtidig kauterisering.

Ved manglende effekt av øvrige tiltak kan bakre tamponade være et potensielt livreddende tiltak (video 5). Pro-

sedypen utføres gjerne med et urinkateter som føres bak i svelget via nesehulen. Kateterballongen fylles med 4–5 mL vann, og kateteret trekkes deretter fremover til ballongen fester seg i nasofarynx. Ballongvolumet justeres ut fra om det observeres blødning langs bakre svelgvegg. Deretter legges en fremre tamponade parallelt med kateteret, for eksempel med salvestrimmel. Kateteret fikseres med klemme ved neseboret, med kompress mellom klemmen og nesevingen for å forebygge trykknekrose. Trykket i ballongen titreres ned til minste effektive trykk for å unngå trykknekrose i slimhinnen.

Samhandling mellom prehospitaltjenester og sykehus er sentralt i håndteringen av pasienter med neseblødning. Opplæring i tiltak som fremre tamponade er et klinisk læringsmål i utdanningsløpet for leger i spesialisering i del 1 (LIS 1), men tilgang til veiledning og pasientvolum er trolig ujevnt fordelt. Strukturert opplæring og eventuelt hospitering ved øre-nese-hals-avdeling for legevaktsleger kan bidra til å styrke kompetansen og bedre samhandlingen mellom nivåene. —>

Figur 3 Utstyr til bruk ved akutt epistaksis: a) Resorberbar tamponade, b) Sølvnitrat, c) Salvestrimmel, d) Nesespekel, e) Lokalbedøvelse, f) Ikke-resorberbar tamponade m/ballong, g) Ikke-resorberbar tamponade u/ballong, h) Nesetang, i) Spatel, j) Bekken med bomullstrimmel, k) Salve, l) Urinkateter



Behandling i spesialisthelsetjenesten

Ved behandlingssvikt av overnevnte tiltak og ved bakre blødninger skal pasienten fraktes til sykehus for videre håndtering. I kompliserte tilfeller kan transnasal endoskopi være et behandlingsalternativ (1, 2). Inngrepet gjøres oftest endoskopisk med klippligatur eller elektrokauterisering av arteria sphenopalatina og har høy suksessrate (1, 2). Endovaskulær embolisering er en intervensjonsradiologisk prosedyre der man okkluderer kar som er involvert i blødningen. Prosedyren kan gi gode behandlingsresultater, men er assosiert med mer alvorlige komplikasjoner enn øvrige behandlingsalternativer (1, 2, 4).

Også pasienter der blødningen har stoppet spontant, kan være aktuelle for henvisning og behandling. Ved residiverende ensidig blødning med identifisert blødningsfokus kan kauterisering forsøkes i allmennpraksis dersom utstyr er tilgjengelig. Dersom fokus ikke identifiseres, bør henvisning for videre utredning hos øre-nese-halsspesialist vurderes, blant annet med tanke på fremmedlegeme eller tumor. Ved dobbeltsidig residiverende blødning kan kauterisering forsøkes over to seanser, og det bør vurderes henvisning for utredning av underliggende årsaker, som koagulasjonsforstyrrelser eller immunologiske tilstander. ■

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 1.2.2026, første revisjon innsendt 8.4.2026, godkjent 22.4.2026.

Ole Kristian Lobekk

olobekk@gmail.com

Ole Kristian Lobekk er tannlege og lege i spesialisering i maxillofacial kirurgi. Forfatterbidrag: initiativ, idé, utforming og design, litteratursøk, fremstilling og redigering av videomateriell, utarbeiding og revisjon av selve manuset og godkjenning av innsendte manusversjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Henrik Mathias Lobekk

Henrik Mathias Lobekk er sykepleier.

Forfatterbidrag: fremstilling og redigering av videomateriell, utarbeiding og revisjon av selve manuset og godkjenning av innsendte manusversjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jon Aambakk

Jon Aambakk er spesialist i øre-nese-halssykdommer og overlege.

Forfatterbidrag: utarbeiding og revisjon av selve manuset og godkjenning av innsendte manusversjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ruben Sandvik Fiskå

Ruben Sandvik Fiskå er spesialist i øre-nese-halssykdommer og overlege. Forfatterbidrag: utarbeiding og revisjon av selve manuset og godkjenning av innsendte manusversjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Vegard Hauge Steinbakk

Vegard Hauge Steinbakk er spesialist i øre-nese-halssykdommer og overlege. Forfatterbidrag: utarbeiding og revisjon av selve manuset og godkjenning av innsendte manusversjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Karin Elisabeth Sundt Mjelle

Karin Elisabeth Sundt Mjelle er spesialist i allmennmedisin og i øre-nese-halssykdommer og overlege. Forfatterbidrag: utarbeiding og revisjon av selve manuset og godkjenning av innsendte manusversjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Anders Hauge Steinbakk

Anders Hauge Steinbakk er lege i spesialisering i øre-nese-halssykdommer. Forfatterbidrag: idé, utforming og design, fremstilling og redigering av videomateriell, utarbeiding og revisjon av selve manuset og godkjenning av innsendte manusversjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Tunkel DE, Anne S, Payne SC et al. Clinical Practice Guideline: Nosebleed (Epistaxis). Otolaryngol Head Neck Surg 2020; 162: S1–38.
- 2 Seikaly H. Epistaxis. N Engl J Med 2021; 384: 944–51.
- 3 FHI. Statistikk og rapporter fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Lest 30.3.2026.
- 4 Villwock JA, Jones K. Recent trends in epistaxis management in the United States: 2008–2010. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg 2013; 139: 1279–84.
- 5 Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. Blødning – ikke traumatisk. Lest 23.3.2026.
- 6 Legevakthåndboken. Neseblødning. Lest 23.3.2026.
- 7 NAKOS. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp – hjelpetekster. Lest 23.3.2026.
- 8 Joseph J, Martinez-Devesa P, Bellorini J et al. Tranexamic acid for patients with nasal haemorrhage (epistaxis). Cochrane Database Syst Rev 2018; 12: CD004328.
- 9 McLeod RWJ, Price A, Williams RJ et al. Intranasal cauterization for the management of adult epistaxis: systematic review. J Laryngol Rhinol Otol 2017; 131: 1056–64.



Abonner på Tidsskriftets nyhetsbrev

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

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

Tidsskriftet

Kelzyn®

2 mg dienogest /
0,02 mg etinyløstradiol



NYHET!

Den eneste godkjente behandlingen for hirsutisme hos kvinner med PCOS^{1,2}



*Do you know
her Story?*

Kelzyn® senker det frie testosteronet^{1,3}



Signifikant effekt på hirsutisme^{1*}



Regelmessig blødningsmønster³

Indikasjoner

Behandling av hirsutisme hos kvinner med polycystisk ovariesyndrom (PCOS) og oral hormonell prevensjon.

Kelzyn® (2 mg dienogest /0,02 mg etinyløstradiol), depottablett

Indikasjoner: Oral hormonell prevensjon. Behandling av hirsutisme hos kvinner med polycystisk ovariesyndrom (PCOS). Beslutning om forskrivning bør ta hensyn til den enkelte kvinnes nåværende risikofaktorer, spesielt for venøs tromboembolisme (VTE), og hvordan risikoen for VTE med Kelzyn® er sammenlignet med andre kombinerte hormonelle prevensjonsmidler. **Dosering:** 1 hvit tablett daglig i 24 påfølgende dager, etterfulgt av 1 grønn tablett (placebo) daglig i 4 dager. Skal tas til ca. samme tid hver dag. Behandling av hirsutisme bør vurderes regelmessig hver 6.-12. måned for å vurdere behov for fortsatt behandling, og stanses hvis bedring ikke ses. For mer informasjon, se SPC pkt. 4.2. **Kontraindikasjoner:** Forekomst av eller risiko for VTE: Nåværende (bruker antikoagulantia) eller tidligere VTE, kjent arvelig/ervert predisposisjon for VTE, omfattende kirurgiske inngrep med langvarig immobilisering, høy risiko for VTE pga. tilstedeværelse av flere risikofaktorer. Forekomst av eller risiko for arteriell tromboembolisme (ATE): Nåværende/tidligere ATE eller prodromal tilstand, cerebrovaskulær sykdom som nåværende/tidligere slag eller prodromal tilstand, kjent arvelig/ervert predisposisjon for ATE, tidligere migræne med fokale neurologiske symptomer, høy risiko for ATE pga. flere risikofaktorer eller pga. tilstedeværelse av 1 alvorlig risikofaktor som diabetes mellitus med vaskulære symptomer, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteinemi. **Øvrige:** Nåværende/tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Nåværende/tidligere levertumorer. Kjente/mistenkte maligniteter som påvirkes av kjønnshormoner. Udiagnostisert vaginalblødning. Samtidig bruk av legemidler med ombitasvir/paritaprevir/ritonavir, dasabuvir, glekaprevir/pibrentasvir eller sofosbuvir/velpatasvir/voksilaprevir. **Utalgt sikkerhetsinformasjon:** Før oppstart må kontraindikasjoner og kvinnens

risikofaktorer i hensyntas. Kvinnen må gjøres kjent med risiko for og symptomer på VTE og ATE, og hva som bør gjøres ved mistenkt trombose. Se Veiledning til helsepersonell og pasient på felleskatalogen.no. Før behandling av hirsutisme, skal andre patologiske tilstander assosiert med hyperandrogenisme utelukkes. Økt forekomst av ytterligere risikofaktorer for kardiovaskulære hendelser ved PCOS skal i hensyntas. Alvorlige bivirkninger sett ved bruk av andre kombinasjons-p-piller og/eller Kelzyn®: Tromboembolisme, en svak økning i hyppighet av brystkreft (ukjent årsakssammenheng), levertumor, livmorhalskreft, økt risiko for pankreatitt (ved hypertriglyseridemi), hypertensjon, leverfunksjonsforstyrrelser, endring i glukosetoleranse/effekt på perifer insulinresistens, Crohns sykdom, ulcerøs kolitt, kloasme, depresjon, forverring av symptomer på arvelig/ervert angioødem. **Graviditet og amming:** Skal ikke brukes under graviditet eller amming. **Pakning og pris:** 84 (3x28) stk. (blister): kr 466,80. **Reseptgruppe:** C. For mer informasjon, se SPC 03/2026.

*Endring fra baseline i tilpasset mFG-skår ved besøk 5 / tidlig seponeringsbesøk (EDV). Antall (n = 209). Konfidensintervall: For forskjellen mellom gruppene: 95 % KI: (-3,19 til -1,28), 98,75 % KI: (-∞ til -1,14). P-verdi: < 0,0001. Punktestimat: LS-gjennomsnitt, LPRI-424: -3,77; LS-gjennomsnitt, placebo: -1,54; forskjell mellom gruppene: -2,24.

Referanser: 1. Kelzyn® preparatomtale 03/2026. 2. www.legemiddelsok.no 03/2026. 3. Lobo et al. Oral prolonged-release dienogest 2 mg and ethinylestradiol 0.02 mg in a 24/4-day regimen for polycystic ovary syndrome-associated hirsutism: a double-blind, randomised, placebo-controlled trial. EClinicalMedicine. 2025 Oct 30;90:103594.

Heidi Furre Østgård¹

heidifur@gmail.com

Paulina Luiza Majewska²

Kjell Arne Kvistad³

Anne Hokstad¹

1 Rehabiliteringsklinikken, St. Olavs hospital, Trondheim

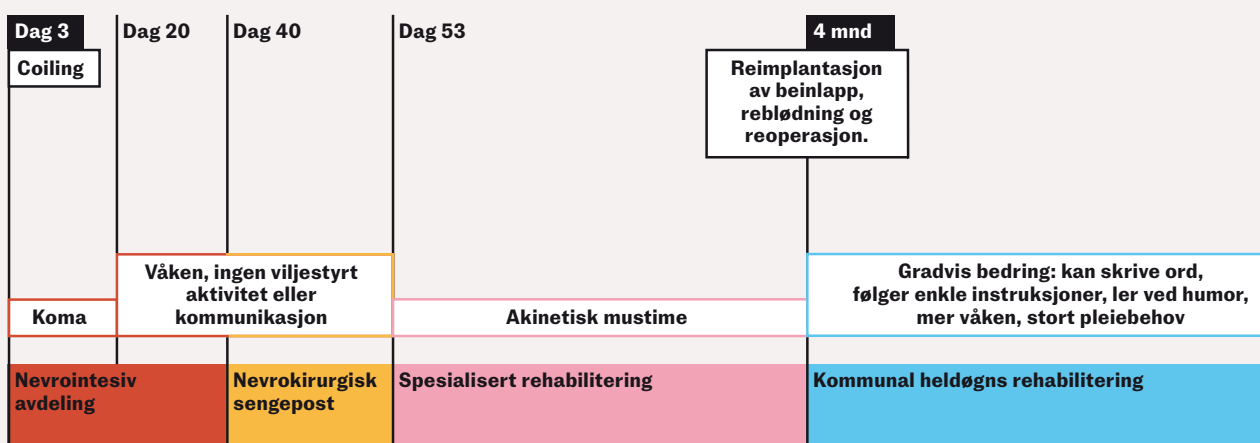
2 Nevroklubben, St. Olavs hospital, Trondheim

3 Klinikk for bildediagnostikk, St. Olavs hospital, Trondheim

En mann i 30-årene med svak stimulusreaksjon etter subaraknoidalblødning

En mann i 30-årene fikk en aneurismal subaraknoidalblødning med flere alvorlige komplikasjoner. Hos pasienter som viser begrenset viljestyrt aktivitet og kommunikasjon, er bred differensialdiagnostisk tilnærming og individualisert, tverrfaglig rehabilitering viktig for å vurdere underliggende årsak og støtte best mulig funksjonsgjenvinning.

Figur 1 Tidslinje over behandlingsforløpet. ADL = aktiviteter i dagliglivet



En tidligere frisk mann i 30-årene oppsøkte legevakt på grunn av kraftig hodepine, lysskyhet, kvalme og oppkast i et par dager. Han ble overført til akuttmottak, hvor han ved innkomst var hypertensiv (systolisk blodtrykk > 200 mmHg) og forvirret. CT/CTA caput viste litt subaraknoidal blod samt en 3 mm stor aneurisme på arteria communicans anterior. Han ble lagt inn på nevrointensivavdeling for blodtrycksbehandling og videre vurdering (figur 1).

Subaraknoidalblødning som følge av en rumpert aneurisme (aSAB), er en alvorlig tilstand med høy dødelighet, hvor årlig forekomst ved norske sykehus i tidsrommet 2008–14 var ca. 6 per 100 000 personår (1). Subaraknoidalblødning debuterer oftest med akutt innsettende hodepine, gjerne ledsaget av symptomer som redusert bevissthet, kvalme/oppkast, krampeanfall eller fokale nevrologiske utfall (2). Ved mistanke om subaraknoidalblødning bør pasienter utredes med akutt CT caput, og ved tegn til blødning også cerebral CT angiografi (3). Rask behandling av aneurisme, forebygging og behandling av komplikasjoner i akuttforløpet og tidlig rehabilitering er avgjørende for prognosen (3).

Det ble besluttet å behandle aneurismen endovaskulært med coiling tre dager etter innkomst. På grunn av mistanke om høyt intrakranielt trykk (ICP) ble det anlagt eksternt ventrikeldren (EVD). Under coiling rumperte aneurismen, og CT caput viste en stor interhemisfærisk blødning langs corpus callosum og gyrus cinguli (figur 2).

Corpus callosum er den største hvitsubstansbanen i hjernen, som binder sammen hjernehalvdelen, integrerer og videresender informasjon (4). Gyrus cinguli ligger ovenfor corpus callosum, har mange dopaminreseptorer

og forbindelser til andre hjerneområder og er involvert i motivasjon, emosjoner, beslutningstaking, hukommelse og læring (5).

På grunn av refraktær intrakraniell hypertensjon (intrakranielt trykk 30 mmHg) ble det utført bifrontal kraniektomi noen dager etter coiling. Han lå i indusert koma til dag 20 og var 40 dager på intensivavdeling før han kunne overflyttes til nevrokirurgisk sengepost. Han gjennomgikk flere komplikasjoner i løpet av de første 50 dagene, blant annet akutt subduralt hematom, shuntkrevende hydrocefalus, infeksjoner og lungeemboli. Etter 53 dager var han tilstrekkelig medisinsk stabil til å overføres til spesialisert rehabiliteringsavdeling.

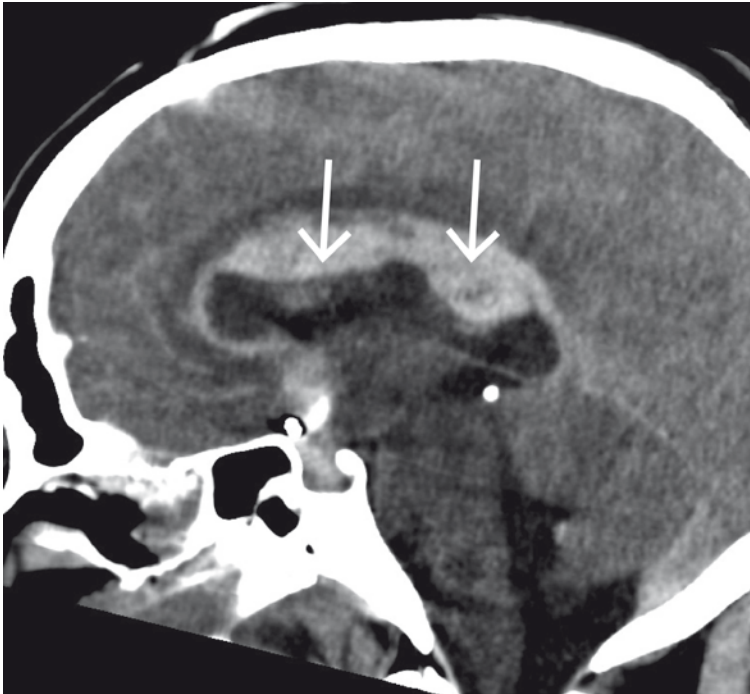
Ved overflytting til spesialisert rehabilitering var pasienten våken, men viste ingen tegn til viljestyrt aktivitet eller kommunikasjon. Han hadde fortsatt trakeostomi, som påvirket talefunksjonen, men hadde ikke forsøkt å kommunisere nonverbalt. Han viste sporadisk bevegelse av høyre arm og ben og ingen bevegelse i venstre side. Han var trøtt og vanskelig å vekke, ga ingen uttrykk for smerter eller følelser, men kunne følge objekter og personer med blikket.

I sjeldne tilfeller kan en periode i koma etterfølges av en tilstand med lite reaksjon på stimuli, der man gjennom gjentatte undersøkelser med verktøyet Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R) forsøker å avklare bevissthetsnivå basert på målbare reaksjoner og kommunikasjonsevne (6). Akinetisk mutisme er en tilstand der pasienten virker våken med bevart blikkfølgning, men ikke har viljestyrt bevegelse (akinesi) eller tale (mutisme). Dette kan fremstå som en bevissthetsforstyrrelse, ettersom pasienten ikke reagerer på stimuli til tross for våkenhet (7). Tilstanden representerer et kontinuum hvor noen kan vise sporadisk viljestyrt aktivitet eller tale, men med lang latens- →

Noe å lære av

Komplekse pasienthistorier med vekt på de kliniske vurderingene

9 mnd	12 mnd	13 mnd	18 mnd
	Amantadin-behandling	Trakeostomi fjernes	
Går med rullator, spiser selv, svarer med enkeltord. Lite initiativ, stort pleiebehov		Bedring i tempo, oppmerksomhet og orientering. Formidler behov, kommuniserer, mer initiativ, går lengre avstander uten hjelp, mer selvstendig i ADL, impulsiv	Selvstendig i personlig ADL, mye initiativ, uten synlige motoriske eller språklige utfall. Kognitive vansker: redusert hukommelse og eksekutive funksjoner.
			Egen bolig med kommunalt rehabiliteringsteam og hjemmetjenester



Figur 2 CT caput i sagittalplan etter aneurismeruptur under behandling, med blødning langs corpus callosum og gyrus cinguli (piler).

tid hvor det er vanskelig å reproducere responser, mens andre er apatiske. Man har særlig sett akinetisk mutisme etter skader i prefrontal cortex, anterior cingulate cortex, striatum, globus pallidus interna og mediale thalamus (7).

Ved gjentatte målinger med Coma Recovery Scale og protokoller for kommandofølgning ble det vurdert at pasienten fremsto med akinetisk mutisme, med «vinduer» av aktivisering der han kunne bruke gjenstander (som tannbørste) adekvat og følge kommandoer med blikkebevegelser. Han tok imot en ball som ble kastet mot ham, men ble så sittende som «frosset fast» uten å kaste tilbake. Det ble observert at han kunne reagere på besøk fra familie ved å bevege leppene som om han formet ord. Store deler av døgnet var han døsig og ga ingen respons til stimuli.

Akinetisk mutisme er en sjelden tilstand, og det fins få relevante studier på medikamentell behandling. Det foreslås ulike tilnærminger avhengig av hvor skaden er og hvilke neurotransmittersystemer man tenker er rammet, blant annet dopaminagonister (f.eks. levodopa eller amantadin). Amantadin er et medikament som har flere virkemåter: det har antiinflammatoriske effekter, oppregulerer dopaminsystemet og hemmer NMDA-reseptorer (8). Noen anbefaler utprøving med amantadin ved bevissthetsforstyrrelser etter traumatisk hjerneskade, med dosering 100–200 mg to ganger daglig i 4 uker, i perioden 4–16 uker etter skaden (6, 9). Amantadin har vist lovende effekt på bedring av aktivisering, bevissthet og kognisjon etter ikke-traumatiske hjerneskader, men evidensen som foreligger, er svak og baserer seg for det meste på ukontrollerte studier eller kasus (8, 10, 11). I en randomisert kontrollert studie ble det gitt 200 mg amantadin i fem dager etter subaraknoidalblødning, i tillegg til standardbehandling, etterfulgt av 100 mg amantadin daglig i 25 dager. Behandlingen ga signifikant bedre bevissthetsnivå og funksjon sammenlignet med standardbehandling alene allerede etter fem dager, og forskjellen vedvarte

etter tre måneder (12). En annen prospektiv studie fant imidlertid ikke signifikante forskjeller mellom amantadin og placebo (13). Studier på langtidseffekter og bruk av amantadin senere i forløpet (> 16 uker etter skade) er begrenset og med blandede resultater (8, 10, 11). Generelt er amantadin forbundet med få alvorlige bivirkninger, spesielt ved lave doser, men det anbefales å utvise forsiktighet ved nyre- og leversvikt samt psykoselidelser. Det er omdiskutert hvorvidt risikoen for epilepsi øker, der noen studier antyder at det er trygt ved lave doser, men også her anbefales det å utvise forsiktighet (8, 10, 11).

Det ble diskutert medikamentell behandling med amantadin da pasienten først ble innlagt på spesialisert rehabiliteringsavdeling, men det ble vurdert som ikke aktuelt da han hadde rykninger som kunne være tegn på epileptoform aktivitet. Fire måneder etter blødningen fikk han tilbakelagt beinlappen ved nevrokirurgisk avdeling. Operasjonen var komplisert med epiduralt hematom og behov for reoperasjon. Etter en uke her ble han skrevet ut til kommunal heldøgns rehabilitering med oppfølging av tverrfaglig team bestående av sykepleier, lege, logoped, ergoterapeut og fysioterapeut. Det ble gjennomført opphold på spesialisert rehabiliteringsavdeling ni og tolv måneder etter blødningen for å kartlegge funksjon og veilede personale i kommunen (figur 1).

I løpet av denne perioden viste han gradvis bedring: Ni måneder etter blødningen kunne han tidvis skrive ord, følge enkle instruksjoner, le ved bruk av humor og fremsto mer våken. Ett år etter blødningen kunne han med hjelp gå med rullator, spise selv og svare med enkeltord. Han tok fortsatt ikke initiativ til kommunikasjon eller aktiviteter, ytret sjelden behov og hadde redusert kraft og finmotorikk i venstre arm. Trakeostomi var fortsatt nødvendig, og pleiebehovet var stort. Det var ikke observert rykninger på flere måneder, og mistanken om epilepsi var lav. I og med at epilepsifaren nå ble vurdert som lav, ble det besluttet utprøving av amantadin ett år etter blødningen, på bakgrunn av vedvarende redusert initiativ som gikk ut over evnen til å kommunisere behov og

delta sosialt. Behandlingen ble gitt over fire uker i henhold til anbefalinger ved traumatisk hjerneskade (6, 9): 100 mg daglig første uke, deretter 100 mg \times 2 i tre uker. Selve behandlingen ble gjennomført mens pasienten oppholdt seg på kommunal rehabiliteringsavdeling med ambulant oppfølging fra spesialisert rehabiliteringsavdeling.

Enkel testing av kognitiv funksjon ble gjennomført før, under og etter utprøving. Orientering ble målt med kartleggingsskjemaet orientation-log (14). Pasientens skår økte fra 8 til 22 poeng i løpet av den første uken med amantadin. Tre måneder etter behandlingsperioden skåret han 26 poeng (skår over 25 regnes som normal orientering). Av øvrige tester klarte han kun Color Trails 1 før behandlingsperioden, en test som måler oppmerksomhet og tempo (15). Han brukte 200 sekunder på oppgaven før behandling, utførte 53 sekunder raskere etter én uke og 96 sekunder raskere etter fire uker. Mer komplekse oppgaver og test av finmotorisk tempo var ikke mulig før behandlingsstart, men etter fire uker fullførte han flere tester og hadde tydelig bedring i tempo og oppmerksomhet. Bedringen fortsatte også etter at amantadin ble seponert, slik at han tre måneder etter behandlingen kunne gjennomgå en full nevropsykologisk undersøkelse. En viss treningseffekt var forventet på testene, men den største endringen ble observert i atferd og kommunikasjon. Etter behandlingen kunne trakeostomien fjernes. Han begynte å konversere, formidlet behov, viste følelser og tok mer initiativ. Han kunne nå gå over lengre avstander uten hjelpemidler, og var blitt mer selvstendig i personlige aktiviteter i dagliglivet. Han fremsto impulsiv (snakket og beveget seg raskt), men var vennlig og utsatte seg ikke for risiko.

Tre måneder etter behandling med amantadin (16 måneder etter blødningen) var han blitt selvstendig i personlige aktiviteter i dagliglivet og kunne gradvis bli overført til egen bolig med oppfølging fra kommunalt rehabiliteringsteam (figur 1). Det ble tatt en ny MR caput som viste sekvele etter blødningen med destruksjon av corpus callosum og gyrus cinguli (figur 3). MR-undersøkelsen viste også superfisiell siderose, mest uttalt i høyre hjernehalvdel. Til tross for at han nå fremsto med initiativ, uten synlige motoriske eller språklige utfall, ble det beskrevet kognitive vansker knyttet til hukommelse og eksekutive funksjoner, samt nedsatt sykdomsinnsikt. Dette bidro til et behov for videre rehabilitering i tiden etter utskrivelse.

Diskusjon

Aneurismal subaraknoidalblødning er assosiert med dårlig prognose (1). I tillegg kan komplikasjoner i form av reblødning, intracerebralt infarkt, hydrocefalus samt infeksjoner føre til sekundær hjerneskade som bidrar til videre økning av morbiditet og mortalitet (1–3). Vår pasient utviklet flere komplikasjoner i forløpet. Ved overføring til spesialisert rehabiliteringsavdeling var han fullt pleietrengende, uten mulighet for å kommunisere behov, og han hadde store motoriske vansker. Han hadde skader i corpus callosum og gyrus cinguli og fylte kriteriene for akinetisk mutisme. Til tross for alvorlig klinisk status, gjennomgikk han aktiv rehabilitering i



Figur 3 MR caput i sagittalplan viser omfattende substansstap i corpus callosum og gyrus cinguli (piler) som sekvele.

Pasientens perspektiv

Det er en del av forløpet jeg ikke kan huske. Jeg er takknemlig for all hjelpen jeg har fått fra helsevesenet og fra min kone. Nå er jeg en «fri» mann og kan bo hjemme, men kona mi må hjelpe meg mye og kan bli irritert når jeg glemmer ting. Jeg er mest lei meg for at jeg ikke kan jobbe, og håper jeg kan bidra med noe i fremtiden.

et samarbeid mellom spesialisert og kommunal rehabilitering gjennom flere måneder, hvor han hadde gradvis bedring (figur 1).

