

Utposten

6 2025
ÅRGANG 54

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Tema
**Vanedannende
legemidler**

Intervju med Jørund Straand
Klimakrisen – helsekrise i sakte film
Hva er KUPP?

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:

Getty Images / redstallion

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, Aksell

TRYKK:**aksell**Trykket av Aksell AS,
en miljøsertifisert bedrift**TRYKT
I NORGE**

NO - 1470

Du finner Utposten på
www.utposten.no**1 LEDER: Klimakrisen**

– en perfekt moralsk storm

*Elin Tora Hoel***2 UTPOSTENS DOBBELTTIME:**

Allmennmedisinsk forskning og alt som er gammalt

*Jørund Straand intervjuet av Kjell-Arne Helgebostad***TEMA: LEGEMIDLER****8** Føringer for forskrivning av
benzodiazepiner i Norge og Danmark*Kjell-Arne Helgebostad og Trygve Skonnord***20** MedicinRådgivningen – et dansk
uavhengigt tilbud om støtte ved uttrapning
af psykoformaka og opioider*Karine Lindgaard***22** Historien om Fælles Medicinkort.
Samlet digitalt overblik over medicin*Sundhedsdatastyrelsen***24** Fælles Medicinkort
– erfaringer fra Danmark*Stine Søndersted Clausen og Cille Bülow***27 HELSESEKRETÆRER:**

En nøkkel i trygg nedtrapping

*Liv Johanne Bligaard Huglen og Monica Haga***28** Hva er KUPP?*Ketil Arne Espnes***30** Klimakrisen – en helsekrise i sakte film*Yngve Kiserud***36 PH.D.: HVORFOR DET?**

Et verktøy for bedre samtaler i allmennpraksis

*Cathrine Abrahamsen***38** Sakset fra forskning*Kompilert av Lisbeth Nilsen***38** INNPOSTEN:

Kort om samfunnsmedisin

*Hege Raastad og Anne Helen Hansen***42 FASTE SPALTER**RING EN VENN **42**TIPS OG RÅD **45**

KONSULTASJONEN

JEG ALDRI GLEMMER **46**HVA LESER LEGEN **49**RELIS **50**LYRIKKSTAFETTEN **52**

Klimakrisen

– en perfekt moralsk storm

Kloden har feber! Demokratiets resept er økt handlekraft gjennom kultur og språk.

Hvordan står det til med Moder Jord? Alle vet at hun i lengre tid har slitt med store, sammensatte helseproblemer og at prognosen er dårlig. Nyhetsopplesere melder nesten daglig om varmerecord, skogbrann, flom og stigende havnivå, forurensning og tap av arts mangfold. Krisen er skapt av mennesker og helsetjenesten bidrar på sin måte.

Dersom helsetjenesten var et eget land, ville den vært verdens femte største klimautslippsnasjon (1). I Norge står helsetjenesten for omtrent fire til fem prosent av de totale klimagassutslippene. Engangsutstyr bidrar i stor grad, blant annet på grunn av produksjon, transport, bruk og avhending (2). I denne utgaven av *Utposten* beskriver Yngve Kiserud status og mulige løsninger på krisen.

Koronapandemien stimulerte til handling og internasjonalt samarbeid. Vaksiner ble utviklet og produsert i et forrykende tempo. Den gang ble forskerne lyttet til og tatt på alvor – og vår klode fikk Paracet mot en febertopp. Et akutt og konkret problem, et virus, er tydeligvis lettere å forholde seg til enn en krise som kommer langsomt og som på intrikat vis vever seg inn i våre liv, og i livene til våre barn og barnebarn.

Hvorfor er det sånn? Kanskje er et av svarene at vi er uttalt sosiale og trives i flokk. Hva kollegaen og naboen gjør er vel så viktig som egne preferanser. Sosiale normer påvirker hvordan vi forholder oss til tilgjengelig informasjon (3). Filosofen Arne Johan Vetlesen og teologen Jan-Olav Henriksen mener at vi trenger en ny ramme for forståelse, der kulturen gir aksept for å snakke om klima. I en oljenasjon er en slik samtale ingen selvfølge. Politikere snakker om grønt skifte og oljeindustrien om karbondioksidkompensasjon. Slike omformuleringer forstyrrer. Dessuten, i en oljeproduserende nasjon blir man lett stående i en skvis

mellom takknemlighet over velstanden som oljen har gitt oss, og vissheten om at forbruket må reduseres (4).

Over til det nære, til et legekontor i kongeriket: Der har et berg av flatpakket papp nådd halvveis til taket og er raskt voksende. Før var stabelen beskjedne. Da benyttet laboratoriet en type reagens til kapillærprøve som kom i små, søte sylindere. Det nye derimot, består av mye emballasje og gjør dessuten krav på kjølig lagerplass. Tendensen ved kontoret er økt bruk av engangsutstyr, fordi det er enklere å bestille nytt, bruke og kaste, enn å sterilisere og reparere. Flere har kjent på en klump i magen, for mengden søppel har blitt unødvendig stor.

Så noe måtte gjøres. Faren for pappskred var overhengende, og skrekken hadde sneket seg inn i praten rundt lunsjbordet. For ordens skyld, på dette kontoret er ingen eksperter på klima. Likevel luftes idéer som skuer ut over avfallshåndtering i en liten bedrift: Kultur for gjenbruk, momsfritak ved kjøp av brukte tekstiler, økt kvalitet på varer generelt og hvitevarer spesielt, gratis kollektivtransport, og varetransport over fra trailer til tog.

Som forbrukere har vi stor påvirkningskraft – og makt! Og vi trenger forbilder. Rosa Parks, den amerikanske borgerrettighetsforkjemperen, skapte stor bevegelse da hun – i stille protest – nektet å følge regler som krevde at hun gav sin plass på bussen til en hvit passasjer. I vår tid forlanger Greta Thunberg transparens, og oppfordrer oss til å bruke stemmeretten slik at ansvarlige, kloke voksne kan ta et utvidet ansvar på vegne av fellesskapet (4).

For det er en labyrint av valg som må tas – hver dag – mellom rett og galt og alt derimellom. Den amerikanske filosofen Stephen M. Gardiner beskriver klimakrisen som en perfekt moralsk storm (5). Kunnskap til tross, spørsmålene knyttet til hva vi *bør* gjøre, er krevende. Vi vet, i alle fall aner vi, hva som er rett: prøvetakingsutstyr som etterlater svake avtrykk, framfor andre raskere og kanskje billigere alternativ som setter dype spor.

«Åpen post» er en fast programpost i gruppeveiledning i allmennmedisin. Gordiske knuter, utfordringer vi møter i legelivet og som vi ikke helt ser løsningen på, kan være fine å reflektere over i Åpen post. Overordnede spørsmål er hvordan vi som leger ser på tid og hvordan vi forholder oss til naturen. Eksempler til drøfting kan hentes fra problemer i drift (som berg av papp), pasientmøter, eller klimaplakaten fra Norsk forening for allmennmedisin (NFA) (6). Prosjektet Bærekraft på legekontoret kan også være til inspirasjon (7).

Omstilling koster. Pandemien viste at vi har kraften som trengs! For oss i det globale nord kommer kostnaden i form av endring av vaner. Anerkjennelse av demokratiet som arena for løsning og åpen dialog som verktøy er i seg selv gode framskritt. Ved å ta tak i det nære og konkrete, med økt bevissthet om hva som påvirker våre valg, er vi på rett veg. Utsikten er at Moder Jord rett og slett friskner til! Mari Boine har satt vakre ord på det vi frykter:

Hør bror
Hør søster
Hør forfedrenes stemme
Hvorfor lar du jorda lide
Forgiftes og pines
Hør bror
Hør søster
Hør stammødrenes stemme
Jorda er vår mor
Tar vi livet av henne
Dør vi med (8)

REFERANSER

1. Dagens medisin. Klimaendringene rammer pasientene våre. Luther IM. 30.05.2025.
2. Dagens medisin. Går ut mot «engangsideologi»: – Vi har kommet til et vendepunkt, Kveim Lie A. 6.5.2025.
3. Etik i klimakrisens tid. Vetlesen AJ og Henriksen J-O. Res Publica 2022.
4. Klimaboka. G. Thunberg. Cappelen Damm 2023.
5. A Perfect Moral Storm: The Ethical Tragedy of Climate Change. Gardiner SM 2011.
6. NFAs klimaplakat. Klimatiltak for allmennleger.
7. Tidsskr Nor Legeforen 2024 Vol. 144. doi:10.4045/tidsskr.24.0137.
8. Gula Gula. Joik av Mari Boine. Originalt på samisk, dette er min oversettelse fra engelsk.

ELIN TORA HOEL
ELINTORA@HOTMAIL.COM

Allmennmedisinsk og alt som er gam

Jørund Straand ■ INTERVJUET AV KJELL-ARNE HELGEBOSTAD



forskning malt



Professor Jørund Straand (f.1951) mener leger må tenke holdbarhetsdato på indikasjoner for fast legemiddelbehandling, men engasjementet hans for allmennmedisinen som forskningsbasert fag har ikke gått ut på dato.

Straand tar imot *Utposten* på kontoret ved Universitetet i Oslo. Som emeritusprofessor på fjerde året, er han takknemlig for fortsatt å beholde kontoret på Avdeling for allmennmedisin i Frederik Holsts hus på Ullevål.

Eldre og legemidler

I allmennpraksis i Bergen tidlig på åttitallet oppdaget han noe som fremdeles opp- tar ham: mange gamle stod på legemiddelbehandling som var unødvendig eller direkte skadelig for dem. Han ble derfor opptatt av legemiddelgjennomgang og legemiddelseponering som grunnleggende kliniske prosedyrer (1, 2). På denne tiden var legemiddelseponering fortsatt mye en skjult realitet i medisinsk litteratur.

Siden da har kvalitetsforbedring av eldres legemiddelbehandling vært et viktig tema for både undervisning og forskning (2–6).

Fortsatt underviser jeg om dette for siste års legestudenter i Oslo, sier Straand.

Sykebesøket

Straand mener at planlagte sykebesøk i allmennpraksis er et område som fortjener å få et forskningsbasert grunnlag (7, 8). Som ung bydelslege i Bergen sentrum var det en del av jobben, en dag i uka, å dra sammen med hjemmesykepleien i sykebesøk til

gamle pasienter som av ulike grunner ikke hadde en fast lege som fulgte dem opp.

– Jeg erfarte da at sykebesøket ikke sjelden gav meg innsikt og oversikt som jeg vanskelig ville ha fanget opp på legekonto- ret, og som var viktig både for diagnostikk og behandling, sier han.

Institutt for allmennmedisin i Bergen

Via kurs og kurskomiteer kom Straand i kontakt med Institutt for allmennmedisin der professor Per Fugelli var den nye sjefen.

– Instituttet var i gangavstand fra der vi bodde og vegg i vegg med skolen til barna våre. Da jeg i 1988 tilfeldigvis fikk mulig- heten til et vikariat der, slo jeg til. Dette selv om jeg verken hadde forsket eller tatt i en datamaskin, forteller han.

Straand beskriver Instituttet i Bergen med mange spennende og dyktige kolleger som et fantastisk «drivhus» for akademisk allmennmedisin (9–11). Her ble han i 12 år. Doktorgraden fra 1999 var en farmakoepi- demiologisk studie basert på en omfattende diagnose-reseptundersøkelse fra Møre og Romsdal (12). Veileder var Per Fugelli.

– At alt av slekt befant seg østpå og kona allerede pendlet til forskerstilling på BI i Oslo, gjorde at jeg søkte meg østover til Universitetet i Oslo. Her har jeg vært siden årtusenskiftet, sier han.

Blant bøker, papirer og gamle gjenstander på professorkontoret ligger en hodeskalle på pulten – og på veggen henger et portrett av Christian Jacobsen Drakenberg (1626–1772), mannen som angivelig skal ha vært Norges og verdens eldste.

Reseptregister og «Ko-Ko»

Da planer om et nasjonalt reseptregister ble lansert mot slutten av 1990-tallet, engasjerte Straand seg.

– Helsetilsynet ønsket et reseptregister som verktøy for tilsyn og kontroll av legene. Da stiftet vi Norsk forening for farmakoepidemiologi, i starten som en akademisk pressgruppe for å endre formålet fra tilsyn til forskning – slik resultatet også ble.

I prosjektet *Kollegabasert Terapi Veiledning* (KTV) var forskergruppa på allmennmedisin i Oslo de første til å hente ut data fra reseptregisteret for å lage individuelle tilbakemeldinger til legene om egen forskrivning. Mer enn 400 allmennleger fordelt på et 40-talls etterutdanningsgrupper i hele landet deltok. Halvparten fikk en kursintervensjon om riktigere antibiotikabruk av luftveisinfeksjoner, mens den andre halvdel fikk tilsvarende om tryggere legemiddelforskrivning til eldre. Gruppene var kontrollert for hverandre. Et stort korps av opplærte leger var kollegakonsulenter, kalt KoKo-er, som besøkte alle etterutdanningsgruppene. Resultatet viste klart forbedret forskrivningspraksis på begge områder og etter hvert fem ph.d.-avhandlinger (4, 13, 14). I dag benytter Senter for Kvalitet i Legekontor (SKIL) mye den samme metoden som ble utviklet i «Ko-Ko-prosjektet».

Skjevfordeling og elefanten i rommet

Som leder av Allmennmedisinsk ForskningsEnhet (AFE) i Oslo fra starten av og etter hvert også ledelse av Avdeling for allmennmedisin ved UiO, har Straand engasjert seg for å styrke rammevilkår og infrastruktur for allmennmedisinsk forskning i Norge.

– Når helsemyndighetene snakker om fastlegetjenesten, handler det bare om legedekning og ventetider. De mangler helt forståelse av at allmennmedisin er et genuint medisinsk fag som må tuftes på forskning og utdanning, sukker han.

– I dag bruker helseforetakene årlig fem-seks milliarder kroner på forskning, mens allmennmedisinsk forskning knapt mottar en prosent av dette beløpet. Jeg har brukt så sterke ord som at dette er en apartheid-lignende situasjon, sier Straand med ettertrykk.

– Hvis derimot de allmennmedisinske forskningsenhetene hadde blitt det man planla for da de ble etablert i 2006, hadde situasjonen i dag vært ganske annerledes. Straand viser her til at helsedepartementet på denne tiden var innstilt på å ta et sørgefor-ansvar også for anvendt allmennmedisinsk forskning og nødvendig forskningsin-

frastruktur (15). Departementet signaliserte en kraftig opptrapping framover av finansieringen til AFE'ne, men slik gikk det ikke. Fra rundt år 2010 har politikken i helsedepartementet i stedet vært at de skal ha fagutvikling og forskning i kommunal sektor på armlengdes avstand. Dette skulle kommunene ta seg av.

– Men kommunene manglet jo, og mangler fortsatt, både vilje og evner til dette, konstaterer Straand.

– Dette er elefanten i rommet, sier professoren. – Det forklarer hvorfor allmennmedisinen nødvendigvis er dømt til å henge etter de store sykehusfagene når det gjelder forskning.

– At vi etter 2010 likevel fikk på plass en Nasjonal forskerskole i allmennmedisin (NAFALM) og et landsdekkende forskningsnettverk for kliniske studier i allmennlegetjenesten (PraksisNett), skyldes at vi oppnådde betydelig støtte fra Forskningsrådet, sier han. – Hadde ikke Legeforeningen tatt grep og besørget etablering av Allmennmedisinsk forskningsfond (AMFF) i 2007, legger han til, – da hadde det virkelig vært smalhans for allmennmedisinsk forskning her i landet.

Allmennmedisin – hva definerer faget?

Straand er opptatt av at vi både i grunn- og videreutdanningen trenger å bli bedre til å bevisstgjøre leger og myndigheter om hva som egentlig definerer allmennmedisin som et eget medisinsk fag og spesialitet.

– Hvis jeg spør studenter eller unge leger om hva som kjennetegner allmennmedisinen, er det vanligste svaret at «man skal kunne litt om alt». I så fall ville øyeblikksmedisin praktisert av fysiske eller digitale engangsleger, vært å regne som allmennmedisin. Når jeg med flere ikke mener det, er det fordi de mangler selve adelsmerket for faget: nemlig kontinuiteten. Det vil si den langsgående relasjonen til pasientene både før, under og etter sykdom, sier Straand.

Ifølge professoren er et annet viktig særtrekk ved faget «open access» for hele bredden av helseproblemer, fra det banale til det fatale. Spesialiteten handler om å være spesialist i å være generalist. Sist, men ikke minst, har allmennlegen diagnostiske ferdigheter tunet inn til å finne tidlige tegn til sykdom i en pasientpopulasjon der sykdomsforekomsten er lav. Dette er ferdigheter som bare kan læres i allmennpraksis, ikke på sykehus.

– Det er synd at helsestatsråd Vestre ikke har villet forstå dette, sier han en smule oppgitt.

Allmennmedisinens historie

I år er det 50 år siden allmennmedisin ble et eget fag ved samtlige medisinske fakultet i Norge (17) og bare 62 år siden verdens første professor i faget ble tilsatt ved universitetet i Edinburgh (18). Allmennmedisinen er derfor ikke mer enn en generasjon gammel som universitetsfag.

Straand understreker betydningen av å kjenne fagets historie.

– Fagets historie er viktig for å forstå dagens situasjon og helt nødvendig for å tenke fornuftig om veien framover, mener han. – De mange framskritt og seire vi har hatt i norsk allmennmedisin opp gjennom årene har ikke kommet flytende på ei fjøl, de er resultat av målrettet, hardt arbeid både fra akademiet og Legeforeningen.

At professoren også er interessert i medisinsk historie mer bredt framgår av arbeidet med å formidle historien antibiotika og resistens (19,20). I tillegg til å dokumentere allmennmedisinens historie, er Straand også opptatt av å studere legeutdanningen de første årene ved det Kongelige Frederiks universitet i Kristiania (21). Sammen med Hogne Sandvik og Øivind Larsen holder han i disse dager på med å «oversette» kompendier skrevet med gotisk håndskrift av legestudenter tidlig på 1800-tallet før cellulærpatologien og mikrobiologien snudde opp ned på medisinen.

Emeritus – arbeid for tryg

Foruten papirer og bøker i fleng, er profesorkontoret fullt av gamle ting. På pulten ligger en hodeskalle, og på veggen henger et maleri som viser Norges og verdens angivelig eldste mann: Christian Jacobsen Drakenberg (1626–1772). – Selvfølgelig var han en bløffmaker som jugde på alderen så han framstod som halvt hundre år eldre enn sant var. Men dette gjorde han så bra at han til og med fikk kongelig understøttelse, humrer Straand. På veggen finnes også diplommet for Legeforeningens lederpris i 2020. – Den er jeg ganske stolt av, sier han.

Jeg har alltid vært interessert i mangt og mye av gammelt: gamle pasienter og deres problemer, 78-plater, gamle hus, en tid veterانبåt og ymse annet. Huset i Bærum bærer også preg av en smule samlemani, innrømmer han. Der deler han hus med Birgit som også er emeritusprofessor. Tre voksne barn er ute av redet, ingen er leger, men to er forskere.

Som ulønnet emeritusprofessor har Straand fortsatt litt undervisning på legestudiet og han er medveileder for et par ph.d.-kandidater.

I disse økonomisk vanskelige tider er jeg veldig glad for ikke lenger å ha administrativt ansvar. Det er langt mer krevende å lede når det må kuttes og strammes inn, enn når kurvene peker oppover, sier han.

Han har ingen planer om å trekke seg tilbake med det aller første.

Det faglige arbeidet er en så stor del av livet mitt og identiteten min. Så lenge jeg er frisk og rørlig, ser jeg ingen grunn til å slutte.

Som bevis på det siste forteller Straand at han nettopp kom helskinnet hjem fra den årvisse breturen som denne høsten gikk til Sognefjellet og Smørstabbrean. Tur-gjengen har holdt det gående med årlige breturer helt siden 1973! Tida flyr og vi med den, avslutter professoren.

REFERANSER

1. Straand J. Gjennomgang av pasientens legemidler. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1175.
2. Straand J, Fugelli P, Laake K. Withdrawing long-term diuretic treatment among elderly patients in general practice. Fam Pract 1993; 10: 38-42.
3. Ruths S, Straand J, Nygaard HA, Aarsland D. Stopping antipsychotic drug therapy in demented nursing home patients: a randomized, placebo-controlled study – the Bergen District Nursing Home Study (BEDNURS). Int J Geriatr Psychiatry. 2008; 23(9): 889–95.
4. Rognstad S, Brekke M, Fetveit A, Spigset O, Wyller TB, Straand J. The Norwegian General Practice (NorGeP) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients: a modified Delphi study. Scand J Prim Health Care 2009; 27: 153–9.
5. Fog AF, Kvalvaag G, Engedal K, Straand J. Drug-related problems and changes in drug utilization after medication reviews in nursing homes in Oslo, Norway. Scand J Prim Health Care 2017; 35: 329–35.
6. Rømskaug R, Skovlund E, Straand J, Molden E, Kersten H, Pitkala KH, Lundquist C, Wyller TB. Effect of Clinical Geriatric Assessments and Collaborative Medication Reviews by Geriatrician and Family Physician for Improving Health-Related Quality of Life in Older Patients: A Cluster Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med 2019; 180: 181–9.
7. Straand J, Sandvik H. Home visits in general practice – most often for elderly patients. A report from the Møre & Romsdal Prescription study. Nor J Epidemiol 1998; 8: 127–32.
8. Straand J. Sykebesøket – plage eller en gave? Utposten 2024; 53: 28–30.
9. Straand J, Hunskaar S. Videre- og etterutdanning for allmennleger – en kjerneoppgave. I: Hunskaar S, red.: Akademisk allmennmedisin i Bergen 50 år: 1972–2022. Michael 2022; 19 (suppl 29): 261–78.
10. Straand J, Malterud K, Hunskaar S. Forskningen på 1990-tallet: Medgang avler medgang. I: Hunskaar S, red.: Akademisk allmennmedisin i Bergen 50 år: 1972–2022. Michael 2022; 19 (suppl 29): 137–53.
11. Straand J. Allmennmedisin 50 år – universitetsfag i Bergen. Per Fugelli: La ikke dette bli de selvgoes hvilestøtte! Utposten 2022; 51 (7): 20–23.
12. Straand J. To prescribe or not to prescribe. Drug prescribing studies from general practice. The Møre & Romsdal Prescription Study II. Doktoravhandling. Nor J Epidemiol 1999; 7 (Suppl. 2).
13. Rognstad S, Brekke M, Fetveit A, Dalen I, Straand J. Peer academic detailing to reduce inappropriate prescribing for older patients: a cluster-randomised controlled trial. Br J Gen Pract 2013; 63: 554–62.
14. Gjelstad S, Høye S, Straand J, Brekke M, Dalen I, Lindbæk M. Improving antibiotic prescribing in acute respiratory tract infections. Use of academic detailing in the Rx-PAD study, a cluster-randomised trial from Norwegian general practice. BMJ 2013; 347: f4403.
15. Straand J. Allmennmedisinsk forskning: fra ørkenvandring til vårløsning? Utposten 2006; 35 (3): 15–9.
16. Helse- og sosialdepartementets forskningsstrategi 2006–2011. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/hod_forskningsstrategi.pdf (lest 2. okt 2025).
17. Straand J. 1975–2025: Femti år siden Norge som første land i verden med allmennmedisin som universitetsfag ved samtlige medisinske fakulteter. Michael 2025; 22; in press.
18. Straand J, Wit N de. The transition of general practice into an academic discipline: tracing the origins through the first four professors in general practice/family medicine. Scand J Prim Health Care 2024; 42(3): 483–92.
19. Straand J, Gradmann C, Lindbæk M, Simonsen GS. Antibiotika – oppdagelse og utvikling fra før bakteriologiens gjennombrudd til i dag. Michael 2024; 21: 165–183.
20. Straand J, Gradmann C, Lindbæk M, Simonsen GS. Antibiotikaresistens – historien om da bakteriene slo tilbake. Michael 2024; 21: 184–201.
21. Straand J, Sandvik H. Professor Nils Berner Sørensen (1774–1857) – teori og praksis i en medisinsk brytningstid. Michael 2021; 18 (suppl 27): 218–38.

■ HELGEBOS@GMAIL.COM



Vektreduksjon og vektkontroll med Wegovy[®]

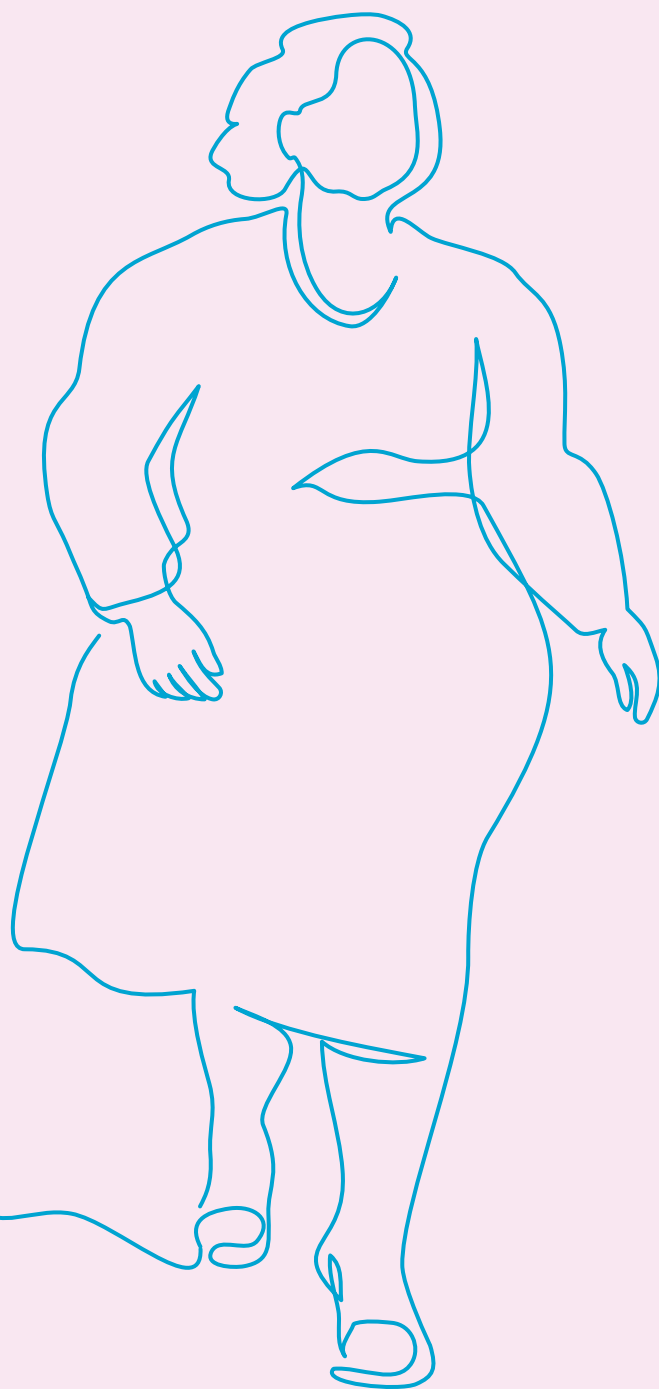
som tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet¹



-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:** Dysestesi, 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 magesmerter, oppblåsthet og oppkast. Rapportert med ukjent frekvens etter markedsføring
- Puls:** Gjennomsnittlig økning på 3 slag per minutt observert
- Skal ikke brukes** av **gravide** eller ved **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 1,73m ²	Alvorlig nedsatt, eller terminal nyresykdom eGFR < 30 ml/min 1,73m ²
Hjerte-svikt	NYHA klasse I-III	NYHA klasse IV
Lever-funksjon	Lett og moderat nedsatt Forsiktighet bør utvises	Alvorlig nedsatt
Diabetes	Diabetes type 2	Diabetes type 1

Dosering – én gang per uke

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

Føringer for forskrivning benzodiazepiner i Norge

■ KJELL-ARNE HELGEBOSTAD • Spesialist i allmennmedisin, fastlegevikar ved Vettle legekantor
■ TRYGVE SKONNORD • Førsteamanuensis ved Avdeling for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo

Bruken av benzodiazepiner og beslektede legemidler har gått ned etter år 2000 i Norden, spesielt i Danmark. I denne perioden har det kommet endringer i nasjonale retningslinjer, og myndighetene har satt i verk andre tiltak. Denne artikkelen sammenligner offisielle føringer for disse legemidlene i Norge og Danmark. Spesielt i helsekravene til førerkort er det tydelige forskjeller.

Forskrivning av vanedannende legemidler kan være utfordrende, og det er stor variasjon i praksis mellom leger, legesentre, kommuner, regioner og land (1–3). I Norden har særlig bruken av benzodiazepiner og benzodiazepinlignende sovemidler variert mye. Disse legemidlene markedsføres under mange ulike navn (SE TABELL 1), og omtales gjerne samlet som benzodiazepinreseptoragonister (BZRA) (4). Opioidavhengighet har fått bred omtale som folkehelseproblem, mens de uheldige

sidene ved bruk av BZRA har fått mindre oppmerksomhet. Den amerikanske psykiateren Anna Lembke har brukt uttrykket «Our Other Prescription Drug Problem» og påpekt at BZRA er knyttet til mange av de samme utfordringene som opioider (5). Ved overdosedødsfall påvises ofte en kombinasjon av stoffer som inkluderer BZRA (5, 6), og det finnes omfattende dokumentasjon på bivirkninger og risiko, spesielt ved langtidsbruk (4, 5). Flere tiltak ble satt i verk i de nordiske

landene tidlig på 2000-tallet for å redusere bruken av BZRA og andre vanedannende legemidler, blant annet endringer i nasjonale retningslinjer (3). Forskrivningen har gått nedover i alle landene, men nedgangen har vært spesielt stor i Danmark (SE FIGUR 1). De aller fleste resepter på BZRA skrives ut i allmennpraksis (2). Allmennleger må forholde seg til mange ulike varianter av retningslinjer, veiledere, anbefalinger og råd om forskrivning (SE FIGUR 2 SIDE 10) (7, 8). På fastlegekontoret kan den kliniske situasjo-

TABELL 1. Registrerte benzodiazepinreseptoragonister (BZRA) og helsekrav til førerkort i Danmark og Norge.

