

Pride: Fra skam og kamp til flytende identitet

side 666

Skakke kropper, vond retting: Historien om Sophies Minde

side 732

Svekket profesjonsmakt, men økte forventninger til leger

side 737

Tidsskrift for
Den norske
legeforening

Tidsskriftet

Årets tidsskrift 2026
Norsk tidsskriftforening



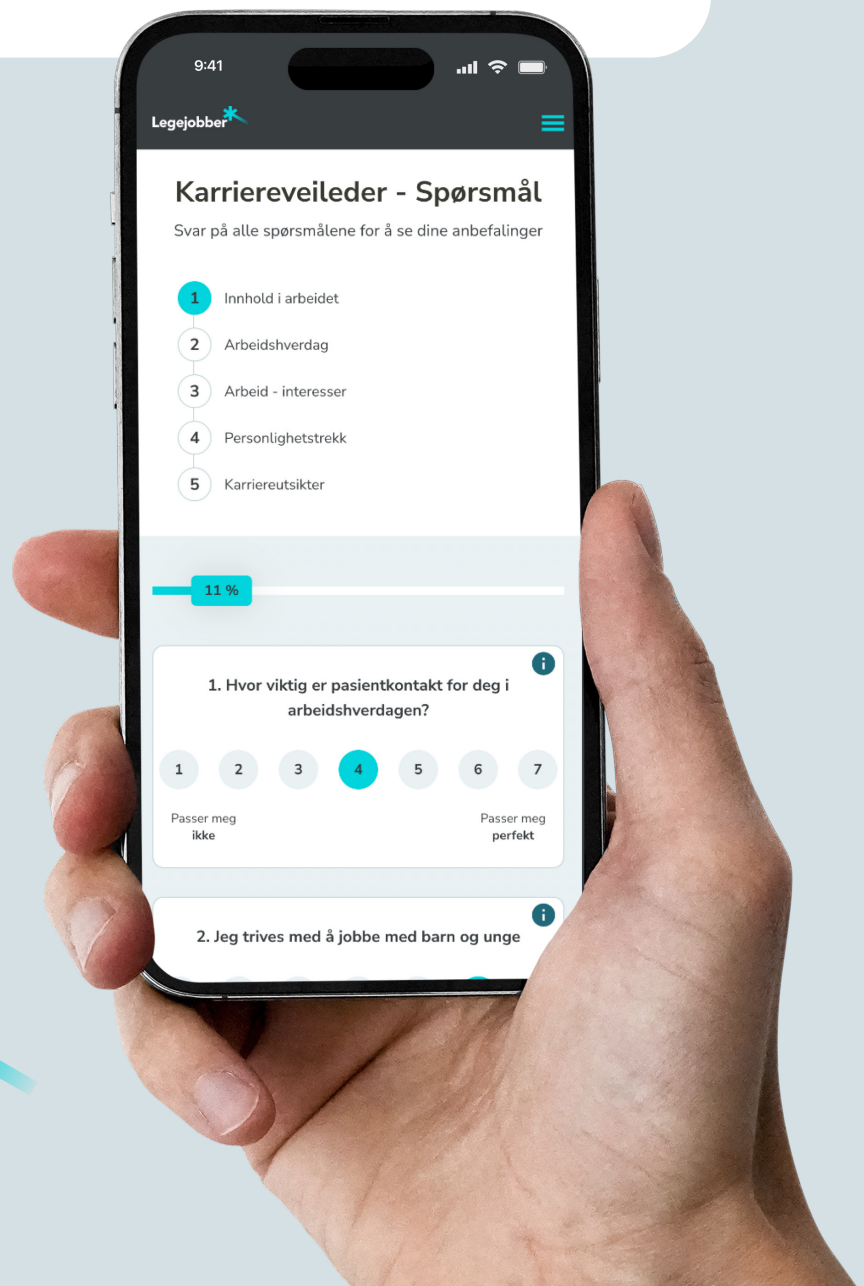
Nyhet!

Legejobber.no lanserer:

Digital karriereveileder

Usikker på hvilken spesialitet du skal velge?
Prøv Legejobbers nye karriereveileder og
se hvilke spesialiteter som passer deg.

Scan QR-koden
for å ta testen



Legejobber*

Til ungdommen



Are Brean
Sjefredaktør

Året 1905 kalles Albert Einsteins *annus mirabilis* – hans mirakuløse år. Da publiserte han, i en alder av 26 år, fire artikler som for alltid skulle endre vitenskapens syn på de grunnleggende konseptene masse, rom, tid og energi.

Skal vi tro en nylig publisert studie i Science, var ikke Einsteins unge alder noen tilfeldighet. I studien ble artikler fra mer enn 12,5 millioner forskere de siste 60 årene analysert. Forfatterne fant at unge forskere har stått for det meste av den disruptive forskningen. Jo mer erfaren en forsker blir, jo mindre er altså sannsynligheten for å produsere virkelig banebrytende resultater. Og sammenhengen ser ut til å gjelde alle forskningsfelt, også medisin. Studiens kommentarfelt i Science er, forutsigbart nok, en festlig parade av eldre professorer som protesterer mot resultatene.

Analysen viste for øvrig også at jo eldre forskere blir, jo eldre artikler tenderer de til å referere til – den såkalte nostalgieffekten. Det var nok ingen tilfeldighet at jeg startet denne minilederen med å referere til de over 100 år gamle artiklene til Albert Einstein. ■

Forsiden

Vi må kunne vente toleranse fra et samfunn som kaller seg human og demokratisk. Det skrev forfatterne av den aller første opplysningsbro-sjyren til Det norske forbundet av 1948 (nå: FRI – foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold) i 1951. I dag, 75 år senere, er det disse og de mange som gjennom årene har kjempet den samme kampen, vi kan takke for at barn som blir født i dag kan leve i et mer fargerikt,

kjønns mangfoldig og inkluderende samfunn. Men ennå har vi en vei å gå før det er trygt og fritt for alle skeive å være annerledes og seg selv.

Forsidebildet er tatt av kunstner Jannik Abel. Flere av Abels arbeider kan du se på jannikabel.no og [@jannikabel](https://www.instagram.com/jannikabel).



Foto: Jannik Abel

I denne utgaven:**Skakke kropper, vond retting**

«Som funksjonshindret [...] er jeg del av en liten minoritet som har lidd under forsøk fra stat og storsamfunn om å tilpasse enkeltmennesker [...] med skalpell, gips, strekk og metall som verktøy», skriver Bjørn Hatterud i sitt tankevekkende essay. Hans utgangspunkt er en ny bok om ortopedisykehuset Sophies Minde i Oslo, som inneholder mye kritikk av sykehusets praksis.

Side 732

**Alkoholbruk som legeproblem**

Anslagsvis 200 000–300 000 mennesker i Norge bruker alkohol på en måte som oppfyller kriteriene for alkoholavhengighet, og noen av dem er leger. Jørgen Bramnes, rusforsker og spesialist i psykiatri, omtaler en britisk kirurg sin historie om langvarig og problematisk alkoholbruk og hans vei til rusfrihet.

Side 728

Legelivet før og nå

Leger er ikke lenger mystiske medisinmenn eller privilegerte laugsmedlemmer, men vanlige mennesker med en unik og alltid etterspurt kompetanse, skriver Olav Gjerløw Aasland. Det er et paradoks at leger er fratatt mye av sin tradisjonelle status og makt, mens de samtidig forventes å bruke sin profesjonsmakt til å løse vanskelige samfunnsproblemer.

Side 737

Psykiatrihistorie sett fra en pasients ståsted

Historien om norsk psykiatri er i stor grad preget av legenes og institusjonenes perspektiver. Haaken Berghs selvbiografiske beretninger om erfaringene som psykiatrisk pasient gir et interessant bilde av norsk psykiatri og samfunnsdebatt på begynnelsen av 1900-tallet, ifølge Petter Aaslestad og Erlend Hem.

Side 706

Innhold

Leder

665 Hendelser ved vann
Tone Enden

Invitert kommentar

666 Fra skam og kamp til flytende identiteter
Mari Bjørkman

668 Fra militærlegens kontor
Kjetil Askim

670 Perimenopause
Mette Haase Moen, Ingrid Baasland, Inger Øverlie

Debatt**Debatt**

672 Norge er ikke dårlig på sekundærprofylakse etter hjerteinfarkt
Kaare Harald Bønaa, Tor Ole Klemsdal, Tom Wilsgaard, Dag S. Thelle

673 Plastbruk til besvær
Elisabeth Tran, Matilla Færevåg Berger, Ellen Rygh

675 Bruker din pasient for mye Snapchat?
Ayna Mousavi

Kronikk

678 Mer systematisk oppfølging etter fødsel
Ingerid Bentsen, Åsa Waldum, Meryam Sugulle, Atle Klovning, Annetine Staff

684 Klinisk og ikke-klinisk bruk av MDMA
Tor-Morten Kvam, Ivar W. Goksøyr, Lowan H. Stewart, Mark Berthold-Losleben, Ingrid Autran, Ole A. Andreassen

688 Hva er utbrenthet?
Mari Asphjell Bjørnaas, Erlend Hem, Karin Isaksson Rø

Vitenskap og praksis**Fra andre tidsskrifter**

694 Økt risiko for senskader hos barn født av mødre i LAR-behandling
Martine Fimreite Wilhelmsen

695 Bedre sekundærforebygging av hjerneslag
Petter Gjersvik

695 Videospill gir bedre triagering
Martine Fimreite Wilhelmsen

696 Kronisk nyresykdom er underdiagnostisert
Martine Fimreite Wilhelmsen

nr. 8/2026

Utgivelsesdato
23. juni 2026

698	Noe å lære av En kvinne i 70-årene med brystmerter og vedvarende høye troponin T-nivåer <i>Benedicte Christina Bertelsen, Eirik Qvigstad, Anne Cecilie K. Larstorp, Hege Ihle-Hansen</i>
704	Kort kasuistikk Ductus arteriosus-aneurisme hos nyfødt med inspiratorisk stridor <i>Sanchai Thayaparan, Sverre Sigurd Lamens, Frederick Thaddeus Pochylski, Stein Magnus Aukland, Stian Torkildson Ryste</i>
706	Medisinsk historie Innesperret på galehus i elleve år – tilfellet Haaken Bergh <i>Petter Aaslestad, Erlend Hem</i>
714	Medisinen i bilder Kløfter i tungen <i>Emilie Hanson Brochmann, Jakob Lillemoen Drivenes</i>
715	Medisin og tall Hva skal til for å tro på en ikke-underlegenhetsstudie? <i>Heidi Mestl</i>
716	Språkspalten Svart, mørk eller melaninrik hud? <i>Jan Øyvind Holm</i>
718	Fra fagmiljøene Klinisk transfusjonshåndbok er oppdatert <i>Tor Audun Hervig, Mirjana Grujic Arsenovic, Çiğdem Akalin Akkök, Barbora Jacobsen</i>
719	Livslosen – et selvmordsforebyggende tilbud <i>Ingrid Nyhus, Erik Kreyberg Normann</i>
720	Nytt nasjonalt nettverk for radiologi <i>Aslak Aslaksen, Mia Mowinckel-Nilsen, Kim Noremark, Florentina Gorqaj, Siw Skaar, Veronica Berg, Elisabeth Bruvoll, Morten Trøøyen, Tove Johansen, Eva Friberg</i>
721	Klokere bruk av blodprøver <i>Magnus Andreas Rognlien Husøy</i>

Magasin

722	Intervju Sund fornuft <i>Martin Hotvedt</i>
728	Essay Drikk vi for mye? <i>Jørgen G. Bramness</i>

732	Når skakke kropp er rettes opp <i>Bjørn Hatterud</i>
736	Legelivet Mangelfullt samarbeid mellom fastleger og psykisk helsevern <i>Ina Grung, Berit Horn Bringedal</i>
737	Fra laug til LIS <i>Olaf Gjerløw Aasland</i>
738	Ett døgn med Millimeterpresisjon og marginer <i>Caroline Ulvin Johansson</i>
742	Fra arkivet Bokseren som kollapset i 1926 <i>Julie Didriksen</i>
744	Ph.d.-disputaser
746	Minneord

Annonser

748	Legejobber
-----	-------------------

Aktuelt i foreningen

753	Med ønske om en god sommer <i>Anne-Karin Rime</i>
754	Landsstyremøtet 2026: Leger skal ikke stå alene <i>Knut E. Braaten</i>
755	Lederprisen til Katrine Brække Norheim <i>Ingrid Rise Fry</i>
756	Skarpe fronter i debatt om likeverdige helsetjenester <i>Elin Lothe Haga</i>
757	Innsamlingsrekord til Medisinstudentenes humanitæraksjon <i>Elin Lothe Haga</i>
758	Sykehusmodell med faget i sentrum <i>Tor Martin Nilsen</i>
760	Prisdryss fra Legeforeningen <i>Ingrid Rise Fry</i>
762	Bildeglimt fra landsstyremøtet 2026

legejobber.no

Norges mest komplette stillingsportal for leger

UTVALGTE STILLINGER

FINNMARKSSYKEHUSET HF

Overlege, lungesykdommer

Frist 12. juli

STATENS SIVILRETTSFORVALTNING

Kommisjonsmedlem

Frist 30. juni

GISKE KOMMUNE

Fastlegevikar

Frist 28. juni

HELSEBLIKK AS

Allmennlege

Frist 1. august

HELSE STAVANGER HF

Overlege, rus- og
avhengighetsmedisin

Frist 10. august

HELGELANDSSYKEHUSET HF

Overlege, gastro-
enterologisk kirurgi

Frist 1. juli

HELSE MØRE OG ROMSDAL HF

Overlege, psykiatri

Frist 1. juli

HELSE FONNA HF

Overlege, radiologi

Frist 30. juni

HELSE FØRDE HF

Lege i spesialisering, psykiatri

Frist 1. juli

VESTRE VIKEN HF

Overlege, klinisk nevrofysiologi

Frist 30. juni

Hendelser ved vann

Tittelen viser til en kjent svensk krimroman og tv-serie. Dessverre skjer det også i virkeligheten at hendelser ved vann medfører død.

Om sommeren ferdes mange ved, på og i vann, og drukningstallene er en trist nedside ved årstiden som mange gleder seg til. Årlig omkommer i gjennomsnitt 85 personer i drukning i Norge (1). Mindre enn 5 % skjer fra yrkesfartøy, og det forebyggende arbeidet mot drukning er i hovedsak rettet mot fritidsaktiviteter.

Det å drukne deles inn i drukning med døden til følge og drukning der personen overlever, med eller uten skader. De fleste senfølger etter drukning er pulmonale, nevrologiske og/eller kardiale og er knyttet til hypoksemi og hypotermi.

Isykehus kan druknede pasienter tas imot som multitraume og inkluderes i nasjonalt traumeregister, men kun hvis det foreligger andre traumerelaterte skader (2). I Norsk pasientregister har generell skaderegistrering vært så lav som ned mot 40 %, og for druknings-skader kan andelen være enda lavere (3). Registrerte drukninger i Norge er derfor i all hovedsak drukning med dødelig utfall, og vi har liten oversikt over drukningsulykker der personen overlever.

Redningsselskapets drukningsstatistikk over fatale drukninger baserer seg på medieovervåking, informasjon fra politi og direktorater samt fra selskapets egne oppdragsdata, mens tall på drukning i dødsårsaksregisteret er gjennomgående lavere (1, 4). Drukningstatistikk som uttrykk for risiko for drukning i Norge er dermed en underestimert, og risikogrupper kan være skjevt representert i dataene. I tillegg vet vi lite om alvorlighet og andre karakteristika hos gruppen som overlever drukning – kunnskap som kunne hatt betydning for forebyggende tiltak og evalueringen av disse.

Nye danske tall indikerer at drukning med og uten dødelig utfall skjer omtrent like hyppig (5). Svenske data viser tilsvarende fordeling, og at de overlevende oftere var yngre og kvinner sammenlignet med fatale drukninger (6). Det er usikkert i hvilken grad dette er overførbart til norske forhold.

Her hjemme ønsker frivilligheten og fagmiljøer å opprette et nasjonalt drukningsregister (7). Regjeringens handlingsplan for forebygging av drukningsulykker, som kom i fjor, har ingen omtale av et slikt register (3). Det er derfor uklart hvordan det skal finansieres og driftes. 21 landsdekkende aktører i paraplyorganisasjonen Flyte er sentrale pådrivere for registeret og for en nullvisjon for drukningsdød. Men det er kun det siste som får støtte i handlingsplanen.

Drukningstatistikk som uttrykk for risiko for drukning i Norge er en underestimert, og risikogrupper kan være skjevt representert i dataene

Når det kommer til bedre registerdata for drukning, vil regjeringen heller «arbeide videre med analyse og tilgjengeliggjøring av data fra Norsk pasientregister» (3). De viser i den sammenheng til Fyrtårnprosjektet som jobber for bedre skaderegistrering ved trafikkskader (8). Satsingen, med blant annet opprettelse av skadekoordinatører i sykehus og legevakt, forventes oppsummert neste år. I hvilken grad en mer systematisk registrering fra trafikken kan overføres til drukning, gjenstår å se.

Handlingsplanen er blitt kritisert for å være uklar og lite forpliktende. Frivilligheten skal «fortsette å være en del av grunn-

beredskapen» sammen med redningstjeneste og nødetater. Den forventes for eksempel å bistå kommunene i svømmeopplæring til barn og voksne. Det sagt, i planen bevilget regjeringen 78 millioner til en tilskuddsordning for svømmeopplæring i norske barnehager. Men politisk hestehandel trumfet faglig begrunnelse: I det påfølgende budsjettforliket med Sp, Rødt, SV og MDG ble ordningen og bevilgningen strøket (9).

Svømmeopplæring er fortsatt god drukningsforebygging. I Folkehelseinstituttets kunnskapsoppsummering fra 2024 var svømmeopplæring og bruk av redningsvest i båt de viktigste forebyggende tiltakene mot drukning (10). Dette er gammelt nytt, i samme gate som at alkoholbruk medfører økt drukningsrisiko. I dag er det lov å kjøre småbåt med 0,8 i alkoholpromille, men ingen har sett på effekten av å senke promillegrensen ved bruk av fritidsbåt. Det i seg selv er et funn. At påbud er mer effektivt enn informasjon alene, er et annet funn. Det siste kan likevel ha begrenset relevans for norske forhold, da flere av studiene omhandlet påbud om sikring av private svømmebasseng.

På verdensbasis dør 300 000 av drukning hvert år. Fattige er særlig utsatt, nesten hver fjerde er et barn under fem år og vel halvparten er under 30 år. I Norge er 80 % av dem som dør i drukning 40 år eller eldre. De som dør i forbindelse med bruk av fritidsbåt, er nesten bare menn, og halvparten er rus-/alkoholpåvirket og/eller uten redningsvest (1).

Dersom uhellet skjer, kan førstehjelp være livreddende. Om vedkommende, barn eller voksen, ikke puster selv, gå i gang med hjerte- og lungeredning: fem innblåsing etterfulgt av vekselvis 30 brystkompresjoner og to innblåsing. Fortsett til ambulanse eller andre med medisinsk utstyr og hjertestarter kommer til.

Verdens helseorganisasjon har satt drukning på dagsordenen, blant annet med 25. juli som årlig merkedag. Både internasjonalt og her hjemme er det mulig å forebygge bedre. I påvente av mer kunnskap om hva som nytter mot drukning, kan det å være oppmerksom på andres atferd bidra til en sommer med færre alvorlige hendelser ved vann. ■

Tone Enden

tone.enden@tidsskriftet.no

Tone Enden er ph.d., spesialist i radiologi og publisering/redaktør i Tidsskriftet.

Litteratur

- 1 Redningsselskapet. Redningsselskapets drukningsstatistikk. Lest 2.6.2026.
- 2 NKT traume. Hvor mange overlever etter innleggelse i sykehus for traume? Del 1 av 2. Lest 2.6.2026.
- 3 Regjeringen. Handlingsplan for forebygging av drukningsulykker. Lest 2.6.2026.
- 4 FHI. Dødsfall av ulykker etter alder og dødsårsak, antall. Lest 2.6.2026.
- 5 Breindahl N, Wolthers SA, Jensen TW. The epidemiological profile of non-fatal and fatal drowning: A Danish nationwide registry-based cohort study. The Lancet 2026. Preprint. Lest 2.6.2026.
- 6 Claesson A, Krig A, Jonsson M et al. Incidence and characteristics of drowning in Sweden during a 15-year period. Resuscitation 2021; 162: 11–9.
- 7 Flyte. Registerstudiet - et nasjonalt kunnskapsløft for drukningsforebygging. Lest 2.6.2026.
- 8 Fyrtårnprosjektet FHI. Lest 2.6.2026.
- 9 Mejlbø K. Kuttet støtten til svømmeopplæring i barnehagene. Utdanningsnytt 2.1.2026. Lest 2.6.2026.
- 10 FHI. Tiltak for å forebygge drukning: En kunnskapsoppsummering. Lest 2.6.2026.

Fra skam og kamp til flytende identiteter

Kampen for aksept av lesbiske og homofile har utviklet seg til en polarisert samfunnsdebatt om kjønnsidentitet, medisinsk praksis og rettigheter i helsevesenet.



Jeg hoppet inn i tidslinjen for homofiles historie en dag i 1982. Situasjonen i Norge på den tiden var preget av ganske stor aksept, men også skam. Vi hadde en følelse av annerledeshet som var uønsket av både oss selv og de rundt, og som vi måtte slåss for å stå i. Åpenhet ble forvaltet med kløkt, og aksept utløste takknemlighet. Det var mye snakk om man var *født sånn* eller *blitt sånn*, og dette ble knyttet til aksept eller ikke. Hvis man var født sånn måtte man bli akseptert, for man kunne ikke lastes eller gjøre noe med det. Hvis man var blitt sånn, burde man velge å være heterofil.

Vi var lesbiske, homofile, bifile og transpersoner. Vi identifiserte oss med en av disse kategoriene, og da fant vi fellesskap og stolthet. Kategoriene var, slik kategorier i sin natur er, både begrensende og definerende. I dag er det mest vi eldre som bruker disse ordene om oss selv. Yngre kaller seg skeive: «En samlebetegnelse for seksuelle orienteringer, kjønnsuttrykk og kjønnsidentiteter som bryter med samfunnets forventninger om at man skal være heterofil og ciskjønn. Homofil, lesbisk, bifil, aseksuell, panfil og trans er eksempler på identiteter som går inn under ordet skeiv.» (1). Bare beskrivelsen av hva *skeiv* betyr nå for tiden (tidligere var det mer politisk) indikerer at identitetsarbeidet er endret.

Vi er nå i 2026 på tidslinjen for skeives historie. Begrepsbruken er selvsagt ikke frikoblet fra samfunnsutviklingen. Bakteppet er globalisering, høyteknologi og individualisering. Fellesskap er byttet ut med selvrealisering, ikke bare for skeive. Tradisjoner, faste rammer og forutsigbare livsløp har kommet i bakgrunnen. Nye

måter å være sammen på trer frem. I land som vårt føles det som alt er mulig og alt er lov, kun det tekniske begrenser. Nå er det opp til individet å kontinuerlig skape, revurdere, presentere og forsvare sin selvidentitet allerede fra ung alder (2).

Kanskje utfordrer spørsmålet om kjønnsidentitet i enda større grad enn seksuell orientering grunntanken om at man enten er *født sånn* eller *blitt sånn*. Er kjønnsidentitet medfødt iboende eller noe man velger? Skal kjønn defineres av hvordan kroppen ser ut eller hva man føler? Flytende og foranderlige identiteter, kategorier som ikke lenger er gyldige, normer som ikke kan tas for gitt – her er det kanskje enda sterkere følelser hos majoritetsbefolkningen. For individet kan det oppleves som et spørsmål om å eksistere eller ikke. Hvordan kan argumentet avvises for transpersoner, mens det er økt aksept for lesbiske, homofile og bifile?

Helsevesenet er en viktig aktør i debatten. Der homofile «bare» trenger aksept, trenger personer med kjønnsinkongruens ofte også medisinsk hjelp for å bedre samstemme kroppen med opplevd kjønn. Her er det stor uenighet om hva som er riktig, særlig når det kommer til behandling. Eller kanskje uenigheten egentlig ikke er så stor, men frontene er steile og diskusjonsklimaet er vanskelig. Ulike forskningsstudier tas til inntekt for enten en liberal eller en restriktiv posisjon, uavhengig av studiens metode og kvalitet, og den nyanserte mellomposisjonen er fraværende (3). Forskere og fagfolk kvier seg for å delta i både faglig utvikling og samfunnsdebatt. Den polariserte situasjonen skader både pasienten og faget.

Her burde de nasjonale helsemyndighetene ha vist et større lederskap. Den gjeldende norske nasjonale faglige retningslinjen for kjønnsinkongruens som kom i 2020, omhandlet bare organiseringen av helsetjenesten (4). Den førte til at vi nå i hver helseregion har et regionalt senter for kjønnsinkongruens som tilbyr utredning, psykisk behandling og psykososiale tiltak. Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens ved Oslo universitetssykehus er fortsatt det eneste stedet som utreder videre og eventuelt gir medisinsk og/eller kirurgisk behandling. Men det eksisterer ingen enhetlig medisinskfaglig retningslinje for hverken primær- eller spesialisthelsetjenesten, og de ulike fagmiljøene kan derfor basere seg på ulike deler av tilgjengelig forskning.

Bare beskrivelsen av hva *skeiv* betyr nå for tiden (tidligere var det mer politisk) indikerer at identitetsarbeidet er endret

Mangelen på klare anbefalinger fra helsemyndighetene hemmer faglig fruktbar diskusjon og opprettholder polariserte posisjoner. Flere land har kommet med egne medisinske retningslinjer (5–7), noe også norske helsemyndigheter bør gjøre. Vi trenger også mer god forskning, og det bør gis midler både til det og til bedre behandlingsskapasitet. Leger ønsker å gi behandling som bedrer livskvalitet på kort og lang sikt, og første bud er å ikke skade. Mennesker med kjønnsinkongruens fortjener forsvarlig behandling av beste kvalitet. Samtidig må vi alle jobbe for et mer forsonlig diskusjonsklima. ■

Illustrasjon: Tidsskriftet

Mari Bjørkman

mari.bjorkman@gmail.com

Mari Bjørkman er ph.d., spesialist i allmenntilleggsmedisin og fastlege ved Rosenhoff legegruppe, Oslo. Hun var leder for Norsk forening for allmenntilleggsmedisin sin Faggruppe for lesbisk, homofil, bifil og trans helse i perioden 2007–26. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Skeiv Ungdom. Skeiv fra A-Å. Lest 2.5.2026.
- 2 Reckwitz A. Slutten på illusjonene. Politikk, økonomi og kultur i det senmoderne. Oslo: Cappelen Damm, 2024.
- 3 Mykletun A. Polarisingen i transdebatten svekker både forskning og pasientbehandling. Aftenposten 3.5.2026. Lest 10.5.2026.
- 4 Helsedirektoratet. Kjønnsinkongruens. Lest 10.5.2026.
- 5 The Cass Review. Independent review of gender identity services for children and young people. Lest 10.5.2026.
- 6 Society for evidence based gender medicine. Recommendation of the Council for Choices in Health Care in Finland (PALKO / COHERE Finland). Medical Treatment Methods for Dysphoria Related to Gender Variance In Minors. Lest 10.5.2026.
- 7 Socialstyrelsen. Uppdaterade rekommendationer för hormonbehandling vid könsdysfori hos unga. Lest 10.5.2026.

Fra militærlegens kontor

«Det er annerledes nå. Vi sørger for at de unge soldatene får høre erfaringsrapporter av ukrainere som har vært ved fronten. Vi har diskusjoner i ettertid for å sørge for at de vet hva som forventes av dem dersom det verste skulle skje».

Veteranen jeg hadde på legekantoret blunket ikke. Han hadde vært på flere internasjonale oppdrag i områder med krig og kjente realiteten soldater møter i en konflikt.

Noe er annerledes nå. De fleste yrkesaktive leger i dag har bare arbeidet i en periode som ofte beskrives som en dyp fred. En periode hvor mange har håpet og trodd at noe så barbarisk som krig hørte fortiden til. En tid hvor Forsvaret i Norge i stor grad har tilpasset sin drift til internasjonale operasjoner med mindre grupper av høyt selektert og trent personell. Dette ga Norge et godt ry i NATO, har begrenset den politiske slagsiden og har kostet mindre.

Dessverre har de siste årene vist at de store konflikters tid ikke er over. Krigen i Ukraina har gått inn i sitt femte år, autoritære krefter er på fremmarsj og NATOs eksistens er mildt sagt usikker. Barbariets tidsalder er ikke over.

Innen militær teori sies det at man ofte forbereder seg på forrige krig. Slik har Forsvaret de siste 20 årene tilpasset sin aktivitet til operasjonene i Afghanistan og Irak, også hva gjelder helsehjelp. Dersom noen ble skadet, kunne man ofte hente ut vedkommende med helikopter og ha hen på operasjonsbordet innen en time. Soldatene var unge og i utgangspunktet friske, og tilgangen på utstyr var god.

Dette står i stor kontrast til striden i Ukraina. Der er gjennomsnittssoldaten omkring 40 år gammel (1). Droner, artilleri og ild som sikter på ambulanser, fører til lange evakueringskjeder. Transporttid fra frontlinje til operasjon tar ofte over 12 timer (2) – langt utenfor den gyldne timen vi er vant til i vår sivile hverdag. Samtidig ser man sterk økning i antimikrobiell resistens (3) og høy bruk av turniké (4).

Med alt dette i bakhodet kan det være rart å møte norske vernepliktige i 20-årsalderen. Mange er motiverte og opplever tjenesten som meningsfylt. Samtidig er det utfordringer. Dagens soldater er i dårligere form enn for bare et par år siden. Siden 2020 har andelen soldater som består NATOs tidskrav på 3 000 meter løp falt fra 96 % til 82 % for menn og fra 62 % til 38 % for kvinner. Samtidig har andelen som får laveste karakter i kategorien fysisk form, økt fra 7 % til 23 % (5). Andre nasjoner ser en lignende utvikling (6).

Fra medisinen vet vi at dårligere fysisk form øker risikoen for belastningsskader. Dette stemmer godt med inntrykket fra militærlegekontoret, hvor belastningsbrudd, plantarfasitter, medialt tibialt smertesyndrom og lumbago er hyppig forekommende blant rekrutter. Det hjelper selvsagt ikke at rekruttperioden har gjennomgått en effektivisering som gir lengre dager, mer pensum og færre befal. Det gir mindre tid til mat, ro og søvn, som i seg selv begrenser restitusjonsevnen og bidrar til risiko for skader.

Situasjonen i Ukraina og statusen blant norske rekrutter preger dagene i det militærmedisinske arbeidet. Selv om vi kan snakke om at Forsvaret har en egen helsetjeneste, er denne relativt liten. Når vi trenger spesialistkompetanse, er det nesten alltid den sivile spesialisthelsetjenesten som

gjør jobben. Mange av legene som jobber i Forsvaret, har dessuten i tillegg en eller flere jobber i det sivile. Slik sett har vi kun ett helsevesen i Norge.

Hva vil da skje om vi får en konflikt på norsk jord? Den norske befolkningen er ca. 1/8 av den ukrainske. Det er anslått at ca. 500 000 har dødd eller blitt skadet i Ukraina siden 2022, noe som innebærer ca. 342 skadde og døde per dag (7). Omregnet til en norsk populasjon, ville dette daglig gitt ca. 43 skadde og døde eller ca. 300 skadde og døde per uke. Til sammenligning var det 69 døde og 66 skadde ved terrorangrepet på Utøya i 2011.

Ved en konflikt her i nord med samme intensitet og skadeomfang som i Ukraina ville det altså ikke vært usannsynlig med langt mer enn dobbelt så mange skadde og døde som etter Utøya – hver eneste uke. Mengden sykdom, skade og død ville da vært på et nivå der mange leger og annet helsepersonell ville blitt mobilisert til arbeid. Enkelte kommuner i Norge har påbegynt lokale planer for hvordan de skal få tjenestene sine til å gå rundt dersom de skulle miste tilgangen til 60 % av eget helsepersonell. En slik virkelighet vil tvinge frem en streng prioritering innenfor ressursbruk og behandling. Det vil kreve en helt annen mental innstilling fra leger og annet helsepersonell, men også fra systemet, politikerne og befolkningen. Det er derfor viktig at man snakker om, forbereder seg på og øver på et slikt scenario.

Tilbake på kontoret skulle jeg avslutte konsultasjonen. Veteranen snudde i døra. «Det er kun noen år til min eldste skal inn. Jeg veit ikke hva jeg gjøre om en krig skulle komme og barnet mitt, ikke jeg, er den som må kjempe.» ■

Kjetil Askim

kjetil.askim@gmail.com

Kjetil Askim er garnisonlege i Hæren og lege i spesialisering i allmenntillegemedisin ved Brumunddal legesenter. Han er leder for Norsk militærmedisinsk forening og Hedmark legeforening. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Saradzhyan S. Average Age of Ukrainian Soldiers Is Past 40 and That Could Be a Problem. Harvard Kennedy School. Belfer center for Science and International Affairs 3.11.2023. Lest 28.4.2026.
- 2 Gerard S, Onderková A, Benhassine M et al. NATO Medical Evacuation Workshop Report: Optimizing the Vigorous Warrior Live Exercise Series to Yield Observations and Experiences from Ukraine in Large-scale Combat Operations. Military Medicine 2026. doi:10.1093/milmed/usag108
- 3 Hodgetts TJ, Naumann DN, Bowley DM. Transferable military medical lessons from the Russo-Ukraine war. BMJ Mil Health 2025; 171: 101–4.
- 4 MEDCoE Lessons Learned. Ukraine medical lessons learned report. The Pulse of Army Medicine 1.6.2025. Lest 10.5.2026.
- 5 Misje TS, Lundstadsveen, Reinlund R et al. Det har skjedd noko med det norske folk: – Alarmen bør gå. TV2 2.1.2026. Lest 2.1.2026.
- 6 Centers For Disease Control And Prevention. Unfit to Serve. Lest 9.2.2026.
- 7 Centers For Disease Control And Prevention. Russia-Ukraine War in 10 Charts. Lest 27.2.2026.

Calcigran Forte

NY SMAK:
Appelsin

NY SMAK:
Jordbær/
vanmelon



Eneste tablett med styrke:
1000 mg kalsium og
800 IE vitamin D*
Nå med nye smaker!

- ✓ Kan tygges eller suges
- ✓ Krever hverken vann eller mat
- ✓ Dosering i én tablett

KI-generert bilde

*Basert på sammenligning med godkjente produkter i A12AX-kategorien i Norge, april - 2026. Styrke i linje med daglig referanseverdi for kalsiuminntak hos voksne over 25 år i Norge: 950 mg/dag (NNR 2023 / Helsedirektoratet). **Calcigran Forte 1000 mg/800 IE tyggetabletter.** **Virkestoffer:** Kalsium (som kalsiumkarbonat) og vitamin D₃ (kolekalsiferol). **Indikasjon¹:** Forebygging og behandling av vitamin D- og kalsiummangel hos voksne med identifisert risiko. Tilleggsbehandling ved osteoporose når det er risiko for mangel på vitamin D og kalsium. **Administrasjonsform:** Tygges eller suges, uavhengig av måltid. **Dosering¹:** 1 tyggetablett daglig. **Kontraindikasjoner¹:** Alvorlig nedsatt nyrefunksjon, sykdommer eller tilstander som resulterer i hyperkalsemi og/eller hyperkalsiuri, nyresten, D hypervitaminose. **Viktig sikkerhetsinformasjon¹:** Ved langtidsbehandling bør serumkalsium og nyrefunksjon overvåkes. **Pakning og pris:** 60 tyggetabletter, kr 262,40. **Reseptgruppe:** C. Ingen forhåndsgodkjent refusjon. Individuell stønad kan innvilges for utvalgte indikasjoner i henhold til gjeldende regelverk. For fullstendig produktinformasjon, se preparatomtale på www.felleskatalogen.no eller www.dmp.no. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Orifarm Healthcare A/S, Energivej 15, 5260 Odense S, Danmark. info@orifarm.com **Referanse:** ¹ Calcigran Forte SPC, tilgjengelig på www.dmp.no NO-CALC-2600002, utarbeidet mai 2026



Perimenopause

Det er økende etterspørsel etter behandling av symptomer i overgangsalderen, ikke minst av plager i perimenopausen.

Etter et par tiår med lav interesse for hormonbehandling i klimakteriet har etterspørselen økt. Spesielt etterlyses behandling for plager i perimenopausen (1).

De siste fem årene har bruken av systemisk hormontilskudd ved overgangsalder doblet seg her til lands (2). Overgangsalderen er en periode hvor det opptrer symptomer som kan relateres til det aldrende ovarium, med tap av follikler og endring av kjønnshormoner. Perimenopausen starter når syklus er forlenget med en uke, ifølge Straw-stadiene for reproduktiv aldring (3). Oftest er kvinnen midt i 40-årene, men perimenopausen kan starte både tidligere og senere. Varigheten varierer fra få måneder til i gjennomsnitt fire år, og kan vare opptil ti år (4). Perimenopausen slutter ett år etter menopausen (3).

I klinisk praksis møter vi i økende grad kvinner i 40-årene med diffuse plager som nedstemthet, fatigue, konsentrasjons- og hukommelsesvansker («hjernetåke»), søvnløshet, med og uten hetetokter, samt vekslende regelmessige og uregelmessige blødninger. Mange hevder at «hetetoktene takler jeg, men ikke følelsen av ikke å kjenne meg selv igjen».

Østrogennivåene svinger voldsomt i perimenopausen, fra knapt målbare til høye verdier

Østrogennivåene svinger voldsomt i perimenopausen, fra knapt målbare til høye verdier. Dette kan i seg selv gi plager, især hos sårbare kvinner som tidligere har reagert på normale sykliske hormonendringer på grunn av tilstander som premenstruelt syndrom, postpartumdepresjon og ADHD. Angst øker signifikant hos kvinner etter 45 år, og i en dansk studie rapporterte 43 % moderate eller alvorlige psykiske plager i perimenopausen (depresjon, irritabilitet, angst og utmattelse) (5). Det er en sterk assosiasjon mellom angst og hetetokter i perimenopausen, men ikke postmenopausalt (6).

Østrogen er et effektivt antidepressiv til perimenopausale kvinner, men ikke til postmenopausale, noe som understøtter teorien om at hormonsvingninger er en viktig årsak til depresjon i perimenopausen. Det foreligger få gode studier som primært har sett på effekten av hormonbehandling på angst og depresjon. På tross av robuste epidemiologiske data og randomiserte studier som bekrefter perimenopausen som et «sårbarhetsvindu» for angst og depresjon, vet vi lite om underliggende mekanismer (7). Det er imidlertid kjent at østrogen og progesteron interagerer med dopamin og GABA og påvirker hukommelse, følelsesregulering og kognitiv funksjon (8).

Leger har god rutine med hormonbehandling hos postmenopausale kvinner, men håndteringen av plager i perimenopausen er en utfordring fordi egenproduksjonen av hormoner er til stede i et uregelmessig mønster. I tillegg kan psykososiale faktorer medvirke. En gjen-



Henri Matisse (1869–1954), *Profil de femme* (1946)

nomgang av kvinnens livssituasjon bør være første tiltak. Er hun overbelastet av krevende jobb, ansvar for hjem og familie samt ambisiøse fritidsaktiviteter? Klarer hun ikke lenger multitasking og mange baller i luften? Sover hun dårlig? Har hun hetetokter? Hvordan skal legen gripe det an? Det er ikke alltid at hormonbehandling er målrettet behandling.

Blødningsforstyrrelser behandles med gestagener. Vasomotoriske symptomer behandles effektivt med østrogen. Skal man velge østrogen eller psykofarmaka når angst og depresjon er hovedsymptom? Østrogenbehandling vil ofte være et ønske fra pasienten, kanskje også et krav, og et forsøk med østrogen kan være veiledende for videre terapi. Hos kvinner uten kontraindikasjoner kan kombinert p-pille være en løsning for å oppnå hormonell stabilitet, sikre kontroll med endometriet og menstruasjonsyklusen, sørge for tilstrekkelig østrogentilførsel og gi sikker prevensjon. Ved forventet menopausealder, ca. 52 år, kan behandlingen prøvesepones.

Fastleger og gynekologer har en sentral rolle i å hjelpe kvinner i perimenopausen med å sortere hvilke plager som kan tilskrives hormonelle endringer, og hva som kan ha andre årsaker. Behandlingen bør tilpasses den enkelte, med utgangspunkt i type plager, risikoprofil og kvinnens egne preferanser (9). ■

Mette Haase Moen

mette.moen@ntnu.no

Mette Haase Moen er dr.med., spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og professor emerita ved NTNU. Hun er The North American Menopause Society-sertifisert menopausebehandler. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt honorar og kongress- og reisestøtte fra Gedeon Richter.

Ingrid Baasland

Ingrid Baasland er ph.d., spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, avtalespesialist og leder ved Baaslandklinikken i Trondheim og postdoktor ved Kreftregisteret, Folkehelseinstituttet og ved Allmenntilleggs medisinsk forskningsenhet, NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt forelesningshonorar og reisestøtte fra Astellas, Bayer, Exeltis og Gedeon Richter og rådgitt Astellas, Bayer og Exeltis. Hun er medforfatter av kapittelet om menopause i Veileder i gynekologi (ubetalt).

Inger Øverlie

Inger Øverlie er dr.med., spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og overlege ved Medicus Oslo. Hun er medforfatter av kapittelet om menopause i Veileder i gynekologi (ubetalt). Forfatteren har fylt

ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt forelesningshonorar fra Astellas og Besins, reisestøtte fra Besins og rådgitt Bayer.

Litteratur

- 1 Lereng A, Kristin P. Mølmann trodde hun var i ferd med å bli dement. Svaret lå i en hormonell fase hun ikke hadde hørt om. Aftenposten 31.1.2026. Lest 22.5.2026.
- 2 FHI. Hormontilskudd ved overgangsalder. Lest 19.5.2026.
- 3 Hale GE, Zhao X, Hughes CL et al. Endocrine features of menstrual cycles in middle and late reproductive age and the menopausal transition classified according to the Staging of Reproductive Aging Workshop (STRAW) staging system. J Clin Endocrinol Metab 2007; 92: 3060–7.
- 4 Avis NE, Crawford SL, Greendale G et al. Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. JAMA Intern Med 2015; 175: 531–9.
- 5 Biener SN, Jørgensen TSH, Hybholt M. Women in Healthy Transition (KISO) Survey: a cohort of 153,800 women aged 45–59 years living in Denmark. Eur J Epidemiol 2025; 40: 1251–61.
- 6 Freeman EW, Sammel MD, Lin H et al. The role of anxiety and hormonal changes in menopausal hot flashes. Menopause 2005; 12: 258–66.
- 7 Cohen LS, Soares CN, Vitonis AF et al. Risk for new onset of depression during the menopausal transition: the Harvard study of moods and cycles. Arch Gen Psychiatry 2006; 63: 385–90.
- 8 Osianlis E, Thomas EHX, Jenkins LM et al. ADHD and sex hormones in females: a systematic review. J Atten Disord 2025; 29: 706–23.
- 9 Norsk gynekologisk forening. Overgangsalder (menopause). Lest 19.5.2026.

Annonse

OTINOVA®

Otinova® ørespray – mot øregangsbetennelse

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

Selges på
alle apotek



Slik gjør du

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

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

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



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

Norge er ikke dårlig på sekundærprofylakse etter hjerteinfarkt

Stadig færre får hjerteinfarkt i Norge. Det tyder på god primærforebygging, men i det siste er det hevdet at vi er vi dårlige på sekundærforebygging.

tre artikler nylig publisert i Tidsskriftet er forfatterne samstemte om at vi i Norge er dårlige på sekundærforebygging etter hjerteinfarkt. Jortveit og medarbeidere finner i en originalartikkel, nylig kåret av Tidsskriftet som den beste i 2025, at mange hjerteinfarktpasienter har kjent koronarsykdom fra tidligere og at måloppnåelsen for sekundærprofylakse er lav (1). Kommentartikkelen peker på at resultatene kan synes «både nedslående og overraskende» (2), og sjefredaktøren skriver at «vi lykkes ikke godt med sekundærprofylakse etter hjerteinfarkt» (3). Vi opplever også at det gjentas ofte i media og i foredrag på kurs og konferanser at vi i Norge er dårlige på sekundærprofylakse etter hjerteinfarkt. Men stemmer dette?

Feil mål

Først: Insidensen av hjerteinfarkt er på retur, og dødeligheten er lavere i Norge enn i de fleste andre vestlige land. I 2024 var 30 dagers letalitet lavere i Norge enn i andre OECD-land, inkludert Sverige og Danmark (4).

Jortveit og medarbeidere finner at 30 % av pasienter som innlegges med akutt hjerteinfarkt har hatt koronarsykdom tidligere (1), de aller fleste hadde residivinfarkt (5). De mener dette innebærer at vi ikke har lykkes med sekundærforebygging. Dette er overraskende. Er norsk helsetjeneste blant de beste på primærforebygging og behandling i akuttfasen av hjerteinfarkt (4) – for så å svikte på sekundærforebygging?

At om lag 30 % av pasientene innlagt med hjerteinfarkt har hatt hjerteinfarkt tidligere, forteller lite om kvaliteten på sekundærforebygging

At om lag 30 % av pasientene innlagt med hjerteinfarkt har hatt hjerteinfarkt tidligere, forteller lite om kvaliteten på sekundærforebygging. Skal man først bruke et slikt mål, hvilket vi mener er feil, så viser data fra Norsk hjerteinfarktregister at andelen med residivinfarkt har gått ned fra 31 % i 2013 til 28 % i 2024 – i en periode med ca. 25 % reduksjon i insidens (5). Det må bety at vi er minst like gode på sekundærprofylakse som primærprofylakse. Og andelen med residivinfarkt i Norge er omtrent som i Sverige, som hevdes å ha bedre sekundærprofylakse enn Norge (6).

Dersom andelen pasienter med residivinfarkt skal brukes som indikator på kvalitet på sekundærprofylakse, blir det ikke korrekt å ha antallet nye tilfeller av hjerteinfarkt i nevneren, som i Jortveit og medarbeideres artikkel (1). Brøkens nevner må i stedet være antallet pasienter som er i risiko for å få et nytt infarkt.

Europeiske data (7) og Tromsundersøkelsen (8) tyder på at antallet prevalente tilfeller av hjerteinfarkt i Norge i 2024, og som dermed var i risiko for å få residivinfarkt, var om lag 125 000. Det reelle antallet er sannsynligvis høyere, siden befolkningsundersøkelser oftest inkluderer en friskere del av befolkningen.

Norsk hjerteinfarktregister viser at det i 2024 var 2 781 residivinfarkt (5). I løpet av et år var det altså om lag 2,2 % av dem i risikozonen som fikk et residivinfarkt, mens 97,8 % unngikk residivinfarkt. Det kan argumenteres for at dette tyder på god sekundærprofylakse, ikke dårlig.

Risikoen for residivinfarkt kan ikke reduseres til 0 %, siden mange pasienter har høy alder og utbredt koronar aterosklerose. Selv i randomiserte studier av selekterte pasienter som får optimal sekundærprofylakse, finner man en årlig forekomst av residivinfarkt på 1–2 % (9).

Jortveit og medarbeidere fant videre at bare 2 % av pasientene med residivinfarkt oppfylte behandlingsmålene for seks sekundærprofylaktiske tiltak (1). Spesielt var det dårlig måloppnåelse for blodtrykk, kroppsmasseindeks og LDL-kolesterolnivå.

Risikoen for residivinfarkt kan ikke reduseres til 0 %, siden mange pasienter har høy alder og utbredt koronar aterosklerose

At kun 35 % av pasientene hadde blodtrykk < 140/90 mmHg, og med fallende andel de siste ti årene i studien, står i kontrast til befolkningsutviklingen. Dette kan skyldes akuttmålinger ved infarktinnleggelsen. Behandlingsmål for blodtrykk gjelder etter hvile i fem minutter, ikke etter målinger i en stresset situasjon. Den polikliniske modulen for Norsk hjerteinfarktregister viser at i 2023 hadde om lag 80 % av pasientene blodtrykk < 140/90 mmHg ett år etter utskrivning (5).

Vi stiller også spørsmål ved om det er dokumentert nytte av å tilstrebe kroppsmasseindeks på < 25 kg/m². Kroppsmasseindeks er ikke en sterk risikofaktor for residivinfarkt og inngår i liten grad i retningslinjene (10).

Problematisk konklusjon

Det er viktig å understreke at studien til Jortveit og medarbeidere er en tverrsnittsstudie. Et slikt design gir ingen informasjon om hva utgangsverdiene var da de sekundærprofylaktiske tiltakene ble initiert. Det er fullt mulig at en betydelig andel faktisk oppnådde substansielle forbedringer, som en halvering av LDL-kolesterol, en blodtrykksreduksjon på rundt 20 mmHg og en solid vektnedgang, uten at pasientene nødvendigvis nådde de ideelle behandlingsmålene som Jortveit og medarbeidere refererer til. Under slike forutsetninger fremstår det som metodologisk og klinisk problematisk å konkludere med at sekundærprofylaksen har «sviktet» hos disse pasientene.

Sist, men ikke minst, så gir Jortveit og medarbeideres artikkel ingen opplysninger om utgangsverdiene for risikofaktorer eller måloppnåelse for sekundærprofylaktis-

ke tiltak hos den store majoriteten av hjerteinfarktpasienter som var i risiko for residivinfarkt, men som unngikk dette. Individualisert, god sekundærprofylakse kan ha bidratt til at de øvrige unngikk residivinfarkt.

Oppsummert forteller studien til Jortveit og medarbeidere oss ikke noe sikkert om effekten av eller kvaliteten på dagens sekundærprofylakse, annet enn at pasienter som får residivinfarkt, har et høyere nivå av risikofaktorer enn det ideelle. Dette tyder på at det finnes et forbedringspotensial i sekundærprofylaksen, men materialet gir ikke grunnlag for å beregne hvor godt sekundærprofylaksen fungerer i hele populasjonen av tidligere infarktpasienter. ■

Kaare Harald Bønaa

kaare.harald.bonaa@ntnu.no

Kaare Harald Bønaa er dr.med., spesialist i indremedisin og i hjertemedisin, overlege ved Hjerte- og thoraxklinikken, St. Olavs hospital og professor emeritus ved NTNU. Han er faglig leder for Norsk hjerteinfarktregister. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Tor Ole Klemsdal

Tor Ole Klemsdal er dr.med., spesialist i indremedisin og i hjertemedisin og overlege ved Seksjon for preventiv kardiologi, Oslo universitetssykehus, Aker. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt konsultasjonshonorar fra Vetenskapsrådet og foredragshonorar fra Novo Nordisk, Boehringer Ingelheim, Den norske legeforening og Eldre legers forening.

