

Utposten

4 2026
ÅRGANG 55

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Odd Martin Vallersnes: **Punk
og professor på vakt**

Når det fatale skjer
Styringssystem
Reisebrev

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

Inger Johanne Ravn

MOBIL: 461 29 816

E-POST: ingerjohanne.ravn@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

Inga-Marthe Grønseth

MOBIL: 980 83 115

E-POST: i.m.gronseth@gmail.com

Elin Tora Hoel

MOBIL: 995 50 160

E-POST: elintora@hotmail.com

Stein-Martin Tilrum Fagerland

MOBIL: 992 54 545

E-POST: stein.martin.f@gmail.com

FAGLIG MEDARBEIDER:**Eli Berg**

MOBIL: 913 18 180

FORSIDEFOTO:**Kari T. Kogstad****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: Feil, frykt, fall og frelse***Kari Thori Kogstad***2 UTPOSTENS DOBBELTTIME:****Punk og professor på vakt***Odd Martin Vallersnes intervjuet av Kari Thori Kogstad og Kjell-Arne Helgebostad***6 Når det fatale skjer***Anonym lege***10 Korleis Reine legekantor bygde sitt system for leing av drifta***Jan Hana og Ask Bøe Klakegg***16 Endringer i rusrelaterte forgiftninger ved
Oslo legevakt etter flyttingen ut av sentrum***Elise Stai, Didrik Skjelland og Odd Martin Vallersnes***23 REISEBREV: Tshemba!***Frode Oosterling***26 Siste melding til Thomas***Trond Langerød***30 JOHN MURTAGH (1936–2025): Australsk allmennmedisin
professor med internasjonalt fotavtrykk***Steinar Hunsbår***33 Ph.d. – Hvorfor det?***Stein-Martin Tilrum Fagerland***34 Diagnose ukjent. «Mamma, når blir du egentlig frisk?»****36 LEGEFORENINGENS HJØRNE:****Fag, fellesskap og påvirkning***Else Worren Nygård***37 FASTE SPALTER****RING EN VENN 37****KONSULTASJONEN****JEG ALDRI GLEMMER 38****TIPS OG RÅD 40****HVA LESER LEGEN 43****RELIS 44****LYRIKKSTAFETTEN 48**

Feil, frykt, fall og frelse

I dette nummeret av *Utposten* deler en anonym allmennlege hva som utspiller seg etter at en fatal feil har skjedd. Et ungt menneske dør kort tid etter besøk på legekantoret hos forfatteren av teksten. Vi får innsikt i saksgangen, men først og fremst kommer vi tett på kollegaen vår i beskrivelsen av den enorme angsten, den sterke kroppslige smerten, den overveldende skamfølelsen og opplevelsen av å være den utstøtte. Vår kollega ble ikke sanksjonert av Statsforvalteren, men har for lengst felt den aller strengeste dommen over seg selv. Hun er i langsom rehabilitering, men vet ikke hvor det ender. Hun vet bare at hun aldri selv vil kaste den første sten.

Utposten vil først og fremst takke for at vi får trykke denne erfaringen. Det er hjertebank, svette, kvalme, munntørrehet, årvåkenhet, blod og tårer i alle setninger. Ingen kan skrive en slik historie uten å ha kjent nettopp denne smertefulle erfaringen. Jeg erindrer å ha lest en beskrivelse av hvordan feilen setter seg i kroppen for noen år tilbake (1). I teksten vi nå trykker er det som om forfatterens «selv» går i oppløsning foran oss mens vi flytter blikket nedover tekstlinjene. Vi forstår til slutt godt at hun virkelig lur; kan jeg leve videre etter at det har gått sånn? Mitt blikk vendte seg så innover. Kan jeg og vi alle ha den jobben vi har, når slike ting kan skje?