ANXIOLYTIKA	HANDELSNAVN NORGE	HANDELSNAVN DANMARK	HALVERINGSTID (TIMER)	HELSEKRAV DANMARK	HELSEKRAV NORGE (GRUPPE 1)
Diazepam	Stesolid, Valium, Vival	Diazepam, Hexalid, Stesolid, Apozeepam	72	Ikke forenelig med kørsel	≤10 mg/døgn (stabil behandling)
Oxazepam	Delipam, Sobril	Oxazepam, Oxapam, Oxabenz	10	≤30 mg/døgn	≤30 mg/døgn (stabil behandling)
Alprazolam	Xanor	Alprazolam, Alprox, Tafil	12	Ikke forenelig med kørsel	Helsekrav ikke oppfylt
Bromazepam	Bromazepam (uregistrert)	Bromam, Lexotan	15	Ikke forenelig med kørsel	Helsekrav ikke oppfylt
Klordiazepoxid	Librium (avregistrert)	Klopoxid, Risolid	72	Ikke forenelig med kørsel	Helsekrav ikke oppfylt
Klobazam	Frisium (uregistrert)	Frisium	40	Ikke forenelig med kørsel	Helsekrav ikke oppfylt
Klonazepam	Rivotril	Rivotril	40	Ikke forenelig med kørsel	Helsekrav ikke oppfylt
Lorazepam	Lorazepam, Rativor	Lorazepam, Temesta	12	Ikke forenelig med kørsel	Helsekrav ikke oppfylt
SOVEMIDLER	HANDELSNAVN NORGE	HANDELSNAVN DANMARK	HALVERINGSTID (TIMER)	HELSEKRAV DANMARK	HELSEKRAV NORGE (GRUPPE 1)
Zolpidem	Zolpidem, Stilnoct	Zolpidem, Stilnoct, Zonoct	2	≤10 mg/døgn	≤10 mg/døgn
Zopiclon	Zopiklon, Zopiclone Imovane, Zopitin	Zopiclone, Imozop, Imovane, Imoclone	5	≤ 7,5mg /døgn	≤ 7,5 mg /døgn
Nitrazepam	Nitrazepam, Apodorm	Nitrazepam, Pacisyn	24	Ikke forenelig med kørsel	≤10 mg/døgn
Lormetazepam	Lormetazepam (uregistrert)	Pronoctan	10	≤ 1mg/døgn	Helsekrav ikke oppfylt
Triazolam	Halcion (avregistrert)	Halcion	3	≤ 0,125 mg/døgn	Helsekrav ikke oppfylt

av og Danmark



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES / DARWIN BRANDIS

nen være uklar (1), og pasientene har ofte flere tilstander og sykdommer på en gang (9–11). Samlet gjør dette at allmennlegene kan oppleve at det er vanskelig å forholde seg til alle retningslinjene (10, 11). Målet med dette prosjektet var å sammenligne offisielle føringer for bruken av benzodiazepiner og beslektede legemidler i Norge og Danmark.

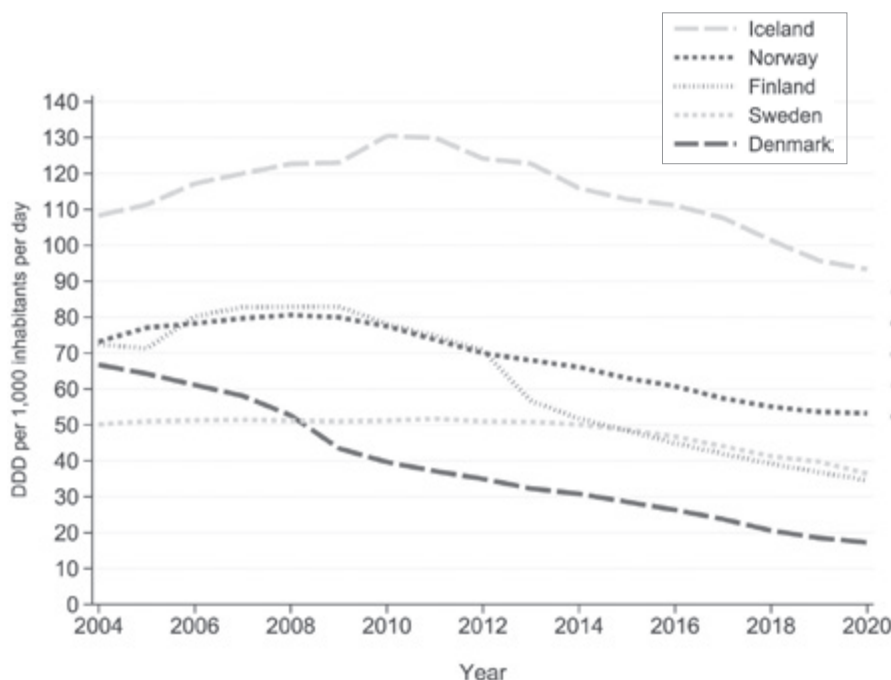
Metode

Denne artikkelen er basert på søk på nettsidene til det norske Helsedirektoratet og den danske Sundhedsstyrelsen etter normerende dokumenter som omtaler BZRA, samt en kartlegging av litteratur ved søk i PubMed og andre relevante databaser i mars 2025.

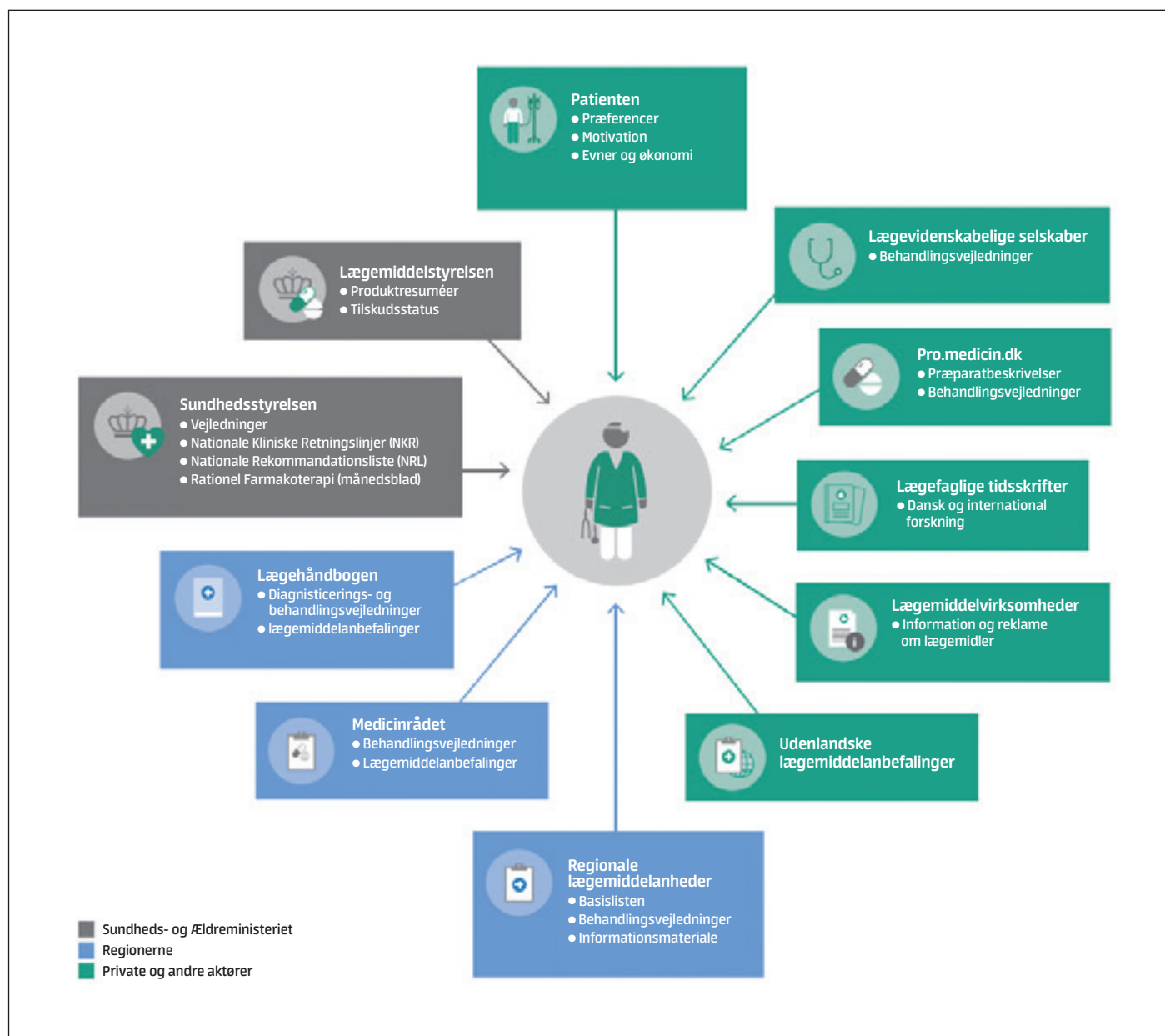
Resultater

Både Norge og Danmark har nasjonale veiledere for vanedannende legemidler (12, 13). Norge har et system med reseptgrupper (A, B og C) der legemidler i reseptgruppe A og B er definert som vanedannende. Nesten alle BZRA er klassifisert i reseptgruppe B, og derfor en del av begrepet «B-preparater» (14).

HELSEKRAV NORGE (GRUPPE 2 OG 3)	TID FRA INNTAK TIL KJØRING
Helsekrav ikke oppfylt	Ingen minimumskrav
Helsekrav ikke oppfylt	Ingen minimumskrav
Helsekrav ikke oppfylt	
Helsekrav ikke oppfylt	
Helsekrav ikke oppfylt	
Helsekrav ikke oppfylt	
Helsekrav ikke oppfylt	
Helsekrav ikke oppfylt	
HELSEKRAV NORGE (GRUPPE 2 OG 3)	TID FRA INNTAK TIL KJØRING
≤10 mg/døgn, sporadisk (max 5 /mnd)	8 timer
≤7,5 mg /døgn, sporadisk (max 5 /mnd)	8 timer
≤10 mg /døgn, sporadisk (max 5 / mnd)	8 timer
Helsekrav ikke oppfylt	
Helsekrav ikke oppfylt	



FIGUR 1. Salg av benzodiazepiner og beslektede legemidler (BZRA) i Norden, angitt i DDD/1000/innbyggere/døgn. Hentet fra artikkelen «Use of benzodiazepines and benzodiazepine-related drugs in the Nordic countries between 2000 and 2020» (Højlund M, Gudmundsson LS, Andersen JH, Saastamoinen LK, Zoega H, Skurtveit SO, mfl.). Basic Clin Pharmacol Toxicol. januar 2023 (3).



FIGUR 2. Eksempler på aktører som vil påvirke allmennlegers forskrivning i Danmark. Hentet fra *Lægemiddel anbefalinger – Rigsrevisionens beretning afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger, 2019 (7)*.

Den norske nasjonale veilederen for vanedannende legemidler (12) har nitten hovedanbefalinger, to av disse gjelder BZRA spesielt. I Danmark laget Sundhedsstyrelsen i 2024 en *Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsførstyrrelser* (15) som kommer i tillegg til *Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler* (13). Begge disse omtaler forskrivning av BZRA.

På Helsedirektoratets nettsider ligger 524 «Nasjonale anbefalinger og krav» (16). Den danske Sundhedsstyrelsen har utarbeidet 65 nasjonale kliniske retningslinjer (NKR) og nasjonale kliniske anbefalinger (NKA). I perioden 2017–2020 fikk faglige

selskaper og miljøer i Danmark finansiering til å utvikle totalt 25 nasjonale kliniske retningslinjer (17). Omtale av BZRA i de ulike normerende dokumentene er samlet i tabell 2 og 3 på motstående side.

Hva anbefales?

Hovedanbefalingene om BZRA i *Veileder for vanedannende legemidler* (12) lyder:

- «Behandlingsvarigheten med benzodiazepiner eller benzodiazepinlignende legemidler bør være så kort som mulig, maksimalt fire uker»
- «Ved langvarig bruk av benzodiazepiner eller benzodiazepinlignende legemidler skal lege vurdere avslutning»

I Danmark er hovedregelen at langtidsbehandling med BZRA skal unngås (13,15). Ved behandling i mer enn fire uker skal legen regelmessig revurdere indikasjonen, og motivere pasienten til dosereduksjon eller nedtrapping.

Medisinsk indikasjon

Det første punktet i den norske veilederen (12) er at ordinerings av vanedannende legemidler bare skal skje på medisinsk indikasjon. For BZRA er det angitt en punktliste med fire indikasjoner:

- Søvnlidelser, vanligvis inntil to uker, maksimalt fire uker
- Angstlidelser, situasjonsbetinget

TITTEL	TYPE	OPPDATERT	PREPARATVALG
Vanedannende legemidler	Nasjonal veileder	2024	
Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet	Nasjonal faglig retningslinje	2024	Oksazepam eller diazepam
Avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler	Nasjonal faglig retningslinje	2016	Oksazepam førstevalg, men diazepam kan også benyttes.
Demens	Nasjonal faglig retningslinje	2017	
Psykoselidelser – legemiddelbehandling	Nasjonal faglig retningslinje	2025	
Tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år	Nasjonal faglig retningslinje	2020	Peroralt midazolam som førstevalg, alternativt diazepam.
Psykiske lidelser hos eldre	Nasjonale faglige råd	2018	
Lindrende behandling i livets slutfase	Nasjonale faglige råd	2018	Kort anslagstid og kort halveringstid. Et parenteralt alternativ kan være midazolam
Nasjonal anbefaling for utredning og behandling av kronisk insomni hos voksne	Anbefaling fra Helse Bergen	2025	

TABELL 2. Normerende dokumenter fra Helsedirektoratet som omtaler BZRA. I tillegg nevnes BZRA så vidt i tre ulike handlingsprogrammer for kreft.

TITTEL	TYPE	OPPDATERT	PREPARATVALG
Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler.	Vejledning	2024	
Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser	Vejledning	2024	
Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser	Vejledning	2019	Benzodiazepin med kort halveringstid
Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin	Vejledning	2017	Klonazepam eller klordiazepoxid
Retningslinje for behandling af benzodiazepin-forgiftning og -abstinenser	Retningslinje	2020	
Behandling af angstlidelser hos voksne	NKR	2021	«der er restriktioner og kørselsforbud for de fleste præparater bortset fra oxazepam 30 mg»
Forebyggelse og behandling af organisk delirium	NKR	2020	
Udredning og behandling af epilepsi hos børn og unge	NKR	2015	Buccal midazolam fremfor rektal diazepam
Mennesker med demens med adfærdsmæssige og psykiske symptomer – Strukturerede og målrettede interventioner samt brug af antipsykotika	NKA	2025	Lorazepam
Brug af beroligende lægemidler til kortvarig symptomlindring af nyopståede angst- og urosymptomer hos voksne	NKA	2023	Oxazepam
Forebyggelse af fald	NKA	2018	
Klinisk vejledning i palliation	Vejledning fra DSAM	2024	Oxazepam, lorazepam eller midazolam
FAQta-ark om PTSD	Vejledning fra DSAM	2023	

TABELL 3. Veiledninger, nationale kliniske rekomendationer (NKR) og nationale kliniske anbefalinger (NKA) fra Sundhedsstyrelsen som omhandler bruk av BZRA.

- Epilepsi, spasmer
- Abstinensreaksjoner ved behandling av avhengighet og forgiftninger

Den danske veilederen (13) nevner følgende tilstander:

- Søvnløshet
- Akut situasjonsbetinget angst (fx flyskræk, tandlægeskræk) eller som beroligende medicin i forbindelse med operasjon eller mindre kirurgiske indgreb

- Øvrige angsttilstande
- Afrusning
- Forskellige somatiske tilstande, herunder krampeanfald eller forgiftninger
- Epilepsi og muskelspasmer (fx hemiplegisk spasticitet)

Søvnvansker

Helsedirektoratet har ikke utarbeidet retningslinjer om søvnvansker, men viser til anbefalingene fra Nasjonal kompetansetjeneste for søvn sykdommer (18). Disse ble oppdatert i mars 2025. *Nasjonal faglig retningslinje om demens* (19) inneholder en egen sterk anbefaling om at personer med demens ikke bør tilbys BZRA mot søvnvan-

sket. Den danske veilederen (13) angir at søvnløshet kun skal behandles med BZRA dersom annen form for behandling eller tiltak ikke har virket, og pasienten er alvorlig belastet av søvnløsheten.

Tannlegeskrekk og annen situasjonsbetinget angst og uro

Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år (20) inneholder en sterk anbefaling om at tannleger bør tilby sedasjon med midazolam eller diazepam til barn og unge med behov for tannbehandling som ikke mestrer dette til tross for psykologisk tilvenning og skånsom bruk av lokalanestesi og smertelindring. I den danske veilederen nevnes tannlegeskrekk som et eksempel på akutt situasjonsbetinget angst som kan behandles med BZRA, men det står samtidig at «Ordination af afhængighedsskabende lægemidler i privat og kommunal tandlægepraksis bør være en undtagelse» (13).

I 2023 publiserte Sundhedsstyrelsen en nasjonal klinisk anbefaling om *Brug af beroligende lægemidler til kortvarig symptomlindring af nyopståede angst- og urosymptomer hos voksne* (21). Her understrekes det at non-farmakologisk behandling alltid skal overveies først, men dersom legemidler skal brukes, bør benzodiazepiner foretrekkes framfor pregabalin eller quetiapin. Oksazepam anbefales som førstevalgspreparat.

Psykiske lidelser

I januar 2025 kom *Nasjonal faglig retningslinje for legemiddelbehandling av psykoselidelser* (22). Her står det at benzodiazepiner kan tilbys pasienter med sterk angst, uro og søvnvansker i akuttfasen av en psykose. Behandlingen bør foregå i maksimalt fire uker og i samvalg med pasienten. Før utskrivelse fra døgnavdeling skal avslutning av BZRA vurderes, og det skal utarbeides en plan hvor det skal fremgå hvem som har ansvar for oppfølgingen, nedtrapping og avslutning av behandlingen.

I Danmark åpner *Nasjonal klinisk retningslinje for Behandling af angstlidelser hos voksne* (23) for at langvarig behandling med benzodiazepiner kan overveies ved behandlingsrefraktære angsttilstander, det vil si «svært forpinte pasienter, hvor andre behandlingsmuligheder er udtømte». *FAQta-ark om PTSD* (24), som er utarbeidet av Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) påpeker at det ikke er evidens for bruken av benzodiazepiner.

Lindrende behandling i livets slutfase

Et av de norske *Nasjonale rådene om lindrende behandling i livets slutfase* (25) lyder: «Ved angst og uro i livets slutfase kan et benzodiazepin vurderes». Spesifikt anbefales det legemidler med kort anslagstid og kort halveringstid. Rådene viser til *Norsk legemiddelhåndbok* (26), der midazolam er angitt som et av de fire viktigste legemidlene

for lindring i livets slutfase. Lindrende bruk av benzodiazepiner omtales så vidt i tre ulike nasjonale handlingsprogrammer for kreft.

I 2024 laget DSAM *Klinisk vejledning i palliation* (27). Her står det at benzodiazepiner (oxazepam, lorazepam eller midazolam) kan vurderes som et supplement til annen behandling ved agitert delirium eller ved svær dyspne, hvor angst er en komponent.

Krav om fysisk konsultasjon for resept

Den norske veilederen (12) angir at pasienten bør være fysisk til stede ved ordinerings av vanedannende legemidler, og at dette er spesielt viktig når tilstanden har antatt lang varighet. Dersom pasienten ikke vil møte personlig til konsultasjon, skal legen vise særskilt aktsomhet. Ifølge den danske veilederen skal oppstart og reseptfornyelse foregå ved personlig fremmøte eller hjemmebesøk, og ikke ved telefon- eller elektronisk konsultasjon. Grunnen til dette angis å være at indikasjonen skal revurderes hver gang. Det kan gjøres unntak fra kravet om fysisk møte mellom lege og pasient dersom pasienten er i et stabilt behandlingsforløp og det foreligger en detaljert behandlingsplan.

Kombinasjoner av ulike legemidler

Tre steder i den norske veilederen (12) nevnes det at vanedannende legemidler ikke bør kombineres med hverandre, og at ulike BZRA har samme virkningsmekanisme. Kombinasjonsbruk av opioider og BZRA nevnes som en situasjon med forhøyet risiko for overdose der legen bør vurdere forskrivning av nalokson. Den danske veilederen (13) påpeker at risikoene som er forbundet med vanedannende legemidler øker når flere ulike preparater kombineres. Spesifikt frarådes det å kombinere BZRA og antipsykotiske legemidler. Kombinasjonsbruk er et moment som virker inn på helsekravene til førerkort i begge land (28, 29).

Eldre og personer med demens

Om eldre pasienter sier den norske veilederen (12) at legen skal vurdere indikasjon for vanedannende legemidler nøye hos personer over 65 år. *Nasjonale faglige råd om psykiske lidelser hos eldre* (30) inneholder et råd om å unngå benzodiazepiner ved angstsymptomer som varer over flere uker. Den danske veilederen pålegger legene å utvise særlig oppmerksomhet og tilbakeholdenhet ved forskrivning til eldre, og langtidsbehandling (mer enn to uker) av eldre med BZRA «bør prinsipielt ikke findeste» (13).

I *Nasjonal faglig retningslinje om demens* (19) finnes en sterk anbefaling om at personer med demens ikke bør tilbys BZRA mot søvnvansker. Benzodiazepiner nevnes på en liste over legemidler som det ikke er vitenskapelig grunnlag for å tilby ved psykotiske symptomer, aggresjon og/eller agitasjon ved demens. Ifølge den danske veilederen (13) skal BZRA «sædvanligvis ikke ordineres til pasienter med demens». I 2025 kom en egen nasjonal klinisk anbefaling om *Mennesker med demens med adferdsmæssige og psykiske symptomer* (31). Her anbefales antipsykotika fremfor benzodiazepiner, men kun hvis pasienten er «til fare for sig selv eller andre, eller er svært psykisk forpint».

Både Norge og Danmark har nasjonale anbefalinger om forebygging av fall hos eldre. I den danske retningslinjen (32) er seponering av benzodiazepiner tatt med som en egen sterk anbefaling. De norske rådene (33) nevner legemiddelgjennomgang som et av ti mulige tiltak som kan komme i tillegg til styrke- og balansetrening.

Barn og unge

Den norske veilederen (12) anbefaler generell tilbakeholdenhet ved ordinerings av vanedannende legemidler til barn og unge. Oppstart og oppfølging bør skje i spesialisthelsetjenesten. Som unntak fra dette nevnes akuttbehandling av kramper med benzodiazepiner. Den danske *Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser* (34) nevner at BZRA kan være indisert helt unntaksvis, og kun etter en nøye spesialistvurdering. Dette gjelder barn og unge med alvorlig angst eller akutt agitasjon som ledd i psykotiske tilstander. Barn og unge med tvangslidelse og angsttilstander skal ikke behandles med BZRA.

Abstinensbehandling og avrusning

Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler (35) inneholder detaljerte anbefalinger om medikamentell forebygging og behandling av abstinenssymptomer ved avrusning fra alkohol og benzodiazepiner.

Ved alkoholavrusning anbefales krampeprofylakse til pasienter som tidligere har hatt krampeanfalle eller alvorlige abstinensreaksjoner, og dersom pasienten har drukket mye alkohol i mer enn én uke. Diazepam, oksazepam og valproinsyre nevnes som likeverdige alternativer. Av disse bør benzodiazepiner foretrekkes til gravide, og oksazepam ved leversvikt. Skjemaet *Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale (CIWA-AR)* anbefales for å følge alkoholavrusningens for-



ILLUSTRASJON: GETTY IMAGES / ALONA HORKOVA

løp på institusjon, og ved CIWA-score over 10 anbefales behandling med diazepam. De danske kliniske retningslinjene for behandling av alkoholavhengighet (36) og samtidig psykisk lidelse (37) nevner ingen spesifikk medikamentell behandling av alkoholabstinens. *Retningslinje for behandling af benzodiazepin-forgiftning og abstinenser* (38) angir at «I behandlingen for alkoholabstinenser er benzodiazepiner førstevalgssprøparat».

Om avhengighet av benzodiazepiner står det i den norske retningslinjen (35) at den hovedsakelig gjelder for pasienter som bruker en kombinasjon av ulike rusmidler. Anbefalt varighet på nedtrapping av benzodiazepiner er mellom én og seks måneder, avhengig av hvor lenge pasienten har vært avhengig, omfanget av bruken, og om pasienten behandles poliklinisk eller på institusjon. Raske nedtrappingsregimer angis å vare fra fem til ti dager hos inneliggende pasienter. Oksazepam anbefales som førstevalg ved nedtrapping av benzo-

diazepiner, men diazepam kan også benyttes. Anbefalt ukentlig dosereduksjon er omkring 10–20 prosent av opprinnelig dose. Hvis pasienten skal videre til en behandlingsinstitusjon etter avrusningen, bør nedtrappingen med benzodiazepiner gjøres før behandling i institusjon. Den danske *Retningslinje for behandling af benzodiazepin-forgiftning og abstinenser* (38) inneholder ingen konkrete anbefalinger for medikamentell behandling av abstinenser, men viser til at man bør benytte avdelingens lokale instruks. Ved illegalt forbruk av benzodiazepiner anbefales omlegging til en langsom nedtrapping av klonazepam (Rivotril), eller klordiazepoksid (Klopoxid, Risolid). Etter seponering av andre benzodiazepiner anbefales oppstart med ekvivalent av disse legemidlene i en uke, deretter skisseres en langsom nedtrapping over totalt tretten uker. Ved behov for langsommere nedtrapping anbefales ti prosent reduksjon per dosetrinn eller økt intervall mellom trinnene.

Substitusjonsbehandling med opioider

I Norge er Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet et nasjonalt tilbud i spesialisthelsetjenesten (39). Tilbudet krever henvisning, som regel fra fastlegen. Helsedirektoratet utarbeidet LAR-retningslinjen i 2010 (40). Denne inneholder en sterk anbefaling om nedtrapping for pasienter som er avhengige av benzodiazepiner. Da veilederen ble revidert i 2022, kom det inn et unntak for pasienter som har vært avhengige av benzodiazepiner i mange år. Her åpnes det for vedlikeholdsbehandling med mål om å redusere risiko forbundet med bruk av illegale benzodiazepiner og øke pasientens livskvalitet og funksjonsnivå. Beslutning om slik vedlikeholdsbehandling skal tas av lege i spesialisthelsetjenesten. Oppfølgingen, inkludert rekvirering av benzodiazepiner, kan overlates til allmennlege etter avtale. Det finnes en egen retningslinje for gravide i LAR (41). Denne nevner ikke BZRA spesielt, men ved vurdering av vedlikeholds-

behandling med benzodiazepiner skal det kartlegges om pasienten er gravid (40).

I Danmark er det kommunene som har ansvar for behandling av rusmiddelavhengighet. Personer som ønsker stoffmisbruksbehandling, har rett på en legesamtale og et behandlingstilbud uten henvisning. Sundhedsstyrelsen har utarbeidet en veileder til leger (42). Her står det at

«Ordination af benzodiazepiner bør prinsipielt ikke finde sted hos stofafhængige på grund af afhængighedspotentialitet og den negative påvirkning af de kognitive funktioner, som svækker udbyttet af den psykosociale behandling»

og at

«Benzodiazepiner bør helt undgås i behandlingen af søvnproblemer hos stofafhængige. Alternativt kan vælges højdosis antipsykotikum til natten, eventuelt benzodiazepin-analog af cyclopyrrolon-gruppen (zopiclone, zaleplon) i 1–2 uger».

Hvis det foreligger en avhengighetstilstand, kan stabiliserende abstinensforebyggende

behandling med et langtidsvirkende benzodiazepin overveies. I slike tilfeller skal pasienten være innforstått med at behandlingen etter en stabiliseringsfase skal etterfølges av et individuelt tilrettelagt nedtrapingsforløp.

Helsekrav til førerkort

De norske helsekravene til førerkort til er definert i et vedlegg til *førerkortforskriften* og Helsedirektoratet har laget en utdypende veileder (28). Helsekravene inneholder maksimalgrenser for dosering av de ulike BRZA på det norske markedet (SE TABELL 1). For førerkortgruppe 2 og 3 (lastebil og buss) er kravene strengere: Kun sporadisk bruk av sovemidler godtas, dette er definert som maksimalt fem døgn per måned.

I Danmark er helsekravene beskrevet i *Kørekortbekendtgørelsen*, og Styrelsen for Patientsikkerhet utarbeider en veiledning til denne (29). Her står det at benzodiazepiner og beslektede legemidler «udgør en betydelig trafikksikkerhedsmæssig risiko, og effek-

ten kan ofte sidestilles med promillekørsel». I de danske reglene er halveringstiden sentral: Bruk av benzodiazepiner med lang halveringstid (> 10 timer) er i hovedsak ikke forenlig med bilkjøring. Hvor lenge pasienten må vente med å kjøre bil etter bruk avhenger av halveringstiden til det aktuelle preparatet. Veilederen angir at utgangspunktet bør være minst 24 timer for de langtidsvirkende og åtte timer for korttidsvirkende.

Ved bruk av flere legemidler skjerpes kravene. I de norske reglene blir maksimal tillatt døgndose redusert med 50 prosent ved bruk av to preparater på listen over legemidler som kan påvirke kjøreevnen. Ved bruk av tre eller flere av disse legemidlene er helsekravene ikke oppfylt, og pasienter i LAR kan ikke kjøre bil dersom de bruker benzodiazepiner. I Danmark vil samtidig bruk av sterk smertestillende medisin gjøre at kun sovemidler med en halveringstid på under fem timer kan brukes.

Helsekravene gjør at nitrazepam-bruk

TABELL 4. Føringer for substitusjonsbehandling ved opioidavhengighet i Norge og Danmark, og samtidig forskrivning av benzodiazepiner.

	NORGE	DANMARK
Ansvarlig nivå	Regionale helseforetak, tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) i samarbeid med kommunene	Kommunene
Tilgjengelighet	Krever henvisning fra lege	Lavterskel
Føringer	• Lov om spesialisthelsetjenester • Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR) • Nasjonal faglig retningslinje	• Sundhedsloven § 142 • Veiledning til læger, der behandler opioid-afhængige patienter med substitutionsmedicin
Forskrivning av substitusjonslegemiddel (opioid)	Må startes av lege i TSB, kan overføres til fastlege	Kun leger med spesiell ordinasjonsrett
Hovedanbefaling om BZRA	«Ved avhengighet til benzodiazepiner hos pasienter i LAR anbefales psykososial behandling og nedtrapping av benzodiazepiner.»	«Ordination af benzodiazepiner bør prinsipielt ikke finde sted hos stofafhængige» «Benzodiazepiner bør helt undgås i behandlingen af søvnproblemer hos stofafhængige. Alternativt kan vælges højdosis antipsykotikum til natten, eventuelt benzodiazepin-analog af cyclopyrrolon gruppen i 1–2 uger»
Unntak ved avhengighet	Unntaksvis vedlikeholdsbehandling med stabil daglig dose av et benzodiazepin uten plan om nedtrapping.	Stabiliserende abstinensforebyggende behandling kan overveies. Pasienten skal være innforstått med, at behandlingen etter en stabiliseringsfase etterfølges av et individuelt tilrettelagt nedtrapingsforløp
Forskrivning av benzodiazepiner ved nedtrapping eller unntaksvis stabilisering	Kan overlates til allmennlege etter avtale	Lege ansatt på misbruksenter. Henstilling på felles medisinkort om at andre leger ikke bør skrive ut benzodiazepiner
Annen omtale av benzodiazepiner	• Krav om urinprøver • Hyppigere av inntak av substitusjonslegemiddel under påsyn • Ved opptrapping eller skifte av substitusjonslegemiddel, vurderes behandling med en stabiliserende dose benzodiazepin	
Kontraindikasjoner	• Kvinner i LAR som er gravide eller ammer tilbys ikke vedlikeholdsbehandling med benzodiazepiner • Kontraindikasjon for bruk av peroral morfin med 24 timers virkningstid som substitusjonslegemiddel	

ikke er forenlig med bilkjøring i Danmark, mens det i Norge er tillatt å kjøre bil åtte timer etter inntak av opp til 10 mg. Dette til tross for at anbefalt dosering ved søvnvansker er 2,5–5 mg i Legemiddelhåndboka og nitrazepam kun selges i tabletter på 5 mg. Pasienter som bruker benzodiazepiner mot angst kan ikke kjøre bil i Danmark, mens dette er lov i Norge dersom oksazepam eller diazepam brukes i stabil dose. I Danmark har fast behandling med klonazepam mot epilepsi i høye doser vært tillatt, mens i Norge er helsekravene ikke oppfylt ved bruk av klonazepam.

Preparatvalg og praktisk forskrivning

I de norske anbefalingene er diazepam eller oksazepam dominerende (20,35,40). I Danmark anbefales langtidsvirkende benzodiazepiner som førstevalg i behandling av abstinenser, spesifikt klordiazepoxid og klonazepam (38). I Norge ble klordiazepoxid (Librium) avregistrert i 1992, og klonazepam (Rivotril) brukes i liten grad (2).