Pasientens bedring kan ha flere forklaringer. Det kan hos enkelte oppstå nevrologisk dysfunksjon etter krani-ektomi («syndrome of the trephined»), og tilstanden kan bedres av reimplantasjon av beinlappen, noe som kan ha hatt betydning i dette tilfellet (16). Samtidig vurderes det som lite sannsynlig at denne mekanismen alene kan forklare bedringen som inntraff flere måneder etter reimplantasjonen. Ett år etter skaden var han fortsatt pleietrengende med symptomer på akinetisk mutisme, og det ble besluttet å prøve amantadin i fire uker. Bruk av amantadin etter ervervet hjerneskade er ikke godkjent i preparatomtalen, og behandlingen regnes derfor som utenfor godkjent indikasjon. Likevel benyttes preparatet i spesialiserte rehabiliteringsavdelinger, basert på studier som antyder mulig effekt på kognitiv funksjon og bevissthetsnivå (8–13). Dokumentasjonen er imidlertid begrenset, og funnene varierer mellom studier.

I perioden med utprøving av amantadin hadde pasienten rask fremgang. Vi spekulerer i om dette kan ha representert en booster-effekt av amantadin, slik det er beskrevet hos enkelte pasienter med bevissthetsforstyrrelser (6, 8–11). Bedringen kan også ha vært et resultat av kumulative faktorer, som forbedret svelgfunksjon med påfølgende fjerning av trakeostomi, økt kapasitet til å delta i rehabilitering eller generelt høyere intensitet i treningen i samme periode. Dersom rehabiliteringen hadde blitt avsluttet tidligere eller gjennomført med lavere intensitet, er det usikkert om pasienten ville hatt tilsvarende fremgang.

Vi vil foreslå at pasienter som har lite reaksjon på stimuli etter en subaraknoidalblødning, vurderes for bevissthetsnivå ved en spesialisert rehabiliteringsavdeling, og at utprøving av amantadin kan vurderes dersom det ikke foreligger kontraindikasjoner. Basert på tilgjengelige studier er gunstig behandlingsstart med amantadin før det har gått 16 uker etter skade (9, 12), mens dokumentasjon for effekt etter 16 uker er begrenset.

Pasienten representerte i utgangspunktet en suksesshistorie, med overgang fra et lavt funksjonsnivå til å kunne bo i egen bolig. Ved videre oppfølging ble det tydelig at hverdagen fortsatt var krevende på grunn av kognitive utfall, og behovet for rehabilitering vedvarte med endrede fokusområder. Mange som overlever etter aneurismal subaraknoidalblødning, rapporterer vedvarende kognitive vansker og utmattelse, til tross for motorisk bedring og selvstendighet i dagliglivet, noe som bidrar til dårligere livskvalitet og hindrer tilbakeføring til aktivitet og arbeid (17). Oppfølging av kognitiv funksjon vil være nødvendig for mange pasienter i lang tid etter subaraknoidalblødning.

Kasuistikken viser at enkelte pasienter kan ha bedring selv etter lang tid, og den peker på et mulig behandlingspotensial for amantadin ved akinetisk mutisme. Samtidig understrekes behovet for mer forskning på effekt og sikkerhet, spesielt etter ikke-traumatiske hjerneskader. ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 20.5.2025, første revisjon innsendt 24.11.2025, godkjent 16.2.2026.

Heidi Furre Østgård

heidifur@gmail.com

Heidi Furre Østgård er ph.d. og spesialist i klinisk nevropsykologi. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Paulina Luiza Majewska

Paulina Luiza Majewska er ph.d., spesialist i nevrokirurgi og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kjell Arne Kvistad

Kjell Arne Kvistad er dr.med., spesialist i radiologi og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Anne Hokstad

Anne Hokstad er ph.d., spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Øie LR, Solheim O, Majewska P et al. Incidence and case fatality of aneurysmal subarachnoid hemorrhage admitted to hospital between 2008 and 2014 in Norway. *Acta Neurochir (Wien)* 2020; 162: 2251–9.
- Cianfoni A, Pravata E, De Blasi R et al. Clinical presentation of cerebral aneurysms. *Eur J Radiol* 2013; 82: 1618–22.
- Hoh BL, Ko NU, Amin-Hanjani S et al. 2023 Guideline for the management of patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a guideline from the american heart association/american stroke association. *Stroke* 2023; 54: e314–70.
- Gazzaniga MS. Cerebral specialization and interhemispheric communication: does the corpus callosum enable the human condition? *Brain* 2000; 123: 1293–326.
- Rolls ET. The cingulate cortex and limbic systems for emotion, action, and memory. *Brain Struct Funct* 2019; 224: 3001–18.
- Giacino JT, Fins JJ, Laureys S et al. Disorders of consciousness after acquired brain injury: the state of the science. *Nat Rev Neurol* 2014; 10: 99–114.
- Arnts H, van Erp WS, Lavrijsen JCM et al. On the pathophysiology and treatment of akinetic mutism. *Neurosci Biobehav Rev* 2020; 112: 270–8.
- Ma HM, Zafonte RD. Amantadine and memantine: a comprehensive review for acquired brain injury. *Brain Inj* 2020; 34: 299–315.
- Giacino JT, Katz DI, Schiff ND et al. Practice guideline update recommendations summary: disorders of consciousness. *Arch Phys Med Rehabil* 2018; 99: 1699–709.
- Gagnon DJ, Leclerc AM, Riker RR et al. Amantadine and modafinil as neurostimulants during post-stroke care: a systematic review. *Neurocrit Care* 2020; 33: 283–97.
- Rühl L, Kuramatsu JB, Sembill JA et al. Amantadine treatment is associated with improved consciousness in patients with non-traumatic brain injury. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2022; 93: 582–7.
- Akçıl EF, Dilmen ÖK, Vehid H et al. Can amantadine ameliorate neurocognitive functions after subarachnoid haemorrhage? A preliminary study. *Turk J Anaesthesiol Reanim* 2018; 46: 100–7.
- Gatto LAM, Demartini Z Jr, Telles JPM et al. Does amantadine improve cognitive recovery in severe disorders of consciousness after aneurysmal subarachnoid hemorrhage? A double-blind placebo-controlled study. *Clin Neurol Neurosurg* 2024; 237: 108135.
- Novack T. The Orientation Log. The Center for Outcome Measurement in Brain Injury. Lest 12.1.2026.
- Strauss E, Sherman EM, Spreen O. A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary. 3. utg. New York, NY: Oxford University Press, 2006: 554–7.
- Honeybul S, Janzen C, Kruger K et al. The impact of cranioplasty on neurological function. *Br J Neurosurg* 2013; 27: 636–41.
- Nussbaum ES, Mikoff N, Paranjape GS. Cognitive deficits among patients surviving aneurysmal subarachnoid hemorrhage. A contemporary systematic review. *Br J Neurosurg* 2021; 35: 384–401.



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

Husk å bestille kvalifisert tolk.

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



Skann
meg for
veileder

Lara Pasovic¹

larapasovic@gmail.com

¹ Urologisk avdeling, Akershus universitetssykehus

Ketaminindusert skade på urinveiene

Ketamin kan gi alvorlig skade på øvre og nedre urinveier. Denne kasuistikken beskriver en pasient som fikk alvorlig kronisk cystitt og livstruende nyresvikt etter bruk av ketamin som rusmiddel.

En tidligere frisk kvinne i 30-årene ble akuttinnlagt på sykehus med magesmerter, dysuri, hematuri og pollakisuri. Smertene artet seg som residiverende anfall med kraftige kramper i nedre del av buken, ledsaget av hastverksinkontinens (urgency-inkontinens) med urin med granulasjonsliknende vev. Forut for innleggelsen hadde hun hatt symptomer på cystitt i ni måneder og hadde mottatt flere antibiotikakurer i primærhelsetjenesten, uten at det forelå positivt dyrkningssvar.

Ved innleggelsen hadde hun takypné, ellers normale vitale parametere. Klinisk undersøkelse avdekket palpasjonsømheter i abdomen. Inflammasjonsmarkører, kreatinin og lever-/galleprøver var innen referanseområdet. På mistanke om ureterkonkrement ble det innleggesdagen tatt lavdose CT av urinveiene, uten aktuelle funn. Senere CT urografi viste ødematøs urinblærevegg med mukosal kontrastoppladning samt bilateral hydronefrose og hydroureter uten åpenbar årsak, mulig inflammatorisk betinget. Hun ble forsøkt smertelindret med paracetamol, ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAID) og morfin intravenøst, men med dårlig effekt. Urindyrkning var negativ. På grunn av kraftige smerter relatert til urinblæren ble det forsøkt instillasjon av lidokain og natriumhyaluronat i blæren, men pasienten kunne ikke gjennomføre behandlingen grunnet smerter. Tredje døgn ble det gjort cystoskopi i narkose. Undersøkelsen avdekket uttalte cystittforandringer med sår, telangiektasier og granulasjonsvev (figur 1). Blærekapasiteten var lav (< 150 mL). Det ble tatt blærebiopsi til dyrkning, PCR og histologi samt utført elektrokoagulasjon av sår i blæreslimhinnen. Pasienten fikk epiduralkateter postoperativt, med noe, men ikke tilstrekkelig effekt. Det ble anlagt bilateral nefrostomi for å avlede urin.

Pasienten ble overflyttet til intensivavdeling for infusjon med remifentanyl og fikk kontinuerlig infusjon med høydose esketamin 20 mg/t og bolus 50 mg ketamin (kroppsvekt 45 kg) over flere dager, med meget god

smertelindrende effekt. Avvikling av esketamininfusjon var problematisk grunnet forverring av smerter, og det ble skiftet fra epiduralkateter til spinalkateter. Det ble vurdert å gjennomføre cystektomi med Bricker-avledning, men i samråd med pasienten valgte man konservativ behandling. Ved overflytting til sengepost etter to uker på intensivavdelingen mottok hun 540 orale morfinekvivalenter per døgn. Nedtrapping ble gjort over flere uker, og hun ble utskrevet etter en innleggelse på over åtte uker. Ved utreise stod hun på amitriptylin 30 mg, pregabalin 300 mg × 2, klonidin 75 µg, morfin 20 mg × 2, pantoprazol 20 mg og solifenacin 10 mg. Like fullt hadde hun smerter, og det ble planlagt videre oppfølging ved smertepoliklinikken.

Urodynamisk undersøkelse utført tre måneder etter utskrivning avdekket detrusoroveraktivitet. Pasienten har etter dette mottatt behandling med injeksjon av 200 E botox i detrusor i narkose med tre måneders intervaller. Det har hatt effekt på smertene og blærekapasiteten. Ved cystoskopi i forbindelse med behandlingen ble det funnet sår i blæren og residiverende nefrogene adenomer.

Pasienten ble spurt om rusbruk under innleggelsen, men benektet dette. I ettertid fortalte hun at hun i ni måneder før innleggelsen hadde brukt 3–5 g ketamin ukentlig som rusmiddel. Bruken fortsatte i ett år etter utskrivning, da hun opplevde at ketamin hadde god smertelindrende effekt. Mens pasienten fremdeles brukte ketamin, ble hun ved tre anledninger innlagt på medisinsk overvåkning med akutt alvorlig nyresvikt og ledsagende livstruende hyperkalemi og alvorlig hyponatremi. Hun mottok medisinsk behandling med blant annet insulin-/glukoseinfusjon, natriumhydrogenbikarbonat og natriumklorid intravenøst, med god effekt. Årsaken til nyresvikten ble imidlertid ikke avdekket.

Pasienten forteller at hun nå er rusfri, og tilstanden er i bedring. Det er grunn til å tro at både blære- og nyreskaden skyldtes overforbruk av ketamin.

Diskusjon

Rusbruk med ketamin kan medføre alvorlig skade på øvre og nedre urinveier (1). Effekten antas å skyldes en direkte toksisk virkning på nefroner og urotel. Dette medfører renal nyreskade som følge av akutt papillær nekrose, samt postrenal nyreskade som følge av nekrotiske sår og stenoser i uretere og blære, med påfølgende hydronefrose og refluks (1). Ved histologi av blæreslesjoner er det påvist denudert urotel, uttalt inflammasjon, granulasjonsvev, nekrose og neovaskularisering. Ved langtidsbruk oppstår fibrose og kalsifisering, hvilket begrenser blærekapasiteten og forverrer symptombildet ytterligere (2).

Den aktuelle pasienten benektet rusbruk ved innlegelsen, og tilstanden ble opprinnelig tolket som uttalt interstitiell cystitt. Tilstanden kjennetegnes av fylningsrelaterte blæresmerter og hyppige, små miksjoner. Hunnerske sår som er overflatiske erosjoner i slimhinnen, forekommer hos ca. 10 % av pasientene. I biopsier fra blæreslimhinne foreligger ofte infiltrasjon av eosinofile granulocytter, mens neoangiogenese og nekrose sjelden beskrives. Vår pasient hadde multiple, dype, granulerende sår langt ut over det som er vanlig ved interstitiell cystitt. Anamnesen samt de kliniske og histopatologiske funnene taler derfor for diagnosen ketaminindusert cystitt.

Det er ingen etablert behandling for ketaminindusert cystitt. Tilnærmingen er derfor som ved interstitiell cystitt. Enkelte elementer ved inflammasjonsprosessen antas å være reversible, mens fibrose og kalsifisering representerer irreversible forandringer. Internasjonalt er det utført enterocystoplastikk eller cystektomi med urinavledning, men komplikasjonsraten er høy (1).

Det er knyttet bekymring til økende rusbruk med ketamin (1, 2). Biotilgjengeligheten ved nasal bruk antas å være opptil 50 % (3). En dose på 25 mg er nok til å gi rusopplevelse, mens en dose på 150 mg kan gi en opplevelse som

betegnes «K-hole», en tilstand av kraftig dissosiasjon. Tilvenningen er rask, og faste brukere rapporterer døgndoser på 1–6 g (3, 4). Siden ketamin i «normale» rusdoser ikke påvirker respirasjonen, blir det av mange brukere betraktet som trygt. Dets toksiske effekter på urinveiene underkjennes.

Ketamin brukes som anestesimiddel og som legemiddel i behandling av terapieresistent depresjon, men da i lavere doser enn det som er sett ved ketaminindusert cystitt. Alle behandlere som er i befatning med middelet bør kjenne til dets toksiske effekter, og både brukere og misbrukere bør informeres om dette. Urologer bør dessuten gjøre det til en vane å spørre sine pasienter om rusbruk på en måte som innbyr til ærlige svar. ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 23.11.2025, første revisjon innsendt 21.2.2026, godkjent 31.3.2026.

Lara Pasovic

larapasovic@gmail.com

Lara Pasovic er ph.d. og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Bourillon A, Cornu JN, Herve F et al. Management of ketamine cystitis: National guidelines from the French Association of Urology (CUROPF/CTMH). *Fr J Urol* 2024; 34: 102754.
- 2 Castellani D, Pirolo GM, Gubbiotti M et al. What urologists need to know about ketamine-induced uropathy: A systematic review. *NeuroUrol Urodyn* 2020; 39: 1049–62.
- 3 Schep LJ, Slaughter RJ, Watts M et al. The clinical toxicology of ketamine. *Clin Toxicol (Phila)* 2023; 61: 415–28.
- 4 Fan N, Xu K, Ning Y et al. Profiling the psychotic, depressive and anxiety symptoms in chronic ketamine users. *Psychiatry Res* 2016; 237: 311–5.



Figur 1 Cystoskopi avdekket kraftig injisert blæreslimhinne med granulasjonsvev og fibrin.

Per E. Børdahl¹**Erlend Hem**^{2,3}

erlend.hem@medisin.uio.no

1 Høvik

2 Legeforskningsinstituttet

3 Universitetet i Oslo

Farskapsbestemmelse før DNA – betydningen av svangerskapsvarighet

Bakgrunn

Spørsmål om farskap har gjennom århundrene vært av stor interesse. Temaer som legitimitet, troskap, arv og farskapsbidrag har stått sentralt. Det var entydig hvem som var mor, men farskapsbestemmelsen kunne være usikker. I farskapsaker var et viktig spørsmål om mors opplysninger om mulig befruktende samleie stemte overens med tidspunktet for fødselen. For å vurdere dette trengte man kunnskap om hvor lenge et svangerskap kunne vare. Vi har undersøkt hvordan juss og rettsmedisin vurderte betydningen av svangerskapets varighet ved farskapsbestemmelse gjennom 1900-tallet.

Materiale og metode

Studien bygger på en gjennomgang av høyesterettsdommer om farskapsaker på 1900-tallet med henblikk på svangerskapets varighet i lys av fødselshistorisk litteratur.

Resultater og fortolkning

Frem til langt ut på 1900-tallet var kunnskap om svangerskapets varighet først og fremst av rettsmedisinsk interesse. Man hadde mulighet til å utelukke farskap, ikke til å fastslå det. I 1914 uttalte Den rettsmedisinske kommisjon at et svangerskap kunne vare 240–320 dager, og dette ble retningsgivende i norsk rett gjennom store deler av 1900-tallet. Dommerne gjorde en helhetsvurdering, der svangerskapets varighet, morens troverdighet,andel og kjønnsmoral ble tillagt vekt. Rundt 1990 overtok DNA-typing for blodtype-testing og skjønnsvurderinger, og farskapsaker forsvant i stor grad fra rettssalene.

Hovedfunn

Den rettsmedisinske kommisjon satte i 1914 grensene for svangerskapets varighet til 240–320 dager, og denne vurderingen hadde stor innvirkning på rettspraksis frem til 1970-årene.

Kunnskap om svangerskapets varighet var til langt ut på 1900-tallet av størst interesse for rettsmedisinen, mens for fødselshjelperne hadde det sjelden konsekvenser.

Så sent som i 1980-årene fantes det fødeavdelinger der det hang en tavle over barselsengene. På sengejournalen var mors temperatur, puls og bokstaven V eller S anført. V sto for vera (sann), barnet var født i ekteskap, mens S for spuria (falsk) innebar at barnet var født utenfor ekteskap (1). Bakgrunnen for å rette spesiell oppmerksomhet mot ugifte mødre skulle være at de og deres barn ble sett på som spesielle risikogrupper for komplikasjoner (1). Denne praksisen illustrerer hvordan sosiale og juridiske oppfatninger kunne påvirke medisinsk oppfølging, og hvordan enkelte observasjoner – som klassifiseringen av mors status – kunne få betydning for hvordan svangerskapet ble vurdert.

For barn født i ekteskap har pater est-regelen fra romersk tradisjon bestemt farskapet, det vil si at «den er far som ekteskapet viser». For at en annen skulle erkjennes som far, var det et krav at ektemannen, moren, barnet eller annen part fikk fastslått ved dom eller troverdig erklæring at det forholdt seg annerledes.

Dersom det var usikkerhet om farskapet, kunne beregningen av når barnet var unnfanget og diskusjonen om grensene for hvor lenge et svangerskap kunne vare, ha juridiske konsekvenser. Visste kvinnen når det befruktende samleiet fant sted? Kunne hun huske når hun hadde sin siste menstruasjonsblødning? Hadde hun interesse av å gi uriktig informasjon? I hvilken grad kunne man stole på kvinnens opplysninger? Spørsmål om farskap var av stor mellommenneskelig og juridisk interesse. Legitimitet, troskap og utroskap, arv og farskapsbidrag er stikkord.

Da den tyske fødselslegen Carl Gustav Carus (1789–1869) i 1822 hevdet at kunnskap om svangerskapets varighet var viktig både for fødselshjelpen og rettsmedisinen, var det upresist formulert (2). I mer enn hundre år fremover hadde slik kunnskap først og fremst en rettsmedisinsk betydning (3–5). Professor Kristian Brandt (1859–1932) skilte derfor i sin lærebok mellom «det daglige behov» og de «rettsmedisinske tilfelle» (5, s. 66).

Vi har undersøkt hvordan juss og rettsmedisin vurderte betydningen av svangerskapets varighet ved farskapsbestemmelse gjennom 1900-tallet, med særlig vekt på hvordan medisinsk sakkyndighet bidro i vurderingene.

Materiale og metode

Vi har gjennomgått registrene for Norsk Retstidende (Rt.) gjennom 1900-tallet og lest høyesterettsdommene som var registrert som farskapsaker/paternitetssaker med henblikk på vurderinger av svangerskapsvarighet. Vi har også søkt i Nasjonalbibliotekets digitalbibliotek bokhylla.no. Vi har forsøkt å identifisere alle aktuelle saker, men vet ikke sikkert om materialet er uttømmende. Utvalget blir derfor presentert som eksemplifiserende og uten kvantitative analyser. Studien omfatter i praksis kun tiden frem til 1980-årene, da farskaps sakene forsvant fra Høyesterett.

I tillegg bygger vi på faglitteratur og tekster relatert til graviditet og fødsel for å plassere juridiske forhold i en medisinsk ramme.

Hvordan bestemme hvem som er far?

Mors opplysninger

I eldre europeisk politisk historie sto legitimitetsspørsmålet sentralt. Hvem hadde kongs- eller adelsblod i årene? Her behøvde ikke farskapsbeviset være hverken ekskluderende (NN kan ikke være faren) eller inkluderende (NN må være faren). Et av de mest berømte eksemplene i norsk historie er Sverre Sigurdssons (ca. 1150–1202) krav på tronen. Da den prestelærte Sverre kom til Norge fra Færøyene i 1177, var hans viktigste bagasje at moren hadde sagt at faren var Sigurd Munn (1133–55) og at Sverre dermed tilhørte kongeætt. Lite tyder på at moren hadde rett, vi vet ikke om Sverre trodde på det selv. Det var nok at andre ønsket å tro det. Birkebeinerne trengte et kongsemne, og farskapet var det sentrale. Morens opplysning ble tillagt avgjørende vekt (6).

Så velvillig ble ikke en mors vitnesbyrd alltid vurdert, og verdien av morens påstand om farskapet har variert betraktelig. I Norge hadde denne langt større vekt frem til 1600-tallet enn senere. I det franske lovverket Code civil fra 1804 var det forbud mot å lete etter faren (*La recherche de la paternité est interdite*). Ansvar for barn født utenfor ekteskap lå fullt og helt hos kvinnen.



Ekskluderende farskapsbevis

Blodtypetester ble første gang brukt som bevis i farskapsaker i Tyskland i 1924, i Norge fra begynnelsen av 1930-årene (7). Helt frem til slutten av 1980-årene var det kun ekskluderende farskapsbevis som var tilgjengelig når farskap skulle fastslås. DNA-testing ble introdusert i Norge i 1989, og først i 1992 ble de serologiske testene helt avløst (7).

Med østerrikeren Landsteiners (1868–1943) oppdagelse av ABO-systemet i 1901 og hans og amerikaneren Wieners (1907–76) arbeid i 1940 rundt Rhesus-systemet ble eksklusjonsbevisene styrket. Nå var det ikke lenger bare spørsmålet om samleie innen en gitt tidsramme som gjaldt. Senere tilkom andre blodgrupper som eksklusjonsbevis. I en farskapsak i 1962 anvendte man ABO-, MN-, Rh-, S-, Kell-, Duffy- og Hp-typing i tillegg til å vurdere svangerskapets varighet og foreta genetisk-antropologisk undersøkelse for å finne likhetstrekk mellom hevdet far og barn (Rt. 1962, s. 1023). I 1970-årene ble HLA-typing tatt i bruk (8).

Gjennom 1950- og 60-årene ble barnets lengde og vekt tillagt avgjørende betydning i vurderingen av svangerskapets varighet, og fra slutten av 1950-årene såkalt genetisk-antropologisk undersøkelse, riktignok i starten karakterisert som «denne nye og lite prøvede metode» (Rt. 1959, s. 625). Dette omfattet undersøkelser av ytre egenskaper som hår- og øyefarge, nese- og øreform, fingeravtrykk etc. Vurderingen, som bygget på subjektiv bedømmelse av likheter mellom foreldre og barn, hadde relativt begrenset bevisverdi.

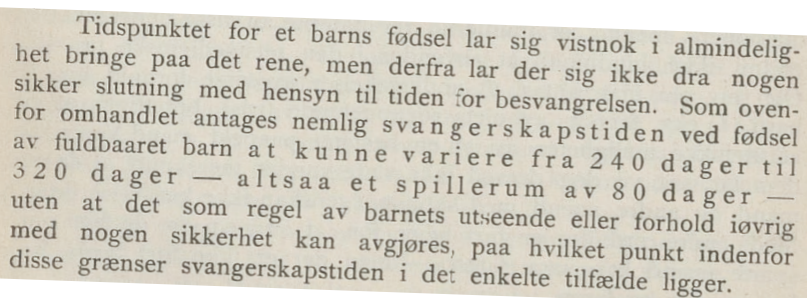
Juss eller medisin

Det altoverveiende spørsmålet i farskapsaker frem til DNA-testingen kom i bruk, var om det som mor opplyste om mulig befruktende samleie, kunne være forenlig med tidspunktet for fødselen. I klinisk medisin ble svangerskapsvarigheten regnet fra siste menstruasjons første dag, mens i farskapsaker ble det avgjørende om tidspunktet fra oppgitt samleie til fødsel lå innenfor rammen av det sannsynlige (9).

Juss og underholdsplikt

Lovgivning knyttet til spørsmål om farskap går langt tilbake. Flere norrøne lover hadde bestemmelser om arv og paternitet (10). Kong Valdemar II Sejrs jyske lov fra 1241, som riktignok aldri var gjeldende i Norge, inneholdt bestemmelser om «hvilt barn ærvæ skal» (hvilket barn som skal arve), og om at en enke som sa hun var med barn da mannen døde, skulle sitte uskiftet i 20 uker. Hun skulle så undersøkes, for å se om hun var gravid. Var hun det, skulle hun eie boet inntil barnet var født. Fødte hun så lenge etter mannens død at han ikke kunne ha vært faren, fikk det økonomiske konsekvenser for henne (11).

Til midten av 1700-tallet i Danmark-Norge hadde mor alene underholdsplikt hvis barnet var født utenfor ekteskap, og det hadde bare arverett etter moren (12). I 1892 kom Lov om Underholdningsbidrag til Børn, hvis Forældre ikke har indgaaet Ægteskab med hinanden m.v.. For-



Tidspunktet for et barns fødsel lar sig vistnok i almindelighet bringe paa det rene, men derfra lar der sig ikke dra nogen sikker slutning med hensyn til tiden for besvangrelsen. Som ovenfor omhandlet antages nemlig svangerskapstiden ved fødsel av fuldbaaret barn at kunne variere fra 240 dager til 320 dager — altsaa et spillerum av 80 dager — uten at det som regel av barnets utseende eller forhold iøvrig med nogen sikkerhet kan avgjøres, paa hvilket punkt indenfor disse grænser svangerskapstiden i det enkelte tilfælde ligger.

Figur 1 Utdrag av uttalelsen fra Den rettsmedisinske kommisjon i 1914 (25).

eldrene fikk plikt til likt underhold etter økonomisk evne. Det var åpnet juridisk for mulighet til støtte så lenge farskapet var klarlagt. Problemet var at moren måtte sørge for å få sin rett (12). Med de castbergske barnelover i 1915 kom barnet til å stå i et rettsforhold til faren og hans slekt, også hva gjaldt navn og arv.

Folketro og rettspraksis

Det var gammel tro at svangerskap kunne forlenges på kunstig måte, men for lange graviditeter var farlig for moren. I middelaldervisen «Hustru og Mands Moder» trollet svigermoren slik at svigerdatteren måtte gå gravid lenger enn hun burde: *I førti uker og ikke mer: går hun lenger, så blir det hennes død* (13). Man hadde sannsynligvis en oppfatning om at fosteret fortsatte å vokse, slik at fosterhodet ble for stort for en fødsel (14). Hos noen folkeslag er det en oppfatning om at barnet kan ligge i lang tid inne i livmoren, det sovner og vokser ikke, ofte i måneder. På den måten kan svangerskapet vare mer enn ni måneder. Slike beretninger kjennes ikke bare fra eventyrene, men også fra vitenskapelige tidsskrifter.

Så sent som i 1990-årene ble en rettssak i Libya diskutert i tidsskriftet til det britiske akademiet for rettsmedisin (15). I Libya var samleie mellom ugifte forbudt ved lov, selv om partene entes. I en rettssak erklærte den anklagede, en fraskilt kvinne, at hennes tidligere mann var far til et barn født 29 måneder etter skilsmissen. Hun hevdet at

barnet var unnfanget tre måneder før skilsmissen, men hadde så holdt opp å vokse en stund – det var «a sleeping foetus». Retten trodde henne ikke, og hun ble dømt for ulovlig samleie.

