

Utposten

3 2025
ÅRGANG 54

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



Annette Dragland:
Engasjert helseformidler

Samhandling
Digital hverdag
40 råd

UTPOSTEN**v/Kristin Olavsdotter Rutle**

Sjøbergveien 32

2066 Jessheim

MOBIL: 971 44 063

E-POST: korutle@gmail.com

REDAKTØRENE AV UTPOSTEN**Kjell-Arne Helgebostad**

MOBIL: 416 74 290

E-POST: helgebos@gmail.com

Arild Iversen

MOBIL: 958 86 343

E-POST: lege.arild.iversen@gmail.com

Marit Tuv

MOBIL: 975 66 647

E-POST: marittuv@hotmail.com

Kari Thori Kogstad

MOBIL: 900 28 812

E-POST: k-tkogs@online.no

Njål Flem Mæland

MOBIL: 994 09 959

E-POST: nflem@online.no

Elin Tora Hoel

MOBIL: 995 50 160

E-POST: elintora@hotmail.com

Guro Hafnor Røstvig

E-POST: guro.h.rostvig@gmail.com

FAGLIG MEDARBEIDER:**Eli Berg**

MOBIL: 913 18 180

FORSIDEFOTO:**Pixabay****DESIGN/LAYOUT:****Morten Hernæs, Aksell****TRYKK:****aksell****TRYKT
I NORGE**

NO - 1470

Du finner Utposten på
www.utposten.no**1 LEDER:** Du må ikke tåle så inderlig vel
den urett som ikke rammer deg selv*Marit Tuv***2 UTPOSTENS DOBBELTTIME:** Med mot til å legge om livet*Annette Dragland intervjuet av Kjell-Arne Helgebostad***6 Samhandlingsmøter for ALIS – ein måte å læra?***Gerd Signy Solberg Omland***12 Hvordan få gitt hjelp til barn som er vanskelige å nå***Trond Sødal***15 FEIRING VIDEREGÅENDE SKOLE:** Læring i et trygt fellesskap*Susann Laache***18 Hvem bestemmer hva som er god praksis?***Nicolas M. F. Øyane***22 Å drysse stjernestøv i en kaffekopp***Endre Osen Skjølberg***24 Helse er evna til tilpasning***Solfrid Hellesøy Siqueland***26 Medisinsk nødmeldetjeneste****– uutnyttet ressurs eller overbelastet tjeneste?***Anne Siri Johnsen, Emil Iversen og Guttorm Brattekø***30 FASTLEGER OG DEN NYE DIGITALE HVERDAGEN:****– Forandret måten legen behandlet pasientene på***Lisbeth Nilsen***34 Mine erfaringar som distriktslege****DEL 3: LIVET SOM DISTRIKTSLEGE***Torleiv Robberstad***38 Bokanmeldelser****40 INNPOSTEN:** Smertebehandling – tanker og erfaringer*Peter Prydz***41 Sakset fra forskning***Kompilert av Lisbeth Nilsen***42 LEGEFORENINGENS HJØRNE:** Fem år etter pandemien
startet: Hvor står samfunnsmedisinerne nå?*Meera Grepp***43 FASTE SPALTER****HVA LESER LEGEN 43****TIPS & RÅD 44****KONSULTASJONEN****JEG ALDRI GLEMMER 45****RELIS 46****LYRIKKSTAFETTEN 48**

Du må ikke tåle så inderlig vel den urett som ikke rammer deg selv

Bildene har brent seg fast på netthinnen. Babyen med mørkebrune, skrekkslagne øyne – fanget i ruinene av sitt eget hjem. Synet av små fingre gjennom et lite hull i betongmassene. Den døde sjuåringen som hang på husveggen i en rosa genser. Eksplosjonen var så kraftig at hun mistet begge beina. Vakre Reem på tre år, urørlig på fanget til en knust bestefar. Han er heller ikke mer.

Femåringen Hind som ringte etter hjelp der hun satt omringet av drepte familimedlemmer i en bil under angrep. Hun ble henrettet sammen med ambulansesersonellet som kom for å redde henne (1). Den unge mannen som løftet hendene ut av flammehavet helt til livet ebbet ut (2). Ambulansearbeidere som ble drept på jobb og begravet sammen med kjøretøyene sine (3, 4). Målrettede angrep på sykehus, hjelpearbeidere og journalister.

Tallet på drepte i Gaza er passert 50 000 på 18 måneder. Én av tre var barn. Av disse var 876 under 12 måneder, 844 rakk bare å fylle sitt første år, og 842 ble kun to år gamle (5).

Vi ser små kropper som åler seg rundt med beinstumpene slapt etter seg. En gang kunne disse barna krabbe eller gå. Vi ser mødre og fedre knuge til seg hvite bylter med det kjæreste de hadde, før de

må gi slipp. Verden har sett folk bære restene av barna sine i plastposer. Vi ser gråtende barn lete forgjeves etter både mat og familien sin. Noen er de eneste gjenlevende i det som en gang var store familier. Vi har sett små barn som er blitt skutt i hodet (6).

Så scroller vi videre og fortsetter med vårt. Samtalene i lunsjen handler om det samme, selv om alt er endret og verden aldri vil bli som før. Det river hjertet mitt i stykker. Tanken på at bombene slippes fra kampfly med norskproduserte deler er ikke til å holde ut. Hva skal vi si til våre barn og barnebarn når de spør hva vi gjorde for å stanse grusomhetene?

Mange føler seg handlingslammet. Men Norge har vist vei tidligere, både under apartheidregimet i Sør-Afrika og overfor Russland etter invasjonen av Ukraina. Finansministeren og regjeringen kan instruere Norges Bank om å trekke Oljefondet ut av selskaper som bidrar til brudd på folkeretten.

Koalisjonen «Don't Buy Into Occupation» fant at fondet per november 2024 hadde investert over 220 milliarder kroner i selskaper med virksomhet i ulovlige israelske bosetninger på den okkuperte Vestbredden, halvparten av selskapene er svartelistet av

FN. KLP utelukket i fjor Siemens, Coca-Cola, Volvo Group og Caterpillar, mens Oljefondet har 20 milliarder kroner investert i disse selskapene (7).

Som norske borgere kan vi kreve at Norge gjør mer. Det holder ikke å fordømme handlingene på Gaza i ord – det må også kreves i handling. Norge bør kreve sluttbrukererklæring for våpeneksport til USA og andre NATO-allierte, og vi kan trekke Oljefondet ut av selkap som medvirker til okkupasjon og forbrytelser mot menneskeheten..

Folkemordet i Palestina skjer på vår vakt og historien vil dømme oss hardt. Tilgi dem ikke, de vet hva de gjør!

REFERANSE

1. https://en.wikipedia.org/wiki/Killing_of_Hind_Rajab.
2. <https://tv.vg.no/nyheter/nb-sterke-inntrykk-filmet-flyktninger-brenne-levende?id=311176>.
3. <https://www.nrk.no/urix/fordommer-israelsk-angrep-pa-hjelpearbeidere-1.17367069>.
4. <https://www.vg.no/nyheter/i/93Q4Or/15-hjelpearbeidere-funnet-i-massegrav-i-gaza>.
5. <https://www.vg.no/nyheter/i/8qKOMw/doeslisen-fra-gaza-876-drepte-babyer>.
6. <https://www.nrk.no/urix/leger-hevder-israel-skyter-barn-i-gaza-med-vilje-1.16982020>.
7. <https://www.dagsavisen.no/nyheter/innenriks/2025/04/03/ut-mot-stoltenberg-kan-ikke-fortsette-a-skyld-pa-andre/>.

MARIT TUV
MARITTUV@HOTMAIL.COM

Du må ikke sove

Du må ikke sitte trygt i ditt hjem
og si: Det er sørgelig, stakkars dem!
Du må ikke tåle så inderlig vel
den urett som ikke rammer deg selv!
Jeg roper med siste pust av min stemme
Du har ikke lov å gå der og glemme!

Tilgi dem ikke, de vet hva de gjør!
De puster på hatets og ondskapens glør!
De liker å drepe, de frydes ved jammer,
de ønsker å se vår verden i flammer!
De ønsker å drukne oss alle i blod!
Tror du det ikke? Du vet det jo!

ARNULF ØVERLAND



Med mot til å le

Annette Dragland ■ INTERVJUET AV KJELL-ARNE HELGEBOSTAD

Planen var å ta et års fri fra legejobben for å lage pasientinformasjon i podkast-format. Fire år senere driver Annette Dragland en av Norges mest populære helsepodkaster, med et stort engasjement for formidling og for helhetlig perspektiv på helse.

Annette tar imot *Utposten* hjemme i stua på Fornebu utenfor Oslo. Det er her hun gjør de fleste av opptakene til podkasten *Leger om livet*.

– Hvordan startet du med podkast?

– Jeg hadde jobbet som fastlege og begynt spesialisering på hudavdelingen ved UNN Tromsø, da jeg innså at jeg formidlet den samme kunnskapen på nytt og på nytt

til pasientene mine. Så tenkte jeg: Jeg tar et år fri for å intervju ulike leger om deres spesialfelt. Da vil jeg ha podkastepisoder som jeg kan gi til pasientene mine, og jeg vet at det er ordentlig informasjon, riktig og forskningsbasert.

– Så du tok et år fri fra jobben?

– Ja! Jeg var så heldig at jeg hadde en legevenninne som ble med i starten, Ida

Tennebeck. Uten henne hadde jeg ikke klart det. Jeg er jo ikke veldig glad i å vise meg fram, og det å snakke i podkast er ikke noe jeg hadde trening eller utdanning i – lyd, teknikk, alt det der.

Da Annette fikk tilbud om ny jobb på hudavdelingen på Rikshospitalet, følte hun seg ikke ferdig med podkasten. Hun følte at hun bare måtte ringe til sjefen og be om et års permisjon. I dag sier hun til seg selv at hun skal gjøre dette så lenge hun synes det er artig. Ved siden av podkasten jobber Annette klinisk som lege en dag i uka, og hun holder foredrag og kurs, blant annet om søvn. I starten brukte hun en hel arbeidsuke på én episode, nå bruker hun omtrent to dager. Podkasten har mellom 30 og 50 tusen lyttere hver uke. Ut fra tilbakemeldingene fra lytterne anslår Annette at halvparten er helsepersonell. Den andre halvparten er det hun kaller mannen eller kvinnen i gata som er veldig interessert i helse.

– I podkasten snakker du om dine erfaringer som lege, men du har også valgt å være åpen om egen helse?

– Kortversjonen er at jeg var frisk hele mitt liv, fram til jeg dro til USA som utvekslingsstudent da jeg var 16 år. I løpet av året i Amerika spiste jeg nesten utelukkende ultraprosessert mat. Da jeg kom tilbake til Norge, raste jeg ned i vekt og fikk problemer med fordøyelsen. Fastlegen fant ut at jeg hadde *Helicobacter pylori* og jeg fikk to antibiotikakurer. Etter det trodde jeg at jeg skulle bli bra i magen, men jeg ble bare mye, mye verre. Jeg ble plaget med residerende urinveisinfeksjoner, nyrebekkenbetennelser og lungebetennelser.

Mens hun gikk på medisinstudiet i Krakow utviklet Annette stadig flere plager, men hun var lite hos legen, fordi hun var redd for å bli sett på som hypokonder. Etter hvert fikk hun tre forskjellige autoimmune diagnoser, i tillegg til migrene, irritabel tarm og menstruasjonsforstyrrelser.

– Det ene tok det andre, jeg utviklet også leddsmerter og søvnplager. Da jeg kom til



gge om livet



femte året på studiet var jeg veldig dårlig, men jeg sa ikke noe til de andre på studiet. Etter hvert begynte jeg å miste håpet om at jeg skulle få en bedre helse og utviklet depresjon og sosial angst. Jeg ble innelukket, og nervøs av å være rundt folk. På et tidspunkt begynte jeg å tenke på om livet var verdt å leve. I dag tenker jeg at jeg vet hvor mørkt det kan bli, for jeg har vært der selv.

Vendepunktet ble en samtale med faren, på vinterferie hjemme i Vesterålen. Faren så på henne og sa: Annette, du har det ikke bra.

– Jeg var sikker på at jeg hadde klart å skjule det for alle. Det var som en mur brast i meg, og jeg skjønte at dette hadde gått for langt. Jeg følte at det måtte være noe mer jeg kunne finne ut av om mine plager. Jeg hadde utviklet et rekke sykdommer på tvers av mange medisinske fagfelt, men kunne det være en sammenheng mellom disse? Den kvelden satte jeg meg ned og begynte å lese på nettet.

– Hva ble inngangsporten din? På internett står det jo mye som er direkte feil, og ting som kan dra folk lenger ned eller lenger ut.

– Det er et godt poeng, det er vanskelig å finne forskningsbasert kunnskap som faktisk kan gjøre oss bedre. Det var veldig mange tilfeldigheter som gjorde at jeg viste hvordan jeg skulle søke. For det første hadde jeg medisinnutdannelsen i bunnen, så jeg var i stand til å lese studier, og kunne skille mellom gode og ikke så gode studier. Jeg hadde også begynt å snakke med en professor i Krakow, og spurt henne om hvorfor det var en så stor økning i mage- og tarmlidelser. Hun satte seg ned på en benk sammen med meg og snakket om tarmbak-

terier, som vi ikke lærte noe om i forelesningene. Hun fortalte at: «Det finnes noe som heter tarmbakterier. Vi vet ikke så mye enda, men vi tror de er viktige.» Når jeg begynte å lese om tarmbakterier, så jeg et univers som åpnet seg. Disse små mikrobene har jo utrolig mye å si for helsa, også for vår mentale helse.

Et uoffisielt forskningsprosjekt

Hun leste stadig mer om tarmbakterier, og andre temaer som epigenetikk, mitokondrier, cellehelse, søvn, bevegelse, mat og stressmestring.

– Jeg bestilte så mange bøker! Når jeg begynte å lese, tenkte jeg: Herregud, tenk at denne kunnskapen ikke er tilgjengelig for alle! Dette var i 2011, det var så vidt vi snakket om disse temaene. Heldigvis snakker vi mye mer om dem nå.

I tillegg til å endre kostholdet begynte hun å utforske meditasjon, fordi det var noe som gikk igjen i mange av bøkene hun leste. Hun innså at hun hadde vært veldig stresset i mange år.

– Jeg skjønte at jeg måtte gjøre noe med sinnet mitt, for jeg hadde jo gått i et halvt år og tenkt, «jeg vil dø, jeg vil dø, jeg vil dø.» I starten var det vanskelig å sette seg ned på en stol og puste. Jeg følte at jeg ikke klarte å knekke koden, men så forstod jeg at det ikke var noen kode å knekke: Det er rett og slett å bare sitte og tenke på pusten.

Etter hvert som hun ble bedre, begynte Annette å snakke med andre om disse temaene, også med pasientene, og hun delte gjerne ut bøker eller artikler på legekontoret. Som fersk fastlege gikk hun i gang med et høyst uoffisielt forskningsprosjekt sammen med ti pasienter som ønsket å en-

dre livsstil. De hadde bestilt time for ulike ting som mageplager, vektproblematikk, eller smerter i rygg og knær.

– Jeg spurte dem bare: Har du lyst til at jeg skal følge deg tett, hver fjerde uke, i seks måneder? Sånn at du får behandlingen du skal ha for plagene dine, men at vi gjør noen andre ting i tillegg?

Alle ti pasientene sa ja og ni fullførte hele perioden. Annette tok blodprøver, vekt og midjemål, og fylte ut noen skjemaer om mental helse i starten, og etter seks måneder. Det første de gjorde, var å se på maten.

– Jeg ga dem en bok om tarmbakterier og sa: Nå skal du lære litt om tarmbakterier og hvordan de påvirker hele kroppen din. Og så sa jeg: Vi går over til et råvarebasert kosthold. Hver gang du ser bakpå et produkt du har lyst til å kjøpe, hvis det har veldig mange ingredienser, så dropper du det, og så kjøper du heller noe annet. Så jeg gjorde det veldig enkelt. Fisk i stedet for fiskepinner. Rent kjøtt i stedet for ultraprosesserte hamburgere, og så masse grønnsaker og frukt. Så fulgte jeg dem opp hver fjerde uke, og oppfølgingen videre var tilpasset hver og en av pasientene.

Pasienten kan jo oppfatte at legen sier: «Du spiser feil!» eller «Du lever feil!» Hvordan unngår du det?

– Det er vanskelig å snakke med pasientene om livsstilsvalg, det er veldig personlig! La oss si at jeg har en pasient som kommer til meg med leddsmerter. Hun blir utredet for revmatisk lidelse, men uten funn. Uforklarlige symptomer. Vi er veldig vant til disse på legekontoret. Da spør jeg alltid rundt leddplagene: «Hvordan sover du? Hvordan er magen din?» Det tar faktisk



veldig kort tid å spørre om disse tingene. Ofte får jeg høre: «Søvnen er ikke på sitt beste. Ja, når du sier det, så har jeg slitt med både forstoppelse og løs mage.» Jeg spør aldri: «Er du stresset?», for da kan pasienten gå i forsvar: «Nei, jeg er ikke stresset! Det er ikke stresset som gjør det!» I stedet kan jeg spørre: «Hvor ofte gjennom uka kjenner du på ro? At det er godt å være deg?» Overraskende mange sier at de ikke kan huske siste gang de kjente noe sånt, og da kommer vi inn på det mentale. Så ser jeg hvor skoen trykker hos den aktuelle pasienten.

– Og du bruker ordet «bevegelse?» Ikke «trening»?

– Nei, jeg prøver å unngå «trening», for det er så belastet. Det er mye lettere å snakke med pasientene hvis jeg sier bevegelse. Jeg kan forklare at når vi beveger oss, frigjør vi gode hormoner, som gjør at vi føler oss bedre. Det er kjempeviktig! Vi vet at bevegelse er bedre for vår mentale helse, enn noe som helst medikament.

Etter seks måneder var ni av ti pasienter i den lille studien blitt betraktelig bedre fra sine plager, men de var også blitt mye bedre fra andre symptomer de hadde.

– Jeg kunne begynne å ta bort medisiner hos disse pasientene. En fastlege sa til meg at jeg kom til å bli upopulær når jeg drev og tok fra folk medisinerne deres, men det var egentlig heller det motsatte som skjedde. Pasientene ble veldig glade for at de endelig kunne ta kontroll over egen helse.

Åtti prosent er bra nok

Annette presiserer at det er vanskelig for fastleger å jobbe på denne måten. Hun endte opp med å bruke kvelder og helger på prosjektet sitt. Hun forteller om en ordning i Litauen der én fastlege på hvert fastlegekontor skal ha en helhetlig tilnærming og kan ta imot pasienter for å snakke om for eksempel søvn, eller hvor viktig det er med mat og bevegelse. Slik systemet i Norge er lagt opp i dag har ikke fastlegene tid og mulighet til å jobbe med dette, og det finnes få andre tilbud.

– Jeg håper at vi kan få en utdanning for helhetlig, forskningsbasert livsstilsmedisin. Vi må legge til rette for at tilhelingen også kan skje innenfra, for vi har en robust kropp som tåler utrolig mye.

Pareto-regelen er et prinsipp som Annette mener også kan gjelde for god helse: Åtti prosent av resultatet krever ofte bare tjue prosent innsats, mens det å få til de siste tjue prosentene kan kreve åtti prosent innsats. Det siste har veldig få tid eller kapasitet til.



– Dette er jeg opptatt av å formidle til pasientene: Vi skal ikke leve perfekt. Spis åtti prosent bra. Om du har noen dager i uka der du ikke får alle timene med søvn, så går det fint. Jeg har møtt folk som blir veldig opptatt av mat og er livredde for å spise usunt. Det fører ikke til bedre helse. Vi trenger ikke ta imot alle råd som blir kastet på oss. Se på hva som passer i ditt liv, der du er.

Podkasten heter *Leger om livet*, men du intervjuer også personer med annen fagbakgrunn?

– I en av de aller første episodene intervjuet jeg forsker Jessica Lönn-Stensrud om bakterier. Hun er ikke lege, men har enormt mye kunnskap om dette emnet. Etter hvert hentet jeg inn ulike fagpersoner som har kloke tanker om hva som skal til for bedre helse, og andre dyktige folk som har noen livshistorier som kan inspirere oss til å gjøre endringer. Jeg tenker alltid på at episodene mine skal favne bredt, så de kan hjelpe den enkelte der de er i sitt liv. Jeg tror at vi leger ønsker å lære mer om hva vi kan gjøre for å tilrettelegge for en robust helse. Vi får mye kunnskap om medikamenter, men lite om andre perspektiver.

– Hvordan unngår du at dette bare handler om tiltak på individnivå og hva den enkelte bør gjøre for sin egen helse og psyke?

– Jeg er opptatt av at samfunnet må tilrettelegge for at vi lever friskere liv. Når vi vet at femti prosent av det vi kjøper i matbutikken er ultraprosessert og at norske tenåringer er like inaktive som folk i syttiårene, så må endringene også skje på samfunnsnivå. Vi har nok data nå til å se at det å sitte mye fremfor skjerm og det å være ensomme er uheldig for helsen vår. I podkasten har jeg intervjuet flere samfunnsvitere, som for eksempel Bjørn Hoffmann og Ragnhild Bang Nes, som jobber på Folkehelseinstituttet. Jeg tror også at endring skapes fra grasrota, og at når mennesker får kunnskap om hva som er bra for oss, så vil vi også søke mer ut for å endre samfunnet. Akkurat nå er det dyrt å spise sunt, sånn kan det ikke være. Vi må tilrettelegge for aktivitet i skolen. Jeg gjør det jeg kan for å inspirere til et sunt liv – og så håper jeg at kanskje noen politikere også lytter, avslutter hun med et selvsikkert, nordnorsk smil.

■ HELGEBOS@GMAIL.COM

Samhandlingsmøter for

■ GERD SIGNY SOLBERG OMLAND • Kommuneoverlege i Hå og universitetslektor i samfunnsmedisin UiB

Psykiske helseplager står for ein aukande del konsultasjonar hjå fastlege. Samhandling med fagfolk i kommune og spesialisthelseteneste kan vere utfordrande. I denne studien har me sett på korleis ein praktisk kan leggja til rette for at legar i spesialisering kan læra om samhandling på ein god måte.

Nasjonal helse og samhandlingsplan 2024–2027, Vår felles helsetjeneste omtaler som eit av sine overordna mål «Gode pasientløp og rask tilgang til tjenester i hele landet» (1). Overgangane mellom tenestenivå vert sett på som særleg sårbare for svikt. Fleire stader i planen vert det omtala behov for føre-

byggjande fokus, forenkling og tidleg innsats.

Rapporten *Fastlegeordningen i krise* frå 2018 peiker på at arbeidsmengda til fastlegane har gått opp (2). Ekspertutvalet for allmennlegetenesta sin rapport viser og til at talet på konsultasjonar og kontaktar til

fastlege har gått opp særleg for kategorien psykisk helse (3).

Tilvisingane til poliklinikk ved DPS kjem som hovudregel frå fastlegane i området. Innleggingane til psykiatrisk sengepost går via fastlege og legevakt. Små endringar i legar i primærhelsetenesta sin tilvisingspraksis vil difor kunna ha stor påverknad på ventelistene. Fastlegane sin kunnskap og evne til å skriva presise tilvisingar vil kunna påverka fordelinga av kven som blir tildelte pakkeforløp i spesialisthelsetenesta. Alle DPS har litt ulik struktur og i tillegg har kommunar ulike tenestetilbod. Kvar helse-region har og særtilbod. Lokal gjennomgang



ALIS – ein måte å læra?

av tilvisingar til psykiatrisk poliklinikk i ein kommune, viste store variasjonar i tilvising og avvising. Det var ikkje enkeltforklaringar på kvifor det var store skilnader.

Det kan virke som om psykiske helseplager krev mykje av ALIS. I tillegg kan ein få inntrykk av at det er mykje krav og forventningar frå mange pasientar. Legen står i fare for å gje mest helsehjelp til dei som krev mykje og står mykje på for eigne rettar. ALIS-løpa legg til rette for tett og langvarig kontakt mellom ALIS, veileder og kommunens ansvarlege. Det gjer god moglegheit til å vera tett på kva som opplevast krevjande.

I ALIS-læringsmåla finn ein fleire stader omtala samhandlingskompetanse og kompetanse til å tilvisa til rett instans på rett tid (4). Dette heng nært saman med å sikra at tenestetilbodet vert mest mogleg likt fordelt for innbyggjarane.

I arbeidet med å sikra god opplæring for ALIS, er det viktig å finna gode møteplassar og regelmessige kontaktpunkt mellom ALIS og ulike tenestoområde. I tre nærliggjande kommunar er det tett samarbeid mellom kommuneoverlegane. I den eine kommunen har ein starta med faste møtepunkt mellom ulike kommunale tenester og alle nye LIS1 og ALIS. Kommunepsykologen i denne kommunen har utarbeidd ein oversikt over «Kven skal kor» som blir gjennomgått med alle nye legar. I tillegg er det etablert eit fast halvårleg møtepunkt mellom poliklinikkleiar på DPS, akutt-teamet, samhandlingslegen og nye legar i alle kommunane. Som erfarne allmennlegar med interesse for samhandling ynskta me å sjå nærare på konkrete måtar å leggja betre til rette for samhandling. I denne studien har vi undersøkt om det å invitera samarbeidspartnarar innanfor fagfeltet psykisk helse til ei nettverkssamling for ALIS, kunne ha verdi i å gjera samhandling enklare.

Metode

Kontekst og design

Ei ALIS-samling i 2023 hadde fokus på temaet psykisk helse. Representantar for kommunepsykologar, kommunal psykisk helse, psykiatrisk spesialisthelseteneste for barn og ungdom, for vaksne og rusfeltet, vart inviterte. Samarbeidspartnarane hadde korte presentasjonar om sine tilbod og sa litt om kva dei opplevde som utfordrande i samhandlinga. Deretter sat ALIS, veileder og samarbeidspartnarar i grupper og drøfta kasuistikkar. Det var totalt 45 deltakarar på samlinga.

Deltakarar i studien

I avslutningsdelen av samlinga fekk alle deltakarane utlevert skriftlege evalueringsskjema og informasjon om prosjektet som var planlagt. Alle fekk tilbod om å gje tilbakemelding på skjemaet dersom dei

ynskta å verta intervjuar til prosjektet. Gjennom dette rekrutterte vi to ALIS, ein veileder og to informantar frå samarbeidspartnarar. Samarbeidspartnarane kom frå lokalt DPS og frå kommunal psykisk helse-teneste i ein av kommunane.