Begge de nasjonale veilederne nevner at legevaksleger bør skrive ut minste mulige mengde av vanedannende legemidler. I den norske veilederen står det om BZRA at lege ikke bør skrive resept på mer enn minstepakning, mens den danske veilederen nevner at tannleger kun bør skrive ut minstepakninger. Begge veilederne nevner at vanedannende legemidler ikke bør i multidose, med mindre det er snakk om kontrollert og kortvarig nedtrapping. Den danske veilederen har et unntak for BZRA i multidose ved behandling av epilepsi.

Diskusjon

Norge og Danmark har mye til felles når det gjelder offisielle føringer for bruk av BZRA. Det er også noen tydelige forskjeller, som til en viss grad speiler ulikheter i samfunnet og helsevesenet.

I den norske helselovgivningen er *forsvarlighetskravet* sentralt. Helsepersonellovens § 4 krever at helsepersonell skal utøve faglig forsvarlig arbeid og gi omsorgsfull hjelp (43). Fastlegeforskriften inneholder en egen plikt for fastlegene til å drive sin virksomhet i tråd med oppdatert kunnskap og nasjonale faglige retningslinjer (44). Det er Helsedirektoratet som har lovfestet ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere for kommunehelsetjenesten (45) og spesialisthelsetjenesten (46). Nasjonale retningslinjer er ikke rettslig bindende, men beskriver nasjonale helsemyndigheters oppfatning av hva som er god faglig praksis, hvordan relevant regelverk skal

tolkes og hvilke prioriteringer som er i samsvar med vedtatt politikk for helse- og omsorgstjenesten (46).

I Danmark har helsepersonell etter Autorisationsloven § 17 plikt til å utvise *omhu* og *samvittighetsfullhet* i utøvelsen av sin virksomhet, og ordinasjon av legemidler er spesielt nevnt (7). Sundhedsloven inneholder et krav til allmennpraktiserende leger om å utøve sin virksomhet i overensstemmelse med nasjonale faglige retningslinjer. Sundhedsstyrelsen utarbeider anbefalinger på vegne av Sundheds- og Ældreministeriet, som har det overordnede ansvaret for helsetjenestene.

Mens det i Norge er kommunene som har ansvar for fastlegeordningen, har regionene ansvar for allmennlegetjenesten i Danmark. De danske regionene har egne legemiddelenheter som blant annet skal overvåke legemiddelbruk i regionen og drive informasjonsarbeid på legemiddelområdet (7). I flere regioner har det vært jobbet målrettet for å redusere bruken av benzodiazepiner (47). I Norge finnes *regionale legemiddelinformasjonsentre* (RELIS), men deres rolle og mandat er ulikt fra de danske regionale legemiddelenhetene. Fra 2015 har norske RELIS drevet kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter (KUPP) der fastleger får gratis undervisningsbesøk i sin praksis. Ingen av deres sju kampanjer har handlet om benzodiazepiner (48). Vi foreslår derfor dette som tema for en fremtidig kampanje.

Fast behandling med benzodiazepiner?

Av hva? I allmennpraksis?

Langtidsbruk av BZRA er ikke et uvanlig fenomen (2, 3, 49). De norske retningslinjene (12, 40) er tydelige på at lege skal vurdere avslutning av behandling med BZRA ved langvarig bruk (mer enn fire uker), eller dersom pasienten har utviklet avhengighet. Ved tegn på iatrogen avhengighetssyndrom bør fastlege ha lav terskel for å rådføre seg med spesialisthelsetjenesten. Ifølge den danske veilederen (13) skal legen regelmessig revurdere indikasjonen og motivere pasienten til dosereduksjon eller nedtrapping dersom behandling med BZRA har vart i mer enn fire uker. Hvis det er tvil om det fortsatt er indikasjon for behandlingen eller om muligheten for å gjennomføre nedtrapping, skal legen konferere med en relevant spesialist eller henvise pasienten.

Angstbehandling med BZRA fast over lengre tid er noe det åpnes for i de danske retningslinjene (13,23), men dette er tydelig definert som en oppgave for lege ansatt i psykiatrien, eller lege med særlig psykia-

trisk kompetanse. En annen lege kan overta ansvaret for slik behandling dersom pasienten forventes å kunne følges opp av denne legen, og det foreligger en klar plan i epikrise. *De norske Kliniske retningslinjer for utredning og behandling av angstlidelser* (50) ble utgitt av Statens helsetilsyn i 1999, og denne er merket med «begrenset gyldighet» på nettsidene til Helsebiblioteket. Ved angst hos eldre finnes et offisielt råd om at BZRA bør unngås ved angstsymptomer som varer over flere uker (30).

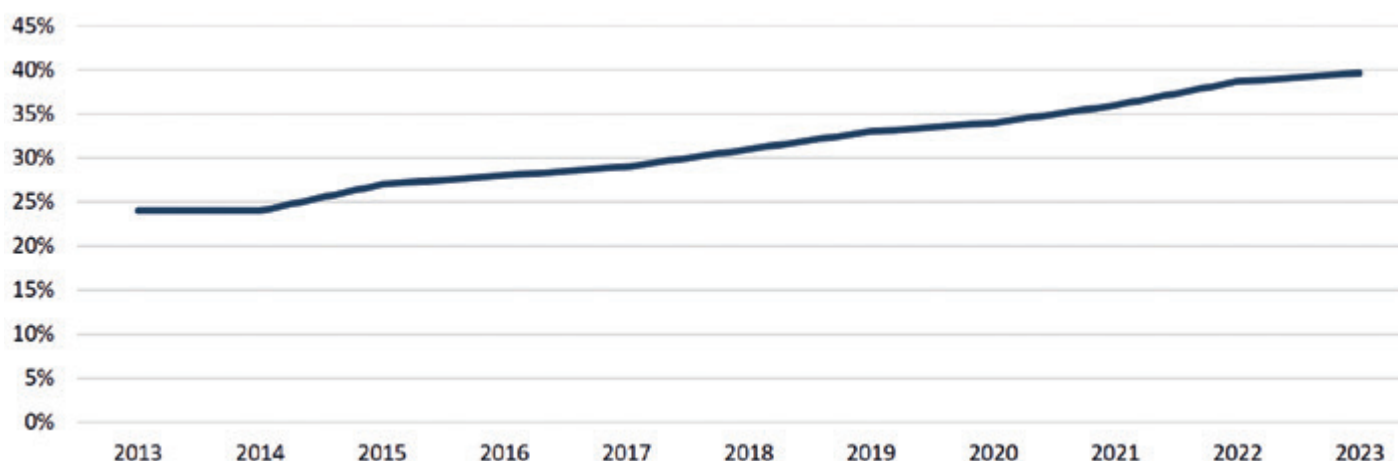
Etter den siste oppdateringen av *Nasjonal anbefaling for utredning og behandling av kronisk insomni hos voksne* (18) åpnes det for at langtidsbruk av BZRA som behandling av søvnvansker kan være aktuelt i noen tilfeller etter en individuell vurdering.

Ved avhengighet av BZRA presiserer de danske veilederne at en periode med stabiliserende abstinensforebyggende behandling alltid skal etterfølges av en plan for nedtrapping (38, 42). I Norge åpnes det for vedlikeholdsbehandling uten plan om nedtrapping, men kun for pasienter i LAR (40).

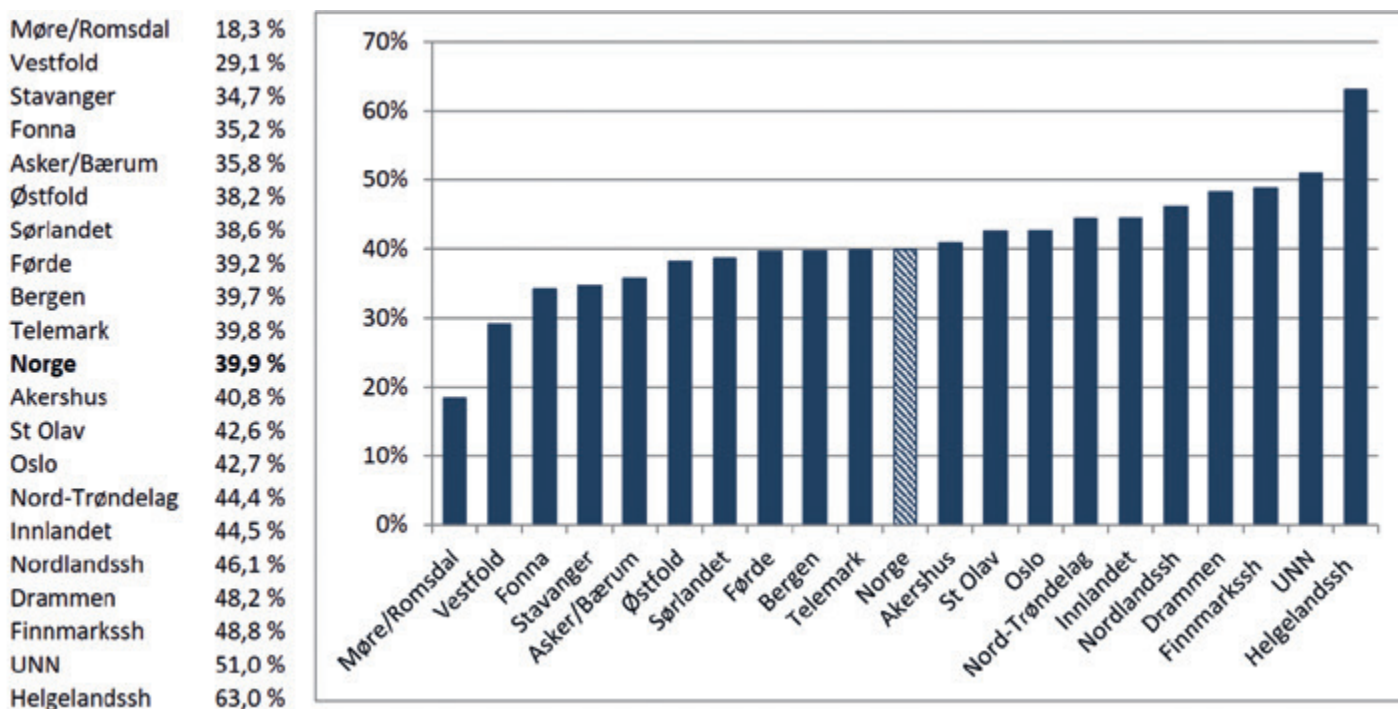
Kombinasjonsbruk av vanedannende legemidler

Det er ikke uvanlig at ulike BZRA brukes i kombinasjon med hverandre (2), eller sammen med andre vanedannende legemidler som opioider (3, 51). En norsk kartlegging viste at så mye som en tredjedel av vedvarende opioidbrukere (utenom LAR) også får resept på BZRA (52). De første årene ble den norske LAR-ordningen omtalt som «høyterskel», blant annet fordi det var restriksjoner på samtidig bruk av BZRA (39). Illegal bruk av BZRA er vanlig blant disse pasientene, og forskrivning har vært tema for debatt i fagmiljøene og i *Tidsskrift for Den norske legeforsking* (53). For tiden pågår en randomisert studie i Norge som skal undersøke om forskrivning av benzodiazepiner til pasienter i LAR kan redusere illegal bruk (54). Nesten halvparten av pasientene i LAR får forskrevet BZRA, og denne andelen begynte å øke før unntaket kom inn i veilederen i 2022 (39). Det er svært stor regional variasjon i slik forskrivning til LAR-pasienter, det samme gjelder for brukerrapportert bruk av BZRA til rusformål.

Allmennlegenes rolle er tydelig presisert i de danske veilederne, spesielt når pasienten får substitusjonsbehandling med opioider. I Norge kan fastleger skrive ut både opioider og BZRA til pasienter i LAR, mens det i Danmark kun er leger med særlig ordinasjonsrett som kan skrive ut substitusjonslegemidler. Den danske veilederen (42)



FIGUR 3. Andel pasienter i LAR med tilleggsforskrivning av benzodiazepiner (2013–23), fra rapporten «Tjuefem år med legemiddelassistert rehabilitering (LAR)» SERAF 2023 (39).



FIGUR 4. Andel pasienter i LAR med tilleggsforskrivning av benzodiazepiner 2023, fra rapporten «Tjuefem år med legemiddelassistert rehabilitering (LAR)» SERAF 2023 (39).

er klar på at eventuell behandling med BZRA i størst mulig grad skal ivaretas av legen som har ansvar for rusbehandlingen, og denne legen anbefales å legge inn en henstilling på Fælles medicinkort (FMK) om at andre leger ikke bør skrive ut benzodiazepiner. Allmennlegenes rolle beskrives i et eget avsnitt, hvor det understrekes at de kan spille en betydelig rolle i å forebygge overdoser og dødsfall. Her vises det til at en stor andel av pasienter som døde av overdose hadde hatt kontakt med en allmennlege og fått en benzodiazepinresept i året før overdosen. Det kan godt tenkes at

slike tydelige definerte forventninger til allmennlegene og deres rolle kan gjøre det enklere å forholde seg til disse pasientgruppene i allmennpraksis.

Legemiddelgjennomgang og lister over uhensiktsmessige legemidler

Norske fastleger har en forskriftsfestet plikt til å gjennomføre legemiddelgjennomgang når dette anses nødvendig ut fra en medisinsk vurdering (44), og norske sykehjem skal sørge for en systematisk legemiddelgjennomgang ved innkomst og minst en gang årlig (55). I *Nasjonale faglige*

råd for legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang (56) nevnes langvarig bruk av vanedannende legemidler som en situasjon der legemiddelgjennomgang er særlig viktig. Rådene nevner flere ulike verktøy og fire lister som kan brukes for hjelp til avmedisinering ved legemiddelgjennomgang.

Danske leger har ingen slik eksplisitt plikt til legemiddelgjennomganger. Brosjyren *Medicinen i praksis* (57) ble distribuert til alle landets allmennleger i 2019. Her finnes ingen egne lister, men det vises til *Seponeringslisten* (58). Denne ble ut-

gitt første gang i 2015 og har siden blitt oppdatert årlig, i et samarbeid mellom en rekke ulike aktører og i tråd med gjeldende nasjonale føringer.

Oppmerksomhet og opplæring

Benzodiazepiner fikk mye oppmerksomhet i danske medier på starten av 2000-tallet (59). I 2003 satte daværende helseminister Lars Løkke Rasmussen et mål om at bruken av BZRA skulle reduseres innen to år og en rekke tiltak ble iverksatt (7). Helsekravene til førerkort ble endret i 2008, og samtidig kjørte *Institut for Rationel Farmakoterapi* en omfattende kampanje rettet mot leger, hjelpepersonell og den generelle befolkningen (47). I en artikkel i *Ugeskrift for Læger* fra 2009 står det at endringen i helsekravene ble meget godt mottatt av de fleste allmennleger, fordi det ble tydelig at pasientene måtte velge om de skulle fortsette med benzodiazepiner eller fortsette å kjøre bil (60). Både før og etter regelendringene var det jevnlig artikler om BZRA i månedsbladet *Rationel Farmakoterapi*, som ble distribuert til alle allmennpraktiserende leger (61).

Den danske riksrevisjonen påpekte i 2019 at det var variasjon i regionenes innsats, og at det var vanskelig for legene å finne oppdaterte legemiddelanbefalinger (7). Tilsvarende har den norske Riksrevisjonen tidligere påpekt at Helsedirektoratet arbeidet for lite systematisk med å implementere retningslinjer og veiledere (62). I 2017 etterlyste Norsk forening for allmennmedisin (NFA) bedre informasjon om vanedannende legemidler fra sentrale myndigheter (63).

Legenes holdninger til retningslinjer

Forskrivning av vanedannende legemidler i allmennpraksis er en kompleks prosess, og en rekke ikke-medisinske og relasjonelle forhold spiller inn (1). I en intervjustudie fra 2024 kom det fram at norske allmennleger er klar over at de forskriver vanedannende sovemidler til eldre i strid med retningslinjene (64). En kvalitativ studie fra 2015 trekker fram at allmennlegene kan oppleve retningslinjer som nyttige, og ha en positiv holdning til dem, til tross for at de ikke følger dem (10). Holdninger til retningslinjer blant allmennleger i Norge og Danmark ble sammenlignet i en studie fra 2010 (9). Forskerne fant da at de danske legene i større grad oppfattet det som sin rolle å forklare og støtte myndighetenes retningslinjer og prioriteringer, mens det i Norge var vanligere at allmennlegene så på seg selv som allierte med pasientene i en motstand mot myndighetenes forsøk på kontroll og innskrenkninger.

Benzodiazepiner har fortsatt en plass

En artikkel i *Ugeskrift for Læger* fra 2017 har tittelen «Benzodiazepiner har fortsatt en plass i moderne psykiatrisk behandling» (65). Her peker forfatterne på den relativt lave bruken i Danmark og går gjennom situasjoner der BZRA kan regnes som trygg og effektiv behandling. Forfatterne skriver at ikke alle pasienter opplever toleranse for effekten, og at enkelte pasienter etter nøye overveielser kan ha nytte av langtidsbehandling.

Sundhedsstyrelsen skrev i 2023 at de opplevde at det var stor usikkerhet om hvilken legemiddelbehandling som er best til behandling av voksne pasienter med tilpasing- og belastningsreaksjoner, og at dette var bakgrunnen for at de utarbeidet en nasjonal klinisk anbefaling (66). I anbefalingen trekkes benzodiazepiner fram som førstevalg dersom medikamentell behandling er aktuelt. Det advares også mot bruk av antipsykotika og pregabalin utenfor godkjent indikasjon (21). Norge har ingen oppdaterte retningslinjer for medikamentell behandling av angst, mens Danmark har flere anbefalinger om behandling av angst- og urosymptomer hos ulike pasientgrupper (21, 31, 50).

Pasienter med avhengighet kan være sårbare i møte med helsetjenesten. I forbindelse med årets lansering av nye retningslinjer for nedtrapping av benzodiazepiner påpeker *The American Society of Addiction Medicine (ASAM)* at de ønsker å ta lærdom av det som skjedde i 2016, da retningslinjene for forskrivning av opioider ble strammet inn, og mange pasienter opplevde negative følger av at forskrivningen ble avsluttet brått (67). Den norske veilederen (12) nevner viktigheten av at pasienten «ikke opplever seg mistenkeliggjort og avvist, men blir møtt med forståelse for at problemer med legemiddelbruk kan dreie seg om avhengighetsyndrom som er utløst av langvarig bruk av vanedannende legemidler». Retningslinjen for avrusning (35) anbefaler stabilisering under innleggelse i somatisk eller psykiatrisk avdeling for pasienter med rusmiddelavhengighet, slik at sykdommen eller skaden kan behandles forsvarlig, og dette innebærer forskrivning av benzodiazepiner under oppholdet.

Forskrivning utenom retningslinjer

Mangel på nasjonale føringer kan føre til uønsket variasjon i praksis. For eksempel er det ingen klare føringer for behandling av alkoholabstinens i Danmark, og bruk av barbiturater har vært utbredt, til tross for faglig konsensus om at benzodiazepiner er tryggere valg (68). I Norge er det påvist va-

riasjon i lokale prosedyrer for prehospital behandling av status epilepticus, og etterlyst nasjonale føringer (69).

Imidlertid kan det være stor variasjon i praksis også der det finnes tydelige og detaljerte nasjonale føringer, som for eksempel ved forskrivning av BZRA til pasienter i LAR (39). Ved Universitetssykehuset i Nord-Norge har avrusningsenheten laget en egen lokal prosedyre for dosering av benzodiazepiner ved alkoholabstinens som de har publisert i *Tidsskrift for Den norske legeförening* (70).

Forskrivning i strid med retningslinjene er utbredt i Norge, for eksempel viste en studie fra 2018 at det er svært vanlig at eldre pasienter får resept på vanedannende legemidler uten å være i direkte kontakt med legen (51). I en slik situasjon kan det være rimelig å spørre hva som egentlig er poenget med retningslinjer, og tenke at man enten burde tilpasse retningslinjene eller iverksette tiltak for å bedre implementeringen av dem (49). Den norske veilederen (12) anerkjenner at leger ordinerer vanedannende legemidler på annen måte enn det som har vært anbefalt, men påpeker at det er et krav at nedtrapping vurderes som del av oppfølgingen ved langvarig bruk av BZRA, og viser eksplisitt til helsepersonellovens § 4 om forsvarlighet. Veilederen viser til de nasjonale prinsippene for utprøvende behandling (71), og understreker at behandling utenfor godkjent indikasjon (off-label) skjerper kravene til legens vurdering, oppfølging og dokumentasjon. Dersom prinsippene for utprøvende behandling skal følges fullt ut, har dette flere andre konsekvenser, blant annet at pasienten ikke skal betale for behandlingen. Utprøvende behandling er heller ikke noe pasientene har krav på.

Oppsummering

I både Norge og Danmark finnes det mange retningslinjer og anbefalinger fra myndighetene som omtaler forskrivning av BZRA. Hovedanbefalingene er ganske like, men det er noen forskjeller i preparatvalg mellom landene. Forskrivning til eldre og personer med demens frarådes, tydeligst i Danmark. Allmennlegens rolle er tydeligere definert i de danske retningslinjene, spesielt ved langvarig forskrivning, og for pasienter i substitusjonsbehandling med opioider.

Helsekravene til førerkort har noen tydelige forskjeller. Selv om den danske Riksrevisjonen har påpekt at det ikke er gjort nok for å sørge for at legemiddelanbefalinger

blir implementert i allmennpraksis (7), har det vært satset mer på informasjon, opplæring og andre tiltak fra myndighetene i Danmark enn i Norge.

Forskrivning i strid med retningslinjene varierer, men det er et utbredt fenomen i Norge. BZRA har fremdeles en plass, både i psykiatrien og i allmennpraksis, og en nullvisjon for disse legemidlene er hverken ønskelig eller realistisk (64). Fast langtidsbruk er nok et fenomen som er kommet for å bli (49), men dette bør skje etter en grundig individuell vurdering av nytte og risiko, og hva som samlet sett er til det beste for pasienten. Norske myndigheter har lagt et stort ansvar på leger som velger å ikke følge retningslinjene, særlig ved forskrivning ut over fire uker.

Finansiering

Takk til Allmennmedisinsk Forskningsutvalg for finansiering av dette prosjektet!

REFERANSER

- Bjørner T. Benzodiazepine and minor opiate prescription in primary health care. Unipub AS;
- Svetlana Skurtveit, Solveig Sakshaug, Vidar Hjellvik, Christian Berg, Marte Handal. Bruk av vanedannende legemidler i Norge 2005–2013 [Internett]. Folkehelseinstituttet; [sitert 6. desember 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/publ/2014/bruk-av-vanedannende-legemidler-i-n/>.
- Højlund M, Gudmundsson LS, Andersen JH, Saastamoinen LK, Zoega H, Skurtveit SO, mfl. Use of benzodiazepines and benzodiazepine-related drugs in the Nordic countries between 2000 and 2020. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. januar 2023; 132(1): 60–70.
- Peppin J, Pergolizzi JV, Raffa RB, Wright SL, redaktører. The Benzodiazepines Crisis [Internett]. Oxford University Press; 2020 [sitert 11. oktober 2022]. Tilgjengelig på: <https://doi.org/10.1093/med/9780197517277.001.0001>.
- Lembke A, Papac J, Humphreys K. Our Other Prescription Drug Problem. *N Engl J Med*. 22. februar 2018; 378(8): 693–5.
- Nyman AAT, Bogstrand ST, Clausen T, Edvardsen HME. Toksikologiske funn ved overdoseselv mord 2016–21. *Tidsskr Den Nor Legeforening* [Internett]. 29. januar 2025 [sitert 19. februar 2025]; Tilgjengelig på: <https://tidsskriftet.no/2025/01/originalartikkel/toksikologiske-funn-ved-overdoseselv-mord-2016-21>.
- Lægemedelanbefalinger – Rigsrevisionens beretning afgivet til Folketinget med Statsrevisorerens bemærkninger. 2019.
- Nylenna M. Veileder, retningslinje, prosedyre. *Tidsskr Den Nor Legeforening* [Internett]. 22. januar 2018 [sitert 22. november 2022]; Tilgjengelig på: <https://tidsskriftet.no/2018/01/sprakspalten/veileder-retningslinje-prosedyre>.
- Carlsen B, Kjellberg PK. Guidelines; from foe to friend? Comparative interviews with GPs in Norway and Denmark. *BMC Health Serv Res*. 16. januar 2010; 10(1): 17.
- Austad B, Hetlevik I, Mjølstad B, Helvik A. General practitioners' experiences with multiple clinical guidelines: A qualitative study from Norway. *Qual Prim Care*. 1. januar 2015; 23: 70–7.
- Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. *BMJ*. 3. januar 2023; 380: e072953.
- Helsedirektoratet [Internett]. [sitert 15. april 2023]. Vanedannende legemidler -Nasjonal veileder. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler>.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler [Internett]. jun 19, 2019. Tilgjengelig på: <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2019/9523>.
- Nylenna M. Reseptalfabetet utvides. *Tidsskr Den Nor Legeforening* [Internett]. 1. oktober 2018 [sitert 7. desember 2023]; Tilgjengelig på: <https://tidsskriftet.no/2018/10/sprakspalten/reseptalfabetet-utvides>.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser [Internett]. sep 10, 2024. Tilgjengelig på: <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2024/9697>.
- Helsedirektoratet [Internett]. [sitert 9. oktober 2023]. Nasjonale anbefalinger, råd, pakkeforløp og pasientforløp. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/produkter>.
- Puljefinansierede NKR [Internett]. [sitert 28. mai 2025]. Tilgjengelig på: <http://www.sst.dk/da/Fagperson/Retningslinjer-og-procedurer/NKA-og-NKR/Puljefinansierede-NKR>.
- Bjorvatn B, Kallestad H, Hrubos-Strøm H, Abeler K, Sivertsen B, Age SW, mfl. Nasjonal anbefaling for utredning og behandling av kronisk insomni hos voksne. Søvsn. 2025.
- Helsedirektoratet [Internett]. [sitert 28. mai 2025]. Demens – Nasjonal faglig retningslinje. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>.
- Helsedirektoratet [Internett]. [sitert 29. mai 2025]. Tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år Nasjonal faglig retningslinje. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tannhelsetjenester-til-barn-og-unge-0-20-ar>.
- NKA: Brug af beroligende lægemidler til kortvarig symptomlindring af nyopståede angst- og urosymptomer hos voksne [Internett]. [sitert 14. mai 2025]. Tilgjengelig på: <http://www.sst.dk/da/udgivelser/2023/NKA-Brug-af-beroligende-laegemidler-til-kortvarig-symptomlindring>.
- Helsedirektoratet [Internett]. [sitert 28. mai 2025]. Psykoselidelser – legemiddelbehandling Nasjonal faglig retningslinje. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser-legemiddelbehandling>.
- NKR: Behandling af angstlidelser hos voksne [Internett]. [sitert 24. mars 2025]. Tilgjengelig på: <http://www.sst.dk/da/udgivelser/2021/NKR-behandling-af-angstlidelser-hos-voksne>.
- PTSD - DSAM vejledninger [Internett]. [sitert 29. mai 2025]. Tilgjengelig på: <https://www.dsam.dk/vejledninger/ptsd>.
- Helsedirektoratet [Internett]. [sitert 15. mai 2025]. Lindrende behandling i livets slutfase, Nasjonale faglige råd. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/legemiddelbehandling-av-angst-uro-og-delirium>.
- T21.2.2 Legemidler for lindring i livets slutfase I legemiddelhandboka [Internett]. [sitert 13. mai 2025]. Tilgjengelig på: https://www.legemiddelhandboka.no/T21.2.2/Palliativ_behandling#section_sub-3-1.
- dsam.dk [Internett]. 2025 [sitert 16. juni 2025]. Palliation Klinisk vejledning for almen praksis. Tilgjengelig på: <https://www.dsam.dk/vejledninger/palliation>.
- Helsedirektoratet [Internett]. [sitert 18. mai 2025]. Førerkortveileder. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/førerkortveileder>.
- Vejledning om helbreds krav til kørekort [Internett]. 2022 [sitert 18. mai 2025]. Tilgjengelig på: <https://stps.dk/Media/638267342456679812/Vejledning%20om%20helbreds-krav%20til%20k%C3%B8rekort.pdf>.
- Helsedirektoratet [Internett]. [sitert 24. mars 2025]. Psykiske lidelser hos eldre. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre>.
- NKA: Mennesker med demens med adfærdsmæssige og psykiske symptomer [Internett]. [sitert 14. august 2025]. Tilgjengelig på: <http://www.sst.dk/da/udgivelser/2025/NKA-mennesker-med-demens-med-adfaerdsmaessige-og-psykiske-symp-tomer>.
- Helsedirektoratet [Internett]. [sitert 24. mars 2025]. Fallforebygging hos eldre. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fallforebygging-hos-eldre>.
- NKR: Forebyggelse af fald [Internett]. [sitert 24. mars 2025]. Tilgjengelig på: <http://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/NKR-for-forebyggelse-af-fald>.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser [Internett]. jul 9, 2019. Tilgjengelig på: <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2019/9733>.
- Helsedirektoratet [Internett]. [sitert 3. juni 2024]. Avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler>.
- NKR: Behandling af alkoholafhængighed [Internett]. [sitert 23. mai 2025]. Tilgjengelig på: <http://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/NKR-Behandling-af-alkoholafhængighed>.
- NKR: Udredning og behandling af personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse [Internett]. [sitert 23. mai 2025]. Tilgjengelig på: <http://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/NKR-for-udredning-og-behandling-af-samtidig-alkoholafhængighed-og-psykisk-lidelse>.
- Retningslinje for behandling af benzodiazepin-forgiftning og -abstinenser [Internett]. [sitert 21. mai 2025]. Tilgjengelig på: <http://www.sst.dk/da/Fagperson/Forebyggelse-og-tvaergaende-ind-satser/Stoffer/Behandling-af-stofmisbrug/Vejledninger>.
- Nesse L, Lobmaier P, Skeie I. Tjuefem år med legemiddelassistert rehabilitering (LAR). SERAF;
- Helsedirektoratet [Internett]. [sitert 24. februar 2025]. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet -Nasjonal faglig retningslinje. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-ved-opioidavhengighet>.
- Helsedirektoratet [Internett]. [sitert 24. februar 2025]. Gravid i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) Nasjonal faglig retningslinje. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/gravide-i-lar>.
- Sundhedsstyrelsen.dk [Internett]. [sitert 22. mai 2025]. Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin: lovkrav og anbefalinger. Tilgjengelig på: <http://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/Vejledning-til-laeger-der-behandler-opioidafhængige-patienter-med-substitutionsmedicin>.
- Helsedirektoratet [Internett]. [sitert 18. mai 2025]. Helsepersonelloven med kommentarer. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer>.