Av hensyn til farskapsaker uttalte lovgiverne i flere europeiske land seg om den mulige tidsrammen for et svangerskap som resulterte i et levende barn (16). I Frankrike (Code Napoléon) ble det vedtatt at svangerskapet kunne vare 300 dager etter samleiet, i Preussen 302 dager og i Sveits 308 dager (17). England hadde ingen fast grense, der skulle det vurderes fra tilfelle til tilfelle. Til gjengjeld kommer noen av de mer kuriøse avgjørelsene derfra, med flere rettssaker med dickenske overtoner. I saken Gaskell versus Gaskell i 1921 godtok dommeren Lord Birkenhead (1872–1930) en svangerskapsvarighet på 331 dager som troverdig. Det var 61 dager mer enn gjennomsnittet, 48 uker og 5 dager beregnet fra siste menstruasjons første dag (18).

Asger Stadfeldt (1830–1896), professor i København, formulerte et ikke fullt så pragmatisk syn på svangerskapets varighet i sin lærebok fra 1891: «De overtidige Fødsler, hvorved Fødslen antages at være indtruffen 4–6–8 Uger efter Tiden for Svangerskabets regelmæssige Ophør, bero næsten altid paa Fejlregning eller Bedrag» (19). Det kunne være mye å tape eller vinne på å oppgi den rette faren (20).

Interesse for svangerskapets varighet og de juridiske konsekvensene økte i Storbritannia i årene etter den annen verdenskrig, dels fordi den sosiale faren kunne ha vært borte i lang tid, dels på grunn av ny kunnskap om reproduktiv medisin. Det tok imidlertid lang tid →

Dato	Nedre grense	Øvre grense
Sirkulære fra Justis- og Politidepartementet 1823 (17). Basert på Det medisinske fakultets betenkning	Fosteret er Vitalis [...] naar det fødes efter den 31te Uge	40 Uger efter Undfangelsen [...] visse Lovgivninger, for at lempe sig efter sjeldne lagttagelser, have bestemt Svangerskabets længste Terminus til 43 Uger 1 Dag
Sirkulære fra Justis- og Politidepartementet 1850 (17). Basert på Det medisinske fakultets skrivelse	31 uker (uendret fra 1823)	4 Uger over Tiden, [...] hvor Alt taler for en overtidig Fødsel, tør Facultetet ikke benegte, at den kan finde Sted 4–5 Uger efter den regelmæssige Termin
Sirkulære fra Justis- og Politidepartementet 1851 (17). Basert på Det medisinske fakultets betenkning	Nedre grense 210 dager (30 Uger) for at et foster under gunstige Omstændigheder kan ansees istand til [...], at føre et selvstændigt Liv [...] ved Erfaring synes beviist, at i enkelte, meget sjeldne, Tilfælde Børn, der ere fødte et Par Uger før den 30te Uge, kunne vedblive at føre et selvstændigt Liv	Ikke angitt
Sirkulære fra Justisdepartementet 1894 (22). Basert på Det medisinske fakultets erklæring	Fakultetet [maa] fremhæve Muligheden af, at et mellem 26de og 30te Uge født Foster under meget gunstige Forholde kan fortsætte at leve	Den længste Termin for et Svangerskabs Varighed antager Fakultetet at burde sætte til 310 Dage
Den rettsmedisinske kommisjon 1907 (23)	[...] fødsel af fuldbaaret barn kan finde sted efter en svangerskapsvarighed af blot 245–240 dage efter stedfundet samleie	
Den rettsmedisinske kommisjon 1913 (24)		Svangerskapet kan vare 315 dager etter befruktende samleie
Den rettsmedisinske kommisjon 1914 (25)	Fuldbaaret barn: 240 dage efter det befrugtende samleie	320 dage regnet fra det befrugtende samleie
Den rettsmedisinske kommisjons betenkning 1932 (Rt. 1932, s. 324)	Svangerskapets varighet regnes fra det befruktende samleie. «Forutsatt fødsel av fuldbaaret barn er gjennomsnittlig 270 dager (nøiaktig 274 dager)». Går inn for 240–320 dager, som i 1914, «i det vesentlige overensstemmende med forholdet i andre land»	

Tabell 1 Grensene for svangerskap som resulterer i levende barn. Offisielle anbefalinger, Norge 1823–1932.

før disse forskningsresultatene kom inn i rettssalene (18). 346 dager (Wood versus Wood, 1947) og 349 dager (Hadlum versus Hadlum, 1948) etter samleie ble godtatt. Medisinsk vitenskap kan fastslå hva som er normal varighet for et svangerskap, men vegrer seg for å hevde at en unormal varighet er umulig, konstaterte det britiske legetidsskriftet *The Lancet* i 1948 (21). Men ett sted gikk det en grense. Retten aksepterte ikke 360 dager (Preston Jones versus Preston Jones, 1950) (18).

Rettsmedisinsk kommisjon og norsk praksis

Også i Norge var justismyndighetene opptatt av spørsmålet (tabell 1) (22–25). I faglitterære tidsskrifter ble det hyppig henvisning til utenlandske undersøkelser og diskusjoner. Usikkerheten var stor. Den rettsmedisinske kommisjon uttalte i 1907 at den gjennomsnittlige varigheten av svangerskapet var 280 dager fra siste menstruasjon første dag, 270 dager fra det befruktende samleiet (23).

Det å fastslå om barnet var fullbåret, innebar stor usikkerhet, skrev kommisjonen i uttalelsen fra 1907. «For sagkyndige hører det til de vanskeligere spørsmål med sikkerhet at bestemme, hvorvidt et barn er fuldbaaret eller ikke. Der gives nemlig ingen sikre tegn, som kan afgjøre, enten et barn er født en maaned for tidlig eller ikke. Vægt og især fosterets længde hører til de bedste tegn» (23).

I 1914 behandlet kommisjonen spørsmålet på nytt (figur 1). Mens det så å si alltid lot seg gjøre å føre et medisinsk maternitetsbevis, kunne man ikke føre noe medisinsk paternitetsbevis og at det juridiske eksklusjonsbevis «støtter sig paa en naturvidenskabelig kjendsgjerning» (25). Da grensene for svangerskapet var så vide og tegnene hos barnet så usikre, anbefalte kommisjonen at man holdt opp å føre paternitetsbevis. Av hensyn til den økonomiske støtte til mor og barn anbefalte man i stedet at farskapsbeviset ble erstattet av et konkubitetsbevis, et bevis for at vedkommende hadde hatt et mulig befruktende samleie med kvinnen. I en del tilfeller ble, etter loven fra 1892, flere menn pålagt underholdningsbidrag som barnefar til samme barn. Men perioden med konkubitetsbeviset ble en historisk parentes.

Den offentlige interessen for bevisføring i farskapsaker kommer til uttrykk i de mange sakene som refereres i *Norsk Retstidende* gjennom 1900-tallet. Det kunne ligge et stort juridisk arbeid i å fastsette farskapet. Saker med opp mot 50 vitner er referert (Rt. 1950, s. 537).

Sentralt sto spørsmålet om hvorvidt moren hadde hatt samleie med den utpekte far på et tidspunkt som kunne resultere i det fødte barn. Grensene for svangerskapets varighet nedad ved fullbåret barn ble av den rettsmedisinske kommisjon i 1914 satt til 240 dager etter befruktende samleie. Barnet kunne leve etter kortere tid, men ville da ikke ha preg av å være fullbåret. Slike tegn var vanskelige å bestemme. Øvre grense ble satt til 320 dager etter samleiet. Grensene nedad og oppad var altså fra 35 uker og 5 dager til 47 uker og en dag etter siste menstruasjon første dag. Denne uttalelsen fra 1914 ble tillagt stor vekt og henvisning til i en rekke dommer opp til 1970-årene.

Ledende fødselsleger ble gjennom store deler av 1900-tallet brukt som sakkyndige i farskapsaker – slik sakkyndige siden begynnelsen av 1980-årene er brukt i spørsmål om «fødselsskader». I 1920 uttalte professor Brandt som sakkyndig at «disse ydergrænser [240–320 dager etter samleie] er saa uhyre sjeldne, at der i den samlede verdenslitteratur kun kjendes nogen faa saadanne

tilfælder, og personlig har jeg aldrig set noget lignende. Selv tidsrum som 250–310 dage oplever de færreste fødselshjælpere at se». I saken godtok ikke retten at barnet kunne være 221–225 dager basert på «[...] opplysningerne om barnets utviklingsgrad ved fødselen» (Rt. 1922, s. 55).

I sin siste sakkyndige uttalelse i 1930 skrev Brandt: «[...] som jeg i flere erklæringer atter og atter har fremhevet, maa der, hvis der skal regnes med en usædvanlig lang svangerskapsstid, fordres ganske overordentlig sikre bevisligheter for utelukkelsen av andre besvangringsmuligheter. Det blir rettens opgave at avgjøre, hvorvidt saadanne finnes [...] Muligheten er der; ti en saadan benekter ikke nogen, men sannsynlig er det ikke» (Rt. 1930, s. 809).

Men rammen på 240–320 dager holdt seg. I en lærebok for jordmødre i 1959 heter det: «At så korte og så lange varigheter [240–320 dager etter siste menstruasjon første dag] kan forekomme, fins det beviser for» (26). Men den rettsmedisinske kommisjon fastslo i 1914, i motsetning til forfatterne av læreboken i 1959, at det gjaldt etter «det befrugtende samleie». Det ble ikke endret da kommisjonen behandlet spørsmålet på nytt i 1932. Dette arbeidet bygde på en rekke vurderinger gjennom nærmere hundre år (tabell 1).

I en høyesterettsdom i 1967 hevdet professor Ernst Schjøtt-Rivers (1901–82) som sakkyndig at et barn på knapt 3 600 gram, der det var gått 253 dager mellom oppgitt samleie og barnets fødsel, var på grensen mellom det sannsynlige og det usannsynlige. Med henvisning til «de vanlige teoretiske yttergrenser 240 og 320 dager» fant Høyesterett (4 mot 1) at den oppgitte faren hadde «legi med mora på den tid ho kunne ha vorti med barn» (Rt. 1967, s. 1540). Ikke sjelden var det tvil. Dommer ble avsagt under dissens, og uttrykk som går igjen i referatene fra slike saker i 1960-årene, er «utpreget grensetilfelle mellom det sannsynlige og det usannsynlige» (Rt. 1968, s. 231), «jeg kommer, om enn under noen tvil» (Rt. 1968, s. 607), etc.

I en høyesterettsdom i 1968 ble en mann under dissens (3 mot 2) kjent til å være far til et fullbåret barn født 306 dager etter det befruktende samleie (klinisk 45 uker + 1 dag) (Rt. 1968, s. 442). Igjen var sakkyndige Schjøtt-Rivers av den oppfatning at en svangerskapsstid på mer enn 300 dager etter samleie var lite sannsynlig. Dessuten, uttalte han, tilsa barnets størrelse og vekt at det sannsynligvis ble født til vanlig termin. Også her holdt retten seg til «de yttergrenser som hos oss er oppstilt for svangerskapets varighet forutsatt fullbåret barn, nemlig fra 240 til 320 dager». Det ble i retten hevdet, og tatt konsekvensen av, at en konkret sak ikke alltid kunne avgjøres «på grunnlag av en total vurdering av det ene moment: svangerskapsstidens længde».

Men forskjellen mellom rettsmedisinsk og klinisk praksis kommer stadig til syne. Schjøtt-Rivers uttalte i 1968: «Jeg har alltid oppfattet disse 240 dager som en rent teoretisk mulighet og at det ikke finnes observerte tilfeller som kan godtas. Det antas å være feilobservasjoner med så kort svangerskapsstid når resultatet er fullbåret barn» (Rt. 1968, s. 231).

«Det foreligger her en omfattende rettspraksis, som neppe er helt konsekvent i alle detaljer», heter det tørt i kommentarutgaven til barneloven. Alle dommene illustrerer betydningen av en helhetsvurdering (27). Før DNA-prøvenes tid bød farskapsaker ofte på tvil. I tiden 1950–1990 påla Høyesterett den saksøkte mannen farskapet med tre mot to stemmer i 13 saker (28).

Historien avsluttes

Disse yttergrensene for hvor lenge en kvinne kunne være gravid over tiden virker i dag merkelige. I en statistisk bearbeiding av fødsler fra 1967–68 fant Tor Bjerkedal og medarbeidere at 4,5 % av alle svangerskap varte 43 uker eller mer og 1,8 % 44 uker eller mer (29). I 2010 rapporterte Medisinsk fødselsregister at 0,1 % av svangerskapene varte 43 uker eller mer. Forskjellen mellom 1960-årene og nå er først og fremst betinget av ultralydfastsettelse av termin og ikke av beregning ut fra siste menstruasjons første dag.

Ekskluderende farskapsbevis ble styrket gjennom tiltagende bruk av blodprøver, men også ved prematuritetsvurdering av barnet. Denne besto i å vurdere lengde, vekt, ullhår i pannen og ellers på kroppen, bløte ører som ligger tett inn til hodet, korte og bløte fingernegler, udekkede labia, manglende testisdescens etc., selv om det allerede tidlig på 1900-tallet ble pekt på usikkerheten ved slik vurdering (Rt. 1927, s. 257). Til tross for det skulle reservelegen ved Rikshospitalets kvinneklinikk helt frem til begynnelsen av 1980-årene utføre en maturitetsvurdering begrunnet i disse tegnene når mor var ugift, slik også førsteforfatteren erfarte i sin tid som reservelege ved klinikken. Skjemaet som skulle utfylles i slike tilfeller, var uforandret fra 1930-årene.

Det fremgår av hovedregistrene for Norsk Retstidende på slutten av 1900-tallet at farskapsakene for høyere rett ble langt sjeldnere og fra slutten av 1980-årene så å si alltid innskrenket til gjenopptagelsessaker. Først med DNA-typing fra begynnelsen av 1990-årene ble inkluderende bevis mulig. Det lå imidlertid ingen automatikk i at en utlagt far kunne få saken gjenopptatt på grunn av den teknologiske utviklingen (30), men det finnes eksempler på at vedtak ble omgjort ved DNA-typing flere tiår senere. I en sak i 1959 ble 226–228 dager godtatt for farskap (tre mot to stemmer) til et ufullbåret barn, selv om den sakkyndige, Schjøtt-Rivers, hadde ansett det som usannsynlig. Da saken ble tatt opp igjen i 1994 med DNA-analyse, ble mannen frifunnet. «[...] Høyesteretts flertall burde ha hørt på den sakkyndige i 1959» (27). ■

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 27.7.2025, første revisjon innsendt 2.1.2026, godkjent 8.4.2026.

Per E. Børdahl

Per E. Børdahl er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, pensjonert klinikkoverlege og professor. Forfatterbidrag: idé, utforming/design, litteratursøk, utarbeiding/revisjon av manuset samt godkjenning av innsendte manusversjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Erlend Hem

erlend.hem@medisin.uio.no

Erlend Hem er instituttssjef, professor og styreleder i Helsehistorisk forum. Forfatterbidrag: idé, utforming/design, litteratursøk, utarbeiding/revisjon av manuset samt godkjenning av innsendte manusversjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Spørretimen Stortinget 11.5.1983. I: Stortingstidende 1982–83. Østerås: Centraltrykkeriet, 1983: 3813–4.
- Carus CG. Zur Lehre von Schwangerschaft und Geburt: Physiologie, pathologische und therapeutische Abhandlungen, mit besonderer Hinsicht auf vergleichende Beobachtungen an den Thieren. Leipzig: Gerhard Fleischer, 1822.

- Lundevall J. Rettsmedisin: lærebok for medisinerne. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 1978: 185–90.
- Schønberg E. Lærebog i den operative fødselshjelp. Kristiania: Aschehoug, 1899.
- Brandt K. Lærebok for jordmødre. 3. utg. Oslo: Aschehoug, 1928.
- Sverres saga. Oversatt av Dag Gundersen. 4. utg. Oslo: Gyldendal, 1996.
- NOU 2009:5. Farskap og annen morskap. Fastsettelse og endring av foreldreskap, s. 41. Lest 8.4.2026.
- Hovedregister til Norsk Retstidende for 1971–75. Oslo: Den norske advokatforening, 1977.
- Børdahl PE, Hem E. Hvordan har svangerskapets varighet blitt beregnet gjennom tidene? Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0459.
- Faye AL. Oplysninger om Forhold og Skikke vedrørende Svangerskap og Fødsel hos de gamle Nordboere. Norsk Magazin for Lægevidenskab 1885; Tredje række 15: 613–29.
- Kong Valdemar den Andens Jyske lov, 1–3. Of konæ sighthær sik være mæth barnæ. Udgivne af det nordiske Litteratur-Samfund. Kjøbenhavn: Berlings Bogtrykkeri, 1850: 5–7.
- Seip A-L. Sosialhjelpstaten blir til: norsk sosialpolitikk 1740–1920. 2. utg. Oslo: Gyldendal, 1994: 197.
- Grundtvig S. Hustru og Mands moder, versjon B. Danmarks gamle folkeviser. Anden deel. Kjøbenhavn: Samfundet til den danske litteraturs fremme, 1856: 409.
- Duncan JM. Reflections on the duration of pregnancy with remarks on the calculation of the date of confinement. Edinburgh: Murray and Gibb, 1854: 9–11.
- Benomran FA. Sleeping foetus?—Medicolegal consideration of an incredibly prolonged gestational period. Med Sci Law 1995; 35: 75–8.
- Lindberg BS. Faderskapsbestämningar och försenad förlösning. Sven Med Tidskr 2024; 28: 9–17.
- 3 Circulaire fra Justits- og Politie-Departementet til samtlige civile Overøvrigheder i Riget angaaende Svangerskabsterminen. Norsk Magazin for Lægevidenskab 1851, Anden række, Femte Bind: 552–3.
- Munro Kerr JM, Johnstone RW, Phillips MH. red. Historical review of British obstetrics and gynaecology: 1800–1950. Edinburgh: Livingstone, 1954: 93–6.
- Stadfeldt A. Lærebog i Jordmoderkunsten. København: C.A. Reitzel, 1891: 69.
- Neu M. Die Diagnose der Schwangerschaft. I: Döderlein A. Handbuch der Geburtshilfe I–III. Wiesbaden: J.F. Bergmann, 1915–20.
- Holman CC. Abnormal periods of gestation. Lancet 1948; 2: 123–4.
- Cirk. fra Justitsdepartementet til Amtmændene (9. april 1894). Cirk. om Tidsgrænsen for Svangerskabs Varighed. I: Esmarch L, red. Norsk Medicinallovgivning. Kristiania: Aschehoug, 1897: 109–11.
- Angaaende spøragsmaal om svangerskabsterminen. Den retsmedicinske kommissions beretning for aaret 1907. Kristiania: Nationaltrykkeriet, 1909.
- Petersen LS. Mindre meddelelser. Svangerskapets varighet. Medicinsk revue 1913; 30: 70.
- Bedømmelse av paterniteten til et barn, dets levedygtighet, svangerskapsvarigheten etc. Uttalelse av Den retsmedicinske kommission i 1914. Tidsskr Nor Legeforen 1915; 35: 372–80.
- Løvset J, Brandstrup E. Lærebok i obstetikk for jordmødre. Oslo: Aschehoug, 1959: 79–80.
- Backer IL. Barneloven: kommentarutgave: lov 8. april 1981 nr. 7 om barn og foreldre. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2008: 107–8.
- Lødrup P, Sverdrup T. Familieretten. 9. utg. Oslo, 2021: 405.
- Bjerkedal T, Bakketeig L, Lehmann EH. Percentiles of birth weights of single, live births at different gestation periods. Acta Paediatr Scand 1973; 62: 449–57.
- Hovedregister til Norsk Retstidende for 1996–2000. Oslo: Den norske advokatforening, 2001.

Samstemthet og etterlevelse ved legemiddelbruk

Lege og pasient bør være enige om valg av behandling, og pasienten bør helst følge behandlingsopplegget.

Compliance har vært den engelskspråklige betegnelsen på i hvilken grad pasienter følger legens råd om legemiddelbruk (1). Det dreier seg både om hvorvidt pasienten henter ut et legemiddel på apoteket, tar det til riktig tid og i riktig dose og eventuelt fullfører behandlingen. På norsk har uttrykket blitt oversatt med *etterlevelse* (2).

Ordet er blitt kritisert fordi det kan gi et inntrykk av at pasienten bare passivt følger legens ordre (3–5). *Compliance* blir nå oppfattet som uttrykk for en paternalistisk holdning fra helsepersonell overfor pasienten og brukes derfor sjeldnere.

Nyere engelske betegnelser

I midten av 1990-årene ble termene *concordance* og *adherence* lansert som alternative betegnelser (6). Det har vært ulike oppfatninger om definisjonene av disse uttrykkene (6–10), og de er ikke synonyme. De vektlegger ulike aspekter av samspillet mellom lege og pasient med henblikk på kommunikasjon, bestemmelsesmyndighet og behandlingsansvar (9, 11).

Concordance innebærer at lege og pasient på et mer likeverdig grunnlag er enige om behandlingen, dvs. en mer aktiv tilslutning fra pasientens side (11). Det beskriver selve prosessen og at det er samstemthet mellom lege og pasient. Det tas hensyn til pasientens egen oppfatning, også når denne er forskjellig fra legens. Lege og pasient har kommet til enighet. Termen har blitt kritisert fordi ikke alle ønsker å være med på å bestemme legemiddelbruken, men heller vil overlate det til legen. Samvalg (på engelsk *shared decision making*) er en beslektet betegnelse, som innebærer at pasienten inviteres til å medvirke til om hen skal være delaktig i beslutninger om sin egen behandling og i så fall i hvilken grad og hvordan.

Adherence innebærer at pasienten sier seg enig i handlingen og gjennomfører den som foreskrevet (12). Det handler om informert medikamentetterlevelse (6) og kan betraktes som en atferd eller væremåte ut fra det man har avtalt om behandling og forskrivning (12).

Norske oversettelser

De tre termene *compliance*, *concordance* og *adherence* overlapper i meningsinnhold. *Concordance* betegner en samstemthet i prosessen mellom lege og pasient (13), mens *adherence* kan forstås som en mer moderne variant av *compliance*, fordi begrepet har større vekt på pasientens medvirkning.

Engelske fagtermer av denne typen bør ha en norsk oversettelse (14). *Samstemthet* er en dekkende oversettelse av *concordance*. *Compliance* har tidligere vært oversatt med *etterlevelse*, og vi mener at dette er den beste oversettelsen også av *adherence*. ■

Mottatt 19.8.2025, godkjent 17.12.2025.

Olav Spigset

olav.spigset@legemidler.no

Olav Spigset er spesialist i klinisk farmakologi, overlege ved Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital og professor ved NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

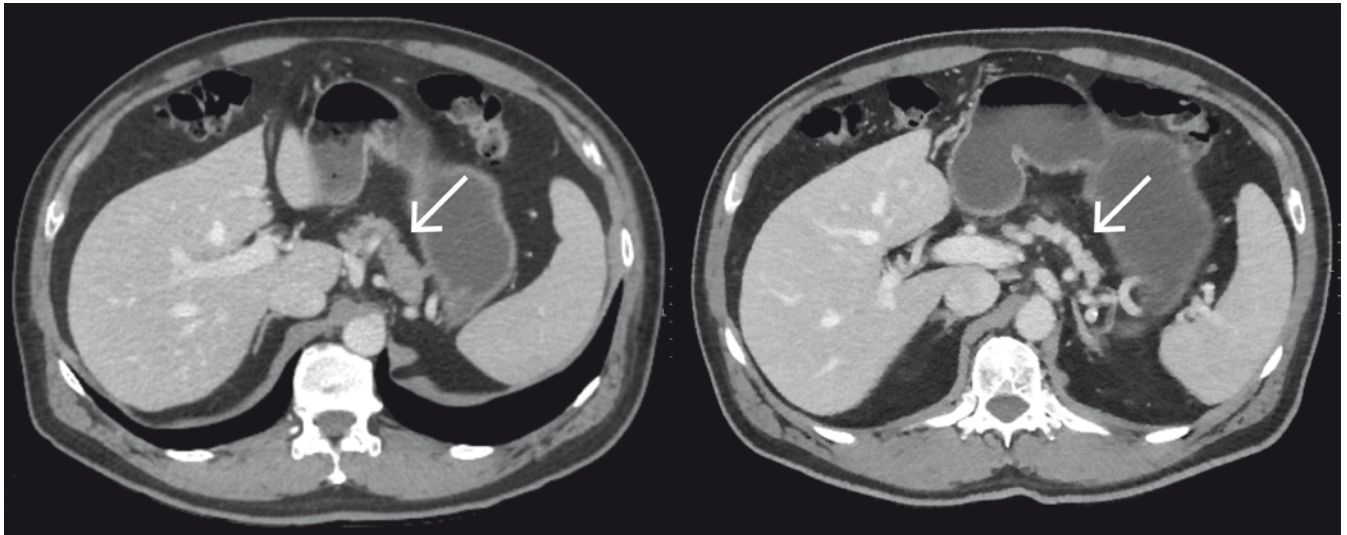
Erlend Hem

Erlend Hem er instituttsjef ved Legeforskningsinstituttet, professor ved Universitetet i Oslo og leder av Gruppe for norsk medisinsk fagspråk. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Braut GS, Hem E. compliance. Store medisinske leksikon. Lest 10.8.2025.
- 2 Skikk og bruk i Tidsskriftet: med ordliste og veiledning for manuskriptforfattere. Lysaker: Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1993: 26.
- 3 Bråtveit A, Nessa J. Compliance – eit problematisk omgrep. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 1050–1.
- 4 Al-Karbawi Z. etterlevelse. Store medisinske leksikon. Lest 10.8.2025.
- 5 Catalogue of bias. Compliance, concordance, adherence – a history of related terms. Lest 8.5.2025.
- 6 Pharmakon. Compliance og concordance. Uddannelseshæfte til programmet "Sikker og effektivt medisinbruk". Version 1.2. Lest 12.8.2025.
- 7 Bell JS, Airaksinen MS, Lyles A et al. Concordance is not synonymous with compliance or adherence. Br J Clin Pharmacol 2007; 64: 710–1, author reply 711–3.
- 8 Aronson JK. Time to abandon the term 'patient concordance'. Br J Clin Pharmacol 2007; 64: 711–3.
- 9 Vrijens B, De Geest S, Hughes DA et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. Br J Clin Pharmacol 2012; 73: 691–705.
- 10 Yimenu D, Quek HW, Rafeld P et al. Understanding the language of medicines use in older adults: a systematic review of definitions and measures. Int J Pharm Pract 2025; 33: 555–96.
- 11 Hov I, Bjartnes M, Slørdal L et al. Tas legemidler som foreskrevet? Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 418–22.
- 12 Spigset O, Viktil KK. G25 Etterlevelse av legemiddelbruk. Norsk legemiddelhåndbok. Revidert 13.10.2021. Lest 12.8.2025.
- 13 Rae B. Obedience to collaboration: compliance, adherence and concordance. J Prescr Pract 2021; 3: 235–40.
- 14 Gjersvik P. Alt som kan sies på engelsk, kan sies på norsk. Tidsskr Nor Legeforen 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.21.0260.

Atrofisk pankreas etter immunterapi



CT-bildet til venstre viser et tverrsnittsbilde av buken med normalt utseende pankreas (pil) hos en mann i 50-årene med malignt melanom tatt tre uker før oppstart av immunterapi med nivolumab, som er et monoklonalt antistoff som blokkerer PD-1-reseptoren. På grunn av nyoppstått steatoré og 10 kg vekttap ble det syv måneder etter avsluttet behandling utført ny CT-undersøkelse (bildet til høyre), som viste tilkommet atrofi av pankreas (pil). Den øvrige utredningen viste reduserte nivåer av pankreasenzymmer: s-amylase 3 U/L (referanseområde 10–65), s-lipase 8 U/L (13–60) og f-elastase < 15 µg/g (> 200), forenlig med eksokrin pankreasvikt. Endokrin pankreasfunksjon var normal: HbA1c 41 mmol/mol (20–42) og fastende c-peptid 431 pmol/L (375–1 480). Pasienten hadde verken kjent pankreassykdom eller skadelig inntak av alkohol.