Tom Wilsgaard

Tom Wilsgaard er professor i biostatistikk og epidemiologi og leder av forskningsgruppen Kroniske sykdommers epidemiologi ved Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Dag S. Thelle

Dag S. Thelle er dr.med., spesialist i indremedisin og professor emeritus ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Jortveit J, Munkhaugen J, Kaldal A et al. Sekundærførebygging hos hjerteinfarktpasienter med kjent koronarsykdom. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0186.
- Wiseth R. Sekundærprofylakse ved koronarsykdom: behov for intensivert innsats. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0715.
- Brean A. Det sårbare livet. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.15.01.
- OECD. Health at a Glance 2025: OECD Indicators. Lest 15.5.2026.
- Norsk hjerteinfarktregister. Årsrapport for Norsk hjerteinfarktregister 2024. Lest 22.5.2026.
- EuroHeart. Annual Report 2025. Lest 15.5.2026.
- Timmis A, Petersen SE, Van Belle E et al. European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics 2025. Eur Heart J 2026; ehag345.
- Einarsson SB, Styliadis M, Løchen M-L et al. Prevalens av og risikofaktorer for selvrapportert hjerteinfarkt og atrieflimmer hos samer og ikke-samer i Tromsøundersøkelsen. Hjerteforum 2021; 34: 53–9.
- Lincoff AM, Brown-Frandsen K, Colhoun HM et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes. N Engl J Med 2023; 389: 2221–32.
- Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J 2021; 42: 3227–337.



Illustrasjonsfoto: Carmen Ruiz Alonso / iStock

Tekst: Elisabeth Tran et al.

Plastbruk til besvær

Helsevesenet er avhengig av plast. Store miljømessige og økonomiske gevinster kan oppnås ved å innføre nasjonale målkrav for hele helsetjenesten.

Verdens plastproduksjon har økt eksponentielt. En økende mengde dokumentasjon indikerer at plast utgjør en fare for folkehelse og miljø (1). Plast er laget av fossile produkter som er tilsatt kjemikalier, hvor mange er kjente karsinogener, nevrotoksiner og hormonhermere som ftalater og bisfenoler (1, 2). Forskningen på kausalitet mellom mikro- og nanoplast og helseisiko er beheftet med metodiske svakheter, hvilket ble omtalt i en nylig publisert kronikk i Tidsskriftet (3). Vi er enige om at helseeffektene av mikroplast er usikre. Dagens kunnskap tilsier likevel at vi bør være føre var og begrense unødvendig plastbruk i helsesektoren.

Helseskadelige helsetjenester

Innføring av plastprodukter har betydd mye for helsesektorens fremgang og effektivitet. Gradvis har vi blitt avhengig av plastprodukter i operasjonsutstyr, hygieneartikler, personlig beskyttelsesutstyr og emballasje. De er gjerne billige, lett tilgjengelige og blir brukt og kastet i store kvanta. Helsesektorens plastforbruk utgjorde 5 % av det globale plastavfallet i 2020 (2). Plastoverforbruket medfører betydelige klimagasutslipp, som igjen går ut over folkehelsen (4).

Det brukes enorme summer på unødvendig plast i helsevesenet, selv om mange løsninger for plastreduksjon allerede eksisterer (5). Prosjektet Plasts smart sykehus ble gjennomført på Oslo universitetssykehus i 2023 (5). Det viste at plastavfall utgjorde 60 % av restavfallet og at 40 % av restavfallet kunne blitt gjenvunnet. Videre fant man at 11 % av brukte engangsartikler som pinsetter, peanger, pussbekken og

urinflasker kunne vært endret til flergangsversjoner. Å bytte fra engangsvarmejakker til flerbruksjakker kunne spart norske sykehus for rundt 20 % av kostnadene og 100 tonn plastavfall per år. Innkjøpsprisen og kostnader tilknyttet vask ville blitt høyere, men tiltaket blir regnet som besparende på sikt (6).

Det er estimert at 70–175 millioner hansker blir brukt nødvendig i Norge hvert år (7). Feilbruk av hansker kan medføre dårligere håndhygiene og dermed spredning av helsetjenesteassosierte infeksjoner (7). I et annet prosjekt ble hanskebruken redusert med 30 % på syv måneder. Blant tiltakene ble en ny type hanskedispenster introdusert, hvor ikke mange hansker falt ut på en gang (8). Verktøyet Tiltaksbanken Grønt sykehus gir flere forslag til en mer bærekraftig drift (9). Mange er overførbare til alle typer helsetjenester.

Endringer skjer allerede i flere land. På et sykehus i London førte kampanjen The gloves are off til at 21 tonn restavfall tilsvarende 1,3 millioner norske kroner ble spart på ett år (5). På sykehus i Sveits og England resulterte bytte fra engangs- til flergangsartikler under matserving i at det ble spart opptil 1 million norske kroner (5). Dersom tilstrekkelige tiltak gjennomføres i Europa og Nord-Amerika, vil helsesektoren sammenlagt kunne kutte plastbruken med 53 %, redusere klimagassutslipp med 55 % og spare 18 milliarder dollar årlig innen 2040 (2).

Det brukes enorme summer på unødvendig plast i helsevesenet, selv om mange løsninger for plastreduksjon allerede eksisterer

Anbefalinger er ikke nok

Mange lokale initiativ er iverksatt, men vi mangler en nasjonal plan med konkrete målkrav for hele helsetjenesten, både offentlig og privat. Helsedirektoratets veikart for helsetjenesten omtaler plastreduksjon og økt gjenvinning, men dette er kun rådgivende anbefalinger (10). Regulering og insentiver på politisk nivå er nødvendig. Norge har vært et pådriverland i FN for å vedta en global plastavtale, men hittil uten å lykkes (11).

Helsekonsekvensene av plast er ikke fullt ut kartlagt. Men én ting er sikkert: De miljømessige og økonomiske gevinstene av redusert plastforbruk i helsesektoren er udiskutable. Norges helsemyndigheter og helsevesen må ta dette på alvor. Plastoverforbruket i helsevesenet bør bli en viktig del av både en nasjonal plan for helsetjenestene og forhåpentligvis en kommende global plastavtale. ■

Alle tre forfatterne er medlemmer av Legenes klimaaksjon. Legenes klimaaksjon er et partipolitisk uavhengig nettverk av helsepersonell og helsefagstudenter som vil hindre massiv helseskade fra menneskeskapt global oppvarming og ødeleggelse av natur. Se legenesklimaaksjon.no

Elisabeth Tran

Elisabeth Tran er lege i spesialisering i geriatri ved Drammen sykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Matilla Færevåg Berger

Matilla Færevåg Berger er lege ved Skadepoliklinikken Bergen, Haukeland universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ellen Rygh

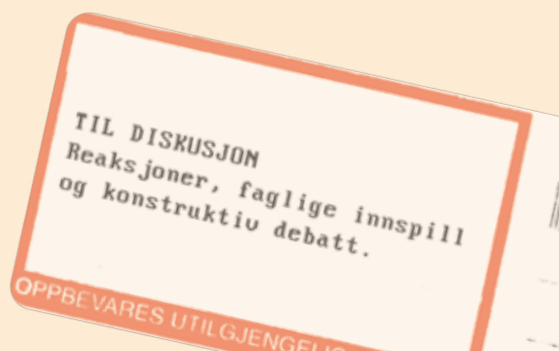
ryghellen@gmail.com

Ellen Rygh er spesialist i samfunnsmedisin og nå pensjonist. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Landrigan PJ, Dunlop S, Treskova M et al. The Lancet Countdown on health and plastics. *Lancet* 2025; 406: 1044–62.
- Healthcare Without Harm. A Prescription for Change: Rethinking plastics use in healthcare to reduce waste, greenhouse gas emissions and costs. Lest 21.3.2026.
- Dirven H, Granum B, Andreassen M et al. Stor oppmerksomhet rundt små plastpartikler. *Tidsskr Nor Legeforen* 2026; 146. doi: 10.4045/tidsskr.25.0786.
- Landrigan PJ, Raps H, Cropper M et al. The Minderoo-Monaco Commission on Plastics and Human Health. *Ann Glob Health* 2023; 89: 23.
- Mepex. Plastsamt sykehus. Lest 10.5.2026.
- Plataniti L, Askham C. Life Cycle Sustainability Assessment (LCSA) of disposable and reusable warm jackets at Oslo University Hospital. Norwegian Institute for Sustainability Research, 2024. Lest 21.3.2026.
- Lindstad CB, Myrbakk T, Fagernes M et al. Bærekraftig smittevern – av med hansken. *Tidsskr Nor Legeforen* 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.24.0343.
- Helse Sør-Øst. Slik kan du redusere unødvendig bruk av engangshansker! Lest 21.3.2026.
- Helse Sør-Øst RHF. Redusere unødvendig forbruk i sykehusdrift – Tiltaksbanken Grønt sykehus. Lest 26.4.2026.
- Helsedirektoratet. Veikart mot en bærekraftig, lavutslipp og klimatilpasset helse- og omsorgstjeneste kapittel 7.4. Lest 10.5.2026.
- Klima- og miljødepartementet. Ingen plastavtale nå. Lest 21.3.2026.

Les flere
debattartikler på
tidsskriftet.no:





Bruker din pasient for mye Snapchat?

Spør pasienten om tidsbruk på sosiale medier. Svaret vil kanskje overraske deg.

Som leger er en sentral del av jobben å utrede og behandle pasienters symptomer og plager. Grunnsteinen i arbeidet er en god anamnese, og vi har lært å stille en rekke gode spørsmål som hjelper oss i å forstå pasientens situasjon og plager best mulig. Likevel er det mange av oss som ikke stiller et trolig essensielt spørsmål: Hvor mange timer bruker pasienten daglig på sosiale medier?

Psykologiske taktikker

Sosiale medier er et fenomen som på få tiår har vokst til å bli noe veldig mange bruker i hverdagen (1, 2), og som noen til og med har som arbeidsplass (3). Det kan være Snapchat, Facebook, Instagram eller TikTok. Felles for disse er algoritmer som er designet for å få oss til å bruke dem lengst mulig (4). I likhet med kasinoer og gambling bygges algoritmene på psykologiske taktikker for å øke leverandørenes inntekter og gevinster (5). Dette går dessverre på bekostning av vår fritid og helse.

Ifølge statistisk sentralbyrå bruker 8 av 10 nordmenn sosiale medier hver dag (2). Gjennomsnittlig bruker vi nordmenn i underkant av to timer hver dag, som utgjør nesten 14 timer i uken. Hvor mange timer man bruker på sosiale medier, varierer i befolkningen, og spesielt for den yngre garde er det ikke uvanlig at man har over fire timers bruk hver eneste dag.

Kan kobles til sykdom

Sosiale medier er et relativt nytt fenomen, men vi har allerede forskning som kobler sosiale medier med flere alvorlige symptomer, spesielt hos ungdom: søvnforstyrrelser, oppmerksomhetsforstyrrelser, utmattelse, problemer med selvbilde og spisevegring (6–8). Mennesker som bruker mye tid på sosiale medier, får også mindre tid til fysisk aktivitet, sosialisering og hobbyer.

Algoritmene bygges på psykologiske taktikker for å øke leverandørenes inntekter og gevinster. Dette går dessverre på bekostning av vår fritid og helse

I tillegg til å være en god kartleggingsarena vet vi også at spørsmål som legen stiller har betydning for pasientens helse. Når legen spør deg om alkohol- og tobakkvaner, er dette en intervensjon som bidrar til god helse (9, 10). Jeg har tro på at om vi stiller pasientene spørsmål om bruk av sosiale medier, kommer befolkningen etter hvert til å ha en mer proaktiv holdning til deres tidsbruk på sosiale medier.

I takt med vår teknologiserte verden og kunnskap om de negative helseeffektene som sosiale medier har, er det på tide at vi inkluderer spørsmål om tidsbruk på sosiale medier som en del av vårt anamneseopptak. ■

Ayna Mousavi

aynaz.mousavi@gmail.com

Ayna Mousavi er LIS1-lege på Haukeland universitetssjukehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Ortiz-Ospina E. The rise of social media. Our world in data 18.11.2019. Lest 11.5.2026.
- 2 Statistisk sentralbyrå. 14511: Andel av befolkningen som bruker ulike sosiale medier en gjennomsnittsdag, etter app/nettside, år og alder. Lest 11.5.2026.
- 3 Medietilsynet. Hva kommuniserer norske og utenlandske influensere til norske ungdommer på sosiale medier? 2023. Lest 11.5.2026.
- 4 Metzler H, Garcia D. Social Drivers and Algorithmic Mechanisms on Digital Media. *Perspect Psychol Sci* 2024; 19: 735–48.
- 5 Möhlmann M, Gregory R, Henfridsson O. Algorithmic Stakeholder Governance on Content Platforms: A Lead Role Perspective. *J Manage Inf Syst* 2025; 42: 799–831.
- 6 Karim F, Oyewande AA, Abdalla LF et al. Social Media Use and Its Connection to Mental Health: A Systematic Review. *Cureus* 2020; 12: e8627.
- 7 Alwuqaysi B. A systematic review and meta-analysis of social media's influence on mental health, family functioning, and visual content. *Soc Sci Humanit Open* 2025; 12: 101793.
- 8 Padín PF, González-Rodríguez R, Verde-Diego C et al. Social media and eating disorder psychopathology: A systematic review. *Cyberpsychology (Brno)* 2021; 15: 6.
- 9 National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Screen and Assess: Use Quick, Effective Methods. Lest 11.5.2026.
- 10 Papadakis S, Anastasaki M, Papadakaki M et al. 'Very brief advice' (VBA) on smoking in family practice: a qualitative evaluation of the tobacco user's perspective. *BMC Fam Pract* 2020; 21: 121.

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 tilstrekkelig 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 sulfonylurea (SU) eller insulin). Vurder en lavere dose av insulin/ SU for å redusere denne risikoen ved T2D. *Vanlige:* Genitale infeksjoner, urinveisinfeksjoner. *Mindre vanlige:* Volumdepleksjon 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.

Tekst: Ingerid Bentsen et al.

Mer systematisk oppfølging etter fødsel

Når en kvinne har hatt svangerskapskomplikasjoner som gir økt fare for senere hjerte- og karsykdom, svikter vi henne i oppfølgingen?

Kvinner med gjennomgåtte svangerskapskomplikasjoner, inkludert preeklampsi, svangerskaphypertensjon og svangerskapsdiabetes, har økt risiko for hjerte- og karsykdom, på gruppenivå. Likevel viser vår ferske nettbaserte spørreundersøkelse fra Norge at under halvparten av disse kvinnene tilbys relevant helseoppfølging etter fødsel. Hva innebærer den anbefalte primærforebyggende innsatsen etter slike svangerskapskomplikasjoner?

Kvinner som har hatt preeklampsi, svangerskaphypertensjon eller svangerskapsdiabetes, har en godt dokumentert epidemiologisk økt risiko for hjerte- og karsykdom resten av livet (1, 2). Derfor anbefaler både den norske *Veileder i fødselshjelp*, utgitt av Legeforeningen i samarbeid med Norsk gynekologisk forening (3, 4), og flere andre nasjonale og internasjonale faglige retningslinjer (5–11) en systematisk primærforebyggende helseoppfølging av kvinner som har hatt slike svangerskapskomplikasjoner. Den norske retningslinjen anbefaler oppfølging i fastlegesystemet, med enkel avklaring av kardiovaskulær risikoprofil ved 3- og 12-månederskontroll etter fødselen samt generelle livsstilsråd i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger. Ved 12 måneder etter fødselen foreslås det at kvinnen sammen med sin fastlege legger en plan for fremtidig oppfølging av for eksempel blodtrykk, blodlipider, HbA1c, BMI, røyking og fysisk aktivitet (3, 4), tilpasset hennes risikoprofil. Likevel møter vi mange kvinner som aldri har fått høre at svangerskapskomplikasjonen deres kan betraktes som en gylden mulighet til å ta tak i risikofaktorer for fremtidig hjerte- og karhelse.

Faller mellom to stoler

Nylig publiserte vi funnene fra en nettbasert spørreundersøkelse fra Norge i 2024–25 (12). Nær 600 kvinner som opplyste at de hadde hatt hypertensive svangerskapskomplikasjoner og/eller svangerskapsdiabetes, deltok. Bare 36 % av disse rapporterte at de hadde fått noen form for forebyggende hjerte- og karoppfølging etterpå. Flere kvinner påpekte at ansvaret for oppfølgingen ofte faller mellom to stoler – spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og flere har selv måttet insistere på slik oppfølging.

Kommentarer fra kvinnene tydet på at for flere avvek sannsynligvis oppfølgingen etter svangerskapskomplikasjonene fra gjeldende retningslinjer – for eksempel fikk de kun helseoppfølging i neste svangerskap eller kun måling av HbA1c én gang etter svangerskapsdiabetes i stedet for årlig, slik det er anbefalt (4).

Vår publiserte studie bygger på selvrapporterte opplysninger etter en rekruttering via plakatoppslag på sykehus og sosiale medier (Facebook og medlemsinformasjon via brukerorganisasjoner) (12) og inkluderer derfor neppe et representativt utvalg av kvinner i Norge med slike svangerskapskomplikasjoner. Svarene gir likevel en tydelig pekepinn: Mange kvinner opplever at de ikke får oppfølging. Studien indikerer behov for en bedre organisering av oppfølgingstilbudet.

Bedre oppfølging de siste årene

Spørreundersøkelsen viste en lovende tidstrend. Andelen kvinner med gjennomgått hypertensive svangerskapskomplikasjoner og/eller svangerskapsdiabetes som oppga å ha fått primærforebyggende oppfølging, har nærmest doblet seg etter 2018 sammenlignet med før (44 % sammenlignet med 23 %) (12). →

Det virker å være et betydelig sprik mellom det retningslinjene anbefaler og det kvinnene opplyser at skjer i praksis



Tegninger:
Heather Spears
(1934–2021)
Fra serien *Labour and
birth*. Wellcome
Collection, CC BY 4.0

De norske anbefalingene om postpartum-oppfølgning etter hypertensive svangerskapskomplikasjoner og svangerskapsdiabetes kom i *Veileder i fødselshjelp* utgitt i 2016. Økningen i andelen kvinner som rapporterer at de har fått informasjon og oppfølging, tyder på at anbefalingene når frem. Likevel virker det å være et betydelig sprik mellom det retningslinjene anbefaler og det kvinnene opplyser at skjer i praksis.

Funnene samsvarer med tidligere studier. I en amerikansk studie ble bare 6 % av kvinner med hypertensjon i svangerskapet informert om økt risiko for senere hjerte- og karsykdom, til tross for klare anbefalinger (13). En annen amerikansk studie konkluderte med kunnskapshull hos helsepersonell når det gjelder kvinners langsiktige kardiovaskulære risiko etter svangerskapskomplikasjoner (14). En kvalitativ studie gjennomført i Stavanger-regionen viste manglende helseoppfølging av kvinner etter svangerskapsdiabetes (15).

Hvorfor følges ikke anbefalingene?

At retningslinjer i veilederen i fødselshjelp (3, 4) ikke ser ut til å implementeres i praksis, kan ha flere årsaker. Kunnskapsmangel både i primær- og spesialisthelsetjenesten er en mulighet. Flere kvinner i vår studie etterlyste også bedre informasjonsflyt mellom tjenesteneivåene. Siden svangerskapsoppfølging er delt mellom primærhelsetjenesten (både jordmor og fastlege) og spesialisthelsetjenesten (fødeavdelinger), kan ansvaret for hvem som skal informere og følge opp kvinnen, glippe mellom aktørene. Fastlegenes rolle er viktig i det primærforebyggende arbeidet, fordi de følger kvinner gjennom et langt livsløp. De kan tilby persontilpasset oppfølging og behandling basert på kvinnens individuelle risikoprofil og motivasjon for livsstilsendring. Dette står ikke i motsetning til at mange gravide i Norge nå følges av jordmor i et ukomplisert svangerskap, fordi jordmødre og fastleger i primærhelsetjenesten forutsettes å samhandle, spesielt der det utvikles en komplikasjon eller risikofaktorer med behov for medisinsk kompetanse.

Fastleger har en stor mengde veiledere å forholde seg til. Rådene fra veilederen i fødselshjelp om oppfølging er de siste par årene kommet tydeligere frem i Norsk Elektronisk Legemiddelhåndbok, som benyttes av de fleste fastleger. Brosjyren fra Norsk gynekologisk forening med forslag til langtidsoppfølging etter hypertensive svangerskapskomplikasjoner er tilgjengelig for pasienter og helsepersonell via HelseNorge (16). Svangerskapskomplikasjoner er i svært liten grad omtalt i nasjonale primærforebyggende retningslinjer for hjerte- og karsykdom (17). Her vises det til «egne retningslinjer», uten henvisning til det konkrete veilederkapittelet i fødselshjelp. Svangerskapsdiabetes eller svangerskapsdiabetes er ikke omtalt i Helse- direktoratets anbefaling, til tross for mye kunnskap om disse svangerskapskomplikasjonene (1, 2).

Rutinemessige lenker

Vi mener det er behov for bedre opplærings- og oppfølgingsrutiner samt et tettere samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten for å utnytte svangerskapet som en «stresstest» for kvinners hjerte- og karhelse. Vår studie (12) belyser hvordan muligheten til å benytte svangerskapsutfall som en tidlig screening for hjerte- og karhelse ikke benyttes hos alle kvinner i Norge i dag. Et første enkelt steg i denne retningen er at epikriser fra fødeavdelinger til fastlege og helsestasjon rutinemessig inneholder lenker til dagens anbefalte oppfølging i primærhelsetjenesten (3, 4) samt at pasienter mottar faglig oppdatert pasientinformasjon (16, 18). Veilederen i fødselshjelp vil i 2026-utgaven inneholde konkrete forslag til epikrisefraser som kan bidra til bedre kommunikasjon mellom fødeavdeling, fastlege og pasient. Økt kunnskap og helsemestring blant kvinnene selv vil sannsynligvis være et viktig steg mot bedre oppfølging og optimalisering av modifiserbare risikofaktorer etter hypertensive svangerskapskomplikasjoner og svangerskapsdiabetes.

Bruk av digitale hjelpemidler i det primærforebyggende arbeidet etter svangerskapskomplikasjoner er lite utprøvd (19). Noen studier tyder på at hjemmemonitorering forbedrer kontroll av blodtrykk etter hypertensive svangerskapskomplikasjoner (20), men mer omfattende digitale oppfølgingsprogrammer er ikke testet. Ved Oslo universitetssykehus pågår det nå en randomisert kontrollert studie der en appbasert løsning (MumCare) tilbys kvinner etter hypertensive svangerskapskomplikasjoner og svangerskapsdiabetes. Studien og apputviklingen er et samarbeid mellom gynekologer, jordmødre, brukergrupper, IT-eksperter, fastleger, kardiologer og sosiologer. Et endepunkt i denne randomiserte kontrollerte studien er om en slik persontilpasset «digital følgesvenn» vil øke andelen kvinner med slike svangerskapskomplikasjoner som får utført den anbefalte oppfølgingen hos fastlege ett år etter fødsel (21).

Mer persontilpasset

Vi mener at en systematisk postpartumoppfølging som kan individualiseres etter avklaring av risikofaktorer hos fastlege kan bidra til mer persontilpasset oppfølging og mer målrettet bruk av begrensede helseressurser. Tidlig diagnostikk av modifiserbare risikofaktorer (som hypertensjon, dyslipidemi, glukoseintoleranse/diabetes), livsstilsråd og eventuell intervensjon kan potensielt forsinke eller forhindre for tidlig død som følge av hjerte- og karsykdom. Godt primærforebyggende tilbud vil sannsynlig også redusere funksjonstap og bedre bevare livskvaliteten hos dem som overlever alvorlig kardiovaskulære hendelser som hjerneslag og annen tromboembolisk sykdom.

Vi synes det er på tide at Norge går foran med mer målrettet kvinnehelsestrategi for å forebygge hjerte- og karsykdom. Å benytte

Siden svangerskapsoppfølging er delt mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, kan ansvaret for hvem som skal informere og følge opp kvinnen, glippe mellom aktørene

svangerskapsutfallet som en gyllen mulighet til å forebygge hjerte- og karsykdom vil kunne føre til stor gevinst for kvinnen selv, hennes nærmeste og for samfunnets bruk av helse-ressurser. ■

Artikkelen bygger på Ingerid Bentsens prosjektoppgave på medisinstudiet 2026.

Ingerid Bentsen

Ingerid Bentsen er medisinstudent ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Åsa Waldum

Åsa Waldum er ph.d., jordmor, enhetsleder og forsker ved Fødeavdelingen, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Meryam Sugulle

Meryam Sugulle er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, overlege ved Fødeavdelingen, Oslo universitetssykehus og professor II ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Atle Klovning

Atle Klovning er spesialist i allmenntilleggsmedisin, fastlege og førsteamanuensis II ved Avdeling for allmenntilleggsmedisin, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Annetine Staff

uxnna@ous-hf.no

Annetine Staff er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, forskningsleder ved Kvinneklinikken, Oslo universitetssykehus og professor I ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Hun er kapittelansvarlig for «Hypertensive svangerskapskomplikasjoner» i Veileder i fødselshjelp. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

*Ingerid Bentsen og Åsa Waldum har bidratt i like stor grad til denne artikkelen.

Litteratur

- Staff AC, Redman CW, Williams D et al. Pregnancy and Long-Term Maternal Cardiovascular Health: Progress Through Harmonization of Research Cohorts and Biobanks. *Hypertension* 2016; 67: 251–60.
- Staff AC, Costa ML, Dechend R et al. Hypertensive disorders of pregnancy and long-term maternal cardiovascular risk: Bridging epidemiological knowledge into personalized postpartum care and follow-up. *Pregnancy Hypertens* 2024; 36. doi: 10.1016/j.preg-hy.2024.101127.
- Staff AC, Kvie A, Langesæter E et al. Hypertensive svangerskapskomplikasjoner og eklampsi (2020). Norsk gynekologisk forening. Lest 14.1.2026.
- Friis CM, Roum EMS, Holm HO et al. Svangerskapsdiabetes (2020). Norsk gynekologisk forening. Lest 9.1.2026.
- Nguyen-Hoang L, Smith GN, Bergman L et al. FIGO pregnancy passport: A useful tool for women and their healthcare providers on health risks following pregnancy complications. *Int J Gynaecol Obstet* 2023; 162: 787–91.
- Poon LC, Nguyen-Hoang L, Smith GN et al. Hypertensive disorders of pregnancy and long-term cardiovascular health: FIGO Best Practice Advice. *Int J Gynaecol Obstet* 2023; 160: 22–34.
- Sheiner E, Kapur A, Retnakaran R et al. FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) Postpregnancy Initiative: Long-term Maternal Implications of Pregnancy Complications-Follow-up Considerations. *Int J Gynaecol Obstet* 2019; 147: 1–31.
- 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.
- Adam S, McIntyre HD, Tsoi KY et al. Pregnancy as an opportunity to prevent type 2 diabetes mellitus: FIGO Best Practice Advice. *Int J Gynaecol Obstet* 2023; 160: 56–67.
- Brown MA, Magee LA, Kenny LC et al. Hypertensive Disorders of Pregnancy: ISSHP Classification, Diagnosis, and Management Recommendations for International Practice. *Hypertension* 2018; 72: 24–43.
- Parikh NI, Gonzalez JM, Anderson CAM et al. Adverse Pregnancy Outcomes and Cardiovascular Disease Risk: Unique Opportunities for Cardiovascular Disease Prevention in Women: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2021; 143: e902–16.
- Bentsen I, Waldum Å, Sugulle M et al. Self-reported primary preventive follow-up of women's cardiovascular health after hypertensive pregnancy complications and gestational diabetes. *Pregnancy Hypertens* 2026; 44. doi: 10.1016/j.preg-hy.2026.101474.
- Triebwasser JE, Janssen MK, Sehdev HM. Postpartum counseling in women with hypertensive disorders of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol MFM* 2021; 3. doi: 10.1016/j.ajogmf.2020.100285.
- Wilkins-Haug L, Celi A, Thomas A et al. Recognition by Women's Health Care Providers of Long-Term Cardiovascular Disease Risk After Preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2015; 125: 1287–92.
- Toft JH, Økland I, Risa CF. Gestational diabetes mellitus follow-up in Norwegian primary health care: a qualitative study. *BJGP Open* 2022; 6. doi: 10.3399/BJGPO.2021.0104.
- Staff A, Kvie A, Langseter E et al. Preeklampsi. Pasientinformasjon fra Norsk Gynekologisk Forening. Den norske legeforening. Lest 7.5.2026.
- Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av hjerte- og karsykdom. Lest 7.5.2026.
- Staff A, Sugulle M, Fiskå BF et al. Svangerskapsdiabetes. Pasientinformasjon fra Norsk Gynekologisk Forening. Den norske legeforening. Lest 7.5.2026.
- Fiskå BS, Pay ASD, Staff AC et al. Gestational diabetes mellitus, follow-up of future maternal risk of cardiovascular disease and the use of eHealth technologies—a scoping review. *Syst Rev* 2023; 12: 178.
- Patel E, Bisson C, Suresh S et al. Systematic treatment and management of postpartum hypertension using remote patient monitoring. *Pregnancy Hypertens* 2025; 39. doi: 10.1016/j.preg-hy.2024.101180.
- MumCare: Mum's Cardiovascular Health for Life. Lest 7.5.2026.

VYNDAQEL[®]

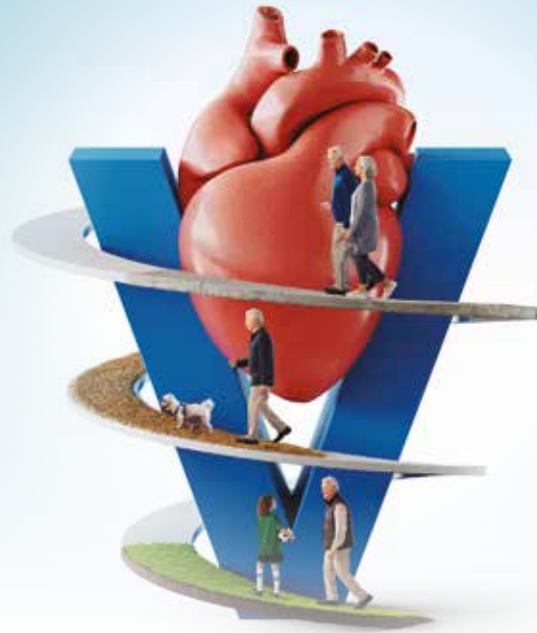
ATTR-CM* BEHANDLING MED DOKUMENTERT EFFEKT PÅ OVERLEVELSE^{1,4}

- ✓ ATTR-CM behandling med 5 års overlevelsesdata¹
- ✓ RWE bekrefter effekt- og sikkerhetsprofil^{2,^}
- ✓ Peroral, en gang daglig³



Se et variert utvalg av foredrag som dekker ulike emner innen kardiologi

*ATTR-CM=transtyretin amyloid kardiomyopati, ^RWE=Real World Evidence



▼Vyndaqel® (tafamidis) 61 mg er indisert til behandling av villtype eller arvelig transtyretin amyloid kardiomyopati (ATTR-CM). Anbefalt dosering er 1 kapsel 1 gang daglig. Forsiktighet anbefales ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. Kan gi interaksjoner ved klinisk relevante konsentrasjoner med BCRP-substrater (f.eks. metotreksat, rosuvastatin, imatinib). Utvalgte bivirkninger: Økte verdier i leverfunksjonsprøver og reduksjon i tyroksin kan forekomme. Pris: Det er fremforhandlet en konfidensiell, kostnadseffektiv pris til norske helseforetak og enkelte private sykehus. Denne er betydelig lavere enn maksimal utsalgspris i apotek, som er kr 129 737,10.

Pakning: Myke kapsler, 30 stk. Reseptgruppe: C.
Finansiering: H-resept. ICD10: E85

Kriterier for forskrivning på H-resept:

- Oppstart av behandling kan kun gjøres av kardiolog med erfaring i behandling av transtyretin amyloidose (ATTR), ansatt ved universitetssykehus eller annet helseforetak med kardiologisk enhet med kompetanse på behandling for denne pasientgruppen.

- Pasienten må ha en sikkert diagnostisert ATTR kardiomyopati, vanligvis med nukleærmedisinsk påvist amyloid i myokard. Pasienten skal ved oppstart være i NYHA-klasse I eller II.
- Pasienten skal ha en forventet gjenstående levetid betydelig over 18 måneder.
- Ved progresjon til vedvarende (minst 6 måneder) NYHA-klasse III, skal beslutning om å fortsette behandlingen tas i samråd med kardiolog med erfaring i behandling av ATTR, ansatt ved universitetssykehus eller annet helseforetak med kardiologisk enhet med kompetanse på behandling for denne pasientgruppen.
- Ved rask progresjon til vedvarende NYHA-klasse III i løpet av 6 måneder etter initiert behandling, bør behandlingen avsluttes.

Før forskrivning, konsulter preparatomtalen på www.legemiddelsok.no

1. Elliott P, Drachman BM, Gottlieb SS, et al. Long-term survival with tafamidis in patients with transthyretin amyloid cardiomyopathy. *Circ Heart Fail.* 2022;15:e008193. doi:10.1161/CIRCHEARTFAILURE.120.008193. 2. Garcia-Pavia P, Kristen A, Drachman B. Survival in a Real-World Cohort of Patients With Transthyretin Amyloid Cardiomyopathy Treated With Tafamidis: An Analysis From the Transthyretin Amyloidosis Outcomes Survey (THAOS). *J Card Fail.* 2025 Mar;31(3):525-533. 3. Vyndaqel SPC. 4. Maurer MS, Schwartz JH, Gundapaneni B, et al. Tafamidis treatment for patients with transthyretin amyloid cardiomyopathy. *N Engl J Med.* 2018;379(11):1007-1016.

Tekst: Tor-Morten Kvam et al.

Klinisk og ikke-klinisk bruk av MDMA

3,4-metylendioksymetamfetamin (MDMA), også kjent som rusmiddelet ecstasy, har vist lovende resultater i behandling av posttraumatisk stresslidelse. Kliniske utprøvinger i kombinasjon med psykoterapi skiller seg markant fra den illegale bruken stoffet er kjent for.

MDMMA er et sentralstimulerende middel som kjemisk ligner både på metamfetamin og det psykedeliske stoffet meskalin. MDMA klassifiseres som et entaktogen, et begrep fra gresk og latin, som viser til stoffets evne til å fremme indre kontakt (1). MDMA påvirker sekresjon og reopptakshemming av monoaminer, særlig serotonin (2). Dyreforsøk viser i tillegg effekter på nevroplasticitet (3). MDMA har en særegen virkningsprofil som gjør det interessant i psykoterapeutisk sammenheng. Før stoffet ble kjent som et rusmiddel på ravesenen i USA og Europa, og deretter forbudt i 1985, ble det brukt i kombinasjon med psykoterapi. Akutte, psykologiske effekter inkluderer en følelse av trygghet og selvmedfølelse, noe som kan muliggjøre emosjonelle gjennombrudd som ellers er vanskelig å oppnå i tradisjonell psykoterapi (2). Etter MDMA-assistert terapi er det rapportert vedvarende personlighetsendringer som økt åpenhet og redusert nevrotisisme, i tillegg til styrket evne til emosjonsregulering og opprettholdelse av meningsfulle relasjoner (4). Det terapeutiske rammeverket for MDMA-assistert terapi vektlegger kombinasjonen av MDMA og terapi framfor enkeltdelene (5). Viktige elementer er den terapeutiske relasjonen, som i andre terapiformer, men med en større vekt på en ikke-patologiserende holdning til pasienten og innholdet i den terapeutiske prosessen, i tillegg til å utnytte en iboende kapasitet til å bevege seg mot helbredelse og vekst, også kalt «indre helende intelligens» (5).

MDMA-assistert terapi mot posttraumatisk stresslidelse

MDMA i kombinasjon med psykoterapi har blitt undersøkt i seks fase 2-studier og to fase 3-studier som behandling for posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (2). Samlet viser fase 2-studiene en statistisk signifikant reduksjon av PTSD-symptomer sammenlignet med kontrollgruppen, med en ytterligere og statistisk signifikant reduksjon av PTSD-symptomer fram mot

langtidsoppfølgingen ett år etter avsluttet behandling (6). Begge fase 3-studiene viste statistisk og klinisk signifikante reduksjoner av PTSD-symptomer i MDMA-gruppen sammenlignet med gruppen som fikk den samme psykoterapien, men med placebo (7, 8). Både fase 2- og fase 3-studiene viser at cirka 2/3 av deltakerne i MDMA-gruppen ikke lenger kvalifiserte for PTSD-diagnosen etter behandling (6–8). Frafallsraten i fase 3-studiene var 9,3 %, noe som er betydelig lavere enn opp mot cirka 50 % frafallsrate for gullstandard PTSD-behandling, slik som forlenget eksponering eller kognitiv prosesseringsterapi (9). Dette kan tyde på bedre tolerabilitet av MDMA-assistert terapi. En søknad til amerikanske myndigheter fikk likevel avslag, med krav om en tredje fase 3-studie (10). I sin vurdering fremhevet myndighetene tre hovedbekymringer: utilstrekkelig rapportering av «positive» bivirkninger som eufori, manglende langtidsoppfølging utover 18 uker og en høy andel deltakere med tidligere MDMA-erfaring (opp mot ca. 40 %), som kan gi seleksjonsskjevhet og svekke blinding. Studier av MDMA er metodisk krevende, blant annet fordi de sterke psykoaktive effektene gjør det vanskelig å opprettholde blinding. I tillegg rekrutteres ofte deltakere gjennom selvseleksjon, noe som kan gi et utvalg med forventningseffekter (2).

MDMA-assistert terapi mot depresjon

I Norge har det blitt gjennomført en forskerinitiert og offentlig finansiert fase 2-studie, som inkluderte tolv deltakere med en depressiv lidelse og en pågående depressiv episode av minst moderat alvorlighetsgrad (11). Som en første utforskning, med mål om å informere fremtidige studier, ble det valgt et åpent studiedesign uten kontrollgruppe. Studien oppnådde sine primære formål om gjennomførbarhet og sikkerhet gjennom tilstrekkelig rekruttering og ingen frafall eller alvorlige bivirkninger. Resultatene indikerte også potensielle terapeutiske effekter, med både statistisk og klinisk signifikante forbedringer fra før til etter behandling, målt som reduksjon i depresjons-symptomer (Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale, MADRS) og i funksjonssvikt

Dersom denne behandlingsformen godkjennes for klinisk bruk, vil det stille nye og spesifikke krav til både helsetjenesten og helsepersonell som skal tilby terapien

(Sheehan Disability Scale, SDS). Ni av de tolv deltakerne oppfylte kriteriene både for behandlingsrespons og remisjon initialt, mens én deltaker opplevde tilbakefall. Oppfølgingsstudien viste vedvarte reduksjoner i både depressive symptomer og funksjonssvikt syv måneder etter studiestart (12).

Sikkerhetsprofil i klinisk versus ikke-klinisk bruk

Det er betydelige forskjeller mellom uregulert, ikke-klinisk bruk av illegalt MDMA og klinisk utprøving i kontrollerte former (2). Dette gjelder blant annet risiko for misbruk og avhengighet – et skille som også er velkjent for flere vanlige legemidler, inkludert benzodiazepiner, hypnotika og opioider (13).

I klinisk setting brukes standardiserte doser av farmasøytisk fremstilt MDMA, mens illegalt MDMA kan inneholde varierende mengder og andre stoffer. De vanligste dødsårsakene ved ikke-klinisk bruk – hypertermi og hyponatremi – kan forebygges gjennom dosekontroll, temperaturregulering og væskestyring (2). Det er ikke rapportert om tilfeller av klinisk signifikant hypertermi eller hyponatremi i kliniske studier (2). Samlet ble det i de to fase 3-studiene rapportert om alvorlige bivirkninger – begge i placebogruppen og begge relatert til suicidalitet (7, 8).

Risiko for misbruk og avhengighet

Ifølge en rapport fra Folkehelseinstituttet, rapporterte 6,5 % av nordmenn å ha prøvd MDMA minst én gang, mens 1,4 % rapporterte

bruk det siste året, og bruken er lett økende (14). Selv om MDMA har dopaminerge effekter, gir ikke kronisk administrering av MDMA fysisk avhengighet i dyrestudier (2). Forsøk viser at dyr kan selvadministrere MDMA, noe som indikerer et visst misbrukspotensial (2). En langtidsoppfølging ett år etter gjennomført MDMA-assistert terapi mot PTSD viste at 8 av 83 (9,6 %) hadde brukt MDMA utenfor studien, men seks av disse hadde brukt MDMA også før studien (6). Samlet framstår risikoen for å utvikle avhengighet lav ved bruk av MDMA i en klinisk setting, og foreløpige data indikerer en potensiell rolle i *behandling* av rusavhengighet (2).

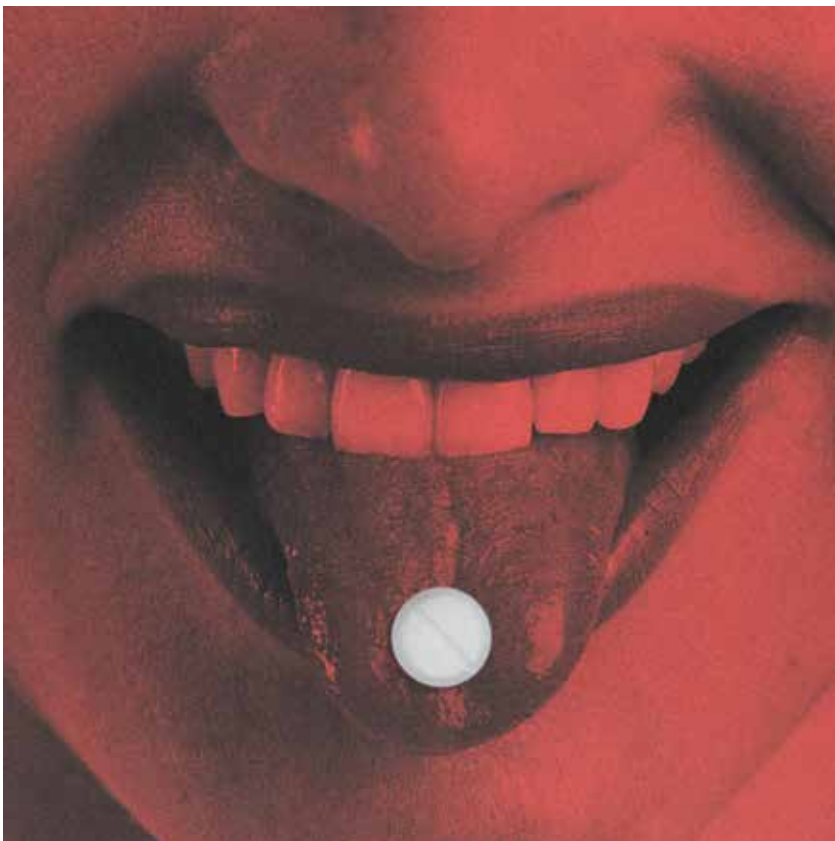
Ny tilnærming til behandling

Denne typen terapi representerer en ny tilnærming til behandling av PTSD og depresjon, der to til tre dagslange økter med MDMA gis som ledd i en integrert psykoterapeutisk prosess. Dette skiller seg fra dagens standardbehandling med psykofarmaka eller psykoterapi. Dersom denne behandlingsformen godkjennes for klinisk bruk, vil det stille nye og spesifikke krav til både helsetjenesten og helsepersonell som skal tilby terapien. Utfordringene omfatter både praktiske forhold, herunder daglange økter, samt krav til spesialisert opplæring av terapeuter (5). Selv om terapien er ressurskrevende, viser analyser fra en fase 3-studie at behandlingen likevel kan være kostnadsbesparende over tid (15).

Skadepotensialet ved ikke-klinisk bruk har vært gjenstand for forskning i flere tiår, mens det terapeutiske potensialet først nylig har blitt systematisk undersøkt i kontrollerte studier (2). Det er ikke gitt at funn fra en ikke-klinisk kontekst – som risiko for misbruk og komplikasjoner – kan overføres til en klinisk setting. På samme måte er det ikke sikkert at de terapeutiske effektene som observeres i kliniske studier, lar seg gjenskape utenfor en strukturert, faglig ramme (2). De foreliggende dataene er fortsatt mangelfulle, og det er ikke testet i hvilken grad en eventuell godkjenning og påfølgende anvendelse som behandling i helsevesenet, kan øke illegal bruk utenfor klinikken. Lovende funn fra kliniske studier kan ha bidratt til økt ikke-klinisk bruk, slik man har sett for psilocybin i USA, hvor bruken har økt parallelt med en økning i henvendelser til giftinformasjonssentraler (16). Samtidig viste en norsk tvérsnittundersøkelse blant personer som rapporterte en minneverdig opplevelse med MDMA, at opplevelsen gjennomgående ble vurdert som positiv, og at bivirkningene var sjeldne og kortvarige (17).

Lovende alternativ

Flere spørsmål står fortsatt ubesvart, særlig knyttet til betydningen av forventningseffekter og utfordringer med blinding. Det amerikanske avslaget understreker behovet for grundige og metodologisk robuste kliniske utprøvinger før terapien eventuelt kan tas i ordinær bruk. Sveits og Australia har nylig åpnet for bruk av MDMA-assistert terapi i helsevesenet →



utenfor kliniske utprøvinger (18), og den internasjonale utviklingen bør følges nøye. Gitt byrden av utilstrekkelig behandlet depresjon og PTSD, fremstår MDMA-assistert terapi som et lovende alternativ med en fordelaktig nytte-risiko-profil. I Norge vil det bli avgjørende å bygge videre på klinisk dokumentasjon og sikre at en eventuell klinisk behandling skjer innenfor trygge rammer. Lykkes dette, kan MDMA-assistert behandling i fremtiden bli et viktig supplement til dagens behandlingsalternativer for depresjon og PTSD. ■

Denne kronikken er basert på en doktorgradsavhandling finansiert av Helse Sør-Øst og utgått fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas ble gjennomført 4.6.2026.

Tor-Morten Kvam

tor-morten.kvam@so-hf.no

Tor-Morten Kvam er spesialist i psykiatri, overlege ved Ketaminenheten, DPS nord, medlem av forskningsgruppen PsykForsk ved Sykehuset Østfold og ph.d.-kandidat ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ivar W. Goksøy

Ivar W. Goksøy er medgrunnlegger av Psykologvirke, psykolog ved PsykForsk og driver opplæringsvirksomhet innen MDMA-assistert terapi. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har deltatt i rådgivende styre for Norsk psykedelisk vitenskap.

Lowan H. Stewart

Lowan H. Stewart er spesialist i akutt- og mottaksmedisin, medisinsk leder ved Axonklinikken i Oslo og konsulent for Ketaminenheten ved DPS nordre Østfold i Moss. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har tidligere vært styremedlem for Norsk psykedelisk vitenskap.

Mark Berthold-Losleben

Mark Berthold-Losleben er ph.d., M.A., spesialist i psykiatri, overlege på Ketaminenheten ved DPS nord, leder av forskningsgruppen PsykForsk ved Sykehuset Østfold og førsteamanuensis ved NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ingrid Autran

Ingrid Autran er ph.d.-kandidat ved Universitetet i Oslo og Sykehuset Østfold og medlem av forskningsgruppen PsykForsk. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun er aksjonær i en klinikk som tilbyr ketaminbehandling mot depresjon.

Ole A. Andreassen

Ole A. Andreassen er spesialist i psykiatri, leder av Senter for presisjonspsykiatri, Divisjon psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt konsulentonorar fra Precision-Health.ai, Ledidi, BMS og Lilly, mottatt foredragshonorar fra BMS, Lilly, Janssen, Lundbeck, Otsuka og Sunovion, deltatt i rådgivende styre for Ledidi, og han har aksjeopsjoner/aksjer i Precision-Health.ai, Lididi og Cortechs.ai.

Litteratur

- Nichols DE. Entactogens: How the Name for a Novel Class of Psychoactive Agents Originated. *Front Psychiatry* 2022; 13: 863088.
- Wolfgang AS, Fonzo GA, Gray JC et al. MDMA and MDMA-Assisted Therapy. *Am J Psychiatry* 2025; 182: 79–103.
- Nardou R, Lewis EM, Rothhaas R et al. Oxytocin-dependent reopening of a social reward learning critical period with MDMA. *Nature* 2019; 569: 116–20.
- Wagner MT, Mithoefer MC, Mithoefer AT et al. Therapeutic effect of increased openness: Investigating mechanism of action in MDMA-assisted psychotherapy. *J Psychopharmacol* 2017; 31: 967–74.
- O'Donnell KC, Okano L, Alpert M et al. The conceptual framework for the therapeutic approach used in phase 3 trials of MDMA-assisted therapy for PTSD. *Front Psychol* 2024; 15: 1427531.
- Jerome L, Feduccia AA, Wang JB et al. Long-term follow-up outcomes of MDMA-assisted psychotherapy for treatment of PTSD: a longitudinal pooled analysis of six phase 2 trials. *Psychopharmacology (Berl)* 2020; 237: 2485–97.
- Mitchell JM, Bogenschutz M, Lilienstein A et al. MDMA-assisted therapy for severe PTSD: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Nat Med* 2021; 27: 1025–33.
- Mitchell JM, Ot'alora G M, van der Kolk B et al. MDMA-assisted therapy for moderate to severe PTSD: a randomized, placebo-controlled phase 3 trial. *Nat Med* 2023; 29: 2473–80.
- Schnurr PP, Chard KM, Ruzek JI et al. Comparison of Prolonged Exposure vs Cognitive Processing Therapy for Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Among US Veterans: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open* 2022; 5: e2136921.
- Reardon S. MDMA therapy for PTSD rejected by FDA panel. *Nature* 2024; doi: 10.1038/d41586-024-01622-3.
- Kvam T-M, Goksøy IW, Rog J et al. MDMA-assisted therapy as a treatment for major depressive disorder: proof of principle study – CORRIGENDUM. *Br J Psychiatry* 2026; 228: 1.
- Kvam T-M, Goksøy IW, Rog J et al. MDMA-assisted therapy for major depressive disorder: A seven-month follow-up proof of principle trial. *J Psychiatr Res* 2026; 193: 302–8.
- Griesler PC, Hu MC, Wall MM et al. Medical Use and Misuse of Prescription Opioids in the US Adult Population: 2016–2017. *Am J Public Health* 2019; 109: 1258–65.
- Folkehelseinstituttet. Narkotikabruk i Norge. Lest 30.4.2026.
- Marseille E, Mitchell JM, Kahn JG. Updated cost-effectiveness of MDMA-assisted therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder in the United States: Findings from a phase 3 trial. *PLoS One* 2022; 17: e0263252.
- Hutchison KE, Hooper JF, Karoly HC. Psilocybin Outside the Clinic: Public Health Challenges of Increasing Publicity, Accessibility, and Use. *JAMA Psychiatry* 2026; 83: 78–84.
- Grønnerød C, Rønningen T, Haugsjå IR et al. Recreational MDMA use in Norway: results from an internet convenience sample. *Front Psychiatry* 2025; 16: 1619676.
- Haridy R. Australia to prescribe MDMA and psilocybin for PTSD and depression in world first. *Nature* 2023; 619: 227–8.