44. Forskrift om fastlegeordning i kommunene – Lovdata [Internett]. [sitert 1. april 2025]. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842/>.
45. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) [Internett]. [sitert 12. oktober 2023]. Tilgjengelig på: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_12#KAPITTEL_12.
46. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) – Kapittel 7. Forskjellige bestemmelser - Lovdata [Internett]. [sitert 12. oktober 2023]. Tilgjengelig på: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_7#KAPITTEL_7.
47. Toft B. Status på benzodiazepinindsatsen. 2010 [sitert 15. mai 2025];(3). Tilgjengelig på: <http://www.sst.dk/da/udgivelser/2010/Rationel-farmakoterapi-3-2010/Status-paa-benzodiazepinind-satse>.
48. RELIS W. RELIS. [sitert 23. april 2025]. Kampanjer – Arkiv. Tilgjengelig på: <https://relis.no/kampanjer-arkiv/>.
49. Neutel CI, Skurtveit S, Berg C. What is the point of guidelines? Benzodiazepine and z-hypnotic use by an elderly population. Sleep Med. 1. august 2012; 13(7): 893–7.
50. Helsebiblioteket [Internett]. [sitert 29. mai 2025]. Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling. Tilgjengelig på: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/retningslinjer-og-veiledere/psykisk-helse/angstlidelser-kliniske-retningslinjer-for-utredning-og-behandling>.
51. Sundseth AC, Gjelstad S, Straand J, Rosvold EO. General practitioners' prescriptions of benzodiazepines, Z-hypnotics and opioid analgesics for elderly patients during direct and indirect contacts. A cross-sectional, observational study. Scand J Prim Health Care. juni 2018;36(2):115–22.
52. Odsbu I, Handal M, Hjellvik V, Borchgrevink PC, Clausen T, Nesvåg R, mfl. Vedvarende bruk av opioider og samtidig bruk av andre vanedannende legemidler. Tidsskr Den Nor Legeforening [Internett]. 14. februar 2022 [sitert 12. januar 2025]; Tilgjengelig på: <https://tidsskriftet.no/2022/02/originalartikkel/vedvarende-bruk-av-opioider-og-samtidig-bruk-av-andre-vanedannende-legemidler>.
53. Mørland J, Waal H. «Hele Felleskatalogen» i behandling av rusmiddellidelser. Tidsskr Den Nor Legeforening [Internett]. 11. februar 2019 [sitert 22. mai 2025]; Tilgjengelig på: <https://tidsskriftet.no/2019/02/kronikk/hele-felleskatalogen-i-behandling-av-rusmiddellidelser>.
54. Chalabianloo F, Fadnes LT, Assmus J, Mordal J, Solli KK, Dale KS, mfl. Benzodiazepine agonist treatment for patients with benzodiazepine dependence undergoing opioid agonist treatment: a study protocol for the randomized controlled trial BMX-BAR. Trials. 2. januar 2025; 26(1): 2.
55. Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp [Internett]. [sitert 29. mai 2025]. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>.
56. Helsedirektoratet [Internett]. [sitert 12. juli 2023]. Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang. Tilgjengelig på: <https://www.helseDirektoratet.no/faglige-rad/legemiddelsamstemming-og-legemiddelgjennomgang>.
57. Medicingennemgang i praksis [Internett]. [sitert 9. april 2025]. Tilgjengelig på: <http://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/Medicingennemgang-i-praksis>.
58. Seponeringslisten – et værktøj til medicingennemgang. Ration Farmakoter [Internett]. 2020 [sitert 19. mai 2025]; Tilgjengelig på: http://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/Rationel-Farmakoterapi-12-2020/Seponeringslisten-_et-vaerktoej-til-medicingennemgang.
59. Husmorpillen på den sorte liste | Ugeskriftet.dk [Internett]. [sitert 15. mai 2025]. Tilgjengelig på: <https://ugeskriftet.dk/nyhed/husmorpillen-pa-den-sort-liste>.
60. Elmquist H. Kan kørekort anbefales til brugere af benzodiazepiner med halveringstid <10 timer? | Ugeskriftet.dk. 200e.Kr. [sitert 18. mai 2025]; Tilgjengelig på: https://ugeskriftet.dk/debat/kan-korekort-anbefales-til-brugere-af-benzodiazepiner-med-halveringstid-10-timer?utm_source=chatgpt.com.
61. Brostrøm S. IRF 20 års jubilæum. Ration Farmakoter [Internett]. 2019 [sitert 15. mai 2025]; Tilgjengelig på: <http://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/Rationel-farmakoterapi-20-aars-jubilaeum>.
62. HelseDirektoratet må styrke sin virksomhetsstyring [Internett]. 2013 [sitert 1. april 2025]. Tilgjengelig på: <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/NO-2013-2014/undersokelse-av-effektivitet-og-resultatoppnaelse-i-helseDirektoratet/>.
63. Båtnes A. NRK. 2017 [sitert 22. mai 2025]. Legar skriv ut for mykje B-preparat. Tilgjengelig på: <https://www.nrk.no/mr/legar-skriv-ut-for-mykje-b-preparat-1.13620029>.
64. Skjeie H, Brekke M, Skonnord T. GP's reflections on prescribing addictive hypnotics to older people: a qualitative study. BJGP Open. Desember 2024; 8(4): BJGPO. 2024.0157.
65. Jørgensen MB, Videbech P, Osler M. Benzodiazepiner har fortsatt en plass i moderne psykiatrisk behandling. Tilgjengelig på: <https://ugeskriftet.dk/videnskab/benzodiazepiner-har-fortsat-en-plads-i-moderne-psykiatrisk-behandling>.
66. Hvilken medicin bør brukes til nyopståede angst- og urosymptomer? [Internett]. [sitert 14. mai 2025]. Tilgjengelig på: <http://www.sst.dk/da/nyheder/2023/Hvilken-medicin-boer-bruges-til-nyopstaaede-angst-og-urosymptomer>.
67. Brunner E, Chen CYA, Ogbonna C, Wright T. asam.org. [sitert 18. mai 2025]. New Guideline on Benzodiazepine Tapering. Tilgjengelig på: <https://www.asam.org/publications-resources/the-asam-weekly/detail/2025/03/03/new-guideline-on-benzodiazepine-tapering>.
68. Askgaard G, Pottegård A, Fink-Jensen A. Benzodiazepiner er fortsatt førstevalg til behandling af alkoholabstinenssymptomer | Ugeskriftet.dk. Ugeskr Læg [Internett]. 2017 [sitert 23. mai 2025]; Tilgjengelig på: https://ugeskriftet.dk/videnskab/benzodiazepiner-er-fortsat-forstevalg-til-behandling-af-alkoholabstinenssymptomer?utm_source=chatgpt.com.
69. Hustad IA, Horn M, Rehn M, Taubøll E, Hov MR. Prehospital seizure management protocols need standardized guidelines. A descriptive study from Norway. Seizure – Eur J Epilepsy. 1. desember 2024; 123: 92–6.
70. Blomkvist AW, Spaun J, Olaisen L, Hansen M. Abstinensbehandling i praksis. Tidsskr Den Nor Legeforening [Internett]. 2. juli 2021 [sitert 15. august 2023]; Tilgjengelig på: <https://tidsskriftet.no/2021/06/debatt/abstinensbehandling-i-praksis>.
71. HelseDirektoratet [Internett]. [sitert 12. mai 2025]. Utprøvende behandling – nasjonale prinsipper. Tilgjengelig på: <https://www.helseDirektoratet.no/veiledere/utprovende-behandling>.

■ HELGEBOS@GMAIL.COM

■ TRYGVE.SKONNORD@MEDISIN.UIO.NO

MedicinRådgivningen

– et dansk uafhængigt tilbud om støtte ved udtrapning af psykofarmaka og opioider

■ KARINE LINDGAARD • Rådgiver i MedicinRådgivningen

I Danmark lever hundredtusindvis af mennesker på psykofarmaka eller opioider uden reelle behandlingsmuligheder, når de ønsker at trappe ned eller stoppe med medicinen. Mange oplever svære abstinenser og ophørssymptomer, og alt for ofte overlades de til sig selv. For denne patientgruppe findes der kun ét specialiseret tilbud i Danmark: MedicinRådgivningen.

Ifølge tal fra Psykiatrifonden blev knap 457.000 kvinder og 290.000 mænd i 2022 behandlet med psykofarmaka. Samme år indløste ca. 480.000 personer recept på antidepressiva, og brugen af psykofarmaka blandt børn og unge voksne er steget markant – især inden for ADHD-medicin, sovemedicin og antidepressiva. På opioidsidens indløste knap 395.000 danskere i 2023 en recept, hvoraf ca. 119.000 var i længerevarende behandling (over seks måneder). Antallet af personer i langtidsbehandling er faldet siden 2018, men gruppen udgør stadig en betydelig andel af befolkningen. Tallene viser tydeligt, at vi har at gøre med en meget stor patientgruppe.

Baggrund

MedicinRådgivningen blev dannet i år 2000 som en uafhængig ikke-statslig organisation, fordi der manglede et sted, hvor patienter kunne få faglig og menneskelig støtte ved medicinudtrapning. Hverken dengang eller i dag findes der sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet, som kan støtte patienter i udtrapning, og mange efterlades derfor uden hjælp.

En væsentlig årsag er tidspresset i almen praksis. Praktiserende læger har sjældent mulighed for at afsætte tid til de længerevarende og gentagne samtaler, som et udtrappingsforløb kræver. I stedet tilbydes korte konsultationer, hvor fokus oftest er på at stabilisere patienten. Det betyder at ophørssymptomer ofte fejlfortolkes, som

et tegn på tilbagefald af lidelsen. Patienten risikerer dermed, at medicineringen genoptages eller øges i stedet for at få hjælp til at håndtere symptomerne.

I dag finansieres MedicinRådgivningen primært af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, hvilket er afgørende for, at organisationen kan eksistere. Statsstøtten understreger, at MedicinRådgivningen som frivillig organisation udfylder et nødvendigt supplement til sundhedsvæsenet og er en blåstempling af vores arbejde.

Formålet er fortsat det samme: at hjælpe brugere af psykofarmaka og opioider – samt deres pårørende og behandlere – med udtrapning og støtte til håndtering af abstinenser og ophørssymptomer.

Udfordringer i Danmark

De nuværende officielle retningslinjer for udtrapning er forældede og tager slet ikke udgangspunkt i den nyeste forskning. Retningslinjerne bygger på en standardiseret tankegang, hvor al udtrapning behandles som et one size fits all-forløb, og de beskriver kun meget begrænset, hvordan processen kan tilpasses individuelt, eller hvordan abstinenser og ophørssymptomer kan håndteres over tid.

Hvis retningslinjerne tog afsæt i den nyeste viden, ville de se helt anderledes ud:

- De ville tage højde for, at udtrapning i mange tilfælde skal foregå langsomt og gradvist.
- De ville bygge på forståelsen af, at medi-

cinens virkemåde hænger tæt sammen med receptormætning i hjernen, og at selv små dosisændringer kan skabe store fysiologiske reaktioner.

- De ville derfor anerkende, at en hurtig udtrapning ofte øger risikoen for svære og langvarige ophørssymptomer.

I fraværet af sådanne retningslinjer befinder mange praktiserende læger sig i et dilemma. De ønsker at hjælpe, men mangler både redskaber og viden. Ofte bliver strategien et forløb, hvor man prøver sig frem med for store og for hyppige dosisreduktioner og ser, hvordan patienten reagerer. Det skaber utryghed hos både læger og patienter og kan i værste fald føre til, at udtrapningen helt opgives.

MedicinRådgivningens arbejde

MedicinRådgivningen er i dag en landsdækkende organisation, der tilbyder støtte i flere former:

- Telefonrådgivning – vores primære tilbud, hvor brugere, pårørende og fagfolk kan tale med en rådgiver.
- Online støttegrupper – hvor mennesker i udtrapning kan dele erfaringer.
- Personlige samtaler – i vores lokaler, for brugere der har brug for fysisk fremmøde.

En typisk samtale hos os adskiller sig markant fra en lægekonsultation. Hvor lægen ofte må holde sig til korte, afgrænsede konsultationer, kan en rådgivningssamtale hos os vare længere og gå mere i detaljer. Her er der tid til at gennemgå symptomer, drøfte strategier for langsom dosisreduktion og tale om hvordan hverdagen kan indrettes, så brugeren bedst muligt kan håndtere abstinenser og ophørssymptomer. I telefonrådgivningen mødes brugerne af frivillige rådgivere, som har både faglig viden og indsigt i brugernes egne oplevelser. Pårørende får ligeledes redskaber til at støtte deres



ILLUSTRATIONSFOTO: MORTEN HERNÆS / KI - ADOBE FIREFLY

kære i forløbet. Vores online støttegrupper giver desuden mulighed for, at deltagerne kan spejle sig i hinandens erfaringer og finde tryk i ikke at stå alene.

Organisationen bygger på en tværfaglig tilgang, hvor rådgivningen kombinerer forskning, klinisk erfaring og brugernes egne oplevelser. Det gør vores rådgivning konkret og praksisnær. Frivilligruppen vokser markant, og især læger og medicin-studerende udgør en stadig større andel. Det betyder, at vi snart vil have flest sundhedsfaglige blandt vores frivillige. Denne udvikling styrker fagligheden og skaber en naturlig bro til almen praksis.

Erfaringer og resultater

Efterspørgslen på rådgivningen stiger år for år. I 2025 forventer vi at modtage over 4000 henvendelser. Særligt bemærkelsesværdigt er, at antallet af henvendelser fra nye brugere er vokset betydeligt de seneste år. Flere unge kontakter os desuden tidligt i deres behandlingsforløb, og vi ser desuden en stigning i henvendelser fra pårørende, der søger støtte til at hjælpe et familiemedlem eller en partner.

De typiske spørgsmål, vores brugere henvender sig med, er netop dem, som mange læger oplever som vanskelige at besvare:

- Hvordan håndteres svære søvnproblemer under nedtrapning af sovemedicin?

- Hvor længe kan abstinenser og ophørssymptomer vare, og hvordan skelnes de fra tilbagefald?
- Hvilket tempo er realistisk for en trykudtrapning?
- Hvor meget kan dosis reduceres ad gangen?

Når almen praksis anbefaler patienter at kontakte os, er det ofte, fordi vi kan tage de lange og krævende samtaler om håndtering af abstinenser og ophørssymptomer, som lægerne ikke har tid til i en travl konsultation. Vi fungerer i den forstand som en forlængelse af lægens arbejde, og mange patienter oplever stor tryk i, at der findes et sted, hvor de kan vende tilbage flere gange i forløbet.

Kendskabet til MedicinRådgivningen styrkes desuden gennem oplæg om medicinudtrapning, som vi holder på lægernes egne uddannelsesdage. Flere praktiserende læger giver direkte udtryk for, at de ser rådgivningen som en vigtig støtte, og anbefaler derfor deres patienter at benytte sig af tilbuddet.

At flere medicin-studerende vælger at engagere sig som frivillige rådgivere er også værd at fremhæve. Det giver de studerende indblik i en problematik, som de ikke nødvendigvis får på studiet, og det skaber en ny generation af læger med viden om udtrapning og ophørssymptomer.

Perspektiver

MedicinRådgivningen arbejder målrettet for, at Danmark får nye og bedre retningslinjer for medicinudtrapning, der bygger på den nyeste forskning og tager højde for patienternes forskellige reaktioner. Det vil være et væsentligt skridt mod en mere rationel og ansvarlig lægemiddelbehandling.

Samtidig ser vi en stigende bevidsthed i Danmark om, at psykisk lidelse ikke nødvendigvis behøver at være livslang. For mange mennesker opstår der på et tidspunkt et naturligt ønske om at afslutte behandlingen – og dermed et behov for at komme sikkert ud af medicinen. Denne bevægelse afspejles direkte i de mange henvendelser, vi modtager.

Som frivillig organisation står vi uden for sundhedsvæsenet, men vores erfaringer kan bidrage til udviklingen af viden og praksis omkring medicinudtrapning. Vi ser et stort potentiale i at styrke samarbejdet med almen praksis og dele viden på tværs. Fremtiden rummer derfor både en vision og en opgave: at skabe et bedre vidensgrundlag, at styrke samarbejdet yderligere og at sikre, at patienter i Danmark ikke længere står alene, når de ønsker at trappe ud af psykofarmaka eller opioider.

■ [KLI.SINDRAADGIVNING.DK](https://kli.sindraadgivning.dk)

Det har været arbejdet længe med at få på plads en fælles elektronisk legemiddelliste i Norge. Denne høsten er Pasientenes legemiddelliste (PLL) under utrulling, i september 2025 har over 750 fastleger begyndt at bruge løsningen. Danskerne har haft adgang til Fælles Medicinkort i ti år. Hvordan har dette fungeret i praksis?

Historien om Fælles Medicinkort

Samlet digitalt overblik over medicin

■ SUNDHEDSDATASTYRELSEN • lskt@sundhedsdata.dk

Fælles Medicinkort er en national it-løsning, som giver sundhedsprofessionelle og den enkelte borger et samlet digitalt overblik over borgerens aktuelle medicin, recepter og vacciner. Det er den første nationale løsning, der er integreret i de lokale fagsystemer i alle dele af sundhedsvæsenet, og som kan bruges af borgere og alle relevante sundhedsprofessionelle.

Fælles Medicinkort sikrer, at borgerens medicinoplysninger er opdaterede og tilgængelige både for borgeren selv og for de sundhedsprofessionelle, der er involveret i borgerens behandling. Det mindsker risikoen for fejlmedicinering, forbedrer patientsikkerheden og øger kvaliteten af behandlingen.

Forankret i Sundhedsdatastyrelsen

Digital Sundhed startede projektet op i 2009 som efterfølger af den Personlige Elektroniske Medicinprofil. Den Personlige Elektroniske Medicinprofil gav borgere en elektronisk adgang til deres recepter, udstedt af en praktiserende læge. En af visionerne var, at den skulle give læger et bedre overblik over borgers medicinering. Med det Fælles Medicinkort blev fokus flyttet fra recept til ordination. Lægen opdaterer løbende den aktuelle ordination og udsteder recepter på borgerens medicinkort. I december 2009 blev det Fælles Medicinkort overtaget af National Sundheds-IT. Sundhedsdatastyrelsen blev etableret den 1. november 2015, og her har Fælles Medicinkort været forankret lige siden.

Før Fælles Medicinkort

Før vi fik Fælles Medicinkort, var det svært at få et hurtigt og fuldt overblik over en borgers aktuelle medicin. Medicinoplysninger blev registreret i lokale systemer hos de forskellige behandlingssteder, og

information om medicinændringer blev videregivet via meddelelser, telefon, opslag i medicinprofilen og dialog med borgeren.

Førhen var mange af kommunernes medicinoplysninger forskellige fra de oplysninger, som fremgik af det medicinkort, lægen havde ajourført. Siden indførelsen af det Fælles Medicinkort er der nu færre medicineringsfejl og patientsikkerheden er blevet væsentlig forbedret.

Sådan blev det til

I 2009 blev udviklingen af Fælles Medicinkort igangsat, og den efterfølgende implementering foregik i faser. Faseinddelingen var en fordel, fordi det var svært at etablere og få opbakning til en fuld og bred løsning fra start.

I perioden 2011–2014 blev Fælles Medicinkort taget i brug i almen praksis, af vagtlæger, speciallæger, tandlæger, på hospitaler og blandt borgerne. De lægefaglige områder og borgerne blev de første til at tage Fælles Medicinkort i brug, fordi de kunne være med til at opdatere og kvalitetssikre medicininformationen i det Fælles Medicinkort. Ikke alle tandlægesystemer fik integreret Fælles Medicinkort i deres system fra starten, så implementeringen strækker sig reelt helt hen til 2016.

Fælles Medicinkort – tidslinje

I 2015 blev Fælles Medicinkort implementeret i kommunerne, som skulle udlevere

medicin på plejehjem og i hjemmeplejen ved hjælp af oplysningerne i Fælles Medicinkort.

I 2016 blev den borgerrettede app Medicinkortet udviklet. I de følgende år blev Fælles Medicinkort taget i brug hos en række misbrugscentre og bosteder. Dette er frivilligt og dermed fortsat pågående. Apotekerne implementerede Fælles Medicinkort i 2020.

I dag er Fælles Medicinkort integreret i over 30 lokale systemer i alle dele af sundhedsvæsenet.

Ledelse og ressourcer

Implementeringen af så stort et it-projekt stiller høje krav til infrastruktur, sikkerheds løsninger, certificering, systemforvaltning, governance og dataansvar. Implementeringen af Fælles Medicinkort var derfor også et stort organisatorisk forandringsprojekt, som krævede en god forankring i ledelseslaget i hele sundhedsvæsenet og en omfattende ressourceindsats på alle niveauer i alle organisationer.

Ønske hos både borgere, sundhedsvæsen og politikere

En væsentlig årsag til, at det kunne lade sig gøre at etablere det Fælles Medicinkort, var, at ønsket om et fælles digitalt medicinoverblik var stort blandt både borgere, sundhedsvæsenets parter og på det politiske niveau – der var derfor stor opbakning til projektet fra alle sider.



ILLUSTRATIONSFOTO: MORTEN HERNÆS / MOCKUP - PLACEIT

Struktureret samarbejde

Tværsæktorielt samarbejde og lydhørhed har været et nøgleord i implementeringen af Fælles Medicinkort. Det er blandt andet blevet understøttet af etableringen af en national governance med en omfattende mødestruktur, hvor engagerede og dygtige deltagere på alle niveauer og fra flere faglige områder i fællesskab kan drøfte løsninger og udfordringer. Samarbejdet på tværs af sektorer har været med til at sikre, at Fælles Medicinkort er den gode fælles løsning, vi kender i dag.

Test sikrer kvalitet

Der er etableret et nationalt testmiljø, som sikrer, at der kan foretages end-to-end test mellem løsningerne, når der udvikles ny funktionalitet eller i forbindelse med fejlfinding. Der afholdes årligt testdage, hvor systemleverandørerne og lokale it-ansvarlige deltager i fælles end-to-end test. Det fælles nationale testmiljø har været en væsentlig årsag til, at Fælles Medicinkort i dag er en teknisk velfungerende løsning med høj tilgængelighed, og hvor eventuelle fejl hurtigt opdages og rettes.

Udfordringer

Når man skal indføre en ny, national it-løsning, vil der alt andet lige dukke udfordringer op hen ad vejen. Det har også været tilfældet for Fælles Medicinkort.

Økonomiske og juridiske rammer

Først skulle de økonomiske og juridiske rammer for Fælles Medicinkort fastsættes. Der skulle laves økonomiaftaler mellem regioner og kommuner, ny overenskomst med lægerne og en ny bekendtgørelse til at regulere brugen af Fælles Medicinkort.

Mange parter skulle blive enige, men fordi alle havde et fælles ønske om, at Fælles Medicinkort blev en realitet, lykkedes det i sidste ende.

Sikkerhed skulle være på plads

En høj sikkerhed satte krav til digital signatur for at få adgang. Et system som Fælles Medicinkort er meget personfølsomt, og sikkerheden skal derfor være høj. Al adgang er derfor kun tilladt med digital signatur, hvilket stiller store krav til infrastrukturen.

Afklarer af lægens ansvar

Et andet emne, som blev diskuteret meget, var lægernes ansvar. Lægen skal altid reagere på åbenlyse fejl på medicinkortet. Fælles Medicinkort synliggør borgerens aktuelle medicinering, uanset hvem der har ordineret medicinen. Lægerne var bekymrede for, om de kunne

blive draget til ansvar for den samlede medicinering, selvom de f.eks. kun havde stået for den seneste ordination. Juridisk er lægens ansvar ikke ændret med indførelsen af Fælles Medicinkort, men lægerne er fortsat forsigtige med at røre ved ordinationer, der ikke er oprettet eller sidst redigeret af dem selv.

Finansiering af fortsat udvikling

En tredje udfordring var, at udviklingen af Fælles Medicinkort i starten blev opfattet som en engangsindsats. Det er ikke tilfældet, da der fortsat opstår nye behov, og der stadig tilføjes nye funktioner og støtteinfrastruktur til den samlede løsning. I starten kunne det være vanskeligt at opnå finansiering og forståelse for, hvorfor finansieringen skulle prioriteres. Samarbejdet viste sig dog igen afgørende, og i dag er der en bred samarbejdsorganisation med opbakning til Fælles Medicinkort.

Hvad nu?

Fælles Medicinkort er i dag en robust og velfungerende løsning, som bruges i alle dele af sundhedsvæsenet. Adgang til data om medicin i de lokale systemer understøtter de lokale arbejdsgange og behovet for dokumentation og journalisering.

Der er stadig fokus på udvikling af Fælles Medicinkort, og deling af data drøftes, vurderes og optimeres fortsat. Det medvirker til øget kvalitet, behandling og patient-sikkerhed i det danske sundhedsvæsen.



Fælles Medicinkort – erfaringer fra Danmark

■ STINE SØNDERSTED CLAUSEN • PhD-student, ved Center for Almen Praksis, København, Institut For Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, København, Danmark

■ CILLE BÜLOW • PhD-student ved Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Københavns Universitet, København, Danmark

I de seneste årtier har digitalisering af sundhedsvæsenet været et centralt indsatsområde i Danmark. Et af de mest markante initiativer er udviklingen af Det Fælles Medicinkort (FMK), en national digital platform, der giver sundhedspersonale adgang til ensartede og opdaterede oplysninger om patienters medicinering. Formålet er at styrke patientsikkerheden, reducere medicineringsfejl og skabe bedre sammenhæng i behandlingsforløb på tværs af sektorer.

FMK bliver løbende forbedret og vedligeholdet, men der findes kun begrænset tilgængelig viden om implementeringen og den kliniske anvendelse af systemet. Der efterspørges derfor mere solid forskning, som kan dokumentere og evaluere erfaringerne, samt effekterne af FMK og andre digitaliseringsprojekter i sundhedssektoren.

Det danske sundhedsvæsen er organiseret på tre niveauer: Staten, regionerne og kommunerne. Staten varetager regulering og tilsyn, regionerne har ansvaret for hospitaler og specialiserede behandlinger, mens kommunerne håndterer lokale sundheds- og ældretilbud såsom hjemmepleje og genoptræning. Desuden opdeles sundhedsvæsenet i

en primærsektor (fx almen praksis, hjemmepleje og apoteker) og en sekundærsektor (hospitaler og psykiatriske hospitaler) (3).

Det praktiske

FMK fungerer som et landsdækkende elektronisk ordinationssystem. Det indeholder oplysninger om patienters aktuelle ordinationer, elektroniske recepter udstedt inden for de seneste to år, vaccinationer samt registreringer af køb af receptpligtig medicin. Håndkøbsmedicin og kosttilskud, som ikke er ordineret af en læge, er ikke en del af systemet. Stort set alle recepter udgår elektronisk fra FMK i dag. FMK er integreret i over

30 forskellige it-systemer, der anvendes på hospitaler, i almen praksis, på apoteker, i kommunale plejeenheder, på bosteder misbrugscentre, tandlægeklinikker og hos speciallæger. Sundhedspersonale kan tilgå patienters medicinoplysninger direkte i deres lokale system, mens læger kan oprette, ændre eller seponere ordinationer og recepter enten via deres lokale it-system eller gennem den webbaserede version FMK-online. Registreringer synkroniseres automatisk med den centrale FMK-server, hvilket reducerer behovet for dobbeltregistrering og begrænser uoverensstemmelser (1, 2).

Ved hospitalsindlæggelser importeres FMK i hospitalets journalsystem for at afspejle patientens aktuelle behandling. I indlæggelsesperioden markeres patientens FMK som »i bero« i FMK-online, hvilket gør det synligt for almen praksis, at medicinen varetages på hospitalet. Ved udskrivning opdaterer den behandlende hospitalslæge medicinlisten i FMK. I primærsektoren anvendes FMK aktivt af sygeplejersker i hjemmeplejen og på plejehjem i forbindelse med medicindosering. Patienterne har selv læseadgang og kan anmode om receptfornyelse via sundhed.dk eller appen MinLæge, men de kan ikke selv redigere oplysningerne (1).

FMK blev testet i pilotprojekter i flere år, inden systemet blev indført nationalt i 2011. Implementeringen skete gradvist: Almen praksis og hospitaler i perioden 2011–2014, kommunerne i 2015 og apotekerne i 2019. I 2020 blev også ordination af dosisdispenserede lægemidler – det såkaldte dosiskort – integreret i FMK. Sundhedsdatastyrelsen har ansvaret for drift, vedligeholdelse og videreudvikling af systemet (1).

Bedre overblik

Erfaringerne viser, at FMK har medført klare gevinster. Kvalitetsanalyser i Sundhedsdatastyrelsen har vist, at kvaliteten af FMK-data generelt er høj, og at systemet har forbedret

Det Fælles Medicinkort (FMK)	
Formål	At reducere medicineringsfejl, styrke patientsikkerheden og skabe et fælles grundlag for samarbejde på tværs af sektorer.
Indhold	Aktuelle ordinationer, recepter udstedt de seneste to år, vaccinationer samt køb af receptpligtig medicin.
Adgang	Sundhedspersonale på hospitaler, i almen praksis, på apoteker og i kommunale plejeenheder. Patienter har læseadgang via sundhed.dk og appen MinLæge.
Implementering	Rullet ud i etaper med flere aktører og funktioner 2011–nu. Sundhedsdatastyrelsen har ansvar for drift og videreudvikling. Over 30 forskellige it-løsninger i sundhedsvæsenet er koblet til FMK.
Dosisdispensering	Medicin kan pakkes i dosispøser på apoteket (14 dage ad gangen). Siden 2020 er ordningen fuldt integreret i FMK, så læger, sygeplejersker og apotekere kan se oplysninger direkte i systemet.
Udfordringer	FMK opleves fortsat ikke altid retvisende. Der ses uoverensstemmelser mellem FMK og patienters faktisk medicinbrug, manglende opdatering, tekniske vanskeligheder og begrænset forskningsgrundlag.



ILLUSTRATIONSFOTO: GETTY IMAGES / OLLIOB15

medicinoverblikket og har medført en generel reduktion af fejl (1, 2, 4). FMK har desuden styrket samarbejdet på tværs af sektorer, idet alle aktører får adgang til de samme oplysninger, hvilket mindsker risikoen for misforståelser ved sektorovergange, for eksempel når en patient udskrives fra hospital til kommunal hjemmepleje (1, 2, 4). Medicinkortet giver et godt udgangspunkt for at afdække patienters medicin, men dialog mellem læge og borger er stadig nødvendig. Patientinddragelsen er styrket hos dem, der aktivt anvender MinLæge-appen eller sundhed.dk, og mange rapporterer større tryk og bedre forståelse af egen behandling (2, 4).

At arbejde i samme system med medicinen

I praksis varierer erfaringerne på tværs af sektorer. Læger beskriver FMK som uundværligt, men arbejdsgangen kan opleves som administrativt tung, især når integrationen i de enkelte journalsystemer ikke fungerer optimalt (7). På hospitaler er FMK særlig værdifuldt ved indlæggelser, hvor læger hurtigt kan få adgang til en samlet medicinliste, det afhænger dog af hvorvidt medicinlisten er opdateret. Samtidig rapporteres det at ændringer under indlæggelse ikke altid konsekvent opdateres ved udskrivning, hvilket kan skabe usikkerhed i den videre behandling (5, 6, 7).

I kommunal pleje og hjemmepleje har FMK krævet omfattende oplæring af medarbejdere, og der har været udfordringer med overførsel af data mellem systemerne. Når systemet anvendes korrekt, virker det til at sikkerheden i medicinhåndteringen øges (5, 6).

På apotekerne har FMK givet bedre grundlag for rådgivning og receptkontrol, og i dag har såkaldte behandlerfarmaceuter, indenfor et vist omfang, ret til at genordinere medicin og ordinere dosisdispensering (8). Siden juni 2020 er dosisdispenseringsmodulet blevet integreret i FMK (9). Læger, sygeplejersker og apotekere kan nu se oplysninger om dosisruller direkte i systemet, herunder start- og slutdatoer, ændringer i recepter og status på ordningen. Ordningen dækker 14 dage ad gangen og kan lette administrationen for både patienter og plejepersonale samt give bedre overblik, da alle oplysninger om både dosisdispensering og øvrig medicinering er samlet ét sted. Der opleves dog fortsat udfordringer med brugen af modulet, som mange læger finder komplekst, og Danmark har stadig færre borgere på dosisdispensering end nabolandene (9).