Fastleger tar en rekke beslutninger hver dag på både tykt og tynt grunnlag. Det er en forutsetning at vi klarer det. Intervjuobjektet vårt i dette nummeret, professor Odd Martin Vallersnes, formulerer at det er vårt lodd som leger, usikkerheten ligger

i sakens natur i vårt arbeid. Vi *må* ta beslutninger, og det å ikke gjøre noe er også å gjøre noe. Så går jo det meste bra. De fleste beslutningene er små, det har ikke så mye å si om vi gjør det sånn eller sånn. Om ikke resultatet blir optimalt, så blir det ikke fatalt. Vi kjenner folk og er gode til å legge merke til mønsterbrudd. Vi ser når Line Danser plutselig er ute av balanse. Vi hører hovslag og vet at hestene

Så er det den dagen sebraen er der og må ha hjelp der og da, livet er i spill, men han har tatt på seg et hestekostyme, så vi ser ikke stripene. Det skjedde med den anonyme forfatteren, det kan skje deg og det kan skje meg. Det skjedde meg. Det er snart tjue år siden, men sitter i meg. Jeg ble Legen fra Helvete (2). Mange av oss er heldigvis omsluttet av velmenende kolleger, venner og familie. Smerten lar seg, som vår anonyme forfatter skildrer så godt, likevel ikke stagge. Trøsten vi får og som er gitt i beste mening, kan skape aggresjon og en opplevelse av å være enda mer alene. Jeg var heldig og møtte en god kollega som så meg og bekreftet meg. Jeg tror det er det vi trenger når det virkelig røyner på.

På 1350 norske legekantorer og jeg aner ikke hvor mange legevakter, står vi fastleger og vårt helsepersonell i frontlinjen hver dag. Alle vet at det er akkurat i denne posisjonen folk blir skadet. Vi må ha et blikk rundt oss på våre medsoldater og bekrefte for den sårede, falne kollegaen at det gjør forferdelig vondt å bli rammet. Det er antakelig det viktigste HMS-tiltaket vi kan innføre. *It hurts to get hurt*. Bare det først. Det ble min frelse – fra meg selv. Jeg ble frisk. Jeg håper vår anonyme kollega gjennom å dele teksten kan få kjenne på noe av det samme.

KARI THORI KOGSTAD
K-TKOGS@ONLINE.NO

REFERANSER

1. Munkvik M. Framfor alt ikke feile. Tidsskriftet. 2019 Vol. 139.
2. Kogstad K, Getz LO. Å se mennesket. Kan innsikt i psykoterapeutiske begreper gi bedre møter på fastlegkontoret? Tidsskriftet Michael 2022 nr. 2.



ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERMES / KI - CHATGPT

er her. Det er innimellom en sebra, men oftest er det ikke avgjørende at vi skjønner det med en gang. Kanskje kommer beitedyret tilbake, for det gikk ikke som estimert, og da ser vi at det ikke var en hest, men en sebra. Det går stort sett bra.

VALLERSNES VIKTIGSTE SPØRSMÅL PÅ LEGEVAKT:

I møte med legevaktpasienten:

- ❶ Er dette farlig?
- ❷ Må vi gjøre noe nå (i dag eller i morgen)?

Når pasienten kvikner til etter rusobservasjon:

- ❶ Hva skjedde?
- ❷ Hva vil du nå?

PUNK og professor på vakt

Odd Martin Vallersnes

■ INTERVJUET AV KARI THORI KOGSTAD OG KJELL-ARNE HELGEBOSTAD

Odd Martin Vallersnes mener utdanning av gode leger er den beste og morsomste veien å gå for å fremme effektivitet og kvalitet på Norges største legevakt. Etter at han selv ble alvorlig syk har han valgt å fortsette med ting han liker å holde på med, nemlig å undervise og å lede laget på legevakta. Erfaring som vokalist i punkband kommer godt med begge steder.

Når *Utposten* spør om intervju, tikker svaret inn samme dag: «Hei og takk for hyggeleg forespørsel! Eg stiller gjerne til intervju.» Professor Vallersnes inviterer til kontoret sitt i Frederiks Holsts hus, i periferien til Ullevål sykehus. Ettermiddagsvårsola skinner inn gjennom vinduet når vi kommer inn med fulle kaffekopper og tomme skriveblokker.