Lokal behandling ved midlertidig forstoppelse



To alternativer tilpasset ulike behov

Addeira Quicklax® mikroklyster og Addeira Glycelax® stikkpiller virker lokalt i endetarmen og bidrar til skånsom og effektiv tarmtømming ved midlertidig forstoppelse.



Effektiv virketid



Lokal virkningsmekanisme



Skånsom behandling

Addeira Quicklax®

MIKROKLYSTER

Mikroklyster med rask effekt

- ✓ Virker innen 5–15 minutter¹
- ✓ Lokal osmotisk virkning som mykgjør hard avføring
- ✓ Irriterer ikke tarmen
- ✓ Egnert ved midlertidig forstoppelse og før rektoskopi eller andre rektale undersøkelser
- ✓ Kan brukes av voksne og barn (inkl. gravide og ammende)²



Effekt innen 5–15 minutter¹

Addeira Glycelax®

STIKKPILLER

Glyserolstikkpiller

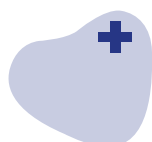
- ✓ Effekt innen ca. 30 minutter¹
- ✓ Glyserol virker lokalt i endetarmen
- ✓ Mykgjør og fukter hard avføring
- ✓ Gir smørende effekt som letter tømmingen
- ✓ Skånsom behandling ved midlertidig forstoppelse
- ✓ For voksne og barn fra 12 år
- ✓ Kan brukes av gravide og ammende²



Effekt innen ca. 30 minutter¹

Sammenligning av produktene

	Addeira Quicklax® mikroklyster	Addeira Glycelax® stikkpiller
Administrasjonsform	Mikroklyster	Stikkpille
Virketid ¹	5–15 minutter	Ca. 30 minutter
Virkemekanisme	Lokal osmotisk effekt som mykgjør hard avføring	Glyserol mykgjør, fukter og smører avføringen
Bruksområde	Midlertidig forstoppelse, behov for rask tømming, før rektoskopi/andre rektale undersøkelser	Midlertidig forstoppelse
Alder	Voksne og barn	Voksne og barn fra 12 år
Graviditet og amming ²	Kan brukes	Kan brukes



Lokal behandling som virker der problemet er

Ved lokal administrasjon virker produktene direkte i endetarmen og påvirker ikke tarmens naturlige funksjon elles.

Referanser

1. Bruksanvisning Addeira Quicklax® mikroklyster og Addeira Glycelax® stikkpiller.
2. Kan brukes under graviditet og amming. Les bruksanvisningen.



Medisinsk utstyr

Addeira Quicklax® og Addeira Glycelax® er medisinsk utstyr for behandling av midlertidig forstoppelse.

Les bruksanvisningen nøye før bruk.

For mer informasjon, vennligst kontakt:

Bonaventura Sales,
Henrik Ibsens gate 60 A, 0255 Oslo



www.addeira.no

Tekst: Mari Asphjell Bjørnaas et al.

Hva er utbrenthet?

Utbrenthet blant leger er bekymringsfullt både for legers helse og for pasientbehandlingen, men betegnelsen er fortsatt uklar og mangler en entydig definisjon. Økt tydelighet er nødvendig for å kunne forstå utbrenthet på en meningsfull måte.



Brent fyrstikk (1966), Sidsel Paaske (1937–1980). Foto: Børre Høstland / Nasjonalmuseet. © Paaske, Sidsel / BONO

De siste årene har en rekke internasjonale undersøkelser vist høy forekomst av utbrenthet hos leger (1). Nylige norske data viser en økning blant fastleger fra 6 % til 22 % i perioden 2012–24 (2). Selv om det foreløpig mangler oppdaterte data for andre legegrupper i Norge, er det grunn til å anta at utbrenthet er et betydelig problem. Studier viser blant annet at jobbtilfredsheten er synkende, samtidig som opplevd stress øker (3, 4).

Utbrenthet er nært knyttet til arbeidsplassen, men begrepet har vist seg vanskelig å avgrense og definere presist. Uklarhetene har trolig bidratt til at tilstanden fortsatt ikke er etablert som en egen diagnose – mer enn 50 år etter at termen ble introdusert i moderne psykologi.

Definisjon av utbrenthet

Fortellinger om utbrenthet, spesielt blant leger, går langt tilbake i historien, og fenomenet har tradisjonelt blitt oppfattet som en iboende yrkesrisiko, beskrevet allerede i *Adab al-Tabib*, en arabisk lærebok i medisinsk etikk fra 800-tallet (5).

Utbrenthet, slik betegnelsen brukes i dag, ble først introdusert i 1974 av den amerikanske psykologen Herbert Freudenberger (1926–99) (6). Han definerte utbrenthet som en tilstand av mental og fysisk utmattelse forårsaket av ens profesjonelle liv. Freudenberger beskrev særlig risikoen for utbrenthet blant helsepersonell i sin egen klinikk og pekte på hvilke forebyggende tiltak personalet burde legge vekt på for å redusere risikoen.

Siden 1970-årene har den amerikanske psykologen Christina Maslach og hennes medarbeidere vært ledende innen forskning på feltet (7). For å måle utbrenthet utviklet de Maslach Burnout Inventory (MBI), og selv om andre miljøer har utviklet tilsvarende spørreskjemaer, anses MBI-skjemaet som referansestandard (8). Skjemaet definerer utbrenthet som «et syndrom av emosjonell utmattelse og emosjonell distansering som ofte forekommer blant individer som arbeider med mennesker» (9). I MBI-skalaen operasjonaliseres dette gjennom tre dimensjoner: emosjonell utmattelse, emosjonell distansering (som også kalles depersonalisering) og redusert personlig prestasjon.

Det finnes flere definisjoner av utbrenthet, og mangelen på standardisering ble i 2021 drøftet av nettverket for koordinering og harmonisering av europeiske yrkeskohorter (OMEGA-NET) (10). Ekspertgruppen, som besto av representanter fra 29 land, ble enige om en revidert definisjon av utbrenthet: «Hos en arbeidstaker er yrkesmessig utbrenthet eller yrkesmessig fysisk OG emosjonell utmattelsestilstand en utmattelse forårsaket av langvarig eksponering for arbeidsrelaterte problemer».

Uttrykket *langvarig eksponering* er ikke nærmere presisert, men i andre medisinske sammenhenger regner man med en varighet på mer enn tre måneder. Da gruppen valgte å basere definisjonen kun på emosjonell utmattelse, og ikke de to øvrige dimensjonene, tok de ikke utgangspunkt i en teori om hvordan utbrenthet oppstår. I stedet anla de en pragmatisk tilnærming og søkte etter en fellesnevner på tvers av de ulike definisjonene. I flere av disse forstås emosjonell distansering primært som en mestringsstrategi for å håndtere utmattelse, mens redusert personlig prestasjon betraktes som en følge av den (11).

Utmattelse er et symptom ved en rekke sykdommer og er derfor ikke spesifikt for utbrenthet (8). Både klinisk og i forskning er det en utfordring å skille symptomer på utbrenthet fra depresjon eller depressive symptomer. I tillegg er det manglende samsvar mellom hvordan utbrenthet defineres og hvordan tilstanden måles. Både forståelsen av utviklingen fram mot utbrenthet og hvilke symptomer som skal inngå i en eventuell diagnose, er omdiskutert. Det skilles også mellom å forstå utbrenthet som et individuelt problem, der behandling kan være kognitiv atferdsterapi eller legemidler, og å forstå det i et organisatorisk perspektiv, der tiltak rettes mot arbeidsmiljøet.

I International Classification of Primary Care (ICPC), som benyttes i allmennpraksis, er utbrenthet klassifisert som et symptom og ikke som diagnose (P29) (12). I ICD-11 klassifiseres utbrenthet som et yrkesfenomen i kapittelet «Faktorer som påvirker helsestatus eller kontakt med helsetjenester» (13) med følgende definisjon: «Utbrenthet er et syndrom som konseptualiseres som resultat av kronisk arbeidsstress som ikke pasienten har lykkes med å håndtere. Det kjennetegnes av tre dimensjoner: følelser av energitap eller utmattelse; økt mental avstand



fra ens jobb, eller følelser av negativisme eller emosjonell distansering relatert til ens jobb; og redusert profesjonell effektivitet. Utbrenthet refererer spesifikt til fenomener i yrkeskonteksten og bør ikke brukes til å beskrive opplevelser i andre livssituasjoner.»

Definisjonen i ICD-11 er mer i samsvar med Maslachs forståelse enn med ekspertkonsensusen fra 2021. Den vektlegger kronisk arbeidsrelatert stress og avgrenser utbrenthet fra andre tilstander preget av utmattelse, som for eksempel kronisk utmattelsessyndrom (CFS/ME). Vi tror derfor at ICD-definisjonen over tid vil bli den mest anvendte operative definisjonen av utbrenthet, til tross for det omfattende arbeidet som ble gjort av ekspertgruppen i 2021. Samtidig reiser den spørsmål for mange som arbeider klinisk med utbrenthet. Erfaringer fra praksis tilsier at utbrenthet sjelden utelukkende kan forstås som knyttet til forhold i arbeidslivet alene. Ofte er det et samspill mellom belastninger både i og utenfor arbeid, en form for livsbelastning, som bidrar til utviklingen av kronisk stress.

Feltet kompliseres ytterligere av at American Psychiatric Association inntar en annen tilnærming i sitt klassifiseringssystem, DSM-5 (14). Her inngår utbrenthet i kapittelet «Traume- og stressrelaterte forstyrrelser», som også omfatter tilpasningsforstyrrelser og posttraumatisk stresslidelse (PTSD).

Den svenske versjonen av ICD-10 har siden 2005 inkludert utbrenthet som en egen diagnose, *utmattningssyndrom* (15), og antallet pasienter med en utmattelsesdiagnose har økt betydelig i Sverige (16). Diagnosen er ikke avgrenset til arbeidsrelatert stress og omfatter sannsynligvis flere ulike tilstander. Kritikere har derfor hevdet at det fortsatt mangler vitenskapelig grunnlag for å betrakte den svenske diagnosen som en selvstendig tilstand og at de diagnostiske kriteriene er for brede til å være klinisk nyttige.

Mangelen på en modell for patofysiologiske prosesser i sykdomsutviklingen, kombinert med varierende diagnostiske kriterier, gjør det vanskelig å argumentere for at utbrenthet utgjør en distinkt sykdom. Det er likevel liten tvil om at utbrenthet representerer en reell og belastende tilstand. Uenigheten er i hovedsak akademisk og knytter seg til hvordan utbrenthet forstås innen den biopsykososiale sykdomsmodellen (7). For å komme videre er en felles klassifisering nødvendig, men en slik konsensus er ikke oppnådd i fagmiljøet i dag. Konsekvensen er at forekomsten av utbrenthet ikke framkommer i offisiell helsestatistikk, og kunnskapen bygger i stor grad på forskningsprosjekter med ulike inklusjonskriterier, utvalg og tidsperioder.

Hvordan måle utbrenthet?

Det opprinnelige MBI-skjemaet er etter hvert tilpasset ulike grupper (17). En versjon, Human Services Survey (MBI-HSS), er utviklet spesielt for helsepersonell med pasientkontakt og omfatter 22 av de 25 opprinnelige spørsmålene

(9). Det finnes også andre varianter for ulike yrkesgrupper, for eksempel MBI-Educator Survey (MBI-ES) for lærere og pedagoger som arbeider med elever.

Opprinnelig ble MBI-HSS-versjonen vurdert på to akser for hvert spørsmål: både en frekvensskala («hvor ofte») og en intensitetsskala («hvor sterkt»). Etter hvert har man imidlertid kun benyttet en sjupunkts frekvensskala med svaralternativer fra «aldri» til «hver dag» (18). Hvert spørsmål i MBI-skjemaet skåres fra 0 til 6, men Maslach og medarbeidere etablerte ingen grenseverdier for å skille mellom utbrenthet og ikke-utbrenthet for de tre dimensjonene emosjonell utmattelse, emosjonell distansering og redusert personlig prestasjon. Skalaen ble i stedet brukt til å demonstrere høy, middels og lav risiko for utbrenthet basert på svarene innen hver gruppe. Senere har forskere etablert ulike terskler og dermed forskjellige definisjoner av utbrenthet, noe som gjør det vanskelig å sammenligne mellom studier og ulike populasjoner.

I noen studier likestilles emosjonell utmattelse med utbrenthet. I den amerikanske legeforeningens oppfølgingsstudier rapporterte for eksempel 45 % av legene i 2023 minst ett symptom på utbrenthet (19). Det er imidlertid viktig å vurdere alle tre dimensjonene samlet. Det gjør det lettere å skille utbrenthet fra depresjon og reflekterer i større grad at personer reagerer ulikt. Noen blir mer avflatet og emosjonelt distansert, mens andre blir mer utmattet og trekker seg tilbake. Dette må gjenspeiles i skåringsverktøyene og i de diagnostiske kriteriene. For eksempel kan høy skår på minst to dimensjoner i MBI-HSS-instrumentet brukes som tegn på stor risiko for utbrenthet. Kanskje kan dette også brukes som diagnostiske kriterier? Flere studier har brukt høy sumskår på minst to dimensjoner for å klassifisere deltagerne som utbrente (20). Bruken av slike grenseverdier er en operasjonalisering som kanskje gir mer pålitelige tall, som igjen kan bidra til diagnostiske kriterier. Det gjenstår imidlertid å etablere grenseverdier for de tre dimensjonene, noe som ble etterlyst av Falkum allerede for 25 år siden (17). Flere studier viser derfor til ikke-validerede verdier. Mangelen på omforente terskelverdier er et savn også for klinikere med hensyn til diagnostisering, planlegging av behandling og vurdering av effekt.

Andre validerte skalaer for utbrenthet er Copenhagen Burnout Inventory (CBI), Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), Burnout Assessment Tool (BAT) og det norske Bergen Burnout Inventory (BBI). I en systematisk oversiktsartikkel fra 2016 fant man at det i 85 % av studiene om utbrenthet blant leger var benyttet en versjon av MBI-skalaen, og det ble brukt hele 47 ulike definisjoner av utbrenthet (18). Forfatterne understreket rimeligvis behovet for en felles definisjon og standardisering av måleverktøy.

Vi støtter at en definisjon av utbrenthet bør omfatte alle de tre dimensjonene og at det må etableres grenseverdier basert på validerte

Det er viktig å vurdere alle tre dimensjonene samlet. Det gjør det lettere å skille utbrenthet fra depresjon og reflekterer i større grad at personer reagerer ulikt

verktøy for å kunne stille en diagnose. Det vil gjøre det mulig å følge utviklingen hos enkelt-personer over tid og identifisere både individuelle forhold og arbeidsmiljøfaktorer som påvirker forekomsten. I dag begrenser mangelen på klare kriterier muligheten for målrettede tiltak, og mange får råd med usikker effekt. For personer som står i et vedvarende krevende arbeidsmiljø med høy belastning, kan råd som «å si mer nei» oppleves som lite relevante.

Definisjonen i ICD-11 av utbrenthet understreker sammenhengen med *kronisk arbeidsstress*. Når utbrenthet hos leger forstås som nært knyttet til arbeidsforholdene, bør tiltakene også rettes mot arbeidsstedet. Å plassere ansvaret hos den enkelte lege kan oppleves som en ekstra belastning.

For leger viser flere studier at manglende autonomi i arbeidshverdagen er en sentral faktor ved utbrenthet (21). Likevel er tiltakene i hovedsak rettet mot individet, gjennom stressmestring, fysisk aktivitet og avspenning. En tydeligere definisjon med diagnostiske kriterier, kombinert med forskning på effektive tiltak, vil gjøre det mulig å utvikle mer målrettede intervensjoner som tar hensyn til arbeidsmiljøets betydning for utbrenthet også i norsk helsetjeneste. ■

Mari Asphjell Bjørnaas

mabjornaas@gmail.com

Mari Asphjell Bjørnaas er ph.d., spesialist i indremedisin og overlege ved Akuttmedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Erlend Hem

Erlend Hem er lege, instituttsjef ved Legeforskningsinstituttet og professor ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Karin Isaksson Rø

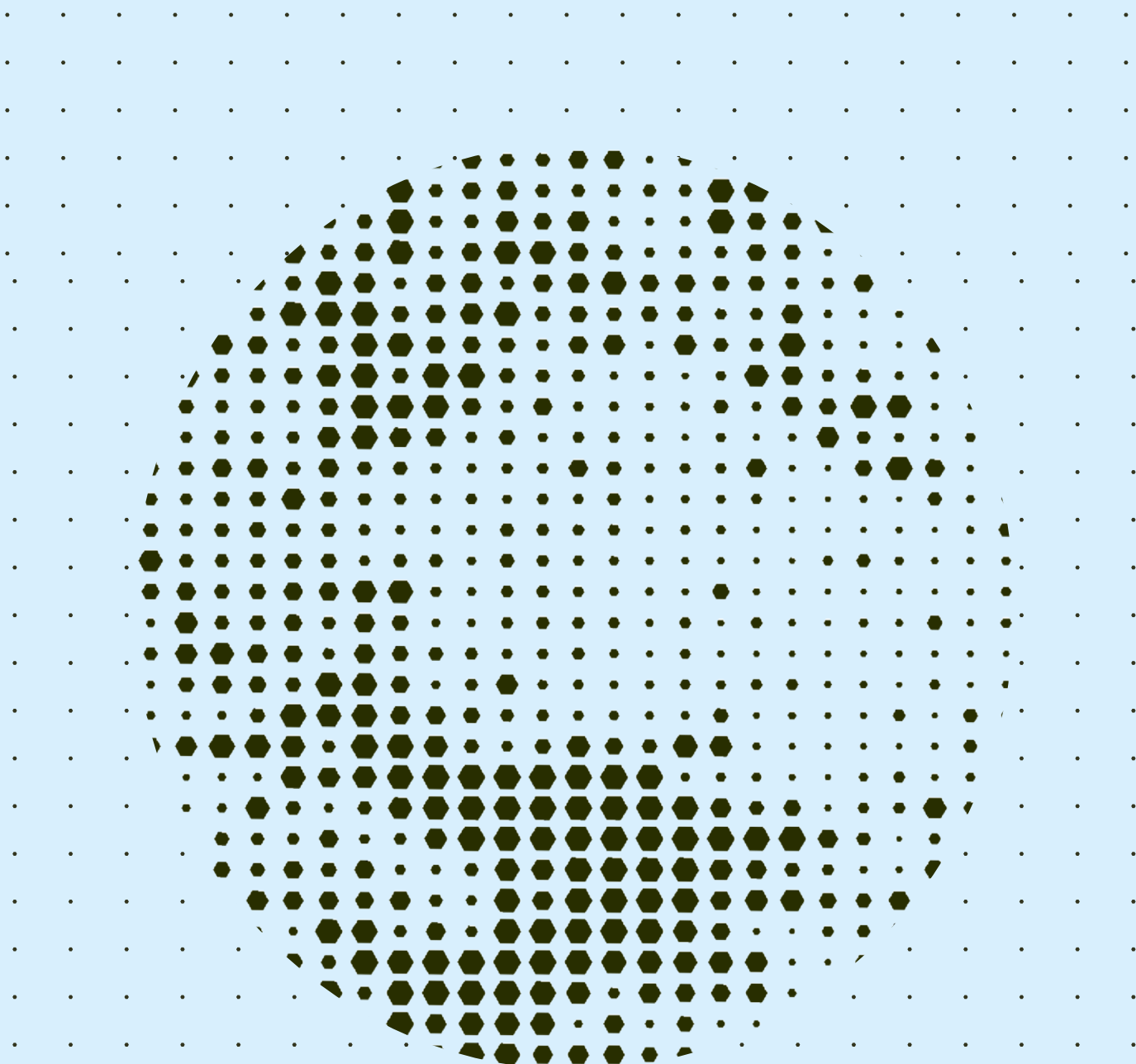
Karin Isaksson Rø er ph.d., spesialist i arbeidsmedisin og seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Shanafelt TD, West CP, Sinsky C et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2020. *Mayo Clin Proc* 2022; 97: 491–506.
- 2 Isaksson Rø K, Hyldig CL, Gjerde PB. Burnout prevalence in 2012, 2018 and 2024 among general practitioners in Norway and factors associated with burnout. *Scand J Prim Health Care* 2026; 44: 2617516.
- 3 Rosta J, Aasland OG, Nylenna M. Changes in job satisfaction among doctors in Norway from 2010 to 2017: a study based on repeated surveys. *BMJ Open* 2019; 9: e027891.
- 4 Rosta J, Bååthe F, Aasland OG et al. Changes in work stress among doctors in Norway from 2010 to 2019: a study based on repeated surveys. *BMJ Open* 2020; 10: e037474.
- 5 Sadeghi S, Ghaffari F, Sohrabi MR et al. Physician burnout, a new term, a well-known concept in the medieval era: a thematic review of Ruhawi's Adab al-Tabib. *Ir J Psychol Med* 2022; 39: 398–405.
- 6 Freudenberger HJ. Staff burn-out. *J Soc Issues* 1974; 30: 159–65.
- 7 Dahl AA. *Utmattelse og utbrenthet: klinikk, teori og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget, 2023: 239–53.
- 8 Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual*. 3. utg. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1996.
- 9 Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav* 1981; 2: 99–113.
- 10 Guseva Canu I, Marca SC, Dell'Oro F et al. Harmonized definition of occupational burnout: A systematic review, semantic analysis, and Delphi consensus in 29 countries. *Scand J Work Environ Health* 2021; 47: 95–107.
- 11 Schaufeli W. The burnout enigma solved? *Scand J Work Environ Health* 2021; 47: 169–70.
- 12 World Health Organization. *International Classification of Primary Care (ICPC-2)*. 2. utg. Lest 22.4.2026.
- 13 World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*. Lest 22.4.2026.
- 14 Gaebel W. ICD-11 and DSM-5: similarities and differences. *Eur Psychiatry* 2015; 30: 115.
- 15 Lindsäter E, Svärdman F, Wallert J et al. Exhaustion disorder: scoping review of research on a recently introduced stress-related diagnosis. *BJPsych Open* 2022; 8: e159.
- 16 Kalliomäki J, Brodda Jansen G. Development of a chronic stress diagnosis. *J Rehabil Med Clin Commun* 2021; 4: 1000064.
- 17 Falkum E. Hva er utbrenthet? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1122–8.
- 18 Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA et al. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. *JAMA* 2018; 320: 1131–50.
- 19 Shanafelt TD, West CP, Sinsky C et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2023. *Mayo Clin Proc* 2025; 100: 1142–58.
- 20 Lim WY, Ong J, Ong S et al. The abbreviated Maslach Burnout Inventory can overestimate burnout: a study of anesthesiology residents. *J Clin Med* 2019; 9: 61.
- 21 Sinsky CA, Brown RL, Rotenstein L et al. Association of work control with burnout and career intentions among U.S. physicians: a multi-institution study. *Ann Intern Med* 2025; 178: 20–8.

Nytt om legemidler

Begrenset nytte og høye kostnader ved ny Alzheimers-medisin. Hjertemuskelbetennelse etter mRNA koronavaksine er sjelden.



Begrenset nytte og høye kostnader ved ny Alzheimers-medisin

DMP har vurdert nytte og kostnad av Leqembi (lecanemab). Analysen viser begrenset effekt på gruppenivå (1). Samtidig er risikoen for bivirkninger høy, og det er strenge krav til utredning og oppfølging av den enkelte pasient. Behandlingen er derfor svært ressurskrevende.

Leqembi kurerer ikke Alzheimers sykdom, men er det første legemiddelet godkjent i Europa som kan bidra til å bremse utviklingen av sykdommen (2).

Liten pasientgruppe

Behandling er kun indisert for pasienter med mild kognitiv svikt eller mild demens, som skyldes Alzheimers sykdom. På grunn av risiko for alvorlige bivirkninger som hevelser eller blødninger i hjernen, er behandlingen kontraindisert for mange pasienter (2, 3).

DMPs metodevurdering har vurdert nytte og kostnad av Leqembi opp mot sykdommens alvorlighet. Effekt og ressursbruk er sammenlignet med dagens behandling for Alzheimers sykdom. Det antas at behandlingen kan være aktuell for 4000 nye pasienter årlig (1).

Begrenset effekt

Kliniske studier viser at effekten av Leqembi er begrenset. Pasienter som får Leqembi bruker noe lengre tid på å nå samme grad av hukommelses- og funksjonstap sammenlignet med de som får placebo. Det er imidlertid omdiskutert om resultatene er klinisk signifikante. Det er også usikkert om pasienter får bedre livskvalitet, eller kan være selvstendige og bo hjemme lenger.

Ressurskrevende

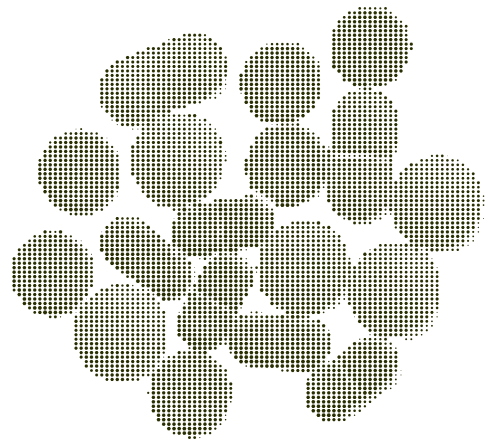
Leqembi gis intravenøst på sykehus annenhver uke. Behandlingen kan være belastende for den enkelte pasient og pårørende, fordi den medfører omfattende testing før oppstart og tett oppfølging underveis.

I tillegg er behandlingen kostbar og ressurskrevende for helse-tjenesten med strenge kriterier for bruk. Kostnadene for sykehus ved å ta i bruk Leqembi til den aktuelle pasientgruppen er beregnet til 2,8 milliarder kroner per år (1).

Helseforetakene bestemmer

Metodevurdering blir en del av beslutningsgrunnlaget når helseforetakene, i Beslutningsforum, skal bestemme om legemiddelet skal tas i bruk på norske sykehus.

Nytt om legemidler



Hjertemuskelbetennelse etter mRNA koronavaksine er sjelden

Under pandemien ble det meldt om flere tilfeller av hjertemuskelbetennelse etter vaksinasjon med koronavaksinene Comirnaty (Pfizer/BioNTech) og Spikevax (Moderna). Allerede i 2021 ble disse bivirkningene tatt inn i preparatomtale og pakningsvedlegg (4).

Ny norsk studie

I perioden desember 2020 til april 2022 er nasjonale helseregistre og journaler gjennomgått, for å identifisere og validere tilfeller av hjertemuskelbetennelse innen 90 dager etter vaksinasjon. Studien er resultat av et samarbeid mellom forskere ved kardiologisk avdeling på OUS og andre hjertemedisinske avdelinger i Norge, Folkehelseinstituttet og DMP (5).

I tråd med tidligere kunnskap

Blant 4,1 millioner vaksinerte var det 177 personer som fikk hjertemuskelbetennelse der vaksinen var den mest sannsynlige årsaken (5). Sykdommen kan være alvorlig, men for de fleste var sykdomsforløpet ukomplisert. Tilstanden var vanligst hos yngre menn, og vanligere etter andre dose. Det var kun tre ungdommer under 18 år som utviklet hjertemuskelbetennelse knyttet til koronavaksine.

Funnene samsvarer med tidligere nordiske og internasjonale studier, som viser at hjertemuskelbetennelse etter mRNA vaksinasjon er sjelden, oftest rammer unge menn, og som regel har et forbigående forløp.

Referanser:

- [1. https://www.dmp.no/Begrenset-nytte-og-hoye-kostnader-ved-ny-Alzheimers-medisin](https://www.dmp.no/Begrenset-nytte-og-hoye-kostnader-ved-ny-Alzheimers-medisin)
- [2. https://www.dmp.no/nyheter/alzheimers-medisinen-leqembi-godkjent-i-eu](https://www.dmp.no/nyheter/alzheimers-medisinen-leqembi-godkjent-i-eu)
- [3. https://www.dmp.no/globalassets/documents/bivirkninger-og-sikkerhet/rad-til-helsepersonell/nyl/2025/nyl-nr-6-2025.pdf](https://www.dmp.no/globalassets/documents/bivirkninger-og-sikkerhet/rad-til-helsepersonell/nyl/2025/nyl-nr-6-2025.pdf)
- [4. https://www.dmp.no/bivirkninger-og-sikkerhet/bivirkningsrapporter-og-oversiktertemarapporter-om-bivirkninger/bivirkningsrapporter-for-koronavaksiner/koronavaksiner-og-betennelse-i-hjertet](https://www.dmp.no/bivirkninger-og-sikkerhet/bivirkningsrapporter-og-oversiktertemarapporter-om-bivirkninger/bivirkningsrapporter-for-koronavaksiner/koronavaksiner-og-betennelse-i-hjertet)
- [5. https://www.fhi.no/nyheter/2026/ny-norsk-studie---hjertemuskelbetennelse-etter-mrna-koronavaksine-er-sjelden/](https://www.fhi.no/nyheter/2026/ny-norsk-studie---hjertemuskelbetennelse-etter-mrna-koronavaksine-er-sjelden/)



Økt risiko for senskader hos barn født av mødre i LAR-behandling

Mange barn av mødre som sto på buprenorfin eller metadon under svangerskapet, vil utvikle en nevrologisk utviklingsforstyrrelse.

Buprenorfin og metadon brukes ved legemiddelasstert rehabilitering av personer med opioidavhengighet, såkalt LAR-behandling. Vi vet lite om hvordan det går med barn der moren brukte disse legemidlene under graviditeten, og om risikoen for senskader hos barna er like høy ved bruk av buprenorfin som ved metadon.

I en studie ble forekomsten av alvorlige nevrologiske utviklingsforstyrrelser hos rundt 18 000 barn, der mødre hadde brukt buprenorfin eller metadon under graviditeten, innhentet fra databasen til Medicaid, et offentlig finansiert helsesystem for lavinntektsfamilier i USA (1).

Ved åtte års alder hadde rundt en tredel av barna blitt diagnostisert med en alvorlig utviklingsforstyrrelse. Etter justeringer for mulige konfunderende faktorer hadde barn eksponert for buprenorfin en noe lavere risiko for nevrologisk utviklingsforstyrrelse enn barn eksponert for metadon. Sensitivitetsanalyser viste imidlertid ingen sikker forskjell mellom gruppene.

– Det er en stor studie med omfattende statistiske justeringer, som bekrefter at barn født av kvinner under LAR-behandling har en høy risiko for å utvikle nevrologiske utviklingsforstyrrelser, sier Kathinka Aslaksen. Hun er barnelege ved Sørlandet sykehus og disputerte nylig ved Universitetet i Bergen om dette temaet.

LAR-behandling i Norge

De norske retningslinjene for LAR-behandling fra 2019 står støtt med tanke på funnene i denne studien, mener Aslaksen. Retningslinjene bygger på det som den gang var tilgjengelig forskning, som viste en tendens til noe lavere risiko for negative effekter på foster ved bruk av buprenorfin sammenlignet med metadon, men studiene hadde mange svakheter. Hun understreker at alle barn og foreldre under LAR-behandling må tilbys forsterket tverrfaglig oppfølging helt fra fastslått graviditet til langt inn i skolealder. ■

Martine Fimreite Wilhelmsen

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Friedrich S, Huybrechts KF, Straub L et al. Prenatal exposure to buprenorphine or methadone and adverse neurodevelopmental outcomes: population based cohort study. *BMJ* 2026; 393. doi: 10.1136/bmj-2025-087321.

Bedre sekundærforebygging av hjerneslag

Asundexian, som hemmer aktivert koagulasjonsfaktor XI, kan forebygge nytt hjerneslag.

Mange pasienter med hjerneslag eller transitorisk iskemisk attack (TIA) som ikke skyldes emboli, vil få et nytt hjerneslag innen få år, også hvis de bruker antitrombotisk behandling med en platehemmer. Lavt nivå av koagulasjonsfaktor XI er assosiert med redusert risiko for hjerneslag. Mindre studier har ikke vist effekt av midler som hemmer aktivert koagulasjonsfaktor XI, men dette kan skyldes kort oppfølgingstid (1).

I en stor internasjonal fase 3-studie ble flere enn 12 000 pasienter randomisert innen 72 timer etter et ikke-kardioembolisk hjerneslag eller TIA til 50 mg asundexian eller placebo daglig i tillegg til antiplateletterapi (2). Etter en median oppfølgingstid på halvannet år var insidensen av nytt hjerneslag lavere i asundexian-gruppen (6,2 %) enn i placebo-gruppen (8,4 %), dvs. en årsaksspesifikk hasardratio på 0,74 (95 % KI 0,65 til 0,84; $p < 0,001$). Samlet insidens av kardiovaskulær død, hjerteinfarkt og hjerneslag var også lavere. Insidensen av blødning var omtrent lik i begge gruppene (1,9 % og 1,7 %; hasardratio 1,10; 95 % KI 0,85 til 1,44). Det samme gjaldt andre komplikasjoner.

– Denne studien viser at asundexian kan redusere risikoen for nytt hjerneslag, og det uten å øke risikoen for blødning, sier Ellisiv Bøgeberg Mathiesen, som er professor og overlege i nevrologi ved Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø. Studien er den første som viser at annen antitrombotisk behandling i tillegg til en platehemmer gir en nettogevinst hos pasienter med ikke-kardioembolisk hjerteinfarkt, påpeker hun.

Relevans for norske forhold

– Studien omfatter svært mange pasienter, noe som gir tillit til resultatene ved at sjansen for et tilfeldig positivt funn er liten. Man kan kanskje innvende at den absolutte risikoreduksjonen med asundexian er relativt beskjeden, men reduksjonen representerer likevel en klinisk viktig gevinst for denne store pasientgruppen, sier Mathiesen.

Studien har relevans for norsk praksis, mener hun. – Langtidsforebygging med en platehemmer er den eneste an-

befalte antitrombotiske behandlingen etter et ikke-kardioembolisk hjerteinfarkt, som i dag utgjør om lag tre fjerdedeler av alle hjerteinfarkter. Hjerneslag er en folkesykdom, og bedre sekundærforebygging er derfor viktig, både for den enkelte og for samfunnet, med forbehold om at kostnadene er innenfor rimelighetens grenser, sier Mathiesen. ■

Petter Gjersvik

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Boulanger M. Asundexian for Noncardioembolic Ischemic Stroke. *N Engl J Med* 2026; 394: 1540–1.
- 2 Sharma M, Dong Q, Hirano T et al. OCEANIC-STROKE Investigators. Asundexian for Secondary Stroke Prevention. *N Engl J Med* 2026; 394: 1467–79.

Videospill gir bedre triagering

Videospill i opplæringen av akuttmedisinere kan gi bedre og riktigere triagering av eldre med skader.

Triagering av pasienter i et akuttmottak kan være utfordrende. Kan bruk av videospill i opplæringen av mottaksleger bidra til bedre triagering av eldre pasienter med skader?

I en amerikansk studie ble 800 erfarne akuttmedisinere randomisert til opplæring med et teoribasert videospill og til ordinær opplæring på sykehuset (1). Legene i intervensjonsgruppen ble bedt om å spille videospillet i to timer, deretter

i 20 minutter tre ganger i løpet av ett år. Nesten alle legene gjennomførte minst én spilleøkt, mens rundt 67 % gjennomførte alle spilleøktene. Primært utfallsmål var andelen eldre pasienter med alvorlige skader som ikke ble overført til et traumesenter, såkalt undertriagering.

I løpet av ett år var andelen eldre som ble undertriagert av legene i intervensjonsgruppen, lavere enn andelen i kontrollgruppen (49 % versus 57 %; $p = 0,02$). Andelen pasienter som ble overtriagert i de to gruppene, var omtrent lik.

Et problem også i Norge

– Undertriagering av eldre pasienter med skader er et problem også i Norge, sier Erik Zakariassen, som er forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin og Stiftelsen Norsk Luftambulansse.

– Derfor kan denne studien være relevant for norske forhold. Eldre med lavenergitraumer har høyere mortalitet, de får sjeldnere avansert prehospital behandling og sjeldnere aktivering av traumeteam ved ankomst til akuttmottakene enn yngre voksne, sier han.

– Funnene viser at legene som hadde brukt videospillet mer hadde færre pasienter som ble undertriagert enn i kontrollgruppen, men 30-dagers dødelighet var lik i begge gruppene, påpeker han.

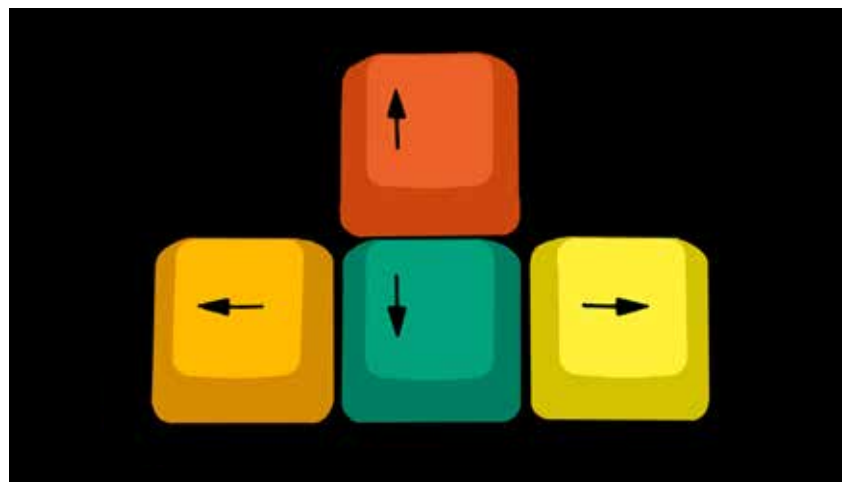
Han savner også en nærmere omtale i artikkelen av den pedagogiske teorien bak utviklingen av dataspillet som ble brukt, og hvordan den ordinære opplæringen foregikk og hvor ofte de med ordinær opplæring repeterte. ■

Martine Fimreite Wilhelmsen

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Mohan D, Chang CH, Fischhoff B et al. Using Serious Games to Increase the Implementation of Trauma Triage Guidelines: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2026; 335: 1672–83.



Kronisk nyresykdom er underdiagnostisert

Mange pasienter med moderat eller alvorlig kronisk nyresykdom i Vestfold hadde ikke vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten.

Kronisk nyresykdom er vanlig og gir få symptomer i tidlig fase. Blir pasienter med tegn på kronisk nyresykdom fulgt godt nok opp?

Basert på registrerte data for serumkreatinin og estimert glomerulær filtrasjonsrate (eGFR) hos et tilfeldig utvalg pasienter i fastlegepraksis identifiserte en forskergruppe ved Sykehuset i Vestfold 13 480 pasienter som oppfylte kriteriene for moderat til alvorlig kronisk nyresykdom, dvs. i stadium 3–5 (1). Av disse var kun 1 952 registrert ved Sykehuset i Vestfold eller i kontakt med nyrepoliklinikken.

– Disse funnene peker på behovet for tidligere diagnostikk, bedre risikostratifisering og mer systematisk oppfølging i allmennpraksis, mener Sadollah Abedini, som er overlege ved Sykehuset i Vestfold og studiens førsteforfatter. Han er opptatt av at pasienter som har størst nytte av spesialisthelsetjenester, må identifiseres og henvises.

– Studien gir innsikt i hvordan kronisk nyresykdom utredes og diagnostiseres i allmennpraksis, og den bidrar til



Fra venstre Morten Lindberg og Sadollah Abedini ved Sykehuset i Vestfold. Foto: Torbjørn Endal

å belyse hvorfor sykdommen ofte forblir uoppdaget eller erkjennes sent, sier han.

– Målet må være å utvikle målrettede tiltak som kan styrke diagnostikk og oppfølging av kronisk nyresykdom i primærhelsetjenesten.

Lokalt samarbeid

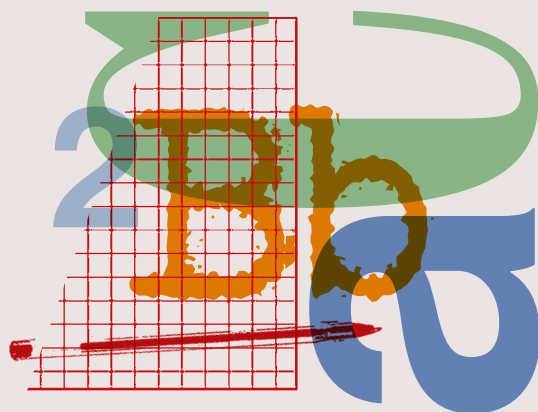
Forsknings samarbeidet VISTAKID, som står for Vestfold Investigation of Stage 3–5 Kidney Disease, er ledet av Abedini i nært samarbeid med sentrallaboratoriet ved sykehuset, representert ved overlege Morten Lindberg. Han har bidratt med laboratoriedata og metodisk kompetanse i håndteringen av store datasett. ■

Martine Fimreite Wilhelmsen

Tidsskriftet

Litteratur

- 1 Abedini S, Lindberg M, Bjune T et al. Chronic kidney disease in Norwegian primary care: underdiagnosis and undertreatment - findings from the VISTAKID (Vestfold Investigation of Stage 3-5 Kidney Disease) study. BMC Nephrol 2026; 27: 170.



Vil du publisere i Tidsskriftet?

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

Alle vitenskapelige artikler fagfelleverderes og blir indeksert i PubMed.

Finne mer informasjon og forfatterveiledning på tidsskriftet.no.

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™ neseppray
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 neselimplinnen, 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)



Benedicte Christina Bertelsen¹*benedicte.christina@gmail.com***Eirik Qvigstad**²**Anne Cecilie K. Larstorp**^{3,4}**Hege Ihle-Hansen**^{1,5}

- 1 Akuttmedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål
- 2 Kardiologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål
- 3 Avdeling for medisinsk biokjemi, Oslo universitetssykehus, Ullevål
- 4 Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo
- 5 Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

En kvinne i 70-årene med brystmerter og vedvarende høye troponin T-nivåer

Troponin T er en biomarkør for myokardskade. Pasienter med brystmerter og økt troponin T i perifert blod utredes oftest for akutt koronar hjertesykdom. Denne kasuistikken illustrerer at også alternative forklaringer bør vurderes ved økt troponin T-nivå.

Pasienten var en aktiv kvinne i 70-årene som var delvis i jobb. Hun hadde tidligere fått påvist en lett dilatert aortarot, hadde hypertensjon og var medikamentelt behandlet med ACE-hemmer og statin. Hun ble innlagt ved medisinsk avdeling via fastlege etter to dagers sykehistorie med trykkende retrosternale brystmerter uten utstråling. Smertene hadde oppstått i hvile om morgenen, økt ut over dagen, men gitt seg til kvelden. Smertene ble forverret ved gange i motbakke. På vei til fastlegen hadde forverring av smertene medført at hun stoppet to ganger. Ved innkomst hadde hun fortsatt brystmerter. Hun var moderat hypertensiv, med blodtrykk 170/95 mmHg, elektrokardiogram (EKG) var normalt uten signifikante ST-segment/T-bølgeforandringer eller venstre grenblokk. Orienterende blodprøver viste forhøyet troponin T 108 ng/L (referanseområde ≤ 14) og normal nyrefunksjon (tabell 1).

På grunn av brystmerter og forhøyet troponin T-nivå mistenkte man myokardskade og akutt hjerteinfarkt uten ST-elevasjon (NSTEMI). Hun fikk i henhold til retningslinjer fra European Society of Cardiology, som er anbefalt av Norsk kardiologisk selskap, acetylsalisylsyre i metningsdose 300 mg og ble henvist til koronar angiografi innen 24 timer etter innleggelsen.

Koronar angiografi viste ingen signifikante stenoser, kun veggforandringer i venstre koronararteries fremre nedadstigende gren og i høyre koronararterie.

Dagen etter hadde hun vedvarende forhøyet troponin T med en verdi på 118 ng/L og fortsatt ubehag i brystet. Aortadisseksjon ble mistenkt som årsak, og CT totalaorta ble utført samme dag.

CT totalaorta viste dilatasjon av aortaroten på 48 mm, uendret fra tre år tidligere. Etter ytterligere stigning av troponin T til 263 ng/L tredje dag etter innleggelsen ble det gjort ekkokardiografi, som viste normal stor velkontraherende venstre og høyre ventrikel uten tegn til gjennomgått infarkt. Kjent dilatert aorta ascendens, middels aortainsuffisiens og minimal mengde perikardvæske ble bemerket som bifunn. Troponin T var stabilt høyt de påfølgende dagene (269 - 263 - 279 ng/L).

Fortsatt stigning i troponin T-nivået er ikke typisk for akutt koronarsykdom, hvor man forventer dynamikk i form av stigning før et gradvis fall. Den mest sannsynlige årsaken ble antatt å være myokarditt. Hun ble derfor henvist til MR hjerte, som ble tatt fem dager etter innkomst og syv dager etter smertedebut.

Noe å lære av

Komplekse pasienthistorier med vekt på de kliniske vurderingene

MR hjerte viste ingen tegn til myokarditt. NT-proBNP viste normale funn. Ut fra klinisk presentasjon og funn av minimale mengder perikardvæske på orienterende ekkokardiografi ble det likevel konkludert med at myoperikarditt var mest sannsynlig. Hun ble utskrevet i god allmenntilstand etter seks dager med sekundærprofylakse i form av dobbel platehemmer med acetylsalisylsyre 75 mg og klopidogrel 75 mg tabletter i tre måneder, da man ikke kunne helt utelukke et lite NSTEMI-infarkt med en trombe som spontant løste seg opp, samt en kur kolkisin 0,5 mg tablett én gang daglig i tre måneder for myoperikarditt.

Ved kontroll etter tre måneder viste MR hjerte ikke tegn til gjennomgått myokarditt og myokardscintigrafi ingen tegn til myokardiskemi. Troponin T var 131 ng/L, kreatinkinase (CK) var 519 U/L (35–210) og CK-MB var 9 µg/L (≤ 5). Ved kontroll etter ytterligere ni måneder viste EKG sinusrytme med hyppige ventrikulære ekstrasystoler, troponin T hadde falt ytterligere til 109 ng/L, men på grunn av fortsatt høy troponin T ble det etterbestilt ny måling av CK. Denne viste nå 222 U/L, CK-MB 5 µg/L og myoglobin 74 µg/L (≤ 65). Da det ikke var noen god forklaring på lett høy CK-MB og myoglobin, ble serum sendt til analyse for høysensitiv troponin I ved et annet helseforetak.

Pasienten ble akuttinnlagt to måneder senere etter en ny episode med ubehag og smerter i venstre del av brystet. Hun fortalte da at hun det siste året hadde hatt jevnlige episoder med ubehag/lette smerter i brystet, oftest fra morgenen av og ved opplevelse av stress. Smertene ble reproduert ved palpasjon parasternalt og langs brystmuskelen. Ved innkomst var troponin T 89 ng/L og myoglobin 70 µg/L. EKG viste sinusrytme med hyppige ventrikulære ekstrasystoler. Ny ekkokardiografi viste uendret små mengder perikardvæske, og troponin T første døgn var uten dynamikk med 89–94–86 ng/L.

Det ble mistenkt residiv av myoperikarditt. Ved journalgjennomgang ved førstedagsvisitt fant vi svar på analysen av høysensitiv troponin I fra to måneder tidligere, som var negativ (< 4 ng/L), og et notat til fastlegen der det ble stilt spørsmål ved om troponin T var falskt forhøyet. Det aktuelle ble derfor tolket som ikke-kardiale smerter og mulig kostokondritt, en betennelse i overgangen mellom bruskk og ben der ribbena møter sternum.

Ved reinnleggelse var det fremdeles høye troponin T-verdier. Brystsmertene hadde ingen relasjon til aktivitet eller ledsagende symptomer og var ikke forenlig med klassiske symptomer på hjertesykdom. Da utredningen heller ikke kunne bekrefte myoperikarditt, vurderte vi om det kunne være en biokjemisk forklaring på de forhøyede troponin T-verdiene og fikk, via en lokal laboratorielege, kontakt med Avdeling for medisinsk biokjemi ved Radiumhospitalet, som har spesialkompetanse på denne typen problemstillinger. Her ble proteinene i serumprøven separert i ulike fraksjoner basert på molekylstørrelse. Denne metoden krever erfaring, ressurser og spesialutstyr, men er særlig egnet for undersøkelse av mistenkt makrotroponin. Nesten all troponin T i prøven ble gjenfunnet i fraksjonene, som inneholdt proteiner med størrelse 150–200 kDa, hvilket er typisk for komplekser av IgG og troponin T. Siden det er så stor forskjell i størrelse mellom fritt troponin T (≈ 30 kDa), IgG-TnT (≈ 180 kDa) og IgM-TnT ($\approx 1\ 000$ kDa), var tolkningen at vedvarende høy troponin T skyldtes tilstedeværelse av makrotroponin.

Pasienten ble informert, og det ble planlagt oppfølging av aorta ascendens ved kardiologisk poliklinikk. Hun ble henvist til MR lår for å utelukke myositt. Denne undersøkelsen var uten holdepunkt for myositt. —>

Prøve	Referanse-grense	Dag 0, innleggelse	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5	Dag 6	Etter 3 måneder, poliklinikk	Etter 12 måneder, poliklinikk	Etter 14 måneder, innleggelse
Troponin T (ng/L)	≤ 14	108 ¹ /115 ²	118		263	269	263	279	131	109	89/94 ² /86
Troponin I (ng/L)	< 15									< 4	
Kreatinkinase (CK) (U/L)	35–210								519	222	
CK-MB (µg/L)	≤ 5								9	5	
Myoglobin (µg/L)	≤ 65									74	70
NT-proBNP (ng/L)	≤ 760							112	381	317	199
Kreatinin (µmol/L)	45–90	61			67	67			72	64	70
Estimert GFR (mL/min/1,73 m ²)	≥ 60	90			82	82			75	86	77
Utredning		EKG	Koronar angiografi	CT aorta		Ekkokardiografi		MR hjerte	MR hjerte Myokard scintigrafi	EKG	Ekkokardiografi

Tabell 1 Oversikt over pasientens prøvesvar gjennom forløpet

- 1 Prøvetakingstidspunkt er ved ankomst, 48 timer etter smertedebut
- 2 Kontroll etter fire timer

Diskusjon

Troponin T og troponin I er ikke hjertespesifikke proteiner, men proteiner som finnes i all tverrstripet muskulatur (riktignok med ulik aminosyrestruktur i hjertet og i skjelettmuskulaturen). I laboratorieanalysene for troponin T og troponin I brukes antistoffer mot kardialet troponin, og de er ansett som hjertespesifikke analyser, men i sjeldne sykdomstilfeller kan skjelettmuskulatur uttrykke kardialet troponinform. Ved dynamikk i troponinverdier reises oftest mistanke om myokardskade (1).