Implementeringsvanskeligheder

Udviklingen og implementeringen af FMK har været præget af udfordringer (2, 10, 11, 12). Projektet blev forsinket, blev dyrere end

oprindeligt planlagt og mødte kritik for ikke at være tilstrækkeligt tilpasset klinisk praksis (2, 11). Flere klinikere oplevede systemet som tungt og administrativt krævende, og integrationen med Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden gav anledning til mange problemer og medicinfejl (7, 13). Desuden har FMK skabt debat om ansvarsfordeling, restordreproblematikker og generisk ordination (10, 14). Implementeringen af dosisdispenseringsmodulet har desuden været udfordrende, særligt ved indlæggelser og sektor overgange, og mange sundhedsprofessionelle finder det teknisk vanskeligt at arbejde med (9).

Opleves fortsat ikke retvisende

Opdatering af medicinoplysninger kan være en kompleks opgave, både i forhold til variation i it-systemer og forskellige arbejds-gange, hvilket ofte fører til ufuldstændige oplysninger i FMK (5, 6, 7, 15). FMK ajourføres sjældent ensartet på tværs af sektorer, og ofte er det uklart, hvem der tager ansvaret for opdatering, især når patienter følges af flere sundhedsprofessionelle (7, 15). Desuden er patienterne heller ikke altid klar over, at de selv kan tilgå FMK (7).

Flere danske studier har vist, at der ofte er uoverensstemmelse mellem oplysningerne i FMK og patienternes faktiske medicinbrug, men ingen af studierne sammenligner

med tiden før FMK blev implementeret. Et studie har opgjort at otte ud af ti kommunale sygeplejersker oplever enten fejl i registreringen eller manglende medicin i FMK, hvilket giver ekstra arbejde og øger risikoen for fejl og genindlæggelser (5, 6).

Tre øvrige danske studier har i perioden 2018 til 2020 undersøgt uoverensstemmelser mellem FMK og patienters faktiske brug af lægemidler. Studierne så på forskellige patientgrupper, men fandt at 7–89 procent af patienterne havde mindst en uoverensstemmelse med FMK (16–18). Den hyppigst fundne type af uoverensstemmelser var 'lægemidler anført i FMK som patienten ikke anvender', hvor 52–71 procent af patienter havde mindst 1 ordination i FMK de ikke brugte (16–18). Desuden havde 12–22 procent af patienterne brugte lægemidler hjemme, som ikke var anført i FMK (16–18). Et af studierne (17) undersøgte årsagerne til uoverensstemmelserne. Størstedelen (53 procent) af alle uoverensstemmelser skyldtes faktorer i sundhedsvæsenet, hvoraf 65 procent var forårsaget af manglende opdatering i almen praksis, 8 procent relaterede sig til ambulatorier, og 8 procent opstod i forbindelse med hospitalsindlæggelse. En tredjedel af uoverensstemmelserne skyldtes patientrelaterede årsager, hvoraf 70 procent var bevidst manglende compliance, og 17 procent var ubevidst non-compliance (17). Studierne viste desuden, at uoverensstemmelser stiger, jo længere tid det er siden FMK sidst blev ajourført, og at patienter, som får hjælp til medicindosering fra plejehjem eller hjemmesygepleje, har færre fejl end dem, der selv administrerer deres medicin (17, 18).

Et andet dansk studie rapporterede, at utilstrækkelig kommunikation på tværs af sektorer samt forkert brug af støttesystemer (fx manglende opdatering af det elektroniske ordinationssystem) er vigtige årsager til uoverensstemmelser i medicin håndteringen mellem sektorerne (19).

Begrundelser for medicinændringer bliver fortsat ikke videreformidlet

FMK indeholder ikke supplerende information, såsom årsager til medicinændringer, der i stedet skal findes i journalnotater, henvisninger eller epikriser. Da de danske journalsystemer ikke bruges på tværs af sektorer, kan dette give udfordringer i praksis i forhold til at tolke de ændringer der laves i FMK. CAVE-modulet er heller ikke en del af FMK og skal derfor opdateres i de enkelte it-systemer. Yderligere kan det være en udfordring, at Danmark ikke anvender generisk ordination, men i stedet ordinerer på handelsnavne, hvilket kan

skabe forvirring og usikkerhed på tværs af sektorer, da information om valg af præparatnavne ikke videreføres (14).

Konklusion

FMK har været en væsentlig hjørnesteen i arbejdet med at reducere medicineringsfejl og styrke patientsikkerheden i Danmark. Systemet har skabt et fælles grundlag for kommunikation på tværs af sektorer og givet patienter bedre indsigt i deres medicinering. Samtidig illustrerer erfaringerne, at digitalisering af medicin håndteringen er en kompleks proces, der kræver løbende opmærksomhed, teknologisk udvikling og organisatorisk tilpasning. En væsentlig pointe er dog, at der stadig mangler tilgængelig forskning, som kan dokumentere FMK's samlede effekt. Det betyder, at selvom systemet har været i drift i mere end ti år og rummer betydelige gevinster, er vores viden om de faktiske konsekvenser og de sundhedsprofessionelles erfaringer, stadig begrænset. FMK repræsenterer dermed både et vigtigt fremskridt og en påmindelse om, at digitalisering i sundhedsvæsenet ikke kun kræver teknologi og organisering, men også publiceret forskning og evaluering af implementering.

REFERENCER

1. Sundhedsdatastyrelsen 2023. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/Media/638798019254415411/Historien%20om%20FMK%20og%20Medicinkortet.pdf>.
2. Jensen UG, Fredskild TU, Kolbæk R og Sorknæs, AD (red.) (2018). Sundhedsinformatik i sundhedsvæsenet. (1. udgave udg.) Gad.sundhedsstyrelsen.
3. The Ministry of Health. Healthcare in Denmark – an overview [Internet]. 2017 [cited 2025 Sep 4]. Report No.: Version: 1.2. Available from: <https://sum.dk/Media/C/A/Healthcare-in%20denmark%20an%20overview%20englisth-V16-dec.pdf>.
4. Kvalitetsanalyse FMK 2022. <https://medcom.dk/wp-content/uploads/2023/02/fmk-supportforum-261022.pdf>.
5. <https://dsr.dk/fag-og-udvikling/sygeplejersken/fagbladet-sygeplejersken/sygeplejersken-argang-2019-nr-8/forskellige-it-systemer-og-afbyrdeser-er-gift-for-fmk/>
6. https://dsr.dk/media/ssrjm4in/notat_sygepleje_i_kommunerne_2018_-_medicinhaandtering.pdf.
7. Aharaz A, Kejser CL, Poulsen MW, Jøftic S, Ulstrup-Hansen AJ, Jørgensen LM, Iversen E, Thorhauge AM, Houliand MB. Optimization of the Danish National Electronic Prescribing System to Improve Patient Safety: Development of a User-Friendly Prototype of the Digital Platform Shared Medication Record. *Pharmacy (Basel)*. 2023 Feb 22;11(2):41. doi: 10.3390/pharmacy11020041. PMID: 36961019; PMCID: PMC10037631.
8. Behandlerfarmaceuter. <https://stps.dk/media/9056/0921D7C253248E18EC82F3E088FD98B.pdf>.
9. Muusmann. Dosispakket Medicin – en analyse, udført af MUUSMANN for Danske Regioner og KL <https://www.kl.dk/media/iwnam2yi/dosispakket-medicin-hovedrapport.pdf>; 2023.
10. <https://ugeskriftet.dk/nyhed/forvirring-om-laegeansvaret-i-medicinkortet>
11. Rigsrevisionen 2016, 'Problemerne med at udvikle og implementere Fælles Medicinkort'. København: Statsrevisorerne, pp. 1–58.
12. Christensen S, Due Jensen L, Kaae S, Vinding KL, Petersen J. Implementering af fælles medicinkort er vanskeligt. *Ugeskrift for Læger*. 2014; 176(15): 1389–1391.
13. <https://ugeskriftet.dk/nyhed/riget-direktor-vi-har-en-del-udfordringer-med-sundhedsplatformen>.
14. <https://www.farmaci.dk/artikler/2025/05/stor-uenighed-om-generisk-ordination>.
15. Statistik for Ajourføring Af FMK. [accessed on 23 October 2021]. Available online: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-faelles-medicinkort/baggrund-og-organisering/status-og-overblik-fmk>.
16. Bülow C, Flagstad Bech C, Ullitz Faersch K, Trærup Andersen J, Byg Armandi H, Trelldal C. Discrepancies Between the Medication List in Electronic Prescribing Systems and Patients' Actual Use of Medicines. *Sr Care Pharm*. 2019 May 1; 34(5): 317–324. PMID: 31054590.
17. Bülow C, Noergaard JDSV, Faersch KU, Pontoppidan C, Unkerskov J, Johansson KS, Kornholt J, Christensen MB. Causes of discrepancies between medications listed in the national electronic prescribing system and patients' actual use of medications. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2021 Sep;129(3):221–231. doi: 10.1111/bcpt.13626. Epub 2021 Jun 28. PMID: 34137181.
18. Andersen TS, Gemmer MN, Sejberg HRC, Jørgensen LM, Kallemose T, Andersen O, Iversen E, Houliand MB. Medicines Reconciliation in the Emergency Department: Important Prescribing Discrepancies between the Shared Medication Record and Patients' Actual Use of Medication. *Pharmaceuticals (Basel)*. 2022 Jan 26; 15(2): 142. doi: 10.3390/ph15020142. PMID: 35215255; PMCID: PMC8877185.
19. Strehlau AG, Larsen MD, Søndergaard J, Almarsdóttir AB, Rosholm J-U. General practitioners' continuation and acceptance of medication changes at sectorial transitions of geriatric patients – a qualitative interview study. *BMC Fam Pract*. 2018; 19: 168.

■ SSC@SUND.KU.DK



HELSESEKRETÆRER: En nøkkel i trygg nedtrapping

■ LIV JOHANNE BLIGAARD HUGLEN • Helsesekretær

■ MONICA HAGA • Fastlege ved Rossabø legesenter

På Rossabø legesenter i Haugesund har vi testet ut en ny arbeidsmåte for å hjelpe pasienter som sliter med langvarig legemiddelavhengighet.

Gjennom strukturert samarbeid mellom leger og en spesialisert helsesekretær, har pasienter fått individuell støtte til å trappe ned på vanedannende legemidler.

Bakgrunnen for prosjektet

Overforbruk av vanedannende legemidler som A- og B-preparater er ikke uvanlig i allmennpraksis. Mange pasienter utvikler avhengighet etter langvarig bruk, og selv erfarne fastleger kan oppleve det som utfordrende å komme i posisjon til å få pasientene med på nedtrapping. Dette prosjektet ble etablert nettopp for å møte denne utfordringen, med mål om å redusere overforskrivning og bedre pasientsikkerheten. Vi ønsket å vise at en helhetlig tilnærming, med brukermidvirkning og tett oppfølging, kunne gi varige resultat.

En tverrfaglig løsning

Hovedfokuset i prosjektet var et tett samarbeid mellom fastlegene og en helsesekretær som hadde tatt en toårig videreutdanning i tverrfaglig miljøarbeid innen rus og psykiatri ved Tirna i Haugesund. Videreutdanningen har et særlig fokus på sammensettingen av rusproblematikk og psykisk helse, og legger vekt på hvordan relevante tiltak og metoder kan anvendes i miljøarbeid. Det inngår også temaer som kommunikasjon, etiske dilemmaer og evnen til å reflektere over eget arbeid i møte med pasienter og pårørende. Fullført utdanning gir 60 studiepoeng og kvalifiserer til fagskolegrad.

I samråd med fastlegen fikk pasientene individuelt tilpassede nedtrappingsplaner, mens helsesekretæren hadde ansvar for den regelmessige oppfølgingen. Dette bidro til at pasientene hadde én fast kontaktperson gjennom hele prosessen, noe de satte stor pris på. Flere uttrykte at de opplevde trygghet i å ha én person de kunne henvende seg til underveis. De visste også at de kunne få svar på spørsmål og støtte i utfordrende perioder.

Slik fungerte prosjektet

Prosjektet ble gjennomført fra våren 2023 til sommeren 2024. Rekrutteringen skjedde gjennom fastlegen, som identifiserte pasienter med langvarig og høyt forbruk av vanedannende legemidler. Helsesekretæren gjennomførte deretter kartleggingsamtaler med pasientene, hvor metoder som motiverende intervju (MI) ble brukt for å avdekke motivasjon og støttebehov.

Videre ble det utarbeidet individuelle planer. Disse inkluderte faste tidspunkt for inntak av medisiner, oversikt over nedtrappingssteg, utleveringsavtaler med apotek og dokumentasjon av fremgang. Regelmessige oppfølgingssamtaler, ofte en til to ganger i måneden, ga rom for justeringer i planene og diskusjon rundt utfordringer som oppstod underveis.

Resultater

Av de ti pasientene som deltok i prosjektet ved fastlegekontoret i Haugesund, fullførte

ni hele nedtrappingsperioden. Av disse klarte sju pasienter å redusere forbruket betydelig, mens to avsluttet bruken av vanedannende legemidler helt. Pasientene rapporterte om økt livskvalitet, bedre mestingsfølelse og forbedret økonomisk kontroll som følge av nedtrappingen. Fastlegene ved senteret har også opplevd prosjektet som en suksess. De trekker frem hvordan helsesekretærens innsats har avlastet dem i en travel hverdag og gjort oppfølgingen mer strukturert og effektiv.

Andre effekter

Prosjektet har ikke bare hjulpet pasientene som deltok direkte, men har også økt bevisstheten blant fastleger og annet helsepersonell ved senteret. Det har blitt etablert bedre rutiner for forskrivning av vanedannende legemidler, og det arbeides mer aktivt for å forebygge avhengighet hos nye pasienter. Vi har sett hvor viktig det er med brukermidvirkning og tverrfaglig samarbeid under nedtrappingen. Dette prosjektet har gitt oss de verktøyene vi trenger for å håndtere denne utfordringen fremover. Vi håper det også kan inspirere andre legekontorer til å satse på kompetanseheving for helsesekretærer og utnytte deres kompetanse enda mer i den daglige praksisen.

Veien videre

I starten var det utfordringer med hvordan prosjektet skulle finansieres. Da vi fikk støtte fra Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, opplevde vi dette som en anerkjennelse av hvor viktig dette arbeidet er. Prosjektgruppen håper at erfaringene kan inspirere andre fastlegekontorer til å ta lignende initiativer. Med riktig oppfølging og støtte kan vi hjelpe flere med å få kontroll over legemiddelbruken sin og forbedre livskvaliteten. Samtidig bidrar dette til å avlaste fastlegen i en travel arbeidshverdag.

Konklusjon

Rossabø legesenters prosjekt er et eksempel på hvordan innovasjon, samarbeid og pasientfokus kan føre til varig positiv endring. For pasienter som har følt seg fanget i legemiddelavhengighet, har dette vært en livsendrende mulighet. For helsepersonell gir det håp om bedre arbeidsflyt og bedre pasientutfall. Prosjektet viser at en helhetlig og strukturert tilnærming kan gjøre en stor forskjell i kampen mot «den skjulte folkesykdommen» legemiddelavhengighet.

■ ROSSABO.LEGESENTER@GMAIL.COM

Hva er KUPP?

■ **KETIL ARNE ESPNES** • Spesialist i allmennmedisin og klinisk farmakologi, overlege, RELIS / Avd. for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital

KUPP – Kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter er et produsent-uavhengig, gratis, spesialtilpasset undervisningstilbud til den enkelte fastlege.

I løpet av 20–30 minutter oppdaterer vi fastlegene på det nyeste om bruk av legemidler innenfor et terapiområde. KUPP bidrar til riktigere legemiddelbruk og øker kvaliteten på forskriving i allmennpraksis.

Bakgrunn

KUPP er en undervisningsmetode som vi har utviklet basert på den internasjonalt anerkjente metoden *academic detailing* (AD). Begrepet *academic detailing* ble i sin tid utviklet av legen Jerry Avorn, som publiserte den første studien i *New England Journal of Medicine* i 1983 (1). Avorns idé var enkelt sagt å bruke de samme metodene som legemiddelindustrien benytter for å selge sine produkter, men i stedet for å selge enkeltprodukter fokusere på en uavhengig, faglig basert oppdatering om anbefalt behandling til forskriverne.

Praktisk gjennomføring

KUPP-kampanjene utarbeides ved at en gruppe relevante fagpersoner gjennomgår oppdatert vitenskapelig dokumentasjon på et gitt terapiområde, og deretter lager et kort sammendrag av dette. Dette blir sammenfattet i en kort brosjyre med bakgrunnsinformasjon og konkrete hovedbudskap med praktiske råd. Brosjyren danner utgangspunktet for en én-til-én-samtale mellom forskriver og en spesielt opplært lege eller farmasøyt.

Alle som gjennomfører KUPP-besøk er helsepersonell. De har god erfaring med å gi beslutningsstøtte på legemiddelrelaterte problemstillinger gjennom å vurdere vitenskapelig dokumentasjon og sammenfatte og kommunisere dette til annet helsepersonell. I tillegg har de gjennomgått kurs i metoden AD, samt spesifikk opplæring i det aktuelle terapiområdet.



Ketil Arne Espnes i KUPP-besøk hos allmennlege-kollega Kristin Lamvik Kjørholt.

Målgruppen for KUPP er allmennleger, og varigheten av samtalene er 20 minutter, tilsvarende en vanlig pasientkonsultasjon. Samtalen foregår på legens eget kontor eller digitalt via for eksempel Teams i arbeidstiden. På den måten får den enkelte lege faglig, uavhengig og gratis oppdatering uten å forlate kontoret og med minimal tidsbruk. I KUPP-samtalen er dialog en viktig faktor, og nettopp det at møtet foregår én-til-én gir en unik mulighet til å tilpasse samtalen etter den enkelte forskrivers behov.

Organisering

Fra starten i 2015 var KUPP organisert som et samarbeid mellom de regionale RELIS-sentrene og de regionale enhetene for klinisk farmakologi. Fra 1. januar 2018 fikk KUPP egen fast prosjektfinansiering fra Helse- og Omsorgsdepartementet, og ble organisert som en egen enhet med administrasjon (50 prosent leder og 50 prosent medisinsk faglig ansvarlig) lokalisert i Trondheim, sammen med RELIS Midt-Norge og Avdeling for klinisk farmakologi ved St. Olavs hospital. Fra 1. januar 2023 ble bevilgningen tatt inn i fast budsjettpost for RELIS, uten øremerking.

KUPP organiseres nå av RELIS, og RELIS har det overordnede ansvaret for drift, gjennomføring og utvikling av KUPP.

RELIS samarbeider fortsatt tett med de fire kliniske farmakologiske enhetene ved Oslo universitetssykehus, Haukeland Universitetssykehus, Universitetssykehuset i Nord-Norge og St. Olavs hospital om KUPP. I tillegg er Norsk forening for allmennmedisin en viktig støttespiller i valg, utarbeidelse og profilering av KUPP-kampanjene.

KUPP ble tildelt Legeforeningens kvalitetspris for primærhelsetjenesten i 2023.

Gjennomførte kampanjer

I mars –mai 2015 gjennomførte vi den første KUPP-kampanjen Riktigere bruk av NSAID. Den var en slags pilot-kampanje der vi forsøkte å besøke alle allmennleger i byene Trondheim og Tromsø. Totalt 213 (86 prosent) av de 247 tilgjengelige fastlegene mottok besøk.

I november 2015 til januar 2016 besøkte vi 451 fastleger i Sør-Trøndelag, Troms og Nord-Trøndelag med kampanjen «Riktigere bruk av antibiotika». Da ble HOD så imponert over metoden og resultatene at KUPP fikk prosjektmidler til å spre kampanjen i alle fire helseregioner, og ved kampanjens avslutning i 2017 hadde vi besøkt 1761 fastleger over hele landet.

I perioden september 2018 til juni 2019 fikk 1195 fastleger besøk i kampanjen om «Diabetes type 2 i allmennpraksis».

Primo september 2019 startet vi kampanjen «Riktigere bruk av opioider ved langvarige ikke-maligne smerter». Den fikk en brå slutt 12. mars 2020, da landet ble nedstengt pga. koronapandemien, og fysiske besøk ble umulig. Vi prøvde å etablere en god rutine for digitale besøk, men på det tidspunktet var dette mer teknisk problematisk enn i dag. Totalt 1049 leger fikk besøk om opioider, av dem ble 79 besøk gjennomført digitalt.

Den femte kampanjen pågikk fra august 2021 til juni 2022. Den handlet om «Riktigere bruk av menopausal hormonterapi», og 1309 av Norges fastleger ble besøkt, 197 av dem via pc-skjermen. I september 2022 lanserte KUPP kampanjen «Riktigere bruk av legemidler mot migræne». Den pågikk også gjennom hele 2023, med totalt 1330 besøk. Nå var antallet digitale besøk kommet opp i 362, det vil si over en fjerdedel. Vår sjuende, og foreløpig siste kampanje, «Riktigere bruk av protonpumpehemmere (PPI)» startet i mai 2024, og det er bestemt at den skal løpe ut året 2025. Per 1. september 2025 hadde vi besøkt ca. 1070 leger i hele Norge.

Ansatte ved RELIS og de klinisk farmakologiske enhetene har per 1. september 2025 foretatt over 8000 fastlegebesøk i Norge. Tilbakemeldingen på kampanjene har vært over all forventning. Over 90 pro-

sent av fastlegene som har hatt besøk svarer at de ønsker besøk igjen og mener KUPP er en egnet metode for praksisnær produsentuavhengig legemiddelinformasjon.

Hvordan få besøk fra KUPP

Hvis du, eventuelt sammen med kollegene ved legesenteret, ønsker besøk fra KUPP, er det enkleste å gå inn på KUPP sin hjemmeside på RELIS.no og gå til «Bestill besøk»:

- Bestill besøk – RELIS (<https://relis.no/bestill-besok/>),
- Der kan du legge inn hvor mange leger dere er, hvilke ukedager det passer best med besøk, og legge til en Melding/kommentar om dere har annen informasjon vi bør ta hensyn til.
- Alternativt kan du/dere kontakte det regionale RELIS-senteret via telefon eller e-post. Kontaktinformasjon finnes på: <https://relis.no/kontakt/>.

REFERANSER

1. Avorn J, Soumerai SB. Improving Drug-Therapy Decisions through Educational Outreach—A Randomized Controlled Trial of Academically Based Detailing. *N Engl J Med* 1983; 308: 1457–1463.

ØVRIG EVALUERING OG DOKUMENTASJON AV KUPP

- Langaas HC, Hurley E, Dyrkorn R, Spigset O. Effectiveness of an academic detailing intervention in primary care on the prescribing of non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Eur J Clin Pharmacol*. 2019; 75(4): 577–586.
- Dyrkorn R, Langaas HC, Giverhaug T, Espnes KA, Rowett D, Spigset O. Academic detailing as a method of continuing medical education. *Adv Med Educ Pract*. 2019 Aug 30; 10: 717–725.
- Espnes KA, Nøst TH, Handal M, Skurtveit SO, Langaas HC. Can academic detailing reduce opioid prescriptions in chronic non-cancer pain? *BMC Prim Care*. 2023 Mar 27; 24(1): 84.
- Langaas HC, Salvesen Ø, Dyrkorn R, Blix HS, Spigset O. Academic detailing as a method to improve general practitioners' drug prescribing in type 2 diabetes: evaluation of changes in prescribing. *Scand J Prim Health Care*. 2023; 41(3): 224–231.
- Garcia BH, Langaas HC, Jahnsen JA, Schjøtt J, Nilssen T, Lehnboem EC. Exploring virtual delivery of academic detailing to general practitioners compared with in-person delivery: a qualitative study. *BMJ Open Qual*. 2024; 13(4): e002444.
- Langaas HC, Salvesen Ø, Dyrkorn R, Blix HS, Spigset O. Academic Detailing Compared with Group Meetings to Change Drug Prescribing for Type 2 Diabetes-A Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern Med*. 2024; 39(16): 3243–3252.
- Schjøtt J, Steen IL, Espnes KA, Riedel B. Self-perceived learning outcomes of virtual and in-person academic detailing among general practitioners in Norway. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2024 Feb; 134(2): 284–289.
- Schjøtt J, Steen IL, Espnes KA, Riedel B. KUPP gir økt kunnskap om behandling av migræne i allmennpraksis. *Utposten* 2024; 53(5): 28–31.
- Schjøtt J, Riedel B, Espnes KA. KUPP kan endre praksis hos allmennleger med kort arbeidserfaring.

■ KETIL.ARNE.ESPNE@STOLAV.NO

FÜRST PRØVESVAR – NÅ I KJERNEJOURNAL



Helsepersonell får tilgang til prøvesvar på tvers av behandlingssteder. Prøvesvar fra Fürst er tilgjengelige på sykehuset via Kjernejournal.

Pasientens prøvesvar – en nasjonal tjeneste for prøvesvar. Se mer informasjon på nhn.no

Klimakrisen

– en helsekrise i sakte film

■ YNGVE KISERUD • Fastlege, prosjektarbeider i Bærekraft på legekantoret og universitetslektor Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB

Forskere fra et bredt spekter av ulike fagfelt har i flere årtier varslet om alvorlige konsekvenser dersom ikke utslippene av klimagasser begrenses. Likevel øker de globale utslippene stadig, og har aldri økt raskere enn i 2024. Man får en snikende følelse av at dette ikke kan være så farlig. Eller?

FNs klimapanel kommer hvert sjette år med en synteserapport på klimaets tilstand. Den siste, fra 2023, er skrevet av vel 700 forskere, basert på rundt 14 000 fagfellevurderte vitenskapelige artikler, og er det viktigste faglige grunnlaget for klimaendringene. Den er tydelig på at den globale oppvarmingen er menneskeskapt, og at omfattende og raske utslippsreduksjoner er nødvendig. I 2024 ble det satt ny varmerecord med global temperaturøkning på 1,6 grader sammenlignet med førindustriell tid. Selv om vi gjennomfører planlagt politikk, kan vi gå mot 3,2 graders oppvarming (1).

En trippel krise

Økosystemene har tatt hånd om rundt 50 prosent av våre utslipp, og er våre viktigste

hjelpere. Nedbygging av natur reduserer naturens evne til å håndtere klimagassene. Tilsvarende ser man en forringelse av økosystemene grunnet våre omfattende utslipp av miljøgifter (2). I 2023 gikk naturens opptak av CO₂ kraftig ned, en trend som fortsatte i 2024. Studier tyder på at evnen til å absorbere vårt CO₂-overskudd er i ferd med å forsvinne (3). Man snakker derfor om en trippel krise: klimakrise, naturkrise og forurensningskrise. Disse henger så tett sammen i årsak og løsning at man bør ha alle med i beregningen når man snakker om «klimakrisen».

Naturkrisen skyldes i hovedsak menneskelig arealbruk. *Living Planet Report* fra 2024 viser en global bestandsnedgang i antall dyr, fugler og fisk på 73 prosent siden 1970 (4) (FIGUR 1). Hvor stort stress tåler øko-

systemene før de kollapser? Det prestisjetunge tidsskriftet *Nature* har publisert en artikkel som advarer om at 15 prosent av de marine økosystemene vil oppleve plutselige og betydelige tap av arter innen 2030, med spredning til landbaserte systemer frem mot 2050 (5).

Forurensningskrisen kan illustreres ved at mikroplast er påvist i alle planetens vannfaser, fra havdypene til det tibetanske fjellplatå. I 2022 ble mikroplast påvist i blodet hos mennesker, og i 2024 publiserte *The New England Journal of Medicine* en artikkel som viser at personer med stenoser i halskarene har nesten fem ganger økt risiko for kardiovaskulære hendelser og død dersom disse også inneholder plast (6). Observasjonstiden er enda kort, men tendensen er foruroligende.

ALLE ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES





Irreversible endringer

For å forstå klimakrisens omfang og de langsiktige helsekonsekvensene bør man kjenne til naturens viktigste vippepunkter og selvforsterkende tilbakekoblinger:

- **Uttørring av Amazonas:** Den tørre perioden er blitt fire uker lengre sammenlignet med 1980. Med dagens avskoging, kombinert med global oppvarming, vil skogen kunne transformeres til en savannelignende tilstand innen 2050 (7). Omtrent 200 milliarder tonn av skogens CO₂-lager vil da reintrodueres til atmosfæren og bidra til videre oppvarming. Forsøk viser at fotosyntesen i tropiske skoger kan stoppe opp ved en global temperaturøkning på 3,9 grader (+/- 0,5) (8). Et helsemessig tilleggsmoment er at 25 prosent av våre medisiner er utvun-

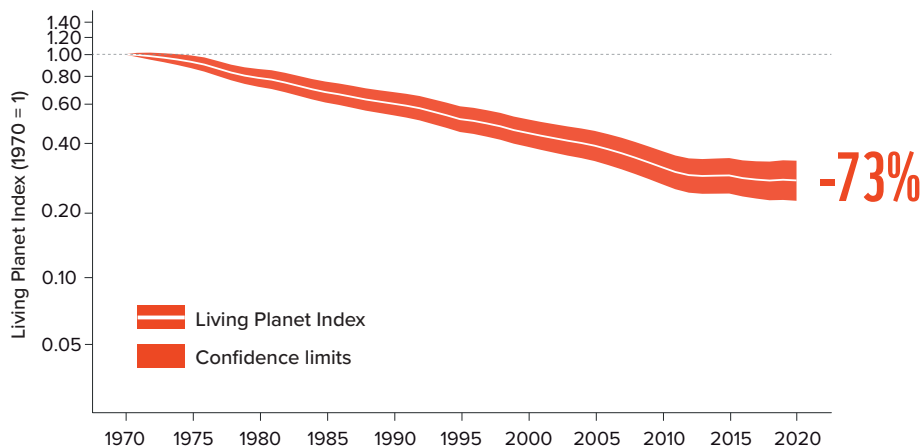
net fra regnskogen, selv om bare fem prosent av skogens biologiske materiale er utforsket. Mister vi regnskogen, låser vi døren til et av fremtidens viktigste medisinskap.

- **Nedsmelting av ismasser:** Grønlandsisen smelter raskt. Etter hvert som mer is smelter, blir iskappen tynnere, og luften rundt den varmes opp. Slik havner man i en selvforsterkende spiral. Mange forskere anser at Grønlandsisen allerede har nådd sitt vippepunkt og gradvis vil smelte vekk de neste 200 årene – uavhengig av klimatiltak. Vestbredden på Antarktis har også vist tegn til instabilitet, og dersom denne «proppen» forsvinner, vil landmassene øke farten på sin vei ut i havet. Disse to vippepunktene vil alene kunne bidra til 14 meters havstigning over de neste hundreårene. I verste fall vil det gå fortere og vi kan få 2,5 meter stigning i dette århundret (1). Øystater vil forsvinne og de fleste av verdens kystbyer må gjennom storstilt evakuering eller tilpasning. Utrygghet, folkeforflytninger og store økonomiske ekstrautgifter er dårlige nyheter for folkehelsen.

ning over de neste hundreårene. I verste fall vil det gå fortere og vi kan få 2,5 meter stigning i dette århundret (1). Øystater vil forsvinne og de fleste av verdens kystbyer må gjennom storstilt evakuering eller tilpasning. Utrygghet, folkeforflytninger og store økonomiske ekstrautgifter er dårlige nyheter for folkehelsen.

- **Kollaps av Golfstrømmen og havstrømmen (Atlantic Meridional Overturning Circulation):** Oppvarming av havet og økt smeltevann fra Grønland kan redusere Golfstrømmens evne til å returnere sydvover i havdypet. I verste fall vil den kunne stoppe opp så tidlig som i 2057 og forårsake en ny istid i Nord-Europa (9). Hav- og landområder lenger syd vil kunne oppleve desto større oppvarming.