Immunterapi mot kreft er forbundet med immunologiske bivirkninger som potensielt kan ramme alle kroppens organer, men utvikling av eksokrin pankreasvikt er uvanlig (1–3). Patogenesen er uklar, men aktivering av CD8-positive T-celler med påfølgende autodestruksjon av eksokrint pankreasvev kan tenkes å spille en rolle.

Pasienten fikk substitusjonsbehandling med pankreasenzymmer. Ved kontroll etter åtte uker hadde vekten økt med fire kg, og avføringen hadde normal konsistens og frekvens. Diaré etter immunterapi skyldes ofte – men ikke alltid – kolitt, og ved steatoré må pasienten utredes for eksokrin pankreasvikt. ■

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

*Artikkelen er fagfelleurdert.
Mottatt 12.12.2025, første revisjon
innsendt 3.4.2026, godkjent 21.4.2026.*

Ida Frivold Glad

ida.frivold@gmail.com

Gastromedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål og Unger-Vetlesens Institutt. Lovisenberg Diakonale Sykehus og Universitetet i Oslo. Ida Frivold Glad er lege i spesialisering i fordøyelsessykdommer og ph.d.-stipendiat. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Katinka Arnljot

Radiologisk avdeling, Lovisenberg Diakonale Sykehus. Katinka Arnljot er spesialist i radiologi og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jan Øyvind Kvaløy

Lovisenberg Lindring og Livshjelp, Lovisenberg Diakonale Sykehus. Jan Øyvind Kvaløy er spesialist i onkologi og avdelingsoverlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jørgen Valeur

Unger-Vetlesens Institutt, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Universitetet i Oslo. Jørgen Valeur er spesialist i indremedisin og i fordøyelsessykdommer, overlege og professor. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Ashkar M, Chandra S, Vege SS et al. Pancreatic involvement due to immune checkpoint inhibitors: a proposed classification. *Cancer Immunol Immunother* 2023; 72: 895–901.
- 2 Sweep B, Wilgenhof S, Anten S. Nivolumab-Induced Exocrine Pancreatic Insufficiency. *Case Rep Oncol* 2021; 14: 1627–31.
- 3 Jones A, Rodgers K, Jeffrey D et al. Nivolumab-induced exocrine pancreatic insufficiency. *Frontline Gastroenterol* 2021; 14: 167–70.

Ny anbefaling for utredning og behandling av rastløse bein

Ikke-medikamentelle tiltak mot rastløse bein fremheves i den nye nasjonale anbefalingen fra Nasjonalt senter for søvnmedisin.

Sykdommen rastløse bein (*restless legs syndrome*) kjennetegnes av en trang til å bevege beina (eventuelt også armene), vanligvis ledsaget av ubehagelige kriblinger eller en følelse av å ha maur i beina. Man tror opptil 1 million nordmenn kan være rammet (1). Symptomene oppstår i hvile og lindres helt eller delvis av bevegelse. Søvnene er ofte forstyrret, og derfor omtales dette som en søvnsykdom.

Nasjonalt senter for søvnmedisin har ansvar for å lage anbefalinger for utredning og behandling av søvnsykdommer. Den nyeste anbefalingen for rastløse bein er publisert i tidsskriftet SØVN (2). Her finner man også flere andre nasjonale anbefalinger for utredning og behandling av søvnsykdommer som insomni, døgnrytmelidelser og søvnapné.

Diagnosen stilles basert på anamnesen alene. Lindring ved bevegelse skiller rastløse bein fra andre lidelser. Det kan være relativt lett å stille diagnosen i praksis, men fordi innsøvningen ofte er forstyrret av kribling i beina, kan tilstanden lett feildiagnostiseres som insomni. Alvorlighetsgraden kan vurderes basert på et spørreskjema som er inkludert i den nye anbefalingen (3).

Unngå triggere

Den nye anbefalingen fokuserer på ikke-medikamentelle behandlingstiltak, som å unngå triggere, for eksempel alkohol, nikotin og koffein. Stress og underskudd på søvn er også kjent for å kunne forverre tilstanden. Flere typer medikamenter kan forverre eller utløse rastløse bein, blant annet sederende antidepressiver, antipsykotika og antihistaminer, og endret preparat eller tidspunkt for dosering kan hjelpe.

Oralt jerntilskudd anbefales dersom pasienten har jernmangel. Intravenøst jerntilskudd bør vurderes ved manglende effekt, noe anbefalingen gir konkrete retningslinjer for. Annen medikamentell behandling er først aktuell hvis jerntilskudd ikke har effekt, eller dersom pasienten har normale jernlagre og rapporterer moderate til alvorlige symptomer minst tre dager per uke (3).

I mange år har dopaminagonister vært førstevalget. Det er imidlertid risiko for

augmentasjon ved bruk av slike preparater. Augmentasjon betyr at pasienten opplever forverring av symptomene over tid. Alfa-2-delta-ligander ansees derfor nå som førstevalg hvis medikamentell behandling utover jerntilskudd er indisert. Dopaminagonistene kan fremdeles benyttes og foreslås som førstevalg hos pasienter med fedme, depresjon og ved enkelte andre tilstander (3). ■

Mottatt 7.4.2026, første revisjon innsendt 27.4.2026, godkjent 7.5.2026.

Bjørn Bjorvatn

bjorn.bjorvatn@uib.no

Bjørn Bjorvatn er leder av Nasjonalt senter for søvnmedisin ved Haukeland universitetssjukehus, professor i allmenntilleggsmedisin ved Universitetet i Bergen og somnolog ved Bergen søvnsenter. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ragnhild Berling Grande

Ragnhild Berling Grande er spesialist i nevrologi, somnolog og jobber som overlege og medisinsk rådgiver ved Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser, enhet hjernesykdommer ved Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Eiliv Brenner

Eiliv Brenner er spesialist i nevrologi og jobber som overlege ved Avdeling for nevrologi og klinisk nevrofysiologi ved St. Olavs hospital. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Einar Kinge

Einar Kinge er spesialist i nevrologi og jobber ved Sandvika neurosenter. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Maria Nebuchennykh

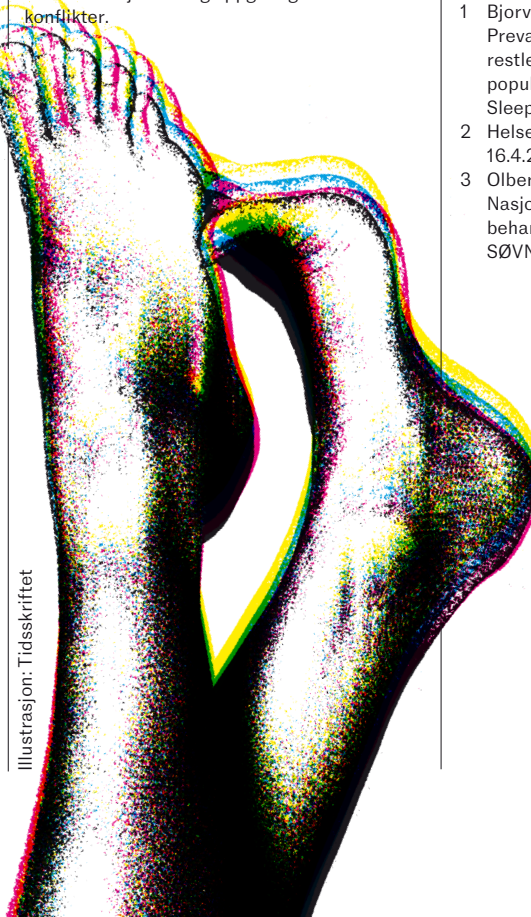
Maria Nebuchennykh er spesialist i klinisk nevrofysiologi og jobber som overlege ved Seksjon for klinisk nevrofysiologi ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Henning Kristian Olberg

Henning Kristian Olberg er spesialist i nevrologi og i klinisk nevrofysiologi, somnolog og jobber som overlege ved Søvnpoliklinikken i Helse Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Bjorvatn B, Leissner L, Ulfberg J et al. Prevalence, severity and risk factors of restless legs syndrome in the general adult population in two Scandinavian countries. *Sleep Med* 2005; 6: 307–12.
- 2 Helse Bergen HF. Tidsskriftet SØVN. Lest 16.4.2026.
- 3 Olberg HK, Grande RB, Brenner E et al. Nasjonal anbefaling for utredning og behandling av restless legs syndrom (RLS). *SØVN* 2026; 18: 29–42.

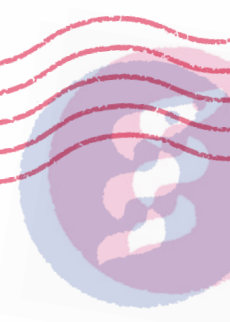



Illustrasjon: Tidsskriftet

**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 

Hør de nyeste episodene av Tidsskriftets podkast

Hantavirus

Gjest: *Preben Aavitsland*

**Tredobling av
inflammatorisk
tarmsykdom hos unge**

Gjest: *Christine Olbjørn*

Stetoskopet



Kasuistikk:

**En nyfødt gutt med
feber og kramper**

Gjester: *Per Kristian
Knudsen og Elisabeth
Toverud Landaas*

**LIS-livet blir ny
dramaserie**

Gjest: *Karianne Lund*

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.



Ny veileder for oppfølging av tuberøs sklerose

Pasienter med tuberøs sklerose er i kontakt med mange ulike spesialister gjennom livet. Den reviderte veilederen kan brukes av barneleger, fastleger og andre spesialister.

Informasjon om tuberøs sklerose bør være lett tilgjengelig og oppdatert. Fordi det er en sjelden sykdom, kan begrenset kunnskap hos behandlerne medføre utilstrekkelig oppfølging og behandling. Nå foreligger en ny veileder for oppfølging av tuberøs sklerose og en fagprosedyre for behandling med mTOR-hemmere (1, 2).

Den komplekse tilstanden er en genetisk multisystemsykdom som opptrer hos 1 av 6 000–10 000 levendefødte (3). Sykdommen kan oppdages i fosterlivet, i barnealder eller i voksenlivet, avhengig av symptomer og funn. Det anslås at 5–9 barn fødes med diagnosen årlig i Norge. Sykdommen skyldes en mutasjon i et av genene *TSC1* eller *TSC2*, som forårsaker overaktivisering av mTOR-signalveien og utvikling av svulster i mange organer. Hjerne, nyrer, hjerte, lunger og hud rammes hyppigst (4). Terapieresistent epilepsi er vanlig (5), og svulster spesielt i hjerne, nyrer og lunge kan gi livstruende komplikasjoner (3, 4).

Systematisk oppfølging

Pasientene må følges opp systematisk av barneleger i barndommen og ofte av mange spesialister i voksenlivet for å avdekke sykdomsutvikling i ulike organer (3). Tidlig epilepsibehandling er viktig og kan bedre kognitiv utvikling (3). Det finnes ingen kurerende medisin, men immunmodulerende behandling som mTOR-hemmeren everolimus kan bremse veksten av noen av svulstene (3, 6, 7). Everolimus er ofte godt tolerert, men kan gi alvorlige bivirkninger (6, 7).

Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser har utarbeidet/revidert den norske veilederen for oppfølging og behandling ved tuberøs sklerose (1) og en fagprosedyre for behandling med everolimus (2).

Systemisk behandling med everolimus er i noen tilfeller anbefalt ved terapiresistent epilepsi og ved subependymale gigantcelleastrocytomer når operasjon er vanskelig eller ved renale angiomyolipomer med risiko for komplikasjoner (3).

Pasienter kan også ha nytte av hudkrem som inneholder mTOR-hemmere (6). Også ved lymfangioleiomyomatose og ved kardialet rabdomyomer kan av og til mTOR-hemmere vurderes (1).

Behandlere kan henvise pasienter til nettverket for tuberøs sklerose (8) for råd om medisinsk oppfølging og be-

handling. Nettverket består av spesialister innen alle relevante fagområder. Behandlingen av sykdommen i Norge er ikke sentralisert, slik den er i mange land (4), og nettverket kan derfor spille en viktig rolle for å sikre likeverdig og god oppfølging i hele landet. ■

Mottatt 7.4.2026, første revisjon innsendt 20.4.2026, godkjent 27.4.2026.

Ine Cockerell

inec@ous-hf.no

Ine Cockerell er ph.d., sykepleier og rådgiver ved Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser, enhet hjernesykdommer, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har holdt et ubetalt foredrag for UCB Nordisk.

Marit Bjørnvold

Marit Bjørnvold er ph.d., spesialist i barnesykdommer og seksjonsleder ved Avdeling for kompleks epilepsi, SSE, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt forelesningshonorar fra Jazz Pharmaceuticals.

Ragnar Solhoff

Ragnar Solhoff er spesialist i nevrologi og overlege ved Habiliteringstjenesten for voksne, Sørlandet sykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jon Arne Birkeland

Jon Arne Birkeland er ph.d., spesialist i nyresykdommer og overlege ved Nyremedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Aart Imran Issa-Epe

Aart Imran Issa-Epe er spesialist i radiologi og overlege ved Seksjon for radiologi, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Nicolai Wessel

Nicolai Wessel er spesialist i urologi og overlege ved Avdeling for urologi, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Arild Egge

Arild Egge er spesialist i nevrokirurgi og overlege ved Nevrokirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Aina Akerø

Aina Akerø er spesialist i lungemedisin og overlege ved Lungeavdelingen, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jan Cezary Sitek

Jan Cezary Sitek er spesialist i hud- og veneriske sykdommer og avdelingsleder ved Avdeling for revmatologi, hud- og infeksjonssykdommer, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Mia Tuft

Mia Tuft er spesialist i klinisk nevropsykologi ved Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser, enhet hjernesykdommer, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Caroline Lund

Caroline Lund er ph.d., spesialist i nevrologi og overlege ved Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser, enhet hjernesykdommer, Oslo universitetssykehus og ved Avdeling for nevrohabilitering, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt forelesningshonorar fra Jazz Pharmaceuticals og UCB Nordisk og honorar for deltakelse i ekspertpanel fra Jazz Pharmaceuticals.

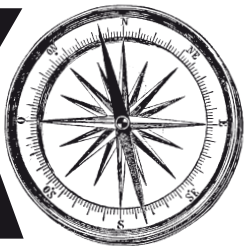
Litteratur

- Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser. Veileder: tuberøs sklerose. Lest 26.3.2026.
- Oslo universitetssykehus. Behandling med mTor-hemmer (Votubia - everolimus) ved tuberøs sklerose. Lest 26.3.2026.
- Northrup H, Aronow ME, Bebin EM et al. Updated international tuberous sclerosis complex diagnostic criteria and surveillance and management recommendations. *Pediatr Neurol* 2021; 123: 50–66.
- Zöllner JP, Franz DN, Hertzberg C et al. A systematic review on the burden of illness in individuals with tuberous sclerosis complex (TSC). *Orphanet J Rare Dis* 2020; 15: 23.
- Chu-Shore CJ, Major P, Camposano S et al. The natural history of epilepsy in tuberous sclerosis complex. *Epilepsia* 2010; 51: 1236–41.
- Sasongko TH, Kademane K, Chai Soon Hou S et al. Rapamycin and rapalogs for tuberous sclerosis complex. *Cochrane Database Syst Rev* 2023; 7: CD011272.
- Cockerell I, Christensen J, Hoei-Hansen CE et al. Effectiveness and safety of everolimus treatment in patients with tuberous sclerosis complex in real-world clinical practice. *Orphanet J Rare Dis* 2023; 18: 377.
- Oslo universitetssykehus. Rådgivende nettverk for medisinsk oppfølging og behandling ved tuberøs sklerose. Lest 26.3.2026.

God situasjonsforståelse er essensielt for alt anestesilege
Per Kristian Hyldmo gjør. Det være seg i norske ambulanser,
på operasjonsstua i Gaza eller i livet generelt.

Tekst: Tori Flaatten Halvorsen
Foto: Kjartan Bjelland

MED KONTEKST SOM KOMPASS



« Ved å bidra til gode ambulansetjenester gjør jeg mer for Agders befolkning enn om jeg flyr på enkelt-hendelser med helikopteret, sier anestesilege Per Kristian Hyldmo.

Vi sitter i et trangt og ukoselig rom i ambulansestasjonen bak Sørlandet sykehus i Kristiansand. Stasjonen har vært midlertidig siden 1996. Men stusselige lokaler stopper ikke ambulanselærlingene som skal ha utsjekk i dag. De kaster seg over anestesilegen, som smiler og forklarer enkelt om brede og smale EKG-komplekser.

– Man må møte folk på en ordentlig måte. Det skaper et klima for læring. Men samtidig må vi kvalitetssikre tjenestene. Jeg mener at vi bør gjennomføre faglige prøver av ambulansepersonalet med jevnlig mellomrom.

65-åringen vil bruke resten av karrieren på å videreutvikle den første delen av akuttkjeden, både klinisk og akademisk. Poenget er at alle – uansett yrkestittel – «må virke maksimalt», som Per Kristian uttrykker det. Styring, simulering, undervisning og forskning fyller dagene til anestesilegen. Han er førsteamanuensis på internasjonal master i prehospitalet akuttmedisin



Sivilt kledd: Simulering, undervisning og forskning innenfor prehospital medisin er sentralt i hverdagen. Foto: Kjartan Bjelland

ved Universitetet i Stavanger og medisinskfaglig rådgiver ved ambulansetjenesten på Sørlandet sykehus. Per Kristian har alltid prøvd å unngå lederroller. Men stiller ingen andre, så gjør han det likevel. Ved siste lokalvalg stod navnet hans på lista til SV i Agder, men bekymringen var stor da det i en periode så ut som det kunne bli en fast varaplass.

– Det har jeg virkelig ikke tid til, sier han – nylig hjemkommet fra Gaza og med bryllupsplaner til sommeren. Totalt er det seks mer eller mindre voksne menn og kvinner han er far eller stefar til. For slik blir det når Per Kristian kommer inn i an-

dres liv – og de i hans. Han tar ansvar. Det har han også gjort når livet har vært skikkelig vanskelig på hjemmefronten.

Kontekst, kontekst, kontekst

Intervjuet starter med det som kanskje er vanskeligst, nemlig å sette seg inn i livssituasjoner som er veldig langt fra ens egen.

– Hvordan så det ut i Gaza nå etter våpenhvilen?
– Det kan du si, det er jo ingen medier som rapporterer derfra lenger. Da vi ankom, var mes-teparten av Shifa-sykehuset i Gaza by fortsatt i ruiner. Tre uker senere var det flislagte —>

For det hjelper ikke at helsearbeiderne forholder seg korrekt med tanke på smitte dersom renholderne ikke gjør det samme

vegger og oksygentilførsel fastmontert på veggene i deler av sykehuset.

Oppbyggingen går tydeligvis raskere ved sykehusene i Gaza enn etter eksplosjonen i regjeringskvartalet i Oslo. Per Kristian imponeres av effektiviteten og viljen til å stable seg på beina.

Men hurtighet er ikke alltid en dyd – heller ikke innen anestesi.

– Jeg prøvde å veilede en fersk anestesilege på operasjonsstua, men det ble ikke lett. Når pasientens blodtrykk og puls stiger, er vi vant til å stoppe opp og tenke. Handler det om økende smerter, gir vi mer smertestillende.

Men akkurat denne gangen ble det vanskelig å komme med innspill fra en erfaren lege fra Norge. Den ferske palestinske legen var stresset. Han ville bli ferdig med operasjonen fortest mulig. Ikke fordi han ville hjem, men for å sikre seg at pasienten var ferdigoperert før det kunne komme nye bomber.

– For meg var fokuset kun her og nå, inne på operasjonsstuen. Men den palestinske legen hadde på ett vis rett. Dagen etter bombet israelerne igjen. Det er fortsatt krigstilstander der. Traumene sitter i kroppene til dem som har levd og jobbet der måned etter måned. Det gjør opplæring vanskeligere. Som ny i faget må man ta det med ro og lære av andre, men det er så mye annet som spiller inn.

Formidling som treffer i hjertet

Konteksten var også avgjørende da Per Kristian holdt et foredrag på Ambulanseforum høsten 2025. Han snakket påfallende rolig og dvelte lenge ved bildene av jævelskapen i ruinene på Gazastripen. Det var viktig at norsk ambulanspersonell skulle forstå hvordan menneskene levde da krigen stod på som verst. Hvilke fasiliteter som ikke fantes, og hva pasientene ble skrevet ut til. Brann- og søppel-lukten og eimen av råtnende dyr og mennesker kom ut av historiene. Deretter sa han: «Nå blir det et skifte her», og gikk over til de konkrete skadene og hvordan man behandlet dem. Paradoksalt nok ble det nesten befriende å få presentert noe man kunne løse – eller i alle fall tilsynelatende kunne løse.

– Jeg er alltid bevisst på hvor jeg er og hvem jeg veileder. Men jeg gikk jo selv i baret da jeg ikke skjønnte hvorfor palestineren som ga narkose, hadde så dårlig tid. Men Erik Fosse, kirurgen, forstod palestinerens perspektiv med en gang jeg fortalte hva som hadde skjedd. Fosse er smart, erfaren og en veldig fin fyr.

Ambulansene er helt avgjørende

Per Kristian startet sin karriere i speideren, Norsk folkehjelp, patruljelederkurs og ambulanskurs lenge før han startet på medisin. Omkring 50 år senere har han stor respekt for den utviklingen ambulansfaget og paramedisin har tatt.

Vi må utdanne ambulansarbeiderne til å vurdere pasientene hjemme. Mestrer de en presis rapportering med et godt fagspråk, kan de få til mye sammen med en lege på telefon eller video



Sykehus i ruiner:

Frivillige deltar i opprydding utenfor Shifa-sykehuset i Gaza by 10. mai 2026. Per Kristian imponeres av palestinernes effektivitet og vilje til å stable seg på beina igjen. Foto: IMAGO / Ramzi Abu Amer / apaimages / NTB



Funnet roen igjen: Bøker og kunnskap er en stor del av livet til Per Kristian. Foto: Kjartan Bjelland

Per Kristian Hyldmo

Født i Oslo i 1961, vokst opp i Tana og Sande i Vestfold

Cand.med., Universitetet i Bergen, 1989

Overlege i anesthesiologi, Sørlandet sykehus, 1999–d.d.

Overlege, Luftambulans, Sørlandet sykehus, 2001–17

Klinikkssjef, Akuttmedisinsk klinikk, Sørlandet sykehus, 2006–08

Leder, Traumeenheten, Sørlandet sykehus, 2016–22

Ph.d. med avhandlingen *Basic Airway Management in Unconscious Trauma Patients*, Universitetet i Stavanger, 2017

Førsteamanuensis og studieprogramleder, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger, 2018–d.d.

Medisinskfaglig rådgiver, Prehospital klinikk, Sørlandet sykehus, 1999–2006 og 2022–d.d.

Overlege, NORWAC, Gaza, 2024 og 2026

– Psykolog i det ene øyeblikket, jordmor eller akuttmedisiner i det neste. Så setter de seg i en stor og tung bil for å kjøre på glatta. Ambulansepersonellet er en yrkesgruppe som er grovt underkjent som en viktig del av helsevesenet.

Per Kristian vil gjerne heve deres faglighet enda et hakk. Han ønsker seg én paramedisiner (bachelorutdannet i paramedisin) og én ambulansesjefarbeider (to til tre år på helse- og ambulansesjefag på videregående skole, pluss to år som lærling) i hver ambulansobil i hele landet. Felles nasjonale retningslinjer er et viktig mål.

– Vi må tenke gjennom hva som er gjennomførbart når det i framtida vil skorte på helsearbeidere, samtidig som vi stadig får flere gamle multisyke pasienter. Vi må utdanne ambulansesjefarbeiderne til å vurdere pasientene hjemme. Mestrer de en presis rapportering med et godt fagspråk, kan de få til mye sammen med en lege på telefon eller video.

Han ønsker at sykehusansatte skal forstå mer om forholdene der avgjørelser tas langt fra sykehuset. Han etterlyser nysgjerrighet og ydmykhet overfor ulik helsekompetanse, erfaring og arbeidsbetingelser. Dessuten må alle opprettholde eller tilegne seg de helt basale prinsippene i medisinen. Først da kan man forstå hverandre og sikre høy faglig kvalitet i alle ledd.

– For det hjelper ikke at helsearbeiderne forholder seg korrekt med tanke på smitte dersom

renholderne ikke gjør det samme. Eller at nevrokirurgen er god til å operere, hvis vedkommende ikke forstår at den bevisstløse pasienten må ha frie luftveier på vei inn til sykehuset.

ABC må trumfe nevrokirurgens redsel for komplikasjoner

Da Per Kristian var 56 år, disputerte han på temaet «traumesideleie». Han hadde allerede innført en kontroversiell prosedyre for prehospitaltjenester ved Sørlandet sykehus. Den sa at bevisstløse traumepasienter ikke lenger skulle ligge «på rygg på en plastikkfjøl iført en nakkekrage». Også disse pasientene skulle bikkes forsvarlig over i sideleie for å opprettholde frie luftveier. For hva skulle man med en død pasient som hadde fått forebygget nevrologisk skade etter alle kunstens regler.

Den ellers fornøyde opposenten spurte doktorand Hyldmo om hva han tenkte om å først innføre en prosedyre for deretter å forske på konsekvensen av denne. Per Kristian var svar skyldig, men bare delvis. Det hadde vært mye forarbeid før prosedyren ble innført. Tilnærmingen var likevel ikke like overbevisende som det vitenskapelige doktorgradsarbeidet. Stipendiaten hadde vært i USA for å se på nakkestabilitet ved ulike forflytninger og transportstillinger på døde mennesker som var blitt påført nakkeskader.

– Ville det vært etisk greit i Norge? —>

– Absolutt. De døde hadde donert kroppene sine til forskning, og vi hadde søkt etisk komité.

Forsøkene viste at prosedyren Per Kristian hadde innførte noen år tidligere, stod seg. Det han imidlertid ikke visste ved oppstart av doktorgraden, var at han i løpet av årene graden tok, måtte tilpasse seg en helt ny hverdag.

livet med Liv fikk en bråstopp

Det kom som lyn fra himmel. Kona – anestesisykepleieren Liv, som hadde tatt pusten fra ham da de traff hverandre på jobb – kom hjem fra nattevakt og sa at hun ikke lenger klarte å regne ut medikamentdoseringer. Per Kristian slang ut et enkelt regnestykke som skulle bevise at Liv «bare» tenkte negativt om seg selv. Men svaret som kom, satte ektemannen ut. Hun hadde nok allerede skjont at det var noe alvorlig galt. Per Kristian tror hun hadde kompensert mye for å skjule det som var i ferd med å skje.

– Liv var fantastisk. Hun klarte å roe ned pasientene og få dem til å slappe av, uansett hvor redde eller bekymret de var i forkant av det som skulle skje.

Kona gikk til fastlegen og ble sykmeldt for depresjon. Diagnosen stemte etter hvert dårlig

overens med det bildet som Per Kristian så stadig mer av. En legetime på nevrologisk poliklinikk viste at hun hadde trukket et dårlig lodd i livet. Hun hadde fått en sjelden nevrologisk sykdom, med blant annet demensutvikling. En sykdom uten effektiv behandling.

På refleks søkte den vitebegjærlige anestesilegen opp diagnosen i den medisinske litteraturen. «Fem års overlevelse» traff ham midt i magen. Så klappet han igjen PC-en og bestemte seg for å bare være pårørende. På Rikshospitalet fikk Liv en *second opinion*.

– Når diagnosen var så alvorlig, var det viktig å være flere til å vurdere. Det var både nevrologen, Liv og jeg enige om. Nevrologene konkluderte likt.

Tok imot hjelp fra kollegaene

Fra da av gikk det bare nedover med den 54-årige ektefellen. Per Kristian skrev doktorgrad på loftet, samtidig som han var til stede for henne, sine to nesten voksne sønner og hennes sønn. Parets felles venner og kollegaer kom innom for å hjelpe. Liv ville være like fysisk aktiv som før. Skiturene som tidligere hadde slitt ut Per Kristian, ble byttet ut med lange gåturer. Per Kristian puttet sporingsbrikke i skoene hennes for å finne

Jeg er alltid bevisst på hvor jeg er og hvem jeg veileder. Men jeg gikk jo selv i baret da jeg ikke skjønnte hvorfor palestineren som ga narkose, hadde så dårlig tid

Skrev doktorgraden på loftet hjemme: Slik kunne Per Kristian både være tilgjengelig for sin stadig sykere kone og samtidig være i jobb. Foto: Kjartan Bjelland



henne igjen dersom hun gikk ut de gangene hun var alene i huset.