Forske for å forelese

Intervjuobjektet vårt har lagt sitt legehjerte i klinisk arbeid, lagarbeid, forskning og ikke minst i undervisning av kommende generasjoner legevaktsleger. Nylig fikk han Olav Thon-stiftelsens pris for nettopp *fremragende undervisning i høyere utdanning*. Han nikker og forteller at det var gjevt å få pris. Mange hører aldri noe, selv om de gjør mye bra arbeid gjennom et langt liv. Prisen var også en oppmuntring til å fortsette. Vi er ute etter å høre hva han tenker om hvorfor akkurat han fikk denne prisen? Svaret kommer raskt – mens han setter øynene i

oss: «Det er fordi vi gjer noko studentane treng akkurat når dei ser at dei treng det. Bolken vår om legevakt kjem seint i studiet, og den er integrerende. Det er ei enorm mengde kunnskap studentane då har, som dei skal læra seg å bruka.» Han tar en slurk av kaffekoppen og fortsetter: «Vi lagar minikasustikkar, som typisk er destillert ned frå 14 liknande pasientar. Desse diskuterer vi i grupper og i plenum. Kasuistikkane skal vera slik at studentane kjenner seg igjen. Vi har med overlegg gjort dei litt vanskelege. Eit underliggende budskap er at studentane skal forstå at dei må bestemme seg, sjøl på eit usikkert grunnlag. Å ikkje gjera noko er også å gjera noko.» Når *Utposten* spør om unge leger i dag tåler usikkerhet, får vi til svar at de han kjenner fra legevakta gjør det. «Eg tenkjer det er vårt lodd som legar å tåle usikkerheit, ja det er vår nisje. Usikkerheiten ligg i saka si natur, vi kjem ikkje ut av det. Og det betyr at vi må vita at sånn er det. Fordelen med å være eit vaktlag er at du kan snakke med nokon.»



Doc Martin, vokalist i Dead Gerhardsens. FOTO ER FORBEDET MED KI



Intervju og kaffe på kontoret.

Vallersnes på vakt noen dager etter intervjuet.



Han fortsetter uoppfordret med å fortelle at det var nettopp lysten til å undervise som gjorde at han oppsøkte academia. Det måtte på plass for at han skulle komme i sikker undervisningsposisjon. I 2023 ble han professor ved Universitetet i Oslo. I *Tidsskriftet* har han skrevet om kvasshet som ideal for den akademiske samtalen (1). Han er oppatt av at opponentens hovedoppdrag ved doktorgradsdisputas er å sikre at arbeidet holder vitenskapelig mål, og at det gjøres før selve disputasen, som egentlig er mest forestilling. «Du må enten bli tatt i fusk eller vera psykotisk for å stryke, men alle vil jo gjera ein god figur der. Jobben som opponent på sjølve disputasen er å få arbeidet og kandidaten til å skinna, og gje moglegheiten til det. Det betyr jo også at det må vera ganske kvast.» Han mener det er større sjanse for at det blir en samtale som virkelig slår gnister hvis deltagerne får snakke sitt eget morsmål: «Svært få som disputerer i Noreg har engelsk som førstespråk. Du får ikkje den same presisjonen eller rikdommen av assosiasjonar og konotasjonar på engelsk som på eit språk som ein kjenner.»

Kollektivets kunnskap

Mye av kunnskapen han formidler kommer fra kollektivet på legevakta. Artikkel­len «Legekunst på legevakt» (2) oppsummerer flere år med samtaler om hva som skal til for å bli en god legevaktslege, forteller han. Fremdeles husker han følelsen fra et skiftledermøte på Oslo legevakt der sjefen, Harald Vallgård, fikk snudd diskusjonen om hvordan de nye legene kan bli mer effektive, til å handle om hvordan de kan bli gode legevaktsleger. «Hvis dei blir gode legevaktslegar så kjem dei også til å bli meir effektive. Det viktigaste var at dette er mykje meir gøy, både for oss som skal lære opp dei nye legane og veilede dei, men ikkje minst for legane sjølv. Det er mykje meir moro å bli god til noko.»

Blitz og band

Vi unner oss et lite historisk tilbakeblikk, for her er det funn å finne.