Det vart utarbeidd ein intervjuguide der spørsmåla dreidde seg om korleis ein opplever arbeidet med pasientar med psykiske plager, samhandling og kva måte ein hentar erfaring og råd. Det vart gjennomført semistrukturerte intervju. Alle intervjuar varte ein times tid og blei gjennomført av forfattaren GSO som tok grundige notat. Det vart ikkje gjort opptak av intervjuar.

Analyse

Dataanalysen vart gjennomført av GSO med veiledning. Analysen følgde prinsippa til systematisk tekstkondensering og bestod av fire trinn (5). Intervjunotata vart lesne gjennom for å få eit overblikk over innhaldet. Deretter vart det gjennomført grundige gjennomgangar av teksten for å finna meningsberande einingar som sa noko om kva deltakarane erfarte i arbeidet med psykiske lidningar. Dei meningsberande einingane vart koda, og meningsinnhaldet vart kondensert og abstrahert. Samanfatinga av innhaldet i kvar kodegruppe vart gjort om til generaliserte skildringar som reflekterer deltakarane sine erfaringar.

Etikk

Deltakarane vart gitt pseudonym og opplysningane vart i størst mogleg grad anonymisert. Det vart søkt og gitt godkjenning til prosjektet i SIKT, prosjektet har referansennummer 726144.

Alle informantane fekk tilsendt prosjektskisse og intervjuguide på førehand.

Resultat

Kva hjelp ein skal gje handlar om kva problem pasienten presenterer, men og mykje om det som foregår rundt pasienten

I samtale med både ALIS og veileder kom det tydeleg fram at ALIS opplevde konsultasjonar om psykiske helseplager som krevjande å sortera i. Det var lite diagnosefokus, ein var meir oppteken av symptom-



ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNÆS / MOCKUP – PLACEIT

trykk, funksjonsnivå og systemet rundt pasientane. ALIS fortalde at dei opplevde at symptom og funksjonsfall ikkje alltid heng saman. Pasientar kunne fortelja om blomstrande symptom, men fungera tilsynelatande godt likevel. Andre kunne ha forholdsvis lite symptom, men fungera dårleg i kvardagen.

Ein ALIS beskreib samanhengen mellom kva som kunne fungera av tiltak ikkje alltid var logisk. Hen hadde og erfart at mange problemstillingar kom tilbake igjen, både for den enkelte pasient og i generasjonar. Ein ALIS skildra at det var fort gjort å tenkja at den som sit i stolen er umotivert og har dårlege strategiar for å gjera gode val. Men så viste det seg kanskje at pasienten ikkje har kunnskap og erfaring om at noko kan hjelpa.

ALIS opplevde at erfaring og kjennskap til pasientane gjorde det lettare å sortera ut kva som var viktig å ta tak i. Å bli kjent med lista si og ha generell menneskekunnskap synast ALIS var viktig.

ALIS fortalde at fleire pasientmøte gjorde at dei opplevde å havna i ein skvis mellom hjelperollen og portvokterrollen. Samtidig opplevde både ALIS og veileder at ein i rolla som fastlege har ein unik posisjon til å gje råd, normalisera og bidra til betre kunnskap. Men for å kunna fylla denne rolla synast ALIS det var svært viktig å kunna drøfta saker med gode kollegaer og andre instansar for å dempa usikkerheita som kan oppstå i møte med vanskelege saker.

I fleire av intervjuva vart det peika på at ein som lege kan smitta pasienten med manglande tru på betring. Det vart og sagt at ein kan forsterka problematikken med å gå med på henvisningar ein ikkje hadde tru på, når ein ikkje orker å gå inn i ein diskusjon. Ved å gje etter kan ein og bidra til skeivfordeling av behandlingstilbod.

Hovudutfordringa for ALIS i møte med psykiske helseplager synast oppsummert i dette sitatet frå 'Knut': «Men kven skal kor? Eg syns det varierer litt med meir enn problemstillinga kven som har nytte av kva.»

For å få til god samhandling er det viktig å kjenna kvarandre og få til å snakka saman når det er nødvendig

Ein ALIS sa at hen tidvis opplevde det som heilt håplaut å tilvisa til spesialisthelsetenesta. Hen brukte mykje tid på å finna ut kvar tilvisinga skulle sendast og korleis det skulle gjerast rett. Ein ALIS beskreib at hen hadde hatt stor motivasjon for å løysa mange problem i starten av ALIS-løpet men at den blei mindre etterkvart. Alle legane snakka varmt om akutt-teamet ved lokalt DPS. Legane opplevde dei som tilgjengele-

ge, pragmatiske og med god kapasitet. Det viktigaste for ALIS var at dei kunne ringa til akutt-teamet og finna gode løysningar som ikkje nødvendigvis fylgjer av eit skjema. ALISane fortalde at dei hadde blitt stadig meir medvetne om systemet og brukte dei instansane der dei hadde erfart pasientane kunne få hjelp. Å kunna ringa til nokon for å drøfta og få til møter i samansette saker vart satt pris på. Hindringa for å få dette til var at ein ikkje visste kvar ein skulle ringja, og tida det tok å finna dette fram.

Frå legevakt fortalde ALIS særleg om erfaring med tvangsinnleggingar, der det må sortrast i tilgjengeleg informasjon og ein ofte ikkje kjenner pasienten. Informasjonen kunne koma frå DPS, kommunale tenester, fastlege eller pårørande.

Informanten frå poliklinikken var oppatt av å få snakka med fastlegane og laga gode system. Dette fordi det er fastlegane som tilvisar, eller som sit og lurar på kven dei skal visa til. Representantar frå poliklinikken hadde vore på besøk på legemøte, men opplevde at viljen til å få dette til var varierende. I spesialisthelsetenesta kunne dei forstå at dei som tilvisar synest dei er strenge og ynskte i større grad å få til drøfting før tilvising. Perspektivet og samanhengen er forskjellig og difor kan det vera at ein snakkar forbi kvarandre, meinte informanten. Tanken var at opplevinga kunne vera betre om ein fekk drøfta skikkeleg i staden for at ein tilviste, fekk avslag og klaga. Eit forslag frå DPS var å ha faste samlingar for nye legar i kommunane. Hen held fram at DPS treng å kjenna kommunen og fastlegane dei samarbeider med.

Informanten frå kommunal psykisk helse uttrykte begeistring og eit sterkt ynskje om godt samarbeid med fastlegar. Hen hadde arbeidserfaring frå samhandling gjennom fleire år frå fleire kommunar og hadde inntrykk av at yngre fastlegar i større grad var interessert i samarbeid og andre tenester sitt perspektiv. Hen opplevde at fastlegane var gode til å gje tilbakemeldingar og uttrykka tillit til arbeidet som vart gjort i kommunen. Frå hen sin ståstad var ein fastlege som har kjent ein pasient over lang tid ein stor ressurs. Skifte av fastlege og stor geografisk avstand mellom fastlege og pasient var eit hinder.

Ein av legane sa dette om eit viktig premiss for å få til god samhandling:

Alle parter må kjenna til kvarandre, det er ein viktig føresetnad. Spesialisthelsetenesta må kjenna til oss i kommunen og vita noko om kva moglegheiter som finst og ikkje finst. Me som fastlegar må vita kva pasientgrupper me kan henvisa og kva som må gjerast fyrst.



ALIS treng å vita kva tilbod som er å finna der dei er og korleis dei oppnår kontakt

Både ALIS og veileder understreka at kunnskap om systemet og kvar pasientar med ulike problemstillingar kan sendast er viktig. Dei etterlyste seminar og fellesmøte med ein viss regelmessigheit. I intervjuva vart det òg etterspurt enkle og forstålege oversikter over kva som finst av tilbod. Kurs og fagleg oppdatering vart trekt fram som viktig for å kunna handtera mest mogleg sjølv på ein forsvarleg måte. Alle som vart intervjuva held fram verdien av å snakka med kollegaer på kontoret, veileder og personar i systemet elles for å læra om kva som fungerer. ALIS opplevde at kurs kan bli litt diffuse på dette feltet, særleg når det kjem til kva hjelp som er aktuell. Det er så store variasjonar at kurs ikkje alltid passar med det ein har i nærområdet sitt. ALIS som hadde hatt tredelt LIS1 med teneste i psykiatrisk avdeling, meinte at dette burde vera obligatorisk då det gjer god kunnskap om kva tid pasientane kan ha utbytte av å bli lagt inn og tilvist ved psykiatriske problemstillingar.

Ein ALIS sa det slik:

I grunnkurs i allmennmedisin vert det veldig diffust og kanskje om ein plass langt



ILLUSTRASJONSPOTO: GETTY IMAGES / DRAGOS CONREA

borte. Det er viktig å få oversikt over kva som finst der du er. Alle DPS og kommunar er forskjellige og ein treng å vita kva moglegheiter ein har der ein er. Ein må treffast og få presentert tilbod og snakka saman.

Diskusjon

Kva hjelp ein skal gje handlar om kva problem pasienten presenterer, og mykje av det som skjer rundt pasienten. For å få til god samhandling, er det viktig å kjenna kvarandre og å få til å snakka saman når det er nødvendig. ALIS treng å veta kva tilbod som er å finna der dei er og korleis dei oppnår kontakt.

Etter nettverkssamlinga for ALIS og veiledere der dei ulike instansane for psykisk helsearbeid var invitert, vart det delt ut anonyme evalueringsskjema skriftleg. Det var gjennomgåande gode tilbakemeldingar på samlinga. I intervju vert og denne samlinga vist til som eit nyttig forum.

Når det gjeld tidsbruk kan ein spørje seg om det er verd det. Alternativet vil vera å ta dette opp i veiledning for den enkelte eller å laga skriftlege oversikter. Me vurderer at det å treffast fysisk har ein verdi i seg sjølv, sidan ein då får eit ansikt å festa til namn og in-

stans og kanskje i større grad vil ta kontakt seinare. Spesielt i ALIS-forløpet framstår det viktig for legane å ha gode kontaktar å bruka når ein er i tvil. Dette er også eit av hovedfunna i studien til Breivold og medarbeidarar (6). Kollegadrøfting og stabil veilederrelasjon kan bidra til det.

Me vurderte at å gjennomføra nokre fleire intervju ville kunna gje eit rikare materiale, men omfanget vart avgrensa av hensyn til den tida som var disponibel til prosjektet.

Konklusjon og anbefaling

Nettverkssamlingar for ALIS der ein inviterer samarbeidspartnarar er ein nyttig måte å læra på. Kommunane har i ansvaret for ALIS-oppfølging plikt til å leggja til rette for veiledning og supervisjon. Det er viktig at dette arbeidet vert prioritert, så ALIS er sikra eit godt nettverk rundt seg i arbeidet generelt, men spesielt i arbeidet med psykisk helse. Kommunane, spesialisthelsetenesta og ansvarlege for ALIS i området bør sikra gode og oppdaterte oversikter over kva te-

nester som finst og kunnskap om kva som er aktuelt for ulike problemstillingar. Dette synest å henga saman med behov for å ha regelmessige treffpunkt mellom dei ulike aktørane. ALIS nettverkssamling er eit treffpunkt som kan brukast til å invitera samarbeidspartnarar, men det bør i tillegg setjast inn i opplæringsplan regelmessige punkt for å læra kvarandre å kjenna.

REFERANSAR

1. Regjeringen. Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste. In: HOD, editor. Oslo 2024.
2. Theie MG, Lind, L.H, Haugland, L.M, Skogli, E. . Fastlegeordningen i krise – hva sier tallene. Oslo; 2018.
3. Telle D, Abelsen, B., Elvestad, L.A., Grønvold, N.T, Iversen, T., Rashidi, K., Sakshaug, T. Gjennomgang av allmennlegetjenesten – ekspertutvalgets rapport. Oslo; 2023.
4. Helsedirektoratet. Kliniske læringsmål – allmennmedisin.
5. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. Scand J Public Health. 2012; 40(8): 795–805.
6. Breivold J, Ro KI, Hjørleifsson S. Conditions for gatekeeping when GPs consider patient requests unreasonable: a focus group study. Fam Pract. 2022; 39(1): 125–9.

Vektreduksjon og vektkontroll med Wegovy[®]

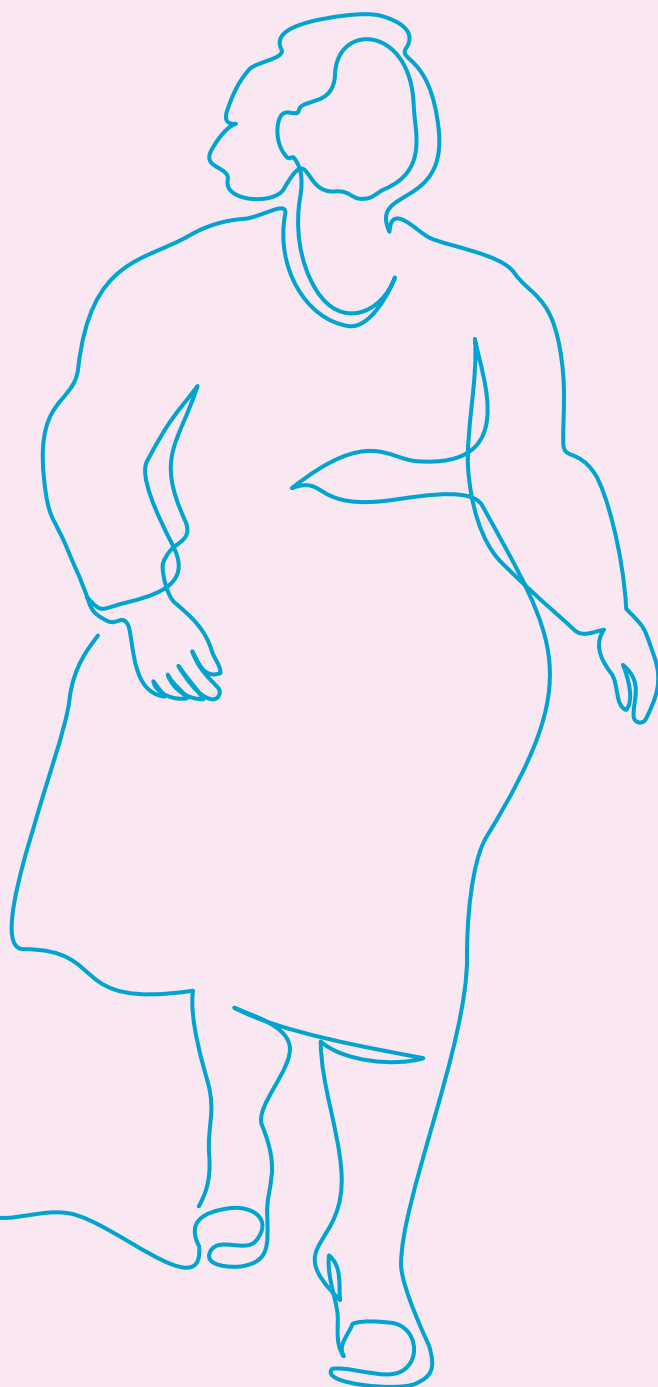
som tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet¹



-15 %

gjennomsnittlig vektreduksjon
oppretholdt i 2 år^{*2,3}

**Mer enn 1/3 av pasienter
gikk ned 20 % eller mer med
Wegovy^{®**2,3}**



Les mer på www.wegovy.no

* STEP 5: -2,6 % for placebo og -15,2 % for Wegovy[®], som tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for begge grupper (500 kcal/dag + 150 min/uke fysisk aktivitet + individuell oppfølging hver 4. uke) 12,6 % forskjell fra placebo, [KI 95 % -15,3; -9,8], p < 0,0001.^{2,3}

** STEP 5: I uke 104 etter baseline oppnådde 74,7 % av pasientene et vekttap på ≥ 5 % (primært endepunkt), 59 % et vekttap på ≥ 10 % og 50 % et vekttap på ≥ 15 % (bekreftende sekundære endepunkt). 36 % av pasientene oppnådde et vekttap på ≥ 20 % (supporterende sekundært endepunkt)^{2,3}

Indikasjon:

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

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

Ungdom (≥ 12 år): Tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for vektkontroll hos ungdom ≥ 12 år med fedme¹ og kroppsvekt > 60 kg. Behandling skal seponeres og reevalueres etter 12 uker dersom ungdomspasienten ikke oppnår en reduksjon i BMI på minst 5 % etter 12 ukers behandling med (Wegovy®) 2,4 mg eller maks. tolererte dose.¹

Fedme (BMI ≥ 95-prosentil) som definert i kjønns- og aldersspesifikk BMI-vekstkurve (CDC.gov).

Wegovy® – utvalgt sikkerhetsinformasjon

- De hyppigst rapporterte bivirkningene var **gastrointestinale** (svært vanlige, ≥ 1/10), inkludert kvalme, diaré, forstoppelse, oppkast og magesmerter. Generelt milde eller moderate i alvorlighetsgrad, og av kort varighet. Årsak til seponering hos 4,3 %. Kan forårsake dehydrering som i sjeldne tilfeller kan forverre nyrefunksjon. Unngå væskemangel
- Andre svært vanlige (≥ 1/10) bivirkninger:** Hodepine, fatigue
- Andre vanlige (≥ 1/100 til < 1/10) bivirkninger:** Dysstesi, dysgeusi, svimmelhet, gastritt, gastro-øsofageal reflukssykdom, dyspepsi, raping, flatulens, abdominal distensjon, gallestein, hårtap, reaksjoner på injeksjonsstedet. Hos pasienter med diabetes type 2: hypoglykemi (særlig i kombinasjon med insulin eller sulfonylurea), retinopati
- Gallestein:** Vanlig bivirkning ved bruk av semaglutid. Ble rapportert hos 1,6 % av de som fikk semaglutid og 1,1 % hos de som fikk placebo. Førte til kolecystitt hos 0,6 % og 0,3 % hos de som fikk henholdsvis semaglutid og placebo
- Pankreatitt:** 0,2 % for semaglutid og < 0,1 % for placebo. I den kardiovaskulære endepunktsstudien SELECT var frekvensen av akutt pankreatitt, bekreftet ved avklaring (adjudikering), 0,2 % for semaglutid og 0,3 % for placebo. Ved mistanke bør semaglutid seponeres. Semaglutid skal ikke gjenopptas etter bekreftet pankreatitt. Forsiktighet bør utvises hos pasienter som tidligere har hatt pankreatitt
- Tarmobstruksjon:** En alvorlig form for forstoppelse med tilleggssymptomer som magesmerte, oppblåsthet og oppkast. Rapportert med ukjent frekvens etter markedsføring
- Puls:** Gjennomsnittlig økning på 3 slag per minutt observert
- Skal ikke brukes** av **gravide** eller ved **amming**. Semaglutid skal på grunn av den lange halveringstiden seponeres minst 2 måneder før en planlagt graviditet
- Forsiktighet** bør utvises hos pasienter med inflammatorisk tarmsykdom eller gastroparese
- Ungdom (12 - < 18 år):** Generelt var frekvens, type og alvorlighetsgrad av bivirkninger hos ungdom tilsvarende det som sees hos voksne. Gallestein ble sett hos 3,8 % av pasientene behandlet med Wegovy® og 0 % behandlet med placebo. Ingen effekt på vekst eller pubertetsutvikling ble funnet etter 68 uker med behandling

	Kan benyttes uten dosejustering	Anbefales ikke
Alder	Voksne og ungdom ≥ 12 år Begrenset erfaring hos pasienter ≥ 85 år	Barn/ungdom under 12 år
Nyre-funksjon	Lett og moderat nedsatt eGFR > 30 ml/min 1,73m²	Alvorlig nedsatt, eller terminal nyresykdom eGFR < 30 ml/min 1,73m²
Hjerte-svikt	NYHA klasse I-III	NYHA klasse IV
Lever-funksjon	Lett og moderat nedsatt Forsiktighet bør utvises	Alvorlig nedsatt
Diabetes	Diabetes type 2	Diabetes type 1

Dosering – én gang per uke

Wegovy® skal injiseres subkutan i abdomen, i låret eller i overarmen og administreres én gang per uke når som helst i løpet av dagen, til måltid eller utenom måltid. For å redusere sannsynligheten for gastrointestinale symptomer bør dosen trappes opp i løpet av en 16-ukers periode til en vedlikeholdsdose på 2,4 mg én gang per uke.

For ungdom i alderen 12 år og eldre benyttes samme doseopptrappingsplan som for voksne. Dosen bør økes opptil 2,4 mg, eller til maksimalt tolererte dose oppnås. Se preparatomtale for mer informasjon om dosering.

Reseptgruppe og pris

Legemiddelgruppe: GLP-1-analog **Reseptgruppe:** C **ATC-nr.:** A10BJ06

Pakninger og priser: **0,25 mg:** 1,5 ml (ferdigfylt penn) kr 1773,50. **0,5 mg:** 1,5 ml (ferdigfylt penn) kr 1773,50. **1 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 1773,50. **1,7 mg:** ml (ferdigfylt penn) kr 2597,20. **2,4 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 3189,40. (Priser per desember 2024).

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

For individuell stønad se vedlegg 1 til folketrygdloven § 5-14 (legemiddellisten) på www.helsedirektoratet.no⁴

Referanser 1. Wegovy® SPC, avsnitt 4.1 **2.** Wegovy® SPC, avsnitt 5.1 **3.** Garvey WT, Batterham RL, Bhatta M, et al. Two-year effects of semaglutide in adults with overweight or obesity (STEP 5) Nature medicine 2022; 28(10), 2083-2091 **4.** Informasjon om vilkår for individuell refusjon er hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/vedlegg-1-til-5-14-legemiddellisten/virkestoffer/semaglutid> (Lest 06.12.2024)

Hvordan få gitt hjelp til ba

■ TROND SØDAL • Barnepsykiater

Basert på et langt legeliv skrev jeg og ga ut boka 40 råd etter 40 år som barnepsykiater nå i høst. Den ble anmeldt av Eli Berg i desembernummeret av Utposten, og redaksjonen har nå invitert meg til å plukke ut noen av de 40 rådene og utdype dem noe mer for Utpostens lesere.

Det gjør jeg mer enn gjerne, for selv om boka primært var rettet mot de som jobber innenfor psykisk helse for barn og unge, så har jeg fått mest respons fra folk som jobber innenfor den primære helse- og sosialtjenesten, samt skoler og barnehager. Og vår felles professor emeritus Per Brodal har skrevet at

«... boka står for meg som et veldig verdifullt bindeledd mellom teori og praksis, som jeg tror at egentlig alle leger ville ha glede og nytte av å lese ...»

Han understreker blant annet noe som er sentralt i boka «... hvor viktig tilsynelatende små detaljer kan være i en terapeutisk relasjon».

Denne artikkelen vil sirkle rundt de rådene som jeg ser for meg er mest relevante og nyttige for en allmennlege. Boka er tilgjengelig i både vanlige bokhandler og nettbokhandler og er lettlest med sitt praktisk/konkrete fokus. Intensjonen min har ikke vært å presentere psykologisk teori, men å dele mine praktiske erfaringer om hvordan få til å hjelpe og komme i posisjon, slik at nødvendig utredning og behandling kan komme i gang. Jeg tror alle leger i sitt klinisk virke har opplevd frustrasjonen det er å ikke få gjort noe, ikke få hjulpet når det trengs. Fra mine ti år som allmennlege husker jeg godt fortvilelsen når jeg ikke lyktes med å få undersøkt barn som hadde skadet seg, barn som ikke ville la meg se på en utvekst som bekymret foreldrene, som ikke lot meg lytte på hjerteslag og pust, eller som ikke ville si et ord/snakke om noe som jeg fornemmet var viktig. Også i min videre legegjerning, nå mest som barnepsykiater, kom jeg av samme grunn ofte til kort når jeg skulle ta i bruk aktuelle framgangsmåter og anvende det jeg hadde lest i bøkene og lært på kurs om hvordan kurere eller avhjelpe nød og smerte. Jeg kom ofte ikke i gang fordi barna ikke ville. Jeg kom ikke i posisjon.

For meg ble det en lang læringsprosess. Heldigvis har det alltid vært noen kloke kolleger å spørre, de som har levd en stund og erfart. Nå er jeg kanskje en av dem, i hvert fall er tanken min at nå har jeg erfart såpass mye at jeg har en forpliktelse til å dele med yngre og/eller uerfarne kolleger. Ettersom det ikke er skrevet så mye om «hvordan gjøre det i den praktisk-kliniske hverdagen», tok jeg etter noen dytt i ryggen skrittet fullt ut og skrev denne boka, «40 råd etter 40 år som barnepsykiater». Jeg har faktisk ikke telt om det ble 40 til sammen; mange flyter litt over i hverandre også, men: her kommer et utvalgt knippe nokså klare råd – basert på mine erfaringer. La meg føye til at jeg snakker om barn opp til ti-tolv år (alt etter modenhetsalder), ikke om ungdommer.

Jeg deler opp i tre bolker: Om det å komme i posisjon. Hvordan lytte, hvordan svare. Om kroppskontakt og intimitet.

Om det å komme i posisjon

Barn flest synes det er greit å bli med til et travelt legekontor – men ikke alle. Mange er spente; ikke alle vet hva de går til, og noen gruer seg. Jeg øvde mye på å finne ut hvordan jeg skulle ta imot disse barna – både for å hjelpe dem i situasjonen, og for at jeg skulle få gjort jobben min. Min erfaring er at det viktigste er å være avventende; holde igjen, ikke ta initiativet (ut over et smil og et «hei!») når timen starter. For du vet ikke sikkert hvor du har barnet som jo stort sett kommer til deg fordi noe er problematisk og kanskje smertefullt, i ordets videste forstand.

Å være avventende gjelder like mye vis-à-vis foreldrene som er med til timen. Dette må forstås som en generell kjøreregel, for det er jo så mange faktorer i bildet når en møtes. Likevel – min erfaring har med åra mer og mer blitt at det uansett «lønner

seg» å starte konsultasjonene med å vente og lytte. Primært for å etablere en trygg og sikker relasjon til barnet, men også for å komme på riktig diagnostisk spor (*Hva er det egentlig de kommer for i dag?*).