Liv ble avmagret, hjelpeløs, pleietrengende og etter hvert svært lidende. Hjemmesykepleie to ganger daglig var ikke nok. Sykehjemsplass ble den eneste løsningen.

– De var helt fantastiske på sykehjemmet. Engler.

Så kom ventesorgeren. Da Per Kristian skjønte hva det ordet betydde, ble det litt enklere. Etter hvert sa han ja til å dele erfaringene i Lindesnes Avis. På Facebook var livskrisen allerede delt til venner i Norge og i utlandet.

– Det er viktig å være åpen. Andre kjenner seg kanskje igjen, og det kan hjelpe. Jeg har bare fått positive tilbakemeldinger.

Liv døde lille julaften i 2018. Livet måtte gå videre for den 57-årige mannen som var blitt enkemann.

Giftet seg med jobben

Det var da sorgen overmannet Per Kristian. Han hadde ikke lenger den samme funksjonen å fylle. Arbeidet på sykehuset ble en slags redning. Kollegaene på jobben var en enorm støtte. For å tømme hodet, gikk han på ski. Men livet manglet noe vesentlig: en å dele hverdagen med.

– Etter hvert gikk jeg inn på nettdating, Single Academic eller hva det het for noe.

Det ble bare surr. Til slutt kuttet han ut appen. I stedet inngikk han giftermål med jobben. Da koronaen kom, ble det enda mer jobb. Han ble «prosedyremaster» for epidemihåndteringen på sykehuset.

– Hvor lurt var inngåelse av ekteskap med jobben?

– Ikke lurt i det hele tatt. Jeg skulle heller ha gått mer på ski. Det har alltid hjulpet meg.

Til slutt lukket en kollega døren og sa: «Nå skal vi ikke jobbe. Vi skal prate. Vi må finne ei dame til deg.»

I all hemmelighet hadde hun saumfart hele omgangskretsen for å finne et godt koneemne til Per Kristian, men uten å finne en som passet i første omgang. Via ulike omveier endte det med at sønnen ble overbringer av et telefonnummer til en kvinne som kanskje kunne være den rette.

– Det ble mange keitete SMS-er og en enda mer keitete førstedate. Men heldigvis var hun med på å møte meg én gang til.

I løpet av tre måneder mistet han alle de kiloene som hadde kommet på etter Livs død.

– Nå skal vi gifte oss, smiler han.

Det ringer i telefonen. Det er den vordende bruden.

– Vi må kjøpe rødvin. Flere vil kanskje komme innom hytta i helga. Det blir fint, kvitrer han.

Det er tydeligvis ny kjærlighet, mer skigåing og kanskje litt mindre jobb i Per Kristians liv. ■

Tori Flaatten Halvorsen

tori.f.halvorsen@gmail.com



MOBIL VEIING AV PASIENTER



ergonomisk
sikker
pålitelig

KERN MCF: presis veiing også ved begrenset mobilitet

- Ergonomisk sete med oppfellbare armlener og fotstøtte for trygg støtte
- Mobil i klinisk hverdag takket være fire svingbare hjul
- Stabil visning av måleverdi selv hos urolige pasienter takket være hold-funksjon
- Rask vektvurdering med integrert BMI-funksjon
- Direkte overføring av veiedata til digital pasientjournal via WLAN



Oppdag nå:
kern-sohn.com



PROFESSIONAL MEASURING
SINCE 1844

Tekst: Jan Øyvind Holm

Illustrasjon: Magnus Voll Mathiassen / byHands

Frisk hud trenger ikke smøring

Den sterke økningen i bruken av hudpleiemidler kan ikke forklares ut fra hudens medisinske behov. Sosiale medier flommer over av smøre- og sminketips, og stadig yngre hiver seg på denne «kosmeTikTok»-trenden. Mattilsynet har ikke kontroll, og andelen yngre med allergiske reaksjoner fra hudprodukter øker.

Som foreleser for medisinstudenter, med ansvar for undervisningen om applikasjonsformer ved terapi av hudsykdommer, pleide jeg alltid å åpne med følgende påstand: «Frisk hud trenger ikke smøring.» Det ble gjerne stille noen sekunder i auditoriet før jeg fornemmet et gisp gjennom forsamlingen. «Kan det være riktig? Er han sprø? Men ... man MÅ jo smøre seg med noe?» En bedre start på forelesningen kunne det ikke bli!

Sterk økning i bruk av hudprodukter

Forbruket av kosmetikk har økt voldsomt de senere årene. Mens det i 2014 ble importert parfyme, kosmetikk og beslektede produkter for 3,87 milliarder kroner, var tallet i 2024 på hele 9,39 milliarder, ifølge offisielle tall fra Statistisk sentralbyrå (1). Bruken av såpe inngår ikke i disse tallene, men kommer i tillegg.

Forfatter og skribent Niels Christian Geelmuyden har igjen grepet pennen. Hans siste bok handler nettopp om dette fenomenet (2). *Sannheten på kroppen* uttrykker på samfunnskritisk vis en direkte kritikk av Mattilsynets manglende kontroll, og han føler en uro over kosmetikkindustrien, som han mener utnytter stadig yngre forbrukere.

Geelmuyden følger videre opp med en kronikk i Aftenposten (3), der han utdyper Mattilsynets tilsynelatende likegyldighet overfor kosmetikk. Videre påstår han at alle som bruker hudpleiemidler og sminke, derfor er «laboratoriemus». I Mattilsynets tilsvaret til kronikken imøtekommer de en kritisk debatt om forbrukersikkerhet, men peker på at regelverket er utformet for å hindre at virksomhetene skyver ansvaret for trygge produkter over på myndighetene.

Usunn smørekultur

Det ligger mye uhelse i den massive smøringen som unge hudfriske utsetter seg for. Forekomsten av kontaktallergi i den voksne befolkningen er rundt 20 %, det vil si at én av fem voksne har slik allergi. Samtidig er tilsvarende tall for gruppen under 18 år én av seks, noe som viser at slik allergi opptrer tidlig i livet. En nylig registerbasert studie fra Finland, som tok for seg data fra 1998 til 2022, bekreftet en økende insidens i den pediatriske populasjonen gjennom perioden. Koden for kosmetikk var blant de med raskest stigning i forekomsten av slik allergi (4).

Kjernen i dagens smørekultur er å berike huden for å se yngre og vakrere ut, og om mulig bremse aldringsprosessen. Gjennom aktiv markedsføring lover industrien en rynkefri ungdommelighet. Dette blir ekstra problematisk når smørekulturen rammer stadig yngre aldersgrupper, helt ned i barnealder.

Utfordringen med hudpleieprodukter er at det i tillegg til aktive og gjerne få virkestoffer, trengs et arsenal av kjemiske hjelpestoffer som absolutt ikke er nødvendig for å berike huden, deriblant konserveringsmidler som hindrer bakterievekst. Ikke minst blir miljøbelastningen stor: Mye av det vi smører oss med, havner i avløpet og deretter havet, for ikke å snakke om mikroplasten fra kosmetikkflaskene. Våre økosystemer generelt og matkjeder spesielt blir forurenset (5).

Speilbildet som det moderne menneskets ikon

Det er umulig å forstå denne voldsomme økningen i bruken av hudprodukter uten å se den i lys av det kulturelle bakteppet. Den er uløselig knyttet til dagens selfiekultur. Norske myndigheter peker på at barn og unge er blant de mest aktive i verden på skjerm og i sosiale medier (6). Samtidig kobles påvirkerkultur og

Gjennom aktiv markedsføring lover industrien en rynkefri ungdommelighet. Dette blir ekstra problematisk når smørekulturen rammer stadig yngre aldersgrupper, helt ned i barnealder

algoritmer til økt kroppspress og kommersielt trykk rettet mot unge.

For å forstå denne utviklingen kan Lacans teori om speilstadiet være nyttig (7). Jacques Lacan (1901–81) var en fransk psykoanalytiker og psykiater. I Lacans teori oppstår jegets grunnstruktur når barnet kjenner seg igjen i speilet, og vi vil gjennom livet forme det bildet vi møter der.

Dette gjelder ikke bare det fysiske speilet, men også andres blikk. Fra et lacaniansk perspektiv kan kosmetikkbruket forstås som et forsøk på å forme, stabilisere og idealisere speilbildet som jeget identifiserer seg med, samtidig som man responderer på andres blikk og kulturelle skjønnhetsidealer. Et viktig poeng hos Lacan er at denne identifikasjonen alltid vil innebære et gap mellom den levde kroppen og det ideelle bildet. Slik kan vi forstå hvordan kosmetikkbruket blir kontinuerlig og eskalerende, og at forbedringen av utseendet aldri kan komme helt i mål. Begrepet *Snapchat-dysmorfi*, eller *selfiedysmorfi*, viser nettopp til hvordan bruk av filtre og selfieapper aktivt forvrenger speilbildet, slik at den visuelle identiteten blir ens egne, redigerte bilder i sosiale medier.

Hudens barrierefunksjon

Huden vår er en relativt ugjennomtrengelig kappe som omslutter skjelett, muskulatur og indre organer. Av hudens tre lag utgjør det ytterste laget, epidemis (overhuden), en viktig barriere mot omgivelsene. En tett pakket film av proteiner og lipider danner en kappe, med en pH-verdi som heller mot det sure, derav uttrykket *syrekappe*. På denne måten blir huden vannavvisende, samtidig som den holder på egen fuktighet, slik at vi ikke fordamper oss tørre. Syrekappen har en viktig rolle i beskyttelsen mot mikrober.

De fleste av oss trenger ikke å smøre huden med fuktighetskrem, fordi vi har iboende naturlige fuktbindere, såkalte *natural moisturizing factors*. Dette er nedbrytningsprodukter av det viktige hudproteinet filaggrin. Filaggrin danner filamentstrukturer i overhuden, som er viktig for å stable keratinocytene (horncellene) på riktig plass, for igjen å optimalisere protein-lipid-kappen.

Huden er selvfølgelig ikke helt tett. Først og fremst vil lipofile strukturer kunne trenge gjennom. Et godt eksempel på hvordan denne mekanismen fikk idrettspolitisk sprengkraft, er



saken der det ble påvist 13 ng/mL clostebol i blodet til skiløperen Therese Johaug etter bruk av leppekremen Trofodermin. Her snakker vi om forsvinnende små mengder, men nok til å bli utestengt fra idrett. Et annet eksempel er at man ved graviditet ikke skal smøre seg med lokale retinoider (A-vitaminlignende substanser) på grunn av risiko for fosterskade.

Vannløselige partikler vil også kunne trenge gjennom. Huden har små fissurer som åpner for penetrasjon, blant annet ved tørr hud. En slik penetrasjon vil være avhengig av stoffets konsentrasjon, og for små barns vedkommende størrelsen av den påsmurte overflaten i forhold til kroppsvekten. Parabener er et godt eksempel på stoffer som penetrerer huden, selv om vannløseligheten er lav til moderat. Seniorforsker Torkjel Sandanger ved Norsk institutt for luftforskning (NILU) konstaterte i 2014 at nordmenn har flere miljøgifter i kroppen enn noen annen befolkning (8). Han mente det hadde skjedd en 40-dobling i løpet av 60 år. Sandanger eksemplifiserte dette med målinger av parabeninnhold i blodet til kvinner som bruker deodorant og hudpleieprodukter (8).

Hvordan påvirker en cocktail av kjemikalier huden vår?

Bransjeutviklingen og medieoppslag, hvor det florerer av sminkevideoer på nettet, viser at bruken av hudprodukter blir mer og mer omfattende. I økende grad brukes flere produkter i kombinasjon, i såkalte «hudpleierutiner». Kjemikeren Alexander Sandtorv, som nærmest har blitt en kjemi-påvirker, deler bekymringen over bruken av hudprodukter. Han presiserer noe viktig, nemlig problemet med at mange produkter smøres på huden *samtidig* (9).

Utfordringen er at mye av det vi vet om hudreaksjoner, springer ut fra vår kjennskap til enkeltstoffer, gjerne fra dyrestudier. Men hva skjer når en krem inneholder 20 ingredienser? Hvordan virker disse kjemikaliene samlet, og hvordan virker lag på lag med hudprodukter i kombinasjon? Det vet vi nærmest ingen ting om.

La oss starte med det som skjer inne i kremtuben først: En blanding av mange kjemikalier må nødvendigvis reagere med hverandre, kanskje til og med danne giftige eller allergifremkallende substanser som ikke kommer frem av deklarasjonen. Dette illustreres veldig tydelig i fenomenet *sammensetningsallergi* (på engelsk *compound contact allergy*). Mange ulike kremer og andre kosmetiske sammensetninger kan hos enkelte utløse en allergisk reaksjon i form av eksem. Med en systematisk provokasjonstesting og epikutantesting kan hudlegen verifisere at det er den aktuelle kremen som har gitt eksemreaksjonen (10). Man er da naturlig interessert i å teste for de enkeltstoffene som inngår i kremen, gitt gjennom innholdsdeklarasjonen. Videre finner legen ut at det overraskende nok *ikke* forekommer noen reaksjoner mot enkeltstoffene. Altså står man overfor en «samleeffekt», der det er blandingen av kjemikalier som gir reaksjon, og ikke enkeltstoffene (11).

Stoffet formaldehyd er strengt regulert på grunn av sine kreftfremkallende og allergifremkallende egenskaper. Stoffet er derfor forbudt i kosmetikk, med unntak av visse negleprodukter. Likevel er man fremdeles bekymret for okkult eksponering fra hudpleiemidler. Det kan nemlig dannes biprodukter av konserveringsmidler som ikke er formaldehyd som sådan, men som kan spaltes av formaldehyd i en kjemisk blanding (12). Dette gjør det vanskelig for pasienter med kjent allergi mot formaldehyd å navigere i jungelen av hudpleieprodukter.

Når kremen presses ut av tuben og legges på huden, kommer den i kontakt med lys og luft. Da kan det skje en oksidering eller fotoaktivering ved eksponering for ultrafiolette stråler, noe som kan endre kjemikaliene. Substanser som i utgangspunktet er lavallergene, kan da bli høyallergene og omtales da som *prehaptener*. Dette fenomenet er velkjent i forbindelse med parfymeallergi (13).

Men ikke nok med det. Kjemikaliene fortsetter sin reise inn i huden, som er proppfull av ulike enzymer og vil kunne endre molekylene gjennom bioaktivering. Dette fører til at opprinnelig lavallergene stoffer også her blir høyallergene, og disse omtales da som *prohaptener*.

Igen er det slik at når vi da epikutantester for enkeltsubstanser som er angitt av deklarasjonen, vil vi ikke få positive testutslag. Det foreligger altså et gap – et *missing link* – mellom det som befinner seg i kremtuben, og det som blir værende i huden og eventuelt utløser eksemreaksjon. Å tette dette gapet ved å forstå hapteniseringen som det manglende mellomleddet, er anvendelig også ved andre typer hypersensitivitetsreaksjoner, for eksempel medikamentinduserte vaskulitter (14).

Enkeltkomponenter i kremer og kosmetikk som ikke nødvendigvis er forbundet med allergi, kan i tillegg ha varierende grader av *irriterende* egenskaper. I denne sammenhengen innebærer det en direkte mekanistisk barriere-skade av huden ved påføring av stoffet, noe som gjør huden lettere penetrabel. En såpe som ikke er pH-vennlig, og som friksjoneres kraftig inn i huden, vil kunne gi en slik barriereskade. Ved en samtidig tilførsel av irriterende og allergene stoffer i en miks av kjemikalier, vil terskelen for allergisk reaksjon bli senket på grunn av denne barriereskaden. Vi snakker da om en *synergistisk* effekt (15).

Det er derfor prisverdig at det nylig er etablert et forskningsprosjekt – SKINSEN MIX – som nettopp har til hensikt å undersøke hvordan blandinger av kjemiske stoffer påvirker huden. Prosjektet er under ledelse av Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), med Seksjon for Hudsykdommer ved Oslo universitetssykehus som én av flere samarbeidspartnere. STAMI deltar med dette i det felleseuropeiske forskningsprogrammet Partnership for the Assessment of Risks from Chemicals (PARC), som har som mål å fremme forskning, dele kunnskap og forbedre metoder innen kjemisk risikovurdering (16).

De fleste av oss trenger ikke å smøre huden med fuktighetskrem, fordi vi har iboende naturlige fuktbindere

Når kontrollen svikter

Tilbake til Geelmuydens kronikk, der han hevder at Mattilsynet «gir blaffen i kosmetikk» (3). I sitt tilsvarende svarer Mattilsynet at det ikke finnes noen godkjenning for kosmetikk – verken i Norge eller EU – og at regelverket bygger på et prinsipp om at det er virksomhetene selv som har ansvar for at produktene de omsetter, er trygge. Mattilsynet viser videre til at de fører risikobaserte tilsyn.

Etter mitt syn er dette svaret ikke beroligende. Dagens regulering gjennom kosmetikkforskriften, som forvaltes av Mattilsynet, ivaretar i hovedsak vurdering av enkeltstoffer og er i utgangspunktet streng. Grenseverdiene bygger på vitenskapelige vurderinger fra EUs vitenskapskomité for forbrukersikkerhet (SCCS).

Som forbruker settes jeg dermed på en slags dobbelt prøve. For det første må jeg stole på at virksomheten som selger meg en krem med tju ingredienser, følger regelverket til punkt og prikke. Gjør jeg det? For det andre vet verken jeg – eller noen andre – om min samlede «cocktail» av hudpleieprodukter kan være giftig eller allergifremkallende.

Vi trenger krem- og kosmetikktrygghet

Igjen feier det en trend over sosiale medier: *skiminalisme*. Færre produkter og enklere rutiner skal gi økt trygghet. Denne kutane varianten av kroppspositivisme har et klart poeng, nemlig «less is more». Også her er det en aktiv industri til stede, som vil selge produkter for å fremheve den såkalte naturlige skjønnheten. Men skiminalismen kan også være en god begynnelse på veien til en enklere hudrutine. Og som hudlege, som har møtt mange hudsyke allergikere, ønsker jeg en sunn skiminalisme velkommen.

Det er ikke vanskelig å gjøre huden fornøyd med enkle midler. Hvis du ønsker å ha en hudpleierutine for å gi hverdagen mer velvære, er det verken nødvendig eller ønskelig med et stort arsenal av produkter, men heller et lite og trygt utvalg. Du skal allikevel vite at huden klarer seg forbausende godt på egen hånd (17). ■

Jan Øyvind Holm

joho57@gmail.com

Jan Øyvind Holm er spesialist i hud- og veneriske sykdommer og overlege ved Seksjon for hudsykdommer, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er medeier i Dryskin AS, som produserer hudpleieoljen Tørr, og medforfatter av boken *Hudfrisk*.

Litteratur

- 1 Statistisk sentralbyrå. 08819. Utenrikshandel med varer (1 000 kr), etter varegruppe, år og import/eksport. Varegruppe 553. Parfymmer, kosmetikk og toalettpreparater. Lest 13.4.2026.
- 2 Geelmuyden NC. Sannheten på kroppen - alt du bør vite om kosmetikk. Oslo: Forlaget Lille Måne, 2026.
- 3 Geelmuyden NC. Mattilsynet gir blaffen i kosmetikk. Aftenposten 2.2.2026. Lest 13.4.2026.
- 4 Sinikumpu SP, Jokelainen J, Huilaja L. Allergic Contact Dermatitis in a Paediatric Population: A 20-year

Nationwide Registry-based Study. Acta Derm Venereol 2025; 105: adv43557.

- 5 Holsvik V, Holm JØ, Berents TL. Vi vasker, smører og pynter oss med hudprodukter. Det går hardt utover miljøet. Aftenposten 1.9.2022. Lest 13.4.2026.
- 6 Barne- og familiedepartementet. Meld. St. 32 (2024–2025). Trygg oppvekst i et digitalt samfunn. Lest 13.4.2026.
- 7 Foss T, Jacques Marie Lacan. Store norske leksikon. Lest 13.4.2026.
- 8 Rapp OM. Nordmenn er i verdenstoppen i antall miljøgifter i kroppen. Framsenteret 22.1.2014. Lest 13.4.2026.
- 9 Hella V, Anvik L, Nymoan AN. Bak sminken. NRK 18.4.2025. Lest 13.4.2026.
- 10 Universitetet i Oslo. Det medisinske fakultet. Epikutntest.mp4. Lest 13.4.2026.
- 11 Bashir SJ, Maibach HI. Compound allergy. An overview. Contact Dermatitis 1997; 36: 179–83.
- 12 Malinauskiene L, Blaziene A, Chomiciene A et al. Formaldehyde may be found in cosmetic products even when unlabelled. Open Med (Wars) 2015; 10: 323–8.
- 13 European Commission. Health and consumers. 3. How can fragrance substance become skin allergens? Lest 13.4.2026.
- 14 Santambrogio L. Haptenization as the missing link between vasculitis and myeloperoxidase. J Clin Invest 2025; 135: e191587.
- 15 Jensen MB, Alfonso JH, Seibel AT et al. Chemical Mixture Exposures and Their Effects on Sensitisation and Elicitation Responses: A Systematic Review. Contact Dermatitis 2026; 94: 105–19.
- 16 Statens Arbeidsmiljøinstitutt. Utvikling av in vitro metoder for risikovurdering for hudsensibilisering ved blandingseksponering for irriteranter og allergener – SKINSEN MIX. Lest 13.4.2026.
- 17 Berents TL, Holm JØ. Hudfrisk. Om hudens basale behov, tørr hud og hudpleie. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2022.

Fra kosmetisk fjerning av «gammelmannsvorter» til behandling av dødelig hudkreft

– Litt tull og fanteri med kosmetikk er helt greit. Men hvis dagene bare hadde bestått av kosmetiske konsultasjoner, hadde jeg blitt gal. Da ville jeg heller vært på sykehuset og kun drevet med kreft, sier hudlege Martin Enger ved Oslo hudlegesenter.



Unge og gamle: Enger beskriver en arbeidsdag med en mangfoldig pasientgruppe. Pasientene er i ulike aldre, med stor variasjon i problemstillingene de kommer med. Foto: Helena Heimer Rognstad

Martin Enger

Alder: 44 år

Yrke: Hudlege ved Oslo hudlegesenter

Hvorfor valgte du å utdanne deg innenfor denne spesialiteten?

– Jeg jobbet en god stund som fastlege, men fant etter hvert ut at jeg hadde lyst til å jobbe med litt mer spesifikke problemstillinger. Samtidig ønsket jeg variasjon. Jeg var også inne på tanken om å bli øyelege, men valget falt på hudlege.

Hva liker du best med din spesialitet?

– Det er variasjonen. Det vil si at jeg har både unge og gamle pasienter, jeg har litt kosmetikk, mer alvorlige medisinske problemstillinger og ganske mye kirurgi.

Hva er de største utfordringene?

– I hudspesialitet er det utrolig mange diagnoser, så det er klart at du vil ganske mange ganger i løpet av et år finne et utslett du ikke har peiling på hva er. Da gjelder det å tenke seg om, om det kan være noe man har sett før, lete litt i litteraturen og prøve å finne en fornuftig diagnose.

07:25 Vekkerklokka ringer. Jeg slår på snooze og går ut på kjøkkenet for å sette på kaffe. Den har jeg satt klar kvelden før, så det er bare å trykke på start. Deretter legger jeg meg igjen og sovner i åtte minutter.

07:35 Klokka ringer på nytt. Nå står jeg opp, kler på meg og drikker kaffe mens jeg leser VG. Føler meg klar for dagen, men aner ikke hva som kommer. Jeg har aldri oversikt over hvilke pasienter jeg har før jeg kommer til kontoret og ser lista for dagen. Det stresser meg mer å vite hva som skjer i forkant enn å ta det der og da.

08:00 Jeg tar på meg joggeskoene og jogger fire kilometer til jobb. Det gjør jeg hver dag, hele året. Jeg dusjer kvelden før og har på meg akkurat passe med klær til ikke å bli svett. Når jeg kommer til kontoret, skifter jeg til «fresh scrubs» og starter arbeidsdagen.

08:30 Rett på første pasient. I dag er det kontroll av en pasient som tidligere har hatt melanom in situ. Jeg undersøker hele huden, topp til tå, for å sikre kontroll over andre føflekker på kroppen.

09:00 Neste pasient har et alvorlig svetteproblem. Jeg setter botulinumtoksin (botox) i armhulene, i øvre del av pannen og i hodebunnen for å hindre at svetten renner ned i ansiktet. Pasienten kommer presis, men i en ideell verden burde vedkommende ha kommet et kvarter tidligere, slik at sekretærene kunne ha klargjort medisinen. Botoxen er frysetørket og må blandes med natriumklorid. Når dette må gjøres under konsultasjonen, havner jeg et kvarter bak skjemaet. Det burde kanskje ha stresset meg mer, men slik er det ofte.

09:45 Heldigvis er neste pasient en ung person med akne. Disse konsultasjonene kan jeg løse på 15–30 minutter, avhengig av hvor god tid jeg har. Jeg får derfor tatt igjen noe av forsinkelsen.

10:05 Det går i ett med pasienter hver halvtime frem til lunsj. Ingenting spesielt, det meste er melk og brød.

12:10 Lunsjen i bygget er helt fantastisk. I dag serveres det laks med bulgur og rotgrønnsaker. Jeg spiser sammen med to kollegaer, slik jeg pleier. Jeg har egentlig en time lunsj, men det blir det sjelden. Jeg ligger som regel litt bak skjemaet, i tillegg til at jeg ofte har en pasient i lunsjen.

12:45 Jeg går raskt ned til kontoret for å ta imot en lunsjpasient. Når det gjelder

småting som reseptfornyelser, som jeg mener ikke bør belastes med en full konsultasjon, tar jeg det ofte i lunsjen. Det gjelder også i dag.

13:00 Neste pasient er urolig for en flekk og frykter føflekkreft. Jeg kan raskt berolige med at det ikke dreier seg om melanom. Flekken er mørk og ser skummel ut, men i dermatoskopet finner jeg ingen pigmentnettverk, ingen globuli og ingen homogen blå farge. Det er ingen klassiske pigmenttegn. Derimot ser jeg det jeg kaller pseudohornocyster, som er typisk for seboreisk keratose. Flekken er så påfallende at pasienten likevel ønsker den fjernet. Jeg skrapet den bort og sender vevet til histopatologisk vurdering for sikkerhets skyld.

13:30 Pasienten som kommer inn, har tidligere vært plaget med akne. Jeg gjennomfører en laserbehandling av arrene.

14:00 Oppfølging av en pasient som nylig har tatt epikutantest for allergisk kontakteksem. Det fungerer slik at jeg setter på et plaster som sitter på ryggen i 48 timer, og så må jeg lese det av etter 72 timer. I dette tilfellet har jeg hele tiden ment at plagene skyldes atopisk eksem, men pasienten ønsket testen i tillegg. Jeg var tydelig på at dette kostet rundt 1 000 kroner ekstra og trolig ikke ville endre behandlingsforløpet. Når pasienten likevel opplever at tryggheten er verdt det, er det selvfølgelig helt greit, men jeg liker å være tydelig når jeg oppfatter en test som mindre nødvendig.

16:00 Jeg setter av en halvtime til telefoner jeg må ta til pasienter. I dag har jeg fem på lista.

16:30 En ekstra operasjon, der jeg fjerner en føflekk.

17:00 Jeg setter meg foran PC-en igjen. Prøvesvarene som har kommet inn i løpet av dagen, må sendes ut til pasientene. Alt jeg skjærer bort og sender inn, følger jeg alltid opp. I tillegg er det blodprøver som må vurderes. Når det er gjort, bruker jeg litt tid på å lese meg opp på noen nye medisiner mot akne, som ikke er godkjent i Norge, og ser nærmere på en behandling for mannlig mønsterhårtap.



Hud- og veneriske sykdommer

Spesialiteten hud- og veneriske sykdommer omfatter sykdommer i hud, slimhinner, hår, negler og hudens adneksjer samt de seksuelt overførbare sykdommene. Faget omfatter også manifestasjoner i huden ved interne sykdommer.

Antall yrkesaktive spesialister i hud- og veneriske sykdommer i Norge: 234

Av disse er 41 % menn og 59 % kvinner

Kilde: Legeforeningen

18:15 Jeg skifter til treningstøy og jogger hjem mens jeg hører på podkast.