Ved siden av medisinstudiene på nittitallet var han aktiv på Blitzhuset, og han figurerte også som Doc Martin, vokalist i punk-rockebandet Dead Gerhardsens. Han innrømmer at dette har bidratt til hvordan han underviser, og at det er en fordel å ha stått på en scene noen ganger før. Er det noen fellestrekk mellom tankegodset fra punken og legevaktsfilosofien han har delt med oss?

Intervjuobjektet tar her sin lengste pause og kremter litt før han sier: «Parallellane

blir ikkje så gode, for bandet vårt blei aldri så bra... men kanskje er det noko likevel? Måten vi spilte band på handla mykje om: Er det godt nok? Det er viktig på legevakta også. Og uansett kor mykje det skrantar undervegs, så må du ikkje stoppa; du må komma inn igjen. Hvis låta fall frå kvarandre, så prøvde vi alltid å la vera å stoppa. Ein må øva på å alltid komma inn igjen.»

Fra en sikker kilde har vi hørt at han i 1997 ankom Fredrikstad med morgentoget fra Oslo som svartkledd Blitz. I sykehusgarderoben smatt han raskt inn i det hvite tøyet, som han bar med like stor selvfølgelighet som det svarte. Når *Utposten* lurar på om han var punker allerede i oppveksten i Haugesund avklarar han: «Eg trur eigentleg ikkje at eg kan påberopa meg å ha vært ein punker. Det kjennes som å skryte på meg noko. Eg har vært aktivist og spilt i punkband. Det er noko anna. Det handler om ei haldning: Kort og enkelt. Godt nok, og faen ta. Og så dette med å gjera det sjølv, det er også ei punksak.»

Han er en engasjert mann, men ser ikke på seg selv som ideologisk drevet. Det handler om et par grunnnting han har med seg fra oppveksten, forteller han: «Det første er at alle folk skal bli møtt skikkeleg. Likt og skikkelig er ikkje nødvendigvis det same, men ein må begynna med å se på folk som likeverdige, og så tar vi det derifrå. Den andre grunnntingen har vore det å gjera skikkelig arbeid. Det er ikke så mykje meir enn det altså.»

Rus og ressurser

Søker en på navnet Vallersnes, kommer temaet rus fort opp. Hans doktorgradsarbeid fra 2017 handlet om behandling av akutte forgiftninger på legevakt, og hva som skjer med pasientene etterpå (3). Utgangspunktet var at han ville undersøke om et skjema som legevakta hadde brukt til systematisk rusobservasjon siden 80-tallet fortsatt holdt mål.

«Det er vitalia, grovnevrologi og ytre teikn til skade som er grunnelementa, og det er lavteknologi», oppsummerer han. Opplæring av både leger og hjelpepersonell i det aktuelle skjemaet må til, og en må ha enkelt utstyr som et pulsoksymeter med alarm og et blodsukkerapparat. Skjemaet holdt mål, skulle det vise seg. «Vi kan si med stor tyngde til våre nye legar: Skaff desse opplysningane. Om vi ikkje finn noko alarmerande, så kan de stole på at det ikkje er noko alarmerande. Særleg den siste delen. For elles lurar dei på kva meir dei må undersøke, og kva 400 spørsmål dei kan ha gløymt.»

Han legger til: «Samtidig må vi framel-



*Konsertomtale i
Romerikes Blad, mandag 14. oktober 1996.*

ska varheiten for når noko blir rart eller merkeleg. Når noko ikkje passar, då må ein kanskje gjera litt meir.» Han blir virkelig engasjert når han snakker om at vi skal lytte til denne dissonansen. Den kan gjøre at vi legger inn pasienten på sykehus til tross for at vi ikke har noen sikker indikasjon. «Magefølelse er ikkje mystisk. Eg trur at vi får med oss fleire ting enn det vi sånn umiddelbart tar opp i bevisstheiten. Så gjeld det i etterkant å prøve å huke tak i: Kva var det som gjorde at du reagerte?» Vallersnes betoner at denne varheten kan være enda viktigere når det er langt til sykehus, og valget om å legge inn pasienten får store konsekvenser for tilgjengelige ressurser.