Som sagt, et vennlig «hei!», hører med. Og noen ganger – som i møtet med nye pasienter – er det jo en selvfølge å hilse på hverandre. Da hilser jeg alltid på foreldrene først, slik at barnet ser at foreldrene og jeg er «venner», at de voksne likesom godkjenner meg. Dette gjelder ved det første møtet. Ved alle seinere treff hilser jeg – i betydningen rette blikket mot og si hei – alltid først på barnet. Dette har betydning spesielt når du vet at barnet har et omfattende problem, som jo krever at du må etablere en relasjon. Uten en god relasjon nytter det ikke. Barn må være trygge på deg, oppleve at du godtar dem og at du liker dem. Først da kan du få hjulpet dem ut av noe som er vanskelig, hjelpe dem til å vri på tankesett de har kjørt seg fast i, skifte mening og mobilisere krefter (som jo nesten alltid finnes der!).

Jeg vil si litt mer om foreldrenes rolle/posisjon i saker der de har søkt hjelp fordi de har bekymringer for barnet sitt (litt alvorlige bekymringer). Jeg tenker at det beste da er å ha en første samtale uten barnet til stede. En telefonsamtale er noen ganger tilstrekkelig. Det sentrale er at barnet bør slippe å sitte og høre foreldres mulig dramatiske eller angstfylte beskrivelser av barnets problemer. Mange barn ville kunne bli skremt under en slik konsultasjon, og det er en dårlig start for legens hjelpeprosjekt.

Nå er vel realiteten at mange foreldre uansett har med seg barnet til den første konsultasjonen. Da har jeg hatt lav terskel for å foreslå at dagens time gjøres om til en småprat-/bli kjent-time, og så får den voksne komme aleine neste uke. Foreldre som ikke forstår eller respekterer en slik framgangsmåte bør få et kryss i margin som mulig medvirker til barnets vansker!

rn som er vanskelige å nå



Over til noe litt annet i denne bolken, som altså handler om arbeidet med å komme i posisjon overfor hjelpetrengende barn. Stikkordet nå er språk, eller kommunikasjon og hvordan vi formidler det vi vil få fram. Her er leger, som andre mennesker, nokså ulike. Vi er preget av eget oppvekstmiljø – men på jobb **må** vi ha en bevissthet rundt språket, hvordan vi uttrykker oss. Noe annet er etter mitt syn uprofesjonelt. I møter med barn må vi tilpasse oss og et stykke på vei være med på deres ordvalg og formuleringer, også om

det kan føles unaturlig og litt pinlig. Så går det fint an å bli enig med barnet om felles ord, og ikke minst er det viktig å spørre barn hva det aktuelle ordet betyr? For meg tok det altfor lang tid før jeg skjønnte hvor ulik forståelse barn kan ha av ord og uttrykk, også ganske store barn. Vær ikke redd for å spørre, det kan være ganske underholdende – vi kan le sammen av hvor «dumme» vi begge var som trodde ditt og datt. Et fellesskap bygges, og du mister ikke autoriteten din av å være ikke-autoritær.

Hvordan lytte, hvordan svare ...

Det er etter min erfaring en udiskutabel verdi i å starte en konsultasjon med bare å lytte et minutt eller to. Det er et signal om at du både vil og har tid. Du skal ikke være taus, men heller ikke si så mange ord i starten – husk mange synes det er vanskelig og trenger litt tid for å kunne sette ord på problemet eller tilstanden som har brakt dem til deg. Hold igjen impulsen du får om å bekrefte og kommentere underveis, slik vi pleier å gjøre i vanlige sosiale samtaler. Det holder med et vennlig kroppsspråk og blick.



ILLUSTRASJON: GETTY IMAGES / POINTSTUDIO

Når samtalen er i gang, gjelder fortsatt mitt mantra om å være avventende, som jeg skrev om i forrige bolk. Ikke være helt taus eller passiv, men at du tar imot og tygger på innspill, bringer inn små hypoteser og venter på/ber om respons etc.

Her kommer grepet med å «tenke høyt» eller «snakke ut i lufta», inn i bildet. Det kan gjerne kalles en metode, noe du kan bruke i mange sammenhenger der noen søker din hjelp og ditt råd. Det gir gjerne tillit hos de voksne å se deg fokusert og grublende. Men enda nyttigere er metoden når du snakker med barn, for det å bare tenke høyt og snakke løst ut i lufta krever ikke noe svar. Barnet opplever da ikke at de må svare eller si noe, men din løse småpratting kan likevel utløse spontane kommentarer eller kroppsspråk hos barna som kan si mye om du er på rett vei eller ikke.

I tråd med tenke høyt-metoden er et annet råd, som i hvert fall er viktig for alle som jobber i barnepsykiatrien, men som egentlig er like viktig for enhver som møter/tar imot barn som bærer på noe vondt. Rådet er å unngå spørsmål som krever «ja»/«nei»-svar. Jeg sikter nå til situasjoner der du ikke helt får tak i årsaken eller mulige årsakssammenhenger bak barnets problemer eller vondter, søvnløshet, spiseproblemer etc. Et direkte spørsmål kan medføre en lukket munn, og hvis barnet har sine gode grunner, så vil kanskje den munnen forbli lukket. Du

kommer mye lengre med diverse varianter av «snakke ut i lufta» og gjerne samtidig som barnet tegner eller leker med noe. Du kan ha små dialoger med deg sjøl av typen: «Jeg lurer på om X noen gang har... nei, forresten, det tror jeg ikke, det ville jo vært umulig... nei, det var visst dumt tenkt av meg...» Barnets reaksjoner på dine fabuleringer kan være taushet, men det kan også respondere med «det er ikke helt slik» eller «kanskje det». Selv om du ikke får et entydig og klart svar, så får du ofte hint som bringer deg videre i din forståelse.

Om kroppskontakt og intimitet

Alle barn må iblant kle av seg for legen, og alle har vi vel erfart at noen protesterer mot det. Jeg skal ikke her drøfte om vi da skal tenke at dette indikerer noe, men heller ha fokus på vår rolle i situasjoner der barn åpenbart viser en seksualisert atferd i møtet med oss. Jeg tenker på barn som vil sitte på fanget ditt og der gnir underlivet mot deg, barn som vil se eller ta på kvinnelige legers bryster, barn som i påfallende grad vil snakke om sex osv.

For det første er det absolutt relevant å notere seg hvordan medfølgende foreldre reagerer. Og jeg synes terskelen skal være lav for å innkalle vedkommende forelder til en ny time, og forfølge det du opplevde. Hvis barn viser seksualisert atferd eller for-

teller om noe du oppfatter som et mulig overgrep i en time der foreldre eller andre voksne ikke følger, bør du straks ta affære. Du må trå varsomt, og mitt råd er å alltid kontakte en kollega eller veileder før du bestemmer deg for om du vil ringe foreldrene eller barnevernet først.

Mer vanlig enn direkte seksualisert atferd er at barn mer eller mindre i forbifarten sier noe om sex eller kjønnsorganer og nakenhet. Hvis du tenker at det du hører er innafor, men likevel er litt usikker, vil igjen «snakke ut i lufta-metoden» være mye mer fruktbar enn direkte spørsmål til barnet. Kommer det ikke noe ut av det, og du ikke er nevneverdig bekymret for at barnet utsettes for noe, ville jeg runde av timen og så komme tilbake til temaet i en seinere time. Hvis barnet da virker uforstående når du tar opp temaet, kan du legge bekymringen på hylla, og omvendt.

Allmennlegene har jo en viktig oppgave i å avdekke overgrep mot barn. Mange av dere vil – også uten å vite det – komme til å jobbe med barn som har vært utsatt og kanskje fortsatt utsettes for overgrep.

La meg minne om at det jeg har skrevet her bare er kortversjoner/utdrag av boka jeg ga ut i fjor høst (*40 råd etter 40 år som barnepsykiater*). Deler av denne artikkelen kan derfor framstå mindre grundig enn hva temaet tilsier.

■ TRSODAL@GMAIL.COM

FEIRING VIDEREGÅENDE SKOLE: Læring i et trygt fellesskap

■ SUSANN LAACHE • Markedsansvarlig, Feiring videregående skole

Vi er utfordret av *Utposten* til å skrive om tilbudet vårt - og vi har tatt utfordringen! Skolen tilbyr videregående opplæring til unge og voksne som har behov for særskilt tilrettelagt opplæring. Våre elever har på grunn av nedsatt funksjonsevne og lærevansker behov for mer tilrettelegging i utdanningen enn den offentlige skole kan gi dem.

Vår visjon er: «Læring i et trygt fellesskap», og verdiene våre er læring, trygghet og fellesskap. Vi ønsker at elevene våre skal oppleve mestring og tilhørighet i skolehverdagen og på fritiden. Vi arbeider med inkludering og relasjoner hele skoleåret, for å skape tryggheten som trengs for å lære i fellesskapet.

Elever som søker seg til Feiring videregående skole i Eidsvoll kommune i Akershus har ofte hatt ulike faglige støttetilbud i tidligere skolegang. Elevene våre har evnen til læring, i tillegg til at elevene er motiverte for og ønsker å fullføre videregående utdanning. De har mange gode egenskaper, men mange av dem som søker skole-

plass hos oss har også hatt livserfaringer og utfordringer som gjør det vanskelig i og utenfor klasserommet.

Vårt konsept

Vi har internatdrift og tilbyr per i dag hybel til 70 prosent av elevene våre. Vår skole er

- 136 skoleplasser
- 66 ansatte
- Eies av Stiftelsen Krokeide, en non-profit stiftelse
- Særskilt tilrettelagt opplæring
- Landsdekkende
- Kostnadsfritt, både skole, kost og losji
- Døgndriftbasert miljøtilbud
- Fritidstilbud

landsdekkende, og det er mulig for ungdom med stor avstand til Feiring å søke skoleplass hos oss.

Skoledriften er fullfinansiert av staten gjennom et elevtilskudd (økonomiforskrift til privatskoleloven § 4-3 a) og et årlig internattilskudd over statsbudsjettet. Utdanning og botilbud er derfor kostnadsfritt for elevene. Feiring videregående skole og søsterskolen Krokeide videregående skole, som ligger ved Bergen, eies av Stiftelsen Krokeide.

Klasseteam

Klasseteamet består av kontaktlærere, faglærere, miljøansatte og rådgivere. Jevnlige møter med klasseteamet blir gjennomført, og hver enkelt elev blir i disse møtene vurdert med søkelys på hvilke tilretteleggingsbehov eleven kan ha for å oppnå mestring og forståelse i de ulike fagene. Dette bidrar til at elever med utfordringer blir mer motiverte og øker læringskapasiteten sin.

Pedagogisk støtteapparat i opplæringen

Vi ønsker at alle skal få tilrettelagt sin skolesituasjon på en slik måte at det ikke er nødvendig med egne grupper, egne assistenter eller egne lærere. Vårt mål er at alle elevene skal ha undervisning sammen med sin klasse. Vår erfaring er at mange elever som har hatt behov for ulike faglige støttetilbud tidligere, opplever å lykkes på Feiring uten avvik fra læreplanen.

Skolens miljøtilbud

I tillegg til den pedagogiske tilretteleggingen har Feiring videregående skole også et døgndrift-basert miljøtilbud. Miljøterapeutene våre har bred og solid kompetanse, og de samarbeider tett med eleven og pedagogene for å sikre oppfølging i og utenfor skoletida på en måte som gjør det lettere å nå mål – om det er kompetansebevis, vitnemål, å få læreplass, bli lære kandidat, få seg jobb etc.

Et viktig fundament for miljøarbeidet på Feiring vgs er betydningen av fysisk aktivitet, sosialt samvær, riktig kosthold og gode hverdagsrutiner for å fremme god fysisk og psykisk helse. I samarbeid med elevene blir det arrangert en rekke akti-

viteter på ettermiddagstid og i helgene. Disse aktivitetene er et tilbud til alle skolens elever – både de som bor på skolen og de som ikke benytter seg av botilbudet.

Helsehjelp og behandling

Det er mye Feiring videregående skole kan tilby innenfor miljøarbeid, opplæring og tilrettelegging på skolen, men det er viktig å være klar over at skolen ikke tilbyr helsehjelp og behandling. Om elevene før skolestart går til behandling, for eksempel timer hos psykolog, bistand fra BUP, PPT eller lignende, anbefaler vi at man ikke avslutter denne behandlingen før skolestart hos oss. Helsesykepleier er til stede på skolen hver torsdag og kan være en god samtalepartner for mange elever som trenger noen å snakke med.

Opptakskrav

Dokumenterte behov

En kompetent faginstans må kunne dokumentere søkerens langvarige eller permanente vansker, og bekrefte at dette går ut over læring. Kompetent faginstans kan for eksempel være PP-tjenesten, lege, spesialhelsetjenesten, BUP, DPS, OT, behandlingssted, psykolog eller lignende.

Fullført grunnskole (vitnemål)

Vitnemål fra grunnskolen og kompetansebevis/karakterutskrifter fra tidligere gjennomført videregående.

Er søkeren over 25 år?

Dersom søkeren er 25 år eller mer må hen søke om realkompetansevurdering hos hjemfylket. Man har rett til å få vurdert sin realkompetanse når man søker videregående opplæring med «voksenrett». Realkompetanse er den kompetansen man har opparbeidet gjennom formell opplæring og gjennom deltakelse i arbeidsliv og samfunnsliv, ved kurs, bedriftsintern opplæring o.l.

Søknadsfrister

Søknadsfrist er 30. mars.

Ved ledige plasser vil det bli gjennomført nytt inntak etter 15. mai. Dersom det fortsatt er ledige plasser etter andre gangs inntak, er det gjennomført fortløpende inntak fram til kl. 12.00 siste virkedag før 1. oktober.

Det må søkes om skoleplass og hybel for hvert skoleår.

Eleverfaringer

◀ Leah, 18 år

«Før jeg kom til Feiring videregående skole hadde jeg aldri opplevd det å være trygg på skolen.

Jeg ga skolen en siste sjanse og kasta meg uti det, og flytta åtte timer unna hjemmet mitt. Jeg kjente nesten ingen her, og kom til skolen med mye traumer og dårlig skoleopplevelse i bagasjen. Jeg hadde aldri opplevd det å høre til et sted, være en del av klassen eller at mine meninger betydde noe.



Ikke før nå! Jeg har bare gått på denne skolen i fire måneder, men det har forandret meg så mye. Jeg er så utrolig takknemlig! Jeg føler meg endelig hørt, tatt vare på og forstått, nå etter 12 års skolegang har jeg endelig slått meg til ro, og bare pusta. Jeg kan slippe ut følelsene mine uten å bli dømt eller føle meg til bry. De som jobber her er så positive, glade og får meg alltid i bedre humør. Men om jeg en gang trenger en støttende hånd, er jeg ikke redd for å spørre om hjelp. Og det har jeg aldri kjent på før. En følelse av trygghet, at endelig etter så mange år var jeg ikke alene mer. Og jeg overdriver ikke når jeg sier at denne skolen redda meg!

Jeg aner ikke hvordan jeg skal takke nok! Men takk!»

▼ Ida Manifa, 18 år

«Jeg har slitt med angst, lærevansker, traumer, dysleksi og sinneproblemer så lenge jeg kan huske. Da jeg skulle begynne i 7. klasse så flytta jeg og mamma for å starte med blanke ark, men det gikk ikke så bra. Jeg fikk ingen venner. Jeg gikk fire år uten venner. Jeg trivdes bedre på ungdomsskolen selv om jeg ikke hadde noen venner.

Jeg ble veldig glad for at skolen viste meg Feiring vgs. Jeg vet ikke hva jeg skulle ha gjort hvis jeg ikke hadde gått på tilrettelagt skole. Etter fire år startet jeg her på Feiring videregående skole. Jeg fikk følelsen av at jeg faktisk mestret det jeg gjorde, og at jeg ikke var dum. Jeg hadde den beste mattelæreren jeg kunne bedt om, han er grunnen til at jeg besto i matte og kunne gå her det andre året. Nå går det mye bedre og jeg har fått venner for livet, jeg føler meg sett og føler at de bryr seg om meg for første gang. Jeg kommer alltid til å være takknemlig for at jeg fikk begynne her. Tusen takk»

Skolens utdanningsprogrammer

Studiespesialisering

Dersom man liker teorifag og ønsker å studere videre på høyskole eller universitet, er dette det rette utdanningsprogrammet. Studiespesialisering er et treårig løp som består av både fellesfag og valgfrie programfag.

Helse og oppvekst

Vi tilbyr yrkesfag innen helse og oppvekst. Dersom man liker å jobbe med mennesker og ønsker et mer praktisk rettet utdanningsløp, kan dette være rett utdanningsprogram. Etter gjennomført toårig skoleløp på yrkesfag, kan man fullføre den yrkesfaglige opplæringa med toårig læretid i bedrift, eller eventuelt fullføre Vg3 Påbygging til generell studiekompetanse for å kvalifisere til videre studier på høyskole eller universitet.

Påbygging til generell studiekompetanse

Påbygg er linja for de som har bestått alle fag på Vg1 og Vg2 på et yrkesfaglig utdanningsprogram eller har tatt fagbrev tidligere og nå ønsker generell studiekompetanse. Dette gir mulighet til videre studier på høyskole eller universitet.

■ SUSANN.LAACHE@
FEIRING.VGS.NO

Feiring videregående skole – når du trenger noe mer

Guro Karensen Kleppan, elev 2020–23

Jeg har droppet ut av videregående skole to ganger på grunn av dårlig psykisk helse, og også på grunn av dårlig oppfølging og tilrettelegging. Det var foreldrene mine som etter hvert fant Feiring videregående skole som skulle starte opp høsten 2020. Det er en skole med ekstra tilrettelegging og oppfølging for mennesker som har hatt utfordringer med å fullføre videregående. Jeg startet på studiespesialisering der i 2020 i håp om å klare å fullføre. Dette fikk jeg til etter mange opp- og nedturer.

Jeg valgte å bo på internatet på skolen for å slippe reisevei. Dette var veldig vanskelig de to første årene da jeg isolerte meg mye og følte meg utrygg. Det siste året ble det mye bedre, jeg fikk stort utbytte av det sosiale og trivdes bedre med å bo der. Jeg fikk etter hvert venner som hjalp veldig å ha i hverdagen.

Rent faglig hadde jeg ikke kommet meg gjennom årene der uten den gode oppfølgingen jeg fikk fra skolen, og særlig en miljøterapeut og en kontaktlærer var veldig viktig. De to gir jeg mye av æren for at jeg klarte å bestå i alle fag. De så meg og brydde seg oppriktig om at jeg skulle ha det bra og bestå fagene.

Matte har alltid vært et vanskelig fag. På Vg2 fikk jeg en mattelærer som endret dette. Han sa faktisk også at jeg var flink i matte! Dette er det ingen som har sagt til meg tidligere, og det betydde veldig mye for selvtilliten min i faget.

Feiring vgs er en skole som kan gi elever et veldig godt utgangspunkt, og derfor være kjempeviktig for ungdommer som trenger mer enn andre skoler kan gi dem. Da jeg gikk der var de helt nyåpnet, og jeg merket godt at de ansatte var like nye som alle elevene. Etter hvert som årene gikk, ble de ansatte mer erfarne og alt ble bedre.

I dag er jeg vernepleierstudent og har en jobb på institusjon ved siden av, der jeg kan hjelpe ungdommer i vanskelige situasjoner. Jeg har et liv jeg bare kunne drømme om for noen år tilbake. Hvis jeg ikke hadde gått på Feiring, hadde jeg aldri fått den muligheten.

Hvem bestemmer hva som

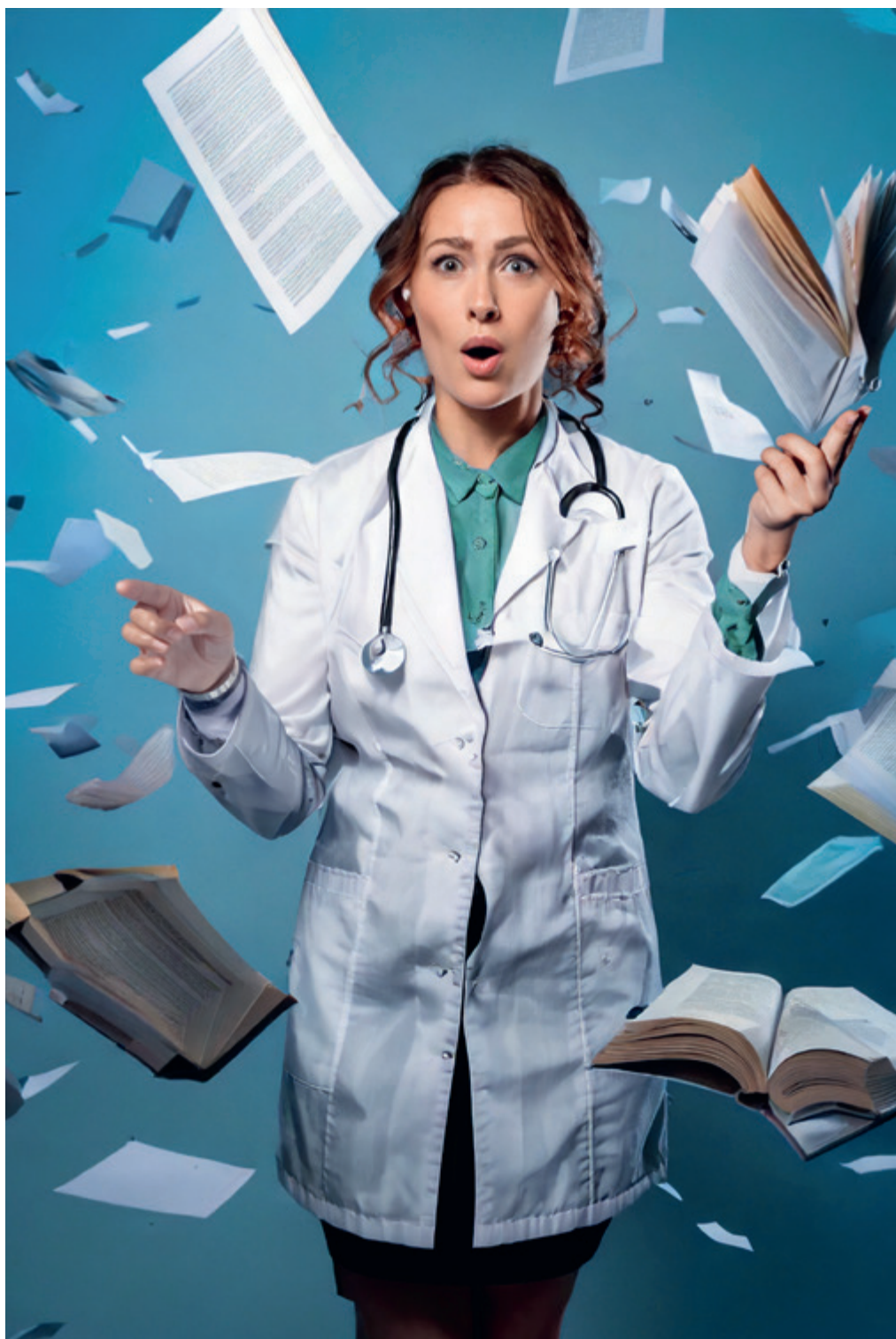
■ NICHOLAS M. F. ØYANE • Spesialist i allmennmedisin, fastlege Alrek Legesenter Bergen
Medisinsk redaktør i Norsk elektronisk legehåndbok (NEL)

De aller fleste fastleger ønsker å sikre god kvalitet i egen praksis.

Helsedirektoratet definerte for omtrent 20 år siden at god kvalitet i helsetjenesten krever at tjenestene blant annet skal være virkningsfulle, trygge og sikre (1). Da er vi avhengige av å ha enkel tilgang til relevant oppdatert kunnskap. Dersom vi i tillegg til oppdatert kunnskap har oversikt over egen praksis og tid til refleksjon med kolleger, ligger alt til rette for kontinuerlig kvalitetsforbedring. Det er blant annet publisert i en studie hvor alle fastleger i Molde deltok i et kvalitetsprosjekt knyttet til legemiddelgjennomgang (2). Det medførte både flere legemiddelgjennomganger og redusert bruk av legemidler med høy bivirkningsfare hos eldre.

Som fastleger må vi ha grunnleggende kunnskap om mye, men heldigvis ikke alt. For de fleste sykdomstilstander har vi hovedrollen for både diagnostisering, behandling og oppfølging. Noen tilstander, for eksempel alvorlige sinnslidelser og kreftsykdommer, er rollen ofte å oppdage og henvise aktuelle pasienter videre. Vi har også en rolle i å unngå diagnoser, men normalisere tilstander som ikke er sykdom. Rollefordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten bør derfor være avklart. Helsedirektoratet er det eneste organet som har mandat til å utvikle nasjonale retningslinjer og veiledere (3). Et sentralt mål er å unngå uønsket variasjon mellom helseregioner, og de ulike aktørenes rolle er ofte definert. Vanligvis deltar også allmennleger på utarbeidelse av retningslinjer.

Det er såpass mange nasjonale retningslinjer at det er helt urealistisk at fastlegene rekker å lese alle (4). Retningslinjene er heller ikke fasit på beste praksis, men én av flere faktorer som avgjør hva vi gjør. Vi må også ta hensyn til blant annet pasientens preferanser og komorbiditet før vi handler. Et relativt nytt, men viktig aspekt ved utarbeidelse av retningslinjer, er å ta hensyn til helsepersonells tidsbruk. Derfor bør man ikke bare vektlegge «numbers needed to treat», men også nå «time needed to treat».



ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNÆS / KI - ADOBE FIREFLY

n er god praksis?

(5). Sistnevnte brukes blant annet i Sverige når nye retningslinjer utarbeides, og tar altså hensyn til at helsepersonell er en knapp ressurs.

Kanskje har du aldri eller sjeldent lest en eneste retningslinje. Av og til har det vært betydelig motstand mot innholdet i retningslinjene, blant annet retningslinjer for svangerskapsdiabetes som kunne føre til overdiagnostikk (6). Likevel ansees nasjonale retningslinjer som såkalt normerende produkter. Det betyr at de benyttes blant annet av Statens helsetilsyn for å vurdere hva som er faglig forsvarlig i tilsynssaker. Nå er det også slik at Helsetilsynet i hovedtrekk ønsker å slå ned på uforsvarlig praksis, ikke om man har fulgt alle retningslinjer til punkt og prikke. Retningslinjer benyttes også aktivt av dem som lager oppslagsverk, veiledninger og kurs.