Etter første innleggelse ble det konkludert med myoperikarditt som den mest sannsynlige årsaken til pasientens brystsmertter og økning i troponin T. Tilstanden kjennetegnes ved at betennelsesprosessen primært sitter i perikard og bare påvirker myokard lettgradig, med presentasjon i form av troponinutslipp og/eller ST-elevasjoner i EKG (2). Dette står i motsetning til perimyokarditt, hvor inflammasjonen påvirker myokard i vesentlig større grad slik at også venstre ventrikkelfunksjonen blir redusert. Gullstandard for diagnostikk er biopsi fra endomyokard, men dette anbefales ikke dersom det ikke er holdepunkter for hjertesvikt. MR av hjertet benyttes for å påvise betennelse i myokard, med sensitivitet på 73–88 % (3), samt å utelukke andre diagnoser, og koronar angiografi gjennomføres for å utelukke koronarsykdom. Diagnostiske kriterier for myoperikarditt er troponinstigning og perikarditt, som igjen har to eller flere av følgende kriterier: typiske smerter, gnidningslyd, perikardvæske og EKG-forandringer. Ved gjennomgang av pasientens symptomer og funn synes diagnosen å være begrunnet i stigningen i troponin T, men uten at andre kriterier var oppfylt.

Makrotroponin er et immunkompleks bestående av kardialet troponin (troponin T og/eller troponin I) bundet til endogene antitroponin-antistoffer. Ofte, men ikke alltid, vil komplekset medføre måling av høye nivåer av troponin T og/eller troponin I (4–6). Prevalensen varierer med ulike populasjoner og analysemetoder. Eksempelvis viser en stor dansk studie med friske referansepersoner betydelig høyere andel makrotroponin I enn makrotroponin T blant deltagerne med de høyeste verdiene (7). Makrotroponin kan ha molekylvekt på ≥ 150 kDa og er for store til å bli filtrert i nyrenes glomeruli. Grunnet nedsatt eliminering vil immunkompleksene bli værende i sirkulasjonen og kan medføre høye troponinkonsentrasjoner i potensielt lang tid (uker–måneder) uten akutt pågående myokardskade (8). Halveringstiden til troponin T vil øke fra rundt to timer til uker, som er samme halveringstid som IgG, og vil dermed gi relativt stabile og vedvarende høye verdier. Dette kan passe med det langsomme fallet i troponin T fra dag 6 til 14 måneder hos vår pasient.

Høy troponin T er en markør for myokardskade, og det ble rekvirert mange undersøkelser, selv om den kliniske mistanken om koronarsykdom var lav. Både det forhøyede troponin T-nivået ved innkomst og nesten tredoblingen av troponin T til dag 3 ga mistanke om uavklart myokardskade eller inflammasjon. Hun hadde heller ikke tegn til hjertesvikt, inkludert Takotsubo-syndrom (9), eller arytmier som kunne forklare forhøyet troponin T. Ved alvorlig nyresvikt (10), enkelte muskelsykdommer (11), alvorlig rbdomyolyse, alvorlig sepsis og etter store fysiske anstrengelser kan troponin T-nivået stige, noe som ikke ble mistenkt hos vår pasient. Vi fant heller ingen sikker kardialet kilde til forhøyet troponin T ved de to innleggelene.

Ved retrospektiv gjennomgang av pasientens journal fremkom det at pasienten siden 2010 hadde hatt smerter

ved palpasjon av brystmuskelen. Disse myalgiske brystsmertene forklarer neppe høy og stigende troponin ved første innleggelse. Videre beskrev pasienten tiltagende muskelsvakhet. Det ble da stilt spørsmål om skjelettmuskulatur kunne være kilde til et selektivt troponin T-utslipp (11). Moderat forhøyet CK med proporsjonalt relativt forhøyet troponin T-verdi ses ved inklusjonslegememysitt (12). Pasienten ble henvist til MR lår, som viste moderat fettvevsinfiltrasjon uten ødem. Dette støtter ikke diagnosen, men er mer relatert til aldring. Vi har således ingen sikker kilde heller fra muskulaturen.

I ettertid ser vi at CK/CK-MB og myoglobin kunne vært tatt tidligere og ikke først etter henholdsvis tre måneder og tolv måneder. Det var også uheldig at troponin I-svaret sendt til fastlegen ikke ble oppdaget ved ny innleggelse før førstedagsvisitt. Prøvesvaret kunne ha forhindret en unødvendig ny utredning, selv om det ikke fikk kliniske konsekvenser i dette tilfellet.

Det er viktig at «klinikerne våkner» når det ikke er svar mellom kliniske funn og biomarkører, for å unngå at pasienter gjennomgår gjentatte kostbare og potensielt farlige undersøkelser som invasiv koronar angiografi og CT-undersøkelser med kontrast. Det anbefales å ta kontakt med laboratoriet dersom troponinresultatene ikke passer med det kliniske bildet. Aktuelle tiltak kan være reanalysering av prøven, feilsøking på analyseinstrument, kartlegging av mulige interferenser, analyse med komplementære analyser, som for eksempel troponin I, CK, CK-MB, NT-proBNP og myoglobin ved forhøyet troponin T, samt undersøkelse for makrotroponin. Selv om makrotroponin ble påvist, fant vi ikke årsaken til troponin T-utslippet som medførte makrotroponin hos pasienten. Funnet medførte imidlertid at hun ikke gjennomgikk flere undersøkelser og at hun ble trygg på at hun ikke hadde alvorlig hjertesykdom. ■

Takk til Helena Andersson, Revmatologisk avdeling, Oslo universitetssykehus for diskusjon knyttet til mulig inklusjonslegememysitt. Takk til David J. Warren og Nils Bolstad ved Avdeling for medisinsk biokjemi, Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet, for hjelp til undersøkelse av makrotroponin.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 25.6.2025, første revisjon innsendt 26.10.2025, godkjent 26.2.2026.

Benedicte Christina Bertelsen

benedicte.christina@gmail.com

Benedicte Christina Bertelsen var LIS1-lege ved Oslo universitetssykehus. Hun er nå vernepliktig lege i Forsvaret. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Eirik Qvigstad

Eirik Qvigstad er ph.d., spesialist i indremedisin og i hjertesykdommer og overlege. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt forelesingshonorar fra Novartis og AstraZeneca.

Anne Cecilie K. Larstorp

Anne Cecilie K. Larstorp er ph.d., spesialist i medisinsk biokjemi, overlege og førsteamanuensis. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun er visepresident i Norsk hypertensjonsforening.

Hege Ihle-Hansen

Hege Ihle-Hansen er ph.d., spesialist i indremedisin og i geriatri, overlege og forsker. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt forelesingshonorar fra Novartis, Boehringer Ingelheim, AstraZeneca og Novo Nordisk.

Litteratur

- 1 Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *Eur Heart J* 2023; 44: 3720–826.
- 2 Adler Y, Charron P, Imazio M et al. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: The Task Force for the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: The European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J* 2015; 36: 2921–64.
- 3 Urzua Fresno C, Sanchez Tijmes F, Shaw KE et al. Cardiac Imaging in Myocarditis: Current Evidence and Future Directions. *Can Assoc Radiol J* 2023; 74: 147–59.
- 4 Hammarsten O, Becker C, Engberg AE. Methods for analyzing positive cardiac troponin assay interference. *Clin Biochem* 2023; 116: 24–30.
- 5 Salaun E, Drory S, Coté MA et al. Role of Antitroponin Antibodies and Macro-troponin in the Clinical Interpretation of Cardiac Troponin. *J Am Heart Assoc* 2024; 13. doi:10.1161/JAHA.123.035128.
- 6 Salvatici M, Sommese C, Corsi Romanelli MM et al. Review of Literature and Recommended Procedures for Management of Unusual Cases of False Positive Troponin Tests. *Int J Mol Sci* 2025; 26: 1045.
- 7 Strandkjær N, Hansen MB, Afzal S et al. Influence of Macro-troponin on the 99th Percentile Threshold in 2 High-Sensitivity Cardiac Troponin Assays. *Clin Chem* 2025; 71: 884–95.
- 8 Ghossein J, Ghossein J, Booth RA et al. Presence of Macro-troponin for Over 2 Years in a Young Woman. *CJC Open* 2022; 4: 1012–4.
- 9 Airaksinen JKE, Tuominen T, Paana T et al. Novel troponin fragmentation assay to discriminate between Takotsubo syndrome and acute myocardial infarction. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care* 2024; 13: 782–8.
- 10 Airaksinen KEJ, Aalto R, Hellman T et al. Novel Troponin Fragmentation Assay to Discriminate Between Troponin Elevations in Acute Myocardial Infarction and End-Stage Renal Disease. *Circulation* 2022; 146: 1408–10.
- 11 du Fay de Lavallaz J, Prepoudis A, Wendebourg MJ et al. Skeletal Muscle Disorders: A Noncardiac Source of Cardiac Troponin T. *Circulation* 2022; 145: 1764–79.
- 12 Lindberg C, Klintberg L, Oldfors A. Raised troponin T in inclusion body myositis is common and serum levels are persistent over time. *Neuromuscul Disord* 2006; 16: 495–7.

Annonse



Pasienten er i utlandet - kan du skrive sykmelding?

Pasienten din har blitt syk under opphold i utlandet og kontakter deg for å be om sykmelding. **Hva gjør du?** Her går det et skille mellom om pasienten befinner seg i eller utenfor EU/EØS.

Når pasienten befinner seg innenfor EU/EØS:

Du kan skrive en kort sykmelding til pasienten din, etter e-konsultasjon eller telefonkonsultasjon.

Fire vilkår må da være oppfylt:

1. Du kjenner pasienten gjennom tidligere fysisk undersøkelse
2. Diagnosen er gjort kjent for deg, ved at du kjenner den aktuelle helseutfordringen til pasienten, eventuelt via dokumentasjon fra annet helsepersonell
3. Du må kunne vurdere pasientens arbeidsevne uten fysisk undersøkelse
4. Du må anse det som medisinsk faglig forsvarlig

Hvis Nav ber om det, må du kunne dokumentere hvilken konsultasjonsform som lå til grunn for sykmeldingen.

Når pasienten befinner seg utenfor EU/EØS:

Du kan ikke sykmelde. Pasienten bør rådes til å kontakte reiseforsikringsselskapet sitt.



VYDURA ER PÅ BLÅRESEPT (§2)

TIL PASIENTER MED AKUTT MIGRENE

Smeltetablett til migrenebehandling
både for anfall og forebygging.

Vydura[®] 75mg 
(rimegepant)
smeltetablett



Første orale CGRP*-reseptorhemmer for¹⁻²

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

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

Dosering¹:

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

Kontraindikasjon¹: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

Pakninger og priser: 75 mg: 2 stk. (blister) kr 540,80, 8 stk. (blister) kr 2054,10.

Reseptgruppe C.

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

Refusjon foreligger ikke for forebyggende behandling.

Bivirkninger¹:

Vanligste bivirkning ved akutt behandling og migreneprofylakse var kvalme.

Overfølsomhetsreaksjoner, inkl. alvorlige, kan oppstå også dager etter administrering.

Viktig sikkerhetsinformasjon¹:

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

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



Les mer på
VYDURA.NO

Referanser:

1. Vydura® (Rimegepant) SPC, tilgjengelig på www.dmp.no. 2. Vebenstad MA, Første migrenemedisin i klassen gepanter er nå tilgjengelig i Norge, Nevrologisk Tidsskrift, 2022

*CGRP: Calcitonin gene-related peptide.

Sanchai Thayaparan 1

sanchai.thayaparan@outlook.com

Sverre Sigurd Lamens 1**Frederick Thaddeus Pochylski 1****Stein Magnus Aukland 2, 3****Stian Torkildson Ryste 2**

1 Barne- og ungdomsavdelinga, Haugesund sjukehus

2 Radiologisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus

3 Universitetet i Bergen

Ductus arteriosus-aneurisme hos nyfødt med inspiratorisk stridor

Et nyfødt barn utviklet progredierende inspiratorisk stridor og respirasjonsbesvær. Utredningen påviste en aneurisme i ductus arteriosus. Tilstanden bedret seg spontant. Kasuistikken understreker viktigheten av å vurdere vaskulære anomalier hos nyfødte med uforklart øvre luftveisproblematikk.

Et nyfødt barn ble innlagt på nyfødtintensiv for observasjon grunnet respirasjonsbesvær etter en igangsatt fødsel som følge av misfarget fostervann og patologisk kardiokografi. Fødselsmålene var normale, og barnet ble etter klinisk vurdering ansett som stabilt og overført til barselavdelingen.

Etter 2,5 timer oppstod kortvarig postnatal hypoglykemi, og barnet ble derfor innlagt for behandling og stabilisering uten påfølgende komplikasjoner. Stridor debuterte først senere.

På dag 3 utviklet barnet inspiratorisk stridor med metningsfall til 82 %, som normaliserte seg med oksygentilskudd. Laryngomalasi ble mistenkt, men fleksibel laryngoskopi viste kun lett ødematøse, gulaktige stemmebånd og aryepiglottisk fold uten sikre tegn til laryngomalasi.

Til tross for fortsatt oksygentilskudd ved behov, vedvarte stridoren, og på dag 4 tilkom minimale jugulære inndragninger. På dag 5 ble væskerestriksjon initiert, da lett overhydrering ble ansett som medvirkende til laryngealt ødem. Neonatal ikterus ble vurdert, men bilirubinnivåene forble under behandlingsgrensen for fototerapi. Deksametason 0,15 mg/kg peroralt ble gitt som engangsdose på dag 6, uten klinisk effekt.

På dag 7 forverret den inspiratoriske stridoren seg, med hyppige desatura-

sjoner til 80 %-verdier og korte apnéer. Uttalte jugulære og subkostale inndragninger ble observert. Symptomene forsvant fullstendig i ryggeleie med hodet rotert mot venstre, men var til stede i andre hodeposisjoner, inkludert nøytral stilling og rotasjon til høyre. CPAP-behandling ble startet, og barnet ble overført til universitetssykehus for videre utredning.

Ved ankomst til universitetssykehuset samme dag forelå tydelig inspiratorisk stridor med subkostale og jugulære inndragninger, men barnet opprettholdt tilfredsstillende oksygenmetninger, og CPAP-behandlingen som ble gitt under transport, ble seponert. Ekkokardiografi tatt dag 8 viste en liten persisterende ductus arteriosus og lett innsnevring i aortabuen. Ny laryngoskopi (også dag 8) viste venstresidig stemmebåndsparese. På bakgrunn av den posisjonsavhengige stridoren og fravær av sikre funn i øvre luftveier, ble vaskulær årsak mistenkt. Det kliniske bildet forble uendret gjennom dag 8.

Ved CT-angiografi på dag 9 fant man en ductus arteriosus-aneurisme med sannsynlig kompresjon av venstre recurrensnerve. Dette forklarte den posisjonsavhengige stridoren som følge av venstresidig stemmebåndsparese (figur 1). Fra dag 9 til 12 persisterte stridor og inndragninger. Oksygenmetningen var hovedsakelig > 95 % på romluft, med

enkelte korte fall mot 90 %. CT-undersøkelsen hadde også påvist en lett aortainnsnevring (figur 1). Ekkokardiografi ble derfor gjentatt på dag 12 og avkreftet klinisk signifikant aortainnsnevring. Kirurgisk behandling ble vurdert, men ikke ansett som nødvendig på grunn av spontan klinisk bedring og fravær av alvorlige kompresjonstegn eller andre bildediagnostiske høyriskofunn. Barnet ble overført tilbake til lokalsykehuset på dag 13.

Videre forble pasienten stabil med spontan, fullstendig regresjon av stridor og inndragninger under det andre oppholdet ved lokalsykehuset. Ductus arteriosus-aneurisme ble vurdert som en patologisk variant ved forsinket lukking av ductus, med forventet spontan tilbakegang. Pasienten ble utskrevet på dag 15 med videre tverrfaglig oppfølging, inkludert ekkokardiografier og månedlig vurdering av øre-nese-hals-lege i tre måneder.

Diskusjon

Stridor hos nyfødte skyldes oftest laryngomalasi, stemmebåndsparese eller subglottisk stenose (1). Ved atypisk eller progredierende stridor, spesielt dersom symptomene er posisjonsavhengige, bør vaskulære anomalier vurderes.

I dette tilfellet var stridoren forårsaket av en ensidig stemmebåndsparese som kunne forklares av lett kompresjon av venstre recurrensnerve, sekundært til en aneurisme i ductus arteriosus. Venstre nervus recurrens går rundt ligamentum arteriosum, helt inntil aneurismen, og innnærer alle de indre larynksmuskle- ne med unntak av m. cricothyroideus. Dysfunksjon i nerven førte trolig til sviktende nevromuskulær kontroll av larynksmuskulaturen og dermed redusert bevegelighet i stemmebåndet. Dette ble ansett som den mest plausible forklaringen på de observerte symptomene. Det er sannsynlig at posisjonering i ryngleie med hodet rotert mot venstre reduserte kompresjonen og ga fullstendig symp- tomlindring.

Aneurisme i ductus arteriosus er en sjelden tilstand, men økt bruk av avansert prenatal og postnatal bildediagnostikk har ført til økt påvisning. Rapportert forekomst er 0,5–1 % i tidligere neona- tale obduksjoner og 1,5 % ved moderne føtal ultralyd (2–4). De fleste tilfeller av ductus arteriosus-aneurisme forløper asymptomatisk, går i spontan regress og kan følges med ekkokardiografi (5). Til- standen diagnostiseres typisk ved føtal ekkokardiografi i tredje trimester eller tidlig postnatalet, ofte som et tilfeldig funn (5). CT eller MR anbefales ved vedvarende symptomer, usikker diagnose eller ved mistanke om komplikasjoner som tromboembolisme, infeksjon eller luftveiskompresjon (5).

Kirurgisk behandling vurderes hos persisterende symptomatiske pasienter ved påvisning av signifikante kompresjonstegn på omkringliggende struk- turer, trombedannelse, embolisering,

ekstravasasjon eller hematom (som kan indikere ruptur), samt infeksjonstegn ved bildediagnostikk, uavhengig av aneurismestørrelse (5, 6). Kirurgi kan også vurderes dersom tilstanden vedva- rer etter nyfødteperioden, da vedvarende åpen ductus kan gi økt komplikasjons- risiko (6, 7). I vårt tilfelle var konserva- tiv behandling tilstrekkelig på grunn av spontan bedring og fravær av høyrisi- kofunn ved bildediagnostikk.

Denne kasuistikken illustrerer be- tydningen av å inkludere vaskulære anomalier i differensialdiagnostikken ved persisterende, uforklart eller posi- sjonsavhengig stridor hos nyfødte. Rask diagnostikk med riktige bildemodalite- ter muliggjør presis behandling og fore- bygger unødvendige inngrep. ■

Pasientens foresatte har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 29.6.2025, første revisjon innsendt 8.12.2025, godkjent 14.4.2026.

Sanchai Thayaparan

sanchai.thayaparan@outlook.com

Sanchai Thayaparan er lege i spesialisering. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Sverre Sigurd Lamens

Sverre Sigurd Lamens er spesialist i barnesyk- dommer og overlege.

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

Frederick Thaddeus Pochylski

Frederick Thaddeus Pochylski er overlege.

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

Stein Magnus Aukland

Stein Magnus Aukland er ph.d., spesialist i radiologi, overlege og professor. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Stian Torkildson Ryste

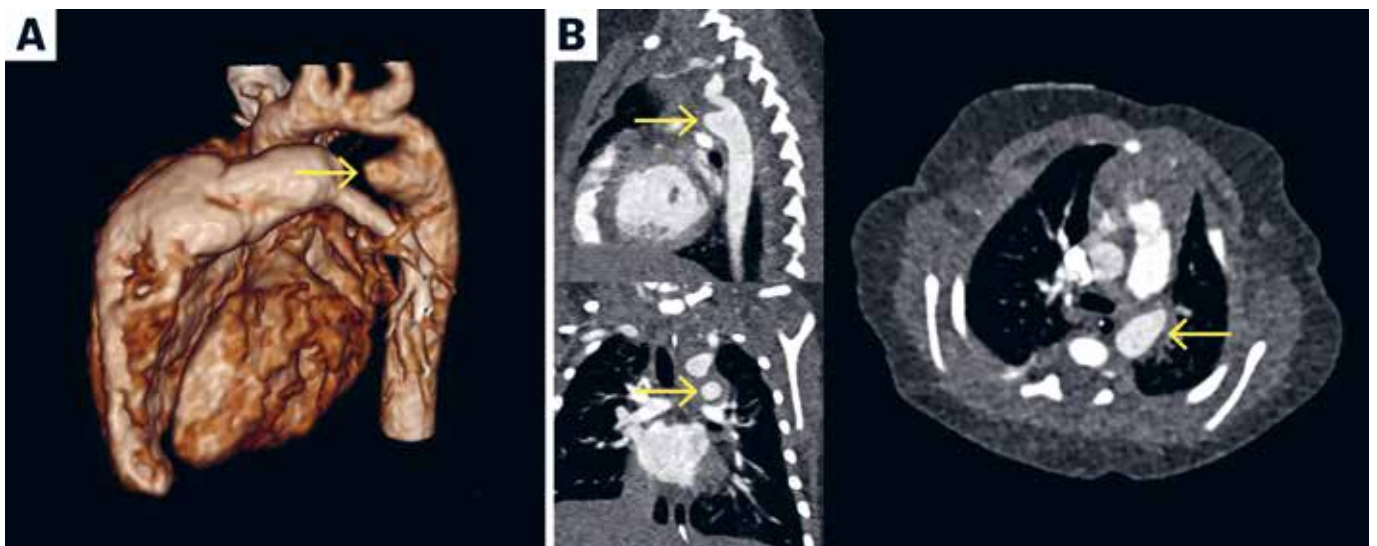
Stian Torkildson Ryste er konstituert overlege.

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

Litteratur

- 1 Srikanthan A, Scott S, Desai V et al. Neonatal Airway Abnormalities. *Children* (Basel) 2022; 9: 944.
- 2 Brock J, Nussbaum E, Shows J et al. An Unusual Cardiac Cause of Unilateral Neonatal Wheezing. *Case Rep Pediatr* 2019; 2019: 9638518.
- 3 Cruickshank B, Marquis RM. Spontaneous aneurysm of the ductus arteriosus; a review and report of the tenth adult case. *Am J Med* 1958; 25: 140–9.
- 4 Dyamenahalli U, Smallhorn JF, Geva T et al. Isolated ductus arteriosus aneurysm in the fetus and infant: a multi-institutional experience. *J Am Coll Cardiol* 2000; 36: 262–9.
- 5 Bannan B, Aly S, Yoo SJ et al. The many faces of neonatal ductus arteriosus aneurysms: multimodality imaging with an emphasis on CT and MRI appearance. *Radiol Cardiothorac Imaging* 2021; 3: e210017.
- 6 Xie W, Chen Z, Zhuang J et al. Acute thrombosis of ductus arteriosus aneurysm causing bilateral pulmonary artery occlusion in a neonate. *J Cardiothorac Surg* 2024; 19: 680.
- 7 Jan S-L, Hwang B, Fu Y-C et al. Isolated neonatal ductus arteriosus aneurysm. *J Am Coll Cardiol* 2002; 39: 342–7.

Figur 1 CT-angiografi som viser aneurisme i ductus arteriosus (piler), med 3D-volumrendering (A) og multiplanære rekonstruksjoner (B).



Petter Aaslestad¹
Erlend Hem²

erlend.hem@medisin.uio.no

1 NTNU

2 Legeforskningsinstituttet
Universitetet i Oslo

Innesperret på galehus i elleve år – tilfellet Haaken Bergh

Bakgrunn

Haaken Bergh tilbrakte elleve år som pasient på psykiatriske institusjoner i Norge og Sverige på begynnelsen av 1900-tallet. Han ble utskrevet fra Dikemark asyl i 1921 og viet resten av sitt liv til å søke oppreisning og kreve reform av sinnssykevesenet. Bergh utga to bøker, førte rettssak mot Oslo kommune, søkte Stortinget om billighetserstatning og reiste landet rundt med foredrag. Han fikk betydelig oppmerksomhet i samtiden, men ble glemte etter sin død.

Materiale og metode

Artikkelen bygger på Berghs bøker *Levende begravet* (1925) og *Jo galere, jo bedre* (1928), søk i Nasjonalbibliotekets digitalbibliotek, gjennomgang av Berghs journaler fra Solna sjukhem utenfor Stockholm og Dikemark asyl i Asker samt arkivet etter Finansrådmannen i Oslo med dokumenter knyttet til Berghs erstatningssak.

Resultater og fortolkning

Bergh var en markant kritiker av psykiatrien, og hans bøker og foredrag nådde et stort publikum. Han fikk til slutt en symbolsk billighetserstatning fra Stortinget, men tidens beslutningstakere neglisjerte ham. Han kritiserte særlig mangelfull kontroll ved tvangsinnleggelse, lav kompetanse i asylene og behovet for revisjon av sinnssykeloven fra 1848. Hans polemiske form og alenegang bidro trolig til manglende gjennomslag.

Hovedfunn

Haaken Bergh var en tydelig og kompromissløs kritiker av psykiatrisk behandling i mellomkrigstiden.

Berghs synspunkter bidro til oppmerksomhet om psykiatrien, men svekket også hans gjennomslag i det etablerte miljøet.

Haaken Bergh (1870–1939) var innlagt i til sammen elleve år i perioden 1903–21 ved fire psykiatriske institusjoner i Sverige og Norge. Etter over åtte år ved Dikemark asyl ble han utskrevet i 1921. Resten av livet brukte han til å kjempe mot den uretten han mente var gjort mot ham.

Bergh var en markant stemme i offentligheten i 1920- og 30-årene. Han utga to bøker, førte en rettssak om frihetsberøvelse mot Oslo kommune helt til Høyesterett, søkte Stortinget to ganger om billighetserstatning og holdt omfattende foredragsturneer. En hovedsak for ham var reform av sinnssykevesenet.

Til tross for betydelig oppmerksomhet i samtiden, er Bergh knapt omtalt etter sin død i 1939. I denne artikkelen gir vi en biografisk skisse av hans liv, med vekt på erfaringene fra psykiatriske institusjoner samt hans kritikk av psykiatrisk behandling tidlig på 1900-tallet, slik den kom til uttrykk i bøker, aviser og foredrag.

Materiale og metode

Hovedkildene er Berghs bøker *Levende begravet* (1) og *Jo galere, jo bedre* (2) samt søk i Nasjonalbibliotekets nettbibliotek. Vi har også benyttet pasientjournalen fra Solna sjukhem og Aaslestad har gjennomgått journalen fra Dikemark asyl (godkjenning fra REK Midt 8.9.2020, referanse 144834) samt erstatningssaken i arkivet etter Finansrådmannen i Oslo byarkiv.

Arkivverket opplyser at journal fra Dr. Dedichens privatasyl ikke finnes, og ved Ullevål sykehus har det ikke vært mulig å spore Berghs journal.

Hvem var Haaken Bergh?

Haaken Ludvig Johannes Bergh ble født i Hof i Solør i 1870. Faren, Otto Bergh (1840–76), var lege, og farfaren, Haagen Ludvig Bergh (1809–63), var prest, stortingsmann og lagtingspresident. Flere av slektningene var markante skikkelser i samtiden: onkelen Johannes (1837–1909) ble regjeringsadvokat og tanten Frederikke (1860–1916) var landets første barnedramatiker.

Journalopplysninger og annen informasjon viser at Haakens barndom var preget av store tap. Moren døde i 1873, 25 år gammel, da Haaken var tre. Drøyt ett år senere måtte faren gi opp legepraksisen og døde i 1876 som «sindssyg», 36 år gammel. Dødsannonsen nevnte «langvarige lidelser» og en hard sykdom (3).

Ifølge journalen ble Haaken adoptert av grosserer Halvor Bjørneby (1837–1905) i Fredrikstad, en venn av faren. Han gikk på handelsgymnasium i Zürich og arbeidet deretter i syv år på kontor i England, Frankrike og Spania. Våren 1896, 26 år gammel, etablerte han seg som forretningsmann i Kristiania. Han giftet seg med Hildur Bjørneby (1876–1936), adopsjonsfarens datter, og året etter fikk de datteren Hildur (1899–1905). I kildene omtales han som forretningsmann, grosserer og representant eller agent innen kull og koks (figur 1) (4).

Ved århundreskiftet var Bergh en av hovedstadens mest kjente unge herrer: elegant, vittig, munter og alltid omgitt av en krets gode venner. På Karl Johan var han en velkjent skikkelse – «hele byen» kjente ham – og han ble regnet som en lovende forretningsmann (5).



Figur 1 Annonse for Berghs næringsvirksomhet i Norges sjøfartstidende, år 1900 (4). Faksimile

Solna sjukhem

I mai 1903 ble Bergh invitert med slektninger på tur til Sverige, men endte med å bli tvangsinnlagt ved Solna sjukhem, et privat sinnssykehus utenfor Stockholm. Innleggelsen var nøye planlagt, men kom helt overraskende på den indignerte Bergh, som selv mente han var frisk. Tekstene fra oppholdet ved Solna tegner imidlertid et annet bilde.

Ifølge journalen ble Bergh i mars 1903 nedstemt og pirrelig, sov dårlig og mistet delvis interessen for forretningen. Han mente å ha gumba i nesen, konsulterte flere spesialister uten funn, og hadde ideer om at han hadde smittet kone og barn, siden han observerte samme symptomer hos dem. Han mente det var noe galt med blodet, neglene løsnet, skjegget sluttet å vokse, han hadde ormer i magen og fryktet at han snart kom til å bli blind. Han uttrykte ofte at han måtte berøve seg livet, fordi han ikke ville leve når nesen falt av ham. Til tross for alle disse bekymringene var ikke sinnsstemningen egentlig deprimert, noterte legen.

Et vedlegg i journalen er skrevet av Herman Børsum (1862–1923), en praktiserende lege i hovedstaden, som hadde kjent Bergh i flere år og tidligere hadde behandlet ham for nervøsitet og søvnløshet. «Hans tanke dreier sig nu nedsten udelukkende om den fare han løber på grund af hans utilstrekkelige behandling af hans lues», skrev Børsum. Bergh selv beskrev dokumentet som «fyldt av uhyrlige løgne» (1, s. 4).

Oppholdet

I boken *Levende begravet* (1925) beskriver Bergh hvordan han begynte å betrakte «mine nye og for mig ganske uvante omgivelser og min nye omgangskreds. Det var i sannhet et broget og eiendommelig selskap» (1, s. 5). Man merker en tydelig affinitet for det sosialt høyere sjikt. En godseier fra Skåne kommer uavlatelig inn på hans rom og rekvirerer champagne. Adspredelsene var få, men han «spilte litt tennis med den skaanske godseier og greven» (1, s. 8). Bergh klager over «at han blir behandlet som en fattig mann, en vagabond, da han egentlig er en meget fremstående person, av en av de fornemste familier i hjemlandet, han har en meget stor forretning» (fra journalen, vår oversettelse).

Bergh nevner også et par andre pasienter, inntil han konkluderer nærmest antropologisk: «Andre indestængte av interesse fandtes ikke» (1, s. 5). Han er oppmerksom på forskjellene i sykdommers alvorlighetsgrad og bemerker om pasientene i andre etasje at «[d]eres forstand var fordunklet og stod til dels helt stille» (1, s. 5). Denne tendensen til relativisering går igjen i hans beskrivelser av forholdene ved institusjonen: «Maten var ikke egentlig førsteklases, men der servertes en halv pilsener til hver middag, og St. Hansdag fik vi et par glas punch» (1, s. 7).

Solna sjukhem lå i vakre omgivelser, men frihet og skjønnhet nådde ikke inn til dets mørke og elendighet, skriver Bergh (1, s. 8). Hva behandlingen angikk, «lot den desværre til sine tider adskillig tilbake at ønske». Bergh nøyer seg med ett eksempel: Da han promenerte i korridoren, ble han overfalt av tre håndfaste karer, som satte en sprøyte i ham. Han besvimte og ble plaget av ettervirkninger: «Det værste var at øinene blev sterkt angrepne. Smerterne i disse var grusomme, og det sortnet til tider for meg» (1, s. 9). I journalen nevnes gjennomgående pasientens uro for synet og også hans hypokondriske forestillinger.

Bergh mente at han hadde vært helt frisk da han ble

innlagt, men at oppholdet hadde gjort ham «alldeles förstörd». «Han gnir huden i ansiktet til den går i stykker og forklarer at sårene beviser at han holder på å råtne opp» (vår oversettelse). Han gjorde, ifølge journalen, ofte flere forsøk på å skade seg.

I oktober ga overlegen beskjed om at han skulle få reise tilbake til Norge (1, s. 11). Oppholdet på Solna varte fra 11. mai til 6. november 1903. Tilstanden er kommentert som «oförändrad». På første side i journalen ble diagnosen notert som: «Dem. paralyt. (?)», dementia paralytica, sluttstadiet av nevrosyfilis. Diagnosen blir ikke kommentert og må ha vært feil, ettersom det er en progredierende tilstand. Bergh kom til å leve i 36 år etter innleggelsen, og var i mange av disse årene en aktiv deltager i samfunnsdebatten.

Dr. Dedichens privatasyl og Dikemark

Bergh ble overført til Dr. Dedichens privatasyl i Østre Aker, en norsk parallell til Solna sjukhem, grunnlagt i 1901 av Henrik Dedichen (1863–1935) for økonomisk bemedlede pasienter. Han var innlagt fra 6. november 1903 til 20. oktober 1905. Mot slutten av oppholdet var også hans kone pasient. Han beskriver hvordan datteren «ved et ulykkestilfælde var omkommen» og at ekteskapet gikk i oppløsning. «*Saaledes sank mit gode hjem helt i grus*» (1, s. 31).

En tid etter utskrivelsen i 1905 forsøkte Bergh å starte opp forretningen sin (figur 2) (6). Høsten 1912 ble han imidlertid dårlig igjen. Han beskriver at han ble hentet ut fra en familiemiddag av politiet og innlagt ved Ullevål sykehus til observasjon. 12. oktober 1912 ble han overført til Dikemark asyl. Dette oppholdet skulle vare i over åtte år.

Som vanlig i journaler over langtidspasienter kunne det gå lang tid mellom notatene. I to år, fra januar 1915, er det helt taust. I januar 1917 begrenses det til et par ord: «Betydelig sløvet». Ett år senere aner man en liten endring: «Uforandret, dog for så vidt bedre som han nu har ophørt med at mase» (10.1.1918).

Noen måneder senere følger et 14 linjers notat, i kontrast til de én til to linjene fra de siste fem årene: «Pat har i den senere tid forandret sig ganske betydelig. [...] Pat er ikke saa 'ovenpaa' som før, mere rolig og behersket i sin optræden, men han gjør dog tilløb til at komme i harnisk, hvis man spørger om han ikke har vært syk» (15.4.1918). Det gjentas i journalen i 1918 og 1920 at han ikke har «sygdomsinsigt».

Det noteres etter hvert at han er i stadig virksomhet med brevskrivning til slekt, venner og tidligere forretningsforbindelser og at han søker «forskjellige merkantile stillinger» (1.12.1918)

Og så, endelig: I et notat datert 26. mai 1921 står det at kontrollkommissjonen besluttet at pasienten kunne utskrives – «mot direktørens raad».

Etter utskrivelsen

Etter utskrivelsen «var det håpløst å starte forretning», sa Bergh senere (7), noe som også hadde vært en bekymring ved Dikemark. Kontrollkommissjonen hadde flere ganger vurdert utskrivning, men utsatt den på grunn av hans «økonomiske forhold» (8). Ifølge Bergh selv levde han «fra hånd til munn» (7). Resten av livet kom han til å kjempe mot den urett han mente var blitt gjort mot ham. —>

Figur 2 Annonse for Berghs næringsvirksomhet i Morgenbladet, år 1909 (6). Faksimile

HAAKEN BERGH
Toldbodgaden 3.
Kul, Cokes, Cinders & Rujern.
Støberiartikler, Støberimateriel, Lagermetaller.
Bunkerkul leveres i alle Verdenshavne.
Enkelte Partier og Aarsecontracter afsluttes fob. og cif.
Repræsenterer første Klasses Huse, bl. a.:
Hr. Carl Norstrand (Westphalske Cokes-Syndicat.
Kjøbenhavn, for (Hoehofenwerk, Lübeck.
Telefon 12 950 Telegramadr. „Coals“.

Utkommet: **HAAKEN BERGH**
LEVENDE BEGRAVET
Indesperret paa galehuser i 11 – elleve – aar.
Selvoplevelser og erindringer fra et svensk og to norske (dr. D. dichens og Dikemark) sindshospitaler samt Ullevaal sykehus 4de. nu 6te avdeling med en indledende betænkning over det norske sindssykevæsen
Pris kr. 7.00 heftet i alle boklader. Eget forlag.
Første oplag revet bort, et andet utsendt.
Av «Dagbladet» 2. juli 1925: «Boken har vakt stor opmærksomhet og gaar som varmt hvetebrød i bokhandelen. — — — Forfatteren viser adskillig evne til karakteristik og er bare en femtepart av det han fortæller sandt saa er forholdet slemt nok.»

Figur 3 Annonse for Berghs første bok i Aftenposten, år 1925 (9). Faksimile

Boken

I pasientjournalen nevnes et bokprosjekt første gang i september 1919: «I de senere måneder har han vært ivrig beskæftiget med at skrive en bok, 'Det glade vanvid' hvori han behandler sindssykeanstalten og sindsykebehandling».

Boken ble utgitt på eget forlag i juni 1925, med tittelen *Levende begravet* (figur 3, figur 4) (9). Undertittelen fremhever at han hadde vært innesperret på galehus i «11 – elleve» år. Oppholdene, et halvt år ved Solna sjukhem (1903), to år ved Dr. Dedichens privatasyl (1903–1905) og til sist over åtte år ved Dikemark asyl (1912–1921), omtales i egne kapitler. Solna-oppholdet er beskrevet i størst detalj.

Berghs bok ble utgitt over 20 år etter de første innleggelsene. I den grad faktiske opplysninger lar seg etterprøve, er det bemerkelsesverdig få avvik mellom hans fremstilling og asyldokumentene.

Boken er ujevn. Den første delen, fra Solna, har litterære kvaliteter, men Bergh makter ikke å holde dette nivået videre. Teksten preges av store svingninger. Helt til sist takker han hjertelig ved navns nevning leger og pleiere, samtidig som han minner om det helvete han har befundet seg i. Bergh legger aldri skjul på sin høye kulturelle kompetanse og foreslår å bygge en stor inngangsportal «hvorpaa der bør sættes de bekjendte ord fra Dante's helvete: 'Lasciate ogni speranza', hvilket er utlagt: 'La alt haab fare'» (1, s. 97).

Mottagelsen

Boken vakte stor oppsikt i pressen. En anmelder beskrev den som «et voldsomt anklageskrift» (10). Den inneholdt personlige injurier og beskyldninger, ofte så ekstreme at de falt til jorden. «Det blir de fornærmedes sak at avgjøre, om der skal reises tiltale mot forfatteren. En bok som denne, kan neppe utsendes uten at det faar følger», het det. Boken var noen steder nøktern og klar, til dels skarp-sindig, mens andre kapitler var «meget løs i sin sammenheng, tildels forvirret» (10).

Middagsavisen omtalte boken som sensasjonell. Anmelderen påpekte at det for utenforstående var umulig å vite om de voldsomme anklagene var riktige, men understreket at det måtte bringes klarhet i saken. Boken hadde skapt uro blant mange, «det er paa tide at den uro straks tas bort» (11).

Dagbladet rapporterte at boken solgte som varmt hvetebrød. Fremstillingen ble omtalt som rotete, resonnementene som umodne, «men undertiden skriver han fornuftig og greit og en rekke detaljer i boken *virker sannferdige*». Hvis bare en femtepart av det han forteller er sant, «saa er forholdet slemt nok» (12). Avisen kontaktet overlegen for sinnssykevesenet, Karl Wefring (1867–1938), som mente at «hr. Berghs skildringer neppe er pålidelige» (13).

Aftenposten uttrykte også tvil om flere faktiske påstander, men mente likevel at «den velskrevne bok» tok opp to utvilsomme sosiale onder: dels de altfor lettvinde beslutningene om å sperre mennesker inne i sinnssykehus, dels det utesen at private kunne tjene penger på å holde pasienter innesperret og forlenge kuroppholdene (14), noe som var en klar kritikk av Dedichens virksomhet.

Erling Bjørnson i Nationen trakk paralleller til Amalie Skrams roman *Professor Hieronimus* (1895) og dens konsekvenser for professor Knud Pontoppidan ved Københavns kommunehospital, som måtte fratse sin stilling som direktør. Med Berghs bok ville det trolig gå annerledes, mente han, ettersom forfatteren hverken var berømt eller hadde slekt eller venner som ville fremheve boken offentlig (15).



Figur 4 Forfatterens foto og signatur i boka *Levende begravet* (1). «Forfatteren [...] ledsager boken med sitt portrett og man gjenkjenner straks fra byens gater og kafeer en mann som ofte vekker oppmerksomhet ved sitt urolige vesen og sin enetale», skrev Dagbladet, år 1925 (12). Faksimile

Legene

Allerede i første setning fremhever Bergh at et viktig formål med boken er å advare publikum. Man bør være «meget forsiktig, naar man maa søke læge». Flere navngitte leger får skarp kritikk. Om Dedichen skrev Bergh at det var beklagelig at han hadde viet seg til psykiatrien, «for hvilket fag han savner alle betingelser» (12).

I pasientjournalen fra Solna finnes et brev fra Dedichen til overlegen, datert juli 1925. Han skriver at Bergh flår levende alle leger han har vært i kontakt med. Han begynner med deg, skrev Dedichen, og tar oss i rekkefølge. «Værst er det gaet ud over mig, hvem han forlanger berøvet min *licentia practicandi*». Han mener boken fremstår som sinnssyk for en kyndig leser, men advarer samtidig om dens potensielle virkning: «Du skal se, den er istand til at skabe panik». Et par aviser hadde allerede omtalt den i en slik retning, og Dedichen var sikker på at ingen kolleger ville komme dem i forsvar.

Jo galere, jo bedre

Nesten syv år etter utskrivelsen fra Dikemark noterte man i pasientjournalen et møte med direktør Harald Arnesen (1862–1953). De hadde møtt hverandre på gaten. Bergh fortalte at han skulle overlevere boken i praktbind til kongen og kronprinsen og håpet å få dem til å delta på det første foredraget. Han planla en landsomfattende foredragsturné over ett år. Det er jo enestående i historien at en mann etter elleve års innesperring hadde bevart sin fulle forstand, mente han. Arnesen bemerket at Bergh så godt ut og var ordentlig kledd. Bergh hadde aldri følt seg så vel som i denne tid. «Når jeg våkner om morgenen er det rent som energi og livskraft prikker og stikker like ut i tær og fingre» (18.1.1928).

Det første foredraget på turneen ble holdt i mars 1928 med sosialministeren til stede.

Senere samme år utga Bergh sin neste bok, igjen på eget forlag. *Jo galere, jo bedre* (1928) var hovedsakelig basert på foredragene hans. Han reiste landet rundt og fortalte om sine opplevelser og om hvordan helsestellet i Norge kunne forbedres. Foredragsvirksomheten var omfattende og populær og fikk jevnlig omtale i pressen. Et hovedpoeng var at den norske galskapslov «hurtigst mulig burde revideres» (16).

Foredragene

Det finnes mange vitnesbyrd om Berghs evner som foredragsholder. En referent beskrev en time med ustanselig fossende ordstrøm, fremført helt uten manuskript: «en rent fenomenal oratorisk kraft og akrobatisk tungeferdighet». Hans erfaring om «det norske galskapsvesen» bygde på erindringer fra 100 000 timer i den tåkeheim som kalles sinnssykeasylene (17).

Figur 5 Annonse i Morgenbladet for den siste foredragsserien Haaken Bergh holdt i 1937 (20). Faksimile

Brødrene Hals Konsertbyrå
Torsdag 11. Novør. kl. 20 Ing. salen
Kronprinsensgt. 17

Haaken Bergh

Foredrag over emnet
„Jo galere, jo bedre“
— Norsk galskapsvesens reform —

Pressen: Foruten at Haaken Bergh er den rene virtuos som taler, byr hans erindringer og kåserier på så meget av interesse, at alle, som har anledning, bør møte frem. Ingen vil angre det.

Bill. å kr. 2.— fåes i Norsk Musikforlag 9—4¹/₂. Tlf. 11507.

En annen omtalte hvordan tilhørerne var «åndelig lammet da han sluttet av» (18). Foredraget hadde form av et «løssluppet causeri», krydret med sitater fra *Brand* og *Peer Gynt*. Hensikten var å åpne publikums øyne for at revisjon av sinnssykeloven ikke kunne utsettes lenger. «Da vil han ha utrettet et godt stykke arbeide» (16).

Berghs foredrag trakk fulle hus i slutten av 1920-årene, og han gjenopptok turnévirksomheten i 1937–38, stadig med god pressedeckning. Argumentene og formuleringene var i hovedsak de samme som før.

Så sent som ett år før sin død var han fortsatt aktiv (19) (figur 5) (20). Avisen skrev hvordan han ga hugg til høyre og venstre og svingte tukstens ris over leg og lærd. Politikk, kirke og vitenskap ble kritisk belyst på hans høyst originale vis og med en aldri sviktende veltalenhet. Særlig gjaldt det «galskapsvesenet». Ingen måtte komme «innenfor murene» uten å være grundig undersøkt av de kyndigste folk. Han hadde liten tiltro til de alminnelige legers befatning med dem som hadde fått sitt sinn formørket. Legene burde holde seg til legemet, mente han.

Rettsak og billighetserstatning

I august 1931 meldte Aftenposten på førstesiden at «Haaken Bergh anlegger erstatningssak mot Oslo kommune» (21). Bakgrunnen var at hans søknad om billighetserstatning var blitt avslått av Oslo formannskap og at forsøk på forlik i forlikrådet hadde strandet. Bergh anklaget kommunen for blant annet «ulovlig innestengning blandt defekte, sinnssforvirrede og farlige mennesker på Dikemark Sinnssykeasyl». Han opptrådte som egen prosessfullmektig og krevde 350 000 kroner i erstatning.

Kommunens advokat mente saken burde avvises og forsøkte å få Bergh til å trekke den. «Det er sjelden man ser et så stort misforhold mellom ord og bevisligheter», uttalte han (22). Ifølge advokaten var ingen straffbare handlinger begått, og kravene var uansett foreldt (23).

En rekke kjente vitner var innkalt, blant andre barndomsvennen høyesterettsjustitiarius Paal Berg (1873–1968) samt regjeringsadvokat Kristen Johanssen (1869–1949) og direktør ved Sanderud asyl Eivind Støren (1870–1937), som begge var skolekamerater av Bergh. Ingen av dem hadde merket noe unormalt ved ham (24).

Oslo kommune ble frifunnet, men Bergh anket saken til Høyesterett, som i juni 1935 stadfestet byrettens dom. Skuffelsen var stor, men allerede måneden etter uttalte Bergh til Aftenposten at han var klar til å ta saken videre (25).

I mai 1936 søkte han Stortinget om billighetserstatning, men søknaden ble avslått. Året etter forsøkte han igjen. Justiskomiteen behandlet saken grundig og ba blant annet om informasjon om innleggelsen i 1903, men Solna viste til at det var en privat institusjon og av slo å utlevere pasientopplysninger.

Heller ikke denne gangen ble erstatning innvilget. Komiteen mente likevel det var rimelig å tildele 3 000 kroner «under spesielt hensyn til ansøkerens ganske usedvanlig tunge og tragiske livsskjebne, som kanskje vil kunne mildnes i nogen grad ved den av flertallet foreslåtte billighetserstatning» (26).

Bergh var usedvanlig ressurssterk og kjempet en lang kamp for oppreisning etter det han oppfattet som uforsholdsmissig frihetsberøvelse. Lenge oppnådde han ingenting, før Stortinget ved andre behandling tildelte ham en symbolsk sum.

Bergh kom fra samfunnets sosiale elite og var en vellykket forretningsmann med internasjonal erfaring. Han endte fattig uten familie, bedrift eller venner.

Da han døde i april 1939, 68 år gammel, publiserte Dagbladet et minneord (27). «Hans kamp var sikkert ensidig ført, og mange av de anklagene han satte fram i skrift og tale bar preg av det [...]. Hans fremstillingsform var [...] klar og pågående, ofte hissige i sin polemiske energi, ofte overbevisende ved den innsikt og hjertevarme hans agitatoriske virke bar bud om». Foredragene hans «var meget godt besøkt og i regelen gjorde et dypt inntrykk på publikum» (27).

Etter Berghs død

Så ble det stille. Etter Berghs død har hans bøker og sak knapt blitt omtalt. I *Norsk psykiatri gjennom tidene* nevnes flere pasienter, blant andre Carl Halvorsen Paulshus (1871–1955) og Arnold Juklerød (1925–1996), som i likhet med Bergh brukte store deler av livet på å rette et kritisk søkelys mot psykiatrien (28). Bergh er imidlertid ikke omtalt (28, 29).

Psykiatrihistorien er tradisjonelt skrevet fra legenes og institusjonenes ståsted, og lite fra pasientperspektivet (30, s. 15). Mange har skrevet selvbiografiske beretninger, særlig om tvangsinnleggelse, men disse forblir ofte private og hever sjelden erfaringene til et allment nivå. Blant unntakene er Haaken Bergh og Stella Danner, pseudonym for Merete Wiger (1921–2015) (31). Vår artikkel er et bidrag til denne «psykiatrihistorien nedenfra».

I samtiden fikk Bergh betydelig oppmerksomhet. Hans bøker, foredrag, rettssaker og kamp for billighetserstatning ble bredt omtalt, og han fikk endatil foretrede for Kongen (32). Han fremmet forslag til forbedring av sinnssykestellet, og bøkene gir et sjeldent innblikk i erfaringer med datidens psykiatri. De radikale standpunktene skapte oppmerksomhet, men møtte taushet fra det etablerte miljøet.

Berghs kritikk var blant annet rettet mot sinnssykeloven av 1848, som først ble avløst av lov om psykisk helsevern i 1961 (33, 34). 1848-loven var i sin tid et stort fremskritt og forbedret forholdene for psykisk syke. Men etter hvert mistet loven sin kraft og asylene ble preget av store avdelinger og begrensede behandlingsmuligheter (30, s. 113, 493). De var i praksis pleieanstalter for fattige, også Dikemark, som var etablert i 1905. I Berghs tid var det nærmest et psykiatrisk pleiehjem (35).

Mange av Berghs ankepunkter ble oppfattet som berettigede: Det var for lett å bli tvangsinnlagt, personalet hadde for lav kompetanse (30, s. 50, 102), og kontrollen med asylene var for svak. Disse problemstillingene har vært gjenstand for debatt så lenge tvangsinnleggelse har vært hjemlet i lov (33, 34).