FIGUR 1. Den globale Living Planet-indeksen fra 1970 til 2020, basert på 34 836 overvåkede bestander av 5495 virveldyrarter. Den hvite linjen viser indeksverdien, og de skyggelagte områdene viser den statistiske usikkerheten rundt verdien. GRAF: WWF'S 2024 LIVING PLANET REPORT

• **Korallbleking:** Halvparten av de tropiske korallene har forsvunnet siden 1970. Nå er 84 prosent av de resterende korallene avbleket (10). Det er usikkert om de overlever. Ved to graders oppvarming vil også de siste prosentene bli utryddet. (1). Korallrevene er en biologisk hot spot på linje med regnskogen og huser en fjerde-

del av alt kjent liv i havet. Flere hundre millioner mennesker har livet ved korallrevene som sitt næringsgrunnlag.

• **Tining av permafrost:** Det er dobbelt så mye karbon i permafrosten som i atmosfæren. Forskere har anslått at opptining av frosten kan friggi CO₂ og metangass som i dette århundret kan tilsvare utslip-

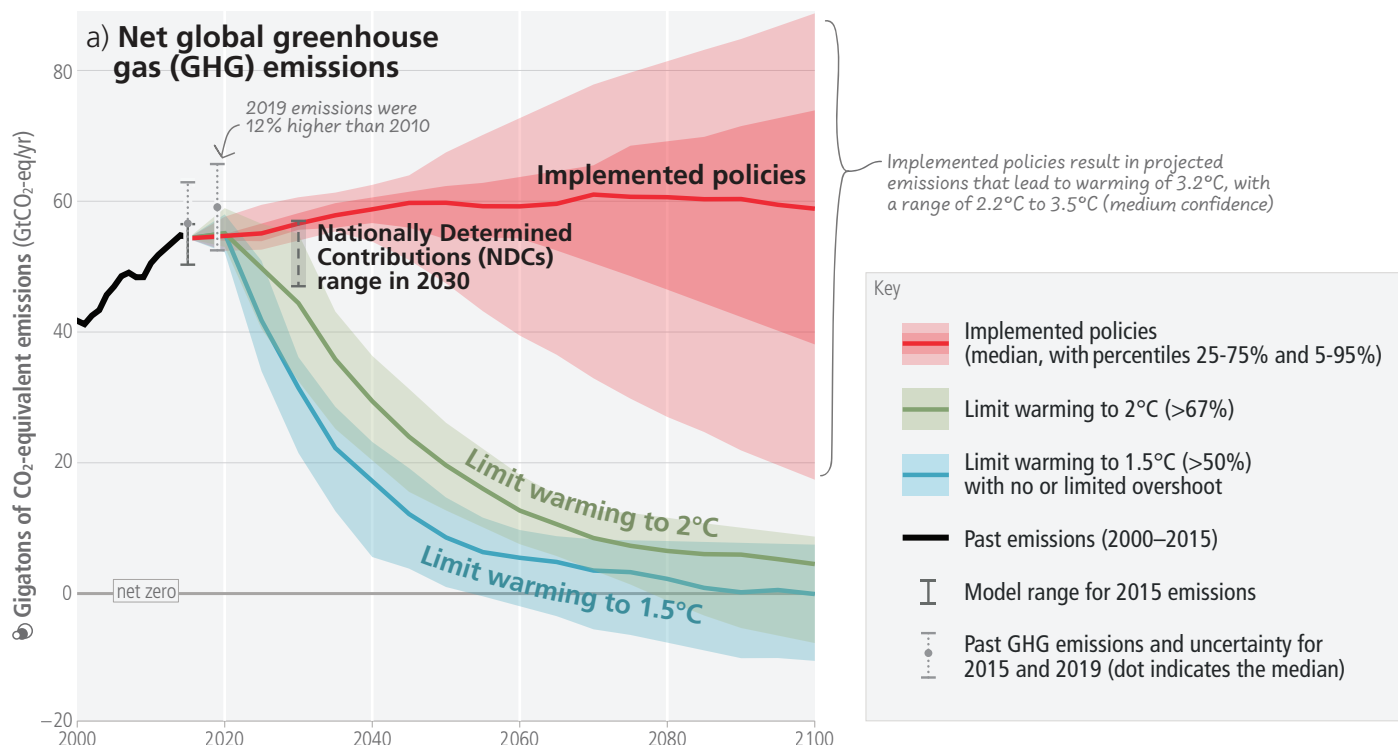
pene fra hele EU (11). I tillegg slippes det ut mikrober som har ligget nedfrosset i hundre- til tusenvis av år. Disse kan være ukjente for vårt immunsystem. I forrige varmeperiode i Sibir i 2016 døde 2500 reinsdyr og to dusin mennesker av antraks frigitt fra permafrosten (12).

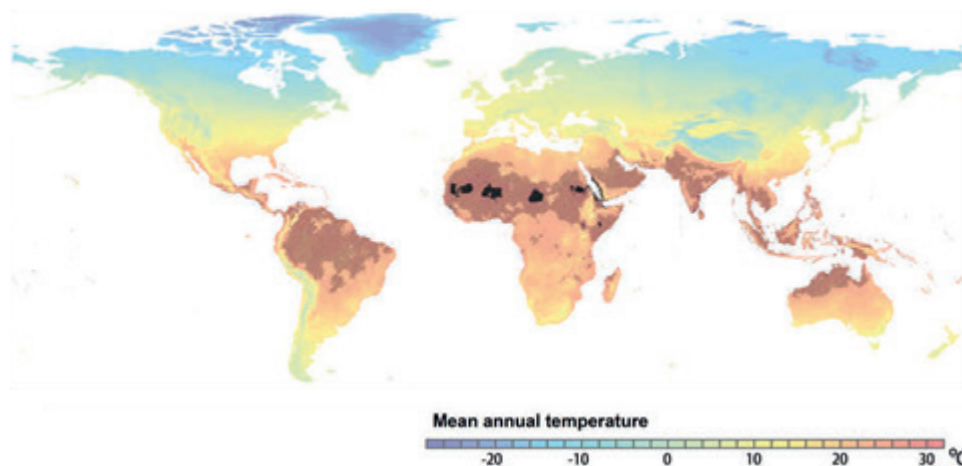
• **Oppvarming og forsurening av marine økosystemer:** Skalldyr er særlig sensitive for pH-enderinger som skyldes CO₂-molekylene havet absorberer. Østers, blåskjell og elvemuslinger er viktige renovatører. De renser vannet for giftige alger, nitrogen og toksiske kjemiske forbindelser. Et blåskjell alene kan rense 100 liter vann i døgnet og er på jobb året rundt. Hvordan blir havet og elvene uten disse renseanleggene? I tillegg kan fytoplankton, som står for drøyt 50 prosent av planetens oksygenproduksjon, i verste fall bli skadelidende. På toppen av dette kan CO₂-bufringen reverseres ved stigende temperaturer, slik at det startes en frigivning av CO₂-molekylene havet tidligere har tatt hånd om. Det dreier seg om 26 prosent av de totale menneskelige utslippene siden førindustriell tid (13).

FIGUR 2. Utslippskutt for å begrense oppvarming til 1,5°C og 2°C. GRAF: CLIMATE CHANGE 2023, SYNTHESIS REPORT, IPCC

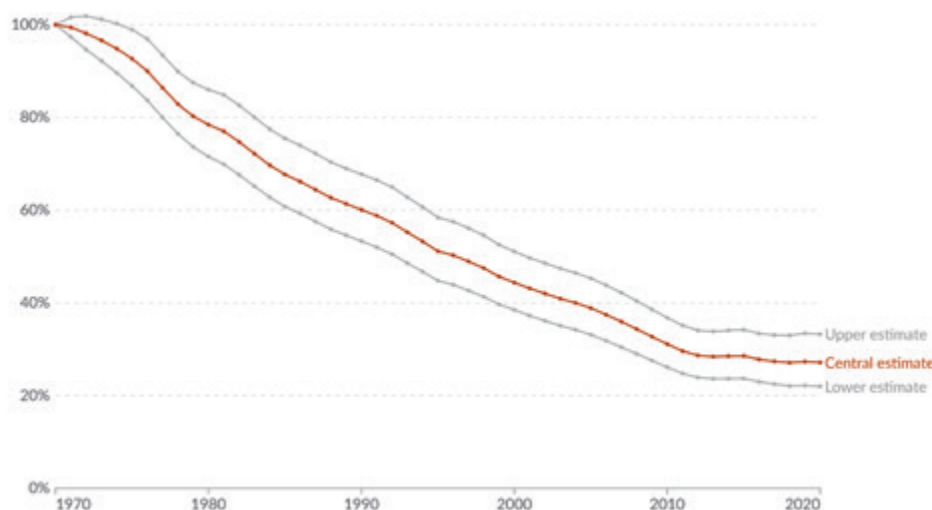
Limiting warming to 1.5°C and 2°C involves rapid, deep and in most cases immediate greenhouse gas emission reductions

Net zero CO₂ and net zero GHG emissions can be achieved through strong reductions across all sectors





FIGUR 3. Utvidelse av ekstremt varme områder i et «business-as-usual»-klimascenarior. I dagens klima er gjennomsnittlige årstemperaturer (MAT) over 29 °C begrenset til de små mørke områdene i Sahara-regionen. I 2070 er slike forhold forventet å forekomme over hele det brune skraverte området i henhold til RCP8.5-scenariet. Uten migrasjon vil dette området i 2070 være hjem for 3,5 milliarder mennesker ifølge SSP3-scenariet for demografisk utvikling. Bakgrunnsfargene viser dagens gjennomsnittlige årstemperaturer (MAT). GRAF: WWW.PNAS.ORG/FUTURE OF THE HUMAN CLIMATE NICHE



FIGUR 4. Living Planet Index (LPI) måler den gjennomsnittlige nedgangen i overvåkede dyrebestander. Indeksverdien viser endringen i bestandsstørrelse for 34 836 populasjoner på tvers av 5497 hjemmehørende arter, relativt til året 1970 (dvs. 1970 = 100 %).

KILDE: WORLD WILDLIFE FUND AND ZOOLOGICAL SOCIETY OF LONDON (2024). GRAF: OUR WORLDINDATA.ORG/BIODIVERSITY

Bekymring

Det er flere, men de nevnte vippepunktene burde være nok til å skape bekymring. Særlig tatt i betraktning at FNs klimamodeller ikke tar vippepunkter og tilbakekoblinger med i sine temperaturfremskrivninger grunnet usikkerheten knyttet til tidslinjer og omfang.

Andre intuitive helsetrusler er allerede kjent for de fleste: flom, tørke og avlingssvikt, vannmangel, spredning av infeksjonssykdommer og mer intense sykloner. Det er gjort beregninger på hvor det er mulig å bo på planeten i 2070 dersom vi ikke når klimamålene: Store områder i Sør-Amerika, Afrika og Sørøst-Asia kan bli så varme at levestandardene havner utenfor «den menneskelige nisje». Dette inkluderer verdens mest folkerike land – India (14). I en situasjon hvor oppimot tre milliarder må finne seg nytt land, og hvor mat og rent vann er en knapphetsressurs, vil verden være en dårlig premissleverandør for grunnleggende helsebetingelser.

Helsevesenet og klimaendringene

Helsevesenet står selv for rundt fem prosent av de globale utslippene og ville vært verdens femte største utslippsnasjon om det var et land (15). Hvilket ansvar legger dette på oss som helsepersonell?

Politiske og teknologiske virkemidler er viktige for å lykkes med utslippsreduksjon. Imidlertid kommer vi ikke i mål uten å endre våre levevaner, både privat og på jobb. Det er i siste instans vårt forbruk av varer og tjenester som medfører naturtap og utslipp av miljøgifter og klimagasser. Hvis alle levde som oss nordmenn, ville vi trenge 3,7 jordkloder. Det er ikke bærekraftig.

Vi står altså i en overforbrukskrise. Mange av tiltakene innebærer derfor ressursbespa-

ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNÉS / KI – ADOBE FIREFLY



KLIMATILTAK FOR ALLMENNLEGER



HVORFOR BRY SEG SOM FASTLEGE?

Helsesektoren står for minst 5,5 % av Norges totale klimautslipp. (1)

Det er over dobbelt så mye som flytrafikken. (2)

Utslippene er noenlunde likt fordelt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester. (1)

Rundt 80% av utslippene fra allmennlege tjenesten er fra medisiner. (3)



HVA KAN LEGEKONTORET GJØRE?

RESIRKULERING

Lag sorteringssystemer, særlig for matavfall, glass og metall

Sats på reparasjon fremfor å kjøpe nytt



ENERGISPARING

Skr av datamaskiner

Bruk bærbare datamaskiner

Bruk tidsstyrt termostatregering

Skr av lyset når man forlater rommet



TRANSPORT

La bilen stå

Ta kurs lokalt. Når dette ikke er mulig - reis kollektivt

Vurdér videokonferanse fremfor fysisk tilstedeværelse på møter



GODE VANER

Unngå unødig bruk av engangsutstyr (eks. bruk sterilisator, vask/sprit hender istedenfor hansker der det er mulig)



HVA KAN LEGEN GJØRE?

VELG PULVERINHALATOR

Inhalatorer utgjør en betydelig del av utslippene tilknyttet fastlegekontorene. (3)

Dersom én pasient erstatter inhalasjonsaerosol med

inhalasjonspulver/respiant, kan man kutte utslippene med 200 - 400 kg CO₂/år. Det tilsvarer 2-3 flyreiser Trondheim-Oslo. (4)

De fleste pasientene har tilstrekkelig teknikk og inspirasjonskraft til å benytte pulverinhalator.



FJERN-KONSULTASJONER?

Vurdér, sammen med pasienten, om fjernkonsultasjon kan være hensiktsmessig



OPPFORDRE PASIENTER

Klimafremmende kan også være helsefremmende

Spis mer plantebasert, redusér inntak av rødt kjøtt

Mer mosjon – gå eller sykle



UNNGÅ OVER-DIAGNOSTISERING OG OVERBEHANDLING

Gjennomgå medisinlister, følg "Gjør kloke valg"- og "Bærekraft på legekontoret"-kampanjene (5,6)



Kilder: 1. "Klimagassutslipp i helse- og omsorgssektoren". Helsedirektoratet (2023) 2. "Høring - rapporten fra ekspertutvalget for klimavennlige investeringer". Den norske legeforening (2022) 3. "Sustainable and environmentally friendly general practice". British medical association (2020). 4. "Nytt om legemidler". Statens legemiddelverk (nr 18, 2019). 5. "Gjør kloke valg". Den norske legeforening (2023). 6. "Prosjekt - Bærekraft på legekontoret". Norsk forening for allmennmedisin (2023).

Konkrete tips til egen arbeidsdag.

mennleger» til venstre på denne siden. Den er laget av Norsk forening for allmennmedisin (17). Dersom man trenger en bredere oversikt over systematisk klimaarbeid, kan man begynne med «Helsedirektoratets veikart mot en bærekraftig, lavutslipps- og klimatilpasset helse- og omsorgstjeneste» (15). Det viktigste er å la seg engasjere, og på det personlige planet vil man etter hvert oppdage at et bærekraftig liv kan være et godt liv. Overforbruk kan byttes mot livets egentlige luksus: vakre solnedganger, lange turer i skogen, fuglesang, gode samtaler, eller nykøkt kaffe i teltåpningen.

Valget

Filosofen Immanuel Kant oppfordrer oss til å respektere vår moralske side, og slik kunne få oppleve tilfredsstillelsen ved å ta gode moralske valg. Og velge må vi: korallrev eller vekst, kjøtt eller Amazonas, olje eller vinter. La valgene bli noe vi kan fortelle våre barnebarn om – uten å måtte vike med blikket.

REFERANSER

1. https://www.ipcc.ch/report/ar6/syr/downloads/report/IPCC_AR6_SYR_SPM.pdf (side 17 og 22).
2. <https://tidsskriftet.no/2024/05/fra-fagmiljoene/interessesgruppe-miljogifter-og-folkkehelse>.
3. <https://academic.oup.com/nsr/article/11/12/nwae367/7831648>.
4. <https://www.worldwildlife.org/publications/2024-living-planet-report>.
5. The projected timing of abrupt ecological disruption from climate change. Nature.
6. Microplastics and Nanoplastics in Atheromas and Cardiovascular Events. New England Journal of Medicine.
7. <https://www.sciencealert.com/amazon-rainforest-facing-drastic-collapse-from-2050-scientists-warn>.
8. Tropical forests are approaching critical temperature thresholds. Nature
9. <https://council.science/wp-content/uploads/2024/07/Global-Foresight-Report-2024-FINAL.pdf> (side 18).
10. <https://icriforum.org/4gbe-2025/>.
11. Thawing 'country of permafrost' likely to emit as much greenhouse gas as a large industrial nation. Folio.
12. Could microbes, locked in Arctic ice for millennia, unleash a wave of deadly diseases?
13. <https://bjerkes.uib.no/laer-om-klima-2/faktasider/havforsuring>.
14. <https://www.pnas.org/doi/full/10.1073/pnas.1910114117>.
15. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/veikart-mot-en-baerekraftig-lavutslipps-og-klimatilpasset-helse-og-omsorgstjeneste>.
16. <https://www.voresbaerdtyghed.rm.dk/baerdtyghedskataloget/mindre-forbrug/brug-minde-lejepapir/>.
17. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/17af95602b4741abaeb854e85676000a/plakat-klimatiltak-for-allmennleger-v3.pdf>.
18. Er norsk kjøtt bærekraftig og klimavennlig? Hva med drøvtyggere? – matforhelsen.no – Lege og ernæringsforeningen.

YNGVE.KISERUD@UIB.NO

relser, men kan samtidig ha en positiv synergieffekt i bedre helsetjenester og høyere livskvalitet for lege og pasient. Å gjøre mange inngripende endringer på én gang er svært utfordrende, men dette kan man angripe som man spiser en elefant – én bit om gangen. Små endringer gir store utslag dersom mange nok utfører dem. Eksempelvis kan man ved å vaske undersøkelsesbenken med litt såpevann i stedet for å dekke den med papir spare 3,5 kg CO₂ per rull uten at man taper hverken tid, penger eller helse. Randers sykehus i Danmark har stort sett faset ut papirbruken og beregnet en utslippsreduksjon tilsvarende 38 bilturer fra Randers til Roma – per år (16). Som et annet eksempel kan man til lungepasienter forskrive inhalasjonspulver i stedet for aerosol og dermed unngå potente drivhusgasser (hydrofluor-karboner). Da sparer man utslipp av CO₂-ekviva-

lenter tilsvarende to til tre flyturer Oslo-Trondheim per år per pasient (17).

Andre endringer kan kreve en større mental omstilling, som å ta kurs lokalt fremfor å fly til andre siden av landet, eller å endre sitt eget, eller pasientenes, kosthold til å bli mer plantebasert. I dag brukes 90 prosent av dyrket mark i Norge til å produsere dyrefôr (18). Areal som benyttes til å dyrke planter vi kan spise direkte er fire ganger så energieffektivt. Da vil 75 prosent av arealet kunne bli frigitt til andre formål, som for eksempel naturrestaurering. Samtidig ville metanproduksjonen fra storfeets gressfermentering reduseres. Å følge de nordiske kostrådene er en god start.

Det er lett å bli både forvirret og desillusjonert i jungelen av råd og tiltak. For en oversikt over konkrete tips til sin egen arbeidsdag, se plakaten «Klimatiltak for all-

Ønsker hun en svelgetablett eller tyggetablett?

Kjenner du til Kalcipos?

Kalcipos brukes for forebygging og behandling av kalsium og vitamin D-mangel hos eldre.¹ Eller som et vitamin D og kalsiumsupplement i tillegg til spesifikk osteoporosebehandling hos pasienter med risiko for vitamin D- og kalsiummangel.¹ Tablettene er beregnet for voksne over 18 år og doseres daglig.¹ Svelges hele med vann. Kan ev. knuses eller deles ved behov.¹

Mengde kalsium i preparatet er under vanlig anbefalt daglig inntak.¹ Preparatet er derfor primært beregnet til pasienter med behov for vitamin D- tilskudd utover inntak av 500-1000 mg kalsium daglig via maten.¹ Kalsiuminntak via maten bør beregnes av forskriver.¹



Utvalgt sikkerhetsinformasjon:¹

- Kalcipos er kontraindisert ved: Hyperkalsemi, hyperkalsiuri samt sykdommer og/eller tilstander som fører til hyperkalsemi og/eller hyperkalsiuri (f.eks. myelom, benmetastaser, primær hyperparatyreoidisme), nefrolitiasis, nefrokalsinose, hypervitaminose D, og nyresvikt.
- Kalcipos bør forskrives med forsiktighet til pasienter med sarkoidose.
- Hjelpstoffer: Inneholder sukrose.

Kalcipos®-Vitamin D
kalsium, kolekalsiferol

Ved graviditet skal daglig inntak ikke overskride 1500 mg kalsium og 600 IE vitamin D.¹ Skal derfor ikke brukes rutinemessig for forebygging av kalsium- og vitamin D-mangel i svangerskapet, men kan brukes til gravide som har stor risiko for å utvikle hypokalsemi, eller som allerede har kalsium- og vitamin D-mangel.¹

Kan brukes under amming. Kalsium og vitamin D₃ går over i morsmelk.¹

Oppbevaring: Oppbevares i originalpakningen for å beskytte mot lys. Hold beholderen tett lukket for å beskytte mot fuktighet.¹

Kalcipos (kalsiumkarbonat, vitamin D₃): refusjon og pris Reseptgruppe C.

Pakninger og priser: 90 tabletter koster: kr 196,80.²

Kalcipos kan for enkelte diagnoser gis individuell stønad på blå resept, se vedlegg 1, til folketrygdløven § 5-14, blåreseptforskriften.³

Få oversikt over aktuelle diagnosekoder og vilkår i fulltekst på Helsedirektoratets nettsider ved å skanne QR-koden.



Ytterligere informasjon preparatomtalen, SPC: Kalcipos (11.11.2024)



Referanser:

1. Kalcipos SPC (11.11.2024), avsnitt 2., 3., 4.1, 4.2, 4.3, 4.6. og 6.4.

2. Kalcipos, Felleskatalogtekst basert på SPC 11.11.2024

3. Helsedirektoratet, rundskriv, kapittel 5, stønad til helsetjenester, Vedlegg 1 til § 5-14 legemiddellisten, legemidler, kalsiumpreparater
Sist faglig oppdatert: 23.04.2024

Viatri AS
Hagaløkkveien 26 | Pb 194 – 1371 Asker, Norge infor norge@viatri.com | D-vitaminmangel.no



PH.D. – HVORFOR DET?

Et verktøy for bedre sam

■ CATHRINE ABRAHAMSEN • Fastlege Tønsberg kommune med nyslått doktorgrad fra UiO

Jeg er 52 år og har jobbet som fastlege siden 2007. Det mest meningsfulle i jobben min er å hjelpe pasienter til å ta mer ansvar for egen helse og mestre hverdagen bedre.

Over tid har jeg blitt mer opptatt av hvordan kommunikasjon kan bidra til at pasienter opplever mer mestring og får bedre helseutfall, og særlig har jeg vært opptatt av pasienter med **medisinsk uforklarte fysiske symptomer (MUPS)**.

MUPS-pasienter opplever ofte plagsomme symptomer uten medisinsk forklaring. Mange føler seg misforstått eller stigmatisert, og som lege står man ofte uten gode verktøy. Jeg erfarte frustrasjon i møte med disse pasientene: Sykemeldinger eller henvisninger førte sjelden til forbedring, og konsultasjonene kunne føles utilstrekkelige. Dette ga motivasjon til å utvikle et strukturert samtale-verktøy som kunne styrke både pasientens mestring og legens rolle. Verktøyet skulle også hjelpe legen med å gi pasienten en forståelig forklaring på plagene, samt legge til rette for konkret og positiv atferds-aktivering både på jobb og hjemme.

- legge vekt på pasientens ressurser,
- strukturere samtalen,
- støtte legen i vurdering av sykmelding.

Inspirasjonen kom i 2015 under et kurs i kognitiv terapi, hvor jeg ble kjent med «problemliste», et enkelt verktøy for strukturert samtale. Jeg tilpasset ideen til fastlegepraksis, og det resulterte i **Individual Challenge Inventory Tool (ICIT)**. ICIT gir pasientene mulighet til å reflektere over utfordringer og ressurser, samtidig som legen får et strukturert grunnlag for å vurdere tiltak.

Å ta ph.d. har også vært personlig utviklende og krevende ved siden av fastlegejobben. Jeg har opplevd å ta denne «forskerlappen» som en milepæl som styrket faglig nysgjerrighet, kritisk tenkning og evnen til å lese fagartikler mer systematisk og reflektert. Dette har gitt meg nye perspektiver i klinisk praksis og motivasjon til å stille nye spørsmål.



«Bodil» (under) dukket opp i Cathrines disputasmiddag.

Hvorfor ph.d.?

Jeg ønsket å finne en bedre måte å møte MUPS-pasienter på og utvikle et verktøy som kunne:

Hvordan ble studien gjennomført?

Forskningen ble organisert i tre studier:

Forskningen til Cathrine Abrahamsen har vakt stor interesse.



1. Fokusgrupper med fastleger

Vi intervjuet åtte fastleger i to fokusgrupper for å undersøke om ICIT var nyttig og gjennomførbart i norsk praksis. Fastlegene rapporterte at verktøyet hjalp dem med å strukturere konsultasjonene, tydeliggjøre problemstillinger og oppdage nye sider ved pasientene. Mange av legene opplevde mindre utmattelse og økt mestring i møtene med pasientene.

2. Klynge-randomisert kontrollert studie (cRCT)

Totalt 103 fastleger, organisert i ti grupper, rekrutterte 541 pasienter til studien. Målet var å se om ICIT kunne påvirke pasientenes funksjon, symptomer, livskvalitet og sykefravær. Resultatene viste at 76 prosent av pasientene i ICIT-gruppen rappor-

taler i allmennpraksis



Disputasleder Magne Nylenna, komiteleder Anne Kveim Lie, andreopponent Helena Liira (F), førsteopponent Tim Holde Hartmann (NL) og foran Cathrine Abrahamsen.

terte forbedring i funksjon, symptomer og livskvalitet, mot 38 prosent i kontrollgruppen. Sykefraværet ble redusert med 27 prosent i ICIT-gruppen, mot fire prosent i kontrollgruppen etter 11 uker.

3. Prediktorstudie

Vi undersøkte hvilke pasient-karakteristikker som kunne forutsi effekt av ICIT. Få faktorer var signifikante, men pasienter som bodde alene eller mottok langtidsytelser hadde særlig stor nytte. Totalt tyder funnene på at ICIT var nyttig for de fleste pasientene, uavhengig av bakgrunn eller sosiale forhold.

Hva vi fant

ICIT ser ut til å være et nyttig verktøy både for leger og pasienter:

- Fastleger rapporterte bedre struktur og mestring i konsultasjonene.
- Pasientene rapporterte forbedret funksjon, færre symptomer og økt livskvalitet.

- Sykefraværet ble redusert betydelig sammenlignet med kontrollgruppen.
- Effekten var tydelig på tvers av ulike pasientgrupper, men særlig stor hos de som bodde alene eller mottok langtidsytelser.

Dette viser at strukturert kommunikasjon kan ha stor betydning i fastlegepraksis. ICIT styrker både pasientens mestring og legens evne til å håndtere utfordrende konsultasjoner.

Personlig refleksjon

Å gjennomføre ph.d. har vært faglig og personlig utviklende. Jeg har lært å lese fagartikler mer kritisk og systematisk, blitt mer nysgjerrig på forskning og hvordan evidens kan anvendes i klinikk, og fått større innsikt i hvordan kommunikasjon påvirker pasientenes helseutfall.

Betydning for fastlegepraksis

ICIT kan være et praktisk verktøy i møte med utfordrende pasientgrupper som MUPS. Verktøyet:

- gir en strukturert ramme for konsultasjoner,
- styrker pasientens egen refleksjon og mestring,
- støtter legen i vurdering av tiltak som sykmelding.

Etter at studien var avsluttet, og de 103 fastlegene som hadde deltatt hadde fått erfaring med ICIT, kom spørsmålet raskt: «Kommer det flere kurs?» Da forstod jeg at dette ikke kunne bæres av én person alene.

Sammen med min gode venn og kollega Kari Kogstad har jeg derfor bygget videre på arbeidet, og vi har nå lært opp snart 30 prosent av alle landets fastleger, med Kari som kursleder. Behovet for flere lærerkrefter meldte seg tidlig, og med støtte fra Legeforeningens kvalitetsfond har vi kunnet utdanne nye ICIT-veiledere. I dag har vi et solid «crew» med fastlegene Benedicte Wardemann, Hanna Tangen, Sara Grodås

og Mathias Skogli, som sammen med oss holder kurs rundt om i landet.

En gjenganger på kursene er pasienten «Bodil», spilt av Kari Kogstad. Gjennom rollespill formidler hun på en gjenkjennelig og engasjerende måte hvordan møter med pasienter med medisinsk uforklarte plager kan oppleves. Kari Kogstad har naturlig nok blitt godt kjent med Bodil gjennom å være henne, og etter et kurs i vår sa hun: «Nå vet jeg hva det er disse pasientene holder på med. De kjemper for verdighet!» Bodil har etter hvert blitt en slags «maskot» for ICIT, og hun dukket til og med opp i talen til fastlegen under min disputasfest.

Tilbakemeldingene fra kursene er gjennomgående svært gode. Mange fastleger beskriver ICIT som praksisendrende, og gir uttrykk for at de har fått et nytt verktøy de kan bruke i møte med pasienter som ellers er krevende å følge opp.

Veien videre

Selv om resultatene er lovende, trengs det oppfølgingsstudier for å vurdere langtids-effektene av ICIT. Erfaringene fra ph.d.-prosjektet viser at strukturert kommunikasjon kan utgjøre en stor forskjell både for pasienter og leger, og at ICIT kan være et viktig bidrag til å styrke en bærekraftig primærhelsetjeneste. Det er jo veldig gøy, da!

AI brukt til språkforbedring.

■ ICITDOC@GMAIL.COM



KRONISKE SMERTER**Randomiserte pasienter til ACT-kurs**

Gruppebasert aksept- og forpliktelsesterapi (ACT) er en tverrfaglig, gruppebasert behandling av pasienter med kroniske smerter. En studie som utgår fra Smerteklinikken ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, har testet ut effekten blant pasienter med ikke-krefrelatererte smerter. I alt 122 pasienter ble randomisert til vanlig oppfølging hos fastlege eller til deltagelse på ACT-kurs med tre gruppesamlinger hver på tre dager. 81 pasienter fullførte ACT-opplegget, og disse rapporterte signifikant bedring i smertemestring og signifikant økt aktivitetsnivå, sammenlignet med kontrollgruppen. Også ved oppfølging etter seks og tolv måneder, var effekten den samme, med en trend i retning ytterligere forbedring. Det var ingen signifikant forskjell på intervensjons- og kontrollgruppen når det gjaldt endring i primærutfallene som var smerteintensitet og helserelatert livskvalitet.