Vi har de siste årene opplevd at stadig flere retningslinjer er blitt avpublisert, blant annet retningslinjene for depresjon og bipolar lidelse (7). Sistnevnte ble erstattet av en veileder publisert av en faggruppe bestående av 11 spesialister, hvorav ingen fastleger. Fastlege er nevnt tre ganger i dokumentet, og hele avsnittet om primærhelsetjenesten er en liten brøkdel av dokumentet. Ifølge veilederen er målsetningen at «pasienter med bipolar lidelse ... i samarbeid med sin behandler skal kunne velge den behandlingen som passer best for hver enkelt». Med andre ord er det nå mer uklart hva myndighetene anser som god behandling av fastlege, øvrig primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten.

Den 21. november 2024, under Pasient-sikkerhetskongressen arrangerte Legenes forening for kvalitet og pasientsikkerhet (LFKP) en parallellsesjon med navnet: «Legeskvis mellom beste praksis og godt nok – Fører sanksjonsfrykt til ukloke valg?». Her stilte både leder for Statens helsetilsyn Sjur Lehmann, representanter for retningslinjearbeidet i Helsedirektoratet og representanter for LFKP.

Helsedirektoratet har ikke ambisjoner om å lage retningslinjer for alle medisinske tilstander, slik de blant annet forsøker i Storbritannia gjennom National Institute for health and Care Excellence (NICE) eller i

Frankrike gjennom Haute Autorité de Santé (HAS). Selv om mye kan brukes fra andre land, er også noe forskjellig: Vi har blant annet ulik organisering av helsetjenester og ulike antibiotika-retningslinjer. Det ble luftet muligheten for at fagmiljøene selv (uten Helsedirektoratets innblanding) burde lage lokale retningslinjer. De kan jo faget best. Det kan høres ut som en god løsning dersom man lager retningslinjer for sitt eget miljø og helsetjenestenivå, men ikke dersom sykehusspesialister skal bestemme fastlegens rolle. Da må allmennleger være involverte. Det vil også virke fragmenterende om fastleger og spesialister lager hver sine retningslinjer for de samme tilstandene, eller om det lages ulike retningslinjer forskjellige steder i landet. Som direktør Sjur Lehmann i Helsetilsynet poengterte, er ofte fageksperter strengere i sine faglige anbefalinger enn Helsedirektoratet i sine nasjonale faglige retningslinjer.

Selv om vi kan være uenige i flere retningslinjer og ikke har mulighet til å følge alle, er det sannsynligvis likevel viktig for fastleger at vi beholder nasjonale faglige retningslinjer for de store folkesykdommene. Gjennom involvering av fastleger og andre yrkesgrupper, vil vi kunne definere de ulike rollene i diagnostisering, behandling og oppfølging. Alternativet, med stadig flere «ekspertvurderinger», vil kunne skape forventninger til både fastleger og resten av helsetjenesten som ikke er bærekraftige.

REFERANSER

1. Sosial- og helsedirektoratet, ...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005–2015), Sosial- og helsedirektoratet, Oslo 2005.
2. Øyane NMF, Finckenhagen M, Ruths S, Thue G, Lindahl AK, Scandinavian Journal of Primary Health Care 2021, 39, 174.
3. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), Lovdata, 2011.
4. Austad B, Hetlevik I, Mjølstad BP, Helvik A, Quality in Primary Care 2015, 23, 70.
5. Johansson M, Guyatt MG, Montori V, BMJ 2023, e072953.
6. Backe B, Tidsskrift for Den Norske Lægeforening 2018, 138.
7. Avpubliserer retningslinje for behandling av bipolar lidelse, Dagens Medisin 2024.

■ NICOLAS.OYANE@UIB.NO



ENSTILAR® «LEO»

Middel mot psoriasis. D3-vitaminanalog + gruppe III-kortikosteroid (sterke).

SKUM: 1 g inne.: Kalsipotriol 50 µg (som monohydrat), betametason 0,5 mg (som dipropionat), flytende parafin, polyoksypropylenstearyleter, hvit vaselin, butylhydroksytoluen (E 321), helracemisk α-tokoferol, butan, dimetyleter. **Indikasjoner:** Voksne: Lokal behandling av psoriasis vulgaris. **Dosering:** Voksne: Påføres affiserte områder 1 gang daglig. Anbefalt behandlingsperiode er 4 uker. Maks. daglig dose er 15 g som tilsv. mengden dispensereren avgir dersom den trykkes helt ned i ca. 1 minutt. 2-sekunders nedtrykking avgir ca. 0,5 g. 0,5 g er nok til å dekke et område tilsv. en håndflate hos voksne. Beholderen skal vare i minst 4 dager. Behandlet område skal ikke utgjøre >30% av kroppens overflate. Ved bruk på hodebunnen sprayeres skummet direkte på håndflaten, og påføres deretter de berørte områdene med fingertuppene. **Vedlikeholdsbehandling:** Pasienter som har respondert etter 4-ukers behandling med Enstilar én gang daglig, er egnede kandidater for langsiktig vedlikeholdsbehandling. Enstilar skal påføres to ganger ukentlig på to ikke-påfølgende dager på områder som tidligere har vært affisert av psoriasis vulgaris. Ved tegn til tilbakefall skal behandling ved utbrudd, som beskrevet ovenfor, startes på nytt. **Spesielle pasientgrupper:** **Alvorlig nedsatt lever-/nyrefunksjon:** Sikkerhet og effekt ikke fastslått. **Barn og ungdom <18 år:** Sikkerhet og effekt ikke fastslått. **Langsiktig vedlikeholdsbehandling:** **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved erytrodermisk- og pustuløs psoriasis. Pga. innholdet av kalsipotriol er preparatet kontraindisert hos pasienter med forstyrrelser i kalsiumstoffsiftet. Pga. innholdet av kortikosteroid er preparatet kontraindisert ved viruslesjoner i huden (f.eks. herpes eller varicella), sopp- eller bakterieinfeksjoner i huden, infeksjoner forårsaket av parasitter, hudmanifestasjoner i forbindelse med tuberkulose, perioral dermatitt, atrofisk hud, atrofisk striae, skjørhet av hudvener, iktyose, acne vulgaris, acne rosacea, rosacea, hudsår og skader. **Forsiktighetsregler:** Bivirkninger som sees i forbindelse med systemisk kortikosteroidbehandling, som f.eks. binyrebarksuppresjon eller nedsatt glykemisk kontroll ved diabetes mellitus, kan også forekomme ved lokal kortikosteroidbehandling pga. systemisk absorpsjon. Påføring under okklusjon, på store områder skadet hud, på slimhinner eller i hudfolder bør unngås, pga. økt systemisk absorpsjon av kortikosteroider. Synsforstyrrelser: kan forekomme ved bruk av systemiske og topiske kortikosteroider. Ved symptomer som tåkesyn/andre synsforstyrrelser, skal pasienten vurderes for henvisning til øyelege for evaluering av mulige årsaker. **Hyperkalsemi:** Kan forekomme, men risikoen er minimal dersom maks. daglig dose (15 g) ikke overskrides. Serumkalsium normaliseres når behandlingen seponeres. Bør ikke brukes på ansikt og genitaler da huden i disse områdene er svært følsom for kortikosteroider. Samtidig behandling med andre steroider på samme behandlingsoverflate bør unngås. Pasienten må instrueres i korrekt bruk for å unngå applikasjon og utilsiktet overføring på ansikt, munn og øyne. Hendene må vaskes etter hver påføring for å unngå utilsiktet overføring til disse områdene samt utilsiktet absorbering av legemiddel på hendene. Om lesjonene blir sekundærinfisert, bør antimikrobiell behandling gis. Behandling med kortikosteroider bør imidlertid seponeres om infeksjonen forverres. Ved psoriasisbehandling med lokale kortikosteroider kan det være en risiko for utvikling av «rebound»-effekt ved seponering. Pasienten bør følges opp etter avsluttet behandling. Det er økt risiko for lokale og systemiske bivirkninger ved langtidsbehandling. Behandlingen bør seponeres hvis bivirkninger oppstår som følge av lang tids bruk. Unngå overdreven bruk av naturlig eller kunstig sollys. Kombinasjonen lokal kalsipotriolbehandling og UV-lys bør kun benyttes hvis lege og pasient anser fordelene større enn potensiell risiko. Ingen erfaring med bruk ved guttat psoriasis. Inneholder butylhydroksytoluen, som kan gi lokale hudreaksjoner (f.eks. kontaktdermatitt) eller irritasjon av øyne og slimhinner. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Utilstrekkelige data på bruk hos gravide. Bør kun brukes under graviditet når fordel oppveier risiko. **Amming:** Betametason går over i morsmelk, men risiko for bivirkninger hos barnet synes lite sannsynlig ved terapeutiske doser. Ingen data på overgang av kalsipotriol til morsmelk. Forsiktighet bør utvises ved forskrivning til ammende. Bør ikke brukes på brystene under amming. **Fertilitet:** Det er ingen data på fertilitet hos mennesker. **Bivirkninger:** **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Hud: Depigmentering i huden. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Infeksjoner: Follikulitt. Stoffskifte/ernæring: Hyperkalsemi (mild). Øvrige: «Rebound»-effekt, pruritus på applikasjonsstedet, irritasjon på applikasjonsstedet, smerte på administrasjonsstedet. **Ukjent frekvens:** Øye: Tåkesyn. Hud: Endringer i hårfarge (forbigående). **Følgende bivirkninger anses relatert til de farmakologiske grupper for hhv. kalsipotriol og betametason:** **Kalsipotriol:** Reaksjoner på applikasjonsstedet, pruritus, hudirritasjon, sviende og stikkende følelse, tørr hud, erytem, utslett, dermatitt, eksem, forverring av psoriasis, fotosensitivitet og overfølsomhetsreaksjoner, inkl. meget sjeldne tilfeller av angioødem og anksitsødem. Systemiske effekter ved lokalbehandling kan i svært sjeldne tilfeller forårsake hyperkalsemi eller hyperkalsiuri. **Betametasondipropionat:** Lokale reaksjoner inkl. hu-datrofi, telangiektasi, striae, follikulitt, hypertrikose, perioral dermatitt, allergisk kontaktdermatitt, depigmentering og kolloid milia, kan oppstå etter lokalbehandling, særlig ved langvarig bruk. Ri-siko for utvikling av pustuløs psoriasis. Systemiske reaksjoner ved lokalbehandling med kortikosteroider er sjeldne hos voksne, men kan være alvorlige. Binyrebarksuppresjon, katarakt, infeksjoner, nedsatt glykemisk kontroll av diabetes mellitus og økt intraokulært trykk kan forekomme, særlig ved langtidsbehandling. Systemiske reaksjoner sees oftere ved okklusjonsbehandling (plast, hudfolder), ved påføring på store områder og ved langtidsbruk. **Overdosering/Forgiftning:** **Symptomer:** Bruk av mer enn anbefalt dose kan føre til forhøyet serumkalsium, som faller når behandlingen seponeres. Symptomer på hyperkalsemi inkl. polyuri, forstoppelse, muskelsvakhet, forvirring og koma. Svært langvarig bruk av lokale kortikosteroider kan føre til binyrebarksuppresjon som normalt er reversibelt. **Behandling:** Binyrebarksuppresjon behandles symptomatisk. Ved kronisk toksisitet skal preparatet seponeres gradvis. Se Giftinformasjonens anbefalinger for kalsipotriol D05A X02 og glukokortikoider H02A B på www.felleskatalogen.no **Egenskaper:** **Klassifisering:** D3-vitaminanalog i kombinasjon med gruppe III-kortikosteroid. **Virkningsmekanisme:** Kalsipotriol stimulerer differensieringen og hemmer proliferasjonen av keratinocyttene. Betametason har antiinflammatoriske og immunundertrykkende egenskaper. **Absorpsjon:** Per kutan absorpsjonsmengde er liten. **Fordeling:** Studier på rotter viser høyest nivå i nyrer og lever. **Metabolisme:** Etter systemisk eksponering vil både kalsipotriol og betametason metaboliseres raskt. Kalsipotriol: Primært via feces. Betametasondipropionat: Via urin. **Pakninger og priser:** 60 g kr. 550,10. 2x60 g kr. 1057,20. Pris per 15.10.2020 (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag) Innehaver: LEO Pharma, www.leo-pharma.no Basert på SPC datert 22.09.2020. Refusjonsberettiget bruk: Lokal behandling av psoriasis vulgaris hos voksne. REF-15389



START | CONTINUE

ENSTILAR® (CALCIPOTRIOL / BETAMETASON) KUTAN SKUM FOR BEHANDLING AV PSORIASIS VULGARIS HOS VOKSNE

EFFEKTIV BEHANDLING AV AKTIV SYKDOM¹⁻⁵

Mer effektiv enn andre
kombinasjonsbehandlinger
med de samme virkestoffene^{4,5}



VEDLIKEHOLDSBEHANDLING I ROLIG FASE^{1,6}

Proaktiv vedlikeholdsbehandling gir
flere dager i remisjon enn reaktiv
behandling⁶

Enstilar® er den første lokalbehandlingen av psoriasis som har vist at proaktiv terapi gir færre og kortere tilbakefall sammenlignet med reaktiv behandling⁶

Enstilar®
calcipotriol/betametasondipropionat

Referanser:

1. Produktresyme Enstilar®. 2. Pink A E, Jalili A, Berg P et al. J Eur Acad Dermatol Venereol 2019; 33(6):1116–1123. 3. Leonardi C, Bagel J, Yamauchi P et al. J Drugs Dermatol 2015;14(12):1468–1477. 4. Koo J, Tying S, Werschler W.P J Dermatolog Treat, 2016; 27(2):120–127. 5. Paul C, Stein Gold L, Cambazard F et al. J Eur Acad Dermatol Venereol 2017;31(1):119–126. 6. Lebwohl, Kircik, Lacour et al. Twice-weekly topical calcipotriene / betamethasone dipropionate foam as proactive management of plaque psoriasis increases time in remission and is well tolerated over 52 weeks (PSO-LONG trial) Journal of the American Academy of Dermatology (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.09.037>

Et forkortet produktsammendrag finner du annet sted i bladet.
LEO® MAT-40798 © LEO PHARMA AS, JAN 2021, ORG NR 946397369



LEO Pharma AS
Fornebuveien 37 | 1366 Lysaker
info.no@leo-pharma.com
Tlf +47 22 51 49 00
www.leo-pharma.no

Å drysse stjernestøv i en

■ ENDRE OSEN SKJØLBERG • Fastlege, Molde kommune

HAR DERE LYST til å lese en julefortelling nå? Kanskje litt feil tid på året, tenker dere. Men husk at Julenissen ser dere alle og fører snillhetsregnskapet sitt gjennom hele året. Det holder ikke å være trivelig med svigermor kun i desember. Det må litt mer til enn mokkabønner og snømåking på lillejulaften.

HISTORIEN ER OM EN LITEN detalj i et liv, en hverdagslig bagatell som ble et gyltent øyeblikk. En situasjon som ikke hadde trengt å feste seg, men som likevel ble det øyeblikket som lagret seg i minnet. Det er heller ikke min fortelling og opplevelse, men jeg synes den oppsummerer mye om hva livet er og bør være. Gode historier skal uansett fortelles videre, for da lever de lengre.

DET ER JULAFTEN på en flyplass i Minneapolis. Vår mann er på jakt etter en kopp kaffe på en av de travleste dagene en flyplass kan ha. Han er på vei hjem til familien sin og er tung til sinns på grunn av dystre nyheter om far.

– Jeg er Lily. Hva kan jeg gjøre for deg? Han vekkes fra tankene av et hyggelig spørsmål fra ei blid dame bak disken på flyplasskaféen.

– Jeg vil ha en spicy latte med gresskar-smak. Det er tross alt jul, tenker han for seg selv.

– Du vil sikkert ha med mye krem på, vil du ikke? Lily smiler fortsatt.

– Så klart!

Hun lener seg litt frem, smiler enda bredere når hun sier:

– Hva med om jeg lager den ekstra sterk til deg, lager litt ekstra mye krem og drysser litt muskat på toppen. Du kommer til å elske den, bare vent!

Mens den blide servitøren lager kaffen hans, så spør hun om han skal hjem til familien sin i jula. De pludrer om hvordan jula hans vil bli, om juletradisjonene i familien hans, om han har kjøpt alle pakke- ne. Han ler, hun ler og og i det han får kaffen sin, sier hun:

– Ha en fin tur hjem, lag fantastiske øyeblikk sammen med familien din og når du skal gjennom denne flyplassen neste gang

og ser kaféen her, så kommer du innom og forteller meg hvordan jula ble.

Han får den varme kaffen, går mot utgangen, men klarer ikke helt å glemme damen bak disken som gjorde at tunge tanker ble erstattet av ekte latter.

TENK DET SELV; det er julaften, det er hektisk, kaos overalt, ingen har lyst til å jobbe julaften og alle vil være alle andre plasser enn å servere kaffe til tilfeldige passasjerer med dårlig tid. Men Lily var annerledes. Vår mann går nysgjerrig tilbake til henne.

– Hei igjen, Lily!

– Hei, var ikke latten god?

– Jo, den var helt perfekt. Men jeg må bare spørre deg, hva er hemmeligheten din med å skape slike øyeblikk som du gjorde med meg, bare ved å servere meg kaffe?

Hun rister på hodet, smiler og sier: – Men jeg serverer jo ikke bare kaffe. Jeg serverer lykke inn i livet til folk.

HVOR MANGE GANGER har du ikke bestilt kaffe, kjøpt deg en liten pause i det hektiske. Hvor mange av disse kaffekoppene husker du egentlig etterpå? Vår mann vil alltid huske sitt møte med den hyggelige servitøren som ikke bare serverte kaffe på julaften, men som drysset stjernestøv i kaffekoppen.

MEN HVA HAR DETTE med helse å gjøre? All verden, spør du meg. Hvis vi som jobber med helse makter å gi våre pasienter en følelse av lykke og mestring, så vil det være den beste medisinen vi kan gi. En lege som møter en pasient som forteller at han er svært fornøyd med livet, kan trygt legge føttene på kontorpulten og hendene bak på hodet og slappe helt av, og tenke at her har man gjort en god jobb selv om man ikke har gjort noen verdens ting. Det å være lykkelig gir den aller største helsegevinst. Lykke trumfer alle kolesterolmedisiner og røykekutt.

NOE Å TENKE PÅ til neste gang svigermor inviterer seg selv til plutselig kaffe- besøk. Hun fortjener en god kopp kaffe. Uansett.

kaffekopp



Helse er evna til tilpasning

■ SOLFRID HELLESØY SIQVELAND • Fastlege og spesialist i allmennmedisin



ILLUSTRASJONSFOTO: MONTEN HERNIMESTY / KI - ADORER PIRELUX

Helse er eit av fleire verkemiddel til å føre eit meningsfullt liv. Kva om Verdsorganisasjonen for helse tek feil i sin definisjon av helse, og at helse er ikkje eit mål i seg sjølv, men noko vi brukar for å tilpasse oss til livet? Denne artikkelen viser ein ny måte å sjå helse på.

Verdsorganisasjonen for helse arbeider ut frå ein definisjon av helse som «ein tilstand av komplett fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikkje berre fråvær av sjukdom eller lyte» (1). No er det kveld, og sjølv om eg korkje har hatt feber, skada meg, eller grått i dag, så har eg ikkje nådd opp til dette helsemålet. Det gjer at eg tenkjer: Kan det tenkjast at andre måtar å sjå helse på kan vere meir til nytte?

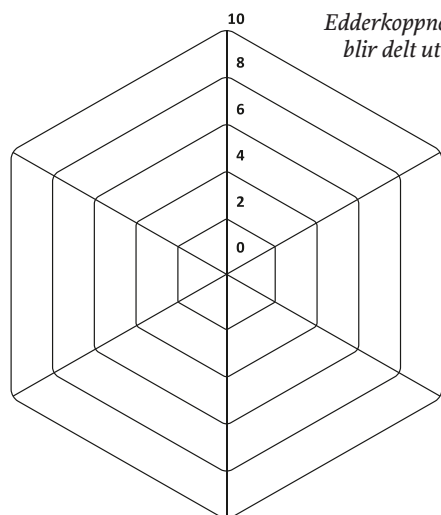
Rosendalskurset 2025 vil handle om det nederlandske eksempelet: *Positive Health in Primary Care*. Denne måten å sjå helse på har endra mange legar sin kvardag i Nederland. Etter Wonca Europe 2024 fekk eg vere med på kurs i lag med ein av grunnleggarane, Karolien van den Brekel-Dijkstra (2). Machteld Huber er kollega til Brekel-Dijkstra. Huber byrja arbeid med ein anna definisjon av helse i 2009, at helse er evna til tilpasning og sjølvstyre i møte med sosiale, fysiske og kjenslemessige utfordringar (3). Gjennom finansiering frå Helsedirektoratet og The Netherlands Organisation for Health Research and Development, undersøkte Huber støtte til den nye definisjonen av helse, og arbeidde fram reiskapen som synleggjer dei seks dimensjonane av helse, Positive Health (4). Vi brukar dei seks dimensjonane av Edderkoppnettet, og fordi vi framleis er i ferd med å omsette dette til norsk, brukar eg dei engelske orda: Bodily functions, Mental well-being, Meaningfulness, Quality of life, Participation og Daily Functioning.

MY POSITIVE HEALTH

- Taking care of yourself
- Knowing your limitations
- Knowledge of health
- Managing time
- Managing money
- Being able to work
- Being able to ask for help



- Social contacts
- Being taken seriously
- Doing fun things together
- Having the support from others
- Sense of belonging
- Doing meaningful things
- Being interested in society

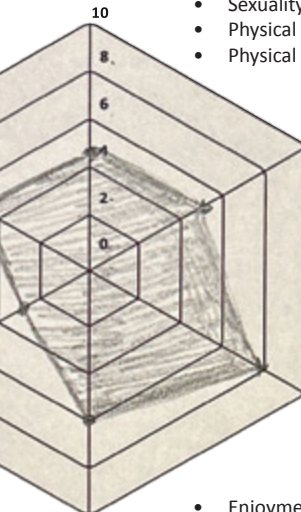


Edderkoppnettet før det blir delt ut til pasienten.

Eg meiner bestemt vi ikkje kan la dette vere ein ubrukt arbeidsreiskap. Eg har brukt kartlegginga med Edderkoppnettet på mange pasientar som eg har kjent lenge, som har samansette problemstillingar, og som eg ikkje har klart å hjelpe. La meg fortelje om «Anne». Anne har vore sjuke-meldt i større eller mindre grad i heile haust, ho har vore sliten, det er vanskelig med sambuar, ho har hovudverk, tanke-køyr, dårleg samvit og føler seg aldri ut-kvilt. Biokjemisk har ho det ok, og eg finn ikkje eigentleg migrene. Ho har også vore til fysioterapeut, og eg har sendt sambuar-paret til familiekontoret for rettleiing. Vi fyller ut Edderkoppnettet og finn eit møn-ster slik du ser det i figuren øverst på siden.

Eg spør ho, kva ser du i bildet ditt, er her noko som er viktig for deg. Hennar eiga vur-dering er at Bodily functions, Mental-Well

- Feeling healthy
- Feeling fit
- No physical complaints or pain
- Sleeping
- Eating
- Sexuality
- Physical condition
- Physical activity



- Enjoyment
- Being happy
- Feeling good
- Feeling well-balanced
- Feeling safe
- Intimacy
- Housing circumstances
- Having enough money



- Being able to remember things
- Being able to concentrate
- Being able to communicate
- Being cheerful
- Accepting yourself
- Being able to handle change
- Feeling in control



- Having a meaningful life
- Having a zest for life
- Pursuing ideals
- Feeling confident
- Accepting life
- Being grateful
- Lifelong learning



Her er Edderkopp-
nettet til Anne.
TRYKT MED TILLATING

being og Daily Functioning er grunnlaget for at alt det andre skal fungere. Er ikkje det på plass, klarer ho ikkje vere sosial. Eg stiller opne spørsmål, kva betyr noko for deg her? Ho fortel at ho har alltid blir sliten i so-siale settingar, ho likar å vere sosial ei stund, men så vil ho ha ro. Kva betyr mest for deg her, så seier ho at det viktigaste er å vere trygg, det er det som verkeleg manglar no, for er ho trygg kan ho gjere alt anna mykje meir og betre, får meir gjort og har ikkje konstant dårleg samvit lenger. Kva ynskjer ho seg? Ho ynskjer seg tryggleik, og det ho verkeleg vil ha er yoga to dagar i veka. Men der er berre barrierar rundt dette, det blir kranling, nokon andre må lage og rydde opp etter middag heime dei dagane då, det likar verken sambuar eller borna. Og då blir det berre dårleg samvit og forverring av alt. Ho har eit hav av barrierar og nemner dei i fleng, men det er ikkje meg ho seier dei til, for eg foreslo aldri yoga. Eg spør kva som kan skje om ho er borte to ettermiddagar, om familien brått får underernæring. Ho er samd i at det er lite truleg, og at barrieren nok sannsynlegvis er i hovudet hennar. Ho har jo aldri sagt det til familien at dette betyr noko for ho. Ho er etter ein del att og fram med på at det ho verkeleg vil ha er tryggleik, ho kjenner seg trygg på yoga, for der er ho ikkje redd for tankekøyr, for der stilnar tankekøyr. Kva forskjell ville dette gjort for ho: Stilnar tankekøyr kjenner ho ro og kontroll, ho vil ha det, for då går alt anna be-

tre. Ho ynskjer seg dette, ro og tryggleik, ho kan gjere yoga og har bestemt seg for det. Ho ser barrierane og at dei var det ho sjølv som laga og ho sjølv som kunne gjere noko med.

Gjennom samtalen kjenner eg kor sen-tralt eg står plassert i allmennmedisin, at dei sju tesene for allmennmedisin lever i meg og i samtalen vår (5). Eg held lege-pa-sient-forholdet i hevd, eg let pasienten føre ordet, eg er vitne og medvandar til pasien-ten, og pasienten får tru på eiga meistring.

Det tok 20 minutt. Det var ein pasient eg har kjent i nokon år, med hyppigare kontakt siste halvår. Eg ymta frampå om ho ville teste ut noko eg hadde lært på kurs. Ho var med på det. Eg visste ikkje kor-leis eg skulle hjelpe ho, men det viste seg at det visste ho. Samtalen opna seg ved å sjå på helse på ei ny måte, ved hjelp av Edderkoppnettet.