Andre deler av kritikken hans, som forslag om å utelukke kvinner fra kontrollkomisjonene (1, s. XVI) og gjeninnføre prylestraff (2, s. 23), svekket troverdigheten. Retorikken var ofte skarp, med karakteristikk av molbolandet Norge (1, s. XVII, s. 86) som preget av humbug og hykleri, urett, udyktighet, dumhet, tvang og usannhet (2, s. 5–6).

Bergh opptrådte hele tiden alene. Det finnes få tegn til at han søkte allianser eller deltok i bredere faglige eller politiske debatter. Hans engasjement var primært knyttet til egen sak som grunnlag for å fremheve svakhetene i samtidens psykiatri.

Kritikkens brede omfang og spørsmål knyttet til manglende sykdomsinnsikt og faktiske hendelsesforløp under innleggelsene bidro trolig også til at synspunktene hans fikk begrenset betydning. ■

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 30.9.2025, første revisjon innsendt 29.12.2025, godkjent 26.4.2026.

Petter Aaslestad

Petter Aaslestad er professor emeritus i nordisk litteraturvitenskap ved NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Erlend Hem

erlend.hem@medisin.uio.no

Erlend Hem er lege, instituttssjef i Legeforskningsinstituttet, professor ved Universitetet i Oslo og styreleder i Helsehistorisk forum. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Bergh H. Levende begravet: indesperret paa galehuser i 11 – elleve – aar. Oslo: eget forlag, 1925.
- Bergh H. Jo galere, jo bedre: foredrag over emnet omkring det norske galskapsvesen og erindringer fra en elleve-aarig indesperret paa galehuser. Oslo: eget forlag, 1928.
- Bekjendtgjørelser. Dødsfald. Morgenbladet 31.3.1876.
- Annonse. Norges sjøfartstidende 27.12.1900.
- Sensasjonell rettssak i vente. Adresseavisen 29.4.1932.
- Annonse. Morgenbladet 14.8.1909.
- Haaken Berghs erstatningssak. Morgenbladet 9.5.1932.
- Dom torsdag i Haaken Berghs sak mot Oslo kommune. Aftenposten 10.5.1932.
- Annonse. Aftenposten (aftenutgave) 5.11.1925.
- «Levende begravet». Nyt Land 4.7.1925.
- Storm M. Voldsomt angrep mot navngivne sinnssykelæger. Middagsavisen 29.9.1925.
- Et voldsomt angrep paa vaare sinnssykehospitaler. Dagbladet 2.7.1925.
- En hårreisende skildring av hvordan de sinnssyke forpleining arter sig. 1ste Mai 9.7.1925.
- «Levende begravet». Aftenposten 4.5.1926.
- Bjørnson E. De mest ulykkelige. Nationen 21.4.1926.
- Jo galere, jo bedre. Bergens Aftenblad 13.4.1929.
- 100,000 timer i galehuser. Arbeider-Avisa 16.5.1929.
- Vårt «galskapsvesen» må inn i sundere forhold. Adresseavisen 16.5.1929.
- Jo galere, jo bedre. Fredriksstad Blad 7.4.1938.
- Annonse. Morgenbladet 9.11.1937.
- Haaken Bergh anlegger erstatningssak mot Oslo kommune. Aftenposten 8.8.1931.
- Vidnene i Haaken Bergh-saken. Arbeiderbladet 10.5.1932.
- Haaken Berghsaken optat til doms. Morgenbladet 10.5.1932.
- Ni år på sinnssykeasyl. Aftenposten 9.5.1932.
- Haaken Bergh og hans fremtidsplaner. Aftenposten 24.7.1935.
- Innstilling fra justiskomiteen angående andragende fra Haaken Bergh om billighetserstatning av det offentlige for innesperring i sinnssykehus. Innst. S. nr. 163 – 1937, ss. 297–9.
- Dødsfall. Dagbladet 3.4.1939.
- Kringlen E. Norsk psykiatri gjennom tidene. Oslo: Damm, 2007: 360–7.
- Hermundstad G. Psykiatriens historie. Oslo: Ad notam Gyldendal, 1999.
- Haave P. Ambisjon og handling: Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv. Oslo: Unipub, 2008.
- Aaslestad P. Øyeblikksbilder fra femtitalpsykiatrien: Restitusjon og kaos i Stella Danners Jeg var sinnssyk. Norsk litteraturvitenskapelig tidsskrift 2024; 27: 109–22.
- Kongen. Dagbladet 22.3.1928.
- Høyer G. Kontrollkomisjonene i psykisk helsevern – Herman Wedel Majors nyskapning. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1109–12.
- Da Silva Øvregard M-T, Lie AK. Kriterier for tvangsinnleggelse – endringer fra 1848 til i dag. Tidsskr Nor Legeforen 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.19.0057.
- Hem E, Roos M, Valeur J, Rolv Gjessing – den tvetydige pioneren. Michael 2024; 21: 473–81.



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

Kløfter i tungen

Fotografiet viser flere uregelmessige kløfter i tungens dorsale overflate, mest uttalt i de fremre sentrale og laterale områdene. Funnet er karakteristisk for tilstanden fissurert tunge.

En kvinne i 60-årene ble henvist til hudavdeling for vurdering av tungeforandringer tilkommet gjennom det siste halvåret. Hun var tidligere frisk, ikke-røyker og hadde ingen ledsagende symptomer. På mistanke om oral candidiasis hadde fastlegen forskrevet nystatinmikstur uten effekt, og blodprøver viste normale nivåer av vitamin B12, folsyre og jern. Ved klinisk undersøkelse ble det påvist uregelmessige kløfter i tungen uten tegn til avskrapbare belegg, inflammasjon eller ulcerasjoner, forenlig med fissurert tunge (*lingua plicata*). Pasienten ble informert om at tilstanden er ufarlig og ikke krever spesifikk behandling. Hun fikk råd om god munnhygiene, inkludert bruk av tungeskrape for å forebygge opphopning av matrester, dårlig ånde og sekundære infeksjoner.

Fissurert tunge er en godartet tilstand av ukjent etiologi som kan sees hos opptil en tredjedel av befolkningen, og som derfor må betraktes som en normalvariant (1). Tilstanden kan forekomme i alle aldre og uten kjønnsforskjell, men synes å bli mer uttalt med økende alder. Den er som regel asymptomatisk, men enkelte kan oppleve svie ved inntak av syrlig eller krydret mat. De



viktigste differensialdiagnosene er geografisk tunge og atrofisk glossitt. Geografisk tunge gir typisk glatte, rødlige områder omgitt av hvitlige plakk, som følge av stedvis atrofi og hyperkeratinisering av tungens papiller, og danner et kartlignende mønster (1). Aτροφisk glossitt kjennetegnes derimot av en mer diffus avglattet og rødlig tungeoverflate og kan være assosiert med mangel på jern, folsyre eller vi-

tamin B12 (1). Selv om fissurert tunge oftest opptrer isolert, kan den være ledd i syndromtilstander. Et eksempel er Melkersson-Rosenthals syndrom, en sjelden tilstand karakterisert av triaden facialisparese, hevelser i munn og ansikt og fissurert tunge (2). Fissurert tunge er også rapportert å forekomme hyppigere ved Downs syndrom og psoriasis, men årsakssammenhengen til dette er uklar (1, 3). ■

Kjennskap til fissurert tunge og variasjonsbredden av normale tungefunn er viktig for å unngå overbehandling. Tilstanden er livslang og kan bli mer uttalt over tid, uten at dette i seg selv indikerer underliggende patologi.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Mottatt 28.1.2026, første revisjon innsendt 4.5.2026, godkjent 12.5.2026.

Emilie Hanson Brochmann

Hudavdelingen, Haukeland universitetssjukehus. Emilie Hanson Brochmann er lege i spesialisering. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jakob Lillemoen Drivenes

Jakob.lillemoen.drivenes@helse-bergen.no

Hudavdelingen, Haukeland universitetssjukehus. Jakob Lillemoen Drivenes er lege i spesialisering. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Mangold AR, Torgerson RR, Rogers RS 3rd. Diseases of the tongue. *Clin Dermatol* 2016; 34: 458–69.
- 2 Feng S, Yin J, Li J et al. Melkersson-Rosenthal syndrome: a retrospective study of 44 patients. *Acta Otolaryngol* 2014; 134: 977–81.
- 3 Picciani BLS, Teixeira-Souza T, Pessôa TM et al. Fissured tongue in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2018; 78: 413–4.

Hva skal til for å tro på en ikke-underlegenhetsstudie?

Ikke-underlegenhetsstudier er sårbare for avvik fra studieprotokollen. Gode prosedyrer for å forhindre og dokumentere avvik er spesielt viktig for å vurdere påliteligheten av resultatene fra slike studier.

Kliniske studier med en aktiv komparator er aktuelle når det ikke er mulig eller ønskelig at pasienter blir randomisert til en placebogruppe. Formålet kan være å vise at en ny behandling er bedre enn, eller har sammenliknbar effekt med, etablert behandling (1).

At to behandlinger har lik effekt, kan man ikke vise (2), men sammenliknbar effekt kan vises ved en ikke-underlegenhetsstudie.

Ofte krever ikke-underlegenhetsstudier større utvalgsstørrelse, og de er mer sårbare for protokollavvik enn overlegenhetsstudier. Designet krever også at man i planleggingsstadiet definerer en forskjell mellom behandlingene som er liten nok til at den ikke har klinisk betydning.

Grense for akseptabel forskjell

Valg av grense for akseptabel forskjell har både en klinisk og en statistisk komponent (3). Akseptabel grense skal alltid være forhåndsbestemt. Den skal sikre at den nye behandlingen ikke representerer et klinisk uakseptabelt tap i effekt, og at behandlingen er bedre enn placebo. Valg av akseptabel forskjell vil ha direkte innvirkning på nødvendig utvalgsstørrelse. Å gå motsatt vei og velge akseptabel forskjell ut fra pasienttilgang kan virke fristende, men vil ikke kunne gi tilfredsstillende resultater.

Den kliniske komponenten for valg av akseptabel forskjell er en vurdering av hvor stort tap i effekt som vil være akseptabelt, og i praksis ikke være av betydning for pasienten. Ofte vil den kliniske vurderingen være grunnlaget for valg av grense. Den statistiske komponenten vurderer effekten av komparatoren (behandlingen i kontrollgruppen) opp mot placebo, og hvor stort tap i effekt som fortsatt vil kunne anses som bedre enn placebo. Det endelige valget av grense blir en avveining mellom de to vurderingene.

Protokollavvik

Protokollavvik, som manglende etterlevelse av planlagt behandling, frafall eller oppstart av tilleggsbehandling

underveis i studien, vil tendere til å utjevne effekten mellom de to behandlingsarmene. Dette betyr at den sanne effektforskjellen underestimeres. I en ikke-underlegenhetsstudie vil dermed protokollavvik øke risikoen for en feilaktig konklusjon om ikke-underlegenhet,

mens det i en overlegenhetsstudie vil øke risikoen for å ikke avdekke en reell forskjell mellom to behandlinger. Det første anses som mer problematisk

enn det siste, og det er derfor spesielt viktig med gode prosedyrer for å hindre og dokumentere protokollavvik, slik at man kan vurdere påliteligheten av resultatene i en ikke-underlegenhetsstudie.

Populasjon

Populasjonen som inkluderes i en ikke-underlegenhetsstudie, vil være avhengig av formålet med studien. Å utforme studien slik at den i størst mulig grad etterlikner studiene som ligger til grunn for dokumentasjonen av forskjellen mellom placebo og komparator, kan bidra til økt trygghet for at behandlingen også er bedre enn placebo i tilfeller med protokollavvik. Man bør da forvente en effektstørrelse som er sammenliknbar med den som er vist i studier der komparatoren har bedre effekt enn placebo. Man kan imidlertid også velge å studere en mindre, mer homogen og spisset populasjon. For å sikre at den nye behandlingen er bedre enn placebo, bør man unngå å velge en annen populasjon, med mindre man forventer en bedre respons på behandlingen (og for komparatoren) enn i den opprinnelige populasjonen. Det vil igjen være av betydning for akseptabel grense.

Gjennomføring av studien

Manglende data er problematisk i enhver studie og vil som nevnt tendere mot å gjøre to behandlinger mer lik hverandre. Tidligere anbefalte man å bruke per protokoll-data for å undersøke ikke-underlegenhet. Pasienter som mottok behandling og undersøkelser nøyaktig som planlagt, skulle inkluderes, og alle andre skulle ekskluderes. Det

har man nå gått bort fra fordi per protokoll-analysen ikke opprettholder randomiseringen. Dersom det er stor forskjell i avvik fra protokoll i de to armene, vil ikke lenger gruppene nødvendigvis være sammenliknbare. Isteden anbefaler man å benytte estimand-rammeverket til å presisere det kliniske spørsmålet av interesse. Hendelser underveis i studien som kan ha betydning for måling av endepunktet, såkalte forstyrrende hendelser, skal identifiseres. Ved å bestemme i forkant hvordan slike hendelser skal håndteres, søker man å redusere skjevhet og opprettholde en rettfærdig sammenlikning (4, 5).

Forhåndsplanlagte analyser av fordelingen av forstyrrende hendelser og manglende data mellom behandlingsarmene øker tilliten til resultatene og bidrar til en mer informert tolkning.

Konklusjon

Ikke-underlegenhetsstudier er nyttige og nødvendige for å vise effekt av ny behandling der det finnes en etablert effektiv behandling, men kan være mer krevende å gjennomføre enn overlegenhetsstudier. ■

Heidi Mestl

heidi.mestl@dmp.no

Heidi Mestl er seniorrådgiver ved Direktoratet for medisinske produkter. Hun er medlem av Scientific Advice Working Party (SAWP) i European Medicines Agency (EMA). Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Mestl H. Hva skal studien vise? Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.24.0638.
- 2 Skovlund E. Hvordan vise likhet? Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137. doi: 10.4045/tidsskr.17.0668.
- 3 EMA. Draft guideline on non-inferiority and equivalence comparisons in clinical trials. Lest 8.5.2026.
- 4 Bjørsvik BR, Stensrud MJ. Hva er bias? Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.24.0595.
- 5 Skovlund E, Mestl H. Overlevelsesanalyser og strategier for sensurering. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143. doi: 10.4045/tidsskr.23.0340.

Svart, mørk eller melaninrik hud?

Vi må omtale hverandres hudfarge på en nøytral måte uten å virke stigmatiserende. Uttrykket *melaninrik* har flere svakheter.

1960-årene var barnesangen «Noen barn er brune» en stor slager (1). Sangen var uttrykk for et ønske om å spre toleranse overfor fremmede kulturer generelt og dem med ikke-hvit hudfarge spesielt. Etter hvert som årene har gått, har det blitt noe forvirring rundt hvordan vi skal omtale hverandres hudfarge. Med økende migrasjon har behovet for en ikke-stigmatiserende og nøytral betegnelse på hudfarge blitt enda større.

Fra svart til melaninrik

Ordet *black* ble tatt i bruk av svarte amerikanere i 1960-åra. Betegnelsen oppfattes i dag som nøytral, selv om den peker vel så mye til en ikke-hvit identitet som til den mørke hudfargen per se. Som i barnesangen fra 1960 benyttes også ordet *brown* – på norsk brun, men i vår del av verden brukes dette ordet både om genetisk betinget brunfarge og om hud som er blitt brun som følge av soling.

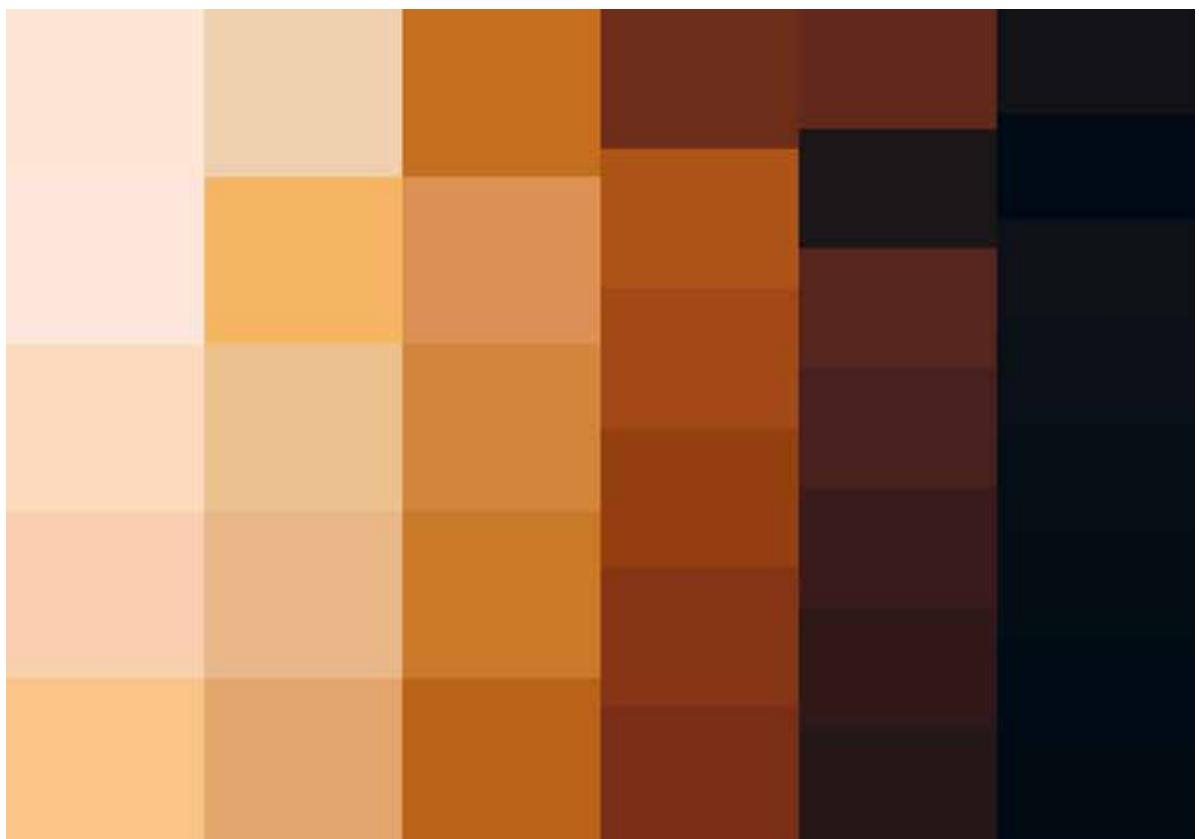
Mørkheten i huden skyldes produksjon av stoffet melanin, som beskytter hudcellene mot ultrafiolett

stråling (2). Ifølge Nasjonalbibliotekets nettbibliotek er den første dokumenterte bruken av uttrykkene *melaninrik* og *melaninfattig* i en norsk publikasjon en artikkel i Gateavisa i 1996 (3). I USA skjøt bruken av *melanin-rich* fart som følge av *Black Lives Matter*-bevegelsen og etter drapet på afroamerikanske George Floyd. Betegnelsen kom inn i Store norske leksikon i 2023 (4).

Uttrykket melaninrik har vært oppfattet som en positiv og nøytral betegnelse ved at man unngår å betegne selve hudfargen (4). Det favner alle mennesker med mørkere hud uavhengig av geografi. Men er uttrykket godt? Eller er det et tegn på en berøringsangst i møte med andre personer med en annen hudfarge enn ens egen?

Dermatologiens fargekart

Uansett, vi mennesker har ulik hudfarge, og vi er nødt til å kunne beskrive hverandres hudfarge. I dermatologi bruker vi ofte Fitzpatrick's hudfargeskala, som angir hudfargen på en skala fra 1 til 6 (ramme 1) (5, 6). Denne skalaen ble introdusert av den amerikanske hudlegen



Ramme 1

Fitzpatrick's hudfargeskala fra 1975 (6).

Hudtype 1: Veldig lys eller hvit hud. Ofte fregner og rødt hår. Alltid brent og aldri brun

Hudtype 2: Lys hud. Oftest brent, med minimal bruning

Hudtype 3: Lys mørkere hud. Noen ganger brent, men huden brunes

Hudtype 4: Mørkere hud. Sjelden brent, huden brunes godt

Hudtype 5: Veldig mørk hud. Huden blir veldig sjelden brent og blir mørkebrun

Hudtype 6: Svart hud. Aldri brent

Thomas Fitzpatrick i 1975 for å beskrive hudens toleranse overfor UV-lys ved dosering av behandling med UV-stråling (5). Skalaen kom etter hvert i bruk også for å angi en persons medfødte hudfarge. Skalaen er blitt kritisert for å være eurosentrisk – opprinnelig hadde den bare fire kategorier, alle lysere enn brun og svart – og at den ikke fanger godt nok opp diversiteten i andre fenotypiske hudfarger (5).

Fitzpatrick's hudfargeskala er ikke eksakt, og det er glidende overganger mellom de ulike kategoriene, ofte betegnet som hudtyper (6). Skalaen er likevel viktig i forskning, for eksempel ved populasjonsstudier av UV-indusert hudkreft og i kliniske studier. Skalaen har også en praktisk side ved forebyggende råd mot solbrenthet og ved visse behandlingsformer der man må ta stilling til hudfarge for å få et visuelt tilfredsstillende resultat.

Mørk i huden

Språkrådet oppfatter uttrykkene *å være mørk i huden* og *lys i huden* som «i utgangspunktet romslige og deskriptive betegnelser», tilsvarende mørkhåret og lyshåret (7). *Mørkhudet*, derimot, kan oppfattes som belastende av enkelte, står det på deres nettsider, mens uttrykkene *med mørk hudfarge* og *som er mørk i huden* er akseptable alternativer. Uttrykket melaninrik er ikke nødvendigvis nøytralt, skriver de, og at det er i tidligste laget å ta det i bruk i vanlige tekster fra det offentlige (7).

Jeg er enig med Språkrådet i denne saken. Problemet oppstår når disse fargeangivelsene brukes substantivisk, for eksempel svarting og bruning. Da blir ytringene rasistiske og sementerende. Man bør ikke bruke en diagnose, et organ eller en hudfarge for å karakterisere en person (8). Vi må bruke fargebetegnelsene adjektivisk. Hudfargen er et biologisk trekk ved huden og sier ingenting om personen som sådan.

Heller mørk i huden enn melaninrik

Det er mange gode grunner, etter min mening, til at melaninrik ikke bør benyttes ved omtalen av andres hudfarge. Melaninrik er ikke en farge- eller fargetonebetegnelse. Betegnelsen krever litt fagkunnskap for å oppleves meningsfylt av den allmenne bruker.

Uttrykket er dessuten verdiladet. Hvis noen er melaninrike, hva da med de som er melaninfattige eller melaninløse? Antonymer som rik og fattig, ond og god eller lang og kort brukes for å skape kontraster i språket, men problemet er at slike antonymer fort kan generaliseres til å bli stigmatiserende og derfor virke mot sin hensikt om å fremme toleranse. Dessuten fanger ikke uttrykket *melaninrik* opp graderingen av hudfargen. De fleste med mørk hud, iallfall i Norge, befinner seg på et kontinuum i midten med en lysere mørk hud.

Da var det kanskje ikke så galt at barnesangen fra 1960 tok i bruk fargeskalaen i et ærlig forsøk på å beskrive hudfargen, selv om første strofe i tillegg til brun, både har med gul, blå og rød i sine fargeklatter. ■

Mottatt 3.3.2026, godkjent 9.3.2026.

Jan Øyvind Holm

joho57@gmail.com

Jan Øyvind Holm er tidligere førsteamanuensis og overlege ved Seksjon for hudsykdommer, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Wikipedia. Noen barn er brune. Lest 3.3.2026.
- 2 Langeland T, Holck P. melanin. Store norske leksikon. Lest 3.3.2026.
- 3 Ray. Cannabisens kultur. Gateavisa 1996; 27:13. Lest 11.2.2026.
- 4 Schackt J. melaninrik. Store norske leksikon. Lest 3.3.2026.
- 5 Wikipedia. Fitzpatrick scale. Lest 3.3.2026.
- 6 Holm J-Ø. hudtype. Store norske leksikon. Lest 3.3.2026.
- 7 Språkrådet. Hvilke ord kan brukes om hudfarge? Lest 3.3.2026.
- 8 Brandshaug AB. Albino og albinisme. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.24.0205.

Klinisk transfusjonshåndbok er oppdatert

Den nye utgaven er publisert i plattformen metodebok.no.

Transfusjonsmedisin og transfusjoner er viktig i pasientbehandling, blant annet ved kreft, stamcelletransplantasjon, solide organtransplantasjoner og ved alvorlige blødninger. Uten korrekt transfusjonsstøtte ville flere av disse behandlingene ikke kunne blitt gjennomført.

Fremstilling av kunstig blod har vært omtalt i noen tiår, uten at det ennå er vellykket (1). Dermed er blodgivernes altruistiske og verdifulle bidrag fortsatt uunnværlig for å sikre tilgang til blod og blodkomponenter. Dette er ingen ubegrenset ressurs. Vi må derfor ha gode og evidensbaserte indikasjoner for transfusjon, også fordi transfusjon kan føre til milde, alvorlige og – en sjelden gang – fatale komplikasjoner (2). Flere transfusjonskomplikasjoner kan forebygges, og etterlevelse av nasjonale retningslinjer vil bidra til å gjøre kloke valg (3). Unødvendige transfusjoner må unngås, men nødvendige transfusjoner må ikke forsinkes (4).

Klinisk transfusjonshåndbok har tidligere vært utgitt av Helsedirektoratet, men fra og med 3. utgave (2017) har Norsk forening for immunologi og transfusjonsmedisin (NFIT) overtatt ansvaret som utgiver. Denne endringen

reflekterer en omorganisering av helsemyndighetenes oppgaver, der utgivelse av faglige anbefalinger om transfusjon ikke lenger anses som en myndighetsoppgave. Foreningen etablerte derfor en redaksjonsgruppe med representanter fra alle helseregioner for å sikre en bred og nasjonal forankring av revideringen.

Redaksjonsgruppen har revidert hele boken basert på aktuell litteratur og retningslinjer fra land med gode, oppdaterte, kunnskapsbaserte retningslinjer innen transfusjonsmedisin. Kapittelstrukturen er endret for å gjøre innholdet mer brukervennlig, og det er lagt til stikkordslister, lenker til andre relevante kapitler samt referanser med litteratur og kilder både i selve teksten og under hvert kapittel.

Publiseringen av denne utgaven på metodebok.no har vært mulig takket være støtte fra Legeforeningens kvalitetsfond. Dette digitale formatet gjør håndboken lett tilgjengelig for helsepersonell over hele landet og muliggjør raskt korrigering av eventuelle feil.

Transfusjonsmedisin er et dynamisk fagfelt, og vi erkjenner at medisinske anbefalinger kan endres over tid. Håndboken vil derfor kontinuerlig oppdateres og forbedres også etter publisering, ba-

sert på ny kunnskap, litteratur og tilbakemeldinger fra leserne. Vi oppfordrer derfor brukerne til å komme med innspill om både innhold og eventuelle nye temaer som bør inkluderes.

I denne boken gir vi bakgrunnsinformasjon og anbefalinger. Fagmiljøene må ta hensyn til lokale forhold. Håndboken er ikke en lærebok, men omtaler de vanlige transfusjonsrelaterte problemstillingene man kan møte i en klinisk hverdag. Dette er ikke alltid dekket i vanlige lærebøker. Det kan være forskjellige tilnærminger til en del temaer. Disse har vi forsøkt å gi et nyansert bilde av, basert på relevant internasjonal litteratur.

Tidligere har vi fått tilbakemeldinger fra klinikere om at *Klinisk transfusjonshåndbok* har vært nyttig i deres hverdag. Vi håper denne utgaven blir brukt minst like mye. ■

Mottatt 5.4.2026, godkjent 11.5.2026.

Tor Audun Hervig

Tor Audun Hervig er spesialist i immunologi og transfusjonsmedisin og professor emeritus ved Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har hatt oppdrag for Terumo, Cerus, Pall og Baxter og sittet i overvåkingsskomité for ExPlas-studien, NTNU.



Illustrasjonsfoto:
PhuuchaayHYBRID / iStock

Mirjana Grujic Arsenovic

Mirjana Grujic Arsenovic er spesialist i immunologi og transfusjonsmedisin og overlege med ansvar for Blodbanken ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Çiğdem Akalin Akkök

uxciak@ous-hf.no

Çiğdem Akalin Akkök er ph.d., spesialist i immunologi og transfusjonsmedisin og medisinsk ansvarlig overlege ved Nasjonalt referanselaboratorium for immunologiske utredninger ved Oslo universitetssykehus, Ullevål. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Barbora Jacobsen

Barbora Jacobsen er spesialist i immunologi og transfusjonsmedisin og overlege ved Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin, St. Olavs hospital, med blodbank som ansvarsområde. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt undervisningshonorar fra NTNU, er medlem av hemoviligansgruppen i Direktoratet for medisinske produkter og har verv i Norsk forening for immunologi og transfusjonsmedisin og i International Haemovigilance Network.

Litteratur

- 1 Azuma H, Amano T, Kamiyama N et al. First-in-human phase 1 trial of hemoglobin vesicles as artificial red blood cells developed for use as a transfusion alternative. *Blood Adv* 2022; 6: 5711–5.
- 2 Anthes E. Evidence-based medicine: Save blood, save lives. *Nature* 2015; 520: 24–6.
- 3 Norsk forening for immunologi og transfusjonsmedisin. Gjør kloke valg. Lest 11.5.2026.
- 4 Narayan S, Hughes C, Poles D et al. The 2024 Annual SHOT Report. Manchester: Serious Hazards of Transfusion (SHOT) Steering Group, 2025. Lest 11.5.2026.

Livslosen – et selvmordsforebyggende tilbud

Livslosen er et døgnåpent, landsdekkende lavterskeltilbud for mennesker i akutt livskrise med selvmordstanker.

Livslosen ble etablert av Stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg i 2021 fordi man så et behov for et supplement til de tradisjonelle selvmordsforebyggende tilbudene. Gjesten, som brukeren kalles, blir kun registrert med navn av sikkerhetsgrunner, slik at man vet hvem som er i bygget mens vedkommende er til stede. Denne opplysningen blir skrevet på papir og slettet ved avreise. Per april 2026 har det vært rundt 550 gjester på Livslosen siden oppstarten 1. oktober 2021. Erfaringene fra tilbudet så langt har vært positive, og gjestene rapportert om høy grad av tilfredshet (1). Tiltaket evalueres av en ph.d.-stipendiat ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging for å sikre en eksternt og valid vurdering av effekt.

Hensikten med tilbudet er å gi personer i selvmordsfare mulighet til å snakke med noen om belastninger som ofte er forbundet med skam, som tap av arbeid eller partner, omsorgsansvar, økonomiske vansker eller lignende. Gjennom støttende samtaler med ansatte og frivillige søker man å bidra til økt mestring og hjelp til å ta tak i egen livssituasjon. Videre kan Livslosen bistå med kontakt til relevante instanser og nettverk, herunder familie, venner, Nav, fastlege og juridisk rådgivning.

Det er mye som skiller Livslosen fra ordinære helsetjenester. Oppholdet er medikamentfritt, det regnes ikke for å være helsehjelp, og det gis ingen behandling i tradisjonell forstand. Det stilles ingen diagnoser, og det føres ikke journal.

Oppholdets varighet er inntil fem døgn. Alle ansatte og frivillige får grundig opplæring, og de er engasjert primært på grunnlag av personlig egnethet. Tilbudet er ikke beregnet på pasienter som er i behandling i psykiatrien og/eller rusomsorgen.

Gode resultater

Gjestene har deltatt i anonyme undersøkelser. Resultatene viser at omtrent alle opplever at oppholdet på Livslosen har vært til hjelp, og de fleste oppgir at selvmordstankene ble mindre under oppholdet.

Det utarbeides en persontilpasset selvmordsforebyggende kriseplan i løpet av oppholdet. I tillegg tilbys strukturert oppfølging, med telefonsamtale to uker etter utsjekk. Det sendes også et håndskrevet brev seks til åtte uker etter utsjekk samt etter seks måneder.

Hva betyr dette for deg som lege?

Livslosen kan ta imot gjester uten henvisning. For å treffe målgruppen gjennomføres det to telefonsamtaler før det eventuelt gis tilbud om opphold. Personer som dør enn selvmord, har i langt større grad enn befolkningen ellers vært i kontakt med fastlegen det siste året før dødsfallet (ca. 80 % av mennene og 90 % av kvinnene) (2). Dette understreker fastlegens sentrale rolle i å fange opp personer i selvmordsfare – og i å vise dem videre til riktig nivå i hjelpeapparatet, der Livslosen kan være et alternativ til den tradisjonelle helsetjenesten. ■

Ingrid Nyhus

Ingrid Nyhus er daglig leder for Livslosen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Erik Kreyberg Normann

erik.normann@lovisenberg.no

Erik Kreyberg Normann er ansvarlig for etableringen av Livslosen og er overordnet ansvarlig gjennom sin rolle som fagdirektør for medisin- og helsefag i Stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Nyhus I, Normann EK, Rylander S. Livslosen—Et lavterskeltilbud med formål å forebygge selvmord. *Suicidologi* 2023; 28: 3.
- 2 Hauge LJ, Stene-Larsen K, Grimholt TK et al. Use of primary health care services prior to suicide in the Norwegian population 2006–2015. *BMC Health Serv Res* 2018; 18: 619.



Nytt nasjonalt nettverk for radiologi

Uønsket variasjon og overforbruk av bildediagnostikk er et økende problem i Norge. I april 2026 etablerte vi et nasjonalt nettverk for radiologi som skal samordne arbeidet med å redusere unødvendige undersøkelser, styrke kvaliteten og sikre bedre og mer likeverdige tjenester rundt om i landet.

Bruken av bildediagnostikk har økt, samtidig som det er dokumentert store geografiske variasjoner, blant annet gjennom *Helseatlas* i regi av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (1). Variasjonen kan ikke forklares ut fra medisinske behov alene, og den kan skyldes både overforbruk og underforbruk.

Helsemyndighetene er bekymret for uønsket og uforklarlig variasjon i helse-tjenestetilbudet samt utfordringer med å avvikle undersøkelser og behandlinger som ikke er kunnskapsbaserte og har lav nytte for pasientene (2). Overbehandling er ikke bare et ressursproblem, det kan også være til skade for pasientene (3).

Norsk radiologisk forening var blant de første fagmedisinske foreningene som introduserte Kloke valg. Allerede i 2017 utarbeidet foreningen seks anbefalinger med mål om å redusere undersøkelser som sjelden har behandlingsmessig effekt for pasienten.

I 2023 fikk Helse Vest og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å kartlegge variasjon og foreslå tiltak for å redusere overforbruk av radiologitjenester. Arbeidet resulterte i rapporten *Tiltak for å redusere overforbruk og uønska variasjon i radiologitjenester i Noreg*, der en nasjonal prosjektgruppe utarbeidet seks hovedtiltak som anses å ha størst effekt (4).

Som en følge av dette er det nå etablert et nasjonalt nettverk for radiologi med representanter fra alle de fire regionale helseforetakene, Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. Nettverket samarbeider tett med faglige foreninger, særlig Norsk radiologisk forening, Norsk radiografforbund og Norsk forening for allmennmedisin. Andre faglige foreninger og fagmiljøer vil involveres ved behov.

Nettverkets hovedoppgave er å koordinere og følge opp de foreslåtte tiltakene som kan bidra til å redusere overforbruk og uønsket variasjon i radiologiske tjenester. En sentral del av arbeidet er å utarbeide og publisere felles nasjonale råd for god praksis rundt radiologiske

henvisninger, med veiledning om indikasjon. Videre skal nettverket bidra til oppdaterte retningslinjer, bedre kommunikasjonsflater mellom henvisere og radiologiske avdelinger samt bidra til at bilder og svarrapporter i større grad kan deles på tvers av foretak og private aktører.

Det nasjonale radiologinettverket hadde oppstart 1. april 2026, og første leveranse blir å utarbeide henvisningsråd for muskel-skjelett-radiologi, basert på eksisterende retningslinje og oppdatert kunnskap. Rådene skal integreres i legenes henvisningssystemer, slik at de blir lett tilgjengelige i den kliniske arbeidsflyten.

Ambisjonene er klare: færre undersøkelser med lav nytte, mindre uønsket variasjon samt bedre, tryggere og mer kunnskapsbasert bruk av radiologi til pasientenes beste. ■

Mottatt 29.4.2026, godkjent 20.5.2026.

Aslak Aslaksen

aslak.bjarne.aslaksen@helse-bergen.no
Aslak Aslaksen er spesialist i radiologi og faglig leder for nettverket. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Mia Mowinckel-Nilsen

Mia Mowinckel-Nilsen er radiograf og administrativ leder for nettverket. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kim Noremark

Kim Noremark er assisterende fagdirektør i Helse Vest og leder styringsgruppen i nettverket. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Florentina Gorqaj

Florentina Gorqaj er fagsjef for bildediagnostikk i Helse Sør-øst og medlem av nettverket. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Siw Skaar

Siw Skaar er seniorrådgiver i Helse Nord og medlem av nettverket. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Veronica Berg

Veronica Berg er seniorrådgiver i Helse Nord og medlem av nettverket. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Elisabeth Bruvoll

Elisabeth Bruvoll er radiograf, ansatt i Helse Fonna og medlem av nettverket. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt honorar fra Norsk Radiografforbund for strålevernkurs og er medforfatter i kapittel om skader og forgiftninger (stråling) i læreboken *Sykdom og behandling*.

Morten Troøyen

Morten Troøyen er klinikkisjef på St. Olavs hospital og medlem av nettverket. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Tove Johansen

Tove Johansen er analytiker i Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering, Helse Nord. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Eva Friberg

Eva Friberg er fagdirektør i Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet og medlem av nettverket. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- SKDE. *Helseatlas radiologi andre del*, MR. 2024. Lest 24.4.2026.
- Eriksen KF. OUS-sjefen: Vi bruker milliarder på behandling med lav nytte. *Dagens medisin* 11.2.2026. Lest 20.5.2026.
- Friberg EGS, Sæter B, Brandsæter I. Unødvendige bildediagnostiske undersøkelser skader pasienten og helsetjenesten. *Dagens medisin* 3.11.2025. Lest 20.5.2026.
- Kandiah P, Aslaksen AB, Mowinckel-Nilsen MLH et al. *Tiltak for å redusere overforbruk og uønska variasjon i radiologitjenester i Noreg*. 2024. Lest 24.4.2026.

Klokere bruk av blodprøver

Systematisk arbeid med Kloke valg har redusert prøvetakingen. Vi har gjort oss noen erfaringer ved laboratoriet på Sykehuset Innlandet.

En pasient legges inn på sykehus. Det tas blodprøver i akuttmottaket. Neste dag tas det nye. Og dagen etter. Ikke fordi noen har stilt et nytt klinisk spørsmål – men fordi det er blitt en del av måten vi jobber på.

Hvert tredje sekund tikker det ut et prøvesvar fra laboratoriet vårt. I løpet av et år sirkulerer over 4 500 liter blod gjennom systemene våre. I gjennomsnitt tas det rundt tre blodprøver per innleggelse. Og hver dag tar en lege 100–200 beslutninger. I en slik hverdag er det ikke rart om noen valg tas mer av vane enn av bevisst vurdering. Kanskje er det nettopp der utfordringen ligger?

Studier antyder at rundt 30 % av hjelpen vi gir, har liten verdi, og at så mye som 10 % kan skade pasienten (1). Samtidig vet vi at det kan ta mange år før ny kunnskap blir omsatt til klinisk praksis (2). Problemet er ikke at vi ikke vet, men at det vi vet, ikke alltid får konsekvenser for det vi gjør.

Flere av beslutningene vi tar som leger, bygger på et laboratorieresultat, og samtidig vet vi at feil bruk av tester er et utbredt problem (3, 4). Problemet er ikke bare overforbruk, men at vi ikke alltid gjør det riktige.

Fra kampanje til praksis

I Sykehuset Innlandet har vi det siste året arbeidet systematisk med Kloke valg, med særlig vekt på unødvendige blodprøver. Arbeidet har vært legestyrt, forankret i fagmiljø og ledelse, og bygger

på faglig eierskap. Endringsarbeidet har vært sentrert rundt strukturelle, relasjonelle og transformativ endringer.

Utgangspunktet var ønsket om en mer meningsfull arbeidshverdag. Hverdagen er hektisk. Derfor har mye handlet om bevisstgjøring og legitimering, om det å stoppe opp og spørre: Trenger vi denne prøven?

Kampanjen ble rullet ut bredt til alle avdelinger 1. april 2025. Over 50 undervisningsopplegg er gjennomført, og lege-til-lege-dialog har stått sentralt. Parallelt er det gjort mange strukturelle tiltak, som kunnskapsformidling, minimumsintervaller for retesting, revisjon av analysepakker og utvikling av rapporter som synliggjør rekvireringspraksis. Bevisstgjøring av hvordan og hvor ofte man rekvirerer, har vist seg å være et svært nyttig tiltak.

Arbeidet bygger også på erfaringer fra andre fagmiljøer i Norge, blant annet fra Haukeland universitetssjukehus, som har bistått med både erfaringsutveksling og resultater (5).

Resultater og videre arbeid

Interne upubliserte tall viser at antallet prøvetakinger på et år er redusert med om lag 10 000 hos innliggende pasienter, tilsvarende cirka 5 %. Reduksjonen har skjedd samtidig med økt antall innleggelses og med samtidig redusert antall prøvetakinger på polikliniske pasienter. I tillegg har våre bioingeniører spart betydelig tid knyttet til prøvetaking.

Erfaringen er at endring er mulig og at det krever både kultur og struktur. Tiltakene må være tett på klinisk praksis, uten pekefinger og med tydelig kobling til pasientsikkerhet, arbeidsglede og ansvarlig ressursbruk.

Arbeidet videreføres nå fra laboratoriets side med gjennomganger av strukturelle tiltak for indremedisin, kirurgi og akuttmottak. Målet er å gjøre det enklere å ta gode valg i en travel klinisk hverdag. ■

Magnus Andreas Rognlien Husøy

maghus@sykehuset-innlandet.no

Magnus Andreas Rognlien Husøy er avdelingsoverlege ved Medisinsk biokjemi på Sykehuset Innlandet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Braithwaite J, Glasziou P, Westbrook J. The three numbers you need to know about healthcare: the 60-30-10 Challenge. *BMC Med* 2020; 18: 102.
- 2 Morris ZS, Wooding S, Grant J. The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *J R Soc Med* 2011; 104: 510–20.
- 3 Sikaris KA. Enhancing the clinical value of medical laboratory testing. *Clin Biochem Rev* 2017; 38: 107–14.
- 4 Zhi M, Ding EL, Theisen-Toupal J et al. The landscape of inappropriate laboratory testing: a 15-year meta-analysis. *PLoS One* 2013; 8: e78962.
- 5 Løvås K, Skrede S, Sagen JV. Riktig bruk av laboratorieprøver. *Tidsskr Nor Legeforen* 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.24.0493.



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

Sund fornuft

Kreftlegen sier han aldri har jaget posisjoner. Likevel har Fredrik Sund gått gradvis fra tillitsverv til toppledelsen ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Stadig har han endt der noen må ta ansvar – også den dagen han og kona havnet i en alvorlig bilulykke.



Tekst: Martin Hotvedt
Foto: Marius Fiskum



Det smalt. Det ble vondt å puste, og kona mi var bevisstløs i nabosetet.

Fredrik Sund og kona var i godt driv i 100-sonen på den vinterklede hovedveien i Nord-Sverige da det ut av intet dukket opp en bil

i et kryss fra høyre.

– Det gikk så fort at bilens sikkerhetssystemer ikke rakk å slå inn, selv om vi kjørte godt under fartsgrensen på grunn av tilhengeren. Det bare ... smalt.

Den nyslåtte lederen for Medisinsk klinikk ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) i Tromsø sitter fremoverlent i skinnsofaen på kontoret, har pratet vel og lenge om ledelseskultur og utdyper hva han selv gjorde da han måtte ta styring i den dramatiske bilulykken i palmehelga i år.

– Man prøver jo å fokusere og skyve bort katastrofetankene. Man må bruke sunn fornuft og tenke enkelt. Tilbake til ABC og Plan BLÅST fra studietida.

Han pauser.

– Heldigvis våkna kona mi opp etter bare et minutt, ganske fortumla, sier han.

– Hva var det første dere sa til hverandre?

– Jeg spurte om hun hadde vondt noen steder. Hun satt i førersetet, og døra var presset inn. Differensialdiagnosene raste gjennom hodet: mulig knust fot, mulig knust bekken, mulig lårhalsbrudd. Jeg var litt hemmet selv, tenkte at milten min var skadet, men prøvde å få innsisert og sett om det var noen åpenbare store skader på henne. Det var det heldigvis ikke. Men vi hadde djevelsk vondt, begge to.

Han trekker pusten.

– Så ringte vi ungene våre fra bilen, sa hva som hadde skjedd og at vi hadde det rimelig greit, men trengte flere undersøkelser.

40 lange minutter senere kom finske og svenske redningstjenester til, skar opp bildøra og fraktet dem til nærmeste akuttsykehus, som lå i Gällivare.

– Der ble vi gjennomundersøkt. Jeg endte opp med *bare* fem ribbeinsbrudd, og kona hadde hjernerystelse. Dere har vært heldige, sa den unge legen, og skrev oss raskt ut.

– Det var dramatisk.

– Veldig. Bilen ble kondemnert. Hengeren vi hadde bakpå, også. Hadde jeg vært katt, tror jeg åtte av ni liv røyk der.

Han smiler skjært, og forteller at tog- og buss-turen tilbake til Tromsø ble brukt til mental hygiene og debrifing.

– Vi fikk vært sammen med familien hele påsken, pratet godt – og landet skikkelig etter en ukes tid. Det er rart med det, livet går videre.

Et forsiktig smil presser seg frem bak skjegget.

– Man må jo på jobb.



Leder sykehusets største klinikk

Og Fredrik Sund skal få nok å gjøre fremover. Helgelendingen skal lede om lag 1 200 årsverk fordelt på ni avdelinger i det som i fjor ble Universitetssykehuset Nord-Norges største klinikk.

Som del av omstillingsprogrammet «Vi fornyer UNN» la sykehuset om organiseringen våren 2025. Ett av grepene var å samle de medisinske fagene i én ny klinikk.

På papiret var målet bedre koordinering, kapasitetsutnyttelse og mer likeverdige tjenester. I praksis var prosessen krevende. Høringsrundene viste ulike syn på flere sentrale grep, og sykehusledelsen skrev selv at ny organisering «tok mye oppmerksomhet i organisasjonen». I det bredere omstillingsarbeidet mente tillitsvalgte også at korte høringsfrister ga begrenset rom for reell medvirkning.

– Akkurat nå er jeg i en slags interimfase. Jeg har litt jeg skal avslutte fra min gamle stilling og en del nytt å sette meg inn i. Ni avdelinger fra fem ulike klinikker ble fusjonert, og fem kulturer skal bli til én. Heldigvis er det kjente medarbeidere. Jeg har bare flyttet kontor tre meter nedover gangen, smiler han lurt.

Sund har gradvis jobbet seg oppover i sykehusledelsen de siste årene.

Først var han konstituert klinikkssjef for tidligere Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken, deretter assisterende klinikkleder ved Medisinsk klinikk, før han ble konstituert klinikkleder. Og så, denne våren, tok han over som klinikkleder på fast basis.

– Hva sier denne CV-en om deg?

– Tja ... at jeg ikke er flink til å si nei og at jeg stiller opp når jeg blir spurt?

Han humrer lett, før han får tenkt seg om:

– Muligheten for å påvirke, forme og utvikle helsetjenester til befolkningen i Nord-Norge sammen med et bra lag er vanskelig å takke nei til. Det er et utrolig stort samfunnsoppdrag.

– Hva blir nytt?

– Våre ideer, planer og tankeganger endres ikke så mye. Men min rolle blir litt endret, og jeg skal få rekruttert en god høyre hånd. Så har vi et oppdragsbrev fra direktøren å forholde oss til. I sykehusets store omstillingsarbeid er det hundrevis av mål, delmål og tiltak.

– Vi må bedre tre ting: økonomikontrollen, tilgjengeligheten for pasientene og stabilisering av turnusarbeidere, sier han, og peker i bordet.

Tilbake på gamle trakter:

Fredrik Sund jobbet mange år på kreftavdelingen, her på gamle trakter sammen med overlege Thomas Kilvær (t.v.) og stråleterapeut Tove Solvang. Foto: Marius Fiskum



Muligheten for å påvirke, forme og utvikle helsetjenester til befolkningen i Nord-Norge sammen med et bra lag er vanskelig å takke nei til. Det er et utrolig stort samfunnsoppdrag



Fredrik Sund

Født 1979 i Sandnessjøen

Cand.med., UiT Norges arktiske universitet, 2005

Turnuslege, St. Olavs hospital og Klæbu kommune, 2005–08

Lege i spesialisering, Helgelands-sykehuset Sandnessjøen, 2007–08

Lege i spesialisering, Krefstavdelingen, UNN, 2008–14

Overlege, Kreftavdelingen, UNN, 2014–19

Seksjonsoverlege, Kreftavdelingen, UNN Tromsø, 2019–21

Master i helseledelse, Nord universitet, 2020

Konserntillitsvalgt, Helse Nord, 2010–12

Styremedlem, Helse Nord, 2010–14 og 2016–21

Konstituert klinikkisjef, Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikk, UNN, 2021–22 og 2024–25

Spesialrådgiver, Helse Nord, 2023–24

Assisterende klinikkleder, Medisinsk klinikk, UNN Tromsø, 2025–26

Klinikkleder, Medisinsk klinikk, UNN, 2026–d.d.

– Vi gjør ikke endringer for å lage finere organisasjonskart, men for å treffe på oppdraget vårt. Fredrik Sund har ingen klar ledelsesfilosofi, forteller han.

– Jeg er ikke så glad i sånne svulstige begreper.

– Men hvis du *må* formulere en?

– Jeg har i hvert fall noen verdier og holdninger om hvordan vi i fellesskap skal videreutvikle det gode som skjer, men også ta noen steg videre inn i fremtiden. Selv om dette høres klisjéaktig ut, har sykehusets verdier satt seg hos meg: kvalitet, trygghet, respekt og lagspill. Sånn sett er det jo takknemlig å få jobben som klinikkleder her, fordi jeg har med meg en kompetent gjeng med flere perspektiver og som kan gi meg litt motstand. Det *må* være litt tyggemotstand. Vi kan ikke være et konsensusforum, og da *må* vi ha trygghet innad i laget. Et sykehus er et stort maskineri som går som smurt 90 % av tiden, så *må* vi forbedre de siste 10 %. Jeg kommer til å møte kvister hver dag, men det er en del av jobben å ha langlysene på og se fremover.

– Dette høres da absolutt ut som en ledelsesfilosofi?

– Ja, kanskje det? Men husk at jeg er en enkel mann fra Helgeland. Dette oppleves for veldig mange som svulstig når man prater om det. Det gjør det også for meg, nærmest unnskylder han seg.

Han klør seg i skjegget.

– Både som medarbeider, tillitsvalgt og leder har jeg vært på utrolig mange seminarer og samlinger om ledelsesfilosofi. Man har *vinnerledelse*, *gorillaledelse* og *paradoksledelse*. Og så videre.