18:30 I dag er barna hos sin mor, jeg er derfor alene. Vel hjemme spiser jeg en enkel porsjon havregryn mens jeg ser på nyhetene.

19:00 Kjøretur til padelhallen. Jeg spiller fast onsdag, torsdag, lørdag og søndag, og ganske ofte også på mandager. Ofte har jeg med meg en kompis eller broren min, men i dag drar jeg alene.

19:30 I kveld er det vinnerbane-padel, en konkurranseform som varer et par timer. Jeg spiller sammen med en makker jeg ikke kjenner fra før. Økta fungerer slik at hvis du vinner en kamp, rykker du opp til en bane høyere opp i senteret. Det paret som vinner den siste runden på den høyeste banen, vinner ofte en drikk eller en sjokolade. Det er gøy.

21:30 På vei hjem stopper jeg innom butikken for å handle middag.

21:50 Hjemme tar jeg en dusj etter treningen.

22:00 Tid for middag. Jeg er glad i å lage mat, om det er fisk, wok eller hjemmelagde supper. I dag blir det poke bowl. Jeg hører selv at jeg høres ut som en parodi og skulle nesten ønske at jeg kunne si at jeg stekte en frossenpizza, men det gjør jeg aldri. Derimot spiser jeg smågodt hver dag. Regelen er enkel. Har jeg løpt en mil, er det lov. Det oppfylles som regel.

22:50 Jeg spiser middagen mens jeg ser på nyhetene. Senere blir det litt smågodt.

23:40 Jeg rydder kjøkkenet, tar oppvasken og gjør kaffen klar til neste dag.

23:55 Tannpuss og kveldsstell.

24:00 Jeg legger meg og sovner som en baby. ■

Helena Heimer Rognstad

helena.rognstad@tidsskriftet.no



Aldri ferdig utlært: – I hudspesialiet er det utrolig mange diagnoser, så det er klart at du vil ganske mange ganger i løpet av et år finne et utslett du ikke har peiling på hva er, forteller hudlege Martin Enger. Foto: Helena Heimer Rognstad



Ødelegger
rusmidlene
livskvaliteten?

Nå kan du få hjelp til å snakke om det

Er du lege med et rusproblem – eller pårørende til en lege som strever med rus?

Da kan du ta kontakt med legespesialist Shahram Shaygani, ved Trasoppklinikken på telefon 920 51 842, eller på e-post: s.shaygani@trasoppklinikken.no. Vi ber om at henvendelser skjer på hverdager mellom kl. 08.00 og 15.00.

Henvisning er ikke nødvendig. Dere avtaler tid så raskt som mulig (innen én uke), og du får tilbud om 1 til 5 gratis samtaler ut fra en individuell vurdering. Dekning av reiseutgifter for leger som kommer til samtale skjer etter fastsatte satser.

Samtalene er en del av den kollegiale støtteordningen. Det føres derfor ikke journal, og er ikke behandling. Hjelpetilbudet er et samarbeidsprosjekt mellom Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) og Trasoppklinikken, og finansieres av SOP.



Støttekollegaordningen

DEN NORSKE LEGEFORENING

Julie Didriksen

julie.didriksen@tidsskriftet.no

Opiumsdrømmer

Nr. 1/1930

I Tidsskriftet nr. 1/1930 forteller legen C. Hafstad om hvor lett det kan være å skrive ut en resept man kanskje ikke burde ha gjort. Klok av skade begynner han et detektivarbeid for å finne igjen kvinnen med opiumsresepten (Tidsskr Nor Lægeforen 1930; 50: 44–5).

Lægen som detektiv eller quae nocent, docent.

En middelaldrende frue trer inn på kontoret. Hun heter fru M. T.g.n. og bor i A.-gaten nr. 18. Hun hadde for en del år siden gjennomgått en betendelse i galdeblæren med avgang av en sten, så stor at overlæge N. N. var blitt berømt, da han viste den frem. At hun kom sig var et under. Nu i går kjente hun igjen smerter opunder brystet og blev kvalm, hun gikk da med engang til sengs og tok et grøtomslag.

En liten pike kom og hentet opium til samme menneske iforgårs. Hun sa at moren led av mavetuberkulose

– Nu er det det, at min mann er skibskaptein, og han, min datter og jeg reiser iovermorgen til Antwerpen, hvor båten venter. Det er en såkalt tankbåt, en svær båt med 48 manns besetning, 3 styrmenn og 3 maskinister. Båten er på 18 000 tons. Vi skal til Mosambique-kysten, på østkysten av Afrika. Vi går helt ned til Kerguëlen og opover til Madagaskar, vi har fast stasjon i Durban. Vi damer pleier aldri få være med ned i det min mann kaller stormcentret. Da opholder vi oss i land. Nei, jeg er aldri redd, uten når min mann opholder sig på broen om natten, da tenker jeg bestandig, at det er noget galt på ferde. Vi er borte halvannet år på en sånn tur. Jeg har vært med min mann i mange år, av og til har vi hatt barnene med. Ellers var jeg så heldig da barnene var små, at de var hos min mor, så jeg kunde reise med min mann. Men nu er det det da, doktor, at jeg må ha med mig opium, så jeg kan være trygg. Jeg må få 100 gram, nei ikke tinktur, for den kaster jeg op av, men vinum. Ja, vinum «opi», takk. Men var det ikke likeså godt jeg fikk påtegnet resepten tre ganger for sikkerhets skyld? For når anfallene kommer, ja De vet best selv doktor. Og så må jeg få brom for sjøsyke. Jo det hjelper, en spiseskje 3 ganger daglig, 2 dager før man reiser, hjelper absolutt. Takk, jeg løser selv op i vann. Takk, 15 gram i hver pakke, jeg tenker vi sier 3 pakker. Min datter er reist til Tønsberg for å heve penger til vår reise til Antwerpen, rederen er nemlig i Tønsberg. Min datter er så forskrekkelig tykk, så hun kommer i morgen, nei iovermorgen,



og da betaler hun for oss begge to på en gang. Ja, nettop der sitter smerten ja, å om jeg igjen skal få et så gruelig anfall. Olivenkur! Jo takk, jeg skal huske på det. Adjø da. Også min lille datterdatter var hos Dem, husker De ikke henne med den sterke feber, R. S. 7 år? Nei tenk, gjør De ikke det? Adjø så lenge, – Adjø, adjø.

Gjennomgåelse i tankene av kasus. For sikkerhets skyld gjennemsøking av protokollen. Ingen M. T.g.n, ingen R. S., 7 år. – Hvad var det hun sa? Mosambiquekysten, Kerguelen, opium, takk ikke tinktur, men vinum «opi». Vinum! Jeg roper det høit. – Hvad var det vår høit skattede lærer i farmakologi, prof. E. Poulsson kalte det: Opiums-drømmer. Jeg ser atter for mig det gamle, støvede farmakologi-auditorium og hører professoren tale om de fantasifulle skildringer, opiofagerne gir av sine opdiktete opplevelser. – A-ha, der gikk du i vannet, min venn. Tømmer hun hele flasken, så – hvordan er det, er ikke kollega O. anklaget for uaktsomt drap? Best å agere detektiv.

Opringning til byens forskjellige apotek. Apotek A. – Nei, hun hadde ikke vært der, skulde være opmerksom på det. Apotek B. – Dessverre nettop ekspedert 100 gram

vin. opii. Adressen er vel falsk, men husundersøkelse skulde hurtigst mulig bli iverksatt. En liten pike kom og hentet opium til samme menneske iforgårs. Hun sa at moren led av mavetuberkulose. – Ser vi det. – Apotek C. – Å, hun er godt kjent her, kommer gjerne etter stenetid. Hun vanker på apotekene D. og E. Apotek D. – Henne kjenner vi god. Hun er forresten sluttet her, for vi jaget henne, betalte ikke ser De. Ring til apotek E., hun bor der i nærheten. Apotek E. – Åjoda, hun er stadig gjest her. Hun bor i G.veien, vårt bud har sett henne der i et vindu. Opringning fra apotek E. – Vårt bud sier, at fru M. t.s.n. bor i G.veien nr. X – Ja, det hjelper ikke mig, for min dame heter fru M. T.g.n. – Nei, kjære dem, det er henne, hun bruker 3 efternavn, T.g.n., T.s.n. og J. – Tusen takk, da skal hun knipes.

Kl. 14 bestiger jeg en trikk. Ny trikk på Ekertorvet. Der er vi endelig fremme. Jeg kommer inn gjennom en hvelvet port. Første etage, der står navnet. Jeg trykker på knappen. Silentium. – Madame befinner seg i Nirvana. Ny og vedholdende ringning. Det kan inte hjälpas, som bror svenske sier. Madame må vekkes. Ringningen reitereres. Tålmodighet må til. Endelig høres tassende skritt. Jeg auskulterer, gangen er ustø hos den kommende. Spent forventning! Er det min dame? Døren går forsiktig op. Per lovem! Det er madame. Hun stirrer mistroisk på mig, kjenner mig ikke igjen med det samme. – Ja, så sannelig er det Dem. Kjenner de mig igjen? Jeg er o.s.v., som de for 4 timer siden bearte med besøk.

Overrumplingen var fullstendig. Hennes strågule ansikt blev langt, ansiktsuttrykket forlegent, øinene røde. – Jeg må nok få tilbake resepten, De fikk. Fruen gjør helomdreining og finner resepten frem av håndvesken. – Vær så god, her er den, og her konvolutten. – Takk, men hvor er flasken? – Den står i badet. Fruen vakler inn i badet. – Her skal De se, jeg har tømt litt over på en liten flaske, så det er hendigere for mig. – Takk, hell over igjen. – Vær så god, her er flasken deres. – Takk, nu skal De se. Jeg tømmer innholdet i badekarret, fru skruer kranen op. Flasken skylles, ikke så meget som lukten av opium blir tilbake. Til avskjed vifter jeg med resepten, idet jeg inntrengende anbefaler henne som et passende opholdssted Psykiatrisk klinikk, Vinderen eller avd. 6, Ullevål.

Seierstolt skritter jeg hjemover. – Den klarte du fint, min venn. Et ganske lærerikt tilfelle. Quae nocent, docent, av skade blir man klok. Men som jeg skynder mig av sted til min beskjedne bydel i øst med kvinner som er vant att arbete hela da'n, och inte så fördärfvade som kvinnorna i sta'n, d. e. i vest, gjør jeg noen små refleksjoner:

1. Hadde fru latt sig nøie med 10, ja selv om hun hadde tryglet om 30, ja kanskje endog 50 gram, og hadde hun tatt til takke med tinctura opii og ikke forlangt spesielt vinum opii, – så vilde hun fått sin rus. Det er lett nok å si, at det er lægen og ikke den syke, som bestemmer hvad og hvor meget. Den erfarne kjenner nok tiraden: – Det og det har jeg fått av min læge, som jeg ikke nu kan treffe, så og så meget må jeg ha. Altfor ofte handler man å la kjøbmann: – Behag å undersøke om varene er etter ønske.

2. Mon tro, hvor ofte vi læger gir resepter i utrengsmål på narkotika?

3. Hvem tar sig av de ulykkelige, til narkotika vennede individer?

Efterskrift. Mange kolleger har sikkert i de siste par år hatt besøk av en ung mørk, vakker dame, som har, å sånne menstruasjonsmerter og bare opium hjelper. – Undersøkelse? Takk ikke denne gang. ■

Oslo, 14. desember 1929. C. Hafstad.



Egertorget, 1924. Foto: Anders Beer Wiise / Oslo Museum / I offentlig eie

«Det er et sjokk i starten»

Overgangen fra medisinstudent til lege i spesialisering er en krevende og sammensatt prosess, der profesjonelle og personlige krav ofte overstiger tilgjengelige ressurser.

A begynne som lege i spesialisering markerer et avgjørende skifte i legekarrieren. Fasen oppleves ofte som overveldende. Det viser en ny kvalitativ studie basert på dybdeintervjuer med 45 leger i sitt første spesialistår ved Mayo Clinic (1). Legene representerte fire amerikanske delstater og sju spesialiteter.

Mange overganger på én gang

Studien viste at overgangen til lege i spesialisering ikke er én enkelt overgang, men en langvarig og flerdimensjonal prosess som starter allerede i søknadsfasen og fortsetter langt inn i første utdanningsår. Legene beskrev hvordan endringer i arbeid, systemer, bosted, sosiale forhold, økonomi og privatliv ofte sammenfalt og forsterket hverandre.

For mange handlet overgangen ikke bare om å gå fra student til lege med selvstendig klinisk ansvar. Den innebar også flytting, nye journalsystemer og organisatoriske strukturer, tap av sosiale nettverk, økonomiske bekymringer og endringer i privatlivet. Flere opplevde at belastninger i ett livsområde raskt påvirket andre.

For mange handlet overgangen ikke bare om å gå fra student til lege med selvstendig klinisk ansvar. Den innebar også flytting, nye journalsystemer og organisatoriske strukturer, tap av sosiale nettverk, økonomiske bekymringer og endringer i privatlivet

Mange beskrev oppstarten som overveldende. Som én deltaker uttrykte det: «Jeg vet ikke hva som kunne forberedt meg bedre. Det er et sjokk i starten.» Overgangen var preget av brå økning i ansvar, tempo og forventninger, ofte kombinert med usikkerhet og en følelse av å stå alene med krevende beslutninger.

Krav som drar i ulike retninger

Et sentralt funn var at legene kontinuerlig måtte balansere tre hensyn: pasientbehandling, faglig utvikling og personlig helse og trivsel. Når kravene oversteg tid og energi, oppsto vanskelige prioriteringer. Tid brukt på pasienter kunne gå på bekostning av læring eller søvn, mens oppmerksomhet på egen mestring kunne gi dårlig samvittighet overfor pasienter eller kolleger.

Ikke alle krav ble opplevd som negative.

Mange beskrev ansvaret for egne pasienter som både skremmende og meningsfullt, et nødvendig

og utviklende press som fremmet læring. Andre krav ble derimot opplevd som unødvendige eller belastende, som ineffektive datasystemer, administrativt arbeid, uklare forventninger og dårlig

organisert opplæring. Slike forhold tappet legene for kapasitet uten å bidra til pasientbehandling eller faglig utvikling.

Studien viste også at strukturelle faktorer, som høye levekostnader, diskriminering, språkbarrierer og manglende tilrettelegging, kunne forsterke opplevelsen av utilstrekkelighet.

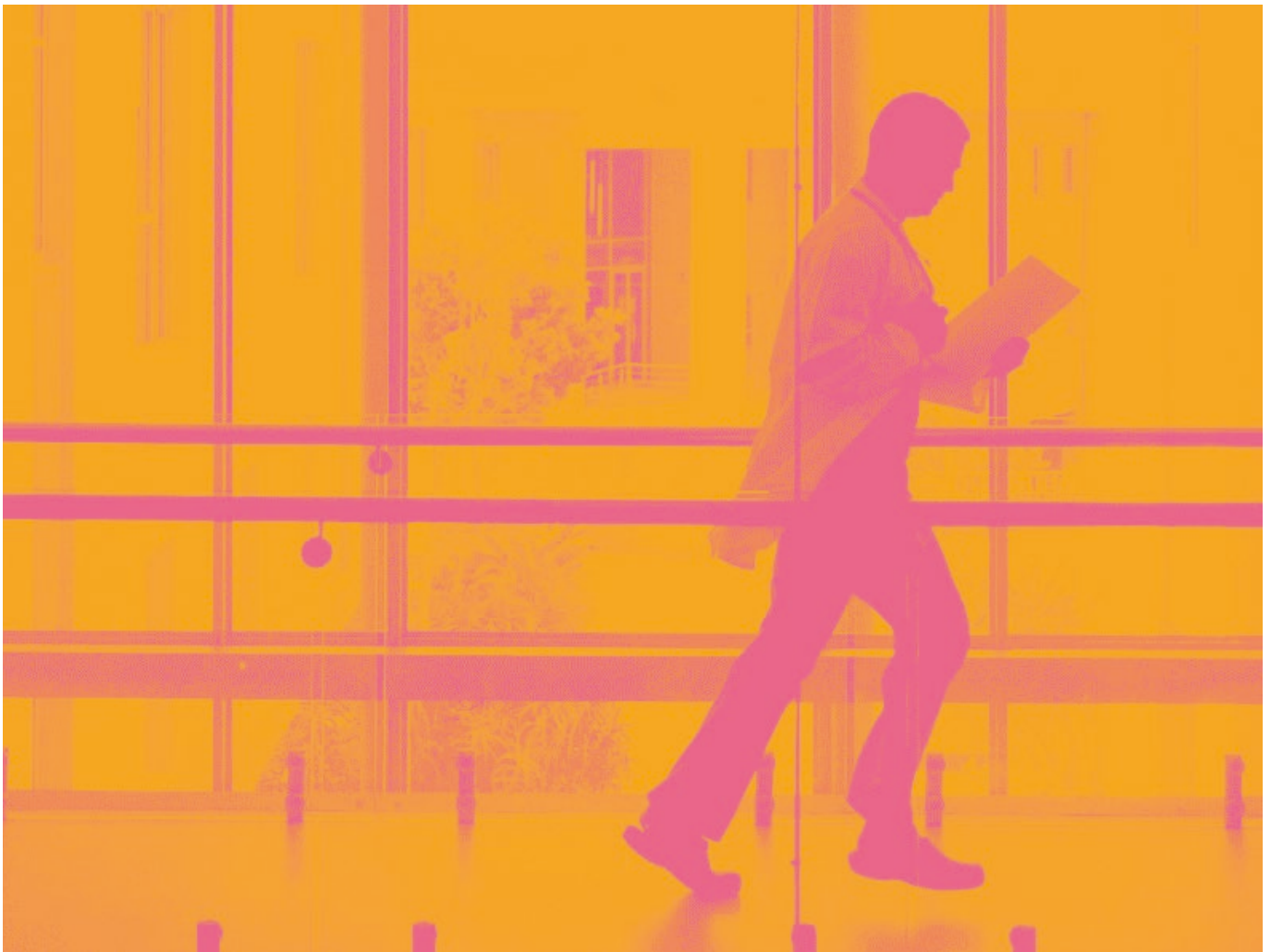
Mer enn et kompetanseproblem

En viktig innsikt fra studien var at utfordringene ved overgangen først og fremst handler om kapasitet, ikke kompetanse. Mange leger opplevde at de var faglig godt forberedt, men manglet tid, energi eller støtte til å bruke kunnskapen i praksis. Spørsmålet ble dermed ikke bare «kan du dette?», men «har du ressurser til å gjøre det?».

Studien peker på flere tiltak som kan lette overgangen. På systemnivå handler det blant annet om gradvis opptrapping av ansvar, tydeligere rolleavklaringer og bedre prioritering mellom nødvendige og unødvendige oppgaver. Like viktig er støtte i form av veiledere, støttende kolleger, mentorordninger og en kultur som normaliserer usikkerhet, læringsbehov og å gjøre feil.

Fra LEFO

Artikler fra
Legeforskningsinstituttet



Illustrasjonsfoto:
Wavebreakmedia/iStock.
Tilpasset av Tidsskriftet

Overgangen til lege i spesialisering vil alltid innebære et visst sjokk. Hvordan den organiseres og støttes, har stor betydning for trivsel, læring og pasientsikkerhet. Å se legen som et helt menneske, ikke bare som fagperson, er avgjørende for en mer bærekraftig legeutdanning og yrkesutøvelse.

– Å gå fra student til lege i spesialisering byr på mange av de samme utfordringene i Norge som i USA, slik den nye tv-serien LIS også illustrerer, sier Karin Isaksson Rø, seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet og overlege ved Villa Sana Arbeidshelse. Hun understreker betydningen av faste møteplasser for veiledning, både individuelt og i gruppe, der leger kan drøfte kliniske problemstillinger, usikkerhet og den samlede belastningen ved å stå i legerket.

En evaluering av ALIS-programmet viser at det å få tid og rom til å vokse inn i rollen, med god supervisjon og veiledning, bidrar til trygghet og trivsel (2). Aksept for at det tar tid å bli fortrolig med både fag og arbeidsmåter, er særlig viktig. Samtidig rapporterer mange LIS-leger i sykehus fortsatt om manglende eller uregelmessig veiledning (3, 4).

– I Vestre Viken har man startet et pilotprosjekt med veiledningsgrupper for LIS-leger med særlig vekt på å ivareta seg selv i legerollen (5). Dette oppleves som nyttig av deltakerne, sier Rø. ■

Erlend Hem

erlend.hem@lefo.no

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

Litteratur

- 1 Wang XJ, Kumbamu A, Dunleavy KA et al. "It's such a shock at the beginning": a multispecialty qualitative interview study exploring first-year resident perspectives on the transition to residency. *Acad Med* 2026; 101: 198–213.
- 2 Abelsen B, Fosse A, Brandstorp H. Pilotprosjektet ALIS-Vest: en utprøving av utdanningsstillinger i allmenntidmedisin. Sluttrapport fra følgeevaluering. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet, 2023. Lest 14.4.2026.
- 3 Birkeli CN, Isaksson Rø K, Kvernenes M. Scheduled, cancelled, rescheduled: navigating educational supervision in residency training. *Int J Med Educ* 2025; 16: 128–37.
- 4 Tvedt A, Wæhre T, Vartdal T. Slik kan LIS-utdanningen bli bedre. *Dagens Medisin* 7.4.2026. Lest 14.4.2026.
- 5 Ondrckova CØ. Pilotprosjekt tar legehelse inn i LIS-utdanningen. *Dagens Medisin* 5.10.2023. Lest 14.4.2026.

Vi må snakke om døden

Det er noe underlig, nesten tragikomisk, med døden i vår tid.

Ikke fordi døden i seg selv er morsom – den er nådeløs og har ingen humor – men fordi vi som samfunn oppfører oss som om den ikke angår oss lenger. Det er som om vi helst vil at noen andre tar seg av det, og gjerne uten at vi merker det.

For bare få generasjoner siden var døden en velkjent gjest ved kjøkkenbordet. Den satt og nikket stille mellom brødiskivene og kaffekoppen, var en del av livet. De døde ble stelt av familien. Folk kunne dø av ting som i dag høres ut som medisinske skrekkeksempler; et kutt i fingeren, en blindtarmbetennelse, en forkjølelse. En kvinne tilbake i min egen slekt fødte tjue (!) barn, hvorav kun fjorten vokste opp. Det er seks små kister senket ned i jorda, mens hverdagen traust gikk videre.

Samtidig var kanskje livet mer håndfast. Man visste hvor maten kom fra, ikke som i «kortreist», men ved at man personlig kjente kua man spiste til middag. Ville man ha kjøtt, måtte man få blod på hendene. Slik har mennesker levd i tusenvis av år, inntil ganske nylig. I dag ligger biften pakket i plastfolie i kjøledisken, fjernt fra tanken på en pustende okse. Skjer det dødsfall i det offentlige rom, ryddes det raskt bort fra nysgjerrige øyne. Døden har flyttet hjemmefra og skjer nå helst på hvite, sterile institusjonsrom, med helsepersonell som gjør alt de kan for å holde den på avstand.

På bare noen tiår har medisinen gjort enorme framskritt. Mulighetene til å diagnostisere og behandle er økt eksponentielt, alt går mer effektivt. Det er jo fantastisk! Vi lever lenger, lider mindre og har behandlinger som tidligere ville blitt sett på som nærmest magi. Men jeg tror også noe har skjedd på veien. Døden har gått fra å være en gammel kjenning til å bli et slags eksistensielt sjokk. Vi tåler den rett og slett dårligere.

Et utslett er ikke lenger bare et utslett. Det er starten på et Google-søk som ender med tre diagnoser, hvorav to er livsfarlige. Blodprøvesvar samme dag? Fint! Men hva betyr de, og kan noen forklare det med en gang, helst før jeg rekker å bli bekymret?

Det er som vi tror at bare man kommer til tidlig nok, gjør de riktige tiltakene, trener, behandler, så er man garantert et langt og friskt liv – alderdom ingen hindring! Vår frykt for døden, og behov for kontroll på livet, gjør at selv den mest livstrøtte sykehuspasient kan risikere å bli dratt gjennom utallige undersøkelser og behandlinger av ivrige pårørende eller behandlere. Døden blir en systemfeil som kunne vært unngått hvis noen bare hadde gjort jobben sin bedre. Jeg tror også vi leger kan ta oss selv i å føle dette. Har vårt moderne samfunn rett og slett blitt så gode til å bekjempe sykdom at vi har begynt å se på døden som en behandlingssvikt?

Og det er her det blir litt skjevt. For samtidig som vi tross alt lever i en av de tryggeste tidene i menneskets historie, skroller vi gjennom bilder av krig og sykdom og katastrofer til frokost. Folk ute i verden dør av ting vi her til lands knapt bekymrer oss for lenger. Av bomber, av sult, av skittent vann. Et kutt i fingeren eller en fødsel kan fortsatt være fatalt. Og så blir vi forbauset over at vår 86 år gamle mor begynner å skranke. For hun skulle jo bli 90 år!

Det er kanskje ikke så rart vi blir forvirret. Vi lever i to virkeligheter som begge er like sanne: én hvor døden er overalt, abstrakt, blåst opp i sensasjonelle bokstaver på avisforsider, i Netflix-dokumentarer og *true crime*-podkaster på øret på vei til jobb. Og én hvor den knapt finnes – før den plutselig er der.

Har vårt moderne samfunn rett og slett blitt så gode til å bekjempe sykdom at vi har begynt å se på døden som en behandlingssvikt?

Som lege på kreftavdelingen møter jeg ofte døden. Den har mange ansikter. For noen kommer den som en fiende man motkjemper med nebb og klør. For andre som en venn, som endelig befri fra smerter og lidelser. Av og til midt imellom. Det er ingen riktig måte å dø på. Jeg tror dødsfrykten er naturlig og sitter i oss alle. Men midt i alvoret finner man ofte små øyeblikk av varme og noe dypt menneskelig. Pårørende som humrer over at mor ville at håret

skulle være velstelt, selv på det siste – det var så typisk henne! Familiefeider som legges til side for å våke over en som sovner inn. Den unge mannen som trøster seg med at bestefar har gått veien før ham, det gjør tanken på døden litt mindre skummel.

Samtidig som vi gjør medisinske og samfunnsmessige framskritt, dytter vi grensene for hva som er naturlig og forventet å dø av. Men det finnes enn så lenge ingen kur mot å være menneske.

Vi bør ikke gå rundt og tenke på døden hele tiden. Men det skader kanskje ikke å la døden sette seg rolig ned ved kjøkkenbordet av og til. Ikke for å bekymre oss, men for å minne oss på å leve mens vi kan. Det angår oss alle til slutt likevel. ■

Sandra Kristiansen

smaakri@gmail.com

Sandra Kristiansen er lege i spesialisering ved Onkologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold og forfatter av boken *Er det en lege her?*



Legelivet

Personlige tekster om livet som lege

Ph.d.-disputaser

Kristin Andersen Bakke

Interactions between neurodevelopmental disorders (NDDs) and somatic conditions The importance of using complementary perspectives to diagnose, understand and provide health care to individuals with NDDs and comorbid somatic conditions Examples from ADHD in diabetes, and epilepsy and inadequate sleep in Angelman syndrome.
Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 29.4.2026.

Bedømmelseskomite: Frida Sundberg, Örebro Universitet, Sverige, Agnies van Eeghen, Emma Kinderziekenhuis, Nederland og Hans Christian Erichsen Landsverk, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Torild Skrivarhaug og Sissel Berge Helverschou.

Ragnvald Ljones Brekke

Burn Care in Norway: Epidemiology and Outcomes.
Utgår fra Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen. Disputas 24.4.2026.

Bedømmelseskomite: Fredrik Huss, Uppsala universitet, Sverige, Rikke Holmgaard, Københavns Universitet, Danmark og Katrin Braukhoff, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Emma Hansson, Stian Kreken Almeland og Monika Kvernenes.

Tøri Vigeland Lerum

The first wave of the COVID-19 pandemic and its pulmonary aftermath.
Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 24.4.2026.

Bedømmelseskomite: Magnus Sköld, Karolinska Institutet, Sverige, Vegard Skogen, UiT Norges arktiske universitet og Theresa M. Olasveengen, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Ole Henning Skjønsberg og Gunnar Einvik.