REFERANSER:

1. <https://sml.snl.no/helse>.
2. <https://www.iph.nl/en/>.
3. Huber, M., Kmottnerus, J. A., Green, L., et al. (2011). How should we define health? BMJ, 343 (4163), 235–237.
4. Huber, M., Van Vliet, M., Giezenberg, M., et al. (2016). Towards a «patient-centred» operationalisa-tion of the new dynamic concept of health: A mixed methods study. BMJ Open, 2016 (5), e010091.
5. Norsk selskap for allmennmedisin tenkedugnad 2000–2001. Publisert i 2001, utgitt på nytt i 2019.

■ SOLFRIDHS@GMAIL.COM

Medisinsk nødmeldetjene – uutnyttet ressurs eller ov

■ ANNE SIRI JOHNSEN | EMIL IVERSEN | GUTTORM BRATTEBØ

Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom)

I Norge er den akuttmedisinske frontlinjen bygd opp av 16 akuttmedisinske kommunikasjons-sentraler (AMK) og 94 legevaktssentraler (LVS), i tillegg til fastleger og private tjenester. Når fastlegene, som kjenner sine pasienter, stenger for dagen, tar medisinsk nødmeldetjeneste over beredskapen. I et helsevesen med en stadig økning av nødtelefoner, ambulanseoppdrag og legekonsultasjoner, er medisinsk nødmeldetjeneste en uutnyttet ressurs eller en tjeneste på randen av kollaps?

I følge Helsenorge.no skal publikum ringe AMK (medisinsk nødtelefon 113) når de «trenger akutt helsehjelp og det kan stå om liv og helse». LVS (nasjonalt legevakt-nummer 116 117) skal kontaktes når «fastlegen ikke er tilgjengelig, og hjelpen ikke kan vente» (1). For publikum kan det være vanskelig å vurdere hvor de skal henvende seg, og denne utfordringen kunne med fordel vært i søkelyset i informasjonskampanjer fra myndighetene, all den tid vi har to ulike inngangsporter til tjenestene. Både AMK og LVS skal bemannes av kvalifisert personell som vurderer hva slags hjelp pasienten trenger. I tillegg går svært mange akutt- og ø-hjelpshenvendelser til helsesekretærer på fastlegekontor som enten sørger for at pasienten kan komme til fastlegen sin, eller ber pasienten kontakte LVS eller AMK.

AMK-sentralene i Norge er spredt ut og varierer i størrelse. Der besvares nødtelefoner av medisinske operatører, som ifølge akuttmedisinforskriften skal være sykepleiere, ambulansearbeidere eller paramedisinere, alle med nødvendig tilleggsopplæring (2). De bruker *Norsk Indeks for Medisinsk Nødhjelp* (NIMN) som beslutningsstøtteverktøy, og skal på en strukturert måte sortere (triagere) pasienter i kategori rød (akutt), gul (haster)

eller grønn (vanlig) (3). Rød triage utløser at en ressurskoordinator ut-alarmerer en ambulanse med blålys og sirener. Gule og grønne oppdrag blir som hovedregel, i henhold til akuttmedisinforskriften, overført til LVS for videre kartlegging og oppfølging, men henvendelsen kan bli satt tilbake til AMK dersom LVS mener det er en tilstand som krever ambulanse. NIMN revideres og utvikles jevnlig, men det er gjort lite forskning på verktøyet. Operatø-

rene er, i tillegg til NIMN, avhengig av høy faglig kompetanse og gode kommunikasjonsferdigheter, samt tilgang på kurs og fagutvikling for å mestre denne utfordrende jobben.

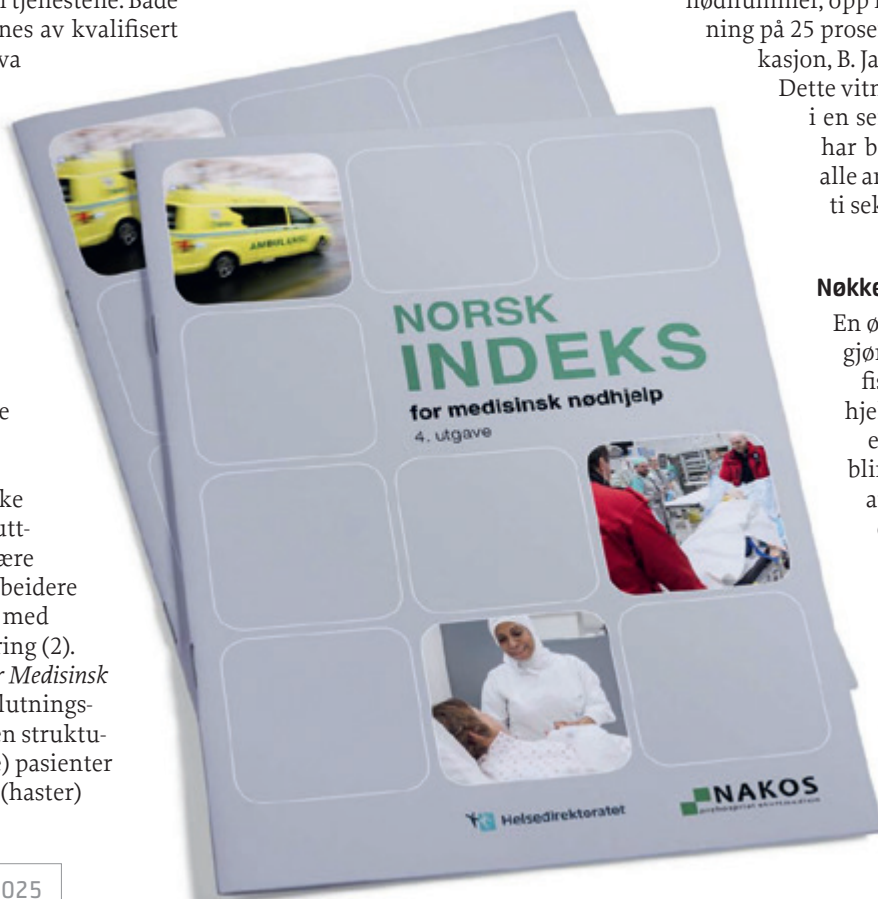
Medisinsk nødmeldetjeneste har en viktig oppgave i å identifisere pasienter som er i fare for tap av liv og helse, eller har behov for hjelp som ikke kan vente. Det er et økende antall telefoner inn til 113. Det var i 2023 hele 778 464 anrop til medisinsk nødnummer, opp fra 624 778 i 2020, en økning på 25 prosent (personlig kommunikasjon, B. Jamtli, Helsedirektoratet).

Dette vitner om en travel hverdag i en sentral der myndighetene har bestemt at 90 prosent av alle anrop skal besvares innen ti sekunder (1).

Nøkkelrolle

En økende oppdragsmengde gjør det nødvendig å identifisere de som ikke trenger hjelp med en gang. Dette er et viktig poeng, som bare blir mer og mer aktuell når antall henvendelser øker, og befolkningen gradvis blir eldre og sykere (4).

Silingen av pasienter som kan vente til fastlegekontoret åpner er en forutsetning for å kunne opprettholde beredskap med ambulanser og le-



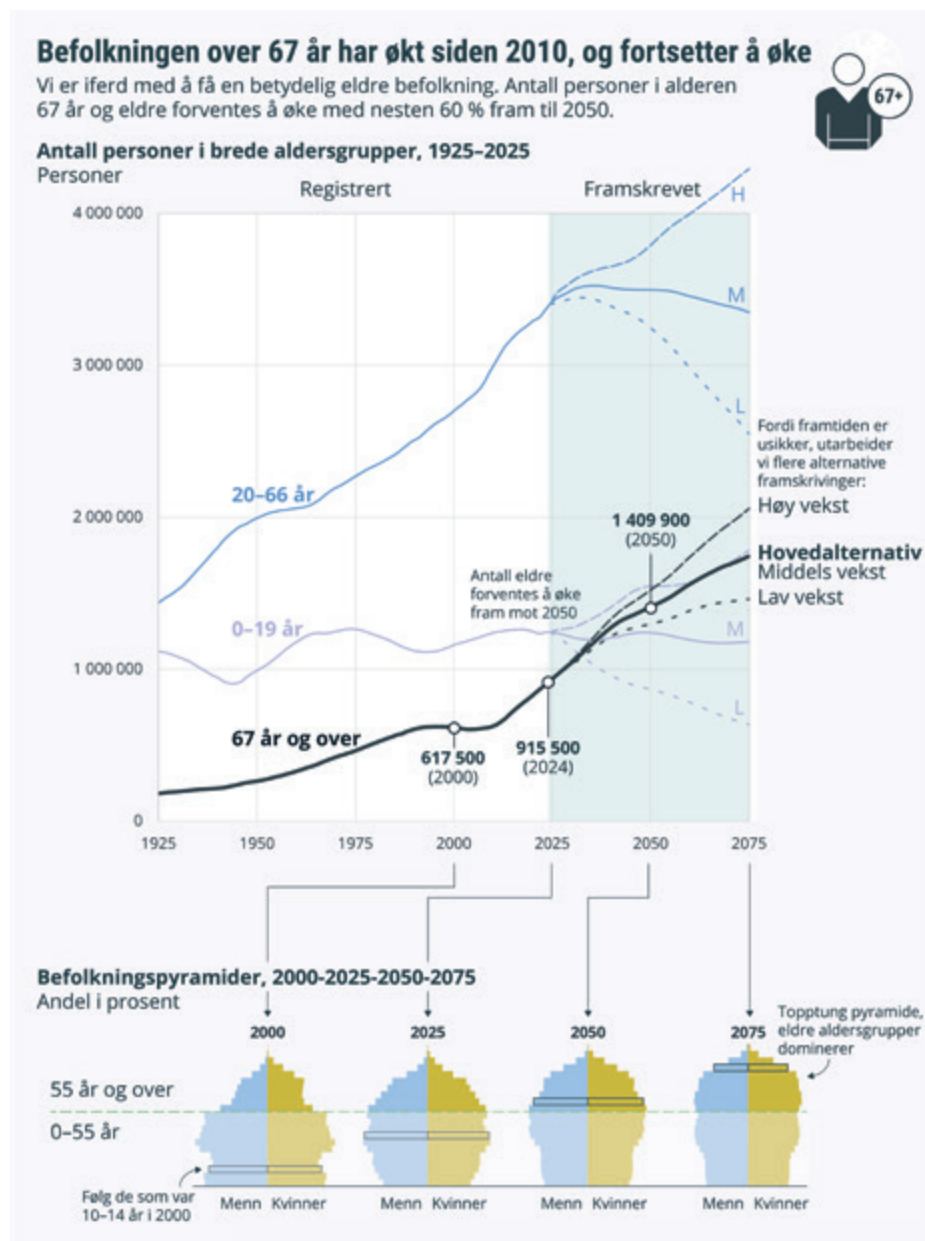
ste erbelastet tjeneste?

Infografikk som viser befolkningsutviklingen i Norge fra 1925 fram til 2024 etter aldergruppene 0–19 år, 20–66 år og 67 år og over. For perioden 2025–2075 vises framskrevne tall for de samme aldersintervallene etter hovedalternativet (MMM). Se Nasjonale befolkningsframskrivninger for mer informasjon om ulike forutsetninger.

gevaktstjenester. På denne måten har medisinsk nødmeldetjeneste en helt sentral rolle i forvaltningen av ressurser i dag, og den blir enda viktigere i årene fremover.

For å sikre rask og riktig behandling av pasientene har medisinsk nødmeldetjeneste en utstrakt grad av samhandling med andre nødetater, andre aktører i helsevesenet og frivillige organisasjoner. Tjenestene koordinerer ambulanseressurser og samhandler med LVS i de tilfeller hvor pasientene ikke har et akutt behov for ambulanse. Andre nødetater som politi og brann og redning er viktige ved alvorlige skader, men også ved psykiatriske problemstillinger og eksempelvis ved utfordringen med låste dører. For å lykkes med denne samhandlingen har vi i KoKom, i samarbeid med Politidirektoratet og Helsedirektoratet, utviklet et kurs om samarbeidet mellom helsevesen og politi ved transport av psykisk syke pasienter (5). Dette er et utfordrende område som kan være frustrerende for de involverte, ikke minst pasientene, når samarbeidet ikke fungerer. Politiet har gjort dette kurset obligatorisk i sin tjeneste, og vi håper at helsevesenet følger etter, siden aktørene i akutte situasjoner bør ha felles situasjonsforståelse. Det er kun ett eksempel på flere kurs og møteplasser hvor vi drar nytte av våre felles erfaringer. Det er lett å forstå at ambulansetjenesten og politiet trener sammen på for eksempel PLIVO-hendelser (pågående livstruende vold), men medisinsk nødmeldetjeneste som koordinerende instans og legevaktene, har også en rolle i slik trening.

Dokumentasjon som gjøres i 113-samtaler gir oversikt over kontakten med tjenes-



ten og beslutningene som er tatt, men går ikke som epikrise til fastlegene. Dokumentasjonen gir uansett en oversikt over hvil-

ken informasjon som ble gitt, hvilke beslutninger som ble tatt, og er viktig for pasientsikkerheten, da den kan identifisere risiko

og eventuelle feil. Samtalene blir dessuten logget med lyd, som fungerer som juridisk dokumentasjon dersom det oppstår tvister eller spørsmål om hjelpen som ble gitt. Den kan også brukes til forskning og videre kvalitetsutvikling av tjenesten. Medisinsk nødmeldtjeneste har ikke tilgang til fastlege- eller sykehusjournal. Er det noe fastlegen virkelig mener at AMK og LVS skal vite om pasienten hvis pasienten ringer 113 eller 116 117, for eksempel at det er spesielle tilstander som kan bli kritiske, er det viktig å notere dette under «Kritisk info» i pasientens Kjernejournal, som operatørene i AMK og LVS har tilgang til (6). En fastlege eller lege på sykehus kan godt fortelle sin pasient at hen må ringe 116 117 eller 113 ved gitte symptomer, men noteres det ikke i Kjernejournal, blir det vanskelig for operatørene å vurdere hvor kritisk symptomene er for pasienten.

Kompetent vurdering av riktig omsorgsnivå

Akuttmedisin er en spennende og viktig del av allmennmedisinen. Helsetjenesten trenger dyktige og faglig engasjerte leger som ønsker å jobbe med legevaktsmedisin,

også opp mot medisinsk nødmeldtjeneste. Stadig flere steder i landet har legevaktene mulighet for at legen kjører til pasienten. For eksempel trener de jevnlig i Moss, og man ser tydelige tegn på at det å få legevaktslegen hjem til pasientene er en nyttig ressurs, både for å identifisere de pasientene som kan bli værende hjemme, og for å finne ut hvordan pasientene best kan hjelpes (7). Dette er skånsomt for pasientene, og samtidig sparer det helsevesenet for ressurser ved at pasientene slipper forflytning og kanskje en sykehussinnleggelse. Ikke minst er dette avgjørende for sykehjems-pasienter. Legevaktslegen har førstehåndskunnskap om infrastruktur i helsevesenet i sitt distrikt, og kan hjelpe pasientene med å komme til riktig sted. Dermed er dette en viktig ressurs for å styre pasientstrømmene på riktig måte, og en viktig avlastning for medisinsk nødmeldtjeneste og andre pre-hospitale tjenester. Vi håper denne delen av legevaktstjenesten styrkes i fremtiden for å møte den økende belastningen på de pre-hospitale tjenestene.

Med en aldrende befolkning må vi anta at presset på akuttmedisinske tjenester vil øke. Da blir det enda viktigere å ha presis

sortering av pasienter, kompetent personell og tjenester som kjenner hverandres styrker og begrensninger for sømløs og god samhandling. Medisinsk nødmeldtjeneste er fortsatt en uutnyttet ressurs, men den må brukes riktig for å unngå overbelastning.

REFERANSER

1. Helsenorge.no. <https://www.helsenorge.no/forste-hjelp/ring-113/#nar-skal-du-ringje-113>.
2. Akuttmedisinforskriften. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-03-20-231>.
3. Norsk Indeks for Medisinsk Nødhjelp. Versjon 5.0 2024. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/norsk-indeks-for-medisinsk-nodhjelp/Norsk%20indeks%20for%20medisinsk%20n%C3%B8dhjelp.pdf>.
4. Vebjørn Aalandslid, Statistisk sentralbyrå. Økende antall eldre, men fortsatt blant de yngste i Europa (2024, 21. juni) <https://www.ssb.no/befolkning/folketall/artikler/okende-antall-eldre-men-fortsatt-blant-de-yngste-i-europa>.
5. Helsetjenestens og politiets ansvar for personer med psykisk lidelse. <https://nakos.no/enrol/index.php?id=2748>.
6. Kjernejournal hjelpesider, kritisk info. <https://hjelp.kj-opplaering.nhn.no/kritisk-info/>.
7. Moss kommune. Får skryt for akutt-øving. <https://www.moss.kommune.no/aktuelt/far-skryt-for-akutt-oving.18339.aspx>.

■ ANNE.SIRI.JOHNSEN@HELSE-BERGEN.NO





SHINGRIX

VAKSINE MOT HELVETESILD
(REKOMBINANT, MED ADJUVANS)

HVIS DU KAN FORHINDRE HELVETESILD, HVORFOR SKULLE DU IKKE DET?

Vaksinér nå for
beskyttelse som varer¹



Shingrix gir opptil 97 % effekt hos voksne fra 50 år og eldre^{*2}

Ca. 94 % av dine pasienter over 50 år har allerede viruset som forårsaker helvetesild i kroppen, og 1 av 3 personer vil få sykdommen i løpet av livet.^{3,4}

Indikasjon: Shingrix er indisert for å forhindre herpes zoster (HZ) og postherpetisk nevralgi (PHN) hos voksne $\geq$ 50 år og voksne $\geq$ 18 år med økt risiko for HZ. Bruk av Shingrix skal være iht. offentlige anbefalinger.

Dosering: Primært vaksinasjonsskjema består av 2 doser à 0,5 ml. Andre dose gis etter 2 mnd. Ved behov for fleksibilitet, les mer i preparatomtalen.

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON:

- Vaksinerings bør utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. En lett infeksjon, som en forkjølelse, er imidlertid ikke en kontraindikasjon for vaksinasjon.
- Gis med forsiktighet hos individer med trombocytopeni eller blødningsforstyrrelser da blødning kan oppstå etter i.m. injeksjon.

Les preparatomtalen for mer informasjon før forskrivning av Shingrix. Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på tlf: 22 70 20 00.

Pris: 1921,40 kr per sett (1 hetteglass pulver til injeksjonsvæske, 1 hetteglass 0,5 ml suspensjon til injeksjonsvæske). Shingrix er en ikke-levende vaksine

^{*}To fase III-, placebo-kontrollerte, observatør-blindede effektstudier med Shingrix ble utført hos voksne $\geq$ 50 år med 2 doser administrert med 2 måneders mellomrom:²

- ZOE-50: Totalt vaksinerte kohort (TVC) på 15 405 voksne $\geq$ 50 år som fikk minst én dose av enten Shingrix (n=7 695) eller placebo (n=7 710). Alder $\geq$ 50 år: vaksineeffekt 97,2 %, 95 % KI [93,7; 99,0]. Median oppfølgingsperiode 3,1 år.
- ZOE-70: TVC på 13 900 voksne $\geq$ 70 år som fikk minst én dose av enten Shingrix (n=6 950) eller placebo (n=6 950). Alder $\geq$ 70 år (ZOE-50 og -70 samlet): vaksineeffekt 91,3 %, 95 % KI [86,8; 94,5] Shingrix (n=8 250) vs. placebo (n=8 346). Median oppfølgingsperiode på 4,0 år.

Studiene var ikke designet for å demonstrere effekten i subgrupper av fragile individer, inkludert de med flere komorbiditeter, selv om disse personene ikke ble ekskludert fra studiene.

Referanser: 1. Strezova A, et al. Long term protection against herpes zoster by the adjuvanted recombinant zoster vaccine: interim efficacy, immunogenicity, and safety results up to 10 years after initial vaccination. Open Forum Infect Dis 2022 Oct 23;9(10):ofac485. doi: 10.1093/ofid/ofac485 2. Shingrix preparatomtale (12/2022). 3. Rimsele G et al. Varicella-zoster virus susceptibility and primary healthcare consultations in Norway. BMC Infect Dis. 2016 Jun 7;16:254. doi: 10.1186/s12879-016-1581-4. 4. Sæther EM. Helvetesild i et samfunnsperspektiv. Oslo Economics, mai 2023 (sykdomsinfo.no/samfunnsperspektiv)



For mer informasjon om Shingrix,
scan QR-koden eller gå inn på shingrix.no

Trade marks are owned by or licensed to the GSK group of companies. ©2023 GSK group of companies or its licensor. PM-NO-SGX-JRNA-220001, september 2023

GSK

FASTLEGER OG DEN NYE DIGITALE HVERDAGEN: — Forandret måten legen

■ LISBETH NILSEN • *Frilansjournalist*

Fastlege og forsker Børge Lønnebakke Norberg ble overrasket over hvor godt fastlegene i studien tilpasset seg økt bruk av digitale konsultasjoner: – Vi ble positivt overrasket over at legene allerede hadde møtt og tilpasset seg en ny digital virkelighet med fornuft og refleksjon.



FOTO: JARL-STIAN OLSEN/INSE

behandlet pasientene på

Børge Lønnebakke Norberg er fastlege i Trondheim og forsker ved Nasjonalt senter for e-helseforskning og NTNU. Studien inngår i doktorgradsarbeidet hans og er en del av et større prosjekt som er finansiert av Forskningsrådet.

– Vi så at digitale konsultasjoner diametralt forandret måten legene behandlet pasientene på, sier han og viser til funnene i den kvalitative studien der han og medforfatterne har sett på hvordan fastleger opplever en ny arbeidshverdag med langt flere tekstbaserte e-konsultasjoner, telefon- og videokonsultasjoner.

Ifølge forfatterne bak den kvalitative studien som er publisert i JMIR Formative Research, hadde fastlegene tilpasset seg godt en mer digital hverdag, med alt det innebærer av muligheter og fallgruver.

– Vi ble positivt overrasket over at legene allerede hadde møtt og tilpasset seg en ny digital virkelighet med fornuft og refleksjon, sier Børge Lønnebakke Norberg.

Både fordeler og ulemper

Dette var noen av de positive sidene som legene trakk frem i intervjuer og diskusjoner om digitale konsultasjoner:

- Er fleksibelt, som blant annet muligheten til å jobbe hjemme
- Gir tiltrengt avveksling i hverdagen
- Effektiv måte å sortere på hvis det er lenge til en tilgjengelig legetime på kontoret
- Bidrar til bedre triagering
- Gjør det lettere å regulere intensiteten i pasientkontakt under oppfølginger – legen kan ta «hvileskjær»

- Er en måte å bevare kontinuiteten på for spesielle pasientgrupper, som psykisk syke
- Gir gode muligheter for å følge opp pasienter med lang reisevei
- Skjermer legen for direkte konfrontasjon med aggressive/utagerende pasienter

Blant mulig uheldige konsekvenser var:

- Kan gi unødvendig merarbeid og ta tid fra andre viktige oppgaver, hvis det gjelder problemstillinger som ellers ikke ville krevd en konsultasjon
 - Påvirker portvokterrollen, vanskeligere å si «nei» til for eksempel henvisninger
 - Bidrar til økt frykt for å overse alvorlige hendelser som blir liggende i innboksen
 - Fører til lav terskel for å ta kontakt med fastlegen, og minket evne hos pasienten til egenomsorg og det å vente og se om ting går over av seg selv
 - Utgjør en risiko for at alvorlige ting drukner i de mange mer trivielle spørsmålene fra pasientene («nåla i høystakken»)
 - Kan føre til dårligere kvalitet fordi ikke alle nyanser fanges like godt opp som i et møte ansikt til ansikt med pasienten
 - Kan skape sosial ulikhet ved at digitalt kompetente pasienter prioriteres
 - Overforbruk og feilbruk av digitale timer bidrar til dårligere kvalitet på helsehjelpen
- Opprinnelig tenkte vi bare å se på argumenter for og imot digitale konsultasjoner. Så fikk vi innspill fra de to engelske profesorene Chris Salisbury og Helen Atherton,

som mente at dette er mer komplekst og sammensatt. Derfor handler studien også om digitale konsultasjoner og de organisatoriske følgene det får for driften av legekontoret og for hele helsetjenesten.

Grenseoppganger viskes ut

Variasjon i legehverdagen var én av flere positive sider ved digital konsultasjon.

– Før de nye blodfortynnende medisinene kom, hadde vi mange hvileskjær når vi for eksempel målte INR. Nå bruker flere av fastlegene digitale konsultasjoner som hvileskjær. Mange fastleger fortalte at de gleder seg til en tekst- eller videokonsultasjon. Hvis alle fysiske pasientkonsultasjoner handler om «livet på randen», blir det tungt. Valsetakten «tung, lett, lett» er bra. Legene la ikke skjul på at det er godt å kunne hente i barnehagen og rekke å lage middag før de svarer på e-konsultasjoner. Det er interessant å se at fastlegene setter så stor pris på variasjonen og på valsetakten.

Men i kjølvannet følger også noen utfordringer.

– Det er grenseoppganger som viskes ut. Mange leger påpekte faren for at lettere legetilgang kan redusere pasientens toleranse for mindre alvorlig sykdom og evnen til egenomsorg. Kanskje enda viktigere i et folkehelseperspektiv, er at mange fastleger nevner risikoen for at fastlegens evne til å ivareta portvokterfunksjonen kan bli redusert fordi det kan være vanskeligere å begrense videre utredning i en digital konsultasjon.

– Vi konfronteres med mer trivielle og usorterte henvendelser, og fastlegene i studien synes det kunne være utfordrende å avdekke og å prioritere. Det blir som å lete i høystakken – når høystakken er dobbelt så stor, blir det vanskeligere å finne nåla, sier Børge Lønnebakke Norberg, fastlege i Trondheim og forsker ved Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE).

“Valsetakten «tung, lett, lett» er bra.