Vi skjønner at han snakker om noe som ligger han nært å formidle. Neste leksjon handler om hva som skjer når folk våkner til etter rusen. Da er det nemlig ifølge Vallersnes bare to spørsmål som er viktige (se faktaboks). «Det første er å finna ut: Kva var det som skjedde? Vi vil jo ha historien i starten og, for å bestemma kva vi skal gjera, men den samanhengande historia frå pasienten sjølv er mykje meir tilgjengeleg for oss etterpå: Kvifor blei det forgifting eller overdose i dag? Var det ei feilberekning, var det eit uhell? Er du sjuk av noko anna som gjorde at du ikkje tålte det? Var det noko element av suicidalitet i dette?» Vallernes forteller at det alltid går kaldt nedover ryggen på han når han får et inntrykk av at utfallet ikke er så nøye for pasienten. «Det er ei blinkande varsellampe!», understreker han. Vi gjør oss klare for neste spørsmål og det kommer kjapt:

«Spørsmål nummer to er «Kva vil du no?» Legevakta får inn nokon som tilfeldigvis har drukke for mykje, men reine uhell skjer ikkje så ofte som vi trur.» Han er opptatt av å få fram at de som havner på

legevakta har større fare for å ha et alvorlig rusproblem eller streve med suicidalitet. Da bør hjelpeapparatet fange opp disse, og sikre at de får tilbud om videre oppfølging.

Hva skal legevakta vokte?

Hva skal ei legevakt egentlig drive med? For fastlegen som tar ei sjelden vakt kan det være strevsomt å se hvor svingene kan kuttes. Utredningene kan bli for omfattende og samtalene kan ende som på fastlegekontoret. Alt er godt ment, men vi har en opplevelse av at det ikke er helt etter intensjonen. Vi fornemmer at vi har møtt rett person å spørre om nettopp dette. En av våre kilder beskrev at møtet med Vallersnes ga et kart du aldri glemmer: Du skal gjøre nok, ikke mer og ikke mindre. Har du allerede bestemt deg for innleggelse, så trenger du ikke ta CRP. Den får ikke konsekvenser.

Professoren smiler litt og forteller at legevaktas oppdrag er avgrenset: «Vi skal finna ut: Er dette farleg? Må vi gjere noko nå, altså i dag eller i morgon? Hvis svaret er nei på desse to spørsmåla, då er det nokon andre sitt bord.» Dette har sammenheng med at begrensningen er viktig i legevakt-kunsten: «Det er tiltaket som er poenget på legevakta. Spørsmålet er ikkje «Kva kan det vera?», men «Kva skal eg gjera?». Når eg fekk klarformulert det for meg sjølv etter mange år på legevakt, var det mange ting som fall på plass.»

Når vi spør om pasientsentrert metode kan ha noen plass i dette korte og kjappe får han for første gang en bitteliten volumøkning i stemmen: «Pasientsentrert arbeid er ekstremt viktig hos oss! Ein må verkeleg læra seg til å holda kjeft. Helst bør ein ha ein ørlittegrann lokalisierende opning då, ikkje: «Kva kan eg gjera for deg?», men hel-

ler: «Korleis er det med deg no?» Så må vi prøva å ta den historia vi får. Nesten alle blir jo ferdige på to minutt. Det er nokon få som held på opp mot tre eller fem. Folk er veldig forskjellige, men vi får så mykje igjen for å la dei få sjansen til å snakke ferdig.»

Han legger til at folk på legevakt generelt er engstelige. De har brutt opp fra sitt hjem, tatt seg til legevakta der de vet det kan være lenge å vente for å møte en ukjent lege. «Det er klart vi må møte denne angsten. Vi må finna ut av kva dei er redde for. Vi må halde tilbake, gje dei tid til å forklara seg, for da vil dei gje det til oss, kva det er dei fryktar. Så må vi ta oss tid til å undersøka dei så mykje som kunsten krev.»