Kjersti Lia

Older patients with Hodgkin lymphoma – insights from a national population-based cohort study.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 24.4.2026.

Bedømmelseskomite: Lena Specht, Københavns Universitet, Danmark, Graham Collins, University of Oxford, Storbritannia og Tor Henrik Anderson Tvedt, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Alexander Fosså, Sameer Bhargava og Siri Rostoft.

Agni Malmin

Impact of repeated intravitreal injections on the ocular surface – a clinical and biochemical study.

Utgår fra Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen. Disputas 24.4.2026.

Bedømmelseskomite: Geir Bertelsen, UiT Norges arktiske universitet, Inger Westborg, Umeå universitet, Sverige og Ingvild Bruun Mikalsen, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Vegard Asgeir Forsaa, Tor Paaske Utheim og Inga Britt Kjellevoid Haugen.

Trond Trættemberg Serkland

Towards model informed precision dosing of anti-CD20 therapeutic monoclonal antibodies in relapsing remitting multiple sclerosis.

Utgår fra Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Disputas 23.4.2026.

Bedømmelseskomite: Anders Svenningsson, Karolinska instituttet, Sverige, Trine Grønhaug Halvorsen, Universitetet i Oslo og Karianne Fjeld, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Silje Skrede, Øivind Torkildsen, Susanna Röblitz og Erik I. Hallin.

Marte Meyer Walle-Hansen

Blood pressure and Brain Health in the Akershus Cardiac Examination 1950 Study.
Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 21.4.2026.

Bedømmelseskomite: Alastair Webb, Imperial College London, Storbritannia, Ellisiv B. Mathiesen, UiT Norges arktiske universitet og Sigrun Halvorsen, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Håkon Ihle-Hansen, Guri Hagberg, Marius Myrstad og Arnlot Tveit.

Randi Breivik Øvstebø

Countertransference in the treatment of patients with personality disorders.
Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 6.5.2026.

Bedømmelseskomite: Antonello Colli, University of Urbino, Italia, Jens Thimm, UiT Norges arktiske universitet og Ping Qin, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Geir Arild Feigum Pedersen, Jan Ivar Røssberg og Hanne-Sofie Johnsen Dahl.

Asbjørn Hegland Syvertsen



En nær venn og god kollega Asbjørn Hegland Syvertsen døde fredfullt hjemme på Nøtterøy den 16. mars 2026.

Asbjørn ble født i Kristiansand 31. juli 1938. Etter eksamen artium i 1957 på Katedralskolen i samme by studerte han medisin i Göttingen, Tyskland fram til 1963, med norsk tilleggseksamen i 1964. Turnustjenesten hadde han på Vestfold sentralsykehus og i Gloppen distrikt.

Han var assistentlege på Buskerud sentralsykehus 1967–70, før han ble reservelege på røntgenavdelingen, Sarpsborg sykehus og 1970–72 assistentlege på sykehusets kirurgiske avdeling.

Ferden gikk videre til Ullevål sykehus, der Asbjørn var assistentlege/reservelege i røntgen og nevrerøntgen. Ett av disse årene, 1978–79, arbeidet han på Medical College of Wisconsin, Milwaukee, USA. Det var i årene på Ullevål at vi ble kollegaer og venner. Alle vi tre hadde ett års opphold i Wisconsin, hvor et felles, svært godt og varig vennskap ble knyttet til flere amerikanske kollegaer.

Fra 1980 til pensjonsalder var Asbjørn overlege, og i en periode avdelingsoverlege, på røntgenavdelingen ved Vestfold sentralsykehus, og dernest noen år konsulent på en privat røntgenavdeling.

Asbjørn hadde en god og trygg oppvekst i Kristiansand med gode venner som han brukte mye tid sammen med, bl.a. i seilbåt. Familien bygde feriested på Trysnes, og Asbjørn var aktivt med i byggearbeidene. Gleden over å drive håndverk ble lagt her. Håndverk, sjølivet og det å stelle på egne biler tok Asbjørn med seg gjennom hele livet.

I 1964 møttes Asbjørn og sykepleier Ruth Ingebjørg. De giftet seg samme år, og fra 1980 fram til nå har de vært bosatt på Nøtterøy med hus, hage og to garasjer, hvor bilene ble stelt godt med. De fikk to barn, Kirsten og Tormod, så svigerbarn og barnebarn.

De har reist i alle verdensdeler, med fly, bil, i flere år bobil, eller på sykkel. Spesielt verdsatte de turer i Europa, da i første rekke Tyskland. 80 år gammel fikk Asbjørn elsykkel. Den siste sykkelturen var til Verdens Ende i september 2025.

Asbjørn fikk gode venner fra tiden på nevrerøntgenavdelingen på Ullevål sykehus og fra tiden i Wisconsin. Han var bl.a. aktivt med i den uformelle Norwegian-Wisconsin Club. Sammen med sine norske og amerikanske kollegaer og deres ektefeller ble det mange minnerike sosiale sammenkomster, reiser til kongresser og gjennom flere år flotte sykkelturner i Frankrike og Italia.

For Asbjørn var familien viktigst. Sammen med Ruth Ingebjørg, barna og deres familier var viktige verdier gjenspeilet i omsorg for hverandre, nøysomhet og ikke minst trygghet.

I 2025 fikk Asbjørn kreftdiagnose. Han avsluttet behandlingen, da denne ikke hadde ønsket effekt, og han var åpen og realistisk om sykdommen og prognosen. Han kjørte bil helt til de siste par ukene, ble så raskt dårligere og døde fredfullt hjemme med Ruth Ingebjørg, Kirsten og Tormod hos seg.

Asbjørn var en svært god venn og kollega som vil bli dypt savnet.

Våre tanker går nå i første omgang til hans nære pårørende. ■

Petter Eldevik, Finn G. Lilleås

Torbjørn Westgaard



Torbjørn Westgaard døde 19. juni 2024, 93 år gammel. Dødsfallet gikk oss dessverre forbi, men vi er to av hans tidligere «elever» som synes han bør minnes for sin innsats for norsk radiologi.

Torbjørn var født og oppvokst i Narvik. Han studerte medisin i Bergen og ble cand.med. i 1956. Etter et par år i privatpraksis slo han inn på fagområdet radiologi og skaffet seg en solid grunnutdannelse gjennom tjeneste ved røntgenavdelingene ved de store Oslo-sykehusene. Etter dette var han assisterende professor ved University of Virginia i Charlottesville, USA, i to år. Sjefen ved avdelingen var den kjente radiologen Theodore Keats. Torbjørn holdt fast ved denne kontakten og var *over there* mange ganger. Så da han tiltrådte stillingen som sjef ved røntgenavdelingen i Harstad i 1970, hadde han et solid og oppdatert kunnskapsgrunnlag.

Torbjørn hadde sine meningers mot og var en fargeklatt i det norske miljøet. Han etterlyste stadig tiltak for å redusere spesialistmangelen ved nordnorske sykehus. Vi husker godt et møte i Radiologforeningen på 1970-tallet, da han lanserte et forslag om at alle nyutdannede spesialister burde ha et pliktår ved et sykehus i nord. Ideen vakte liten begeistring i forsamlingen, majoriteten var jo fra Oslo og det sentrale Østlandet.

Etter ni år i Harstad flyttet familien til Stokmarknes, og sykehuset fikk for første gang fast radiologspesialist. Vi ble etter hvert mange som «trådte våre barnesko» som unge radiologer hos Torbjørn. Han var engasjert og delte raust av sin kunnskap. Han var klinisk orientert og understreket alltid at røntgenfunn måtte sammenholdes med det kliniske bildet. «Gå ut på venterommet og sjekk om det er der pasienten har vondt», kunne han si til oss ved uklare skjelettfunn. Vi ble tidlig gitt ansvar og lærte å gjøre angiografier, myelografier og andre spesialundersøkelser allerede det første året. Dette var jo før CT og MR var i bruk ved perifere sykehus.

På Stokmarknes fikk han bedre tid til å dyrke utenomfaglige interesser. Fuglehunder og jakt var en kjær hobby. Han var også glad i musikk, både klassisk og jazz, og var en habil pianist. I tillegg lærte han seg å spille kontrabass og var en fast aktør i Lofoten og Vesterålen Orkesterforening.

De siste yrkesaktive årene arbeidet han ved sykehusene i Sandefjord og Larvik, etter at han og Unni flyttet sørøver. Han beholdt den faglige entusiasmen og fortsatte å arbeide til langt opp i 70-årene. Fritidsinteressene hans skiftet fra engelsk setter og rypejakt til golf og mosjonsturer. Da Unni ble atskillig svekket de siste årene, ivaretok han henne på en forbilledlig måte.

Vi er mange som startet vår spesialistkarriere med Torbjørn Westgaard som sjef, og vi minnes ham med glede og takknemlighet. ■

Staal Hatlinghus, Jan Størmer

Hans Fredrik Jentoft



Hans Fredrik Jentoft døde 14. april 2026, 90 år gammel. Han var født i Henningsvær, Lofoten og tilhørte en gammel slekt av jektskipperere og væreiere i Nord-Norge. En tuberkuløs brysthinnebetennelse i ungdomsårene med opphold på Kabelvåg tuberkulosehjem initierte en karriere med boklærdom og legeyrket. Han studerte medisin ved Universitetet i Oslo og var distriktslege i Alvdal, Hedmark og bedriftslege i Bodø.

Spesialistutdannelse i indremedisin og lungemedisin fikk han ved Sentralsykehuset i Nordland og Haukeland universitetssjukehus samtidig med vikartjenester i Sverige. Han var fra 1975 ansatt ved Haukeland og siden 1982 overlege ved Lungeavdelingen. I 1986 ble Hordaland fylkes sentrale diagnosestasjon tilknyttet Lungeavdelingen, og Hans Fredrik var seksjonsoverlege her fram til 2006. Tuberkuloseomsorgen ble hans hovedansvar. Med sin store kliniske erfaring og sine vitenskapelige studier innenfor dette fagfeltet var han i en 20 års tid vår fremste kliniske ekspert i Norge innenfor forebygging, overvåkning, diagnostikk og behandling av alle typer tuberkulose. Henvendelser kom regelmessig fra kollegaer i hele landet som ønsket råd når behandlingen var vanskelig. Sine vitenskapelige observasjoner av tuberkulose i Bergen formidlet han på en rekke internasjonale møter.

Doktorgradsarbeidet «Tuberculin reactivity in a young adult Norwegian population» forsvarte han ved Universitetet i Bergen i en alder av 66 år. Den var en medvirkende årsak til at vi i Norge forlot den nasjonale pirquetprøven til fordel for den internasjonale Mantoux-prøven. Fra 1982 til 2006 var Hans Fredrik universitetslærer ved Institutt for indremedisin, Universitetet i Bergen. Han var en høyt verdsatt foreleser for både helsesøstre, medisinstudenter, leger i spesialisering og spesialister i lungesykdommer og infeksjonssykdommer. I 25 år var Hans Fredrik den som godkjente medisinstudenter som autoriserte BCG-vaksinatører i Bergen. Som pensjonist fortsatte han å yte helsetjenester ved lungepoliklinikken. Han var en av de siste legebataene innenfor norsk lungetuberkuloseomsorg. Hans store arbeidskapasitet, fagkunnskaper, pliktoppfyllelse, lojalitet og gode humør var en enorm berikelse for Lungeavdelingen på Haukeland og Seksjon for lungemedisin ved Universitetet i Bergen. Han var hel ved.

Hans Fredrik beholdt tilknytting til røttene i Nordland med feriestedet på Strøksnes i Sørfold. Hans nærmeste familie med hustru Bodil, døtrene Mette og Bente, sønnen Espen og fem barnebarn var det kjæreste han hadde.

Vi takker for de årene vi fikk anledning til å arbeide sammen med Hans Fredrik. ■

Amund Gulsvik, Per Sigvald Bakke

Legejobber

Legejobber.no er Tidsskriftets stillingsportal for leger. I tillegg tilbyr vi veilednings- og rekrutteringsstjenester

Finn din neste jobb på Legejobber.no

På **Legejobber.no** finner du den mest komplette oversikten over ledige legestillinger i Norge. Her kan du enkelt finne ledige stillinger etter spesialitet, geografisk område eller stillingstype. Du kan også sette opp e-postvarsel om ledige stillinger som passer dine kriterier og ønsker.

Ønsker du veiledning?

Legejobber tilbyr også veilednings- og rekrutteringstjenester for leger, og vi kan hjelpe deg gjennom hele prosessen frem til din neste jobb. Registrer deg under Min profil på **Legejobber.no**. Her kan du også lage din egen nedlastbare CV, som er skreddersydd for leger. Har du spørsmål, kan du ta kontakt på e-post: legejobber@tidsskriftet.no

Er du arbeidsgiver?

Ønsker du å annonsere ledige stillinger digitalt eller på papir? Du kan registrere deg som annonsør på **Legejobber.no** eller ta kontakt med oss på e-post: annonser@tidsskriftet.no eller på telefon 417 01 060. Informasjon om priser og formater finner du på **Legejobber.no**.

Allmenntmedisin

Eigersund kommune - Sammen for alle -

3 fastlegehjemler i Eigersund

Eigersund kommune har ledig tre fastlegehjemler ved veldrevne legesentre. Hjemlene har per i dag 1000 listepasienter. Det tilkommer ikke kostnader for kjøp av praksisene. Alle lokasjoner har dyktig støttepersonell og gode lokaler.

- 1) Eigersund kommunale legesenter: Spesialist i allmenntmedisin med veilederansvar for ALIS. Mulighet for kommunal ansettelse for riktig kandidat
- 2) Blandeverket legesenter: Næringsdrift
- 3) Egerlegene: Næringsdrift

Se www.eigersund.kommune.no - Jobb og skjema - for fullstendig utlysningstekst og søknad.

Søknadsfrist: 23.06.2026

Forskjellige stillinger

SIVILRETTS- FORVALTNINGEN

DEN RETTSMEDISINSKE KOMMISSJON Søker ny leder for perioden 2027-2031

Med virkning fra 1.april 2027 skal det oppnevnes ny leder til Den rettsmedisinske kommisjon.

For mer informasjon om kommisjonen, se <https://www.sivilrett.no/drk>

Søknad med CV og attester sendes elektronisk til Jobbnorge.no innen **30.06.2026**

Jobbnorge-ID: 300663

Legejobber

Fastlege i Ølen: To etablerte lister og forutsigbare rammer

På vegne av Vindafjord kommune søker vi to leger til Ølen legekantor. Her kommer du inn i et oppsett som allerede fungerer; med kolleger, struktur og pasientlister på plass.

Om stillingene:

- To etablerte lister på ca. 700 og 950 pasienter
- 8.2-avtale (kommunen dekker drift, personell og IT)
- Mulighet for bistilling ved Sandeid fengsel
- 2-5 legevakter per måned (fastlønnet, Etne legevakt)
- God tilrettelegging for spesialisering, med mulighet for ALIS-avtale og fastlønn

Se fullstendig utlysning på Legejobber.no. Ring gjerne rekrutteringsrådgiver Kari Madeleine Gihle på 904 05 666 eller kari.madeleine.gihle@tidsskriftet.nofor en uforpliktende prat.



SIVILRETTS- FORVALTNINGEN

DEN RETTSMEDISINSKE KOMMISSJON Søker medlemmer for perioden 2027-2031

Med virkning fra 1. april 2027 skal det oppnevnes nye medlemmer til gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin, samt toksikologisk, genetisk og psykiatrisk gruppe. Søkere til de ulike gruppene bør være spesialist innen sitt fagfelt. Aktuelle kandidater fra hele Skandinavia oppfordres til å søke.

For mer informasjon om kommisjonen, se <https://www.sivilrett.no/drk>

Søknad med CV og attester sendes elektronisk til Jobbnorge.no innen **30.06.2026**

Jobbnorge-ID: 300682

Spesialist / indremedisin**Barstad, Johannes E./Barmed AS**

A. Tidmandsgt. 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**

Trelasthandler A. Delphin og hustrus legat til bekjempelse av astmatisk bronkitt

Fra legatet kan det i år deles ut totalt 250 000 kroner til forskning på obstruktive lungesykdommer hos barn og voksne. Pengene skal benyttes til et klinisk eller annet relevant forskningsprosjekt, og skal benyttes til drifts- eller lønnsutgifter.

For å søke må man skrive en kortfattet søknad der det spesifiseres hvordan pengene skal brukes. Som vedlegg til søknaden sendes prosjektbeskrivelse. Rapport om hvordan forskningsmidlene er blitt benyttet må foreligge innen to år etter tildelingen.

Søknaden sendes på epost innen 1. september 2026 til legeforeningen@legeforeningen.no. Marker søknad med navn på legatet. Søknader som kommer etter søknadsfristen vil ikke bli vurdert.

Ledige stipender, legater, fond

**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Johan Selmer Kvanes' legat til forskning og bekjempelse av sukkersyke

Fra legatet kan det i år deles ut totalt 600 000 kroner til ett eller flere forskningsprosjekter om diabetes. Pengene skal benyttes som drifts- eller lønnsmidler.

For å søke, må man skrive en kortfattet søknad der det spesifiseres hvordan pengene skal brukes. Som vedlegg til søknaden sendes prosjektbeskrivelse. Rapport om hvordan forskningsmidlene er blitt benyttet må foreligge innen to år etter tildelingen.

Søknaden sendes på epost innen 1. september 2026 til legeforeningen@legeforeningen.no. Marker søknad med navn på legatet. Søknader som kommer etter søknadsfristen, vil ikke bli vurdert.

Kurs og møter

**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Behandling av sykkelig overvekt

Tid: 7.-9. oktober 2026 **Sted:** Meet Ullevaal

Godkjenninger:

For gamle spesialistregler: - **Allmennedisin;** 18 t emne-/18 t valgfritt kurs til videre- og etterutdanning. Emnekurs om sykkelig overvekt og spiseforstyrrelser til videre- og etterutdanning. - **Fysikalsk medisin og rehabilitering;** 18 t valgfritt kurs til videre- og etterutdanning. - **Generell kirurgi;** 18 t valgfritt kurs til videre- og etterutdanning. - **Indremedisin;** 18 t valgfritt kurs til videreutdanningen. - **Lungemedisin;** 18 t valgfritt kurs til videre- og etterutdanning.

For ny spesialistutdanning: Kurset omhandler følgende læringsmål: ALM 032, ALM 029, ALM 028, ALM 026, ALM 024, ALM 023, FKM LM-19, ALM 053, ALM 072, ALM 025, ALM 044, ALM 042, ALM 085, ALM 084, ALM 078, ALM 072, ALM 071.

Se mer informasjon i kurskatalogen på Legeforeningen.no. Kurs id. 37476. Påmeldingsfrist: 10.08.2026



DEN NORSKE
LEGEFORENING

Preventiv kardiologi: Prinsipper og praktisk gjennomføring i primær prevensjon

Tid: 28.-30.oktober 2026 Sted: Meet Ullevaal

Godkjenninger:

For gamle spesialistregler: - **Allmenntmedisin;** 18 t emnekurs til videre- og etterutdanning. - **Fysikalsk medisin og rehabilitering;** 18 t emnekurs til videre- og etterutdanning. - **Hjertesykdommer;** 18 t emnekurs til videreutdanning. - **Indremedisin;** 18 t emnekurs til videreutdanning. - **Lungesykdommer;** 18 t emnekurs til videre- og etterutdanning.

Ny spesialistutdanning: Kurset omhandler følgende læringsmål: ALM 041 – FKM LM 34, ALM 032, ALM 029, ALM 028, ALM 026, ALM 023, ALM 021, FKM LM-21, FKM LM-19, FKM LM-22, ALM 053, ALM 044, ALM 072, ALM 059, ALM 006

Se mer informasjon i kurskatalogen på Legeforeningen.no. Kurs id. 37492. Påmeldingsfrist: 01.09.2026

Velkommen til emnekurs på Scandic Sjølyst i septembeber

Emnekurs i svangerskaps- og barslesomsorg 18. og 19. september - ID. 37367

Kursleder: Kari Løvendahl Mogstad

Godkjent: Emnekurs 15 timer

Pris: 6400 kr + dagpakke

Kort info: Noen av de fremste fagpersonene innen svangerskaps- og barselomsorg samles for å gi allmennleger trygghet og oppdatert kunnskap til å håndtere den gravide gjennom hele svangerskapet – fra første kontroll til postpartum, med temaer som fosterdiagnostikk, risikotilstander, perinatal psykisk helse, NAV, infertilitet, abort, amming og trening.

Emnekurs Dermatologi i allmennpraksis 18. og 19. september - ID. 37556

Forelesere: Kristin Bergersen, Øystein Sandanger og Lars H. Bjørneboe

Godkjent: Emnekurs 16 timer

Pris: 6000 kr + dagpakke

Kort info: Dette emnekurset gir relevant og oppdatert kunnskap til å håndtere dermatologiske problemstillinger i allmennpraksis. Kurset gjennomgår vanlige hudlidelser, nye moderne behandlingsalternativer og oppfølging av disse, samt utredning og håndtering av sår med praktiske eksempler. Foreleserne er hudleger ved Oslo Universitetssykehus og har også erfaring fra allmennpraksis.

Emnekurs Ultralyd i allmennpraksis 20. og 21. september - ID. 37511

Kursleder: Andreas W. Fosmo og Nicolay B. Werner

Godkjent: Emnekurs 18 timer

Pris: 10 700 kr + dagpakke

Kort info: Vårt praktiske ultralydkurs arrangeres i samarbeid med faggruppen Ultralyd i Allmennpraksis. Kurset legger opp til korte teoretiske gjennomganger med mye tid til praktisk trening i små grupper med ultralydmaskiner, modeller og instruktører som bruker ultralyd daglig i sin kliniske hverdag.

Emnekurs Gynekologi i allmennpraksis 20. og 21. september - ID. 37557

Kursleder: Marianne Natvik

Godkjent: Emnekurs 15 timer

Pris: 6600 kr + dagpakke

Kort info: Marianne Natvik sitt svært populære gynekologiskurs for allmennleger, gir nyttig og oppdatert kunnskap om de vanligste gynekologiske problemstillingene i allmennpraksis som overgangsalder, hormonerapi, endometriose, prevensjon, blødningsforstyrrelser og mer.

Vil du annonsere for ditt kurs?



Ta kontakt på annonser@tidsskriftet.no

Tidsskriftet®

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

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

Sekretariatsledelsen

Generalsekretær Siri Skumlien

Avdeling for digitale tjenester,
avdelingsdirektør Marit Helland

Avdeling for jus og arbeidsliv,
avdelingsdirektør Lars Duvaland

Medisinsk fagavdeling, avdelingsdirektør
Johan Georg Røstad Torgersen

Kommunikasjonsavdelingen,
avdelingsdirektør Knut E. Braaten

Helsepolitisk avdeling, avdelingsdirektør
Marit Bækkelund Randsborg

Avdeling for økonomi og virksomhets-
utvikling, avdelingsdirektør Anders Wigdahl

Postadresse

Den norske legeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Besøksadresse

Christiania Torv 5
Telefon: 23 10 90 00

Kontakt en ansatt

Oversikt over sentralstyrets
e-postadresser, se
legeforeningen.no/sentralstyret
Ansattes e-postadresser finnes på
legeforeningen.no/kontakt

De følgende sidene
produseres av Legeforeningens
kommunikasjonsavdeling.

Redaksjon**Aktuelt i foreningen**

Ingrid Rise Fry
Elin Lothe Haga
Stig Kringen
Andreas Haslegaard
Tor Martin Nilsen
Anders Ryen

Har du tips til
Aktuelt i foreningen?
Kontakt [andreas.haslegaard@
legeforeningen.no](mailto:andreas.haslegaard@legeforeningen.no)

Å stå alene – et ansvar vi deler



Anne-Karin Rime
President

AK Rime

Selv erfarne leger vil kjenne igjen noe av seg selv i NRKs serie *LIS*. Serien treffer en nerve i profesjonen. Den viser overgangen fra studier til ansvar, fra teori til praksis, og til en arbeidshverdag der beslutninger får direkte konsekvenser for andre mennesker.

Avære ny lege innebærer et stort ansvar. Samtidig er det en læringsfase, der man skal utvikle både faglig trygghet og klinisk skjønn. Dette er selve fundamentet i legeyrket. Utfordringen oppstår når læring, ansvar og tidspress kolliderer i en hverdag med små marginer.

Mange nyutdannede leger beskriver en følelse av å stå alene, til tross for at de er omgitt av erfarne kolleger. Det er ikke fordi støtten ikke finnes, men fordi tiden til å gi den ofte er knapp. Når alle jobber under press, blir terskelen for å be om hjelp høyere, og rommet for refleksjon mindre. Resultatet kan bli usikkerhet, emosjonelt stress og en gnagende følelse av ikke å strekke til.

Dette er ikke først og fremst et spørsmål om enkeltleger eller arbeidsmoral. Det er et spørsmål om hvordan vi organiserer helsetjenesten, og hvilke rammer vi gir dem som skal gjøre jobben. For helsetjenesten er avhengig av at nye leger får en god start. Det handler om pasientsikkerhet, men også om bærekraften i profesjonen.

Samtidig er det ikke bare de yngste legene som kjenner på presset. Også erfarne leger står i krevende prioriteringer, stramme rammer og ansvar som ikke alltid lar seg løse godt nok. Forskjellen er kanskje ikke fraværet av belastning, men at man over tid har lært å stå i den. Mange vil likevel kjenne igjen dilemmaene: ønsket om å bruke mer tid på og å gjøre mer for pasienten, og opplevelsen av å måtte si nei.

Her ligger også en større spenning. Leger ønsker å se hele mennesket. Samtidig organiseres helsetjenesten i

økende grad slik at behandlingen deles opp, prioriteres stramt og styres etter rammer som ikke alltid gir rom for helhet. Det kan ofte oppleves som en avstand mellom det man ønsker å gjøre for pasienten og det man faktisk har anledning til å gjøre.

Legeyrket vil alltid innebære press. Beslutninger må tas raskt, og prioriteringer er en del av hverdagen. Å utvikle robusthet er en viktig del av profesjonen. Men det er en forskjell på å lære å stå i krevende situasjoner og å bli stående alene i dem.

Derfor må vi finne en bedre balanse. Nye leger trenger tydelige rammer for veiledning og oppfølging, ikke bare på papiret, men i praksis. Erfarne leger må ha tid til å veilede. Det må være rom for å stille spørsmål, også når tempoet er høyt. Og det må være aksept for at usikkerhet er en naturlig del av læring.

Som profesjon har vi et ansvar for å ta vare på hverandre. Den erfarne legen må se den nye, og den nye må kjenne at det er legitimt å be om støtte. Dette handler om kultur, men også om strukturer som gjør det mulig i en travel hverdag.

NRKs serie gir oss en anledning til å reflektere over dette. Den viser ikke et svakt system, men et presset system, og leger som hver dag forsøker å gjøre sitt beste innenfor rammene de har.

Vår oppgave er å sørge for at disse rammene gir rom for både læring og trygghet. Ingen lege skal måtte stå alene i ansvaret. Leger må kunne stå i et krevende yrke uten at det går på bekostning av egen helse eller evnen til å stå i jobben over tid. Det er nødvendig, for legen, for kollegene og for pasientene. ■

Faglandsrådet 2026: Beredskap, kapasitet og fremtidens helsetjeneste

Hvordan ruster Norge helsetjenesten for neste krise? Under faglandsrådet 2026 sto intensivkapasitet, beredskap og organisering sentralt da leger fra hele landet møttes i Oslo for å diskutere fremtidens helsetjeneste.

Tirsdag 21. april åpnet leder av Legeforeningens fagstyre, Ståle Sagabråten, årets faglandsråd. Leger fra hele landet møttes på Økern i Oslo for å diskutere sentrale faglige spørsmål knyttet til folkehelse, intensivkapasitet og oppgavedeling i helsetjenesten.

Faglandsrådet er Legeforeningens sentrale møteplass for faglig utvikling, og samler representanter fra alle de 46 fagmedisinske foreningene – både spesialister og leger i spesialisering. Gjennom faglige innlegg, diskusjoner og vedtak settes retning for foreningens videre arbeid.

– Faglandsrådet har blitt en etablert og viktig arena for Legeforeningens medisinskfaglige arbeid. Her legger vi grunnlaget for diskusjoner som skal bære faget videre, både internt i foreningen og ut mot helsevesenet og samfunnet ellers, sa Sagabråten i åpningstalen.