Børge Lønnebakke Norberg holder innlegg om forskningen sin i Bergen høsten 2022. Doktorgradsarbeidet hans er en del av et større prosjekt som utgår fra Nasjonalt senter for e-helseforskning og som er finansiert av Forskningsrådet. FOTO: LISBETH NILSEN



Mange leger i studien påpekte faren for at lettere tilgang til fastlegen via for eksempel e-konsultasjon, kan redusere pasientens toleranse for mindre alvorlig sykdom og evnen til egenomsorg. ILLUSTRASJONER: TORA MARIE NORBERG

Forskerne endret syn

Fastlegene hadde ulike erfaringer med digitale konsultasjoner. Noen foretrakk å innlede med en e-konsultasjon for å få et overblikk, mens andre heller ønsket en fysisk konsultasjon først. Og mens noen likte videokonsultasjoner, synes andre at en sånn type digital konsultasjon var krevende.

– Hva sa legene om faren for at digitale konsultasjoner likevel ender opp med en ny fysisk konsultasjon?

– Utgangspunktet vårt var at digitale konsultasjoner kommer i tillegg og gir merarbeid. Men etter å ha gjennomgått diskusjonene, har vi fått et mer nyantert inntrykk. Enkle ting, som ellers ikke ville generert en time, utgjør nok noen prosenter. Men det vi artikkelforfatterne sitter igjen med, er at mange av de digitale konsultasjonene ofte var en introduksjon til å planlegge et pasient- og utredningsforløp. De deltagende legene presiserte at hvis de skal planlegge et forløp, må de avtale med



pasienten på forhånd, slik at det er pasientene som i praksis initierer eller ønsker oppfølging. Så selv om en digital konsultasjon ender med en fysisk konsultasjon, kan det være helt riktig, og vårt syn på digitale konsultasjoner som merarbeid ble forandret, svarer Børge Lønnebakke Norberg.

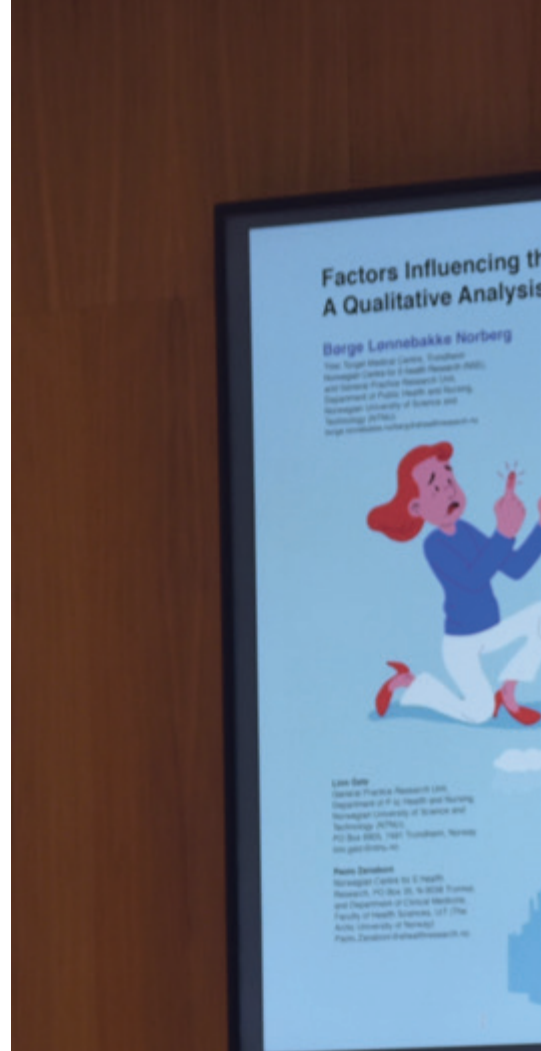
Flere av fastlegene fortalte at de brukte digitale konsultasjoner som «hvileskjær», og mange fortalte at de gledet seg til en tekst- eller video-konsultasjon.

Viktige ting drukner

Fastlegene nevnte en utfordring knyttet til at de viktige spørsmålene lett kan drukne i mindre viktige problemstillinger.

– Innføring av digitale konsultasjoner kan forringe det vi i Trøndelag kaller for kløkt. Vi konfronteres med mer trivielle og usorterte henvendelser, og fastlegene i studien synes det kunne være utfordrende å avdekke og prioritere. Det blir som å lete i høystakken – når høystakken er dobbelt så stor, blir det vanskeligere å finne nåla.

Legene i fokusgruppene snakket også om juridiske dilemmaer og ansvar. Hva med ting som åpenbart burde vært tatt fysisk eller over telefon, og som i stedet er en





melding som blir liggende i innboksen til fastlegen? Hvem har ansvaret hvis noe alvorlig overses?

– Den etiske forpliktelsen gjør at mange leger sjekker innboksen daglig og ofte flere ganger daglig. Vi vet at det har oppstått utilsiktede uheldige hendelser fordi pasienter har sendt melding om ting som burde ha vært tatt over telefon og med tilhørende akutttime på legekontoret.

Pandemien som bakteppe

Studien ble gjennomført i 2022 med intervjuer av 18 fastleger fordelt på fem fokusgrupper. Deltagerne var erfarne fastleger, rekruttert fra alle de fire helseregionene.

– Bakteppet for studien var pandemien, som førte til et rakettskifte i hvordan konsultasjoner ble tilbudt med økt bruk av telefon-, tekst- og videokonsultasjoner. Vi rekrutterte bevisst dedikerte og opinionsledende fastleger, og det ga oss mange nyanserte svar og veldig rike diskusjoner.

– Hvilke svar ville dere ha fått hvis deltagerne var yngre og mindre erfarne?

– De som har jobbet noen år i allmennpraksis, får et blikk i hva som skal utredes, og i hvem som ikke oppsøker fastlegen, eller som går for mye. Fastlegeordningen er et ideelt system for å introdusere digitale konsultasjoner fordi det er mange erfarne leger og høy kontinuitet i lege-pasientforholdet. Yngre og helprivate leger har ikke opparbeidet samme kjennskap til pasienten.

– Hvor mye har pandemien farget svarene?

– Svært lite, for i praksis var det et åpent samfunn da vi gjennomførte intervjuene.

«Må lære oss å sile»

Alle legene i studien fremholdt viktigheten av kjerneverdien i allmennpraksis: Kontinuitet.

– Det er kontinuiteten vi er stolte av i fastlegeordningen. Flere studier har vist mange fordeler knyttet til lege-pasient-

kontinuitet. Innføring av digitale tjenester kan være en fordel for å kunne bevare denne kontinuiteten. Bærekraft er viktig, og ett aspekt er bærekraft for pasienten, noe annet er bærekraft for fastlegen. Mer bruk av digitale konsultasjoner er fastlegenes nye hybridhverdag, og det gjelder å finne en god balanse for at dette ikke bare skal bli merarbeid. Jobber vi utover kvelden, vil vi alltid kunne fylle tiden. Så vi må lære oss å sile godt og å prioritere, og vi må gjøre en god innsats der det er viktigst. At vi blir lettere tilgjengelig kan være bra, mener Børge Lønnebakke Norberg og legger til:

– Helseminister Jan Christian Vestre har sagt noe om at det er en del elementer av håp og muligheter i den nye digitale hverdagen. Det har han veldig rett i. Vi kan bruke digitale konsultasjoner til de pasientene som ellers ikke kommer til legekontoret, og til å ta kontakt med de pasientene som er sykest og som trenger oss mest. Med kunnskap, refleksjon og riktig bruk, kan digitale konsultasjoner fungere veldig bra.

■ BETHNIL17@GMAIL.COM

“ At vi blir lettere tilgjengelig, kan være bra.

MINE ERFARINGAR SOM DISTRIKTSLEGE / del 3: Livet som distriktslege

■ TORLEIV ROBBERSTAD



TORLEIV ROBBERSTAD

Torleiv Robberstad er 88 år gammel, men leverer fortsatt artikler til *Utposten*, 50 år etter at han hadde sin første artikkel i bladet vårt. Han har vært distriktslege, samfunnsmedisiner, helse- og sosialsjef, assisterende fylkeslege og kommunestyremedlem. I høst fant han tilfeldig et manuskript fra da han i 2003 holdt foredrag i et medisinsk historielag i Stavanger. Foredraget handler om hans liv som distriktslege fra 1960- til 1980-tallet. Torleiv skrev i brev til oss i redaksjonen: «Eg syns framleis det er spennande å lese om alt det rare eg har vore med på i embets medfør.» Det synes vi også! Vår nære medisinske historie minner oss om hvordan nesten umerkelige små endringer over år blir til store omveltninger. Torleiv sine opplevelser fra den gang er verd å lese som ren underholdning, men gir samtidig et tankevekkende perspektiv til dagens legeliv og helsetjeneste. Vi publiserer en lett redigert utgave av foredraget i tre deler, i *Utposten* nummer en til tre i 2025.



ARKIVFOTO: SANDNES VENSTRE / TORLEIV ROBBERSTAD

oktober til mai, så då søkte me oss sørover.

Rennesøy hadde hatt både distriktslege og distriktsveterinær i lag med Finnøy. På midten av 60-talet fekk kommunen velje kva dei ville ha for seg sjølv, og dei valde distriktsveterinær først. På dei tider blei det oppretta omlag to nye distriktslegestillingar per år, og i 1969 fekk Rennesøy ein av dei. Denne kommunen hadde høgast gjennomsnitts årstemperatur, dit flytta me, og ny distriktslegebolig med kontoravdeling sto ferdig eit halvt år etter.

Me var på Rennesøy i fem år, og livet blei mykje rolegare der. Det var bare 2000 menneske i distriktet, fordelt på seks øyar, men

Hausten 1967 gjekk eg Bygdøykurset: Helsedirektoratet sitt kurs i offentlig helsearbeid for legar, i Quisling sin gamle residens. Der kunne me unge distriktslegar i 3,5 månader dele erfaringar og meiningar, som ganske ofte var meir relevante enn forelesarane sine. Kurset var ei god tankesmie. Og etter 5,5 år var me lei av snø frå

dei aller fleste budde på Rennesøya, med bare fem kvarters ferjetur til Stavanger. Då blei det tid til å gå på tur med ungane på dagtid. Finnøylegen og eg ordna oss todelt helgevakt frå første dag, og i 1973 tok me også inn den nye distriktslegen i Hjelme-land, etter at Strand og Forsand ikkje ville ha den kommunen med i vaktordninga si lenger. Tredelt legevakt i helgene! Det var på den tida eg fann ut at i himmelen måtte det vere femdelt legevakt.

Eg hadde kontordag heime i Vikevåg tre dagar i veka og på Mosterøy kvar tysdag. Kollega Vatle på Finnøy hadde militærte-



*Tid til familieliv på
jærstrender på 1970-talet.*

S

nesta si «på avbetaling», så det var fast takst at han var bortreist som sesjonslege to månader frå slutten av januar, med meg som vikar og med kontordagar på Finnøy. Og når han reiste, kom influensaen. Men folk var greie både på Rennesøy og Finnøy, og det var nokså kort veg til byen.

Det blei mykje sjøreiser i Ryfylke, og etter kvart kom der fleire hurtiggåande og gode skyssbåtar.

Men ishud hadde dei ikkje. Ein vinter kom det mykje drivis i Ryfylkebassenget, og så fekk eg telefon frå ei vetug mor på nordsida av Ombo, om ein sjuk unge. Me fann ikkje skikkeleg ut av om det kunne vere otitt eller meningitt, så då måtte eg få ein stål-slepebåt frå Stavanger til å skyss meg nokre timar gjennom isen, for å bli sikker (det var otitt).

Nokre stavangerlegar kunne fortelje om den gode gamle huslegen, som hadde tid til å snakke med pasientane, som kunne gi gode råd til dei andre i pasientfamilien, og som gjerne kunne få eit glas portvin om det høvde seg slik på sjukebesøket. Javisst,

men folk flest hadde ikkje portvin i skåpet. Det var som ein gammal mann på Åmøy sa til meg: du laut helst vere daue før du henta lege. Den jamne mann hadde ikkje huslege, for det hadde han ikkje råd til før folketrygda dekte alle.

Rennesøy var som eit forsøksrøyr, her kunne eg få oversyn over kva som var i ei befolkning. Så eg fekk låne folkeregisteret på kommunehuset, og laga eit skikkeleg kartotekkort for kvar einaste innbyggjar i kommunen, med fargekoding for kjønn og adresse, og med plass til å leggje eldre journalopplysningar inni. Eit Stavangertrykkeri laga korta for meg, for Arkivett¹ var ikkje oppfunne enno.

Og her fekk eg tid til å gjere ei større helseundersøking av kvinner i alderen 30–70 år. Det var helselaget som ba meg om det, og som kjent finn ein mest hos dei som er treigast til å møte. Så helselaget og eg avtalte at dei skulle ta seg av all innkalling, så skulle eg undersøkje fire kvinner kvar tors-

¹ Et pappomslag som er merket slik at det er enkelt å opp-
dage om journalen er feilplassert.

dag formiddag, og slik at då hadde dei ventorommet for seg sjølv. Styret i helselaget blei undersøkt første dagen, og så kom kvinnene, veke etter veke, månad etter må-



OLL-styremøtet på Aukra i 1976: Frå høgre: Arne Birger Knapskog, Anton Skogland (nestformann), Hans Petter Nesvoll, Svein Tjåland, Harald Siem (formann), Erling Larsen (sekretær), Ludvig Holan og Torleiv Robberstad.

nad, med strikketøy, mat og kaffitermos på venterommet. Det blei 94,5 prosent fram-møte. Eg skreiv artikkel om det i *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, og for den fekk eg i 1975 Norsk medisinaldepot sin pris for forskning i allmennpraksis. Då hadde me flytta til Sandnes året før og bygd hus der, så for dei pengane kjøpte me ny radio, fleire store golvteppe og nye planter til heile hagen.

Det var ein stor overgang å kome til **Sandnes** i 1974. Det var ein vekstkommune. Eg hadde vore mange år i smådistrikt, der eg kunne løyse oppgåver med å gjere det sjølv. No måtte eg venje meg til mykje meir å satse på å utvikle helsetenester i staden for å knekke min eigen nakke. Kommunen smakte på meg eit års tid først, og det gjorde dei rett i, fordi hadde sett ulike sortar legar frå før.

I 1975 byrja Sandnes kommune å satse på å få seg god primærhelseteneste, med politisk styring. I løpet av nokre år fekk me eit helse- og sossialsenter sentralt, fleire nye helsestasjonar, helsestasjonar med tolegepraksisar både i Ganddal og i Rovik, ein tolegepraksis på Varatun og ein solopraksis på Riska. Alle desse hadde prosentleigekontraktar der legen betalte 45 prosent av brutto kontorpraksisinntekt i leige for kommunalt legekantor med utstyr og hjelpepersonell. Etter få år var der dobbelt så mange helsesøstrer. Sandnes hadde ein sær oppegåande sjukepleiesjef, og dei statlege finansieringsordningane gjorde det nesten kostnadsfritt for kommunen å bygge ut heimesjukepleien. Det blei ein vekstperiode utan like. Og tida blei ryddig nok til å kunne planleggje fritida vår meir enn nokre timar framover.

Kommunehelsetenestelova kom på plass i 1984, men mykje hadde hendt før den tid. I studiet på 1950-talet lærte me alle at primærlegane var eit slag degenererte medisinnmenn, at det kunne vere greitt å ha dei til sitt bruk, men at det var på sjukehusa at det blei gjort skikkeleg medisinsk fag-arbeid. Og i 1968 heldt sosiologiprofessor Yngvar Løchen eit foredrag om «Hvorfor er den praktiserende legen på vei ut av bildet?» Han konkluderte slik:

«At vi står overfor et politisk spørsmål hvor svarene kommer til å få store konsekvenser, er helt åpenbart.»

I tiåret fram til 1984 gjorde Alment praktiserende lægers forening (APLF) og Of-fentlige legers landsforening (OLL) mykje arbeid, for å klarleggje og skildre kva som var spesielt og særleg viktig i dei to fag-felta:



- I 1976 hadde styret i OLL eit arbeidsseminar på Aukra, for å drøfte det faglege innhaldet i Helsedirektoratet sitt begrep «offentleg helsearbeid». Slik starta samfunnsmedisinen.
- I 1978 kom det grøne heftet *Tanker om morgendagens primærlegetjeneste*, frå tenkjemiteen innan APLF og OLL. Det knesette KOPF-idealet, om at god allmennlegeteneste måtte vere kontinuerleg, omfattande, personleg og forplikande.
- I 1980 kom innstillinga *Samfunnsmedisin i Norge*, frå OLL, som definerte samfunnsmedisin som grupperetta legearbeid, og drøfta behova for systematisk utdanning i dette fagområdet.
- I 1982 kom *Generalplan for almenmedisin i Norge*, frå APLF og OLL. På topp prioriterte den helsekontroll av eldre, fastlegeordning og aktiv utjamning av den geografiske skeivfordelinga av allmennlegar. Målsetjinga vår med den var mellom anna å få løfta allmennlegetenesta i store, sentrale kommunar og i små utkantkommunar opp på same nivå som i dei halvstore, halvcentrale kommunane.
- Og i 1983 kom dei to nye legespesialitetane, i allmennmedisin og i samfunnsmedisin, som *Utposten* kalla Knoll og Tott.

Alle desse nye tankane og måla var viktig ballast for kommunehelsetenesta.

Korleis har det gått sidan 1984? Ja, det er ei anna historie.

Kva kan me så lære av dette? At samfunnet treng legar som er ein del av samfunns-systemet, og ikkje isolerer seg i sine egne fagghettoar. Dette handlar om å styre utviklinga, og ikkje bare lite på latskapsregelen: den som seier at fagleg prioritering ikkje trengst, fordi marknadsmekanismene fiksar alt. For 25 år sidan gav Helsedirektoratet ut brosjyren *Hvordan møter du barn og unge som har vokst opp i isolerte, kristne trossamfunn? Råd til deg som møter disse ungdommene (...)*

«Tenk på

- at mange ikkje kjenner storsamfunnet og vet hvordan man skal oppføre seg der,
- at mange ikkje har noe sosialt nettverk utenfor trossamfunnet,
- at mange er lært opp til ikkje å stole på noen utenfor trossamfunnet,
- at mange er lært opp til at de ender i fortællelsen hvis de søker hjelp i storsamfunnet».

Ein god del av det den brosjyren fortalde om isolerte trussamfunn, høvde også på visse fagmiljø.

For 200 år sidan skreiv den store krigsteoretikaren Carl von Clausewitz at krig er ei vidareføring av politikk med andre midlar. Men eg vil heller sitere Rudolf Virchow, ein medisinsk gigant på 1800-talet. Han sa at medisin er ein sosial vitskap, og politikk er ikkje anna enn medisin i ein større samanheng. Eg er glad for at eg lærte det i tide. Sanneleg har det vore spennande å leve.

Sommarkveld i Sjernerøyane: strandliv med sying av sår.



Stor dramatik og viktige samfunnsendringer



Ketil Slagstad
Det ligger i blodet
 Epidemien som forandret Norge
 523 sider
 Forlaget Press
 Oslo 2023
 ISBN 978-82-328-0586-0

Forfatteren, vår kollega, som for øvrig også er historiker og postdoktor ved Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin ved Charité Berlin, gir oss et uvanlig grundig bokverk. Sakset fra baksideteksten:

«Aidsepidemien er en av de viktigste begivenhetene i moderne norsk historie. Sykdommen endret vitenskap, politikk og synet på seksualitet, og viste hvor sårbart samfunnet er i møte med en dødelig epidemi. For de som var direkte berørt, ble aids et møte med redsel, stigma, sorg og død – men også med solidaritet, håp, mot og fellesskap... Resultatet er et enestående tidsbilde og et helt nytt blikk på den nære norske fortiden.»

Forfatteren har en gjennomgang av de ulike fasene etter at HIV første gang ble påvist i Norge i 1983 og fram til i dag, og da gjennom et svært omfattende arkivarbeid og intervjuer med personer som ble berørt av aids-epidemien – både i Norge og internasjonalt. Presentasjonen spenner fra «saklige» informasjon om hvordan man kunne forstå viruset, hvordan det spredte seg og til fortvilelsen over manglende behandlingsmuligheter de første ti årene – både her til lands og internasjonalt.

Bla. gjennom hans utallige intervjuer med pasienter får vi et nært og mangfoldig innblikk i hvordan enkeltpersoner og grupper ble smittet, og om hvordan både

helsepersonell og politikere sto ganske hjelpeløse.

Sentralt de første årene var hvordan særlig sider ved noen homofiles seksuelle praksis utfoldet seg. Og ikke mindre viktig: flere fikk HIV-smitte gjennom blodoverføringer. Vår kollega presenterer en rekke fortellinger med en respekt, varme og innlevelse på en forbilledlig måte – ja, til tider er det nærmest umulig ikke å bli rørt av framstillingen hans. For ikke å snakke om alle tiltak som ble satt i verk for å hindre smitte – og da uten å kjenne til hvordan virusets «livssyklus» skulle forstås.

Dette er en bok som enhver kollega vil kunne ha stort utbytte av å lese – og å inspirere andre til å lese. For her presenteres solide persjoner av vår nære historie. Og ikke minst viktig å etter hvert å forstå de ulike måtene viruset kunne spre seg på i befolkningen.

For de av oss som var i aktiv legepraksis i disse viktige årene med langt flere spørsmål enn svar, er boken en gave med stor G. Ja, så fikk Ketil Slagstad Kritikerprisen for 2023 for utgivelsen av boken.

ELI BERG

Et nyttig oppslagsverk



Berit Grøholt, Bernhard Weidle,
 Ida Garløv, Ruth-Kari Ramleth
Lærebok i barne- og ungdomspsykiatri
 6. utgave
 414 sider
 Universitetsforlaget
 Oslo 2022
 ISBN 978-82-15-04845-1

I forfatterens «Hilsen til leseren» står det at

«Denne 6. utgaven er ... omfattende revidert og oppdatert og tar høyde for de kommende endringene i det reviderte diagnosesystemet ICD-11. Vi ønsker å vise det allmenngyldige i bar-

nepsykiatrisk problematikk som bakgrunn for å forstå enkeltmennesker. Det enkelte barn og den enkelte familie er alltid unik. Allikevel er det nødvendig å arbeide ut fra teoretiske forståelsesmåter som gjør det mulig å sette empiriske fakta inn i en meningsfull sammenheng. Som før er målgruppen studenter og ansatte i første- og annenlinjen.»

Videre skriver de at

«Valg av stoff og perspektiv har skjedd ut fra et ønske om å fremme selvstendig tenkning. Vi har forsøkt å gi leseren rimelige sjanser til å gå oss etter i sømmene og kanskje trekke

Tøffe erfaringer og kloke refleksjoner



Magne Geir BØE
Foreldreerfaringer
 – å ha et barn med utviklingshemning
 168 sider
 Cappelen Damm Akademisk
 Oslo 2023
 ISBN 978-82-02-71640-0

Forfatteren er overlege i nevrologi. En viktig opplysning er for øvrig at han

«tok initiativ til denne boken fordi jeg som far til et barn med utviklingshemning ønsket å bidra til å frambringe mer informasjon og livserfaring om hvordan et slikt annerledes

liv kan være...Det kan være sårt, det er krevende, men det har også gode stunder».

I bokens innledning skriver forfatteren at han ønsker å presentere

«erfaringer som et utvalg av foreldre til barn med utviklingshemning har dannet seg gjennom mange år, helt fra barnet ble født og fram til det har nådd voksen alder».

I denne utgivelsen møter vi 11 familier hvor ett av deres barn nettopp har en utviklingshemning. Forfatteren har selv gjennomført intervjuene. Han er også en aktiv fotograf. Og alle barna og deres familier har gått gode for at barna også presenteres fotografisk.

Familiene har forfatteren intervjuet i deres eget hjem. Barnas diagnoser spenner fra Downs syndrom, Rubinstein-Taybis syndrom, Retts syndrom, non-ketotisk hyperglycinemi, cerebral parese, Angelmans syndrom, tuberøs sklerose og Sallas syndrom. Ett av de funksjonshemmede barna hadde ikke fått noen diagnose.

Intervjuene er innovent alt fra fødselserfaringer, barnehage- og skolestart, bosituasjon når barnet er blitt voksen og mange, mange forhold når det gjelder hvordan barna har

hatt det ved disse milepælene. Og ikke minst viktig: Hvordan har det sosiale livet vært for barnet både blant jevnaldrende, i nær familie og blant naboer? Erfaringer fra møter med hjelpeapparatet i vid forstand får også sin naturlige plass i samtalene.

Forfatteren viser gjennom boken en åpen, inviterende og varm intervju-teknikk. Og svarene han får gir en følelse av at her er det «likemenn» som snakker sammen – åpent, ærlig og respektfullt. Selv skriver han at

«boken er tenkt brukt aktivt i internopplæring, faglig diskusjon og refleksjon blant ansatte i aktuelle helse- og velferdstjenester».

Det kommer tydelig fram en gjensidig og stor forståelse for at tematikken dessuten må få nå ut til alle som har makt og myndighet til å legge til rette for gode liv for både barnet selv og familiene deres, både politikere i tillegg til yrkesutøvere innen feltet. Og ikke minst vesentlig: at boken når familier som har/får barn med utviklingshemning.

Boken har en svært god struktur, er lettest og gir en sjelden «varm» leseropplevelse. Den anbefales.

ELI BERG

andre konklusjoner Har vi maktet å pirre nysgjerrigheten og motforestillingene, har vi oppnådd et av de mål vi har satt oss, ved siden av å formidle kunnskap.»

I første hoveddel av boken omtales «Det faglige grunnlaget» for barne- og ungdomspsykiatrien, både historisk og i nåtid. Sammenhenger mellom arv og miljø er spesielt godt presentert. – I del to er det såkalte «Tilstandsbilder» som er tema, en gjennomgang av det vide spekteret av utfordringer for barn og unge en kan møte både som fastlege, på helsestasjonen og som skolelege. – I tredje del

går forfatterne gjennom det de tematiserer som «Livskraft og sårbarhet», og i fjerde og siste hovedkapittel er det en solid gjennomgang av «Utredning og behandling».

Som leser kan en både bli imponert over det svært omfattende materialet forfatterne søker å formidle, men den oppstykkete presentasjonen av stoffet kan også oppleves utmattende. Den sparsomme presentasjonen av kliniske eksempler kan til tider kjennes litt i tyngste laget om en forsøker å gå igjennom boken fra perm til perm. Men som oppslagsverk vil jeg tro at teksten kan

fungere svært godt for mange leger. Solide lister over referanser etter hvert kapittel vil utvilsomt være til hjelp for kolleger som ønsker å «gå i dybden». For øvrig kunne det vært til stor hjelp om det forrest i boken kunne forligget en liste over alle forkortelsene en møter underveis i lesingen.