Han spretter litt frem, rister på hodet og lager bølger med hendene.

– I en bok om organisasjonsledelse trekkes dette frem som trender som svinger. Konklusjonen min er at man *må* finne sin vei, eie den og være autentisk. Så blir det vel bra, smiler han nikkende.

Sund *måtte* bli godt voksen før han påtok seg større lederjobber.

– Jeg fikk tilbud tidligere i karrieren. Den gang tenkte jeg at jeg var for ung, manglet legitimitet og pondus. Da jeg fikk det første tilbudet om å bli konstituert klinikkleder, tenkte jeg som 40-åring at hvis jeg sa nei, ville jeg gjøre meg selv irrelevant. Det var en modningsprosess. Jeg har aldri hatt noen drøm om å bli leder eller sjef. Makt og myndighet – sånne ting har aldri drevet meg.

Fra Sandnessjøen til Tromsø

Fredrik Sund vokste opp i Sandnessjøen på Helgelandskysten, der sørvestkuling og regn la seg som en fast kulisse over barndommen.

Foreldrene var lærere og politisk røde, noe Sund senere også ble. Hjemmefra fikk han tidlig en interesse for samfunn, rettferdighet og systemer.

– De var forbilder for meg, og dette med solidaritet, fellesskap og det å ta ansvar har jeg nok fra dem, forteller han.

Han drev med alt som barn, fotball, håndball, badminton og tennis, og hevder han satset på bredden. Selv om han var ganske flink i alle fag på skolen, hadde han aldri noen legedrøm. →

– Jeg søkte først farmasi og kom inn, måtte i Forsvaret, og søkte senere medisin og kom inn der. Det hele fremstår vel litt tilfeldig ... eller kanskje ikke. Det var i hvert fall en enorm frihetsfølelse å sette seg i den store leiebilen og kjøre nordover til Tromsø, selv om alle barndomskompisene mine dro sørover. Broren min var allerede godt i gang på det samme studiet, og var kanskje middels fornøyd med at jeg kom oppover til hans revir.

Morens bortgang den samme høsten, satte preg på studieoppstarten.

– Det første året gikk naturligvis trått. Jeg mistet den tidlige sosialiseringen, følte meg litt malplassert og smådeprimert. Men etter et år i min egen misnøye snudde det. Jeg ble aktiv i studentidretten, begynte å møte pasienter på studiet og fikk et større sosialt nettverk. I bunnen er jeg en utpreget ekstrovert type, så fra da av stortrivdes jeg i storbyen Tromsø, smiler han.

Etter turnustjeneste i Trøndelag og et år på medisinsk avdeling i hjembyen satte han igjen kursen mot Tromsø for å prøve livet som kreftlege.

– Det ble en fantastisk arbeidsplass, og samme høst traff jeg jo hun som skulle bli min kone. Jeg dro på jobbintervju og stevnemøte samme dag, legger han til.

Tidligere kollegaer omtaler ham som kreftavdelingens faglige potet og en mann med talent for de tunge samtaler. Samtidig med spesialiseringen i onkologi tok tillitsverv større plass i arbeidshverdagen.

– Tillitsverv har på en måte fulgt meg helt fra elevrådet på barneskolen. Jeg var hovedtillitsvalgt i Forsvaret, plasstillitsvalgt, klinikkstillitsvalgt og til slutt konserntillitsvalgt for Akademikerne på heltid i to år.

– Du har sittet på begge sider av bordet når det kommer til ledelse?

– Jeg tror jeg har sittet på alle plasser rundt hele bordet!

– Hva har det lært deg?

– Dyp innsikt i systemet vi jobber i, altså selve modellen. Så tenker jeg at det er viktig som leder å bruke tillitsvalgte som en ressurs og tenke at vi sammen skal levere varene på best mulig måte. Jeg er opptatt av å inkludere tillitsvalgte, og ikke bare fordi man «må».

– Hva har vært drivkraften bak disse tillitsvervene?

– Interessen for å bidra, engasjement, utvikling, sier han, og gestikulerer.

Det var visstnok kona som var pådriver da Sund valgte å ta en master i helseledelse.

– Hun mente at all den tiden jeg brukte på TV-serier kunne brukes til noe mer fornuftig, som en doktorgrad eller lignende, sier han, før han unnskylder seg selv:

– For å finne de virkelig gode seriene må du gjennom mye dårlig, altså!

Han fortsetter:

– Masteren i helseledelse ga meg først og fremst et stort og godt nettverk, men også en god formalskolering i faget, sier han, og presiserer:

– Det var ikke bare konas idé, altså. Igjen var det denne driven til utvikling. Kanskje er det et trekk ved meg selv, men også et trekk fra skolevesenet. Man fullfører videregående, så skal man studere, så skal man fullføre LIS1-delen, så skal man bli ferdig spesialist. Man blir jo vant til denne fremdriften, ikke sant, og jeg tenker: Er det ikke noe mer? Hva er det neste?

Podkastavhengig

Sund virker å ha landet nå, med langlysene på fremover. Den hektiske arbeidshverdagen krever samtidig en fritid med rom for refleksjon og avkobling. Mens kona tar med tenåringsdøtrene i stallen til de to hestene de eier, har Sund ansvaret for husarbeid, hundelufting og matlaging.

I bakgrunnen summer stort sett alltid en politisk podkast.

– Det er mange ting i verden jeg prøver å følge med på og å sette meg inn i for å få et bredere

Vi er trygge og beskyttet. Vi har gode ordninger, og jeg jobber for å bevare velferdsstaten vår



Omstillinger:

Universitetssykehuset Nord-Norge er i 2024-2027 inne i en stor omstillings- og omstrukturingsprosess, som også blir en del av arbeidshverdagen til klinikkleder Fredrik Sund. Foto: Marius Fiskum

perspektiv. Det som skjer i USA, opprører meg. Vi lever i en volatil verden, og det er mange doble standarder. Jeg bruker internasjonal politikk som en rettesnor i eget liv, sier han, og utdyper:

– Når jeg synes at noe er tungt eller vanskelig, det være seg i partnerskapet, foreldrerollen eller i lederrollen, så minner jeg meg på at det ikke er som i Sudan eller Gaza eller Iran. Verden er ikke en rettferdig plass, og livet kan være brutalt og urettferdig. I Norge har vi det utrolig bra, og jeg føler meg veldig privilegert her i Nord-Norge. Vi er trygge og beskyttet. Vi har gode ordninger, og jeg jobber for å bevare velferdsstaten vår, sier han, og legger til:

– Politisk podkast kan enkelt integreres med både husvask, løping og matlaging.

– Dine venner kaller deg en mat- og vinsnobb?

– Haha. Definer snobb?

– Fortell!

– Jeg kjøper ikke dyr vin, altså. Men interessen utvikler seg, og jeg er veldig glad i god mat, tilpasset drikke og kanskje mest den sosiale rammen rundt. Det blir en slags investering, og jeg drar ofte ut på restaurant med kona og venner.

– Når var sist det virkelig satt?

– Forrige helg, på Kvitnes Gård sammen med kona. Det var julegaven min til henne, en to-dagers kulinarisk opplevelse. Den føltes enda viktigere etter ulykken, avslutter han, før han snører joggeskoene, tar på seg treningsjakka og springer hjemover. ■

Martin Hotvedt

martin_hotvedt@hotmail.com



Tekst: Jørgen G. Bramness

Drikker vi for mye?

Professoren og kirurgen Charles Knowles har stirret dypt ned i flasken. Han har opplevd alkoholens gleder, men jammen også sorgene. Også leger kan drikke for mye. I en fagbok med et sterkt personlig tilsnitt tar Knowles oss med gjennom sin historie fra avhengighet til tilheling, og han peker på mange ting vi som leger bør kjenne til om alkoholens problematiske sider. Spørsmålet er om det er en god bok.

Det går en vandrehistorie om Jens Bjørneboe (1920–76) at han drakk så uhemmet at han måtte åpne flaskene på forhånd fordi han ikke klar- te dette når han ble for full. Også dette sitatet fra romanen *Frihetens øyeblikk* (1), uttalt av bokens fortellerstemme – den navnløse rettstjeneren fra Heidelberg – har åpenbart selvbiografiske elementer:

Her i Firenze er min alkoholisme sprunget ut i full blomst. Jeg lider åpenbart av alle kjente former for alkohol-nevroser; jeg er både falsk og ekte dypsoman, jeg drikker i perioder og hver dag, jeg er matdranker, vanedranker og skapdranker, samt dessuten leilighetsdranker og selskapsdranker, men jeg drikker også gjerne alene. Det er særlig når mørket melder seg med full styrke at jeg drikker på denne måten, – døgnet rundt og alt jeg har for hånden.

Alkohol er vårt eldste og vanligste rusmiddel. Dette er noe av bakgrunnen for at det publiseres tusenvis av vitenskapelige artikler (2) og utgis mange hundre bøker om alkohol hvert år. Alkoholbruk og -problemer, og ulike sider ved disse, slutter aldri å fascinere.

Også i min bokhylle står det mange bøker om alkohol, som kan deles inn i ulike kategorier. Det er de vitenskapelige fagbøkene, tunge verk med intrikate forklaringer på obskure fenomener relatert til alkohol. Så har vi bøkene som er viet behandling – enten veiledere for behandle- re eller selvhjelpsbøker. Deretter er det de personlige fortellingene – enten fra personer som selv har hatt alkoholproblemer, eller fra de som har stått nær noen som har hatt det. Den siste kategorien er de populærvitenskapelige og kulturhistoriske bøkene om alkoholens plass i vårt samfunn og vår historie.

De siste ti til femten årene har spesielt denne fjerde sjangeren hentet mye interessant informasjon fra ny forskning om avhengighet, nevrobiologi og genetikk. Spørsmål som blir diskutert, er for eksempel om de første samfun- nene i oldtiden ble grunnlagt for å organisere framstillingen av alkohol (3). Eller om noen blir alkoholavhengige på grunn av vårt – fylogene-

tisk sett – primitive, mesolimbiske dopaminer- ge belønnings- og motivasjonssystem (4). Eller hva med påstanden om at de første menneske- lignende primatene slapp seg ned på bakken og begynte å gå på to bein fordi en genetisk mutasjon ga dem alkoholdehydrogenase, og dermed evnen til å innta gjærende frukter på bakken (5)?

Hvorfor vi drikker for mye

Boken *Why We Drink Too Much* av Charles Knowles er en hybrid mellom den tredje og fjerde sjangeren (6). Den er både en personlig historie og en populærvitenskapelig bok, med kunnskap som kan være til nytte både for fagfolk og for den interesserte leser.

Professor Knowles er en britisk kolorektalki- rurg utdannet i Cambridge. Som forsker har han publisert mer enn 300 fagfellevurderte viten- skapelige artikler og bidratt til flere internasio- nale kirurgiske lærebøker. Men Knowles har vært åpen om at han selv har hatt et langvarig og problematisk alkoholbruk, til tross for sin faglige suksess. Han beskriver seg selv som en høyt fungerende alkoholavhengig. Men avhengigheten har også medført alvorlige kriser. Kunnskapen hans og nysgjerrigheten rundt denne personlige erfaringen er en sentral drivkraft bak boken.

Boken har fått mye rosende omtale. The New York Times omtaler den som et verdifullt bidrag til litteraturen, som får oss til å reflektere over vår alkoholbruk (7), og New Scientist kaller den både uvanlig god og slagkraftig (8). I det følgende skal jeg forsøke å si noe om hvorfor jeg mener de har noe rett i det, men at de også tar feil.

Alkohol og helse

Knowles er forbilledlig i sin framstilling av de negative helsemessige konsekvensene av alkohol. Han plasserer alkohol der alkohol hører hjemme: som en av våre viktigste livsstilsrela- terte helsesrisikoer. Han erkjenner den sam- funnsmessige kostnaden alkoholen gir. Deretter tar Knowles oss gjennom alkoholens conse- kvenser organ for organ. Han belyser hva alkohol fører til for hjerte- og karsystemet.

Selv om vi i Norge ligger nokså lavt på statistikken, er dette noe vi må merke oss. Vi må bry oss om alkohol. Vi må tenke på hva vi skal gjøre for å redusere bruken, forebygge skader og behandle avhengighet tilpasset den enkeltes mål

Ukjent mann drikker på
Metropol, 1956. Foto:
Rigmor Dahl Delphin / Oslo
Museum, i offentlig eie

Han underkjenner ikke den mulige positive effekten litt daglig alkohol kan ha å si for koronar hjertesykdom, men understreker at dette ikke gjelder andre hjertesykdommer. Han omtaler alkoholens bidrag til sykdommer i lever og pankreas, hvor alkoholens negative påvirkning er u diskutabel. I hele gastrointestinaltraktus kan alkoholen gi uønskede følger. Han diskuterer på godt vis sammenhengen mellom alkoholbruk og fedme og kommer også inn på alkoholens påvirkning på søvn. Sammenhengen mellom alkoholinntak og kreft

omtales kort. Jeg er nok noe skuffet over hvor overfladisk sammenhengen mellom fertilitet og alkohol omtales, ikke minst den nokså summariske omtalen av alkoholens påvirkning på fosteret i svangerskapet. Nevrologiske følger av alkoholbruk omtales dypere og med mer detalj. Som psykiater synes jeg også at beskrivelsen av sammenhengen mellom alkoholbruk og mental helse blir noe knapp, men jeg er kanskje ikke den rette til å bedømme dette.



Boken til Knowles inneholder også gode innspill fra hans ektefelle. Det gir innblikk i pårørende-rollen. En alkoholbrukslidelse påvirker jo ikke bare den som drikker selv, men også dem som står rundt. Vi er gjerne bevisst på belastningen drikkingen påfører de pårørende. Men kan også tilfriskningen være en utfordring? I godt skrevne innstikk i teksten kommer hun med spørsmål som: Skal jeg aldri få drikke alkohol igjen og kose meg med et glass fordi mannen min har et problem? Hvor ble av den morsomme og gode mannen som kunne drikke og feste, som jeg giftet meg med? Liker jeg den kjedelige nye utgaven? Har jeg selv et alkoholproblem?

Det er mange måter å drikke alkohol på, og det er mange varianter av problematisk bruk og alkoholavhengighet. Dette er godt beskrevet av Knowles. Man skulle tro at en slik bred gjennomgang av både årsaker og konsekvenser, og såpass mye solid evidens, ville lede til en vidsynt forståelse av veiene ut av problemet. Men i stedet snevrer boken seg inn: Forståelsen reduseres, og budskapet blir svakere.

Den personlige historien

Ved siden av den inngående (om enn noe unøyaktige og forkortede) beskrivelsen av alkoholens farer og forbannelser, kommer Knowles med sin personlige historie. Han beskriver hvordan han drakk, ble avhengig og hadde tilbakefall. Han beskriver også de positive sidene. Hvordan han ved hjelp av alkoholen gikk fra å være en tilbakeholden og sjenert nerd, til å finne sin plass i verden og blomstre. Alkoholen ble en forløsende faktor og ga identitet. Og han tålte mye. Noe som gjorde at han kunne prestere høyt samtidig med et for mange uforståelig stort alkoholinntak. Hvorfor stoppe når man kan gjøre begge deler samtidig?

Men over tid kom nedturen. I bunnen av flasken er det ikke så moro. Veien er lang fra den festglade vennegjengen på pub til å sitte forlatt i Florida med en halvtom flaske Bacardi og en pistol i hånden, med spørsmål om livet er verdt å leve. Men Knowles gikk hele veien og beskriver det godt.

Knowles er ikke veldig spesiell. Leger er som andre folk, også når det gjelder alkohol (9). Noen drikker ingenting, noen drikker med måte, noen drikker for mye, og en del har alkoholproblemer. Men boken er et godt personlig vitnesbyrd om hvordan det kan gå.

Veien ut gjennom AA

Knowles finner veien ut. Han finner Anonyme Alkoholikere (AA). Knowles historie og forståelse minner meg om et sitat fra romanen *The Lost Weekend* av Charles R. Jackson (10) (min oversettelse):

Det finnes ingen kur, annet enn å slutte. Bare slutte. Og hvor mange klarer vel det? De vil jo ikke, ser du. Når de føler seg elendige – slik som denne karen her – tror de at de vil slutte, men det gjør de ikke, innerst inne. De makter ikke å innrømme for seg selv at de er alkoholikere, eller at flasken har tatt makten over dem. De innbiller seg at de kan ta det eller la det være

– og så tar de det. Hvis de en sjelden gang faktisk slutter, enten av frykt eller en annen drivkraft, går det ikke lenge før de svulmer over av eufori og velvære. De føler seg fri, rene, trygge. Så trygge at de tror de kan begynne igjen – bare én drink, kanskje to – og ja, så er det den samme gamle historien på nytt.

AA-bevegelsen oppstod i USA på 1930-tallet og har hatt stor betydning både for hvordan vi forstår alkoholavhengighet og hvordan vi skal håndtere den (11). Bevegelsen har hjulpet mange mennesker, ofte på en helt grunnleggende måte. Ved å beskrive alkoholavhengighet som en sykdom, bidro den til å frigjøre den enkelte fra et personlig moralsk ansvar for ikke å ha kontroll over sitt alkoholinntak. Totalavholdet som ideal har for mange vært en forutsetning for å kunne leve et fullverdig liv, og erkjennelsen av at man må holde seg helt unna alkohol for ikke «å havne utpå», er en virksom løsning for dem. AA-bevegelsens forståelsesramme av avhengighet har gitt mange en identitet som «alkoholiker i bedring», der skyld og skam reduseres gjennom fellesskap, støtte og empati, og der håpet om helbredelse holdes levende.

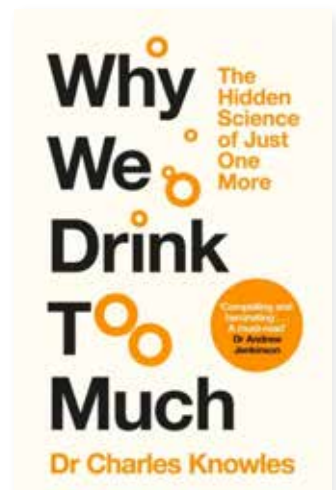
I det offentlige hjelpeapparatet samarbeider man i varierende grad med AA, men potensialet for et tettere og mer systematisk samarbeid er trolig større enn det som utnyttes i dag (12). Dette gjelder både innen profesjonell behandling og i kontakten med støttegrupper og frivillige nettverk, uavhengig av om disse er organisert privat eller offentlig.

Men samtidig kan vi nok si at AA-bevegelsens forklaringsmodeller ikke uten videre har tålt tidens tann. Det er riktig og viktig å ha en medisinsk forståelse av alkoholbruk og alkoholavhengighet, men forestillingen om at den som har hatt et alkoholproblem nærmest er «allergisk» mot alkohol – slik at bare én sup uunngåelig fører til sprekk og fullt tilbakefall – blir for enkel. Det finnes ikke noe godt medisinsk rasjonale for å kalle alkohol et allergen. Mange kan dessuten, selv etter å ha hatt en avhengighet, vende tilbake til en mer kontrollert, sosialt orientert drikking. Mange kommer med andre ord ut av avhengighetsforholdet uten å leve som avholdsmennesker (13). Og skal jeg være riktig kritisk, vil jeg hevde at mange ikke har søkt behandling for sine alkoholproblemer fordi de ikke kan se for seg et liv i totalavhold. Det beste blir det godes fiende.

De senere årene har det, særlig i USA, blitt framhevet som en ny erkjennelse at redusert drikking kan være et legitimt og meningsfullt behandlingsmål. Dette ble nylig understreket ved at U.S. Food and Drug Administration (FDA) anerkjente redusert alkoholinntak som et valid utfallsmål i behandling av alkoholavhengighet (14). I europeisk sammenheng har en slik forståelse av alkoholproblemer vært til stede relativt lenge, om enn ikke alltid allment akseptert. Vi har i økende grad sett tro på muligheten for en overgang fra ukontrollert, avhengighetspreget drikking til mer kontrollert bruk – noe som står i tydelig kontrast til AA-bevegelsens lære, og som har gitt opphav til betydelige faglige diskusjoner.

Aktuell bok

Dr. Charles Knowles
Why We Drink Too Much
The Hidden Science of Just One More.
MacMillan, 2025



Veien er lang fra den festglade vennegjengen på pub til å sitte forlatt i Florida med en halvtom flaske Bacardi og en pistol i hånden, med spørsmål om livet er verdt å leve. Men Knowles gikk hele veien og beskriver det godt

Men det er ikke enten eller. Etter mitt syn er det verken nødvendig eller fruktbart å velge mellom disse perspektivene. Alkoholavhengighet er et mangfoldig fenomen, og AA-modellen representerer én av flere mulige forståelser. For noen vil avhengigheten være en altomfattende kraft, slik AA beskriver den, der selv små mengder alkohol utløser tap av kontroll. For dem blir forsøk på kontrollert drikking en evig og umulig balansegang. For andre er denne forståelsen mindre treffende. Det er rimelig å anta at det finnes ulike typer alkoholavhengighet, og at ulike individer vil ha nytte av ulike behandlingsmodeller.

Alkohol som folkehelseproblem

Vi må anta at det til enhver tid er anslagsvis 200 000–300 000 mennesker i Norge som bruker alkohol på en måte som oppfyller kriteriene for alkoholavhengighet (15). Noen fortsetter å ha et problem, men de fleste kommer seg ut av det. Hvor mange som kan vende tilbake til kontrollert drikking, og hvor mange som må gjennomføre totalavhold, slik AA forskriver, vet vi ikke. En nærliggende forklaring er at diagnosen «alkoholavhengighet» favner et bredt spekter av underliggende tilstander og omfatter mennesker med svært ulike behov og forløp.

Verdens helseorganisasjon slår det fast. Alkohol er en av de ledende årsakene til tapte kvalitetsjusterte leveår. I Europa dør omtrent én million mennesker hvert år av årsaker som er direkte eller indirekte knyttet til alkoholforbruk (16). Selv om vi i Norge ligger nokså lavt på statistikken, er dette noe vi må merke oss. Vi må bry oss om alkohol. Vi må tenke på hva vi skal gjøre for å redusere bruken, forebygge skader og behandle avhengighet tilpasset den enkeltes mål. Den europeiske helsealliansen om alkohol (EHAA) samarbeider med en rekke organisasjoner for å synliggjøre alkoholindustriens økende innflytelse og den voksende byrden av alkoholrelaterte skader på vårt kontinent (17). Dette er et initiativ som i større grad enn Knowles' bok, peker på retninger vi bør og må gå.

Boken til Knowles har på mange måter inngått forbund med AA-bevegelsens budskap, noe som har en ryddig, personlig forklaring. AA-modellen har fungert for ham selv. Men som lege, og som en som har satt seg inn i fagfeltet, kunne han i større grad erkjent at ikke alle trenger – eller vil ha nytte av – å gå samme vei. Ikke alle som har problemer med alkohol, har det slik Jens Bjørneboe hadde det, og ikke alle behøver å si som ham: «Farvel bror alkohol» (18). Dette litt endimensjonale synet begrenser i mine øyne viktigheten av boken. ■

Jørgen G. Bramness

joebra@ous-hf.no

Jørgen G. Bramness er spesialist i psykiatri, professor i psykiatri ved UiT Norges arktiske universitet og seniorforsker ved Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning (RusForsk), Oslo universitetssykehus og ved Forsknings-senter for rus- og psykiske lidelser (ROPforsk), Sykehuset Innlandet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

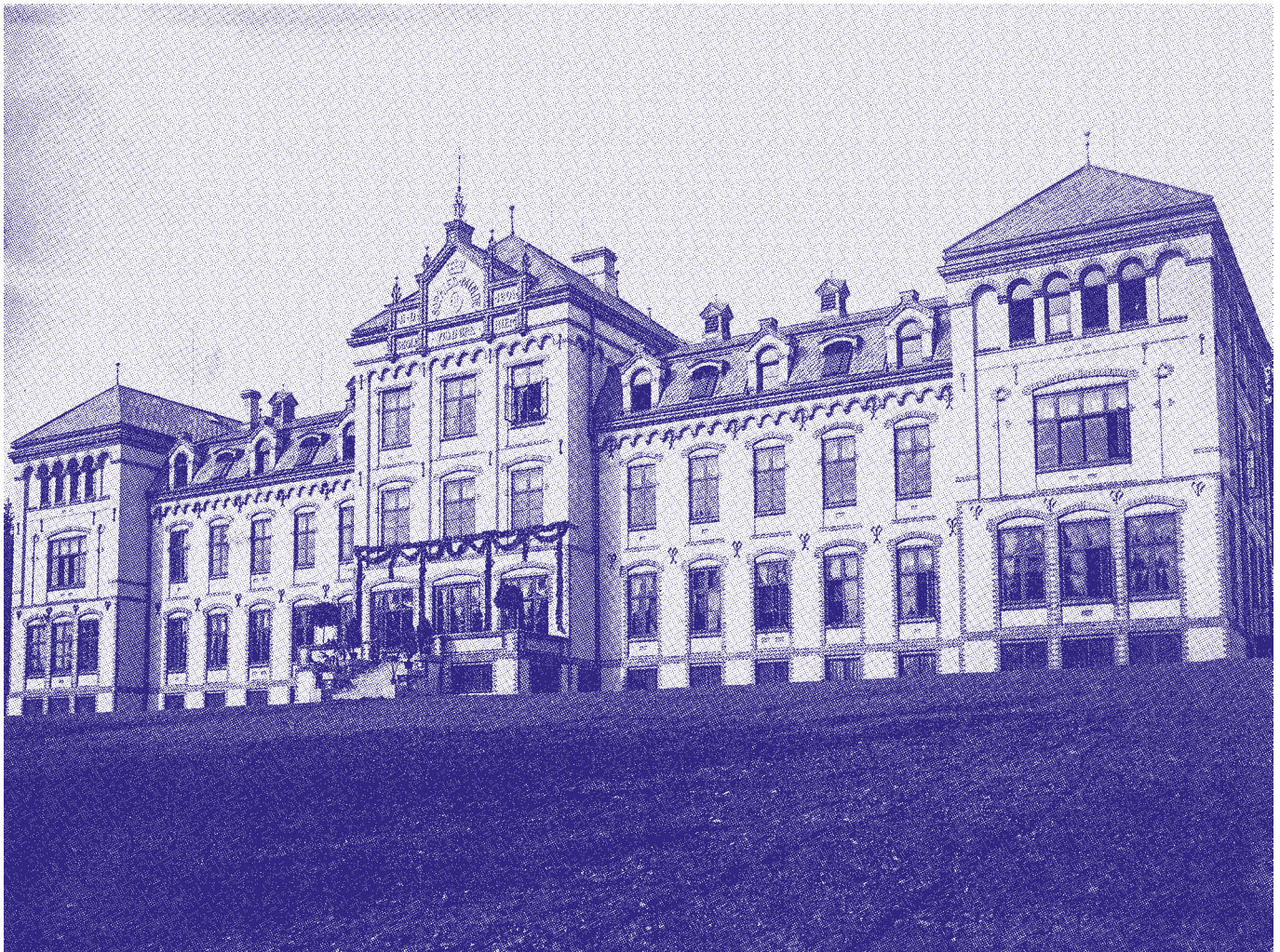
- 1 Bjørneboe J. Frihetens øyeblikk. Oslo: Gyldendal, 1966.
- 2 Wolfe DM, Hutton B, Corace K et al. Service-level barriers to and facilitators of accessibility to treatment for problematic alcohol use: a scoping review. *Front Public Health* 2023; 11. doi: 10.3389/fpubh.2023.1296239.
- 3 Liu L, Wang J, Rosenberg D et al. Fermented beverage and food storage in 13,000 y-old stone mortars at Raqefet Cave, Israel: Investigating Natufian ritual feasting. *J Archaeol Sci Rep* 2018; 21: 783–93.
- 4 Robinson TE, Berridge KC. The psychology and neurobiology of addiction: an incentive-sensitization view. *Addiction* 2000; 95: S91–117.
- 5 Carrigan MA, Uryasev O, Frye CB et al. Hominids adapted to metabolize ethanol long before human-directed fermentation. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2015; 112: 458–63.
- 6 Knowles C. Why we drink too much. The hidden science of just one more. London: MacMillan, 2025.
- 7 Jacobs A. Book Review: "Why We Drink Too Much," by Charles Knowles. *The New York Times* 8.1.2026. Lest 29.4.2026.
- 8 Flood A. New Scientist recommends Why We Drink Too Much for Dry January. *New Scientist* 14.1.2026. Lest 29.4.2026.
- 9 Gulbrandsen P, Aasland OG. Endringer i norske legers alkoholvaner 1985–2000. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2791–4.
- 10 Jackson CR. The lost weekend. New York, NY: Farrar & Rinehart, 1944.
- 11 McGowan P. AA and the Redeployment of Temperance Literature. *J Am Stud* 2014; 48: 51–78.
- 12 Vederhus JK, Hjerkin B, Kristensen Ø. Selvhjelpsgrupper for rusmiddelavhengige. *Tidsskr Nor Legeforen* 2011; 131: 1204–6.
- 13 Hasin DS, Grant BF. The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and summary of findings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015; 50: 1609–40.
- 14 Witkiewitz K, Anton RF, O'Malley SS et al. Alcohol Clinical Trials Initiative (ACTIVE) Workgroup. Reductions in World Health Organization Risk Drinking Levels as a Primary Efficacy End Point for Alcohol Clinical Trials: A Review. *JAMA Psychiatry* 2025; 82: 1246–54.
- 15 Bramness JG. Rusmiddelidelser i Norge. *FHI* 2022. Lest 29.4.2026.
- 16 WHO. Alcohol use. Lest 29.4.2026.
- 17 WHO. European Health Alliance on Alcohol launched to reduce the unsustainable toll of alcohol harms in Europe. Lest 29.4.2026.
- 18 Bjørneboe J. Farvel bror alkohol. *Dagbladet* 27.12.1975.

Tekst: Bjørn Hatterud

Når skakke kropper rettes opp

Boka *Oppreist* om Sophies Minde, som i tiår var landets sentrale institusjon for ortopedi, rehabilitering og omsorg for bevegelseshemmede, er en murstein av et historieverk. Samtidig gjør den meg uvel.

Sophies Minde sykehus, ved åpningen i 1902. Foto: L. Szacinski / Oslo Museum / I offentlig eie. Tilpasset av Tidsskriftet



Forfatteren og historikeren Thomas Vidnes Hansen Hagen er alt annet enn snill mot sine kilder og sin bestiller, Stiftelsen Sophies Minde. Boka *Oppreist. Historien om Sophies Minde og bevegelsehemmede i Norge* er mer enn noe annet en sterk og til tider forbannet kritikk mot sykehusets praksis i møte med pasienter og pårørende (1).

I *Oppreist* er ortopedisykehuset Sophies Minde scene og rom, rotasjonspunkt og innfallsvinkel for nesten hundre år med sykehusdrift. Boka har et godt driv med fine metaforer der innholdet tillater det. Paradokser pekes på og morsomme scener løftes fram. Hagen lar oss møte en rekke mennesker, pasienter, gjester i sykehuset, styremedlemmer, kritikere og iverksettere. Her er sitater fra brev, dagbøker, avisartikler, meningsytringer, ukeblader og bøker. Filmer, foto og kunstverk beskrives, ortopedisk utstyr forklares. Bakgrunnshistorier for alt fra rullestolens historie til gipsens tilblivelse fortelles. Og gjennom dette males ulike tiders mentaliteter fram, tidvis med bred penn, men alltid med et presist blikk. Tiår etter tiår.

Som funksjonshindret med bevegelsehemninger er jeg del av en liten minoritet som har lidd under forsøk fra stat og storsamfunn om å tilpasse enkeltmenneskene i minoritetsgruppen, med skalpell, gips, strekk og metall som verktøy. Frykten har vært at den bevegelsehemmede skulle gå annerledes, stå annerledes, eller i verste fall ikke være et produktivt tannhjul i samfunnsmaskineriet. Derfor gikk man hardt til verks for å være på den sikre siden.

Hva skjer nå som jeg skriver om mine egne erfaringer fra Sophies Minde? Hendene svetter. Jeg føler meg dårlig, jeg får smerter i kroppen, kjenner meg nummen og får øresus. Jeg har måttet ta smertestillende, bare fordi jeg skriver denne teksten. Hvorfor sier jeg da ja til å skrive ting som det her? Saken er at disse erfaringene må fortelles, ikke bare gjennom historieverkene, men av noen som selv har levd dem.

Kroppslig avvik

Jeg ble født med en form for ryggmargsbrokk, klumpfot, tjoret ryggmarg, beinlengdeforskjell, feilutviklet bekken og ymse annet. Diagnoser, skader og avvik i skjæringspunktet mellom ortopedi og nevrologi. Jeg var mye på Sophies Minde for ortopedisk oppfølging da jeg var barn. Nevrologisk oppfølging var det Rikshospitalet som stod for. I ettertid ser jeg dette som et unaturlig skille basert på separate fagtradisjoner og profesjonshistorie, ikke på kroppens sammenhengende systemer.

Fra jeg var fire år gammel begynte jeg med oppbygget såle på den høye skoen. Jeg tror det startet med halvannen centimeter, deretter la det på seg for hvert år, fram til den så ut som en rekvisitt eller artefakt fra diskoæraens vildeste platåsko, og jeg slepte den tunge skoen med

tjukk gummisåle sidelengs etter meg. Etter hvert tilkom droppfot da foten min ble operert og klumpfoten rettet ut. Med ny fasong på foten klarte ikke lenger de svake musklene på forsida av høyre bein å holde fotbladet på plass. Den tjukke høyreskoen med den groteske sålen var som et avertissement for kroppslig avvik.

Ved halvårlige og smertefulle undersøkelser på Sophies Minde stod jeg rett opp og ned på gulvet, eller så rett jeg klarte, med høyre bein plassert på korte, tilskårne treplanker av ulik tjukkelse, ned til 2,5 millimeters tynne fliser, for å sjekke hvor mye skoen skulle bygges opp for at beinet skulle bli helt rett. Tilpasningene ble vurdert ved at hender klemte inn på hver side av kroppen min, som stort sett var litt for tjukk etter feilbehandling med steroider som barn og av lymfødemer etter inngrepene i ryggen. Knoklene der inne i fett, og bakenfor den flytende og sprenkende lymfevæska, måtte ortopedien finne ved å klemme hardt på den sarte barnekroppen.



Aktuell bok

Thomas Vidnes
Hansen Hagen
Oppreist
Forlaget Press,
2026.

Slik kunne man åpenbart ikke se med øyet. Slik kunne man åpenbart ikke spørre barnet om. «Hvordan kjennes det med denne oppbyggingen her?» kunne man ha spurt, men det gjorde man ikke. Det var knoklene selv som kunne gi svar, og knoklene spurte man med harde og voksne hender og fingre som grov inn i kroppen til ting kjentes rett ut – for ortopedien.

Jeg var nesten ti år før jeg første gang ble operert på Sophies Minde. Min høyre fot fikk forlenget helsen, og en sene som normalt går ned fra leggen til venstre side på høyre fot, ble flyttet til høyre side av samme

fot. Målet var å gi meg et fotblad som skulle være helt rett, og ganske så normalt. Slik jeg husker det, gikk jeg greit på foten som den var, med klumpfot, men den så jo ikke normal ut for fem flate øre.

Konsekvensen av inngrepet var at jeg fikk en fot jeg ikke hadde kontroll over. Fra gipsen ble tatt av etter tolv uker, gikk jeg og vrikket ankelen for hvert skritt jeg tok. Dårligere gange, sterke smerter og store bekymringer. Da jeg var tretten og et halvt år, fikk jeg et nytt inngrep, der hele foten ble stivet av med nagler i metall, som fremdeles sitter der inne.

Kvelden før min andre fotoperasjon kom kirurgen inn på rommet og satte seg ned ved siden av meg. Han sa: «Husker du det vondeste du har opplevd noen gang i livet ditt?» «Ja», sa jeg. «Den andre ryggoperasjonen på Rikshospitalet, da jeg var åtte eller så. Da lå jeg og spydde dagene etterpå i smerte.» Da sa kirurgen at det vondeste jeg noensinne hadde opplevd, ville være ingenting mot det som ventet meg nå. Slik beroliget man en trettenåring for 25 år siden.

Å legges i andres hender

Operasjoner er å legge en stor mengde makt i hendene på noen som har rett til å bære kniv på jobb. Narkose er for barn å miste kontroll over pust, muskler og bevissthet, mens den som

Ved å være kirurgisk pasient som barn får man innprentet en kroppslig selvfølelse som et oppussingsobjekt

putter deg ned under de anestetiske torvene, er en voksen du ikke kjenner. Kirurgi lager merkbare spor i kroppen.

Da jeg var ungdom, pleide jeg å stryke fingrene over arrene på høyre fot og høyre legg, det kjentes som å lese punktskrift. Det punktskriften sa, var at her inne i kroppen min har kirurgen vært og skåret og fikset så godt han kunne. Han kunne latt være, men gjorde det han mente var best. Slik jeg husker det, var det i det hele tatt lite jeg som barn kunne si til inngrepene. Det var de som visste best. Og målet var primært at vi med annerledes kropper skulle få stå rake og rette. Vi skulle passe godt inn.

Jeg mistenker at mange som har jobbet på Sophies Minde, tenkte at når skjelettet var rettet ut, så var problemet fikset. For mange av oss var det da problemene virkelig oppstod. Søvnløshet og uro. Ensomheten som oppstår når man har vokst opp med erfaringer som få andre har. Angsten for smerte. Redselen for å være alene. Følelsen av at kroppen egentlig er en fiende, som når som helst kan svikte og bli underlagt kontrollen til folk som er så utrolig mye større og mektigere enn oss selv.

Helsevesenets og legestandens mantra er «gjør ingen skade», men skadene skjedde likevel, etter en etisk kalkyle om hvorvidt skaden eller smerten ville veies opp av et større gode. På Sophies Minde var det å rette ut min fot et større gode.

Ved å være kirurgisk pasient som barn får man innprentet en kroppslig selvfølelse som et oppussingsobjekt, der noen med makt til å definere hvordan man burde være, går inn og skjærer til et nytt menneske. Det kanskje viktigste vi kan lære av historien om Sophies Minde, er verdien av konservativ tilnærming til kirurgi på barn. Samt spørsmål man bør stille seg selv før inngrep gjøres: Hvem gjør man egentlig inngrepet for, og finnes det andre måter for ungen å leve et godt liv på, uten at vi tyr til skalpell?

For ordens skyld: Verken Hagens bok (slik jeg leser den) eller jeg ønsker å kritisere helsestell som Sophies Minde og andre sykehus har gitt for å lindre smerter, redde liv eller forhindre livsødeleggende skader. Hurra for all god behandling! Jeg er selv svært takknemlig overfor helsevesenet. Problemene ligger i en mentalitet der alle som var skakke, skulle rettes ut. At alle skulle bli like rette og stå oppreist på samme vis. Det førte til unødvendig smertefulle og ydmykende behandlinger, der barn ikke følte seg hørt eller sett, annet enn på røntgenbildene.



Dronning Sophie (1836–1913), ca. 1910. Foto: L. Szacinski / Oslo Museum / I offentlig eie. Tilpasset av Tidsskriftet

Institusjonens røtter

I *Oppreist* lar Thomas Vidnes Hansen Hagen historien begynne før sykehuset ble bygd, med de første ortopediske miljøene i Norge. Vi møter den konservative embetsmannsstatens forkjærlighet for kristentro, paternalisme, privat initiativ og en streben oppover. Hagen viser oss hvordan tankegodset bak nasjonsbyggingen, og forsøk fra det svenske kongehuset på å beholde sin makt over Norge, grep inn i stiftelsens grunnleggelse og drift. Sophies Minde var oppkalt etter dronning Sophie, den siste unionsdronningen. En folkegave til henne la grunnlaget for Sophies Minde, de første par tiårene en *vanføreskole* i Skådalen. Forfatteren viser historikken til begrep som *vanfør*, og han viser hvordan kategoriene rundt ulike former for funksjonsnedsettelse grodde fram – og hvordan forståelsen av disse skapte profesjonsmiljøer.

Vi møter mellomkrigstidas til tider kaotiske år, da spesialskolen ble utvidet med sykehusavdelinger og ortopediske verksteder og flyttet til et konkurs bryggeribygget ved krysset som senere ble Carl Berners plass. Deretter følger et lengre parti om nazifiseringen av sykehuset, som viser hvordan NS gikk inn i daglig drift og dagligliv. Skal vi tro Hagen, var det mer tilfeldigheter enn noe annet at vi ikke fikk massedrap på mennesker med funksjonsnedsettelse i Norge også, slik det var ved sykehus i Nazi-Tyskland. På dette feltet gjør forfatteren en rekke nye funn som ikke tidligere har vært kjent, verken blant krigsforskere eller innen norsk sykehushistorie.

Etter krigen møter vi sosialdemokratiets tro på rasjonalitet, sentralisert stordrift og vitenskapelig begrunnet inngripen i folks dagligliv, bosituasjon, arbeidsliv og kropper. Det er særlig i disse årene, kjent som Gerhardsen-epoken, at sykehuset satte i gang å operere for alvor.

Frykten har vært at den bevegelseshemmede skulle gå annerledes, stå annerledes, eller i verste fall ikke være et produktivt tannhjul i samfunns-maskineriet

Korrigeringspris

I boka løftes det fram hvordan mennesker med funksjonsnedsettelse i alle de historiske periodene ikke bare har vært mottakere av hjelp, men også handlende aktører som organiserte seg, tok ordet og bidro til å forme velferdsstaten. Denne historien er ikke en lineær fortelling. Tvert imot viser Hagen hvordan holdninger til funksjonshemmede både kan utvikle seg i humanitære og aksepterende retninger, for nye tilbakefall til tellekanter og ekstern måloppnåelse om normalitet. Dette har gjerne skjedd i forbindelse med utvikling av ny kirurgi, nye undersøkelsesmetoder og nye samfunnsskapte krav til hva som anses som vellykkede enkeltindivider. Boka kan leses som et kritisk verk om modernisering, velferdens skyggesider og hvordan menneskeverd lett prioriteres vekk til fordel for andre mål.

Begrunnelsen for å gå hardt til verks mot barnas kropp har endret seg over tid, men målet har hele tiden vært det samme: Man skulle stå oppreist, fra en paternalistisk og konservativ streben om å få folk opp på beina for å bli bedre og mer gudfryktige mennesker, til sosialdemokratiets ideal om de rene og de ranke. Samtidig har det vært motstemmer, og boka viser hvordan ulike tankemåter og aktører står mot hverandre, i tiår etter tiår.

Hagen viser, gjennom eksempel etter eksempel, hvordan målet om det stående og rake mennesket har ført til beslutninger som i beste fall framstår som underlige i ettertid. I tiår ble barn for eksempel vist fram nakne for ansamlinger av fremmede voksne, og den såkalte galgen, der barn med skeive ryggstøyer ble heist opp etter hodet, ble brukt uten at de på forhånd ble gjort oppmerksomme på ubehaget. Barn fikk ikke ha besøk av foreldrene sine, og beslutninger om barnas helse ble gjort uten at barna ble informert eller inkludert. Barn ble forsøkt holdt tilbake på sykehuset i sommerferien og utsatt for kirurgi i forskningsøyemed. Sistnevnte tilfelle skal ha skjedd helt opp til 1970-tallet.

Behandling av ustabile hoftedeled ble også trolig utført på barn som ikke trengte det. Her snakker vi om behandlinger der barn ble lagt skrevende i gips. I måneder. Beveggrunnen for inngrepene var at barna skulle unngå å få feil ganglag. Sykehuset anså traumer og angst som mindre sannsynlige enn mindreverdfølelse fra å leve med en annerledes gangart. Idiopatisk skoliose ble også behandlet i tilfeller der det ikke var nødvendig. Unødvendig kirurgi. Årvis med korsett. Uten grunn. Av redsel for at noen av barna skulle framstå som visuelt annerledes, eller gå annerledes.

En urett uten oppgjør

Jeg kjenner igjen mye av beretningene om mentalitetene rundt oss skakke og funksjonsvარიerte fra en annen skeiv minoritet jeg er del av. I tillegg til å halte når jeg går, er jeg homofil. Homokampen dreide seg om mye av det samme: friheten til å ikke være tilpasset med makt. Og beveggrunnen for å endre homofile lignet den som lå bak forsøkene på å endre de skakke kroppene. Homofile kunne ikke reproducere seg, homofile ville ikke bidra til å holde kjernefamilier og samfunnet sammen. Dessuten så homofile feil ut om de gikk hånd i hånd. Og mange homofile hadde det vondt og følte mindreverd. Derfor måtte homofile endre seg.

Nå i ettertid vet vi at kun små endringer i samfunnet har gitt homofile rom for aksept og kjærlighet som seg selv. Vi forstår nå at det var feilaktige strukturer i samfunnet som var homofiles hovedproblemer. De siste par tiårene har homofile fått oppreisning, anerkjennelse og flere runder med offentlige beklagelser. Beklagelser som jeg personlig må si har gjort meg godt.

Derfor er det ekstra sterkt å lese den gripende avslutningen av *Oppreist*, der Hagen blant annet skriver: «Ansvarlig utøvelse av det å forvalte en institusjons historie burde innebære å be offentlig om unnskyldning for urett en selv har begått.» Deretter etterlyser han en beklagelse fra det offisielle Norge for mangelfull omsorg for barn på langtidsinstitusjoner. En slik beklagelse ville bety mye for de mange som sliter etter smertefulle sykehuserfaringer som barn. ■

Bjørn Hatterud

megaeldar@hotmail.com

Bjørn Hatterud er forfatter, kurator og kritiker. Han mottok Fritt Ords Pris 2021 sammen med Jan Grue og Olaus Nilssen for «deres kritiske bidrag for å belyse samfunnssituasjonen og yringskulturen for personer med funksjonsnedsettelse i Norge». Forfatteren er tidligere leder av Kulturrådets fagutvalg for kulturvern og er tildelt Kritikerprisen 2020 og Bibliotekets litteraturpris 2023. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 1 Hagen TVH. *Oppreist*. Oslo: Forlaget Press, 2026.

Mangelfullt samarbeid mellom fastleger og psykisk helsevern

Fastleger har en sentral rolle i behandling og oppfølging av pasienter med depresjon, men de er ofte avhengige av samarbeid med spesialisthelsetjenesten for å kunne gi god helsehjelp.

en studie blant 221 fastleger i Legeforskningsinstituttets legepanel undersøkte vi erfaringer med samarbeidet i depresjonsomsorgen (1). Studien omfattet samarbeid både med distriktspsykiatriske sentre og avtalespesialister. Legepanelet består av en representativ gruppe leger som jevnlig inviteres til å besvare spørreskjemaer, med en stabilt høy responsrate på over 70 % (2).

Om lag halvparten av fastlegene oppga at de ofte eller svært ofte opplevde samarbeidet med psykisk helsevern som velfungerende, mens en betydelig andel oppga at de sjelden eller aldri gjorde det. Dette tyder på at samarbeidet fungerer godt for noen, men oppleves utilstrekkelig for mange.

Det som særlig kjennetegnet godt samarbeid, var felles forståelse av pasientens problemer, tydelig rolle- og ansvarsfordeling og aktiv kommunikasjon mellom fastlege og spesialisthelsetjeneste. Fastleger som opplevde slik felles forståelse og klar rollefordeling, rapporterte langt oftere at samarbeidet fungerte godt.

Studien viste samtidig at det i liten grad foregår løpende kommunikasjon mellom nivåene mens pasienten er i behandling i spesialisthelsetjenesten. Bare et mindretall av fastlegene oppga at de ofte mottok relevant informasjon underveis, og svært få opplevde at spesialistene tok kontakt for å innhente fastlegenes vurderinger. Omtrent halvparten av fastlegene mente også at ansvars- og oppgavefordelingen var uklart. Dette kan bidra til at samarbeidet oppleves som krevende.

Kjennskap til prioriteringskriteriene i spesialisthelsetjenesten hadde betydning: Fastlegene som kjente kriteriene, rapporterte bedre samarbeid og større grad av felles rolleforståelse. Dette kan tyde på at innsikt i spesialisthelsetjenestens vurderinger fremmer samarbeidet.

Depresjonsbehandling organiseres ofte som et trinnsvis forløp, der pasienten henvises videre når



Fra LEFO

Artikler fra
Legeforskningsinstituttet

behandlingen hos fastlegen ikke er tilstrekkelig. Våre funn tyder imidlertid på at dette ofte fører til parallelle behandlingsløp, der fastlege og spesialist i begrenset grad samarbeider aktivt underveis.

Depresjonsbehandling er dessuten sjelden lineær. Pasientene kommer tilbake til fastlegen mellom konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten og følges opp etter avsluttet behandling. Dette understreker behovet for kontinuitet, tilgjengelighet og en helhetlig tilnærming.

Samarbeid oppstår ikke av seg selv, men må bygges og prioriteres – også i en travel legehverdag. Skal fastlegenes rolle i

depresjonsomsorgen styrkes, kan det være behov for tydeligere rolleavklaringer og bedre strukturer for kommunikasjon mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten, også under pågående behandling. ■

Ina Grung

igru@norceresearch.no

Ina Grung er spesialist i allmenntillegemedisin og forsker ved Allmenntillegemedisinsk Forskningsenhet i Bergen, NORCE.

Berit Horn Bringedal

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

Litteratur

- 1 Grung I, Hjørleifsson S, Anderssen N et al. Well-functioning depression care collaboration: general practitioners' experiences with specialized mental health services. *Scand J Prim Health Care* 2026; 44. doi: 10.1080/02813432.2025.2598404.
- 2 Dalum HS, Hem E. Legepanelet fornyes og utvides. *Tidsskr Nor Legeforen* 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.24.0033.

Fra laug til LIS

Det er lite igjen av legenes hemmeligheter. Er det et fremskritt at fortidens lukkede legelaug nå eksponeres for alle i beste sendetid?

Gjennom historien har alle samfunn hatt sine «medisinmenn» eller «kloke koner» til å forklare hvorfor sykdom og ulykke rammer og til å gjøre noe med det, gjerne med en god porsjon magi. I vår tid er det legene som har denne oppgaven. De rekrutteres vanligvis blant de mest skoleflinke, som det investeres mye i. Da legenes gjerninger var basert på sviaktende oppfatninger om anatomi og fysiologi – som ved årelating eller lobotomi – eller på manglende hygiene – som ved barsel-feber – ble pasientene sykere eller døde. Først i moderne tid gjør legene pasientene friskere.

Legenes profesjonsutøvelse innebærer, foruten å ha oppdatert medisinsk kunnskap og kompetanse, også rettigheter (privilegier) som er nødvendige for å kunne gjøre en best mulig jobb, uten konkurranse fra kvakksalvere eller for mange byråkratiske hindringer. I tidligere tider var legene organisert i laug, som håndverkerne. Lauget bestemte selv hvem som kunne optas som medlem, sørget for opplæring etter mester-svenn-prinsippet og sanksjonerte eller ekskluderte de medlemmene som ikke fulgte reglene.