● Canadian Journal of Pain, (L. Danielsson et al), juli 2025, doi: 10.1080/24740527.2025.2515106



ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNES / I - ADORÉ PREFFY

ETTERLATTE VED SELVMORD**Ulik helsehjelp og suicidfare**

Norske forskere har kartlagt bruk av helsetjenester hos etterlatte ved selvmord to år før og tre år etterpå, og de har sett på risikoen for at de etterlatte selv tar sitt eget liv. Etterlatte med høy bruk av helsetjenester innen psykisk helsevern både før og etterpå, hadde størst risiko for selv å ta sitt eget liv. Denne gruppen var imidlertid liten. Tre av ti etterlatte hadde bare vært hos fastlegen, og disse bestod av en høyere andel av eldre og lavutdannede. De som bare hadde oppsøkt fastlege, hadde også høyere selvmordsrisiko enn de med samlet lav helsetjenestebruk – som utgjorde over halvparten av de etterlatte. Lav helsetjenestebruk var ikke forbundet med økt selvmordsrisiko, og det samme gjaldt etterlatte med økt akutt helsetjenestebruk hos fastlege og i psykisk helsevern. Disse utgjorde snaut ti prosent, med høyere andel kvinner og høyutdannede.

● Journal of Psychiatric Research (S Bélanger et al), mai 2025, doi: 10.1016/j.jpsychires.2025.03.036



FOTO: JONAS VALANDER / BERNARDINI / ILLUSTRASJONSFOTO

PSYKISK HELSEVERN-HENVISNING**Frustrert over fastlegen**

Hvordan ser pasienter på fastlegens rolle som portvokter ved henvisning til psykisk helsevern? Det er undersøkt i en kvalitativ studie blant ni kvinner og fire menn i alderen 20 til 43 år. Deltagerne hadde vært henvist til spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern) i løpet av de siste to årene. I intervjuer med pasientene kom det frem at de ofte opplevde liten støtte fra uinteresserte fastleger. De fikk ikke den informasjonen de trengte og synes at prosessen rundt henvisning var vanskelig. I intervjuene ble det spesielt lagt vekt på kommunikasjon, medbestemmelse og utfordringer knyttet til å finne frem til hjelp i helsevesenet. I hvilken grad fastlegen validerte pasientens følelsesmessige stress, hadde stor påvirkning på pasienten. Pasientene opplevde også at det var tilfeldig hvilken praksis fastlegen hadde når det gjaldt henvisning. Intervjuene avdekket at pasientene følte seg maktesløse, frustrerte og personlig ansvarlige for vanskelighetene knyttet til henvisning til psykisk helsevern – noe som ofte forverret de psykiske plagene deres. Deltagerne i studien ble rekruttert via blant andre sosiale medier, og intervjuene ble gjennomført høsten 2021.

● Journal of Primary Care & Community Health (S Sørum et al), juli 2025, doi: 10.1177/21501319251350601



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES / SHUTTERSTOCK

RCT-STUDIE OM SØVNVANSKER**Selvhjelpsbok bedre enn enkle råd**

I en randomisert kontrollert studie (RCT), med pasientdata via PraksisNett, har forskerne sammenlignet aktiv bruk av selvhjelpsbok med det å få utdelt skriftlig informasjon med enkle råd om søvnhygiene. Deltagerne i studien hadde siste seks måneder fått en resept fra fastlegen på sovepiller (zopiklon og zolpidem). Pasientene ble randomisert til enten å få ett ark med råd om gode søvnvaner eller en selvhjelpsbok, der innholdet var basert på prinsipper fra kognitiv terapi. Nær 73 prosent (125 personer) av deltagerne fylte ut spørreskjema ved oppfølging etter fire til fem måneder. Blant de som brukte selvhjelpsboken, ble daglig bruk av sovepiller redusert fra en andel på 25,5 prosent til 18,6 prosent, mens andelen i den andre gruppen steg fra 21,2 prosent til 22,7 prosent. Rapportert angst ble redusert fra 32,1 prosent til 23,2 prosent i selvhjelpsbok-gruppen, mens andelen med angst blant de som bare fikk arket med søvnråd, steg fra 27 prosent til 31,7 prosent. Problemer med innsovning ble redusert i begge intervensjonsgruppene. Andelen som rapporterte depresjon, var uforandret for begge intervensjonsgruppene.

● Scandinavian Journal of Primary Health Care (B Bjorvatn et al), juni 2025, doi: 10.1080/02813432.2025.2525423

9027

pasienter med gjennomsnittsalder på 44,6 år inngår i en ny studie fra det store nasjonale prosjektet *Depresjon i allmennpraksis, GP-DEP Study*. Forskerne har sett på tilbakefall av depresjon knyttet til ulike behandlingsforløp. Nesten halvparten av pasientene med depresjon havnet i referansegruppen, som var oppfølging hos fastlegen i én måned. Nær en tredel var fulgt opp av fastlegen over seks måneder, nær én av ti hadde fått antidepressiva i 12 måneder, og under fem prosent var fulgt opp i ett år i spesialisthelsetjenesten. De som fikk behandling med antidepressiva hadde like stor risiko for tilbakefall som referansegruppen. Blant de øvrige gruppene var tilbakefallsrisikoen størst hos dem som fikk oppfølging hos fastlege i over 12 måneder. Forskerne understreker imidlertid at det ikke kan trekkes sikre konklusjoner fordi de ikke har informasjon om alvorlighetsgraden av depresjon.

● BMC Primary Care (S Riiser et al), april 2025, doi: 10.1186/s12875-025-02825-x



FOTO: GETTY IMAGES / SHUTTERSTOCK

FØRSTE VAKSINE MOT RSV!¹

AREXVY
VAKSINE MOT RESPIRATORISK SYNCYTIALVIRUS (RSV)
(REKOMBINANT, MED ADJUVANS)

DU KAN NÅ VAKSINERE MOT RSV MED AREXVY

Eldre voksne har økt risiko for
alvorlig RSV-infeksjon²

SAMLET VAKSINE-EFFEKT
MOT RSV-LRTD^{3,4}

82,6 %

(96,95 % KI 57,9 til 94,1)

PRIMÆRT ENDEPUNKT*

AREXVY (7 tilfeller av 12 466),
placebo (40 tilfeller av 12 494)

SAMLET VAKSINE-EFFEKT MOT
RSV-LRTD HOS PASIENTER MED
MINST 1 KOMORBIDITET^{†3,4}

94,6 %

(95 % KI, 65,9 til 99,9)

SEKUNDÆRT ENDEPUNKT*

AREXVY (1 tilfeller av 4 937),
placebo (18 tilfeller av 4 861)

Arexvy er indisert for aktiv immunisering for forebygging
av nedre luftveissykdom (LRTD) forårsaket av
respiratorisk syncytialvirus hos voksne ≥ 60 år.
Bruk av Arexvy skal være iht. offentlige anbefalinger.

Vaksinering skal 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.

*Median oppfølgingstid 6,7 måneder

[†]Komorbiditeter assosiert med økt risiko for alvorlig RSV-infeksjon: Kols, astma,
kronisk luftveis-/lungesykdom, kronisk hjertesvikt, endokrinometabolske tilstander
(diabetes type 1 og 2, avansert lever- eller nyresykdom)^{3,4}

Arexvy kan koadministreres med vanlig influensavaksine

Kan gis samtidig med sesonginfluensavaksine (kvadrivalent, standarddose, uten adjuvans, inaktivert). Samtidig og separat administrering er non-inferior, imidlertid ble det observert en numerisk lavere RSV-A og B-nøytraliserende titer og numerisk lavere hemagglutinasjons hemningstiter for influensa A og B ved samtidig administrering av Arexvy og inaktivert sesonginfluensavaksine, enn når de ble administrert separat. Den kliniske relevansen av dette er ukjent. Vaksinene bør administreres på ulike injeksjonssteder.

Dosering: Administreres som en enkelt dose på 0,5 ml. Behov for revaksinasjon med en påfølgende dose er ikke fastslått.

Pris: 2342,50 kr per sett (1 hetteglass pulver til injeksjonsvæske, 1 hetteglass 0,5 ml suspensjon til injeksjonsvæske). Arexvy er ikke refundert av det offentlige og må betales av den enkelte.

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

Referanser: 1. EMA <https://www.ema.europa.eu/en/news/first-vaccine-protect-older-adults-respiratory-syncytial-virus-rsv-infection> 2. Falsey AR, Hennessey PA, Formica MA, Cox C, Walsh EE. Respiratory syncytial virus infection in elderly and high-risk adults. N Engl J Med. 2005;352(17):1749-1759. 3. Arexvy preparatomtale 4. Papi A, Ison MG, Langley JM, et al. for the ARESVI-006 Study Group. Respiratory syncytial virus prefusion F protein vaccine in older adults. N Engl J Med. 2023;388(7):595-608.

GSK

GlaxoSmithKline AS
Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo
Telefon 22 70 20 00 • gskpro.com/nb-no

Trade marks are owned by or licensed to the GSK group of companies.
©2023 GSK group of companies or its licensor.
PM-NO-RSA-JRNA-230001 september 2023

Kort om samfunnsmedisin

Samfunnsmedisin er medisinsk kompetanse om samspillet mellom helse og samfunn. Denne setningen er vår «elevator pitch» som du kan bruke på en kort heistur for raskt å presentere hva faget er. Setningen kan brukes i trappa også – ja, egentlig hvor som helst!

Formuleringen har en historisk bakgrunn. Da det medisinske fakultetet skulle etableres i Christiania i 1814, ble det først ansatt tre professorer i fagene anatomi, kirurgi og indremedisin. I 1824 ble Christianias stadsfysikus ansatt som den fjerde professoren, fordi «Norge trengte også medisinsk kompetanse om samspillet mellom helse og samfunn» (1).

Begrepet samfunnsmedisin ble første gang brukt i Norge i forbindelse med planleggingen av medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø (2). Samfunnsmedisin ble et eget fagområde og institutt ved siden av klinisk medisin og medisinsk biologi fra 1973 (3).

Spesialiteten samfunnsmedisin og medisinsk kompetanse

Spesialiteten samfunnsmedisin ble etablert i 1984. Innholdet i begrepet «medisinsk kompetanse» beskrives i formålsparagrafen i forskrift om nasjonal retningslinje for medisინutdanning (4). Her står det blant annet at «Kandidaten skal ha kompetanse i å fremme god helse» og at «Helse forstås som et resultat av interaksjon mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer på individ- og systemnivå».

Samspillet mellom helse og samfunn

Begrepet helse er altså resultat av ulike interaksjoner og varierer med samfunnsforhold, oppfatninger og historie (5).

Begrepet samfunn brukes både om grupper av mennesker og om sett av strukturer. Mennesker er knyttet til hverandre i samfunn fordi vi for eksempel bor i samme område, har samme yrke eller samme kultur. Strukturene i et samfunn er blant annet politiske styringssystemer, juridiske rammer, tilsyns- og kontrollmekanismer, organisering og finansiering av tjenester, prioritering og verdigrunnlag (6).

I forarbeidene til endringer i folkehelse-loven (7) står det at «Samfunnsmedisin kombinerer medisinsk kunnskap og kunnskap om hvordan samfunnsmessige faktorer på-

virker helsen til en befolkning (...)». Forde-lingen av risikofaktorer i en befolkning er et sentralt tema i folkehelsearbeidet slik folkehelse-loven fastsetter det. Analyser av samspillet kan omfatte forhold både i nærmiljøet, regionalt, nasjonalt og internasjonalt. Miljøfaktorer som påvirker helsen er for eksempel infeksjonssykdommer, støy og forurensing. Et annet sentralt tema er organisering av helse- og velferdstjenestene, og om tjenestene er tilgjengelige og virksomme for målgruppene. I beredskapsarbeidet er oppgaven til samfunnsmedisineren å bidra til at helsehensyn blir tilstrekkelig ivaretatt både i overordnede risiko- og sårbarhetsanalyser, planverk og tiltaksplaner.

Hvor arbeider samfunnsmedisinere?

Samfunnsmedisinsk kompetanse er nødvendig innenfor en rekke samfunnsområder og relevant både i utvikling av kunnskapsgrunnlag, i planlegging og i ledelse. Over halvparten av spesialistene i samfunnsmedisin arbeider i kommunene og noe over 20 prosent i staten (8). I 2025 publiserte Helsedirektoratet den nye veilederen om «Kommunens organisering av kommuneoverlegefunksjonen og samfunnsmedisinsk arbeid i kommunen» (9). Samfunnsmedisinere arbeider også i spesialisthelsetjenesten, ved universiteter og høyskoler, i frivillige organisasjoner nasjonalt og internasjonalt, i mellomstatlige organisasjoner som FN, WHO, EU og i privat sektor.

Samfunnsmedisinen i folkehelsearbeidet

Samfunnsmedisin er et medisinsk fagområde, mens folkehelsearbeid er en tverrfaglig, tverrsektoriell og politisk samfunnsoppgave (10). Folkehelsearbeid omfatter befolkningsrettede (universelle) og grupperettede (selektive) tiltak (11) innenfor alle samfunnssektorer. De ulike samfunnssektorene har ulike oppgaver og virkemidler i arbeidet for bedre folkehelse og utjevning av sosiale helseforskjeller (12). En god skole og tilrettelegging for fysiske møteplasser

i nærmiljøet er universelle tiltak. Samfunnsmedisinerens bidrag i folkehelsearbeidet er medisinsk kompetanse som grunnlag for faglige råd til utarbeiding av kunnskapsgrunnlag, plan- og tiltaksutvikling og evaluering av innsatsen.

Kortversjonen om faget

Det er skrevet mye og langt om spesialiteten samfunnsmedisin. Innholdet i spesialiteten er i utvikling, slik samfunnet også er.

Samfunnsmedisin er medisinsk kompetanse om samspillet mellom helse og samfunn. Slik var det i 1824, og slik er det i 2025. Setningen er vår «elevator pitch» som forteller hva kjernen i samfunnsmedisinen er.

REFERANSER

1. Larsen Ø. Samfunnsmedisinspesialitetens vekst og fall – og ny vekst. Michael 2024; 21(3): 314.
2. Larsen Ø. Samfunnsmedisin – ord og begreper. Michael 2016; 13: 86–103.
3. Medisinsk Studieplan Universitet i Tromsø (1971) [https://www.nb.no/items/a59dfd099cf1de6c3ae30bfdd388800a?page=0&searchText=Medisinsk%20Studieplan%20Universitet%20i%20Troms%C3%B8%20\(1971\)](https://www.nb.no/items/a59dfd099cf1de6c3ae30bfdd388800a?page=0&searchText=Medisinsk%20Studieplan%20Universitet%20i%20Troms%C3%B8%20(1971)).
4. FOR-2020-01-03-21. Forskrift om nasjonal retningslinje for medisინutdanning. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-01-03-21>. Lest 26.5.25.
5. Helse. <https://no.wikipedia.org/wiki/Helse>. Lest 26.5.2025.
6. Samfunn. <https://lille.sn.no/samfunn>. Lest 26.5.2025.
7. Kap. 8.7.4 første avsnitt i Prop. 82 L (2024–2025) Endringer i folkehelse-loven m.m. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-82-l-20242025/id3094986/>. Lest 26.5.2025.
8. Taraldset A. Samfunnsmedisinspesialitetens vekst og fall – og ny vekst. Michael 2024; 21: 298–302.
9. Helsedirektoratet. Veileder til lov og forskrift. Kommuneoverlege – kommunens organisering av kommuneoverlegefunksjonen og samfunnsmedisinsk arbeid. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommuneoverlege>. Siste faglige endring 12. mai 2025.
10. Mæland JG. Samfunnsmedisin og folkehelsearbeid. Michael 2016; 13: 110–9 i Nylenna M. Hva er samfunnsmedisin? Tidsskr Nor Legeforen 2019; 139 (17).
11. Folkehelseinstituttet. Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelse-tiltak. En kunnskapsoversikt. Rapport 2018.
12. § 1. Formål i LOV-2011-06-24-29. Lov om folkehelsearbeid (folkehelse-loven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>. Lest 26.5.2025.

HEGE RAASTAD

Kommuneoverlege i Samfunnsmedisinsk enhet for Hamarregionen
■ HEGE.RAASTAD@HAMAR.KOMMUNE.NO

ANNE HELEN HANSEN

Overlege UNN/førsteamanuensis UIT – Norges Arktiske Universitet

HØY IPD-DEKNING HOS ELDRE¹

▼ **CAPVAXIVE® (PKV21)** er en ny 21-valent konjugatvaksine utviklet spesielt for eldre. Vaksinen er godkjent for personer fra 18 år og oppover, og gis som én enkel dose.^{1,*}

Indikasjon: CAPVAXIVE® (PKV21) er indisert til aktiv immunisering for å forebygge invasiv sykdom og pneumoni forårsaket av *Streptococcus pneumoniae* hos personer fra 18 år og oppover.¹

CAPVAXIVE® (PKV21) kan bidra til å beskytte mot serotyper som sto for 82–89 % av invasiv pneumokokksykdom hos personer ≥65 år i perioden 2015–2023.^{2,**}



Skann QR-koden for å lese mer om CAPVAXIVE® (PKV21)

Nå godkjent og tilgjengelig i Norge

Bivirkninger: De vanligste bivirkningene etter vaksiner er lokale reaksjoner som smerte på injeksjonsstedet, tretthet, hodepine og myalgi. De fleste bivirkninger var milde til moderate og forbigående (≤3 dager). Alvorlige hendelser forekom hos ≤1 % av voksne.¹ Hyppigheten og typen bivirkninger kan variere med alder og tidligere vaksinasjonsstatus.¹

Dosering: Én enkel dose (0,5 ml) administreres intramuskulært.¹

*Behovet for revaksinerings med en påfølgende dose CAPVAXIVE® (PKV21) er ikke fastslått.

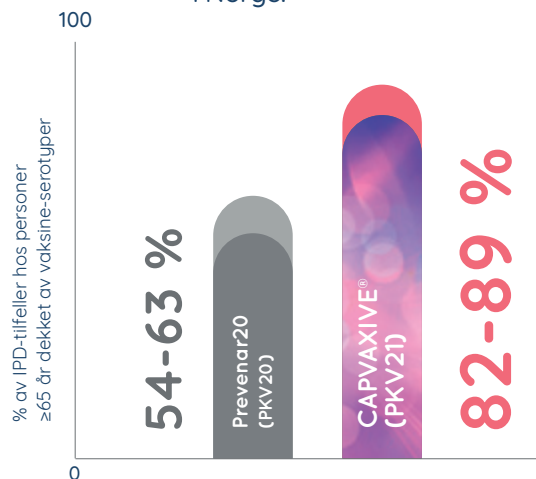
Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor virkestoffene eller noen av hjelpestoffene.¹

Bruk hos spesielle pasientgrupper: Sikkerhet og effekt hos personer under 18 år er ikke fastslått.¹ Data for bruk under graviditet og amming er begrensede.

Produktinformasjon: CAPVAXIVE® (PKV21) pneumokokkonjugatvaksine, 21-valent, Reseptpliktig legemiddel. Pakninger: Ferdigfylt sprøyte, 1 x 0,5 ml. Maksimal utsalgspris AUP 1 369 NOK. Reseptgruppe: C

OPPTIL
35 %

CAPVAXIVE® (PKV21) kan ha opptil 35 prosentpoeng høyere serotypedekning enn Prevenar20 (PKV20) hos personer ≥65 år i Norge.^{**}



Referanser:

1. CAPVAXIVE® (PKV21) – preparatomtale. Publisert 31.03.25. Tilgjengelig fra: ema.europa.eu
2. Invasiv pneumokokksykdom i Norge 2004–23 og valg av vaksiner til eldre | Tidsskrift for Den norske Legeforening (<https://tidsskriftet.no/2025/03/originalartikkel/invasiv-pneumokokksykdom-i-norge-2004-23-og-valg-av-vaksiner-til-eldre>)

******Verdien er basert på epidemiologiske data fra Berild et al. (2025)² og gjenspeiler ikke effektiviteten til de respektive vaksinene. Det finnes for øyeblikket ingen studier som sammenligner effektiviteten til CAPVAXIVE® (PKV21) og Prevenar 20 (PKV20).

Giftinformasjonen

– hvem er vi og hva kan vi hjelpe Utpostens lesere med?

Samfunnsmedisin og allmennmedisin er brede fag, spørsmålene til legen kan være mange og kompliserte. Hvor kan legen finne svar? Hos en erfaren kollega? Internett? Av og til trenger vi å snakke med en ekspert! Utposten presenterer et utvalg av nasjonale rådgivningstelefoner for leger.



Giftinformasjonen ble opprettet som «Giftkartoteket» i 1961. De siste ti årene har vi vært en avdeling på Folkehelseinstituttet.

Giftinformasjonen gir informasjon, veiledning og/eller behandlingsråd om akutte forgiftninger til helsepersonell, befolkningen, arbeidsplasser, offentlige etater og myndigheter. Rådene til allmennheten bidrar til å avlaste helsetjenesten. Over halvparten av de som ringer hjemmefra får informasjon og råd slik at de ikke lenger har behov for å kontakte helsetjenesten. Helsepersonell etterspør kompetanse og beslutningsstøtte, så Giftinformasjonen prioriterer høyt å ha et tilgjengelig kunnskapsgrunnlag slik at vi kan gi råd tilrettelagt for norske forhold.

Alle kan nå oss på telefon 22 59 13 00 hele døgnet, men helsepersonell kan i tillegg ringe 22 59 13 25 og få noe prioritet ved telefonkø.

Forgiftninger er et stort fagområde og omfatter eksponering for kjemikalier, gasser, produkter til arbeid og hjem, rusmidler, legemidler, planter og sopp samt bitt og

stikk fra slanger og insekter. De vanligste eksponeringsveiene er peroralt, inhalasjon, øye eller hud. Ikke sjelden kommer det henvendelser etter eksponeringsveier som injeksjoner, nasale, rektale og andre eksponeringer. Giftinformasjonen arbeider også forebyggende gjennom å øke kunnskapsnivået om forgiftninger i befolkningen og ved å gi informasjon om hvordan forgiftningsuhell kan unngås.

Vi er en avdeling med rundt 24 årsverk, og vi som arbeider på «Giften» har bakgrunn innen medisin, farmasi, veterinærmedisin kjemi, toksikologi og forskning. Selve hjertet til Giftinformasjonen, eller navet om du vil, er den døgnåpne telefontjenesten vår.

Giftinformasjonen besvarer årlig over 46 000 telefonhenvendelser. Over 90 prosent av henvendelsene gjelder akutte eksponeringer, og vi kontaktes for råd om hvordan dette bør følges opp. Henvendelser fra

privatpersoner utgjør omtrent 64 prosent og henvendelser fra helsetjenesten rundt 32 prosent. Pågangen er størst i sommerhalvåret. For Utpostens lesere kan det være verdt å merke seg at over 30 000 av henvendelsene kommer utenom ordinær arbeidstid (08–16 mandag–fredag). Det stiller store krav til hvordan vi organiserer tjenesten.

Mange av spørsmålene Giftinformasjonen får, dreier seg om barn som har smakt på noe, som for eksempel legemidler, sopp, planter eller kjemikalier til husholdningsbruk. Ofte er ikke det som har skjedd farlig, så mange av telefonene ender med at situasjonen kan håndteres hjemme. En viktig oppgave for Giftinformasjonen er som nevnt innledningsvis å avlaste helsetjenesten ved å hindre unødvendig ressursbruk på legevakst eller sykehus.

Ved kjemikaliesøl på huden, skyll straks med rennende vann. Skylletid er avhengig av hva du har fått på huden. For etsende produkter må du skylle minst 30 minutter. På illustrasjonsbildet under burde ringen vært tatt av i forkant av skyllingen. FOTO: GIFTINFORMASJONEN

Barlind er en giftig plante: Uhellsinntak av noen få bær fra barlind er lite problematisk, og skyldes trolig at frøene ofte ikke tygges. Det finnes ikke sikker dokumentasjon på hva som er en farlig mengde barlind. Behandlingsrådene er i stor grad basert på erfaring. FOTO: GIFTINFORMASJONEN



Er det trygt å...

22 59 13 00 22 59 13 25
FOR ALLE FOR HELSEPERSONELL



... lukte på en giftig sopp? **JA!**



... ta på en giftig sopp? **JA!**



... spise uten å vaske hendene først, etter å ha tatt på en giftig sopp? **JA!**



... spise en giftig sopp? **NEI!**



Vi får også mange henvendelser fra personer med ruspåvirkning og/eller mistanke om selvskaade/selvmoedsfare. Dette er personer i en spesielt sårbar situasjon, og vi har derfor gode rutiner for hvordan de eksponerte kan møtes og ivaretas på en god og forsvarlig måte. Helsepersonell kontakter oss ofte ved spørsmål om ulike produkter, yrkeseksponeringer, legemidler og rusmidler.

Giftinformasjonen har gjennom mange år utviklet nettsider, slik at både småbarnsforeldre/allmenhet og helsepersonell kan få informasjon og råd om hva de skal gjøre etter en rekke vanlige eksponeringer. Nettsiden www.giftinfo.no, som er en del av «Helsenorge»-plattformen, avlastet telefon-tjenesten betydelig, og i 2024 hadde sidene over 650 000 besøk. Her tror vi også *Utpostens* lesere kan ha god nytte av å bruke søkefunksjonen ved ønske om å svare på enkle forgiftningsspørsmål. Nå som soppseson-

gen er godt i gang, går det an å starte ut med å skrive «sopp» i søkefeltet og bruke et par minutter til å lese om det som åpner seg. Informasjonen på nettsiden kan også brukes av for eksempel skoler og barnehager til å lage gode rutiner for hvordan man skal unngå forgiftninger og hvordan forgiftninger skal håndteres om uhellet er ute.

På Giftinformasjonen arbeider vi mye med litteraturovervåking, kritisk vurdering av litteratur og kunnskapsoppsummeringer vi selv utarbeider til bruk på vakt. En klinisk spisset form av disse kunnskapsoppsummeringene finnes i form av over 150 behandlingsanbefalinger beregnet på helsepersonell på www.forgiftninger.no. Nettsiden er en del av Helsebibliotekets plattform, og vi anbefaler Utpostens lesere å investere noen klikk inn på også disse sidene, om de ikke allerede er kjente.

	ANTALL HENVENDELSER	ANDEL
Uhell	28 643	68,5 %
Selvforskyldt/ misbruk	7 898	18,9 %
Feildosering/ forveksling	2 945	7,0 %
Arbeidsuhell	1 299	3,1 %
Uklart	691	1,7 %
Annet/ukjent	192	0,5 %
Brann, lekkasje, transport	82	0,2 %
Ugjerning	84	0,2 %
Totalt	41 834	100 %

Årsaker til henvendelser – akutte og kroniske eksponeringer i 2024 (totalt antall henvendelser 46 254).

De kliniske bakvaktene ved Giftinformasjonen er overleger med spisskompetanse innen klinisk toksikologi og er en svært viktig del av tjenesten. Bakvaktene er tilgjengelige døgnet rundt og kobles inn ved behov, som ved alvorlige forgiftninger der behandlingen foregår på sykehus. Giftinformasjonen har seks kliniske bakvakter som dekker vakt utenfor arbeidstid. Tidligere og nåværende kliniske bakvakter bidrar også med kvalitetssikring av dokumentasjon og behandlingsanbefalinger.

Giftinformasjonens rolle i landets kjemikalieberedskap

Giftinformasjonen har også en rolle i håndtering av kjemikaliehendelser av større omfang i nært samarbeid med Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin. CBRNE-medisin er forebygging, diagnose og behandling av personskader forårsaket av kjemiske stoffer (C), biologiske agens (B), radioaktive stoffer (R), nukleært materiale (N) og eksplosiver (E). Vi har informasjon og kunnskap om risikoen ved svært mange stoffer, og kan derfor bistå ved kjemikaliehendelser både med fagkunnskap, varsling og samarbeid med andre aktører. Vi ser at erfaring med mindre kjemikaliehendelser er nyttig og relevant også ved større hendelser, enten det er hendelser med drikkevann, ammoniakklekkasjer, branner eller andre kjemikalieutslipp.

I henhold til Forskrift om miljørettet helsevern § 6 har kommunen varslingsplikt til statsforvalter og Folkehelseinstituttet (FHI) ved helsetrusler omfattet av forskriftens § 5 annet ledd. Den gjelder for miljøhendelse eller ved mistanke om utbrudd av sykdom knyttet til helseskadelige miljøfaktorer. Helsetrusselen skal være uvanlig eller uventet for tid og sted, kunne forårsake vesentlig sykdom, skade eller død, eller ha

AGENS	ANDEL
Analgetika, paracetamolholdig	4,9 %
Benzodiazepinderivater	2,3 %
Planter, irriterende	2,1 %
Antipsykotika, atypiske	1,8 %
Psykostimulantia, sentralvirkende	1,7 %
Vaske- og rensedmidler, alkalier	1,7 %
Vitaminer inkl. legemidler	1,7 %
Avløpsåpnere, alkalier	1,7 %
Slanger, huggorm	1,5 %
Illegale rusmidler, sentralstimulerende inkludert de med hallusinogent potensial	1,5 %

Fordeling av typer hovedagens – akutte og kroniske eksponeringer i 2024.

rask og ukontrollert sykdomsspredning. Giftinformasjonen er varslingspunkt 24/7 for kjemikaliehendelser.

Råd om akutt helsefare gis av dem som betjener telefontjenesten, men ved stor pågang eller om arbeidet blir omfattende, kan tjenesten oppskaleres. I tillegg vil andre miljøer på FHI med kunnskap innen kronisk toksikologi kobles inn når det er relevant. Giftinformasjonen mener at det er en stor styrke for befolkningen vår at Giftinformasjonen nå er en del av FHIs område for klima og miljø og med det instituttets humantoksikologiske miljø. Område for smittevern og kommunikasjonsavdelingen vil også være viktige bidragsytere til blant annet kommunene dersom det skjer en større kjemikaliehendelse, da de har nødvendig og verdifull kompetanse blant annet innen risikokommunikasjon, utbruddsoppklaring og drikkevann.

Giftinformasjonen kan enkelt øke antall primærvakter om det er en større hendelse eller ekstra stor pågang. Et eksempel nær i tid er «Egg-saken» fra februar 2025 og vurderinger av forgiftningsfare ved for stort inntak av D-vitamin. Da hadde Giftinformasjonen på et tidspunkt seks primærvakter til å besvare telefonhenvendelser.

Giftinformasjonen yter i en rekke tilfeller helsehjelp, og vi må derfor dokumentere rådene vi gir. Dette gjøres ved opptak av samtalen i kombinasjon med notater i et internt dataprogram. Fra dette systemet kan vi ta ut rapporter for å se på trender i henvendelser til Giftinformasjonen. I programmet ligger også den toksikologifaglige informasjonen lett søkbar og tilgjengelig.

Vi som arbeider på Giftinformasjonen, er stolte av tjenesten vår og hvordan vi løser det viktige samfunnsoppdraget vårt. Giftinformasjonen har merket omstillingsprosessene FHI har vært gjennom de siste årene, nå sist i

AGENS	ANTALL HENVENDELSER	ANDEL
Legemidler	14 874	35,6 %
Kjemiske produkter/ stoffer	14 841	35,5 %
Planter	3 011	7,2 %
Næringsmidler	1 861	4,4 %
Gasser	1 444	3,5 %
Sopp	1 395	3,3 %
Illegale rusmidler	1 024	2,4 %
Dyr	981	2,3 %
Vitaminer og mineraler	976	2,3 %
Tobakk	509	1,2 %
Annet	918	2,2 %
Totalt	41 834	100 %

«Topp 10»-lista i 2024 (agensene vi fikk flest henvendelser om).

RISIKOVURDERING	ANTALL
Forgiftning usannsynlig	5 965
Fare for/etablert lett forgiftning	20 222
Fare for/etablert moderat forgiftning	7 076
Fare for/etablert alvorlig forgiftning	4 281
Umulig å vurdere faren	3 453
Symptom, ikke forgiftning	837
Totalt	41 834

Risikovurdering av akutte og kroniske eksponeringer i 2024 (totalt antall henvendelser 46 254)

2022. En konsekvens av dette er at vi per i dag har et visst etterslep på vår dokumentasjon.

På ønskelisten vår over arbeidsoppgaver vi gjerne skulle brukt mer tid på, står oppdatering av toksikologifaglige dokumenter høyt. Et annet ønske er å gjøre analyser av den store mengden data vi besitter. På den måten kan vi med større sikkerhet si mer om landets nåværende forgiftningsepemiologi og om utvikling de siste årene. Vi ønsker selvfølgelig å fortsette å utvikle oss for å levere en best mulig tjeneste til befolkningen og helsetjenesten. Avslutningsvis vil vi takke redaksjonen i *Utposten* for invitasjonen til å presentere oss for dere.