Som lærebok vil jeg nok mene at stoffet er presentert litt for omfattende og kanskje uten det livet som feltet søker å synliggjøre. Men som oppslagsverk vil nok mange finne mye nyttig informasjon. Som sådan kan boken anbefales.

ELI BERG

Smertebehandling – tanker og erfaringer

Behandling av langvarige ikke-maligne smerter har det vært skrevet mye om de senere åra. Der vektlegges gjerne viktigheten av ikke-medikamentelle tiltak.

Dette er utdypet i Borchgrevink et al. sin artikkel om kartleggings- og behandlingsverktøyet NOMED (1), som er utformet på en ryddig og operasjonell måte for oss allmennleger. De beskrevne tiltakene framstilles som et alternativ «når vi skal velge bort utskrivning av opioider eller andre analgetika».

I allmennpraksis er det sjelden vi gjør slike valg. Vi bruker de tiltak vi har tilgjengelig. For smertebehandling gjelder dette både mestringsorienterte samtaler, som NOMED-artikkelen beskriver, og medikamenter. Grundig gjennomgang av pasientens «tankeverden», med åpninger for kognitive innspill, vil ofte kunne redusere behovet for langvarig medikamentbruk, men sjelden fjerne det helt.

I det følgende vil jeg dele noen tanker, erfaringer, og (til dels sjølutviklede) prinsipper for medikamentell behandling.

Kort og konkret

NSAIDs over tid bør reserveres for pasienter med inflammatoriske tilstander, og i noen tilfelle ved artrose. Ellers bør de i hovedsak brukes kortvarig ved forverring. Dette på grunn av bivirkningsrisikoen ved langvarig bruk.

Hurtigvirkende opioider er mye brukt. De vanligste er tramadol og paracetamol/kodein. Dette er nyttig medisin når paracetamol aleine ikke er tilstrekkelig. Vi er alle kjent med at langvarig høyt forbruk ofte fører til tilvenning/toleranseutvikling, men det er ingen sikre grenser for dette. Jeg har laget meg en erfaringsbasert «smertegrense» på maks 20 tabletter per måned. Dette har jeg holdt på i mange år, og kommunisert det klart til pasientene. Jeg har ennå ikke registrert noen seriøse problemer knyttet til forbruk på dette nivået, og har lite betenkeligheter med å skrive det ut.

Hvis dette ikke er tilstrekkelig, må pasienten vurderes på nytt. Hva er årsaken til smertene? Skal det gjøres mer undersøkelser? NOMED-spørsmålene tas fram igjen. Det vil noen ganger være grunnlag for å starte med fast langtidsvirkende analgetika.

Det må vurderes nøye i samråd med pasienten.

Det største faremomentet er toleranseutvikling og svekket virkning over tid. Jeg synes dette er et bedre begrep enn «tilvenning», da det viser til medikamentet og ikke pasienten. Det må gjøres klart for pasienten at dette kan skje, og det vil merkes ved økte smerter og behov for høyere doser. Hvis dette skjer, og det ikke er en klar medisinsk forklaring, vil tiltaket være å seponere medisinen i to uker. Dette forberedes pasienten på. Om situasjonen oppstår, må det planlegges godt, slik at «ingenting skjer» i de to ukene. Ofte kan det være aktuelt å starte på en lavere dose etterpå.

Aktuelle medikamenter er opioid-plaster, tramadol og oksykodon i langtidsformuleringer. Jeg har erfart stigende risiko for toleranseutvikling i angitt rekkefølge.

Generelt er min erfaring at dette fungerer bra. Pasienten får et lavere nivå av smerter, og får mer overskudd til å tenke på ikke-medisinske tiltak som kan dempe smertene og bedre livskvaliteten. Toleranseutvikling er relativt sjelden å se, spesielt med plaster. Det er mulig å ha hurtigvirkende analgetika «i reserve» ved behov, her setter jeg også grensa til 20 tabletter per måned.

Pasientene må møte til regelmessig evaluering med tre til seks måneders intervaller, som ved annen kronisk sykdom. Hver gang må legen ha et blick på den underliggende tilstanden og vurdere om det er behov for nye undersøkelser. Nedtrapping må også vurderes.

Og når det ikke går...

Sammenliknet med vedvarende forbruk av hurtigvirkende smertestillende som tramadol og paracetamol/kodein, blir situasjonen helt annerledes for pasientene. Jeg støtter på pasienter som har et fast forbruk på fire til seks tabletter daglig, samtidig som de får beskjed av sin lege å «bruke minst mulig». Det fører til at store deler av dagen går med til å tenke «Har jeg nok smerter nå til å ta en tablett?», med tilsvarende mindre



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES / MARKO HANNULA

plass i hodet til andre ting. Da blir man i stor grad til et «pille-menneske», både overfor seg sjøl og omgivelsene. Pasientene vil ofte bli tom for medisin noen dager før avtalt utleveringsdato, med påfølgende desperate telefoner til legekontoet og til dels utagerende oppførsel.

Det er viktig at vi husker på at slik «misbruksadferd» alltid er iatrogen. Det er vi leger som har skapt et «misbruksmønster» hos disse pasientene, ved å skrive ut vane-dannende medisiner uten en bevisst plan. Jeg anbefaler at ved behov for mer enn 20 smertestillende tabletter per måned, lager man en slik plan. Og dette er min skisse over hvordan jeg sjøl har gjort det.

Det jeg beskriver her, er altså særdeles subjektivt og erfaringsbasert. Jeg har ikke klart å oppdrive seriøs dokumentasjon verken for eller mot. Jeg imøteser en diskusjon, og sender ballen videre til interesserte kolleger som kan tenke seg å drive forskning på området.

REFERANSE

1. Borchgrevink PC et al: NOMED: Et mestringsorientert behandlingskonsept mot langvarige smerter. Utposten 5/2024. <https://www.utposten.no/artikkel/2024/09/Et%20mestringsorientert%20behandlingskonsept%20mot%20langvarige%20smerter>.

PETER PRYDZ
Vikarlege, pensjonert fastlege, Hammerfest
■ JOBB@PETERPRYDZ.NO



19%

høyere forekomst av tannproblemer ble funnet hos eldre hjemmeboende og sykehjemsbeboere med nevrokognitive forstyrrelser, som mild kognitiv svikt eller demens, sammenlignet med kognitivt friske eldre hjemmeboende. Det viser en studie med HUNT4-data fra 2632 personer over 70 år. Forskerne påpeker behov for bedre tannhelsepleie for både hjemmeboende og sykehjemsbeboere med svekket kognitiv funksjon.

● Community Dentistry and Oral Epidemiology (E Oben Asante et al), februar 2025, doi: 10.1111/cdoe.13013

ENSOMHET OG ISOLASJON OVER TID

Forbundet med høyere dødelighet

Ensomhet og sosial isolasjon er i flere studier forbundet med økt dødelighet. Nå har norske forskere gjort noe som få andre har gjort: Kartlagt sammenhengen over en periode på cirka 30 år. Utvalget besto av 9061 kvinner og 8735 menn i alderen 25 til 69 år som deltok i Tromsø4-undersøkelsen i 1994/1995 – og for noen også i senere Tromsø-undersøkelser. Deltagerne er fulgt frem til november 2023. Da var 1630 kvinner og 2099 menn døde. Sammenlignet med personer som var minst isolert, hadde de som opplevde seg mest isolert cirka 1,4 ganger høyere risiko for å dø, av alle årsaker. Blant yngre isolerte, var mortalitetsrisikoen 1,55 ganger høyere for kvinner og 1,76 ganger høyere for menn, men forskjellen var bare statistisk signifikant for menn. Risikoen for å dø var cirka 1,5 ganger høyere for ensomme versus ikke-ensomme. Studien viser også at omkring halvparten av de mest isolerte forble sosialt isolert også ved Tromsøundersøkelsene i 2001 og 2015/2016. En av fire var fortsatt ensomme i 2001. Motsatt var det bare 2,5 prosent av de som i 1995 svarte at de ikke var ensomme, som svarte ja på spørsmålet om ensomhet etter seks år. Informasjon om sosial isolasjon (minst isolert, noe isolert og mest isolert) og ensomhet (ja, nei) er hentet fra deltagerens svar i Tromsøundersøkelsen(e).

● Preventive Medicine Reports (O Løvstetten og T Brend), november 2024, doi: 10.1016/j.pmedr.2024.102930

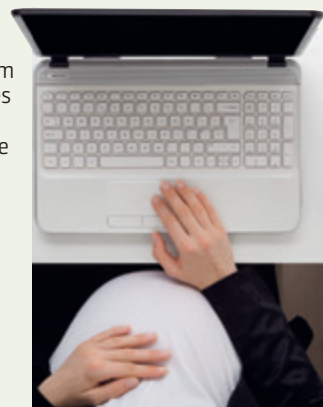


GRAVIDE PÅ SOSIALE MEDIER

Mange er bekymret

Bekymringer for graviditet og fødsel er utbredt blant gravide kvinner som bruker sosiale medier. Det viser en studie med data fra to LIS-legers felles hovedoppgave i medisin ved NTNU. Nesten alle deltagerne i studien var bekymret for at det skulle være noe galt med fosteret, og nær like mange var redd for spontanabort. Hele 85 prosent av kvinnene uttrykte bekymring knyttet til fødsel. Bekymringer etter fødselen handlet om fysiske endringer, amming og økonomisk situasjon. Store bekymringer var mer vanlig blant førstegangsmødre og blant kvinner med usikker økonomi. Tre av fire søkte informasjon fra kvalitetssikrede folkehelsenettsteder, og 56 prosent søkte informasjon hos helsepersonell. Bare to prosent søkte informasjon fra influensere eller bloggere.

● Scandinavian Journal of Primary Health Care (M Hegnes Hansen og H Sandbakk Mørkved et al), februar 2025, doi: 10.1080/02813432.2025.2461036



SAMLIVSPROBLEMER

Pasienter verdsetter fastlegens hjelp

Hvordan opplever pasienter å snakke med fastlegen om samlivsproblemer? Det er undersøkt i en kvalitativ studie der 13 kvinner og 5 menn, som alle var i heterofile forhold, ble individuelt intervjuet. Deltagerne hadde ulik alder, bakgrunn og type problemer i parforholdet. Pasientene fremhevet fastlegekontinuitet som avgjørende for å skape den tilliten som trengs for å kunne diskutere sensitive temaer som samlivsproblemer. De som ble intervjuet fortalte at de satt pris på en biopsykososial tilnærming, på støtten fra fastlegen og på fastlegens konstruktive utfordringer som fikk dem til å ta ansvar for å få et bedre parforhold.

● BJGP Open (S Dalsmo Berge et al), januar 2025, doi: 10.3399/BJGPO.2024.0044

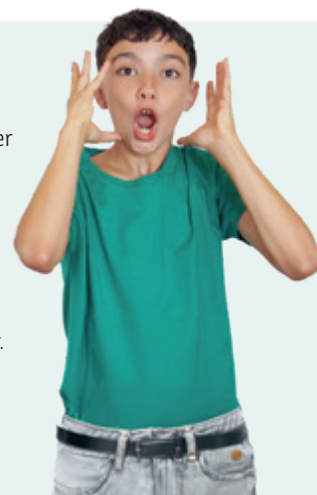


BARNDOMSTRAUMER

1 av 4 får en psykisk diagnose

Nær 25 prosent av unge som hadde opplevd traumer i barndommen, ble diagnostisert med en psykiatrisk lidelse i ung voksenalder. Det viser norsk forskning med data fra HUNT. Regresjonsanalyser viste konsistente og signifikante sammenhenger mellom eksponering for vold og andre potensielt traumatiske opplevelser og psykiatriske lidelser og komorbiditet. De høyeste estimatene ble observert for de som var eksponert for to eller flere typer vold. Disse hadde mer enn firedoblet sannsynlighet for rusrelaterte lidelser, stress- og tilpasningsforstyrrelser. De hadde også mer enn tredoblet sannsynlighet for å få psykoselidelser, personlighetsforstyrrelser og alkoholrelaterte lidelser. Artikkeforfatterne understreker viktigheten av å innlemme kunnskap om barndomstraumer som potensiell risikofaktor for psykopatologi i arbeidet med utvikling av tjenester for barn, unge og unge voksne.

● British Journal of Psychiatry (H Stangeland et al), november 2024, doi: 10.1192/bjp.2024.98



ARBEIDSLEDIGHET

Forbundet med flere helseplager

Arbeidsledighet er forbundet med mer diagnostiserte muskel- og skjelettlidelser, kardiiovaskulær sykdom og psykiske plager, og den økte forekomsten av disse diagnosene gjelder både de som mottok arbeidsledighetstrygd over lang eller kort tid. Det finner norske studie. Blant høyt utdannede var sammenhengen mellom arbeidsledighet og det å ha en diagnose sterkere enn blant arbeidsledige med middels og lav utdanning. Sannsynligheten økte med lengre tid uten arbeid, og var høyest for psykiske diagnoser, med blant annet 3,3 ganger større risiko for depresjonsdiagnose enn blant folk som var i jobb. Dataene i registerstudien gjelder bare diagnoser satt hos fastlegene og omfatter den norske befolkningen i arbeidsfør alder i perioden 2010 til 2016.

● BMJ Public Health (I Haukenes et al), februar 2025, doi:10.1136/bmjph-2024-001758

ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES



Fem år etter pandemien startet: – Hvor står samfunnsmedisinerne nå?

Leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA) er yrkesforeningen for alle samfunnsmedisinere i Norge som jobber hel- eller deltid med samfunnsmedisin. Omtrent halvparten av våre medlemmer arbeider i primærhelsetjenesten og den andre halvparten i statlige stillinger, bl.a. hos statsforvalterne, NAV, Forsvaret, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet.

Det har vært økt oppmerksomhet på samfunnsmedisinen siden årtusenskiftet, med økende antall spesialister i samfunnsmedisin særlig de siste ti årene. I 2022 ble det vedtatt en resolusjon i landsstyret i Legeforeningen om å tydeliggjøre kommuneoverlegens rolle i fremtidens helsetjeneste. Samfunnsmedisinere – i motsetning til de fleste andre spesialister – arbeider ikke klinisk. De kan ofte ha en klinisk stilling i tillegg. Samfunnsmedisinerne bidrar til å bedre ramme- ne for alle andre spesialiteter. Dette førte til behovet for egen yrkesforening som ble opprettet i 1934 og utviklet seg etter hvert til en yrkesforening for samfunnsmedisinere.

Samfunnsmedisinere har ofte en annen spesialisering i tillegg til samfunnsmedisin, f.eks. allmennmedisin, indremedisin, farmakologi eller pediatri. Mange har sin identitet både i sin første spesialisering, men også som samfunnsmedisinere med systemtilnærming til helsetjenesten. Både arbeidsvilkårene i jobben og identiteten som samfunnsmedisinere, er viktig å opprettholde for å rekruttere og beholde fagfolk. Forslag til endring i organisering av yrkesforeningene i Legeforeningen er på høring med frist 27. april. Vi oppfordrer alle til å lese den og gi høringsinnspill!

Under pandemien ble brått samfunnsmedisinerne svært synlige. Fra å være i mer eller mindre anonyme helsebyråkratposisjoner ble samfunnsmedisinere, både i kommunene og i nasjonal forvaltning, sentrale i å håndtere en av våre største kriser de siste 20 årene. Mange samfunnsmedisinere jobbet nesten døgnet rundt for å bidra til at folkehelsekonsekvensene av pandemien skulle bli så gode



som mulig. Dette er blitt grundig dokumentert i nasjonale rapporter som Koronakommisjonens rapport del 2, Totalberedskapskommisjonens rapport og flere mastergradsoppgaver.

Men hvordan følges denne kunnskapen opp nå fem år etter at pandemien startet?

Våre nasjonale helsemyndigheter har fått betydelig reduserte personellressurser, noe som kan utgjøre en risiko for fremtidig beredskap. God beredskapsevne forutsetter nok kapasitet, god koordinering og kompetanse. Det er også trender hvor samfunnsmedisinsk arbeid forskyves fra medisinsk faglig kompetanse hos leger til andre yrkesgrupper, både i nasjonale direktorater og institutter, og i undervisning av medisinstudenter.

Kommuneoverlegene er fortsatt synlige i kommunene, men ressursene er redusert, og i nedgangstider hvor kommunene må omstille, ser vi dessverre at flere kommuner reduserer kommuneoverlegeressurser til et lavere nivå enn før pandemien. Er risiko- og sårbarhetsanalyser, såkalte ROS-analyser, tilstrekkelig gjennomført med tanke på kommuneoverlegeressurser? Det mangler gode og sikre kommunikasjonskanaler mellom kommuneoverlegene og nasjonale myndigheter, slik at informasjon kan gis tidlig og sikkert til kommuneoverlegene, og tilsvarende for tilbakemeldinger på hvordan smitteverntiltak fungerer i kommunene.

Fra nasjonalt hold har Helsedirektoratet samlet lovkrav i veileder til kommunene om hva som må vurderes i internkontroll av kommuneoverlegefunksjonen. Leder for LSA har deltatt i dette arbeidet. Det er et viktig signal fra myndighetene om behovet for og organisering av kommuneoverlegefunksjonen. Det gjenstår å sikre gjennomføring i kommunene – her har både KS og Legeforeningen ved LSA et ansvar. Implementering blir lakmustesten på hvor vellykket dette statlige grepet vil være. Denne veilederen må sees i sammenheng med lovendringer og rapporter som kommer. Ny folkehelselov løfter opp kommuneoverlegens rolle. Vi ser frem til forslag til revidert smittevernlov og ny pandemiplan.

Det har skjedd utvikling i kommuneoverlegens rolle etter pandemien – kommuneoverleger (og dermed kommunene) involveres i større grad i beredskapsarbeidet. Kommuneoverleger deltar blant annet i utvalg for smittevernberedskap.

Vi utvikler stadig våre nettsider – her kan dere finne mer om vår struktur, informasjon til tillitsvalgte m.m.: Leger i samfunnsmedisinsk arbeid LSA@legeforeningen.no

MEERA GREPP
Leder, Leger i samfunnsmedisinsk arbeid
■ LSA@LEGEFORENINGEN.NO

Leger leser hver dag, journaler, rapporter, epikriser og fagblader. Men hva leser legen utenom faglig relatert litteratur? Og når leser legen dette – om kvelden, i helgene, i feriene, lydbok i bilen på vei fra jobb? I denne spalten ønsker vi å lese om akkurat det, om boken legen leser og hvorfor akkurat den boken ble valgt.

HVA LESER..

Elin T. Hoel?

Fastlege Nannestad kommune. Redaktør i Utposten
■ ELINTORA@HOTMAIL.COM



Eg var heldig og vaks opp i ein heim med bøker og foreldre som las. Mor og far viste veg til verda til Tove Jansson, Astrid Lindgren og Torbjørn Egner. Til eventyr og fablar. Dei var dyrebare desse stundene då vi sat saman. I *Brødrene Løvehjerte* attkjenning, ord lese høgt om det som var vanskeleg å snakke om. Dei to gutane kjem til Kløverdalen, til vår og fulgekvisiter. Det var ei trøyst. Og slik vaks eg opp. Med stor grad av fri-dom, var snill og grei, og plaga ikkje andre. Så hadde det seg slik at då eg hadde lært å lese og skrive, så flytta familien frå vest til aust. Ein heilt fersk bror var med, ei glede. Rett utanfor den raude blokka vår i Johan Castbergs veg pla bokbussen stoppe. Der inne ei særreiga duft av gammalt papir. Bøker med stive permer og ei brun lomme til lånekort. Donaldblader var der òg. Her i aust var det bokmål som gjaldt.

No er eg gift og har vaksne barn. Høgtlesing gler vi oss framleis over, sjølv om det er mest skuletekster som vert delte. Lydbøker har opp igjennom åra vore krydder på bilreise. Mil etter mil med historier fekk tida til å gå fort. Forfattarar som Suzanne Collins og Alexandre Dumas nemnes.

Så, kva les legen? Vel, litt av kvart. Kvar laurdag stikk eg ein tur innom bokhandelen. Tek ein titt i hyllene. Småprater med dei som jobber der. Vi er einige om at å eige er bra, å låne ikkje verre. Biblioteket ligg i etasjen over. Eg vil trekke fram tre bøker.

Felles er at dei er skrivne med gnist og opner for refleksjon.

Først ut er Dag Solstad med *Genanse og verdighet*. Hovudpersonen Elias Rukla er lektor og underviser i klassisk norsk litteratur. Lektoren er engasjert og begeistra for filologien. Han har eit skarpt blikk på samtida, men er samstundes i utakt. For dei verdiane han er sett til å forvalte, gjeld ikkje lenger. Mest av alt saknar han den gode samtalen. For, som han seier, det offentlege rom som ein samtale krev, er oppteken. Lesaren blir med inn i klasserommet, kor læraren held monolog om *Vildanden* av Henrik Ibsen. Elevane kjeier seg, nokre drister seg til eit og anna kritisk spørsmål. Frustrasjonen bygger seg opp i lektoren, og kulmine-rer i det Elias Rukla kaller eit fall, eit endeleg fall. Solstad tek så lesaren tilbake til ei munter studietid, og tida etter. Ein får ei aning om kvifor ting har blitt som dei har blitt. Og biletet av hovudpersonen, ståande i ei rundkøyning på Bislett, med blod på hendene og tankar om at no er alt slutt, er talande og djupt skakande. I ei tid der det blir hevda at Mexicogolfen heiter noko anna, er denne boka framleis høgst aktuell.

Tung, lett, lett. Tung, lett, lett. I legejobben er nokre oppgåver enkle, andre krevjande. Slik er òg takta når eg les. Bøkene om *Reven* og *Grisungen* av Bjørn Rørvik, med strek av Per Dybvig, er befriande og morosame. *Grisungen* har ein skavank. Halen er

rett. I *Prikkesyken* får *Grisungen* vondt i urken. Den gode venen og no doktor Reven, vil fjerne vondten med ei pøseklype. Det vil ikkje *grisungen* ha noko av, som ein vel kan forstå. *Grisungen* får etter kvart prikkar over heile kroppen. Behandlinga er både original og velsmakande. Etter kvart blir store deler av dei behorna dyra i skogen råka av ulike typer sjukdom. Desse dyra gjer seg òg nokre tankar om fastlegen sin. Boka ligg på venterommet der eg har kontor. Ho er populær. Ungar, berre så vidt høgare enn boka, kjem berande med ho. Og frå der eg sit kan eg høyre når dei kjem. I litt for store sko, klamprande med rett høg frekvens. Boka er ikkje til utlån, dessverre, men fins som lydbok. Og er minst like bra! Ein slik grøn resept blir sett pris på, pluss at vi får snakka saman om litt av kvart.

Den siste boka eg las heiter *Slettene* og er skriven av Gerald Murnane. Ho kom ut første gong i 1982 i Australia, og no har Jon Fosse oversett boka til nynorsk. Dette er mitt første møte med Murnane og med nobelprisvinnaren. Boka skil seg fra alt anna eg har lese. Forteljinga slår an ein tone, ei stemning, ho er mest som ein draum. På det ytre plan skjer ikkje mykje. Handlinga er frå slettene. Dei som bur der er opptekne av å tyde landskapet kring seg, av nyansar i fargar og kva som finst i ytterkantane, i horisonten. Hovudpersonen, som planlegg å laga film, sit bak lukka gardiner og skriv på eit manus om slettene utanfor. Språkdrakta er vakker, på sidemål, og inspirerer.

Bøker er som vener som følgjer på ferda i tjukt og tynt. Dei blar opp med glede og undring, forklaring, trøyst og utsyn. Som tråd i ein vevnad. Nokre fargar intense, gjev djupn og kontrast. Slik er det fletta saman, for min del. Legeliv, vener og bøker. I tida som kjem har eg gleda av å få bidra som redaktør i *Utposten*. Det blir lærerik og spennande. Eg gler meg stort!



Verdiposten

Noe av magien med legeyrket er at læring aldri stopper, selv etter bestått embetseksamen. Vi lærer, og samtidig er det visse krav til kompetanse. Regler for spesialistutdanning i allmennmedisin er beskrevet av Helsedirektoratet. Spesialister i allmennmedisin beholder i helhet spesialisttittelen resten av livet. Kravet om etterutdanning er per i dag knyttet til rett til tilleggstakst. For ordens skyld, spesialistutdanningen kan betegnes som videreutdanning, mens spesialister er i etterutdanning. Ja, magien er livslang læring! Som et kindereg: med ervervet kunnskap, vurdering og godkjenning.

Nå vil jeg stoppe litt opp ved etterutdanningen. Mest fordi den angår meg, og jeg har gjort meg noen erfaringer – om at det kan stoppe helt opp. For om jeg skal være helt ærlig, så synes jeg jobben med å dokumentere er fryktelig kjedelig. I motsetning til gjensidig praksisbesøk, kurs inkludert akuttmedisin og smågruppe. Det er gøy! Da jeg sist sendte papirene inn for godkjen-

ning, ga jeg meg selv et løfte: dokumenter fortløpende! Et Excel-ark har i denne sammenheng vist seg nyttig, se illustrasjon nedenfor. Det fungerer som en etterutdanningsplan. Arbeidsarket følger byråkatiets egen logikk, med skjema for et skjema, men er ikke forskriftsfestet.

For søknad om forlengelse av tilleggstakst benyttes samme søknadsskjema (altinn.no) som spesialistgodkjenning. Man følger lenken til søknadsskjemaet og velger Lege → Forlengelse av tilleggstakstperiode. Dette er vel verdt å merke seg. For meningen er nok å laste opp og lagre direkte i Altinn.