Valg og verdier

Professor Vallersnes tar fremdeles vakter som skiftleder på Oslo legevakt, også etter at han fikk påvist en kreftsykdom, som etter hvert viste seg å være inoperabel og med spredning. Dette var et bevisst valg,

det samme har åpenheten vært. Han og kona Hilde har i flere tiår snakket om at ting kan skje, særlig etter at svigerfaren gikk fra helt frisk til døende på få måneder. «Det er veldig leitt hvis ein har tenkt «Eg skal berre gjera alle desse tinga her i alle desse åra, og så skal eg gjera det eg eigentleg har lyst til etterpå.» Det er ikkje sikkert at etterpå finst. Vi har tenkt at vi får leggja opp livet sånn at vi kan tenka at dette er det livet vi vil ha, og vore så privilegerte at det har vore mogleg å få til.»

Han forteller om da han ventet på et avgjørende prøvesvar og tenkte: «Eg døyr jo ikkje i det eg får den beskjeden. Da blei det eit spørsmål om kva eg vil gjera med den tida eg har, og det sto klart framfor meg at eg ville jobba, også som klinisk. Eg var ute av klinikken dei månadene den hardaste cellegiftkuren forløp, men eg ville tilbake igjen til arbeidet, for det vil eg helda på med så lenge eg kan. Eg fekk med meg sist sommar, og det ser jammen ut som eg får med meg ein sommar til også.»

Dette må vi si oss spontant enige i. Mannen med den seine marssola i nakken har en tilstedeværelse og en vitalitet som smitter.

«Alt i alt er eg ekstremt glad for det valet eg tok da. Det handlar jo om å kunne fortsette å leva det livet eg har vore veldig glad i gjennom mange år.»

Vi takker for oss og går løftet ut i den samme vårsola som slapp gjennom vindusruta på et kontor i Frederik Holsts hus, 3. etasje. På vei til trikken tenker vi at denne mannen rommer dikotomier på en uanstrengt måte. En av våre kilder har karakterisert han som prinsippfast, men fleksibel. På samme måte som han kler både hvitt og svart.

REFERANSER

1. Vallersnes OM. Den kvasse samtalen. Tidsskrift for Den norske legeförening, 2020; Vol. 140.
2. Vallersnes OM. Legeskunst på legevakt. Tidsskrift for Den norske legeförening, 2016.
3. Vallersnes OM. Rusmiddelforgiftninger på legevakt. Utposten, 2017; nr. 4.

■ K-TKOGS@ONLINE.NO
■ HELGEBOS@GMAIL.COM

Odd Martin Vallersnes har beskrevet erfaringer og funn fra Oslo legevakt i mange sammenhenger.

MINILEDER

Å ta på er å røre ved

LEGELIVET

Legeskunst på legevakt

Legevakt har resultert i seks doktorgrader

Mange års samarbeid mellom Allmennlegevakten i Oslo og Avdeling for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo har ført til 20 forskningsprosjekter og seks disputaser. Legeskiftleder Odd Martin Vallersnes mener fem faktorer har vært avgjørende.



RUSMIDDELFORGIFTNINGER

Rusmiddelforgiftninger på legevakt

En enkel og systematisk undersøkelse av pasienter med rusmiddelforgiftning på legevakt viser seg å være god nok til å fange opp farlige forgiftninger og andre akutte tilstander.

LEDER

Etter overdosen

Odd Martin Vallersnes Om forfatteren

Opioidoverdose er «avhengighetsmedisiens ustabile angina». Derfor bør pasientene observeres.

NOE Å LÆRE AV

En ung mann med svelgevansker

Lang vaks jobb til nytt årtusen

LEDER

Bare fyll

Odd Martin Vallersnes Om forfatteren

Å våkne opp på legevakten kan være en vekker.

INVITERT KOMMENTAR

Tallenes tale

FRA FAGMILJØENE

Engangskateterisering ved urinretensjon

Når det fatale skjer

■ ANONYM LEGE • Redaksjonen i Utposten kjenner forfatterens identitet

En tidlig ettermiddag ringer telefonen, ukjent nummer. Der jeg sitter over full innboks og en kaffekopp på kontoret rekker jeg faktisk å ta den på direkten. Denne telefonen, kl. 13.39, skal rasere min verden fullstendig. En ung pasient er død, og jeg hadde vedkommende til vurdering kort tid forut.