Legenes laug ble etter hvert til legeföreninger, med varierende grad av samarbeid med myndighetene. Kunnskapsmengden økte i omfang og kompleksitet, og legene måtte fordele oppgavene mellom seg. Den norske legeförening tok selv ansvaret for å utdanne og godkjenne legespesialister, et ansvar som formelt først ble overtatt av myndighetene ved Legeloven av 1980, men som i praksis var overlatt til Legeföreningen helt frem til 2011.

Legene er ikke lenger mystiske medisinmenn eller privilegerte laugsmedlemmer, men vanlige mennesker med en unik og alltid etterspurt kompetanse

De fleste legene i Norge er offentlig ansatt, med forhandlingsbaserte arbeidsforhold og tilbud om videre- og etterutdanning. I god laugstradisjon er medisinstudiet

spekket med klinisk trening under veiledning. En nyutdannet lege har allerede en del pasienterfaring. Forskningsbaserte protokoller og retningslinjer danner nå basis for legenes profesjonsutøvelse. Dette muliggjør også en offentlig skadeerstatningsordning der ansvaret for feil, som alltid vil forkomme, ikke bare er lagt på den enkelte lege.

Legelivet

Personlige tekster om livet som lege

Noen leger jukser med eller misbruker legemakten. Ferske eksempler er den falske ortopedien Jerlan Omarchanov i Flekkefjord og den tidligere kommuneoverlegen Arne Bye i Frosta. Ville et gammeldags laug, der legene selv kontrollerte

hverandre, ha kunnet forhindre alle skadene disse to legene har forårsaket? Neppa. En av grunnene til at legenes egenkontroll etter hvert ble redusert, var at de – som i fortidens laug – dekket hverandre når det var begått feil. En slik misforstått kollegialitet var neppa årsaken til at disse to personlighetsavvikende legene ikke ble stanset i tide, til tross for varslinger og klager. Forklaringen synes å ligge i en systemsvikt hos myndighetene, noe som forteller oss at offentlig kontroll ikke er noen garanti mot sviaktende profesjonalitet.

Redusert legemakt

Da legeloven ble avløst av helsepersonelloven i 1999, og staten etter hvert overtok laugsoppgavene, mente nok mange at legenes profesjonsmakt endelig var tøylet. I helsepersonelloven brukes ikke begrepet *profesjon* i det hele tatt, og legene er likestilt med 32 andre autorisasjonsbaserte helsepersonellgrupper. I arbeidet med helseforetaksmodellen, som ble innført på rekordtid i 2002, ble legene etter min oppfatning bevisst holdt på armlengdes avstand for ikke å forpurre prosessen. Likevel gjenstår en rekke områder der legenes signatur er avgjørende. Hatland fant i 2015 at ordet *lege* forekommer 550 ganger i formelle lover og sentrale forskrifter i den elektroniske utgaven av *Norges lover* (1), blant annet i rollen som «juridisk nøtteknekker», der vanskelige juridiske spørsmål medikaliseres og overlates til legene (2). Noen eksempler, foruten resepter og trygdeytelser, er bruk av tvang i behandling, aldersbestemmelse

av unge asylsøkere eller legeattest ved skolefravær. Det er et paradoks at legene på den ene siden fratras sin tradisjonelle status og makt, mens de på den andre siden forventes å bruke nettopp sin profesjonsmakt til å løse vanskelige helsepolitiske spørsmål.

Fra hemmeligheter til full åpenhet

I laugene var det hemmelige opptaksritualer, og medlemmenes kunnskap og kompetanse var godt bevoktet. Helt inn i vår tid ble legenes autonomi utøvd i en *black box* uten innsyn. Da min far var lege, ble det i liten grad stilt spørsmål ved *hva* legene gjorde. Pasientene tok det for gitt at de gjorde så godt de kunne, og at det alltid var det beste. Men fra 1960-årene, særlig utløst av en artikkel om manglende pasientsamtykke i medisinsk forskning under og etter krigen (3), vokste det frem en pasientbevegelse som stilte kritiske spørsmål til legenes virksomhet, med stadig økende krav om innsyn og medvirkning. Nå har vi Dr. Google, og alle har full tilgang til et uendelig hav av falsk og ekte medisinsk informasjon.

Legene er ikke lenger mystiske medisinmenn eller privilegerte laugsmedlemmer, men vanlige mennesker med en unik og alltid etterspurt kompetanse. I NRK-serien om LIS-legene er legelivets profesjonelle og private dilemmaer blitt til god og opplysende underholdning. Alt vises, også legenes nakne kroppar når de har sex. Det er antakelig like greit, da får i alle fall ikke pasientene urealistiske forestillinger om hva legene kan utrette. ■

Olaf Gjerløw Aasland

olaf2306@gmail.com

Litteratur

- Hatland A. Legens hverdagsmakt. I: Bernt JF, Holst C, Stjernø S, red. Rett og politikk. Nye perspektiver på demokratiets forutsetninger, utforming og grenser. Oslo: Pax Forlag, 2015.
- Aasland OG. Legen som juridisk nøtteknekker. I: Kjønsstad A, Syse A, red. Helseprioriteringer og pasientrettigheter. Oslo: Ad Notam Gylden-dal, 1992: 69–93.
- Beecher HK. Ethics and clinical research. N Engl J Med 1966; 274: 1354–60.

Millimeterpresisjon og marginer

Hver dag er en balansegang mellom presisjon og prioriteringer for nevrokirurg og avdelingsleder Ruby Mahesparan. På operasjonssalen er konsentrasjonen total. Utenfor handler det om vaktlistene, kapasitet, risikovurderinger og ressurser.

06:00 Jeg våkner tidlig. På vei til sykehuset tenker jeg gjennom dagens operasjoner, pasientene som skal vurderes og hvilke utfordringer avdelingen står i akkurat nå. Det er ikke bare kirurgien som fyller hodet. Det er også sengekapasitet, intensivplasser, vaktdekning, utdanning av yngre leger, forskning og økonomi. Som leder må jeg hele tiden forsøke å balansere faglige ambisjoner med ressursene vi faktisk har.

07:00 Før resten av sykehuset er ordentlig i gang, tar jeg gjerne en kopp kaffe med sekretærene. Deretter sjekker jeg dagens program, operasjonslisten og eventuelle akutte problemstillinger som har kommet til i løpet av natten. Jeg tar

en vurdering på om planen for dagen lar seg gjennomføre. Ved sykdom eller annet frafall handler det raskt om å finne løsninger: Kan kompetanse flyttes? Kan team settes sammen på en annen måte? Finnes det muligheter for å unngå at pasienter må strykes fra operasjonsprogrammet eller fra poliklinikken? Planen blir sjelden akkurat slik den ser ut om morgenen. Nevrokirurgi handler om presisjon og planlegging, men også om beredskap, prioriteringer og raske beslutninger når noe akutt skjer.

08:00 Radiologimøte og påfølgende morgenmøte. Her går vi gjennom pasientene som er operert, pasienter som ligger på vår overvåkningsstue og på intensivavdelingen, nye innleggelser, akutte hendelser og dagens og morgendagens operasjonsprogram. Morgenmøtet er et av dagens viktigste samlingspunkter. Det er en sentral arena for læring, faglige diskusjoner og vanskelige beslutninger rundt komplekse pasienter. Her diskuterer vi indikasjoner, behandlingsvalg, risiko, prioriteringer og alternative strategier. Som avdelingsleder bruker jeg også morgenmøtet aktivt til å informere om aktuelle driftsrelaterte saker, beslutninger som er tatt, endringer i rutiner eller andre forhold som påvirker avdelingens arbeidshverdag.

Det er ofte her man ser hvor kompleks nevrokirurgien er som fag. Allerede tidlig på dagen må vi gjøre krevende prioriteringer: Hvem trenger operasjon først? Hvem kan vente? Har vi intensivkapasitet? Har vi nok personell og operasjonsstuekapasitet? Noen beslutninger er tekniske, andre handler mest om helhet: Hva tåler pasienten? Hva er realistisk gevinst? Hva er riktig behandling – ikke bare mulig behandling? Slike vurderinger er en del av hverdagen i nevrokirurgien, og de minner meg om at god pasientbehandling ikke bare handler om kirurgisk teknikk, men også om god organisering og riktige beslutninger i fellesskap.

08:30 Hvis jeg ikke opererer, går jeg ofte til sengeposten, som er en viktig del av avdelingens kjernevirksomhet. Der hilser jeg på sykepleierne, får et inntrykk av hvordan dagen ser ut på posten og vurderer om det er forhold som bør følges opp. Jeg ser også til egne pasienter og snakker med pårørende når det er behov for det. Av og til tar jeg en kort prat med pasienter eller pårørende i korridoren, bare for å høre hvordan de opplever oppholdet hos oss. Slike samtaler kan virke små, men de gir ofte god innsikt i hvordan avdelingen fungerer i praksis.

Dersom jeg opererer, tar dette ofte store deler av formiddagen. Jeg opererer hovedsakelig hjernesvulster og barn. Særlig svulster som ligger i eller nær funksjonelt kritiske områder, krever grundige forberedelser og gode samtaler med pasient og pårørende i forkant. Da handler det ikke bare om å planlegge selve inngrepet, men også om å forklare risiko, muligheter og mål med behandlingen på en måte som skaper mest mulig trygghet.

På operasjonsstuen er konsentrasjonen total. Det er noe spesielt med nevrokirurgi: Man arbeider med millimeterpresisjon, ofte tett på områder som styrer språk, bevegelse, syn, personlighet og bevissthet. Samtidig er man aldri alene. En vellykket operasjon er resultatet av et helt team: anestesi, operasjonssykepleiere, nevrofysiologi, radiologi, intensiv, sengepost og mange andre. Jeg kjenner stor respekt for den felles innsatsen som ligger bak hver pasientbehandling.

12.30 Hvis jeg får tid, liker jeg å spise lunsj sammen med kollegene mine. Da snakker vi om løst og fast – både faglige spørsmål, praktiske ting og helt andre temaer. Samtalene er mangfoldige, og ofte har vi det veldig kjekt sammen. Disse pausene betyr mer enn man kanskje skulle tro. De gir rom for fellesskap, humor og små avbrekk i en ellers travel og krevende arbeidsdag.

Flere roller: Som både nevrokirurg og avdelingsleder må Ruby Mahesparan kunne sjonglere mange ulike oppgaver. Foto: Magne Sandnes





Millimeterarbeid: Nevrokirurgene jobber tett på områder som styrer språk, bevegelse, syn, personlighet og bevissthet. Foto: Magne Sandnes

13:00 Jeg møter pasient og pårørende til samtale før operasjon. Pasienten har fått påvist en svulst i hjernen, og MR-bildene viser at kirurgi kan være aktuelt. I samtalen handler det ikke bare om å forklare risiko og teknikk. Det handler også om å skape trygghet i en situasjon som for pasienten er dramatisk og livsforandrende. Jeg merker hvor viktig det er å bruke tid på å finne de riktige ordene. For oss kan uttrykk som «reseksjon», «funksjonelle områder» og «postoperativt forløp» være dagligspråk. For pasienten er dette kanskje den vanskeligste dagen i livet.

14:00 Jeg begynner å planlegge neste dags operasjoner. Jeg går nøye gjennom bildediagnostikken, vurderer opera-

sjonsstrategi og planlegger inngrepet i Brainlab-navigasjonssystemet. Jeg kontrollerer også at nødvendig utstyr er bestilt og tilgjengelig, slik at teamet er godt forberedt når pasienten kommer til operasjon. Denne forberedelsen er en viktig del av nevrokirurgien.

15:00 I løpet av dagen blir det også tid til å diskutere en vanskelig problemstilling med yngre kolleger. Det er en av de delene av arbeidet jeg setter mest pris på. Å være nevrokirurg handler ikke bare om å operere, men også om å lære bort vurderingsevne. Når skal vi operere? Når skal vi la være? Hva er en god risiko å ta, og hva er en risiko som ikke gagnar pasienten? Jeg opplever ofte at de —>

Ruby Mahesparan

Alder: 60

Yrke: Overlege i nevrokirurgi og avdelingssjef ved Nevrokirurgisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus

Hvorfor valgte du å utdanne deg innenfor denne spesialiteten?

– At jeg valgte nevrokirurgi, var egentlig litt tilfeldig. Som medisinstudent tok jeg en ph.d.-grad innen maligne hjernesvulster, og gjennom dette arbeidet fikk jeg tidlig innblikk i et fagfelt som kombinerer avansert biologi, kirurgi, teknologi og alvorlige pasientforløp. Min biveileder under doktorgraden var nevrokirurg, og han oppmuntret meg sterkt til å begynne i nevrokirurgien. Etter hvert ble jeg mer og mer fascinert av faget. Hjernen er på mange måter det som gjør oss til dem vi er. Det gjør nevrokirurgien både faglig utfordrende og dypt meningsfull.

Hva liker du best med din spesialitet?

– Det jeg liker best med nevrokirurgi, er at det er et fag der man aldri blir ferdig utlært. Hver pasient, hver operasjon og hver beslutning krever grundig vurdering og refleksjon. Faget utvikler seg også hele tiden. Bedre bildediagnostikk, mer presise operasjonsteknikker, nevromonitorering, navigasjon og nye behandlingsmuligheter gjør at vi stadig kan behandle pasienter på en tryggere og mer skånsom måte. Jeg setter også stor pris på samarbeidet. God nevrokirurgisk behandling er aldri et soloprojekt. I tillegg betyr pasientmøtene mye for meg. Nevrokirurgiske pasienter og deres pårørende står ofte i stor usikkerhet og alvorlige livssituasjoner. Å kunne bidra med kunnskap, trygghet og behandling i en slik fase oppleves meningsfullt.

Hvilke er de største utfordringene?

– En av de største utfordringene er at beslutningene i nevrokirurgi ofte er komplekse og kan ha store konsekvenser. Vi må hele tiden balansere risiko og nytte: Når skal vi operere? Når er det bedre å la være? En annen stor utfordring er kapasitet og prioritering. Nevrokirurgi er et fag med både akutte og planlagte pasientforløp. De økonomiske rammene er også en tydelig utfordring. Moderne nevrokirurgi krever høyspesialisert kompetanse, avansert teknologisk utstyr, operasjonskapasitet, intensivres-surser og tverrfaglig oppfølging. Samtidig må vi forholde oss til stramme budsjetter og krav om effektiv drift. Det kan skape krevende prioriteringer.

viktigste diskusjonene ikke handler om hva vi kan gjøre, men om hva vi bør gjøre.

Som avdelingsleder har jeg en fast administrativ dag på mandager. Da er kalenderen ofte fylt med ledermøter, planlegging, økonomi, bemanning og ulike personalsaker. Det handler om å sikre at avdelingen fungerer, at pasientforløpene blir trygge, og at medarbeiderne har rammer som gjør det mulig å gjøre en god jobb. Som kirurg kan man hjelpe én om gangen. Som leder kan man forhåpentligvis bidra til bedre behandling for mange. For meg handler ledelse også om fysisk tilstedeværelse, med mulighet for korte avklaringer og raske beslutninger når det trengs.

Nevrokirurgi

En spesialist i nevrokirurgi behandler sykdom eller skader i hode og nakke, for eksempel hjernehinneblødninger eller svulster.

Antall yrkesaktive spesialister i nevrokirurgi i Norge: 107

Av disse er 76 % menn og 24 % kvinner

Kilde: Legeforeningen

16:30 Jeg har avtaler med studenter eller yngre kolleger som tidvis arbeider med forskningsprosjekter. Vi setter av tid til veiledning, gjennomgang av data, diskusjon av problemstillinger, artikkelutkast eller videre plan for prosjektet. Dette er en del av arbeidsdagen jeg setter stor pris på. Forskning gir mulighet til å stille nye spørsmål, utvikle faget og bidra til at yngre kolleger får erfaring med akademisk arbeid.

17:30 Når arbeidsdagen nærmer seg slutten, er det likevel ikke alltid tankene slipper taket. Jeg går gjennom beslutninger som er tatt. Kunne noe vært gjort annerledes? Var informasjonen til pasienten god nok? Har vi prioritert riktig? Slike spørsmål følger ofte med hjem. Jeg tror det er sunt. Det minner meg om alvoret i det vi gjør.

18:00 Hjemme forsøker jeg å være til stede i det private døgnet også. Det kan være middag med familien, en samtale, praktiske ting som må ordnes, eller en kort tur, trening eller dans for å klarne hodet. Jeg liker bedre å høre på musikk enn å se på TV. For meg er det å høre på musikk eller å lese en bok noe av det

beste for å koble av. Noen dager er jeg mer sliten enn jeg ønsker å innrømme. Andre dager kjenner jeg en sterk takknemlighet over å få arbeide med noe som betyr så mye for andre mennesker.

22:30 Før jeg legger meg, sjekker jeg gjerne om det har kommet noe akutt eller noe som må følges opp neste dag. Det er en del av livet i et fag der sykdom ikke følger kontortid. Samtidig kjenner jeg at det nettopp er denne kombinasjonen av ansvar, faglig utvikling, teamarbeid og menneskemøter som gjør nevrokirurgien og ledelse så givende. Det jeg gleder meg mest over, er øyeblikkene der faget virkelig gjør en forskjell: når en pasient våkner etter en stor operasjon og beveger armen som før, når synet bedres etter behandling, når en familie får en forklaring eller når en yngre kollega tar et nytt steg i sin utvikling. Det er slike øyeblikk som gjør lange dager lettere å bære, og som minner meg om hvorfor jeg valgte dette faget. ■

Alle pasienthistorier i denne artikkelen er anonymisert.

Caroline Ulvin Johansson

caroline.ulvin.johansson@tidsskriftet.no

Operasjonsklar: Ruby Mahesparan på vei inn i operasjonssalen. Foto: Magne Sandnes





Er du medlem i Den norske legeforening?

Husk at du har gode priser og betingelser

- Du får **30 % rabatt** på utvalgte forsikringer
- Samler du minst tre forsikringer, øker rabatten til **35 %**
- Kjøper du på nett, får du i tillegg **10 % nettrabatt**

Scan QR-koden
for å lese mer



Julie Didriksen

julie.didriksen@tidsskriftet.no

Bokseren som kollapset i 1926

Nr. 12/1926

For hundre år siden ble en 18 år gammel fabrikkarbeider lagt inn på Ullevål. Han drev med boksing på fritiden og hadde nylig presset vekten ned for å komme inn i riktig vektklasse før to konkurranser. Og jammen vant han ikke begge to. Men da han under en treningskamp fire dager senere fikk et slag mot kjeven, begynte noe å gå galt.

Kasuistikken sto på trykk i Tidsskriftet nr. 12/1926 (Tidsskr Nor Lægeforen 1926; 46: 576–8). Det var Johannes Heimbeck (1892–1976) som rapporterte fra Ullevål sykehus, der han var reservelege for overlege Olaf Scheel. Disse to huskes i dag særlig for sitt arbeid for å få innført BCG-vaksinering mot tuberkulose. Omtrent to år etter kasuistikken i Tidsskriftet, ble for øvrig Harrison Martlands artikkel «Punch Drunk» publisert i JAMA (JAMA 1928; 91: 1103–7). Den regnes som det første formelle forsøket på å definere og beskrive nevrologiske symptomer og kognitiv svekkelse hos bokserere.

Fra Ullevaal sykehus' avd. IX (overlæge dr. O. Scheel): En bokserulykke.

[Våren 1926] indkom i avdelingen en [18 år gammel fabrikkarbeider]. Han har tidligere været frisk, men har altid – specielt i sommervarmen – let blød næseblod, f. eks. naar han pusser næsen.

I december 1925 begyndte han at bokse. Hans vekt var da 56 kg. Som bokser viste han straks udmerkede anlæg, og [han deltok] i to juniorstevner og vandt i begge 1ste præmie i sin vektklasse, bantam. Denne øvre vektgrænse er 53 1/2 kg., og som nævnt veiet pat., da han begyndte at bokse, 56 kg. Før stevnene var han under træning gaat ned i 55 kg., og i løpet av 3 dager før første stevne gik han, ved at ta badstuebad, hoppe taug i varm genser og sulte sig, ned i 53 1/2 kg. Han følte sig efter denne avmagring temmelig slap, men vandt altsaa som nævnt 1ste præmie og fik selv ingen haarde slag. Paa denne vekt holdt han sig ved at drikke og spise meget litet og træne skarpt til [neste stevne to uker senere], som han ogsaa vandt.

Han vaaknet ikke, før man rusket hardt i ham, svarte trægt og kort og sovnet straks igjen

Imidlertid nogen dager efter, under træning (...), fik han saa et direkte venstre kjævestøt. Han blev borte et øieblik – som man angivelig altid blir ved direkte støt paa kjeven –, men faldt ikke og gik ut av kampen for at vaske sig med koldt vand. Da svigtet imidlertid benene under ham, saa han maatte sætte sig. Han blødde da litt næseblod, men ellers ingen blødning. 1/2 time efter kampen faldt han saa pludselig

lig bevisstløs sammen og fik rykninger i armer og ben. Han kom imidlertid snart til sig selv og kunde gaa hjem alene. Her skal indskytes, at om dette husker han selv intet.

De følgende 3 dager laa han, da han følte sig slap, stod op og gik paa arbeide, men bokset ikke før efter 14 dagers forløp. Han bokset da (...), en treningskamp mot en ham helt underlegen bokser. Han fik intet direkte støt, men en let touchering av hansken mot haken. Det gik da straks rundt for ham, han følte sig daarlig og sluttet kampen. Blødde ikke næseblod. Umiddelbart efter faldt han bevisstløs overende og fik rykninger i armer og ben. Disse varte ganske kort, men han vaaknet ikke, før man rusket haardt i ham, svarte trægt og kort og sovnet straks igjen. Urin og avføring avgik ikke. Han blev saa indlagt i avdelingen.

Hans status var: Pat. er blek, soporøs, gir bare korte svar paa energisk tiltale og synes ikke helt orientert. Han har netop brækket sig. Det opbrækkede bestaar av matrester. Ingen tegn til næseblødning eller tungebitt. Ingen skjævhed i ansigt, ingen nakkestivhet. Pupillerne reagerer trægt, er like store. Patellarrefleks tilstede likt paa begge sider. Babinskis refleks positiv paa begge ben. Puls 80 regelmæssig. RR. 105/48. Rp. ubesværet. Tp. 36. Den videre fysikalske undersøkelse viste helt normale forhold. Urinen var sur, klar, sp.vegt 1023. Intet patologisk.

(...) (dagen efter indkomsten) noteres: Pat. har siden indkomsten ligget somnolent, men kan vækkes og svarer paa tiltale. Puls = 96. Pupillerne er 2 mm., like store og reagerer trægt paa lys. Ingen nakkestivhet. Babinskis refleks tvilsom paa begge ben. Bukrefleksen meget tydelig paa begge sider. Cremasterreflekser livlige h. = v. Urin som dagen før, normal.

[Neste dag]. Pat døser næsten hele dagen, maa vækkes til maaltiderne men sovner dog ikke under spisningen. Han har ikke latt vandet siden igaar eftermiddag. Blæren staa til navlen. Babinski som igaar. Pupillerne reagerer idag godt. Kernig ±. Ingen nakkestivhet. Nystagmus ved blik 45° mot venstre.

Da vi helt fra indkomsten (...) antok, at der kunde foreligge en arachnoidealblødning, var vi litt ængstelige for at foreta spinalpunktion. Men vi mente nu med forsigtighet at kunne gjøre denne og tok 3 cm.³ spinalvæske. Denne var sterkt gul. Vogel 2–3. I tørpræparat (centrifugat) en rundcelle pr. synsvelt. Trykket ikke forhøiet. W.R. i spinalvæsken ±.

Senere har pat. følt sig helt frisk. Hans somnolens forsvandt i løpet av nogen dager helt, og [17 dager etter innleggelse] har han været ope, og det eneste, som nu ikke er helt normalt er, at Babinski's refleks paa begge ben er tvilsom.

Avdelingens diagnose er: *Hæmorrhagia arachnoidealis*.

Om denne lidelse har Willy Munck offentliggjort to meddelelser fra Universitetets resmedicinske institut, København, og da disse belyser vort kasus paa en helt klar og ganske grell maate, skal jeg referere dem i korthet.

Den ene meddelelse er: 2 tilfælder av dødsfald ved boksning. Begge disse indtraf i Danmark i løpet av 1923.

Første tilfælde ligner, hvad sykehistorien angaar, helt vort tilfælde. Det forløp som følger: Bokseren faar under en kamp (...) et haardt slag i hodet, og kameraterne fortæller, at han var «bevisstløs» i nogen dager efterpaa. [Fem dager senere] bokser han atter, rammes ikke synderlig av

slag og vinder overlegent. Dagen efter bokser han igjen. I tredje omgang av kampen faar han et venstresidig kjævestøt. Han falder i gulvet, men reiser sig idet der tælles «ni»; han er altsaa saa klar og beregnet, at han hviler saa længe som mulig – bokser videre, faar et nyt kjævestøt, falder atter, reiser sig atter ved «ni» og gaar paa, men er da noget usikker paa benene. Falder straks efter sammen, og nu gaar det meget fort; han er og blir bevisstløs – der kommer lette trækninger i armer og ben – pulsen er 70 – efter en time er den 48 – gaar ned i 38 – urin avgaar – pulsfrekvensen stiger til 56 – han er stadig helt reaktionsløs – resp. blir uregelmæssig – pulsen 144 (dette er 17 timer efter kampen) – og pat. dør. Ved sektionen fandtes: Hele h. halvdel av storhjernen er dækket av et lag blod, tykkest ved basis. Forøvrig normale forhold.

Det andet tilfælde skiller sig fra det første kund ved at døden her indtrær 20 min. efter kampen. Av lignende kasus nævner forf. 3 fra Amerika samt omtaler, at en bokser derifra fortalte ham, at i løpet av det halve aar denne hadde været derover, visste han om 4 dødsfald etter hodeslag.

I Willy Muncks anden meddelelse med titel Den subarachnoidale blødning og dens retsmedicinske betydning, omtaler han 9 slike tilfælder, og av disse svarer de 4 nøiagtig til de to bokserulykker, idet disse er døde kort efter at de har faat et let slag til kjæven og paa grund av subarachnoideal blødning, fundet ved den retslige sektion.

Forf. drøfter aarsakerne til disse tilsynelatende ved let vold – i nogen andre tilfælder uten nogensomhelst ytre vold, helt spontant synes det – opstaatte blødninger.

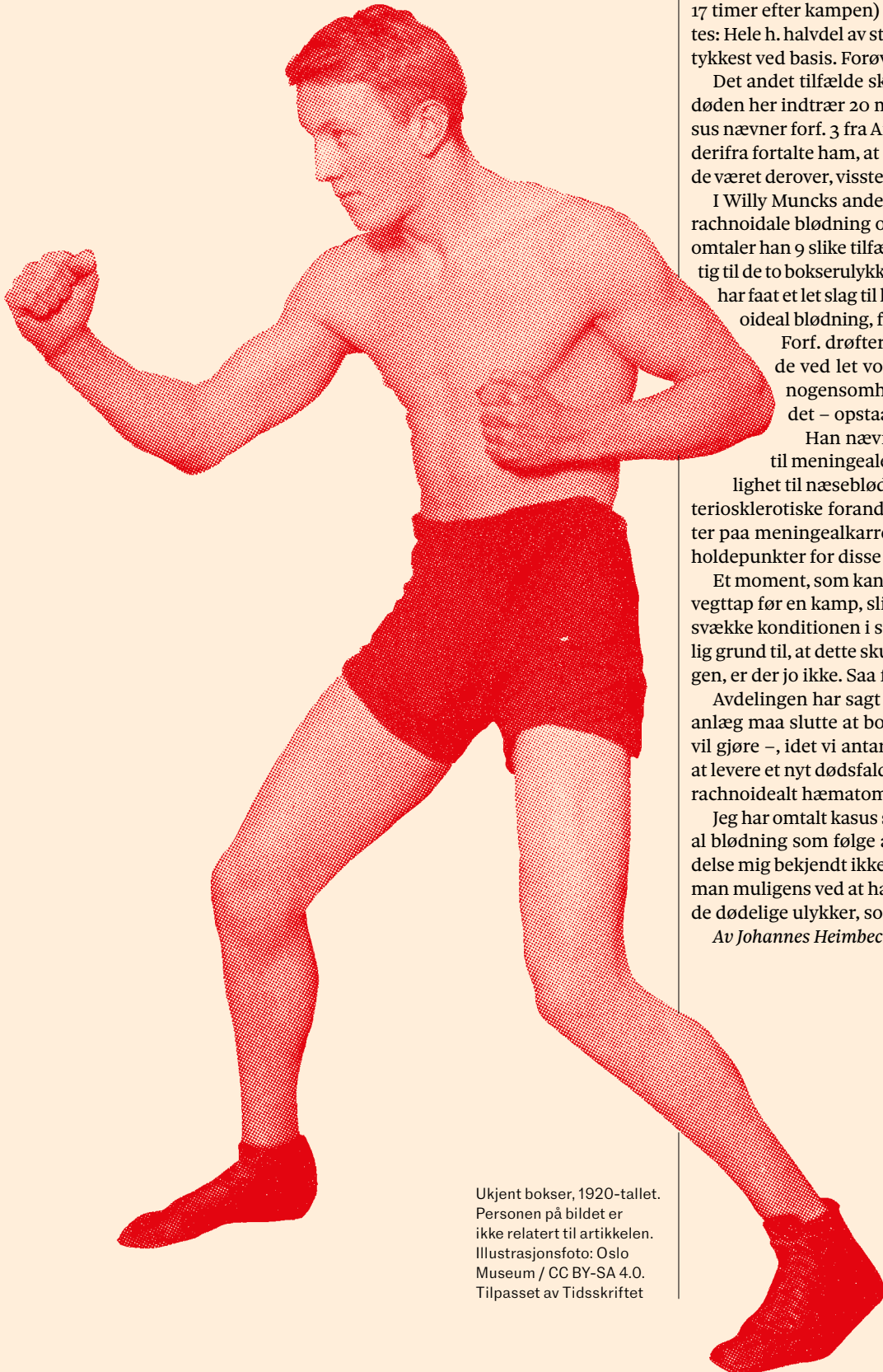
Han nævner her flere teorier: Tilbøielighet til meningeale blødninger – svarende til tilbøielighet til næseblødninger ved forhøiet blodtrykk – arteriosklerotiske forandringer eller medfødte abnormiteter paa meningealkarrene f. eks. aneurismer. Men reelle holdepunkter for disse teorier findes ikke.

Et moment, som kanskje kan spille en rolle, er voldsomt vegttap før en kamp, slik som hos vor mand, idet dette vil svække konditionen i sin almindelighet. Men nogen særlig grund til, at dette skulde bevirke arachnoidealblødningen, er der jo ikke. Saa forklaring til ulykken mangler vi.

Avdelingen har sagt vor bokser, at han trods alle gode anlæg maa slutte at bokse – hvad han ogsaa forstaar og vil gjøre –, idet vi antar, at han ellers har alle chancer for at levere et nyt dødsfald ved boksning paa grund av subarachnoidealt hæmatom.

Jeg har omtalt kasus saavidt nøiagtig, fordi arachnoideal blødning som følge av boksning med utgang i helbredelse mig bekjendt ikke tidligere er diagnosticert, og fordi man muligens ved at ha det in mente vil kunne forebygge de dødelige ulykker, som er referert efter Willy Munck. ■

Av Johannes Heimbeck, reservelæge.



Ukjent bokser, 1920-tallet. Personen på bildet er ikke relatert til artikkelen. Illustrasjonsfoto: Oslo Museum / CC BY-SA 4.0. Tilpasset av Tidsskriftet

Ph.d.-disputaser

NTNU

Anders Tjellaug Bråten

Noninvasive diagnostics in stable coronary artery disease.

AI-augmented CT-FFR and dobutamine stress echocardiography as secondary tests following CCTA.

Utgår fra Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU. Disputas 12.5.2026.

Bedømmelseskomité: Axel Diederichsen, Syddansk Universitet, Danmark, Eva Kristine Ringdal Pedersen, Universitetet i Bergen og Nils Kristian Skjærvold, NTNU.

Veiledere: Rune Wiseth, Svend Aakhus og Knut Haakon Stensæth.

Torbjørn Rian

Pain treatment after total knee arthroplasty. A randomized placebo controlled clinical trial comparing tapentadol and oxycodone given in hospital and at home.

Utgår fra Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU. Disputas 8.5.2026.

Bedømmelseskomité: Lina Holm Ingelsrud, Københavns Universitet, Danmark, Johan Ræder, Universitetet i Oslo og Lars Gunnar Johnsen, NTNU.

Veiledere: Tina Strømdal Wik, Pål Klepstad, Erik Skogvoll.

Mette Tunset

Extracellular Vesicles in Psychotic Disorders.

Utgår fra Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU. Disputas 7.5.2026.

Bedømmelseskomité: Agneta Nordberg, Karolinska Institutet, Sverige, Eirik Kjelby, Haukeland universitetssjukehus og John Christian Fløvig, NTNU.

Veiledere: Arne Vaaler, Hanne Haslene-Hox, Daniel Kondziella, og Alicia Llorente.

Erik Nesje Wiik

The Evolving Landscape of Micro RNA

Analysis in Cancer Moving on to Contextual In Situ Insights.

Utgår fra Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU. Disputas 8.5.2026.

Bedømmelseskomité: Carsten Daub, Karolinska Institutet, Sverige, Inga Hansine Rye, Oslo universitetssykehus og Jan Egil Afset, NTNU.

Veiledere: Arne Wibe, Jostein Halgunset, Haakon Skogseth og Henrik Sahlin Pettersen.

Johannes Sverre Willumsen

Epidemiology of Multiple Sclerosis:

Temporal Patterns in Incidence, Prevalence, Mortality and Age at Onset.

Utgår fra Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU. Disputas 8.5.2026.

Bedømmelseskomité: Jan Lycke, Göteborgs Universitet, Sverige, Unn Ljøstad, Universitetet i Bergen og Roar Fjær, NTNU.

Veiledere: Rune Midgard og Kjell-Morten Myhr.

Universitetet i Oslo

Ingvild Strand Hovland

Health care professionals' experiences and psychological distress of working in intensive care units during COVID-19. A national longitudinal mixed-method study.

Utgår fra Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo. Disputas 22.5.2026.

Bedømmelseskomité: Hanne Irene Jensen, Syddansk Universitet, Danmark, Terje Torgersen, NTNU og Gunnar Einvik, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Irene Lie, Erlend Hem, Siv Karlsson Stafseth og Laila Skogstad.

Farid Juya

Extended-release naltrexone in individuals with opioid use disorder: pain intensity, genetic variation, and treatment outcomes.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 22.5.2026.

Bedømmelseskomité: Joshua D. Lee, NYU Grossman School of Medicine, USA, Lars Lien, Universitetet i Innlandet og Ingrid Amalia Havnes, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Jon Mordal, Kristin Klemmetsby Solli, Johannes Gjerstad, Lars Håkon R. Tanum og Kjetil Hanssen-Bauer.

Sigve Karlsen

Diagnostic and therapeutic stratification of patients with suspected acute coronary syndrome.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 21.5.2026.

Bedømmelseskomité: Steen Hvitfeldt Poulsen, Aarhus Universitet, Danmark, Dana Cramariuc, Universitetet i Bergen og Arnt E. Fiane, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Thor Edvardsen og Harald Brunvand.

Håvard Ravnstad

Chronic thromboembolic pulmonary hypertension: Prognostic factors and survival.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 22.5.2026.

Bedømmelseskomité: Sean Gaine, Mater Misericordiae University Hospital, Irland, Ulrik Sartipy, Karolinska Institutet, Sverige og Siri Lagethon Heck, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Arne K. Andreassen, Kaspar Broch og John-Peder Escobar Kvitting.

Henrik Røkkum

Short- and long-term outcome in patients with congenital gastrointestinal anomalies: Paving the way for Enhanced Recovery Protocols in neonatal surgery.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 1.6.2026.

Bedømmelseskomité: Nigel J. Hall, University of Southampton, Storbritannia,

Mercedes Pilkington, University of Toronto, Canada og Hans Christian Erichsen Landsverk, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Kristin Bjørnland og Kristoffer Lassen.

Kristine Stø

Microbiota in Ischemic Stroke – MIST.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 12.5.2026.

Bedømmelseskomité: Thomas Truelsen, Københavns Universitet, Danmark, Knut Tore Lappegård, UiT Norges arktiske universitet og Angelika Sorteberg, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Mona Skjelland og Karolina Skagen.

Birgitte Kordt Sundet

Placental function and dysfunction – Crosstalk with pregnancy outcomes, neutrophil extracellular traps and fetal sex.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 26.5.2026.

Bedømmelseskomité: Nándor Gábor Than, Semmelweis University, Ungarn, Janne Rossen, Sørlandet sykehus HF, og Leiv Arne Rosseland, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Meryam Sugulle, Anne Cathrine Staff og Daniel Pitz Jacobsen.

Truls Vikin

Occurrence and Seizure Outcomes in Childhood- and Youth-Onset Epilepsy: A Population-Based Study Applying Contemporary Classification Framework.

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Disputas 28.5.2026.

Bedømmelseskomité: Lieven Lagae, Katholieke Universiteit Leuven, Belgia, Noemi Becser Andersen, Rigshospitalet, Danmark og Bjørnar Hassel, Universitetet i Oslo.

Veiledere: Kari Modalsli Aaberg og Morten Ingvar Lossius.

Universitetet i Bergen

Jon Anders Feet

Non-Ventilator Hospital-Acquired Pneumonia in Adults: Epidemiology, Diagnostic Strategies, and the Role of Rapid Molecular Diagnostics.

Utgår fra Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Disputas 7.5.2026.

Bedømmelseskomité: Dan Wootton, University of Liverpool, Storbritannia, Torgun Wæhre, Oslo universitetssykehus og Bjørg-Tilde Svanes Fevang, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Lars Heggelund, Harleen Grewal og Karl Erik Müller.

Marianne Sætrang Holm

In-Hospital Telemetry Monitoring – A multi-method study of patient experiences, adherence to practice standards, and clinical outcomes.

Utgår fra Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Disputas 5.5.2026.

Bedømmelseskomité: Eva Swahn, Linköping Universitet, Sverige, Lars Andreas Dejgaard, Oslo universitetssykehus og Venny Lise Kvalheim, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Tone M. Norekvål, Bjørn Bendz, Roy Miodini Nilsen, Nina Fålnu og Trond Røed Pettersen.

Zuzana Huncikova

Late-onset sepsis in very preterm infants: epidemiology, antibiotic use and microbiology.

Utgår fra Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Disputas 8.5.2026.

Bedømmelseskomité: Anne Smits, Universitetet i Leuven, Belgia, Frederik Boëtius Hertz, Københavns Universitet, Danmark og Harleen Grewal, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Knut Øymar, Arild Rønnestad og Hans Jørgen Stensvold.

Tom Roar Omdal

The influence of image Processing parameters on left ventricular speckle-tracking echocardiography in the perinatal period.

Utgår fra Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Disputas 6.5.2026.

Bedømmelseskomité: Katarina Hanseus, Skånes Universitetssjukhus, Sverige, Thor Edvardsen, Universitetet i Oslo og Helga B. Midtbø, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Gottfried Greve og Elisabeth Leirgul.

Jens Vikse

IgG4-related disease: Criteria fulfillment and treatment response across phenotypes.

Utgår fra Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Disputas 13.5.2026.

Bedømmelseskomité: Mollie Carruthers, Arthritis Research, Canada, Lars Rönblom, Uppsala Universitet, Sverige og Iren Høyland Löhr, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Bjørg-Tilde Svanes Fevang, Øyvind Molberg, Anna-Maria Hoffmann-Vold og Katrine Brække Norheim.

Mathias Sørstrand Æsøy

Thulium Fiber Laser Ureteroscopic Lithotripsy: When Less Is More.

Utgår fra Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen. Disputas 29.5.2026.

Bedømmelseskomité: Carlotta Palumba, University of Eastern Piedmont, Italia, Magnus Wagenius, Helsingborg Lasarett, Sverige og Katrin Brauckhoff, Universitetet i Bergen.

Veiledere: Øyvind Ulvik og Christian Beisland.

UiT Norges arktiske universitet

Lena Elsa Danielsson

Understanding and Treating Chronic Pain: Exploring the Roles of Pain Catastrophizing, Pain Acceptance, and Sociodemographic Factors, and Testing the Efficacy of a Clustered Group-Based Acceptance and Commitment Therapy in a Randomized Controlled Trial.

Utgår fra Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet. Disputas 8.5.2026.

Bedømmelseskomité: Steven Linton, Örebro Universitet, Sverige, Astrid Woodhouse, NTNU og Maja Wilhelmsen, UiT Norges arktiske universitet.

Veiledere: Gunnvald Kvarstein og Svein Bergvik.

Ane Skaare Sjulstad

Pre- and Post-Lumbar Puncture Headache

Utgår fra Institutt for klinisk medisin, UiT Norges arktiske universitet. Disputas 15.5.2026.

Bedømmelseskomité: Christian Lampel, Barmherzige Brüder Konventhospital Linz, Østerrike, Ruby Mahesparan, Haukeland universitetssjukhus og Agnethe Eltoft, UiT Norges arktiske universitet.

Veiledere: Karl Bjørnar Alstadhaug og Ole Lars Brekke.

Universitetet i Stavanger

Henrik Wethe Koch

Artificial Intelligence in Breast Screen Norway.

Utgår fra Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger. Disputas 20.02.2026.

Bedømmelseskomité: Linda Moy, NYU Grossman School of Medicine, USA, Robert Jenssen, UiT Norges arktiske universitet og Erlend Tøssebro, Universitetet i Stavanger.

Veiledere: Ketil Oppedal, Solveig Hofvind, Solveig Roth Hoff, Henrik Andreas Bergrem og Kathinka Dæhli Kurz.

Roar Sandvei



Professor emeritus og tidligere seksjonsoverlege Roar Sandvei, født 27. desember 1940, gikk bort 13. april 2026. Med hans bortgang har det norske fagmiljøet innen gynekologisk onkologi og medisinsk utdanning mistet en markant og avholdt kollega.

Roar Sandvei ble utdannet lege i 1968 etter studier i Oslo og Bergen. Allerede i 1972 ble han knyttet til Kvinneklubben ved Haukeland universitetssjukehus, hvor han la ned størstedelen av sitt livsverk. Han ble spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer i 1977. Hans dype faglige engasjement for kreftomsorg førte ham til Radiumhospitalet i perioden 1979–81, før han vendte tilbake til Haukeland som overlege i 1982 og spesiallege i gynekologisk onkologi fra 1985.

I 1986 forsvarte han sin doktorgrad om ektopiske svangerskap og spiralbruk, og allerede året etter ble han utnevnt til professor II. Fra 1994 til 2007 ledet han Kvinneklubbens kreftseksjon på Haukeland som seksjonsoverlege, en stilling han skjøttet med stor faglig autoritet, arbeidskapasitet og pålitelighet. Han gikk av med pensjon og ble professor emeritus i 2011.

Ved siden av sitt kliniske og vitenskapelige arbeid var Roar Sandvei en eksepsjonell underviser. Han brant for studentenes læring, og hans evne til å koble klinisk hverdag med akademisk teori ble høyt verdsatt. I 2007 ble han kåret til årets underviser, og medisinstudentene tildelte ham prisen som beste foreleser gjennom hele det seksårige studiet. Tidligere studenter husker ham som et genuint forbilde som brydde seg om, støttet og veiledet dem inn i legeryrket.

Sandvei fungerte også i en periode som instituttleder ved Institutt for klinisk medisin. Også etter oppnådd pensjonsalder forble han en aktiv ressurs for Det medisinske fakultet. Som custos og disputasleder mer enn 50 ganger ledet han både doktorander og opponenter trygt og profesjonelt i havn. Hans lune vesen og velformulerte, koselige taler under de påfølgende disputasmiddagene var et fast og kjært innslag i Bergens akademiske tradisjon.

Kolleger og pasienter på Haukeland husker Roar Sandvei som en usedvanlig kunnskapsrik, omsorgsfull og raus mann. Han hadde den sjeldne egenskapen at han så alle rundt seg og tok like godt vare på sårbare pasienter, nyansatte og usikre spesialistkandidater som sine seniorkolleger.

Vi minnes Roar Sandvei med dyp takknemlighet og respekt for hans store innsats for kvinnehelse og for generasjoner av norske leger. Våre tanker går til hans nærmeste.

På vegne av kolleger og venner ved Kvinneklubben, Haukeland universitetssjukehus og Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. ■

Line Bjørge, Per Anders Gulowsen, Jone Trovik

Per Syrdalen



Netthinnekirurgiens fremste representant i Norge gjennom mange år Per Syrdalen gikk bort 18. april 2026. Han begynte i oftalmologien på 1960-tallet, før subspesialiseringens tid, og kom til å prege utviklingen av dette feltet gjennom flere tiår.

Per Syrdalen ble født i Arendal 20. mai 1935, der han tok eksamen artium i 1953. Etter medisinstudiet i Bergen ble det turnustjeneste på Bærum sykehus og i Lødingen distrikt. Den oftalmologiske karrieren startet med ett års tjeneste ved Øyeavdelingen i Tromsø i 1962, og med unntak av to kortere perioder med nevrologisk/nevrokirurgisk praksis var han deretter ansatt ved Rikshospitalets øyeavdeling, fra 1971 som spesiallege og etter 1995 som professor, til han gikk av med pensjon i 2001.

«Aspects of retinal detachment» het doktorgradsarbeidet, avsluttet i 1972. Per fattet tidlig interesse for netthinnelesning. Årsaken til denne sykdommen er som regel at det oppstår hull(er) i netthinnen slik at væske renner på baksiden og skiller den fra underlaget. På 1960-tallet var operasjonsmetodene på dette området relativt enkle, og han forstod at en forutsetning for best mulig operasjonsresultat var å få god oversikt over øyebunnen, noe den tradisjonelle oftalmoskopi ikke gir. Han tok derfor i bruk indirekte oftalmoskopi som standard metode ved undersøkelser av netthinnesykdommer generelt. Prosedyren krever atskillig trening for å gi praktiske resultater, og alle hans senere elever som tenkte seg en fremtid i netthinnekirurgien, ble drillet i denne metoden. Per hadde en utpreget sans for detaljer, noe som kom godt med i profesjonsutøvelsen.

Uklarheter i glassvæsken er en viktig årsak til redusert livskvalitet for mange mennesker, som for eksempel korpusbldninger hos diabetikere eller hos pasienter med hjerneblødning. Slike tilstander lar seg behandle med vitrektomi, som forutsetter avansert utstyr og en nennsom hånd hos operatøren. Per Syrdalen introduserte denne teknikken i Norge tidlig på 1970-tallet, og et meget stort antall pasienter fikk på denne måten synet tilbake.

En kuriøs kasuistikk fra hans lange kliniske virke er verdt å nevne: En 13 år gammel gutt fra Nord-Norge klaget over lysskyhet og nedsatt syn på høyre øyet. Undersøkelsen viste en levende larve i glassvæsken, som ble fjernet med vitrektomi. Det viste seg å være en reinbremslarve av arten *Oedemagena tarandi*, størrelse ca. 4,5 × 1 mm. Dette vakte oppsikt i mange ulike fagmiljøer. Han var ellers forfatter og medforfatter på tallrike publikasjoner innen vitreoretinale sykdommer og kirurgi, laserbehandling, kirurgisk behandling av øyeskader og behandling av øyesvulster.

Han var opptatt av at resultatene skulle registreres og ha høy standard. Det ble derfor laget et eget register for vitrektomi og øyemelanom. Ved innføring av platebehandling ved øyemelanom var han sentral. Undervisning, kvalitetskontroll og forskning var viktig. Det vi kunne tilby pasientene, skulle legges fram i nasjonale og internasjonale fora. Han var selv medlem i den renommerte Club Jules Gonin fra 1978 og ivret for at yngre kolleger skulle ha kontakt med de fremste internasjonale fagmiljøene. Han mottok Schiøtz-medaljen for fremragende faglig innsats i oftalmologien i 2020.

Per Syrdalen var en omgjengelig person, høyt verdsatt av sine pasienter og godt likt blant kolleger. Fysisk aktivitet lå hans hjerte nært. Utenfor arbeidstid var han en ivrig skiløper. Om sommeren kunne han nyte hyttelivet på Hisøya med familien. Turen sørover ble gjerne foretatt i hans skinnende røde Ford Mustang.

I pensjonistlivstid ble ringen sluttet da han i 2001 vendte tilbake til Øyeavdelingen i Tromsø for å bygge opp et fullverdig

vitreoretinalt miljø også i nord. Frem til 2006 kom han i flere perioder nordover og fungerte som høyt verdsatt mentor. Også her opprettet han raskt et register for vitrektomi, som videreføres den dag i dag.

Per var med på å definere faget vårt i en årrekke. Han kunne være direkte, han stilte krav, men var samtidig tålmodig og omsorgsfull. Vi er mange som vil takke Per Syrdalen som lege, kollega og som menneske. ■

Nils Eide, Kristian Fossen, Amund Ringvold

Rixtus Zondag



Min kjære far og kollega døde 23. februar 2026, 91 år gammel.

Han ble født i Groningen i 1934 og vokste opp i Scherpenzeel, en liten landsby i Friesland. Hans far var fastlege der og drev også apotek med sin kone Annie.

Rixtus studerte medisin i Groningen, der han traff sin store kjærlighet Sidsel. Han ble ferdig lege i 1963. De giftet seg og fikk tre barn: meg, Morten og Anne. De flyttet til Norge i 1967.

Pappa ble etter hvert meget betatt av Norge, og allerede i studietiden jobbet han som gartner ved Ullevål sykehus i feriene. Han arbeidet også som sommervikar på det gamle Lier-asylet hos professor Odd Lingjærde. Han fullførte distrikturnus på Jessheim i 1967. Etter hvert fulgte han i sin fars fotspor og ble fastlege på Nøtterøy. Der jobbet han som fastlege til han gikk av med pensjon 72 år gammel. I en periode jobbet jeg i hans praksis.

Rixtus var en meget populær lege. Den gangen var det bare 2–3 fastleger på Nøtterøy. Nå er de 18. Han drev nok kontoret på en spesiell måte, med åpen kontortid. Alle som kom inn døren innen klokken 12, kom videre inn til legen. Det var ikke snakk om tre måneders ventetid. Timebestillinger var forbeholdt kveldskontoret, som han hadde hver tirsdag. Venteværelset var ofte fullt, med livlige samtaler mellom pasientene.

Han var nok en meget åpen lege. Med det mener jeg at han ikke bare var interessert i tradisjonell medisin, men også kunne vurdere alternative behandlingsformer. Han hadde satt seg godt inn i Nitter-kuren, som var en velkjent alternativ kreftbehandling på den tiden. Det er tvilsomt om kuren egentlig var effektiv, men gjennom sin åpenhet ga nok far håp og emosjonell støtte til mange pasienter i den gruppen.