MARTE SKOGEN EVJE
Seniorrådgiver/lege ved Giftinformasjonen
■ MARTESKOGEN.EVJE@FHI.NO

- KILDER
- Årsrapport for Giftinformasjonen 2021 – FHI.
 - www.giftinfo.no.
 - www.forgiftninger.no.
 - Giftinformasjonen 50 år – forgiftningsbehandling før og nå. Tidsskrift for Den norske legeforening.
 - Giftinformasjonen gir trygghet og redder liv. Tidsskrift for Den norske legeforening.

Insentiv

Eg har arbeidd i min noverande fastlegepraksis i 25 år. I min heimkommune starta eg som fastløn. Deretter gjekk eg over til å vera fastlege med 8.2-avtale. Dei siste tolv åra har eg vore næringsdrivande etter hovudmodellen i fastlegeordninga.

Den første overgangen var økonomisk motivert. Men etter å ha blitt spesialist og gått over til 8.2-avtale, valde eg likevel å ta risiko ved å gå over til ordinær næringsdrift. Der og då ville det vore enklare og meir økonomisk gunstig for meg personleg å fortsetta med 8.2-modell. Men det var to andre forhold som blei avgjerande. Det eine var autonomi. Det andre var at eg ønskte å knyta meg sterkare til fastlegepraksisen. Binda meg til masta.

Det handla om kontinuitet for min eigen del då, og det har fungert bra. Verdien og gleda av å arbeida i ein praksis ein sjølv har investert i og utvikla, gir eigarskap og ønske om å fortsetta. Mange små og store driftsmessige utfordringar har krydra kvardagen, tidvis skapt usikkerheit og bekymring. Men gleda over å halda hjula i gang året rundt i ei lita bedrift, er ganske stor. Meistringa har kome etter kvart. Men til grunn for den utviklinga eg har deltatt i, har det ligge insentiv.

Eg har stor tru på insentiv. Den typen insentiv som gir eigarskap, som gjer at ein stikk innom kontoret om kvelden, les e-meldingar ein morgon i helga og fornyar nokre reseptar då i staden for måndag morgon, som gjer at ein automatisk tar ansvar for drift og økonomi. I den jordbrukskommunen eg bur i, ser eg kvar dag kva eigarskap til eiga verksemd gjer med arbeidsinnsatsen som bøndene legg ned på familiegarden. Eg kjenner ingen bønder som skruer av mobiltelefonen sin. Fastlegar som synest arbeidsveka er lang, burde prøvd å arbeida som bonde ei veke eller to...

Når legekantoret i løpet av dei siste fire åra har rekruttert to nye fastlegar, har insentiv vore ein viktig ingrediens. Både kommunen og legekantoret hadde eit felles ønske om å tilsetta nye legar med næringsdrift.



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES / ANDREY POPOV

Velkomen om bord, me er alle i same båt, og alle får igjen for den innsatsen dei legg ned. Ein kan seia og meina kva ein vil om New Public Management, men her på kontoret har alle same motivasjon for å ta imot den ekstra pasienten som gjorde at lunsjen blei litt kort, eller som dukka opp like før stengetid.

Det å ta med nye kollegaer inn i drifta av legekantoret er viktig. Det er lett å få oversikt over inntektene, men legekantoret har også mange utgifter. Med eigarskap til totaløkonomien på legekantoret, følger det også interesse for å forstå, kontrollera og redusera utgiftene. Det er ingen motsetnad mellom det å gi gode tenester og samtidig syta for god økonomi på legekantoret. Tvert om er god økonomi eit uttrykk for at ein brukar samfunnets ressursar på ein god måte. Og viss alle på legekantoret opplever at sunn drift skaper gevinst over tid, bidrar det til å styrka kontinuiteten.

Året på legekantoret handlar om å leggja mange små og store kabalar. I tillegg kjem interkommunal legevakt. Då er kollegialitet vel og bra. Men gode og samordna insentiv gjer alt mykje enklare, løysar mange utfordringar og hindrar mange meningslause diskusjonar.

Som fastløn fastlege kunne eg vera misnøgd med at kommunen ikkje forstod legekantoret sine behov eller i stor nok grad verdsette vår innsats. I ei fastlegeordning der næringsdrift er hovudmodellen, har me gode moglegheiter til å la kommunen vera ein samarbeidspartner og ikkje ein forhandlingsmotstandar, og sjølv bygga eiga verksemd tufta på gode insentiv. Både dei insentiva me får frå staten, men også dei me skapar sjølv.

PS: Eg har hatt stor glede av å lytta til podcasten *Acquired* av Ben Gilbert og David Rosenthal, som tar for seg utviklinga av store verksemder. Både NovoNordisk og Epic Systems (Helseplattformen) har spennande episodar for den som er interessert i helse-innovasjon. Og for den som syns insentiv er eit interessant tema, gir episodane om VISA, Indian Premier League Cricket og NLF nyttig innsikt og spennande perspektiv.

PPS: No som Norgesgruppen har kjøpt apotekkjeden NMD, kan jo kvar av oss som er næringsdrivande gjera eit lite tankeeksperiment: Korleis ville du resonert dersom Norgesgruppen baud deg 30 millionar kroner for din fastlegepraksis?

KNUT VASSBØ
Fastlege i Bjerkreim
■ KVASSBO@GMAIL.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.

Når pasienten blir læreren

ETTER SNART TRETTI ÅRS tjenestetid i det allmennmedisinske terrenget, er de konsultasjonene som står fram og huskes, uten tvil de møtene som har gitt meg læring. Slike konsultasjoner finner sted med ujevne mellomrom, og bekrefter alltid for meg at jeg har havnet på rett hylle, for akkurat dette gjorde meg bittelitt smartere. Kanskje det ikke hadde skjedd et annet sted? Vegene til smartness kan være ubehagelig eller hyggelig – og den er gjerne krydret med et element av overraskelse.

Å STARTE I ALLMENNPRAKSIS seint på nittitallet vil jeg i dag oppsummere med ett ord. *Overveldende*. Jeg husker jeg tenkte «ja, disse prikkene kan jeg beskrive, jeg har jo nettopp klart meg i muntlig eksamen for den aller strengeste hud-sensoren, men hva skal jeg gjøre med dette?». Effloresensen satt, men tiltaksfasen var svak. Som en sjelden kvinnelig lege på stedet var volumet på spiraler inn og ut stort. Det lærte jeg å gjøre noe med. Ekteskapsproblemer, arbeidskonflikter og nabokrangler fikk også en ung uhildet lege daglig servert. Jeg hadde mer eller mindre en konstant opplevel-

se dekket av disse setningene: «Hvorfor forteller du meg dette? Ser du ikke at jeg bare er ei jente fanget i en lege kropp?»

EN AV DE ELDRE PASIENTENE fra den tida hadde alltid mye på hjertet. Hun fortalte på inn- og utpust fra et langt liv. Om at det kunne knyte seg i hjertet når hun tenkte på sønnen og alle vanskene hans, om ektefellen som døde da nettopp denne yngste sønnen skulle inn til sin første soning, om hofta som var vond og huset som hadde mange trapper, om søstera som var blitt dement og var så urolig på sykehjemmet. Jeg hadde gjennom flere konsultasjoner forsøkt å dele opp problemene, tatt EKG for brystsmertene, rekvirert røntgen av hofta og foreslått fysioterapeut. Ordflommen fortsatte – og det lot til at den var uavhengig av mine tiltak.

EN SLIK DAG HØRER JEG MEG til min overraskelse si: «Jeg vet ikke helt hva jeg skal gjøre med alt dette her». Hun ser på meg. Smiler og rister langsomt på hodet. «Nei du skal jo ikke gjøre noe med noe av dette, doktor. Du skal jo bare høre på meg».

Ved neste konsultasjon fikk jeg ei håndmalt brosjé av tre. Ikke så fin, og ikke verdifull målt i kroner, men avgjort egnet til å «påvirke vår relasjon», som en jo skal være obs på når en mottar gaver fra pasienter.

DET SKULLE VISE SEG at den for meg skulle komme til å også påvirke mange andre relasjoner. Jeg la brosjé i øverste skuff på kontoret, sammen med penner og binders. Når det røynta på med lange lister og uløselige liv, kunne jeg trekke ut skuffen, se på brosjé og tenke: «Jeg skal bare høre på deg.»

JEG HADDE DEN I SKUFFEN på kontoret i mange år, før den forsvant i en ufrivillig evakuering da skredet her i Gjerdrum gikk. Det gjør ikke noe. Både dama og brosjé har forlatt denne verden, men begge lever i meg så lenge jeg lever.

Ikke gjøre. Bare høre.
Å høre er å gjøre.

KARI THORI KOGSTAD
Redaktør i Utposten
■ K-TKOGS@ONLINE.NO



ILLUSTRASJONSFOTO MORTEN HERMES / KI - ADOBE FREESTYLE

Peristeen® Light

Peristeen® Light - for en enklere hverdag

Peristeen Light kan
hjelpe mennesker som
lider av avføringslekkasje
og forstoppelse



Hydrofilt konkateter
for engangsbruk

Vannbeholdere i
175 ml og 250 ml

Forlengesslange
70 cm

Les mer om produktet
på www.coloplast.no
eller ta kontakt for å
motta mer informasjon
på telefon 22 57 50 20.



Se brukerveiledning
om Peristeen Light

Reseptforskriving
Analirrigasjon, komplett system

- Hjemmel 501
- Undergruppe /artikkel gr. 5010504

Noen å snakke med.

Konfidensielt.

Lett tilgjengelig.



Det er ikke alle opplevelser som kan deles med eller forstås av de som ikke har samme erfaringer som deg. Med en støttekollega kan du prate om både personlige og profesjonelle utfordringer. Ordningen tilbys alle leger og medisinstudenter. www.legeforeningen.no/kollegastotte

3 gratis timer.

Uten journal.

Med taushetsplikt.



Støttekollegaordningen

DEN NORSKE LEGEFORENING

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..

Bettina Fossberg?

Kommuneoverlege i Lillestrøm kommune

■ BETTINACAROLINE.FOSSBERG@LILLESTROM.KOMMUNE.NO



DA JEG VAR LITEN, var jeg medlem av flere bokklubber og fikk bøker sendt hjem i posten. Følelsen av å åpne postkassen og se den brune innpakningen rundt det som helt utvetydig måtte være en ny bok var helt fantastisk. Full av forventninger løp jeg inn i huset for å pakke opp. Til den knitrende lyden av en bok som åpnes for aller første gang kunne jeg synke ned i en helt annen verden.

I VOKSEN ALDER har jeg beholdt fascinasjonen for bøker. Jeg har forsøkt lydbok flere ganger, men kommer alltid tilbake til den fysiske boken. Jeg elsker å ha bøker i huset. Låner jeg en god bok på biblioteket, må jeg ofte kjøpe den selv etterpå for å ha den hjemme. Stryke over den, notere små ting i marginen, plassere den på riktig plass i bokhyllen (sortert alfabetisk etter forfatterens etternavn). Ikke så miljøvennlig, men å ha bøkene rundt meg gir en følelse av å være del av noe større. Så mange tanker, erfaringer og opplevelser som er fanget på papiret. Et fellesskap hvor mennesker jeg

ikke kjenner kan beskrive noe som gir gjenklang i meg. Gjennom bøkene får jeg ny innsikt og nye perspektiver som jeg verdsetter høyt. Det gir også en helt egen ro å forsvinne dypt inn i en bok – og bli der. Slike rom blir det dessverre færre og færre av i dagens samfunn.

DER JEG SOM UNG leste jevnt og trutt i hverdagen, har jeg i en hektisk del av voksenalivet blitt en periodeleser. Stablet med meg fire–fem bøker i alle ferier, og lest intenst og lidenskapelig. Nå som huset gradvis tømmes for unger, åpner det seg tid til mer hverdagslesing igjen. Det gleder jeg meg til. Jeg har lest ulike sjangre, og mye faglitteratur i forbindelse med forskning og jobb. Men når jeg virkelig skal kose meg, vender jeg alltid tilbake til prosa: romanen, noveller og enkelte diktsamlinger. Jeg har en evig ungdomsforelskelse i Ernest Hemingway, men leser mye norske samtidsforfattere som Olaug Nilssen, Tore Renberg, Carl Frode Tiller og Helga Flatland. Gode noveller liker jeg også, og er svært

glad i Ingvild Rishøi. Hun skriver usentimentalt, nært og godt om sårbare mennesker i samfunnet. Så vender jeg alltid tilbake til poesi fra Kolbein Falkeid.

I DET SISTE har jeg lest ferdig siste bok i triologien om Tue av den danske forfatteren Thomas Korsgaard. Det er tankevekkende og letteste bøker om et liv preget av fattigdom og utenforskap, skrevet uten skam eller store fakter. En nesten barnlig beskrivelse av en ung gutts oppvekst og tidlig voksenliv. En annen bok som nylig gjorde inntrykk på meg var *Sameproblemet* av Kathrine Nedrejord. Den beskriver hvordan minoritetserfaringer kan prege liv i generasjoner. En siste bok jeg har lyst til å nevne kom jeg over nærmest tilfeldig da jeg saumfarte bokhandelen på Oslo S etter noe å lese på toget. En tynn liten bok skrevet av en palestinsk forfatter, Adana Shibli. Boken heter *En liten detalj*. Gjennom to ulike historier beskrives den palestinske opplevelsen av tap og hvordan okkupasjon kan påvirke et liv. Boken gjorde sterkt inntrykk, selv i sin nøkterne form. Den ga meg innsikt på en helt annen måte enn det jeg får fra nyhetssendinger.

DET ER DERFOR JEG elsker å lese! Gjennom å reflektere over og engasjere seg i tekstens innhold, tilegner vi oss både kunnskap, innsikt og nye perspektiver. Jeg er overbevist om at det gjør oss til bedre medmennesker og fagpersoner, og at det fremmer helse. Det er mye god samfunnsmedisin i at folk leser. Neste bok som ligger og venter på meg er Maria Kjos Fonn sin *Margaret, er du i sorg*. En bok om legestudenten Margaret som bærer med seg ubearbeidede traumer inn i studiene. Jeg er spent på hvilke opplevelser den boken vil gi meg, og gleder meg til å begynne å lese.

ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNES / A - ADRE FRENT



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 produsentavhengig 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.

Når interaksjonsvarsler krever – et eksempel på vurdering av farmakodyna

Interaksjonsvarsler i forskrivningsverktøyet er en integrert del av allmennlegens arbeid. Varslene kan være nyttige, men gir sjeldent hele bildet og kan skape usikkerhet om hvordan interaksjonen faktisk påvirker den enkelte pasient.

I forrige utgave av *Utposten* ble det redegjort for vurdering av farmakokinetiske interaksjoner, det vil si hvordan legemidlene påvirker nivåene av hverandre, med enzalutamid (Xtandi) som illustrerende eksempel (1). I denne oppfølgende artikkelen rettes fokus mot farmakodynamiske interaksjoner, det vil si interaksjoner som omhandler legemidlenes virkemåte. Farmakodynamiske interaksjoner kan resultere i additive, synergistiske eller antagonistiske effekter og kan være klinisk betydningsfulle.

Interaksjonsvarsler – et utgangspunkt for klinisk vurdering

For å vurdere klinisk relevans av et interaksjonsvarsel, kreves både farmakologisk innsikt og forståelse for pasientens helhetlige situasjon. Interaksjonens betydning kan variere med faktorer som alder, komorbiditet, organfunksjon, tidligere legemiddelrespons, tilgjengelige alternativer og behandlingsmål.

Interaksjonsvarslene vil kunne variere mellom de ulike databasene. Disse forskjellene kan i stor grad tilskrives ulikt datagrunnlag, herunder bruk av teoretiske farmakologiske modeller, preparatomtaler og kasuistikker. I tillegg varierer redaksjonelle beslutninger mellom databasene, blant annet når det gjelder hvilke interaksjoner som inkluderes, hvordan alvorlighetsgrad klassifiseres og hvilke kliniske anbefalinger som gis. Dette kan føre til at en potensiell interaksjon er nevnt i én database, men utelatt i en annen. Ved vurdering av legemiddelkombinasjoner bør derfor flere kilder benyttes (2, 3).

RELIS mottar jevnlig henvendelser om

legemiddelinteraksjoner og kan bidra med å tolke interaksjonsvarsler og gi vurderinger tilpasset pasientens kliniske situasjon. Dette kan være til hjelp for forskriver i arbeidet med å sikre trygg og rasjonell legemiddelbruk.

Eksempel på spørsmål til RELIS:

Bruk av kvetiapin hos pasient med Alzheimers demens og/eller vaskulær demens som behandles med donepezil gir «rødt interaksjonsvarsel». Tilsvarende varsel fremkommer ikke ved søk i eksempelvis svenske og danske interaksjonsdatabaser. Hva skyldes ulik informasjon og hvordan forholde seg til dette? Kombinasjonen kvetiapin og donepezil er eksempel på hvordan ulike interaksjonsdatabaser kan gi varierende vurderinger. Eventuelle interaksjoner mellom disse legemidlene vurderes å være farmakodynamiske (4–7). Ikke alle interaksjonsdatabaser inkluderer farmakodynamiske interaksjoner. Eksempelvis fokuserer de svenske og danske interaksjonsdatabasene primært på farmakokinetiske interaksjoner (8, 9).

Interaksjoner.no

I den norske interaksjonsdatabasen (interaksjoner.no), som ligger til grunn for interaksjonsvarslene i norske forskrivningssystemer, er det angitt at kombinasjonen kvetiapin og kolinesterasehemmere bør generelt unngås ved demens. Dette er begrunnet med at kvetiapin har antikolinerge egenskaper og kan dermed motvirke effekten av det økte acetylkolinivået som kolinesterasehemmere gir. Den kliniske konsekvensen av dette er økt sannsynlighet for terapivikt og risiko for delir/forvirring hos

demenspasienter (4). Datagrunnlaget for dette er indirekte og bygger på farmakodynamiske egenskaper og vurderinger snarere enn dokumenterte kliniske interaksjoner (4, 10).

Som alternativer til kvetiapin nevnes aripiprazol og risperidon, grunnet deres lave eller fraværende antikolinerge aktivitet. Interaksjonsdatabasen henviser til en studie hvor forfatterne, basert på *in vitro*-data og publiserte farmakokinetiske parametere, har utviklet en modell for å estimere antikolinerg aktivitet ved terapeutiske doser av atypiske antipsykotika. Studien konkluderer med at klopazepam, og i mindre grad olanzapin og kvetiapin, utviser klinisk relevant antikolinerg effekt ved terapeutiske konsentrasjoner. Aripiprazol og risperidon viste derimot ingen målbar antikolinerg aktivitet ved noen av de modellerte konsentrasjonene (11).

Micromedex

I interaksjonsdatabasen til Micromedex advares det mot samtidig bruk av kvetiapin og legemidler som er kjent for å forlenge QT-intervallet. Denne advarselen bygger på informasjon fra preparatomtalen til kvetiapin, hvor QT-forlengelse er oppgitt som en potensiell bivirkning (5). QT-forlengelse er observert hos 0,1–1 prosent av pasientene i kliniske studier og er også rapportert etter markedsføring, både ved terapeutiske doser og ved overdosering (12).

Tilsvarende er det i preparatomtalen til donepezil rapportert tilfeller av QT-forlengelse og torsade de pointes etter markedsføring. Det anbefales derfor forsiktighet ved samtidig bruk av donepezil hos pasienter med risikofaktorer, som elektrolyttfor-



mer enn et klikk miske interaksjoner

styrrelser, preeksisterende hjertesykdom eller samtidig bruk av andre QT-forlengende legemidler (13).

Lexi-Interact

Ved søk i interaksjonsdatabasen Lexi-Interact fremkommer en tredje type interaksjon mellom donepezil og antipsykotika, der det advares mot ekstrapyramidale symptomer (EPS). Dette er basert på to kasuistikker der alvorlig EPS oppsto kort tid etter oppstart av samtidig behandling med risperidon og donepezil (6).

Når det gjelder risiko for EPS, har kvetiapin vist en gunstigere bivirkningsprofil sammenlignet med risperidon og olanzapin. En nettverks meta-analyse av eldre pasienter med demens viste at pasienter som fikk risperidon hadde 3,75 ganger høyere odds for å utvikle EPS enn de som fikk kvetiapin. Pasienter som fikk olanzapin hadde lavere odds for EPS enn risperidon, men fortsatt høyere enn kvetiapin (14).

Videre er det, ifølge Lexi-Interact, rapportert ett tilfelle av malignt nevroleptikasyndrom hos en pasient som startet samtidig behandling med donepezil og olanzapin (6).

Stockley's Drug Interactions

Interaksjonsdatabasen Stockley's Drug Interactions gir ingen treff på interaksjons-søket donepezil og kvetiapin. Kombinasjonen aripiprazol og donepezil gir heller ingen treff. Ved søk på kombinasjonene risperidon eller olanzapin og donepezil henvises det til de samme kasuistikkene omtalt i Lexi-Interact. Rådet som gir er

«at samtidig bruk kan være nyttig og trenger derfor ikke unngås, men pasienter som får antikolinesterase sammen med et antipsykotikum bør følges nøye med tanke på bivirkninger fra antipsykotika (som EPS), og spesielt for tegn på malignt nevroleptikasyndrom, der bivirkninger som bevegelsesforstyrrelser er rapportert» (7).

RELIS' vurdering

Dokumentasjon av effekt og risiko ved bruk av antipsykotika hos pasienter med demens bør også tas i betraktning. Ifølge nasjonal faglig retningslinje for adferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens, kan antipsykotika ha effekt ved psykotiske symptomer og aggressiv agitasjon ved demens, men effekten er begrenset og forbundet med potensielle alvorlige bivirkninger. Blant annet advares det mot økt risiko for kardiovaskulære hendelser, hjerneslag og død hos eldre pasienter med demens (15–17). Ikke-aggressiv agitasjon bør som hovedregel ikke behandles med legemidler (15).

I Norge er risperidon det eneste antipsykotiske legemidlet med godkjent indikasjon for korttidsbehandling (inntil seks uker) ved psykotiske symptomer og aggresjon ved moderat til alvorlig Alzheimers demens. Kvetiapin har vist begrenset og usikker effekt på adferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens og vurderes som klinisk irrelevant i denne sammenhengen. Antipsykotikabehandling bør være kortvarig, med lavest mulig effektiv dose og effekt og bivirkninger må vurderes regelmessig. Behandling utover tre måneder bør unngås, men kan vurderes i spesielle tilfeller (15).

Det foreligger ingen dokumentert klinisk skade ved samtidig bruk av donepezil og kvetiapin. Samtidig bruk kan vurderes, men krever individuell vurdering og tett oppfølging. Pasientens demensgrad, eventuell tidligere respons på antipsykotika og bivirkningsrisiko bør inngå i vurderingen. Ved kombinasjonsbehandling bør pasienten monitoreres for kognitiv svikt, forvirring, EPS og QT-forlengelse.

Oppsummering

Eksempelet med kvetiapin og donepezil illustrerer hvordan ulike interaksjonsdatabaser kan gi ulik informasjon, også ved

farmakodynamiske interaksjoner. Det norske interaksjonsvarselet peker på motsatte effekter av kvetiapin og donepezil. Mens internasjonale databaser og RELIS' vurdering drar i tillegg inn aspekter som forlenget QT-tid, ekstrapyramidale symptomer, malignt nevroleptikasyndrom og effekt og bivirkninger i pasientgruppen.

REFERANSER

1. Holmberg Dahle KM, Egebæk Flatebø EM, Xtandi (enzalutamid) – et eksempel på vurdering av farmakokinetiske interaksjoner. Utposten 2025 (5): 46-7.
2. Jahnsen JA, Bergman J. Interaksjonsdatabaser er nyttige verktøy. www.relis.no (Publisert: 29. mai 2017).
3. Schött J, Schjøtt P et al. Analysis of consensus among drug interaction databases with regard to combinations of psychotropics. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2020; 126(2): 126–32
4. Direktoratet for medisinske produkter. Interaksjonssøk. <https://www.legemiddelsok.no> (Søk: 4. september 2025).
5. Micromedex® 2.0 (online). Drug Interactions. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Søk: 9. september 2025).
6. Lexi-Interact in Lexicomp in UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Søk: 9. september 2025).
7. Preston CL, editor. Stockleys Drug Interactions (online). <https://www.medicinescomplete.com/> (Søk: 9. september 2025).
8. Stockholms läns landsting. Janusmed interaksjoner. <https://janusmed.sll.se/> (Sist oppdatert: 9. september 2025).
9. Lægemiddelstyrelsen (Danmark). Den nationale Interaktionsdatabase. <http://www.interaktionsdatabasen.dk/> (Søk: 9. september 2025).
10. Direktoratet for medisinske produkter. Dokumentasjon av interaksjonsdata. www.dmp.no (Sist oppdatert: 15. mai 2023).
11. Chew ML, Mulsant BH et al. A model of aticholinergic activity of atypical antipsychotic medication. *Schizophr Res* 2006; 88(1–3): 63–72.
12. Clinical Pharmacology database. Quetiapine. Elsevier, Inc. <https://www.clinicalkey.com/pharmacology/login> (Sist oppdatert: 9. april 2025).
13. Anbefaling fra PRAC etter signalutredning – oppdatering av produktinformasjon. https://www.ema.europa.eu/no/documents/prac-recommendation/new-product-information-wording-extracts-prac-recommendations-signals-adopted-5-8-july-2021-prac-meeting_no.pdf.
14. Yunusa I, Alsumali A et al. Assessment of Reported Comparative Effectiveness and Safety of Atypical Antipsychotics in the Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Network Meta-analysis. *JAMA Netw Open* 2019; 2(3): e190828.
15. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for legemidler mot adferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (<https://www.helsedirektoratet.no/>) (Sist oppdatert: 23. februar 2024).
16. Selbø G, Engedal K. Atypiske antipsykotika hos eldre pasienter med demens. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2008; 128: 1060-1.
17. Mok PHL, Carr MJ et al. Multiple adverse outcomes associated with antipsychotic use in people with dementia: population based matched cohort study. *BMJ* 2024; 385: e076268.

BODIL FADNES
Master i farmasi, ph.d.

PER-JOSTEIN SAMUELSEN
Master i farmasi, ph.d.,
RELIS Nord-Norge

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

Når livet får en ny sjanse

I sommer ble mitt liv radikalt endret. Jeg fikk hjertestans under en sykkelstur og opplevde umiddelbar livreddende hjelp, både fra ukjente medsyklister og fra spesialisthelsetjenesten. Jeg føler stor takknemlighet til så mange som har hjulpet meg, og opplever å ha mange englevakter i livet mitt. Derfor ble dette diktet naturlig å velge nå.

Englevakt

Noen ganger
går du gjennom mørket
og kommer levende ut.

Du vet ikke hvorfor,
men du ble spart.

En usynlig hånd
tok byrden fra dine skuldre,
en ukjent kraft
stanset bilen i siste sekund,
eller holdt deg tilbake
da du var i ferd med å falle.

Da vet du:
Det finns en nåde
midt i det rå og harde livet.
Vi kaller det englevakt.

HANS BØRLI

Jeg vil utfordre min kollega
på Hillevågsdoktoren:
Lis Verner Hansen.

*Hilsen fra
Erik Jesman Pedersen*



ILLUSTRASJON: MORTEN HERNÆS / KI – ADOBE FIREFLY

Benferol er et reseptbelagt D-vitamin (kolekalsiferol) til forebygging og medisinsk behandling av vitamin D-mangel.

Startdose 50 000 IU

Månedlig 25 000 IU

Ukentlig 5600 IU

400 IU | 800 IU



Benferolserien har et bredt utvalg med mulighet for daglig, ukentlig eller månedlig dosering for å imøtekomme pasientens behov og ønsker og dermed øke etterlevelsen

www.benferol.no

Benferol (kolekalsiferol, vitamin D₃) 400 IU, 800 IU, 5600 IU, 25 000 IU og 50 000 IU kapsler, myke.

Indikasjon: Forebygging og behandling av D-vitaminmangel. For 5600, 25 000 og 50 000 IU skal det være identifisert risiko. Som supplement ved spesifikk osteoporosebehandling hos pasienter med D-vitaminmangel (25 000 og 50 000 IU) eller risiko for D-vitaminmangel, fortrinnsvis i kombinasjon med kalsium.

Dosering: Anbefalt dose varierer. Se SPC for mer informasjon om dosering. **Vitamin D-mangel:** Dosen justeres i forhold til ønskede serumnivåer av 25-hydroxykolekalsiferol (25(OH)D), alvorlighetsgraden av sykdommen og pasientens respons på behandlingen. Daglig dose bør ikke overskride 4000 IU. **Symptomatisk vitamin D-mangel (25 000 og 50 000 IU):** Startdose på 2 x 50 000 IU i løpet av én uke. En vedlikeholdsdose på 25 000 IU bør vurderes én måned etter startdosen.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Kontraindikasjoner: Sykdommer og/eller tilstander som fører til hyperkalsemi eller hyperkalsiuri. Nefro-

litiasis. Nefrokalsinose. Hypervitaminose D. Overfølsomhet overfor innholdsstoffene.

Advarsler og forsiktighetsregler: Forskrives med forsiktighet til pasienter med sarkoidose pga. risiko for økt vitamin D metabolisme til dens aktive form. Ved langtidsbehandling bør kontroll av kalsiumnivåene i serum og nyrefunksjonen ved målinger av serumkreatinin foretas. Overvåking er spesielt viktig hos eldre pasienter som får samtidig behandling med hjerteglykosider eller diuretika og pasienter med stor tendens til calculusdannelse. Ved hyperkalsiuri eller tegn på nedsatt nyrefunksjon bør dosen reduseres eller behandlingen seponeres. Vis hensyn ved forskrivning av andre legemidler som inneholder vitamin D, og kontroller kalsiumnivåene i serum samt utskillelse av kalsium i urin ofte. Pasienter som behandles med månedlige doser på 25 000 eller 50 000 IU bør rådes til ikke å bruke andre preparater inneholdende vitamin D samtidig. **Nedsatt nyrefunksjon:** Brukes med forsiktighet. Bør ikke brukes ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. **Pediatrisk populasjon:** Benferol skal ikke brukes hos barn under 6 år og bør brukes med forsik-

tighet hos barn i alderen 6 til 12 år.

Graviditet og amming: Anbefales ikke ved graviditet dersom det ikke foreligger vitamin D-mangel, da daglig inntak ikke bør overskride 600 IU. Kan brukes under amming i anbefalte doser ved vitamin D-mangel. Vitamin D₃ går over i morsmelk som må tas hensyn til når det gis vitamin D-tilskudd til barnet.

Pakninger og priser: 400 IU: 90 stk. (blister), 141,60 kr. 800 IU: 90 stk. (blister), 170 kr. 5600 IU: 12 stk. (blister), 151,50 kr. 25 000 IU: 3 stk. (blister), 97,20 kr. 50 000 IU: 3 stk. (blister), 123,80 kr. **Reseptgruppe:** C

For ytterligere informasjon se fullstendig preparatomtale (SPC) eller www.felleskatalogen.no.

Innehaver av markedsføringsstillatelsen og kontaktinformasjon: Consilient Health

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

Abonner på
Utposten