Tre sentrale fagsaker

Årets faglandsråd tok opp tre temaer som på ulike måter handler om kapasitet, prioritering og kvalitet i helsetjenesten: folkehelse, intensivvirksomhet og oppgavedeling.

Et av temaene som fikk særlig oppmerksomhet under møtet var intensivvirksomheten i Norge og behovet for styrket helseberedskap.

– Vi må bygge beredskap nå

Hvordan skal intensivkapasiteten i Norge utvikles videre? Spørsmålet sto sentralt i diskusjonene om hvordan helsetjenesten skal rustes for fremtidige kriser.

Legeforeningen har over tid etterlyst en nasjonal plan for videreutvikling av intensivkapasiteten i sykehusene. Erfaringene fra pandemien har aktualisert behovet for en mer helhetlig og nasjonalt styrt tilnærming.

– Dessverre opplever vi at det tilsynelatende har skjedd lite for å forberede oss på neste pandemi, eller hvilken krise som nå vil ramme først, sa Sagabråten.

President Anne-Karin Rime understreket alvoret i situasjonen da faglandsrådet diskuterte intensivkapasitet og beredskap.

– Vi må bygge beredskap nå, ikke når krisen allerede er her, sa hun.

Store variasjoner i intensivkapasiteten

I dag er intensivvirksomheten organisert ulikt mellom helseforetakene, og det er betydelige variasjoner i kapasitet. Det finnes heller ingen felles nasjonal modell for organisering, kompetanse eller faglig utvikling.

Dette reiser spørsmål om hvordan man best kan sikre likeverdige helsetjenester og høy kvalitet på tvers av landet.

Under faglandsrådet ble det disku-



Samling: Faglandsrådet er Legeforeningens sentrale møteplass for faglig utvikling, og samler representanter fra alle de 46 fagmedisinske foreningene – både spesialister og leger i spesialisering.

tert hvordan kapasitet, organisering og kompetanse bør utvikles videre – både for å håndtere en presset hverdag og for å ruste helsetjenesten for fremtidige kriser.

Beredskap i en ny tid

Faglandsrådet 2026 ble arrangert i det som er omtalt som totalberedskapens år. Det preget også diskusjonene under møtet.

Rime pekte på at helsetjenestens grunnberedskap i stor grad er dimensjonert for normalsituasjoner, og at sårbarheten blir tydelig når kriser oppstår. Hun understreket samtidig at beredskap og nasjonal sikkerhet må inngå i all planlegging, dimensjonering og finansiering av helsetjenesten.

Rime trakk også frem behovet for robust grunnberedskap, med tilstrekkelig personell, reservekapasitet og tilgang på utstyr og ressurser. Hun pekte videre på betydningen av bedre samarbeid på tvers av sektorer, inkludert sivil-militært samarbeid.

Samtidig skal helsetjenesten kunne håndtere både sivilbefolkningens og Forsvarets behov, i fredstid og under kriser. Det stiller høye krav til kapasitet, samordning og evne til rask omstilling.

Legeforeningen har tidligere etterlyst en nasjonal opptrappingsplan for intensivkapasitet som en del av en bredere styrking av helseberedskapen.

Kompetanse og kvalitet

Et sentralt tema i diskusjonene var hvilke krav som bør stilles til kompetanse i intensivvirksomheten. Blant spørsmålene som ble løftet var om intensivmedisin bør utvikles som et eget kompetanseområde, hvilke kompetansekrav som bør gjelde og om det bør stilles krav til pasientvolum.

– Vi må sikre at intensivavdelingene leverer tjenester av høy kvalitet og samtidig har rom for faglig utvikling, sa Sagabråten.

Fagsaken ble innledet av Sagabråten, før blant andre Ulrich Spreng fra Helse Sør-Øst og Phillip Seidel bidro med innlegg om status, kvalitet, pasientsikkerhet og kompetanse. Avslutningsvis ble det gjennomført en panelsamtale med bred faglig representasjon og engasjerte delegater fra salen.

Opptak fra faglandsrådet er tilgjengelig på Legeforeningens YouTube-kanal. ■

Tor Martin Nilsen

Ny helsereform må vite hva den skal løse

Legeforeningen vil ha en treffsikker helsereform som styrker pasientbehandlingen og ivaretar fagfolkene som helsetjenesten er helt avhengig av. Da må reformen være tydelig på hva den skal løse – og hva den må bevare.

Legeforeningen har sendt innspill til Helsereformutvalget. Foreningen understreker at helsetjenesten trenger endringer i organisering, finansiering og styring, men advarer mot omfattende reformer uten et godt nok beslutningsgrunnlag.

– En god helsereform må bygge på kunnskap om hva som fungerer, hva som svikter, og hva vi må ta vare på. Det er mye som kan forbedres uten å kaste om på alt. Derfor etterlyser vi en helhetlig og systematisk evaluering av dagens organisering av helsetjenesten og virkemidler. En slik evaluering burde vært lagt til grunn for en utredning, sier president Anne-Karin Rime.

Helsereformutvalget har fått et bredt mandat, men knapp tid. Det kan øke risikoen for at beslutningsgrunnlaget ikke blir grundig nok.

Ingen helsereform lykkes uten fagfolk

Den største utfordringen framover blir å utdanne, rekruttere og beholde nok helsepersonell i den offentlige helsetjenesten.

– Ingen modell vil lykkes hvis vi ikke klarer å beholde folkene som skal gjøre jobben. Pasientrettigheter har begrenset verdi hvis det ikke finnes nok leger og annet helsepersonell til å oppfylle dem, sier Rime.

Det er avgjørende at en ny helsereform gir bedre rammer for faglige beslutninger, mer tillit og mindre unødvendig kontroll.

Styringen må tettere på fagmiljøene

Legeforeningen mener det fortsatt er behov for et regionalt nivå i spesialisthelsetjenesten. Regionene har ulike behov, ulik geografi og ulike rekrutteringsutfordringer.

Samtidig har dagens RHF-modell klare svakheter, blant annet lange styringslinjer, for stor maktkonsentrasjon og for mye ovenfra-og-ned-styring.

– Vi trenger ikke nødvendigvis å rive ned hele modellen. Men styringen må komme tettere på fagmiljøene, gi mer

rom for lokalt skjønn og bli mindre tungrodd, sier Rime.

Fastlegeordningen må få virke – samhandlingen må bli bedre

Norge må bevare en sterk offentlig helsetjeneste med likeverdig tilgang. Legeforeningen avviser en forsikringsbasert helsetjeneste, og advarer mot modeller som kan gi økt sentralisering, mer byråkrati og sterkere detaljstyring.

Kommunehelsetjenesten er grunnmuren i vår velferdsmodell og fastlegeordningen selve bærebjelken. Den sikrer kontinuitet, likeverdig tilgang og effektiv ressursbruk, og gjør det mulig å håndtere om lag 90 prosent av pasientenes helseutfordringer uten henvisning videre.

– Fastlegeordningen må styrkes, ikke utsettes for nye store omlegginger. Ordningen gir pasientene kontinuitet, nærhet og trygg oppfølging. Nå må tiltakene som allerede er vedtatt, få tid til å virke, sier Rime.

Legeforeningen tar til orde for at helsetjenesten fortsatt bør bygge på en todeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Flere styringsnivåer vil ikke nødvendigvis gi bedre samhandling.

– Risikoen er flere beslutningslinjer, mer uklarerhet og større avstand mellom dem som styrer og dem som møter pasientene, sier Anne-Karin Rime. ■

Knut E. Braaten



Teamet: Fra venstre: Natalie Field, Alina Sandø, Michel van Schaardenburgh og Gunnar Hansen. Guus Wellesen var ikke til stede da bildet ble tatt. Foto: NTNU

Grunnutdanningsprisen til Michel van Schaardenburgh

Under Faglandsrådet 2026 ble Legeforeningens grunnutdanningspris tildelt førsteamanuensis Michel van Schaardenburgh ved NTNU.

« Jeg er genuint overrasket og rørt over å bli tildelt Grunnutdanningsprisen, sier Michel van Schaardenburgh.

Prisen gis til undervisere eller fagmiljøer som gjør en særlig innsats i medisinsk grunnutdanning, og som bidrar til å utdanne gode leger og være rollemodeller for medisinstudenter.

Michel van Schaardenburgh er lege, førsteamanuensis i anatomi og disseksjon ved NTNU og spesialist i allmennmedisin. Han tildeles prisen for sin evne til å gjøre anatomiundervisningen engasjerende, pedagogisk og relevant,

og for å skape et inkluderende og godt læringsmiljø.

– Michel van Schaardenburgh er en fremragende underviser som klarer å gjøre anatomi både engasjerende og lett å forstå. Han skaper et trygt og godt læringsmiljø og involverer studentene aktivt i undervisningen, sier leder av priskomiteen og medlem av Legeforeningens fagstyre, Henriette C. Jodal.

I nominasjonen trekkes det frem at han kombinerer høy faglig kompetanse med sterke pedagogiske evner, og at undervisningen er godt tilrettelagt.

– Særlig fremheves disseksjonsun-

dervisningen som svært godt organisert og lærerik. Han er også opptatt av å utvikle seg som underviser, og bruker aktivt tilbakemeldinger fra studentene til å forbedre undervisningen. Vi gratulerer Michel van Schaardenburgh hjerteligst med en velfortjent pris, sier Jodal.

van Schaardenburgh ble også nominert til prisen i 2025, noe som understreker at han over tid har gjort et sterkt inntrykk på studentene.

Han kunne ikke selv være til stede under utdelingen, da han for tiden er i USA. Derfra har han likevel sendt en hilsen – og refleksjoner rundt prisen:

– Jeg fikk beskjeden rett før påskeferien, og ærlig talt har det ikke helt sunket inn enda – ikke engang nå når jeg sitter i Albuquerque og forbereder meg på å presentere norsk anatomiundervisning for et internasjonalt publikum.

Det som særlig gjorde inntrykk på prisvinneren, var hvem som sto bak nominasjonen:

– Det som traff meg mest var at det er studentene selv som har nominert meg. Det kan ikke arrangeres eller kjøpes. Det er ekte, og det betyr mer enn noe annet.

For van Schaardenburgh er prisen også en anerkjennelse av et større fagmiljø:

– Prisen betyr også at det vi bygger i Trondheim blir sett. Gruppen for klinisk anatomi ved NTNU har jobbet hardt i mange år, og dette er en anerkjennelse av hele lagets innsats.

Han er opptatt av at anatomifaget rommer mer enn strukturer og navn:

– Vår viktigste læremester er ikke en lærebok, det er et menneske som har levd et liv. Når studentene møter anatomisalen for første gang, møter de noe eksistensielt.

– Når vi skaper undring og gjør faget relevant fra første dag, gir vi studentene noe de bærer med seg videre – ikke bare kunnskap, men en nysgjerrighet og et engasjement som gjør dem til bedre leger gjennom hele karrieren.

Hans råd til andre undervisere er tydelig:

– Be om tilbakemeldinger, og juster. God undervisning er ikke statisk. Den utvikler seg i dialog med studentene, semester etter semester.

Prisvinneren løfter også frem betydningen av godt samarbeid:

– Når teknikere, undervisere, ledelse og studenter spiller hverandre gode på tvers av roller og nivåer, skjer det noe. Da blir summen større enn enkeltdelene – og det merker studentene.

Avslutningsvis retter van Schaardenburgh en takk til kolleger og samarbeidspartnere ved NTNU, og særlig til donorene:

– De har tatt en av de mest dyptgripende beslutningene et menneske kan ta: å gi sin kropp til undervisning etter sin død. Det er en gave vi aldri kan gjøre oss fortjent til, bare forvalte med verdighet og dyp takknemlighet. Uten dem hadde ingenting av dette vært mulig. ■

Tor Martin Nilsen

Faglig påfyll og kollegastøtte på Soria Moria

Mange arbeidsmedisinere står alene i hverdagen. Nettopp derfor er Vårkonferansen og årsmøtet til Norsk arbeidsmedisinsk forening og Norsk forening for arbeidsmedisin en av årets viktigste møteplasser.

Samtidig som de første vårtegnene meldte sin ankomst i skogen rundt Soria Moria, gikk Vårkonferansen til Norsk arbeidsmedisinsk forening (Namf) og Norsk forening for arbeidsmedisin (Nfam) av stabelen. Over to dager sto både faglig påfyll og sosialt samvær med gode kolleger på agendaen.

– Mange arbeidsmedisinere står alene i jobben til daglig. Vårkonferansen er, sammen med januar-kurset på STAMI, en av få arenaer der du faktisk kan treffe likesinnede, sier Jarand Hindenes, leder i NFAM. Han fortsetter:

– Det er heller ikke mange muligheter for spesialister og ferdigutdannede til å delta fysisk på kurs og forelesninger der man kan diskutere, stille spørsmål og ha reell dialog. Mye skjer på Teams, og det skaper ikke helt den samme verdien.

Arbeidsmedisinens mange nyanser

Årets konferanse favnet bredt, men traff samtidig kjernen av det arbeidsmedisinere står i til daglig. Jus sto sentralt allerede første dag, med grundige gjennomganger av blant annet arbeidsulykkebegrepet, trykderettens arbeid og saksbehandling.

– Jus er noe vi stadig kommer borti, både på systemnivå og i enkeltsaker. Samtidig står vi midt i en høring om fremtidens yrkessykdomsliste, som engasjerer mange i fagmiljøet, sier Hindenes.

Teknologisk utvikling var også et gjennomgående spor. Programmet var innom alt fra nye målemetoder og eksponeringskontroll til kunstig intelligens, overvåkning og bruk av «wearables» i arbeidslivet.

→

Engasjert gjeng: Årets konferanse favnet bredt, men traff samtidig kjernen av det arbeidsmedisinere står i til daglig. Det var stort engasjement i salen under konferansen. Foto: Elin Lothe Haga / Legeforeningen





Alle sammen: Vårkonferansen til Norsk arbeidsmedisinsk forening (Namf) og Norsk forening for arbeidsmedisin (Nfam) er meget populær. Over to dager sto både faglig påfyll og sosialt samvær med gode kolleger på agendaen. Foto: Elin Lothe Haga / Legeforeningen

Ishita Barua, forfatter, førsteamanuensis i kunstig intelligens ved Universitetet i Agder, lege og gründer, engasjerte spesielt. Hun ga et tankevekkende innblikk i hvordan KI allerede påvirker helsevesen og arbeidsliv, og refleksjonene dette igangsatte fortsatte selv etter Barua gikk av scenen.

Fra antibiotika til sykmelding

Et annet tema som satte i gang både erfaringsdeling og konstruktive diskusjoner, var sykefraværarbeid.

Øyvind Stople Sivertsen, fastlege ved Bjølsen legesenter ga innsikt i hvordan prosjektet Bærekraftig sykemelding jobber, og hovedbudskapet hans var at akkurat som antibiotikabruken ble redusert med 30 prosent, må også sykmeldingen brukes mer treffsikkert.

– Dette er en viktig samfunnsdebatt, og vi opplever at bedre bruk av arbeidsmedisinsk kompetanse er en del av løsningen. Arbeidsmedisinere kjenner arbeidsplassene og tilretteleggingsmulighetene godt, men blir ikke alltid koblet på, sier Hindenes.

Ifølge ham handler dette i stor grad om manglende og lite brukervennlige systemer for kontakt mellom fastleger og bedriftsleger.

– Intensjonen om samarbeid er der, men dagens løsninger gjør kommunikasjonen mer tidkrevende enn nødvendig. Med bedre rammer kunne samhandlingen blitt både enklere og mer effektiv, sier han.

Felles dag med yrkeshygienikerne

Dag to av Vårkonferansen ble arrangert i fellesskap med Norsk Yrkeshygienisk Forening (NYF). Fokuset var forebygging av arbeidsrelatert sykdom og praktisk arbeidsmiljøarbeid.

– Yrkeshygiene og arbeidsmedisin er bærebjelkene i bedriftshelsetjenesten. Skal vi lykkes, er vi avhengige av et tett samarbeid, sier Hindenes.

Gjennom foredrag, praksiseksempler og felles diskusjoner ble det tydelig hvordan samspill mellom faggruppene styrker både kunnskapsgrunnlag og anbefalinger i arbeidslivet.

Mer enn et arrangement

At mange av deltakerne går igjen fra år til år, ser arrangørene som et kvalitetstegn.

– Skal vi stå sterkere som fag må vi møtes, og vi vet at de som deltar har stort utbytte av å være her. Vårkonferansen

er ikke bare et arrangement, den er et fellesskap, og her er det plass til mange flere, sier Hindenes.

Han fremhever at et sterkt fellesskap gir bedre forutsetninger for å påvirke beslutningstakere, og det er mye å ta tak i når det gjelder både rammevilkår og systemer.

På spørsmål om hvilke problemstillinger han håper er nærmere en løsning neste gang fellesskapet møtes, er svaret tydelig:

– Det hadde vært verdifullt om vi hadde fått på plass en ny yrkessykdomsliste og et utvalg som håndterer den på en god måte. Videre håper jeg at vi har kommet et steg videre med nasjonale anbefalinger for bruk av biologisk monitoring, og at rammene rundt utdanningen av spesialister innen både yrkeshygiene og arbeidsmedisin er bedre sikret. ■

Elin Lothe Haga

Legeforeningen styrker medlemsarbeid, digitalisering og utvikling

Legeforeningen styrker arbeidet med medlemskontakt, digitalisering og virksomhetsutvikling. Som del av dette arbeidet er Skjalg Engebø, Marit Helland og Anders Wigdahl ansatt i sentrale lederroller.

Skjalg Engebø er ansatt som direktør for den nye avdelingen for kommunikasjon og medlemskontakt. Avdelingen skal samle arbeidet med kommunikasjon og medlemskontakt i én enhet.

Han kommer fra stillingen som avdelingsdirektør i NHO Service og Handel, og har tidligere vært kommunikasjonsdirektør i Statens pensjonskasse og utviklingsredaktør i Aftenposten.

– Legeforeningen har en helt spesiell posisjon, med høy medlemsgrad og stor betydning i samfunnsdebatten. Jeg tror veldig på å samle kommunikasjon og medlemskontakt. Det vil gi oss innsikt og kraft til å bli enda mer relevante for legene i Norge – også de som ennå ikke er medlem, sier Engebø.

Marit Helland er ansatt som direktør for den nyopprettede avdelingen for digitale tjenester. Hun kommer fra rollen som partner i Deloitte, hvor hun har arbeidet med skyteknologi og programvareutvikling. Hun har også erfaring fra

større IT- og moderniseringsprosjekter fra blant annet Capgemini og Microsoft.

– Jeg brenner for å bruke teknologi til å skape effekt og utvikle helhetlige løsninger for medlemmene våre. Det gleder jeg meg til å jobbe med sammen med mine nye kolleger i Legeforeningen, sier Helland.

Anders Wigdahl er ansatt som direktør for Avdeling for økonomi og virksomhetsutvikling. Han kommer fra stillingen som økonomi- og driftsdirektør i Medibrix, tidligere Helseboka, og har tidligere hatt lederroller innen forretningsutvikling og digital utvikling i Aleris.

– Jeg ser frem til å jobbe i skjæringspunktet mellom fag, organisasjon og rammebetingelser, særlig der det er behov for tydelige prioriteringer og retning. Legeforeningen har en viktig rolle i å påvirke utviklingen av helsetjenesten, og det motiverer å få bidra i en tid hvor kravene til både kapasitet og omstilling øker, sier Wigdahl.

Helland og Wigdahl har allerede tiltrådt sine stillinger, mens Engebø tiltrer 1. august.

De nye ansettelsene og avdelingene er del av et bredere arbeid med å videreutvikle Legeforeningens organisasjon og tjenester.

Felles for satsingene er ønsket om å styrke medlemstilbudet, utvikle mer helhetlige tjenester og gjøre organisasjonen bedre rustet til å håndtere krav til omstilling, digital utvikling og samfunnspåvirkning i årene som kommer. ■

Kommunikasjonsavdelingen

Skjalg Engebø er ansatt som direktør for den nye avdelingen for kommunikasjon og medlemskontakt. Foto: Privat



Marit Helland er ansatt som direktør for den nyopprettede avdelingen for digitale tjenester. Foto: Privat



Anders Wigdahl er ansatt som direktør for Avdeling for økonomi- og virksomhetsutvikling. Foto: Troy Gulbrandsen / Legeforeningen



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 fagfelle vurdering av vitenskapelige manuskripter. Mer informasjon om deres bakgrunn finnes på tidsskriftet.no.

Abedini, Sadollah
 Andersen, Mette
 Andreassen, Ole A.
 Ausen, Kjersti
 Bachmann, Ingeborg Margrethe
 Bakken, Inger Johanne
 Bartnes, Kristian
 Beisland, Christian
 Berg, Siri Fuglem
 Berg, Tore Julsrud
 Berild, Dag
 Berntsen, Erik Magnus
 Berntsen, Gro Karine Rosvold
 Bjørner, Trine
 Bramness, Jørgen Gustav
 Brantsæter, Arne Broch
 Brattebø, Guttorm
 Braut, Geir Sverre
 Brekke, Mette
 Bretthauer, Michael
 Brustugun, Odd Terje
 Braarud, Anne-Cathrine
 Bøhmer, Ellen
 Chaudhry, Farrukh Abbas
 Dietrichs, Espen
 Døllner, Henrik
 Ebbing, Cathrine
 Ellingsen, Christian Lycke
 Eskild, Anne
 Evjenth, Torbjørn Steensen
 Faiz, Kashif
 Farooqi, Saima
 Flottorp, Signe Agnes
 Flægstad, Trond
 Fredheim, Olav Magnus
 Fretheim, Atle
 Frøen, Hege
 Fønnebo, Magne Vinjar
 Førde, Reidun
 Gjevik, Elen
 Gradmann, Christoph
 Grimsrud, Tom Kristian
 Gulbrandsen, Pål
 Gulseth, Hanne Løvdal
 Gundersen, Joanna Majak
 Hansen, John-Bjarne
 Hasle, Gunnar
 Haugen, Trine B.
 Haugaa, Kristina H.
 Heldal, Anne Taraldsen
 Helland, Åslaug
 Hem, Erlend
 Heyerdahl, Fridtjof
 Hilt, Bjørn
 Hjartåker, Anette
 Hjelmæsæth, Jøran Sture
 Hofmann, Bjørn
 Holme, Øyvind
 Holmøy, Trygve
 Houge, Gunnar
 Hovda, Knut Erik
 Hunskaar, Steinar
 Høye, Anne
 Høye, Sigurd
 Høymork, Siv Cathrine
 Haavardsholm, Espen

Ihle-Hansen, Hege
 Jacobsen, Anne-Synnøve
 Jacobsen, Geir Wenberg
 Joakimsen, Ragnar
 Johansen, Rune
 Johansen, Truls E. Bjerklund
 Juel, Niels Gunnar
 Jørgensen, Anders Palmstrøm
 Koppernæs-Pinhol, Anna
 Korvald, Christian
 Kran, Anne-Marte Bakken
 Kristoffersen, Målfrid
 Krohg-Sørensen, Kirsten
 Krohn, Jørgen Gitlesen
 Kurz, Kathinka Dæhli
 Kvestad, Ellen
 König, Marton
 Kørner, Hartwig
 Lang, Astri M.
 Lassen, Kristoffer
 Lie, Anne Kveim
 Lillebø, Kristine
 Løberg, Magnus
 Madsen, Steinar
 Mahesparan, Rupavathana
 Meisingset, Tore Wergeland
 Melin, Erik
 Milivojevic, Jovan
 Myhre, Mia Cathrine
 Müller, Lil-Sofie Ordning
 Myrstad, Marius
 Mørch, Kristine
 Nielsen, Rune
 Nilsen, Kristian Bernhard
 Nissen-Meyer, Lise Sofie H.
 Nordbø, Svein Arne
 Nordøy, Ingvild
 Nylenna, Magne
 Paulssen, Eyvind J.
 Paus, Benedicte
 Pihlstrøm, Lasse
 Pukstad, Brita Solveig
 Raknes, Guttorm
 Ranhoff, Anette Hylén
 Rasmussen, Jørn Einar
 Reed, Wenche
 Reikvam, Håkon
 Renaa, Therese
 Retterstøl, Kjetil
 Revheim, Mona-Elisabeth
 Risnes, Kari Ravndal
 Risøe, Cecilie
 Røgne, Tormod
 Rosvold, Elin Olaus
 Ræder, Johan C.
 Rørtveit, Guri
 Sandboe, Maria Ilene
 Samersaw-Lund, Miriam May Brit
 Simonsen, Gunnar Skov
 Skjold-Ødegaard, Benedicte
 Slagstad, Ketil
 Solberg, Steinar K.
 Sorteberg, Angelica
 Spigset, Olav
 Staff, Annetine
 Stray-Pedersen, Asbjørg

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

Tidsskriftet

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

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

© Tidsskrift for

Den norske legeforening

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

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

Utgiver

Den norske legeforening
Generalsekretær Siri Skumlien

Redaktøransvar

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

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

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



Pressens
Faglige Utvalg

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



Tidsskriftet støtter FNs bærekraftsmål og har skrevet under på SDG Publishers Compact.

Redaksjonen

Sjefredaktør Are Brean

Assisterende sjefredaktør Ragnhild Ørstavik

Redaksjonssjef Cathrine Idsøe

Digitalisjef Einar Ryvarden

Markedssjef Ellen Bye Knutsen

Vitenskapelige redaktører

Siri Lunde Strømme, Kari Tveito

Publiseringsredaktør Tone Enden

Debattredaktør Øyvind Stople Sivertsen

Medisinske redaktører Lars Frich,

Petter Gjersvik, Inge Rasmus Groote,

Mette Kalager, Liv-Ellen Vangsnes,

Martine Fimreite Wilhelmsen, Elena V. Aandstad

Produksjonssjef Berit Seljebotn

Visuelt ansvarlig Peder Bernhardt

Grafisk designer Henrik Hjorth Austad

Journalister Lisa Dahlbak Jacobsen, Caroline

Ulvin Johansson, Helena Heimer Rognstad

Manusredaktører Marit Fjellhaug Been,

Kjetil Dons Jensen

Teknisk redaktør Julie Didriksen

Produksjonskonsulent Åse Gjeffen

Redaksjonskonsulent Jorunn B. Kvarme

Produktsjefer Njål H. Anderssen, Tina Bjørnstad

Faste bidragsyttere

Simon Andrup, Gudrun Maria Waaler Bjørnelv, Jeanette Engquist, Jon Michael Gran, Tori Flaatten Halvorsen, Martin Hotvedt, Bård Reiakvam Kittang, Rita Gamlem Kristiansen, Sandra Marie Kristiansen, Charlotte Lunde, Stian Lydersen, Heidi Mestl, Kåre Moen, Karl Otto Nakken, Jan-Henrik Opsahl, Are Hugo Pripp, Jo Røislien, Melanie Rae Simpson, Eva Skovlund, Amanda Hylland Spjeldnæs, Marianne Riksheim Stavseth, Mats Julius Stensrud, Elisabeth Swensen, Marte Roa Syvertsen, Kari Toverud, Marit Tveito, Linn Vedeld, Alexander Wahl, Sigurd Ziegler, Geir Aamodt, Olaf Gjerløw Aasland

Redaksjonskomité

Kari Milch Agledahl, Jeanette Bjørke, Knut Eirik Ringheim Eliassen, Sverre Myren, Per Henrik Randsborg, Victoria Schei, Anne Cathrine Staff (leder)

Kontakt

Besøksadresse

Christiania Torv 5, Oslo

Postadresse

Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo

Sentralbord: 23 10 90 00

tidsskriftet.no

redaksjonen@tidsskriftet.no

annonser@tidsskriftet.no

oversettelse@tidsskriftet.no

stetoskopet@tidsskriftet.no

Trykk Aksell AS

Opplag 34 020

Antall utgivelser 15 numre per år

ISSN 0029-2001



KOMMER
23. JUNI

Les i neste nummer

- Høyt troponin T-nivå
- Stridor hos nyfødt
- Alkohol og helse
- Fra legelag til LIS
- Melaninrik hud

**Legejobber er mer
enn bare en
stillingsportal!**
Vi hjelper deg
som arbeidsgiver
med å finne
rett lege til rett jobb.



Ring oss for en hyggelig prat
om våre rekrutteringstjenester!

Legejobber 

Tlf. 417 01 070
legejobber@tidsskriftet.no