Mange av fars pasienter var rusmisbrukere. Han opplevde et stort press om å forskrive B-preparater, og kunne kanskje – sett i ettertid – være litt liberal med reseptblokka.

Rixtus var tillitsvalgt for Praktiserende Spesialisters Landsforening i Vestfold og engasjerte seg sterkt i det. Min far ble et slags forbilde for meg som lege, men jeg husker at jeg tenkte at jeg ikke ønsket å ende opp med like lange arbeidsdager. Han kunne sitte i mange timer om kvelden med administrasjon, og pasientene kunne kontakte ham når som helst på døgnet.

Det var nok spennende å være fastlege på den tiden. Han kjente lokalbefolkningen godt og hadde kjennskap til hele familien til pasienten. På den måten var han den gode, gamle huslegen.

Pappa, hvil i fred. ■

Espen Zondag

Kristin Heyerdahl



Kristin Heyerdahl ble født 17. mai 1940 – ikke en gledens dag. Men Kristins liv var fylt av glede, kunnskap og omsorg, og da hun døde 13. mars 2026, etterlot hun et stort hull.

Kristin begynte å studere medisin i Nederland, men kjærligheten til en sivilingeniørstudent i Skottland førte henne til universitetet i Edinburgh, hvor hun fullførte studiet i 1967. Hun og Knut Poppe var gift i 62 år, og kjærligheten varte like lenge. Misunnelserverdige.

Etter ulike arbeidsforhold i Oslo-området kvalifiserte Kristin til to spesialiteter, både barne- og ungdomspsykiatri og psykiatri. Hele sitt voksne liv behandlet hun barn, foreldre, familier, voksne og eldre. Hun fulgte opp nye og tidligere pasienter mer enn det som var vanlig den gangen, og mye mer enn det som er mulig i dag. Også om kveldene tok hun imot telefoner fra pasienter, støttet dem eller ordnet en attest eller resept.

Da hun i 1994 påtok seg stillingen som overlege ved Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) på Notodden, medførte det at hun ble ukependler fra Bærum i 16 år. Alle hennes medarbeidere fikk oppleve hennes dedikasjon til pasientene og familierbeidet, men også hvordan hun så alle medarbeiderne og viste omsorg for alle.

Kristin var nok hyperaktiv, noe som forklarer hennes store arbeidskapasitet. Hun var alltid på banen. Hun hadde en nydelig håndskrift, men lærte aldri journalskriving på PC. Hennes arbeidsgiver fant nytte i at hun hadde sekretærer. Da kunne Kristin bruke all sin tid på det kliniske arbeidet hun var utdannet til.

Kristin hadde to hjem, på Jar i Bærum og i Alvdal. I Alvdal var hun første gang som treåring, og der hadde hun en familiesetergrend på fjellet som hun var sterkt knyttet til. Etter hvert bygget Knut også et hus nær sentrum der. Så etter pensjonstiden var det meningen at hun skulle pendle mellom Jar og Alvdal. Hun skulle være på Jar for å følge opp alle hun kjente, og i Alvdal for å følge opp sin familie. Men det viste seg at BUP på Tynset hadde behov for henne, så snart jobbet hun deltid der – helt til hun var rundt 80 år. Jeg som bor i Oslo, og ville ha enda mer kontakt med henne når hun ikke tilbragte hele uken på Notodden, syntes det var dumt. Men det resulterte jo i at jeg hadde flere veldig hyggelige turer til Alvdal. I rundt 40 år var Kristin min gode venninne, som inkluderte meg i sitt liv og i sin familie. Jeg er henne stor takk skyldig. ■

Randi Rosenqvist

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**.

Allmennedisin

Fastlegehjemmel og 40% sykehjemslege

Har du hjerte for allmennpraksis?

Ledig fastlegehjemmel (selvstendig næringsdrift) kombinert med 40% stilling som sykehjemslege i Holmestrand kommune.

3 kurative dager som fastlege med en fastlegeliste på 700 pasienter. Legekontoret er en veletablert 3-legepraksis hvorav de andre to legene er spesialister i allmennmedisin. Arbeid på sykehjem 2 dager pr uke vil primært være ved korttidsavdeling.

Det er gåavstand til togstasjon både fra fastlegekontor og til bo og behandlingssenter. se www.legejobber.no for fullstendig utlysningstekst

Søknadsfrist: 10.08.2026



TRONDHEIM
KOMMUNE

**Overlege/
medisinskfaglig rådgiver**

Trondheim interkommunale legevakt har fra 1. august 2026 ledig fast 100 % stilling som overlege/medisinskfaglig rådgiver med arbeid på dagtid. Stillingen gir sentral påvirkningskraft og variert hverdag. Les mer på vår nettside eller Legejobber.no. **Søknadsfrist: 29.03.2026**

Legejobber*

Barnesykdommer

Fagsjef Overlege Pediatri

Sykehuset Østfold HF,
Barne- og Ungdomsklinikken

Om arbeidsgiver

Sykehuset Østfold er rangert som ett av Europas mest høyteknologiske sykehus og tilbyr spesialisthelsetjenester innenfor somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling til mer enn 300 000 innbyggere i Østfold. Våre hovedoppgaver er pasientbehandling, forskning, undervisning og pasientopplæring. Sykehuset Østfold holder til i et topp moderne sykehusbygg på Kalnes og i et oppgradert sykehus i Moss.

Hva inngår i arbeidet?

Som fagsjef får du en sentral rolle i klinikkens ledergruppe og blir medisinskfaglig rådgiver for avdelingssjef. Stillingen innebærer fag- og resultatansvar samt personalansvar for våre 20 overleger. Videre, tett samarbeid med nøkkelpersoner, samt ansvar for å bidra til trygg pasientbehandling, effektiv pasientflyt, godt arbeidsmiljø og fremtidsrettet fagutvikling.

Rollen er nyopprettet, og innholdet kan utvikles videre i takt med klinikkens behov.

Hvem ser vi etter?

Vi søker deg som har norsk autorisasjon som lege, spesialistgodkjenning i barnesykdommer. Du har god forståelse for rammer, oppdrag og ledelse i sykehus. Ledererfaring samt erfaring fra kvalitets- og forbedringsarbeid, fagutvikling, endringsprosesser og tverrfaglig samarbeid, er ønskelig.

Hva tilbyr vi?

Vi tilbyr en sentral leder- og fagrolle i et sterkt pediatrisk miljø. Stillingen gir stor påvirkningsmulighet og gode muligheter for faglig og personlig utvikling innen ledelse. Du blir del av et kompetent og engasjert tverrfaglig miljø. Det kan tilrettelegges for klinisk arbeid og forskning etter avtale. Lønn avtales nærmere, og stillingen omfattes av gode velferdsordninger, og forsikrings- og pensjonsavtaler gjennom KLP.

For fullstendig utlysning og søknad, se Legejobber.no.
Søknadsfrist: 12.08.2026

 skagerak consulting

Rus- og avhengighetsmedisin

- Trygghet når du trenger det mest Sørlandet sykehus er Agders største kompetansebedrift, med over 7000 ansatte fordelt på ulike lokasjoner. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenester innen fysisk og psykisk helse og avhengighetsbehandling. I tillegg utdanner vi helsepersonell, forsker og underviser pasienter og pårørende. Les mer om oss på www.sshf.no og følg oss på Facebook.



Overlege ARA poliklinikk, Agder

Poliklinikken ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA), lokasjon Arendal har ledig 100% fast stilling for overlege med spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin (RAM).

ARA er en del av Klinikken for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling og tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling til mennesker med rus- og middelproblemer inkl. spillavhengighet i hele Agder. ARA er godkjent som utdanningsinstitusjon for LIS i rus- og avhengighetsmedisin, og vi tilbyr et sømløst spesialiseringssløp for leger i RAM.

Poliklinikken har ansvar for utredning, diagnostikk og behandling av alle typer rus- og avhengighetsproblematikk. Vi er lokalisert i Arendal og Kristiansand med terapeuter også i Mandal og Lister. Enheten har ca. 37 årsverk.

Vi har et fremtidsrettet perspektiv på rus- og avhengighetsbehandling og jobber aktivt for å være en faglig oppdatert organisasjon. Tross avstander mellom lokasjoner har våre leger et godt fellesskap. Vi har faste møter for alle leger i ARA en gang pr. uke. Det kan være mulig å kombinere klinisk arbeid med forskning gjennom ARA's egen forskningsenhet



For mer informasjon, se:
<https://sshf.no/om-oss/jobb-hos-oss>

Ta gjerne kontakt med enhetsleder Olav Lien tlf. +47 37019500

Søknadsfrist:
31.08.2026

WebCruiter id:
5136546260

Forskjellige stillinger



**Jobb i vakre omgivelser
- Fast 100 % stilling for legespesialist**

Vil du bruke kompetansen din til å gjøre ein forskjell – og samtidig leve tett på naturen? Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter søker ein engasjert lege som vil vere med på å gjøre ein reell forskjell – i eit fagmiljø der vi ser mennesket bak diagnosen, og der ressursar og meistring står i sentrum.

Vi jobbar intensivt og tverrfagleg, og er ein del av spesialisthelsetenesta. Som lege hos oss blir du ein nøkkelperson i eit breitt fagmiljø med høg kompetanse og eit felles mål: å gi pasientane betre livskvalitet og meistring i kvardagen.

Vi tilbyr mellom anna:

- Familievennleg dagstilling, utan vakter eller helgearbeid
- God fleksibilitet i arbeidskvardagen, med moglegheit for individuelle tilpassingar
- Fagleg utvikling: Kurs, vidareutdanning, hospitering og forskingsmoglegheiter
- Konkurransedyktige vilkår og gode pensjonsordningar

Les meir på Legejobber.no. Søknadsfrist 10.07.2026

Spesialist / indremedisin

Barstad, Johannes E./Barmed AS

A. Tidemandsgt. 20, 2000 Lillestrøm. Arbeids-EKG/ 24-timers BT/spirometri/hjerterytmerregistrering mm. Generell indremedisin. Timebestilling/Kort ventetid/ Tlf. 63 81 21 74/e-mail: post@barmed.nhn.no. Tilknytning NHN. **Driftsavtale.**

Kurs i vitenskapelig skriving
Oslo 1.-2. februar 2027

Hvordan skrive en god vitenskapelig artikkel



- Egner seg for klinikere og forskere innen medisin og helsefag med noe eller liten publiseringserfaring.
- Dekker alle faser i en publiseringsprosess, fra planlegging, skriving, tittel og abstrakt, til utarbeidelse av tabeller og figurer.
 - Kurslærerne er erfarne forskere og redaktører, blant annet fra tre av verdens mest prestisjetunge medisinske tidsskrifter.
- Forelesninger og gruppeundervisning med skrivetrening og tilbakemelding på egne abstrakt, tabeller og figurer.

Kurssted

Legenes hus
Christiania torv 5, Oslo

Kursavgift

7 300 kroner, som også dekker lunsj, kaffe og kursdiplom.

Språk

Kurset blir holdt på engelsk.

Forarbeid

Utkast til abstrakt, tabeller og figurer må sendes inn for vurdering i forkant av kursstart. Mer info vil bli gitt etter påmelding.

Kurslærere

Darren Taichman
Deputy Editor,
New England Journal of Medicine

Christine Laine
Editor-in-chief,
Annals of Internal Medicine

David Weinberg
Editor-in-chief,
Gastroenterology

Erfarne forskere og redaktører fra Universitetet i Oslo og Tidsskrift for Den norske legeforening.

Kurskoordinator

Line Anne Hovdenakk
Universitetet i Oslo

Påmelding

Snarest mulig, og senest 1. desember 2026. Det er et begrenset antall plasser. Påmelding ved å følge QR-koden:



**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
[legeforening.no/sentralstyret](https://www.legeforening.no/sentralstyret)
Ansattes e-postadresser finnes på
[legeforening.no/kontakt](https://www.legeforening.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)

Med ønske om en god sommer



Anne-Karin Rime
President

AK Rime

Før sommerferien starter for alvor, vil jeg benytte anledningen til å takke for innsatsen som legges ned i helsetjenesten hver eneste dag. De siste månedene har igjen vist hvor viktig det medisinske fellesskapet er – både for pasientene, for kollegene våre og for utviklingen av helsetjenesten.

I begynnelsen av juni samlet Legeforeningens landsstyre seg på Fornebu utenfor Oslo. Delegater fra hele landet møttes til tre dager med diskusjoner, prioriteringer og viktige veivalg for foreningens videre arbeid.

Landsstyremøtet er Legeforeningens øverste organ. Det er her vi sammen utvikler politikken vår og legger retningen for arbeidet videre. Også i år ble det tydelig hvor stort engasjementet er for både profesjonen og helse-tjenesten.

Møtet fant sted samtidig som arbeidet med en ny helsereform pågår. Det preget mange av diskusjonene. Norsk helsetjeneste holder gjennomgående høy kvalitet, og mye fungerer godt. Samtidig vet vi at presset øker, og at utfordringene er sammensatte. Skal vi lykkes med å utvikle tjenestene videre, må faglige vurderinger være førende, og tillit må få større plass enn kontroll og detaljstyring.

I sommer fyller Legeforeningen også 140 år. Jubileet ble derfor selvsagt markert under landsstyremøtet, og minner oss om den lange tradisjonen profesjonen vår står i. Helt siden 1886 har leger over hele landet bidratt til å utvikle medisinen, styrke helsetjenesten og bygge tillit i befolkningen. Samtidig minner jubileet oss om at Legeforeningen alltid har vært mer enn en forening – den er et faglig og kollegialt fellesskap.

Under landsstyremøtet diskuterte vi også beredskap og behovet for en mer robust helsetjeneste. Erfaringene fra de siste årene har vist hvor sårbar tjenesten kan være når belastningen blir stor over tid. God beredskap handler ikke bare om planer og

struktur, men om mennesker, kompetanse og arbeidsforhold – og om god samhandling mellom nivåene i helsetjenesten.

Tidligere i år valgte et enstemmig Storting å legge bort foreslåtte lovendringer knyttet til taushetsplikt, etter tydelige innspill fra Legeforeningen og fagmiljøene. Forslagene kunne fått store konsekvenser for hvordan leger kan bruke sin kompetanse i undervisning, veiledning, rådgivning og fagutvikling. Debatten har understreket hvor viktig det er at medisinsk erfaring og klinisk virkelighet blir hørt når regelverk utformes – og hvor mye vi kan få til når vi står sammen som profesjon.

NRKs serie LIS har satt søkelys på noe mange leger kjenner godt på: ansvaret, usikkerheten og presset som kan følge med legeyrket, særlig i starten av karrieren. Serien har minnet oss om betydningen av gode kolleger, veiledning og faglige fellesskap. Å ta vare på hverandre er en viktig del av det å ta vare på pasientene.

I en travel og krevende helsetjeneste er fellesskapet mellom kolleger viktigere enn noen gang.

Nå går vi inn i sommerukene. For mange betyr det etterlengtet ferie og tid til å hente seg inn igjen. Samtidig vet vi at mange leger og andre ansatte skal holde helsetjenesten i gang gjennom hele sommeren – på sykehus, legevakter, fastlegekontor og i kommunene over hele landet.

Takk til alle dere som er på vakt og holder helsetjenesten i gang når andre har ferie.

God sommer – enten du skal på jobb eller har ferie foran deg. ■

Landsstyremøtet 2026: – Leger skal ikke stå alene

Da Legeforeningen markerte 140 år som Norges største medisinske fellesskap, brukte president Anne-Karin Rime åpningstalen til å advare mot reformer, innsparinger og beredskapsplaner som ikke tar utgangspunkt i legers arbeidshverdag og pasientenes behov.

President Anne-Karin Rime åpnet tirsdag Legeforeningens landsstyremøte på Fornebu. I talen løftet hun frem betydningen av en sterk profesjonsforening – og behovet for å sikre leger rammer som gjør det mulig å gi god og trygg pasientbehandling.

– Behovet for faglighet, kollegialitet og en sterk profesjonell stemme er like viktig i dag som da Legeforeningen ble stiftet, sa Rime.

Hun viste til flere viktige gjennomslag det siste året, blant annet taushetsplikt-saken i Stortinget, Helfo-saken, Finnmarkssykehuset-saken, KBU-saken og enigheten med Spekter i overtidssaken.

– Dette er helt ulike saker. Men de handler om noe felles. Om rettssikkerhet. Om faglig skjønn. Om arbeidsvilkår. Om tillit. Og om at leger ikke skal stå alene når rammene rundt legegjerningen utfordres, sa Rime.

Advarer mot reformer som ikke løser kapasitetsproblemene

Ny helsereform er en av hovedsakene på årets landsstyremøte. Rime understreket at Legeforeningen ønsker endring der det trengs, men advarte mot reformer som ikke svarer på de faktiske utfordringene i helsetjenesten.

– Vi trenger ikke en reform for reformens skyld. Vi skal endre det som ikke fungerer. Men like viktig er det å verne om det som faktisk fungerer, sa Rime.

Hun advarte også mot å tro at helsetjenesten kan møte økte krav, styrket beredskap og kortere ventetider uten at det får konsekvenser.

– Det er ikke mulig å kombinere innsparinger, store strukturendringer, økt beredskap og kortere ventetider – uten at det får konsekvenser, sa Rime.

Rime viste til at ventetidsløftet har bekreftet at mange leger kan gjøre en ekstra innsats, men understreket at ekstraordinær innsats ikke kan være en varig løsning.

– Ekstra innsats må være frivillig, godt kompensert og forsvarlig planlagt. Vi trenger mer enn et ventetidsløft. Vi trenger et reelt helseløft, og en ny helsereform må ikke bli en sparereform, sa Rime.

Beredskap må bygges i hverdagen

2026 er Totalforsvarsåret, og Rime understreket at helsetjenesten er en avgjørende del av Norges totalberedskap.

– Beredskap handler om mer enn planer. Det handler om kompetanse, robusthet, kapasitet og arbeidsforhold, sa hun.

Hun advarte mot å planlegge beredskap løsrevet fra hverdagen i helsetjenesten.

– Det vi ikke har kapasitet til i vanlig drift, kan vi heller ikke trylle frem i en krise. Der Forsvaret rustet opp, kan ikke helsetjenesten bygges ned, sa Rime.

Fastlegeordningen må videreutvikles

Rime løftet også frem fastlegeordningen, som fyller 25 år, og omtalte den som en av de viktigste helsepolitiske reformene i moderne norsk historie.

– Ambisjonen var enkel, men kraftfull: Alle innbyggere skulle ha sin egen lege. En lege som kjenner deg og følger deg gjennom livet.

Hun understreket at fastlegeordningen ikke bare skal reddes, men videreutvikles. Legeforeningen har siden 2022 advart mot at pasienttilpasset basistilskudd ikke treffer godt nok, og at modellen kan gi utilsiktede og urimelige forskjeller mellom fastleger.

– Vi er ikke i mål og forhandlingene pågår fortsatt. Jeg lover å holde dere orientert når vi får et resultat, sa Rime.

Fellesskapet gjør oss sterkere

Rime avsluttet med å minne om fellesskapet som bærer Legeforeningen – og ansvaret leger står sammen om. Det ansvaret betyr ikke at leger skal bære helsetjenesten alene.

– Vår tid krever ikke at vi ofrer alt. Men den krever at vi gjør vårt beste. At vi står sammen og bruker stemmen vår. At vi holder fast ved det som er rett – også når det er krevende.

– Vi er leger. Vi er Legeforeningen. Og vi har 140 år med faglighet, ansvar og kollegialt fellesskap i ryggen når vi nå går videre, sa Anne-Karin Rime. ■

Knut E. Braaten

Lederprisen til Katrine Brække Norheim

Katrine Brække Norheim, avdelingssjef ved Revmatologisk avdeling ved Stavanger universitetssjukehus (SUS) tildeles Legeforeningens lederpris for 2026.



Lederlege: Prisvinner Katrine Brække Norheim (midten), sammen med president Anne-Karin Rime (til høyre) og visepresident i Legeforeningen Yngvild Skåtun Hannestad (til venstre). Foto: Thomas B. Eckhoff / Legeforeningen

Norheim får prisen for sitt langsiktige og målrettede arbeid med å bygge opp en fullverdig revmatologisk avdeling ved SUS. Under hennes ledelse har avdelingen styrket behandlingstilbudet til pasientene, og bidratt til bedre regionalt samarbeid om revmatologisk praksis og utdanning i Helse Vest. Siden 2024 har avdelingen vært godkjent som fullverdig utdanningsinstitusjon i revmatologi.

Rørt prisvinner

– Tusen takk, det var så hyggelig å høre begrunnelsen for prisen. Tusen takk til kollegene mine. Det føles som prisen er til hele avdelingen, for det vi har fått til har vi fått til som lag. Og takk til ledelsen som har gitt meg tillit til å bygge avdelingen, sa en tydelig rørt Norheim da hun mottok prisen.

– Prisvinneren er en leder som bygger lag og legger til rette slik at medarbeiderne spiller hverandre gode, uttrykte president Anne-Karin Rime da hun delte ut prisen.

I begrunnelsen fremheves Norheim som en faglig sterk, tilgjengelig og inkluderende leder. Hun beskrives som en sentral drivkraft i utviklingen av avdelingen, som har innfridd mål knyttet til både behandlingsskapitet og økonomi i en periode preget av vekst og omstilling.

Ansatte opplever innflytelse og faglig støtte

– Medarbeidere legger særlig vekt på hennes evne til å bygge et arbeidsmiljø preget av tilhørighet, medvirkning og trygghet. Medarbeiderne trekkes aktivt inn i beslutninger og utviklingsarbeid, og Norheim har arbeidet systematisk for å skape en kultur der ansatte opplever både innflytelse og faglig støtte, uttrykte Rime.

Ved siden av lederrollen har Norheim en sterk faglig profil. Hun har doktorgrad i revmatologi, er førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen, bidrar til nasjonale faglige prosedyrer og arbeider aktivt for å styrke forskning og deltakelse i kliniske studier. Hun har

også vært en viktig pådriver for samarbeid på tvers av fagmiljøer og sykehus.

Finnes ingen oppskrift på god ledelse

– Jeg syns det er så bra at Legeforeningen setter fokus på at god ledelse, for det er viktig. Det finnes ingen oppskrift på ledelse fra A til Å. Mitt første prinsipp er å være nysgjerrig, finne ut hvorfor noe ikke fungerer, og lære av det som fungerer. Alle er viktige, og vi blir bedre av å spille hverandre gode, fremhevet Norheim.

Priskomiteen mener Norheim har vist hvordan godt lederskap kan kombinere fagutvikling, forskning, utdanning og medarbeiderinvolvering. Samlet sett representerer hun en lederprofil som i særlig grad oppfyller kriteriene for Legeforeningens lederpris. ■

Ingrid Rise Fry

Skarpe fronter i debatt om likeverdige helsetjenester

Landsstyremøtets første dag ble avsluttet på Vippa i Oslo. Der møtte helseminister Jan Christian Vestre (Ap), Seher Aydar (Rødt), Kristian Eilertsen (Frp), Nina Dons-Hansen (H) og Kjersti Toppe (Sp) til debatt. Med seg på scenen hadde de også representanter fra Allmennlegeforeningen (AF), Overlegeforeningen (OF) og Yngre legers forening (YLF).



Allerede tidlig i ordskiftet ble det tydelig at avstanden var stor mellom politiske ambisjoner og hvordan situasjonen oppleves i tjenesten. Journalist og analytiker Aslak Bonde fikk bryne seg som ordstyrer i timene som fulgte.

Enighet om prinsippet, uenighet om situasjonen

Alle deltakerne understreket betydningen av likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted og økonomi. Samtidig viste debatten raskt at det er betydelig avstand mellom politiske vurderinger og erfaringene som ble løftet fra fagmiljøene.

– Vi kan ikke bevilge oss ut av alle utfordringer. Skal vi sikre likeverdige helsetjenester også i fremtiden, må vi bruke ressursene smartere og frigjøre tid fra unødvendige oppgaver, sa helseministeren.

Dette ble møtt med skepsis fra både fagpanelet og deler av opposisjonen, som advarte mot at effektivisering i praksis ofte er innsparinger som gir økt belastning på ansatte og svekket tilbud til pasientene.

Brå og uforutsigbare endringer for fastlegene

Fastlegeordningen ble tidlig et konflikt-punkt i debatten. Nestleder i Allmenn-

Debatt: Landsstyremøtets første dag ble avsluttet på Vippa i Oslo. Der møtte helseminister Jan Christian Vestre (Ap), Seher Aydar (Rødt), Kristian Eilertsen (Frp), Nina Dons-Hansen (H) og Kjersti Toppe (Sp) til debatt. Med seg på scenen hadde de også representanter fra Allmennlegeforeningen (AF), Overlegeforeningen (OF) og Yngre legers forening (YLF). Foto: Thomas B. Eckhoff / Legeforeningen

legeforeningen, Else Worren Nygård, beskrev stor uro blant fastlegene, særlig knyttet til varslede endringer i basistilskuddet og manglende forutsigbarhet.

– I går var det fastlegeordningens 25-årsdag. Vi feiret ikke. For mens fastlegeordningen omtales som grunnmuren og gullet i helsetjenesten, blir den samtidig svekket i praksis. Fastlegene har stått i nettlege- og sykmeldingsdebatt, og nå plutselige endringer i basistilskuddet, sa Worren Nygård.

Senterpartiets Kjersti Toppe uttrykte bekymring for at distriktskommuner rammes særlig hardt, og stilte spørsmål ved om faktagrunnlaget for endringene stemmer med virkeligheten ute i tjenesten.

Hun fikk støtte fra Høyre.

– Å komme med en slik endring med seks ukers varsel er helt uforståelig for meg. Forstår helseministeren at dette er næringsdrivende leger? De har utgifter på utstyr og lokaler, de har ansatte. Da kan vi ikke snu opp ned på inntekten deres på denne måte, sa Dons-Hansen.

Helseministeren sa seg uenig i beskrivelsen av prosessen. Samtidig åpnet han for at endringene med basistilskuddet har hatt utilsiktede konsekvenser – og lovet videre dialog.

Etterlyste politisk ansvar

Temperaturen var også høy da Overlegeforeningen ved Marie Skontorp tok opp sykehusøkonomi, investeringer og krav om effektivisering.

– Nye sykehusbygg gir ikke automatisk økt produktivitet. Når forventede gevinster uteblir, blir konsekvensene ofte skjøvet nedover i systemet, sa hun, og etterlyste tydeligere politisk ansvar for prioriteringene.

Det samme bildet ble løftet fra salen av Eigil Ødegård Sandvik, leder i Møre og Romsdal legeforening. Han beskrev hvordan manglende økonomiske rammer og kapitalkostnader merkes direkte i hverdagen for både ansatte og pasienter.

Fremskrittspartiets Kristian Eilertsen trakk nettopp frem Møre og Romsdal som et eksempel på hvordan forstramme rammer kan true likeverdige tjenester.

– Når kutt omtales som effektivisering, men oppleves som tap av tilbud, har det gått for langt, sa han.

Flaskehalsen

– Hvordan kan vi snakke om likeverd når spesialistutdanningen verken er tilstrekkelig finansiert, riktig dimensjonert eller mulig å gjennomføre på normert tid? spurte Carolin Sparchholz, nestleder i Yngre legers forening.

Hun beskrev LIS1 som en flaskehals, der mange nyutdannede leger står

i kø, og der leger i spesialisering i stor grad brukes til drift fremfor utdanning. Resultatet er forsinket spesialisering og økende mangel på spesialister.

Helseministeren anerkjente deler av kritikken, og åpnet for å vurdere endringer i finansieringen av LIS1-stillingene. Samtidig sa han seg enig i at utdanningskapasiteten må styres etter helsetjenestens samlede behov.

Engasjert forsamling

Flere delegater fra salen tok ordet og utfordret politikkerne.

Lars Martin Bjerke, leder i Norsk kirurgisk forening, advarte mot at økonomi og styringsmodeller overskygger faget. Som et bilde på at helsetjenesten ikke skal styres som en bedrift, siterte han Kystpartiets tidligere leder Steinar Bastesen:

– Posten skal ikke gå med overskudd. Posten skal gå med post.

Mette Christin Lurfaldet fra Buskerud legeforening løftet spørsmålet om rekruttering og stabilitet i legestanden. Hun understreket at tid til pasientene er avgjørende, men at tid til veiledning, etterutdanning og faglig utvikling er like viktig for å beholde leger i tjenesten.

Også Kjetil Askim fra Hedmark legeforening utfordret politikkerne på overdreven teknologioptimisme. Han stilte spørsmål ved hvor realistisk det er å legge til grunn at teknologi og kunstig intelligens alene skal løse fremtidens bemanningsutfordringer.

Debatten synliggjorde et tydelig spenn mellom politiske prioriteringer og klinisk virkelighet. Mens politikkerne diskuterte systemer, modeller og rammer, beskrev fagmiljøene konsekvensene for pasienter, utdanning og arbeids hverdagen. ■

Elin Lothe Haga

Innsamlingsrekord til Medisinstudentenes humanitæraksjon

Medisinstudentenes humanitæraksjon (MedHum) høstet stort engasjement og giverglede, under Legeforeningens landsstyremøte på Fornebu. Hele 675 000 kroner ble samlet inn.

Arets MedHum-aksjon går til Leger Uten Grensers arbeid ved Hangha Hospital i Kenema-distriktet i Sierra Leone. Hangha Hospital er et mor- og barnesykehus i et land med noen av verdens høyeste dødelighetsrater blant gravide og små barn.

Styrker troen på medmennesket

Tradisjonen tro presenterte medisinstudentene humanitæraksjonen på dag to av landsstyremøtet, og ønsket om å bidra bredt om seg i den fullsatte salen. Talerstolen gikk varm da representanter fra de ulike foreningsleddene annonserte bidraget fra sin forening.

Totalt ble det gitt 675 000 kroner.

– Det er fantastisk å få oppleve en slik giverglede og et slikt engasjement for global helse, sier leder Jeanett Myren og nestleder Kaja Domaas Benestad i MedHum.

– Vi er rørt. Dette gir håp og styrker troen på medmennesket i en urettferdig verden.

Skal bekjempe dødelighet hos barn og gravide

Prosjektet har som mål å redusere den høye dødeligheten blant gravide og små barn. Dette gjøres gjennom tilgang til trygg fødselshjelp, vaksinasjon, behandling av blant annet malaria, og oppfølging av underernæring hos barn og mødre. Samtidig legges det vekt på langsiktig kapasitetsbygging gjennom opplæring av lokalt helsepersonell, samt forebyggende arbeid knyttet til hygiene, sanitærforhold og tilgang til rent vann. ■

Elin Lothe Haga

Sykehusmodell med faget i sentrum

Hvordan bør fremtidens helsetjeneste organiseres? Det spørsmålet sto sentralt da landsstyret diskuterte helsereform under landsstyremøtets andre dag på Fornebu.

Debatten er en del av Legeforeningens arbeid med å utvikle tydelige standpunkter før Helsereformutvalget legger frem sine anbefalinger.

– Målet er å utvikle en tydelig og samlet politikk for hvordan helsetjenesten bør organiseres i fremtiden, sa sentralstyremedlem Ingeborg Henriksen, da hun åpnet debatten.

Henriksen understreket at organisering og styring ikke er et mål i seg selv, men et virkemiddel for å sikre gode helsetjenester.

– God pasientbehandling starter med sterke fagmiljøer og trygge leger. Derfor er det viktig at vi diskuterer hvordan faget kan få den sentrale rollen det fortjener. Et stort fokus på økonomiske mål og rapportering kan føre til at vi mister både faglige og økonomiske gevinster av syne. God medvirkning og sterke fagmiljøer er også en forutsetning for god ressursutnyttelse.

Vil påvirke fremtidens helsereform

Helsereform er Legeforeningens satsingsområde i perioden 2025–2027. Målet er å bidra til at Helsereformutvalgets kommende NOU og den påfølgende stortingsmeldingen bygger på et kunnskapsgrunnlag og et verdigrunnlag som er i tråd med Legeforeningens politikk.

Det siste året har Legeforeningen arbeidet bredt med å utvikle egen politikk på området. Det er gjennomført intern høring, etablert arbeidsgrupper og arrangert workshop med legeledere i sykehus.

Arbeidet peker i en tydelig retning: Dagens styring legger for stor vekt på aktivitetskrav, rapportering og kortsiktige økonomiske mål. Det går på bekostning av faglig utvikling, utdanning, arbeidsmiljø og helhetlige pasientforløp.

To faglige innledninger

Professor Terje P. Hagen ved Universitetet i Oslo innledet debatten med et nordisk perspektiv på organiseringen av helsetjenesten. Han viste hvordan de nordiske landene historisk har hatt mange fellestrekk, med skattefinansierte helsetjenester og et tydelig

offentlig ansvar for både primær- og spesialisthelsetjenesten. Samtidig har landene de siste tiårene valgt forskjellige løsninger for styring og organisering av sykehusene.

– Verken Sverige, Danmark, Finland eller Norge har funnet den perfekte modellen for organisering av helsetjenesten, sa Hagen.

Han pekte på at alle de nordiske landene har forsøkt å møte mange av de samme utfordringene knyttet til koordinering, ressursbruk, kvalitet og tilgang til helsetjenester, men gjennom ulike reformer og styringsmodeller.

Etter Hagens nordiske perspektiv tok professor Pål Martinussen ved NTNU for seg den norske helseforetaksmodellen. Med utgangspunkt i styringsfilosofien bak New Public Management (NPM) beskrev han det han kalte «det evige dilemmaet» i moderne offentlig styring: Hvordan kombinere større frihet for virksomhetene med politisk kontroll og ansvar.

Ifølge Martinussen var helseforetaksreformen nettopp et forsøk på å finne denne balansen. Tanken var at politikerne skulle styre de overordnede rammene, mens sykehusene fikk større ansvar for den daglige driften. Samtidig mente han at avstanden mellom politikk og administrasjon aldri har blitt så stor som reformens arkitekter så for seg. Det har bidratt til økt styringskompleksitet og mer byråkrati.

Martinussen løftet også fram flere sentrale spørsmål i diskusjonen om framtidens styringsmodell. Blant annet utfordret han landsstyret på om tjenestene nødvendigvis blir bedre dersom statsrådets ansvar tydeliggjøres og det åpnes for mer løpende politisk styring.

Han stilte også spørsmål ved om beslutninger tatt i et departement eller direktorat vil oppleves som mer legitime blant ansatte enn tilsvarende beslutninger fattet i et foretaksstyre – og om en forvaltningsmodell faktisk vil gi mer åpne prosesser og større innflytelse for befolkningen.

Landsstyret vedtok resolusjon om helsereform

Som en del av landsstyrets behandling av saken, fremmet sentralstyret et

forslag til resolusjon om fremtidens styring av spesialisthelsetjenesten. Det kom en rekke innspill til resolusjonsforslaget fra talerstolen under debatten. Etter behandling av innspillene vedtok landsstyret en ny resolusjon om styring og organisering av spesialisthelsetjenesten. Resolusjonen erstatter Legeforeningens vedtak fra 2017 om å arbeide for å utvikle de regionale helseforetakene.

I resolusjonen slår landsstyret fast at spesialisthelsetjenesten fortsatt skal være statlig eid og ha et regionalt nivå, men at maktkonsentrasjonen må reduseres og beslutninger i større grad flyttes nærmere fagmiljøene og pasientbehandlingen.

Resolusjonen understreker også behovet for sterkere faglig medvirkning, mindre unødig rapportering og byråkrati, bedre samhandling og et finansieringssystem som i større grad understøtter helsetjenestens kjerneoppgaver.

Vedtaket skal danne grunnlag for Legeforeningens videre arbeid med helsereform og foreningens innspill til den politiske behandlingen av Helsereformutvalgets forslag.

Resolusjonen kan leses i sin helhet på legeforeningen.no. ■

Tor Martin Nilsen



Leder i Yngre legers forening, Ingeborg Henriksen. Foto: Thomas B. Eckhoff / Legeforeningen

Professor Terje P. Hagen ved Universitetet i Oslo. Foto: Thomas B. Eckhoff / Legeforeningen



Professor Pål Martinussen ved NTNU. Foto: Thomas B. Eckhoff / Legeforeningen



Prisvinnere: Silje Rebekka Heltveit-Olsen ved Universitetet i Oslo var en av prisvinnerne under Landsstyremøtet 2026. Hun ble tildelt Marie Spångberg-prisen for forskning på forebygging av tilbakevendende urinveisinfeksjoner hos eldre kvinner. Foto: Thomas B. Eckhoff / Legeforeningen

Prisdryss fra Legeforeningen

Flere fagmedisinske priser fra Legeforeningen ble delt ut under landsstyremøtets første dag på Fornebu.

Pris for forebyggende medisin til studie om oppfølging av hjerteinfarktpasienter

Legeforeningens pris for forebyggende medisin 2026 går til Jarle Jortveit, John Munkhaugen, Anete Kaldal og Sigrun Halvorsen for artikkelen *Sekundærforebygging hos hjerteinfarktpasienter med kjent koronarsykdom*, publisert i *Tidsskrift for Den norske legeforening*.

Studien undersøkte i hvilken grad pasienter med kjent koronarsykdom som senere ble innlagt med akutt hjerteinfarkt, hadde nådd behandlingsmålene for sekundærforebygging. Forskerne analyserte data fra Norsk hjerteinfarktregister og inkluderte pasienter innlagt ved norske sykehus i perioden 2013–2022.

Funnene viser at behandlingsmålene

i liten grad ble oppnådd. Bare to prosent av pasientene hadde nådd alle målene for sekundærforebygging, og måloppnåelsen var i hovedsak uendret gjennom studieperioden.

Juryen fremhever at studien bygger på et solid datagrunnlag og belyser et viktig folkehelseproblem.

Forfatterne peker på flere mulige tiltak: «Tydelige råd om behandlingsmålene ved utskrivelse, obligatorisk registrering i det nasjonale oppfølgingsregisteret, større involvering av både primær- og spesialisthelsetjenesten med fokus på bedre måloppnåelse, samt økt bruk av digital hjemmeoppfølging».

Artikkelen gir et tydelig budskap til klinikere, forskere og beslutningstakere om behovet for sterkere innsats for å forebygge nye hjerte- og

karsykdommer hos pasienter med kjent koronarsykdom.

– Det er en stor ære å få denne prisen. Som dere ser, har studien avdekket noen nedslående tall. Det er et stort gap mellom det vi vet at vi bør gjøre, og det vi faktisk klarer å oppnå. Jeg håper at vi ved å sette søkelys på denne problemstillingen kan bidra til forbedringer. Det er tross alt bedre å forebygge enn å måtte behandle. Tusen takk for prisen, sa Jarle Jortveit fra scenen på vegne av prisvinnerne.

Marie Spångberg-prisen til forskning på forebygging av urinveisinfeksjoner hos eldre kvinner

Silje Rebekka Heltveit-Olsen ved Universitetet i Oslo er tildelt Marie Spångberg-prisen 2026 for forskning

på forebygging av tilbakevendende urinveisinfectionsjoner hos eldre kvinner.

Prisen gis for studien *Methenamine hippurate as prophylaxis for recurrent urinary tract infections in older women*, publisert i *Clinical Microbiology and Infection*. Studien undersøkte effekten av methenamin hippurat som forebyggende behandling hos kvinner over 70 år med tilbakevendende urinveisinfectionsjoner.

I den randomiserte, trippelblinde og placebokontrollerte studien deltok 289 kvinner fra Norge, Sverige, Polen og Nederland. Resultatene viste at behandling med methenamin hippurat reduserte behovet for antibiotikabehandling i løpet av den seks måneder lange behandlingsperioden.

Juryen fremhever at forskningen er av høy internasjonal kvalitet og tar opp en viktig utfordring i helsetjenesten: hvordan forebygge infeksjoner samtidig som antibiotikabruken begrenses. Studien viser at et rimelig og lite brukt legemiddel kan være et alternativ til antibiotika for enkelte pasientgrupper.

Marie Spångberg-prisen deles ut årlig for fremragende medisinsk forskning og er oppkalt etter Norges første kvinnelige lege.

– Det er en stor ære å bli valgt som mottaker av denne prisen blant så mange flinke kvinnelige kolleger. Det er en stor motivasjon for fremtidig forskningsarbeid. Jeg vil gjerne takke alle som har bidratt og deltatt i dette prosjektet. Jeg håper resultatene kan bidra til antibiotikafrie behandlingsformer, også for andre pasientgrupper, uttrykte Heltveit-Olsen da hun mottok prisen.

Kvalitetsprisen for spesialisthelsetjenesten til Polyppkonferansen i Helse Sør-Øst

Kvalitetsprisen for spesialisthelsetjenesten 2026 tildeles Polyppkonferansen i Helse Sør-Øst ved Ole Darre-Næss og Jens Aksel Nilsen fra Bærum sykehus, Helge Evensen fra Oslo universitetssykehus Ullevål og Jan Henrik Rydning fra Akershus universitetssykehus.

Prosjektet har som mål å styrke legers kompetanse i diagnostisk vurdering av polypper i tykktarmen og dermed bidra til bedre behandling av pasienter med kolorektale polypper. Gjennom et samarbeid mellom flere sykehus i Helse Sør-Øst og Endoskopiskolen er det etablert en ukentlig digital polyppkonferanse der leger kan diskutere pasienttilfeller og behandlingsvalg.

Juryen fremhever at prosjektet har dokumentert tydelige kvalitetsforbedringer i regionen. Leger klassifiserer polypper mer presist, og behandlingsvalg vurderes mer systematisk ut fra pa-

sientenes alder, komorbiditet og risiko-profil. Dette har bidratt til både mindre overbehandling i form av unødvendig kirurgi og mindre underbehandling som følge av utilstrekkelig fjerning eller feil behandlingsvalg.

Juryen mener prosjektet representerer en konkret og dokumenterbar kvalitetsforbedring som har styrket pasientsikkerheten, bidratt til bedre pasientforløp og sikret mer likeverdige helsetjenester på tvers av sykehusene i regionen.

– Tusen takk for pris, det var overraskende å få lov til å nå opp på denne kvalitetspallen. Jeg må takke alle som har bidratt i arbeidet. Vi har fått til et viktig samarbeid som gjør at vi kan behandle pasienter bedre, sa Ole Darre-Næss fra scenen.

Kvalitetsprisen for primærhelsetjenesten til prosjekt om redusert bruk av psykofarmaka på sykehjem

Inger-Johanne Seglen i Bærum kommune tildeles Kvalitetsprisen for primærhelsetjenesten 2026 for prosjektet *Reduksjon av psykofarmaka på sykehjem i Bærum*.

Seglen er spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin, og arbeider som medisinsk rådgivende overlege for aldring og mestring i Bærum kommune. Prosjektet har hatt som mål å redusere unødvendig og potensielt skadelig bruk av vanedannende legemidler blant eldre sykehjemspasienter, med særlig vekt på langtidsbruk av benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler.

Juryen fremhever prosjektet som et forbilledlig kvalitetsforbedringsarbeid. Det er tatt i bruk anerkjente metoder for kvalitetsforbedring, og det er samlet inn data systematisk før, under og etter gjennomføringen av tiltakene. Resultatene viser betydelige reduksjoner i legemiddelbruk blant pasientene, samtidig som kompetansen hos leger og annet helsepersonell er styrket.

Prosjektet har også fått oppmerksomhet i fagmiljøer og medier, og trekkes fram som et viktig bidrag til målene i Gjør kloke valg-kampanjen og arbeidet for en mer bærekraftig helsetjeneste.

– Det er en veldig stor ære å få stå her som vinner av denne viktige prisen. Først og fremst så er ikke dette en pris til en person, men et lagarbeid. Mange tenker at bruken av disse medisiner handler om legen, men det viser seg at det handler mer om kultur, rutiner og samarbeid rundt pasienten. Det som er mest rørende hos meg er at vi har sett positive endringer hos de skrøpelige pasientene. De er roligere, mer delaktige, har bedre døgnrytme og smiler mer. Prosjektet minner om noe større, det er

lite forskning på skrøpelige eldre på sykehjem. Håper prisen kan inspirere andre til lignende prosjekter, sa Seglen da hun mottok prisen.

To leger tildeles reisestipend fra Caroline Musæus Aarsvolds fond

Holmfridur Helgadóttir og Marte Meyer Walle-Hansen er tildelt støtte fra Caroline Musæus Aarsvolds fond for 2026. Begge skal gjennomføre forskningsopphold ved internasjonalt anerkjente forskningsmiljøer.

Helgadóttir, som er lege i spesialisering i fordøyelsessykdommer ved Haukeland universitetssykehus og forsker ved Norsk PSC-senter ved Rikshospitalet, får støtte til et ni måneders forskningsopphold ved Universitetssykehuset i Zürich. Prosjektet skal undersøke molekylære mekanismer bak kolestatisk kløe og bidra til utvikling av nye diagnostiske tester og behandlingsmuligheter.

– Det er en stor ære for meg å ta i mot denne støtten. Jeg har gjennom arbeidet mitt sett at vi vet alt for lite om symptomet kløe og mekanismene bak. Takk for tilliten, og jeg gleder meg enormt til å reise og lære mer ved fagmiljøet ved Universitetssykehuset i Zürich, sa Helgadóttir fra scenen da hun mottok prisen.

Walle-Hansen, som er lege i spesialisering i geriatri ved Bærum sykehus, får støtte til et forskningsopphold ved Harvard Medical School i USA. Hun skal studere sammenhengen mellom skrøpelig og livskvalitet hos pasienter med perifer karsykdom, med mål om å styrke kunnskapsgrunnlaget for mer personilpasset behandling.

– Denne tildelingen er ikke bare en annerkjennelse av et prosjekt, men en pasientgruppe jeg er veldig opptatt av. Jeg brenner for den eldre, skjøre og skrøpelige pasienten som det feiler mye. Disse pasientene fortjener mer oppmerksomhet. Så tusen takk for denne tildelingen til å fortsette denne spennende forskningen, sa Walle-Hansen.

Juryen fremhever at begge prosjektene holder høy vitenskapelig kvalitet og gjennomføres ved ledende internasjonale forskningsmiljøer. Kunnskapen som opparbeides gjennom oppholdene forventes å komme norske pasienter og helsetjenesten til gode. ■

Ingrid Rise Fry

Bildeglimt fra landsstyremøtet 2026

Landsstyremøtet 2026 gikk av stabelen fra tirsdag 2. juni til torsdag 4. juni på Scandic Fornebu. Landsstyret er Legeforeningens øverste organ og viktigste møteplass. Delegater fra hele landet har diskutert politikk, prioriteringer og retningen for foreningens videre arbeid.



Her ser du noen av bildene som ble tatt under møtet. Du finner mange flere bilder på Legeforeningens Facebook-side.



Alle foto: Thomas B. Eckhoff / 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 fagfellevurdering av vitenskapelige manuskripter. Mer informasjon om deres bakgrunn finnes på tidsskriftet.no.

Abedini, Sadollah
Andersen, Mette
Andreassen, Ole A.
Austen, 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
Fønne, 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
Hjelmesæth, Jøran Sture
Hofmann, Bjørn
Holme, Øyvind
Holmøy, Trygve
Houge, Gunnar
Hovda, Knut Erik
Hunskår, Steinar
Høye, Anne
Høye, Sigurd
Høymark, Siv Cathrine
Haavardsholm, Espen

Ihle-Hansen, Hege
Jacobsen, Anne-Synnøve
Jacobsen, Geir Wenberg
Joakimsen, Ragnar
Johansen, Rune
Johansen, Truls E. Bjerkklund
Juel, Niels Gunnar
Jørgensen, Anders Palmstrøm
Koppnæs-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 Ording
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 Hylan
Rasmussen, Jørn Einar
Reed, Wenche
Reikvam, Håkon
Renaa, Therese
Retterstøl, Kjetil
Revheim, Mona-Elisabeth
Risnes, Kari Ravndal
Risøe, Cecilie
Rogne, Tormod
Rosvold, Elin Olaug
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
Vettrhus, Morten
Vistad, Ingvild
Viste, Kristin
Wallenius, Marianne
Wiseth, Rune
Wold, Cecilie Bendiksen
Wyller, Torgeir Bruun
Zahl, Per-Henrik
Øksengård, Anne Rita
Ørstavik, Kristin
Øymar, Knut
Aavitsland, Preben

Tidsskriftet

Legeforeningen utgir Tidsskrift for Den norske legeforening som medlemsblad og medisinskvitenskapelig tidsskrift. Tidsskriftet skal

- være et organ for medisinsk utdanning som stimulerer til faglig vedlikehold og fornyelse for legen som allmenn kliniker
- stimulere til medisinsk forskning og fagutvikling
- bidra til holdningsdanning hos legene
- videreutvikle etiske og kulturelle idealer i den medisinske tradisjon
- fremme den helsepolitiske debatt

© Tidsskrift for

Den norske legeforening

Gjengivelse av artikler, tabeller og illustrasjoner krever som hovedregel skriftlig tillatelse fra forfatterne og redaksjonen, og med Tidsskrift for Den norske legeforening som kildeangivelse.

For alle vitenskapelige artikler innsendt etter 1.1.2020 gjelder åpen tilgang-lisensen CC BY-ND 4.0. Artiklene vil være merket med denne lisensen på tidsskriftet.no. Bilder, illustrasjoner og andre elementer er også omfattet av lisensen dersom ikke annet er angitt i bildeteksten. Dersom elementer er rettighetsbelagt, må man kontakte rettighetshaver for gjenbruk.

Utgiver

Den norske legeforening
Generalsekretær Siri Skumlien

Redaktøransvar

Tidsskriftet redigeres etter 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.



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

Digitalsjef Einar Ryvarden

Markedssjef Ellen Bye Knutsen

Vitenskapelige redaktører

Siri Lunde Strømme, Kari Tveito

Publiseringsredaktør Tone Eenden

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 Rogstad

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 bidragsytere

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 Gjerløy Aasland

Redaksjonskomité

Kari Milch Agledahl, Jeanette Bjørke, Knut Eirik Ringheim Eliassen, Sverre Myren, Per Henrik Randsborg, Victoria Schei, Anne Cathrine Staff (leder)

Kontakt

Besøksadresse

Christiania Torv 5, Oslo

Postadresse

Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo

Sentralbord: 23 10 90 00

tidsskriftet.no

redaksjonen@tidsskriftet.no

annonser@tidsskriftet.no

oversettelse@tidsskriftet.no

stetoskopet@tidsskriftet.no

Trykk Aksell AS

Opplag 33 965

Antall utgivelser 15 numre per år

ISSN 0029-2001



KOMMER
18. AUGUST

Les i neste nummer

- Atypisk hodepine
- Tåkesyn
- Usikkerhet
- Spesialistrollen
- Eksantem

Hør de nyeste episodene av Tidsskriftets podkast

**Beskytter vaksine
mot helvetesild også
mot demens?**

Gjest: Joakim Øverbø

**Von Willebrands
sykdom**

Gjest: Ragnhild Måseide

Stetoskopet



Hantavirus

Gjest: Preben Aavitsland

**Tredobling av
inflammatorisk
tarmsykdom hos unge**

Gjest: Christine Olbjørn

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.