Spesialistutdanningen i Norge er kompetansebasert. Kolleger i spesialistutdanningen har gjerne en utdanningsplan. Den er slett ikke dum. Planen kan lages sammen med kommunal leder og oppdateres fortløpende. I Helsedirektoratets Kompetanseportal (KP) er alle læringsmålene med tilhørende læringsaktiviteter listet opp. Jeg vil tro at alle som har vært innom KP har

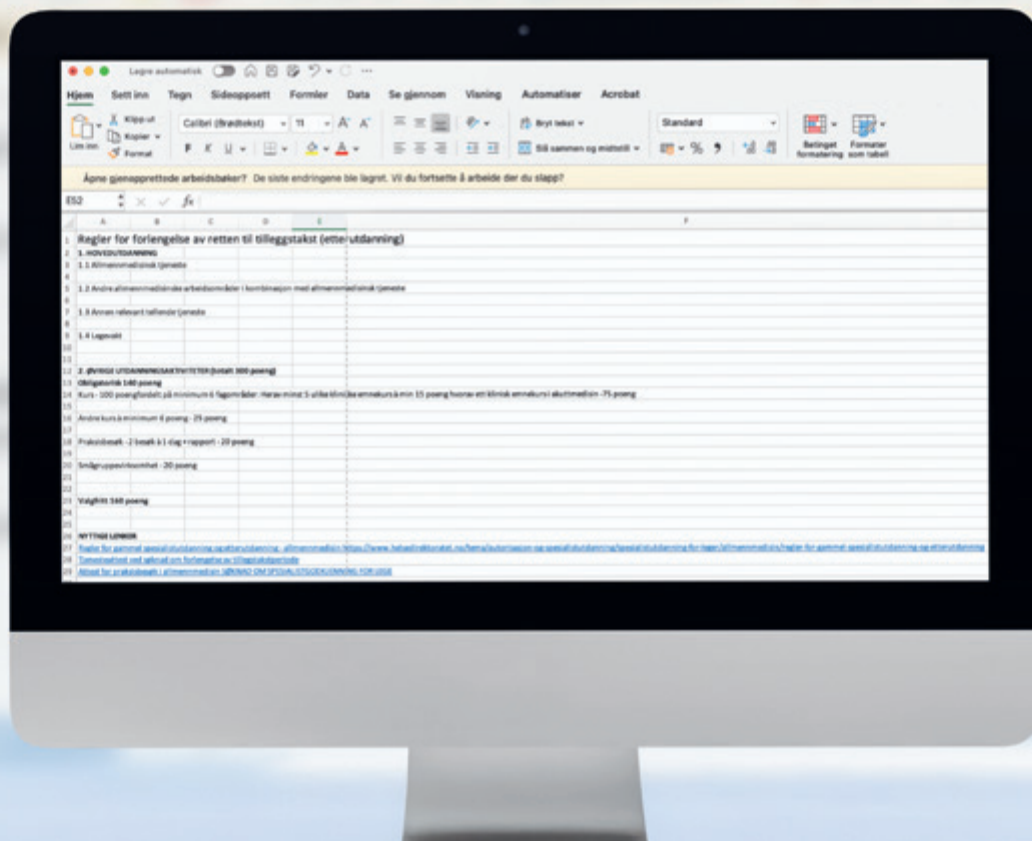
kjent på en grad av fryd når gule kuler for læringsmål har blitt til godkjente grønne. Disse læringsmålene er uten tvil en nyvinning! Og i forlengelsen følger en kultur for å gi og motta tilbakemeldinger. Ros, ja masse vel fortjent ros, og konstruktiv kritikk når det er på sin plass. Læringsmålene ALM 042-050 handler om kommunikasjon og fortjener spesiell oppmerksomhet.

Faget vårt er bredt og givende! Det er 88 allmennmedisinske læringsmål og 74 felles kompetansemål i videreutdanningen. Etterutdanningen handler om praksis og poeng-givende aktiviteter. For godkjenning bruker ALIS-legene Helsedirektoratets Kompetanseportal og Altinn, ved fornying av tilleggstakst er det kun Altinn som gjelder. Og når søknaden er sendt inn, er behandlingstiden kort.

Dagens tips: Kom i gang! Hvis dokumentasjonsarbeidet føles litt tungt, kan et arbeidsark være til hjelp. På skrivebordet er det lett tilgjengelig. Så håper jeg vi sees nderveis – på kurs!

KILDE: WWW.HELSEDIREKTORATET.NO

ELIN T. HOEL
Redaktør i Utposten
■ ELINTORA@HOTMAIL.COM



I denne spalten utfordrer vi Utpostens lesere til å fortelle om en konsultasjon, eller kanskje bare et øyeblikk fra et pasientmøte, som har festet seg til i minnet og sinnet. Det kan være noe som rørte oss, noe vi ble glade for, triste eller ettertenksomme av, eller det kan handle om en eller annen sammenheng som gikk opp for oss der og da – eller seinere. Vi er altså ute etter det som mange kaller gullet – det unike som kan skje i møtet med mennesker. Historiene må anonymiseres, og redaksjonen vil ved behov hjelpe til med dette og også gi generell skrivehjelp.

Slik har andre det, hele tiden...



ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNÆS / KI – ADOBE FIREFLY

Han har vært pasient hos meg i flere år. I journalen under «Tidligere sykdommer» står det: «GAD, generalisert angstlidelse». Det er et tema vi knapt har berørt. Han har nevnt at han alltid kjenner på en klo av angst bak brystbenet, men videre samtale har det ikke blitt. Hvorfor? I et langt voksenliv har han levd med angsten, snart er han alderspensjonist. Han fungerer og har fungert bra i jobb og i familieliv tross sin angstlidelse. Dessuten kjenner vel jeg, og trolig også han, på en terapeutisk pessimisme. Hva er vitsen med å ta det opp, når det uansett er lite å gjøre? Andre helseproblemer har han også, disse har fylt tiden. Så også i dag.

Konsultasjonen er mer eller mindre avsluttet, jeg skriver de siste ordene i notatet, mens han reiser seg for å gå. Jeg snur meg mot ham og skal til å ta farvel. Da sier han nølende:

«Det er en ting til jeg har lyst til å fortelle, det er bare noe jeg forteller, du skal ikke gjøre noe, men jeg vil at du skal høre om det.»

Han setter seg igjen og tar ordet:

«Det er jo senhøst nå, og sola står så lavt. For noen dager siden kom jeg kjørende forbi Siemensbygget. Sola sto i sør, like over horisonten. Jeg la merket til at himmelen var så vakker. Du vet, veien gjør en doven bue akkurat der, der den snor seg forbi Siemens-

tomta. Jeg kjørte sørover og fikk sola rett mot meg. Akkurat noen få sekunder, mens bilen sto i en bestemt vinkel mot lyset, ble fargene inne i bilen overveldende. Jeg ble blendet av rødt, oransje, lilla og rosa. Et lite øyeblikk så jeg ingenting av veien, jeg så bare farger. Akkurat da forsvant angsten. Angsten var helt borte i noen sekunder. Det var vidunderlig. Så forsvant fargene, jeg fikk synet igjen og kunne se hvor jeg kjørte. Angsten kom tilbake. Da tenkte jeg: Slik har andre folk det, folk uten angst, de har det slik hele tiden.»

NJÅL FLEM MÆLAND
Redaktør i Utposten
■ NFLEM@ONLINE.NO

RELIS

Nord-Norge: 77 75 69 98
 Midt-Norge: 72 82 91 10
 Sørøst-Norge: 23 07 55 00
 Vest-Norge: 55 97 53 60
www.relis.no

Regionale legemiddelinformasjonssentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsentuaavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøyter og kliniske farmakologer og besvarer spørsmål fra helsepersonell om legemiddel-bruk. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens lesere.

Hvor lenge etter en prednisolonkur har man redusert immunforsvar?

Glukokortikoider er en samlebetegnelse på syntetiske stoffer som har samme virkninger som kortisol.

De fleste av de syntetiske glukokortikoidene (kortison, prednisolon, prednison, metylprednisolon, triamcinolon, betametason og deksametason) er mer potente enn kortisol. Unntaket er hydrokortison, som er omtrent like potent som kortisol. Prednisolon er fire ganger så potent som kortisol (1, 2). Alle glukokortikoider har antiinflammatoriske og immunsuppressive effekter. De hemmer både de tidlige og de sene faser av inflammasjonsprosessen, inkludert tilhelingsprosessen. Glukokortikoider har en generell immunsuppressiv effekt, og doseringen er da gjerne noe høyere enn når bare antiinflammatorisk effekt ønskes (2).

Prednisolon har halveringstid på cirka tre timer (3), og ved bruk av terapeutiske doser kan man anta at prednisolon er ute av kroppen etter cirka 15 timer (fem halveringstider). Virkningen av prednisolon varer i 12–36 timer (4).

Lengre behandlingsskurer med prednisolon er forbundet med økt forekomst av uønskede effekter, som avhenger av dose og varighet av behandlingen. Den antiinflammatoriske effekten kan føre til at symptomene på en infeksjon maskeres inntil infeksjonen er blitt alvorlig (3). Vi skal ikke gå inn på den kraftige og raske påvirkningen glukokortikoider har på eosinofile granulocytter.

Glukokortikoidenes virkninger på betennelse og immunprosesser

Glukokortikoidene er de sterkeste antiinflammatoriske midlene vi kjenner. Gluko-

kortikoidene reduserer antallet sirkulerende immunceller og hemmer mange av deres funksjoner, blant annet cytokinfrigjøring. T-lymfocytter, ofte kalt T-celler, og makrofager er spesielt følsomme. Interaksjonen mellom antigen og antistoff påvirkes ikke. B-lymfocytter, ofte kalt B-celler, og plasmaceller affiseres først ved høyere doser, derfor påvirkes mengden av sirkulerende antistoff kun i liten grad av glukokortikoider. Glukokortikoidene kan også dempe temperaturstigning og kan ha smertestillende effekt både som følge av den antiinflammatoriske virkningen og ved en direkte mekanisme (1).

Immunsuppresjon – hva skjer?

Glukokortikoider har inhibitorisk effekt på en rekke spesifikke immunresponser mediert av T-lymfocytter, og som nevnt ved høyere doser B-lymfocytter, i tillegg til den immunsupprimerende funksjonen på fagocytene (4, 5). Ved langvarig bruk av glukokortikoider reduseres også antistoffproduksjonen (6).

Fagocytene

Systemisk bruk av glukokortikoider er assosiert med en doseavhengig økning i infeksjonsrisiko, særlig for vanlige infeksjoner med bakterier (som *Staphylococcus aureus*), virus (ofte herpes-virus) og sopp (ofte *Candida*). Ved behandling med høydosert glukokortikoid oppstår en akutt infeksjonsrisiko på grunn av den inhibitoriske effekten

på de nøytrofile fagocytene. Monocytter og makrofager akkumuleres mindre i perifert vev. Ved langvarig lavdosert bruk er effekten på fagocytene minimal (4, 5).

T-lymfocytene

T-lymfocytter påvirkes mer av glukokortikoidbehandling enn B-lymfocytter, selv om effekten på ulike undergrupper av T-lymfocytter varierer ved lave til moderate doser. Glukokortikoider har ulik effekt på undergrupper av T-lymfocytter ved lave til moderate doser. Total forekomst av T-lymfocytter i sirkulasjonen kan bli lett redusert. Ved høyere doser gir glukokortikoider en rask reduksjon i sirkulerende T-lymfocytter (4). Ved induksjon av apoptose hos T-lymfocytter vil det ikke forekomme nydanning av T-lymfocytter i thymus (7).

B-lymfocytene

Som oftest vil man kunne forvente en redistribusjon av B-lymfocytter fra blodbanen, og ikke apoptose, og da vil normalisering inntre noen dager etter seponering av prednisolon. Ved langvarig administrering av glukokortikoid kan antall sirkulerende B-lymfocytter reduseres, men i mye mindre grad enn for T-lymfocytter. En lett til moderat reduksjon i immunglobulin G kan ses ved akutt høydosebehandling eller ved langvarig bruk. Langtidsbehandling med glukokortikoider systemisk er dårligere studert, men hypogammaglobuline-mi er sett hos noen astmapasienter (4, 7).

Varighet av immunsuppresjon

Behandling med laveste effektive dose i kortest mulig tid, med gradvis reduksjon til

Kortisol glukokortikoid hormon

laveste vedlikeholdsdose, er alltid anbefalt for å redusere risikoen for uønskede effekter. Graden av immunsuppresjon avhenger blant annet av om glukokortikoider brukes i monoterapi eller i kombinasjon med annen immundempende behandling. Ved annen, samtidig immundempende behandling vil immunsuppresjonen vare lenger (4, 6, 8). Varigheten av immunsuppresjon avhenger av flere individuelle forhold og kan variere fra person til person.

Monoterapi – ulike doser og behandlingsvarighet

Systemiske glukokortikoider påvirker ikke immunforsvaret når de brukes i fysiologisk dose (substitusjonsbehandling) (9). Substitusjonsdoser er i en kilde angitt til rundt 20 mg hydrokortison daglig, noe som tilsvarer 5 mg prednisolon daglig. Farmakologiske doser angis som doser over dette (10). I UpToDate angis immunsuppressive og antiinflammatoriske doser til både barn og voksne å være 0,1–2 mg/kg/dag for prednisolon, fordelt på tre til fire doser (11).

Flere internasjonale oppslagsverk omtaler prednison i stedet for prednisolon, fordi bruk av prednison er mer utbredt i store deler av verden. Prednison er ekvivalent med prednisolon, og omdannes ved førstepassasjemetabolisme til prednisolon (2). Ekvivalente perorale doser for 5 mg prednisolon er 5 mg prednison, 20 mg hydrokortison, 4 mg triamcinolon og 4 mg metylprednisolon (10).

Vedlikeholdsdose, eller lav dose, angis i internasjonale oppslagsverk som for eksempel 5–15 mg prednison daglig. Moderat dose, høy dose og laddningsdose prednison angis som henholdsvis rundt 0,5 mg/kg, 1–3 mg/kg og 15–30 mg/kg daglig (6). Dette er betraktelig høyere doser enn det vi ser i praksis som det tilsvarende i Norge (12). UpToDate angir lav til moderat dose prednison som inntil 40 mg daglig for voksne og inntil 1 mg/kg daglig for barn, med tanke på immunsuppresjon. Høy dose prednison angis som 40 mg daglig eller mer for voksne og mer enn 1 mg/kg daglig for barn (4).

Ved bruk av lave doser over tid vil man ikke forvente immunsuppresjon utover noen dager. Etter bruk i over to uker av moderate doser vil immunsuppresjonen kunne vare i inntil noen uker. Ved monoterapi med prednisolon i høye doser vil man vanligvis

kunne forvente immunsuppresjon i uker til måneder etter endt behandling (4, 7). Dette motvirkes vanligvis ved gradvis nedtrapping av høye doser (6).

Ved langvarig behandling med glukokortikoider tilstrebes det så lav dose som mulig for å redusere bivirkninger, og generelt er doser på 2,5–7,5 mg prednisolon daglig hos voksne vanlig antiinflammatorisk vedlikeholdsbehandling ved mange sykdommer. Der behandlingsrespons krever effektiv immunsuppresjon kan det være nødvendig med betydelig høyere doser, gjerne 20–80 mg prednisolon daglig (1).

Ved lave doser forekommer immunsuppresjon gjerne ved lengre behandlingstid (8, 10, 11), uten at lengre behandlingstid er nøyaktig definert. Pasienter som får moderate doser av systemiske glukokortikoider i korte perioder, kan også være i faresonen for immunsuppresjon (8). Det er sett økt risiko for infeksjon med *Herpes zoster* ved lavdose behandling med glukokortikoider på 7,5 mg prednisolon eller mer daglig (4).

Hypogammaglobulinemi er sett ved bruk av glukokortikoider, og i slike tilfeller har B-lymfocytene gjennomgått apoptose og immunsuppresjonen kan vedvare i flere måneder. Tilstanden er sterkest assosiert med bruk av 5 mg prednison daglig eller mer over to år, ifølge noen få studier etter markedsføring (4). Den godkjente norske preparatomtalen (SPC) for prednisolon har ikke angitt hypogammaglobulinemi som kjent bivirkning av prednisolon (3).

Immunsuppresjon oppstår, som nevnt over, mest sannsynlig hos pasienter som får høye doser systemisk kortikosteroidbehandling. Dette gjelder uavhengig av behandlingsvarighet (10). Det anbefales minst seks uker med lavest mulig dose prednisolon under 20 mg før levende, svekket vaksine gis (9). Reaktivering av latent tuberkulose kan være en bekymring ved bruk av moderate til høye doser glukokortikoider i lang tid (4).

Oppsummering

Varigheten av redusert immunforsvar vil variere med varighet, samt dose av prednisolonkuren. Behandling med lave doser prednisolon kortere enn to uker vil ikke gi immunsuppresjon etter seponering. Ved

bruk av lave doser over tid vil man ikke forvente immunsuppresjon utover noen dager. Etter bruk i over to uker av moderate doser vil immunsuppresjonen kunne vare i inntil noen uker. Ved bruk av høye doser prednisolon vil varigheten på immunsuppresjonen etter seponering vedvare fra noen uker til måneder, avhengig av dose og varighet av behandlingen. Behandling med laveste effektive dose i kortest mulig tid, med gradvis reduksjon til laveste vedlikeholdsdose, er alltid anbefalt for å redusere risikoen for uønskede effekter som immunsuppresjon etter seponering.

REFERANSER

1. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell. L3.7 Glukokortikoider. <http://www.legemiddelhandboka.no/> (sist oppdatert: 14. mai 2024).
2. Norsk elektronisk legehåndbok. H02A og H02B – Kortikosteroider til systemisk bruk. <http://www.legehåndboka.no/> (sist oppdatert: 23. februar 2022).
3. Direktoratet for medisinske produkter. Preparatomtale (SPC) Prednisolon. <https://www.legemiddelsok.no/> (sist oppdatert: 12. mai 2021).
4. Chatham WW. Glucocorticoid effects on the immune system. Version 32.0. In: UpToDate. <http://www.helsebiblioteket.no/> (sist oppdatert: 16. juni 2024).
5. RELIS database 2015; spm.nr. 9825, RELIS Vest. (www.relis.no).
6. Clinical Pharmacology database. Corticosteroids, Systemic. Elsevier, Inc. <https://www.clinicalkey.com/pharmacology/resources/overviews?tid=1581281#AdverseReactions> (søk: 28. februar 2025).
7. Pers medd lege, Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin (AIT), St. Olavs hospital, 12. mars 2025.
8. Clinical pharmacology. Prednisolone. Elsevier, Inc. <https://www.clinicalkey.com/pharmacology/monograph/504?sec=monadve> (sist oppdatert: 27. februar 2025).
9. Folkehelseinstituttet. Vaksinasjon ved immunsvikt. Vaksinasjonshåndboka. <http://www.fhi.no/> (oppdatert: 26. juni 2024).
10. Snow EK, editor. Corticosteroids General Statements. The AHFS Drug Information (online). <https://www.medicinescomplete.com/#/content/ahfs/a382921#ccontent%2Fahfs%2Fa382921%231880416766> (sist oppdatert: 11. februar 2025).
11. Lexidrug in UpToDate. Prednisolone (systemic): Drug information. <https://www.helsebiblioteket.no/> (søk: 11. mars 2025).
12. Metodebok. Norsk revmatologisk forening. Vaksinasjon av voksne med revmatisk sykdom. (Sist oppdatert: 5. februar 2024).

CHRISTINE LINDEBØ BANDLIEN

Overlege, spesialist i klinisk farmakologi og allmennmedisin, RELIS Midt-Norge, Avdeling for klinisk farmakologi St. Olavs hospital.

HANNE FISKVIK FLEINER

Master i farmasi, PhD, RELIS Midt-Norge, Avdeling for klinisk farmakologi St. Olavs hospital.

I den lyriske stafetten vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydd noe for dem, enten i arbeidet eller i livet ellers. Den som skriver får i oppdrag å utfordre en etterfølger. Slik kan mange kolleger få anledning til å ytre seg i lyrikkspalten.

Velkommen og lykke till!  Tove Rutle – lagleder

Tilknytningsteori i fire vers

Den songen som all ting heilar

Den fyrste song eg høyra fekk
var mor sin song ved vogga
Dei mjuke ord til hjarta gjeikk
Dei kunne gråten stogga

Dei sulla meg så underleg
So stilt og mjukt te sova
Dei synte meg ein fager veg
Opp frå vår vesle stova

Den vegen ser eg enno tidt
Når eg fær auga kvila
Der stend ein engel smiler blidt
Som berre ei kan smila

Og når eg sliten trøytmar av
I strid med alt som veilar
Eg høyrer stilt frå mor si grav
Den song som all ting heilar.



ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNÆS / KI – ADOBE FIREFLY

FOTO: WIKIMEDIA COMMONS



Dette er Per Sivle (1857–1904) frå 1877. Per Sivle var ikkje ein spesielt produktiv forfatter, men han har eit par barnefortellingar som mange av oss kjenner igjen frå folkeskolen. Og han har skaffa seg eit evig forfattarliv med *Den fyrste song eg høyra fekk*. Det er ein song som handlar om å vere knytta til mor. Denne tilknyttinga startar i vogga, og varer til «eg sliten trøytmar av» og døden ventar. Per Sivle beskriv kva denne tilknyttinga gjer med han. Det fylgjer både englar og helbred med denne relasjonen. Både språk og innhald er ein fryd å lese — og ikkje minst høyre, og ein må grave svært djupt i ur-norsken for å skjønne kva ord som «veilar» betyr. Og «dei mjuke ord» er ikkje originaltekst. Per brukte omgrepet «mjuke vék» i staden. Det gir ein betydningsnyanse eg ville ha ønskt med i ny omsetjing.

Diktet er tilknytningsteori presentert som praktisk eksempel i fire vers. Dei siste to-tre tiåra har psykologien spesielt og helsefaga generelt blitt aukande opptatt av betydningen av tidleg tilknytting til nære omsorgspersonar. Dei er truleg heilt avgjerande for utvikling av både biologi, til dømes hjerne, og personleg identitet, slik at

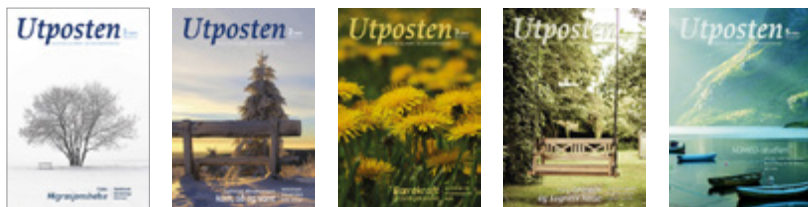
barnet blir seg sjølv, atskilt frå andre, men ikkje einsamt. Tilknytningsteoretikarane beskriv dette i tjukke lærebøker i eit nærtast uforståeleg terapispåk. Å lese Per Sivle gir same innsikter, og er langt å foretrekke.

Men det er ein skjebnens ironi at Per Sivle sjølv ikkje fekk oppleve den gode tilknyttinga fullt ut. For mor døydde, som så mange andre mødrer den gongen, då Per var berre to og et halvt år. Mor hadde eit heilt umogleg liv. Ho døydde etter tre, ja, tre tvilling-svangerskap, der berre ein, Per, levde opp. Per leid mykje under saknet, og kom ofte tilbake til det. Han fungerte ikkje som han ønska i vaksenlivet, og avslutta livet sitt for eiga hand på Christiania Bad i 1904.

Det er ikkje tilfeldig at norske barn har sovna til nett denne songen i fleire generasjonar allereie. For denne songen har skapt og heila både meg og deg, og prega oss gjennom heile livet. Det skal Per Sivle – og tonesetjar Lars Søråas – ha takk for.

«Nessadoktorn» utfordrar Per Stensland til neste etappe av Lyrikksstafetten.

Hilsen fra
JOHN NIKALOUS NESSA



Utposten

annonseinfo 2025

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin har et opplag på 2000 og utkommer sju ganger årlig med dobbelt julenummer. Åtte primærleger er redaktører.

ABONNEMENT: Kr 850,- i året

TEKNISK

ANNONSEANSVARLIG: Karianne Rutle

☎ 913 08 747 ✉ karianne.rutle@gmail.com

MATERIELL:

Elektronisk (e-post / filoverføringstjeneste, se: www.aksell.no)

FORMAT: A4, 210 x 297 mm + 3 mm for utf. helside

SATSFLATE: 185 x 249,5 mm 3 spalter

TRYKKERI: Aksell, Aurveien 14, 1930 Aurskog. www.aksell.no

KONTAKTPERSON: Morten Hernæs

☎ 916 98 412 ✉ morten.hernaes@aksell.no

UTGAVE	BESTILLINGSFRIST	MATERIELLFRIST	UTSENDELSE
①	8. januar	22. januar	3. februar
②	19. februar	5. mars	17. mars
③	26. mars	9. april	28. april
④	21. mai	4. juni	16. juni
⑤	13. august	27. august	8. september
⑥	24. september	8. oktober	20. oktober
⑦/⑧	5. november	26. november	8. desember

ANNONSEINFO

FORMAT		MÅL	MÅL UTF.	4-FARGER	S-HV
1/1		185 x 238,2	210 x 297*	14 000,-	6 900,-
4. omslag		-	210 x 237*	18 000,-	-
2/3	↑	122 x 238,2	136 x 297*	11 500,-	6 100,-
1/2	↔	185 x 122	210 x 147,5*	8 500,-	4 300,-
1/3	↑	59 x 238,2	73 x 297*	7 400,-	3 700,-
1/3	↔	185 x 92	210 x 117*	7 400,-	3 700,-
1/4	↔	185 x 61	210 x 87*	6 500,-	2 800,-

* +3 mm for utfallende alle sider

BILAG: Pris ved forespørsel.

WEB

annonser på Utposten's nettsider

FORMAT OG PLASSERING

Annonse vil vises gjennomgående på alle sider på utposten.no.

Ta kontakt for info vedrørende formater og plassering.

STANDARDPRIS

- Standardrullering (visningsperiode er fra utleggingsdato for utgave av Utposten og to måneder onlinetid): 4500,- ekskl. mva pr. annonse
- Ta kontakt for andre visningsalternativer

For å nå ut til flest mulig lesere kan det være en god kombinasjon å ha annonser både på nettet og i papirutgaven av tidsskriftet.

DATO FOR UTLEGGING PÅ NETT:

- 5.2: 1-2025
- 19.3: 2-2025
- 30.4: 3-2025
- 18.6: 4-2025
- 10.9: 5-2025
- 22.10: 6-2025
- 10.12: 7/8-2025

WEB ANNONSEANSVARLIG:

Karianne Rutle

☎ 913 08 747

✉ karianne.rutle@gmail.com

WWW.UTPOSTEN.NO

NORGE P. P.
Avsender:
Utposten
Sjøbergveien 32A
2066 Jessheim

Abonner på Utposten