Det er en fremmed kollega som snakker, lenge, og med en imponerende klokskap, ro og varme til tross for en forferdelig situasjon. Den stemmen husker jeg som helt avgjørende for meg, både der og da og for

tiden etterpå. Men det hindrer jo ikke at min verden raser sammen på et øyeblikk. Det svartner. Jeg vekselvis ruller meg sammen på gulvet og brekker meg over toalettskåla. Nå har det skjedd, det som ikke

skal skje. Det vi frykter aller mest. Det er mitt ansvar at et ungt menneske har mistet livet. Min skyld. Jeg hadde antakelig vært for rask og vurdert feil? Bilder og samtale fra det aktuelle pasientmøtet repeteres om og om igjen. Det lar seg ikke skru av. Men mine febrilske gjenkallinger er lite verdt, de spriker i alle retninger. Ser jeg kanskje alt i min favør nå? Eller snarere tvert imot – i min ufavør? Jeg er helt lammet av unyansert selvbekreftelse. Samtidig brer en stor skam seg, det er jo ikke *meg* det er mest synd på nå. En familie sitter igjen med en



ILLUSTRASJONSFOTO: PERSONEN PÅ BILDET HAR INGEN TILKNYTNING TIL ARTIKKELEN – BILDET ER LAGET MED KI / MORTEN HERNÆS – CHATGPT/GEMINI

ubeskriverlig sorg og smerte, det er det som er katastrofen. Mine følelser oppleves *ulovlige*.

Det er ren flaks at jeg kommer meg hjem i bil den dagen. Verden har stoppet opp for meg. Hjemme venter to barn som har kommet hjem fra skolen. De blir så glade for at jeg kommer tidlig, men jeg klarer ikke å forholde meg til noen og sender dem ut. Jeg blir dog irrasjonelt opptatt av å måtte bake ut en deig jeg har satt før jobb. Mekanisk baker jeg, legger pent på brettet og setter i ovnen fulgt av manisk rydding og vasking. Rasende hvis noen avbryter meg.

Holde maska

De neste timene og dagene er et svart kaos. Gråt og panikkanfall avbrutt av noen befriende timer med søvn innimellom. Det vondeste er å våkne og bli slått av at det er virkelighet, ikke en drøm. Telefoner fra ukjente nummer og dialog med instanser jeg ikke har hatt befatning med før. Det første jeg blir bedt om er å umiddelbart kontakte legeforeningens juridiske avdeling. Jeg må kaste opp. Juridisk avdeling! Så det er altså opplest og vedtatt for hele omverden allerede at det er min skyld og at jeg må forte meg å «redde det som reddes kan» og bygge et forsvar?

I ørska må jeg organisere fravær og sykemelding, men alt i skjul, dette kan for Guds skyld ikke komme ut. Ikke bare fordi det selvsagt er en taushetsbelagt og konfidensiell pasientsak, men også fordi den skyld og skam jeg kjenner på er så stor. Ingen må få vite at jeg er *den* legen! Det blir en krevende øvelse å måtte holde oppe fasaden utad. Hente på skolen og stille på håndball-dugnad med et smil om munnen, men med en altoppslukende svart klump på innsiden. Også overfor venner og nære familie-medlemmer må jeg opprettholde fasaden.

Etter hvert, eller rett og slett veldig snart, må jeg jo også tilbake til jobb, for å møte pasienter og kollegaer som før. Jeg er såpass nummen at det faktisk går på et vis, i hvert fall for en periode. Men jeg hadde fortjent en Oscar for skuespillerprestasjonen! På kontoret sorterer jeg i vonde knær, svimmelhet og infeksjoner med hamrende hjer-

te på innsiden, og et kontinuerlig «tenk om pasienten her bare visste at jeg for kort tid siden sendte hjem noen som døde». Du snakker om bedragsyndrom!

Venner og kollegaers fortvilte forsøk på omsorg

Det hjelper noe med støtte og omsorg fra kollegaer og legevenner, men det blir liksom uansett fort «feil». Forteller de om egne feil og erfaringer blir det oftest bare opprørende. Jeg vil ikke høre at de overså koronarsykdom hos en 85-åring eller marginalt forsinket en kreftdiagnose! Jeg har da selv slike erfaringer, det skjer alle klinikere. Ikke klarer jeg heller å høre om deres mer alvorlige feilvurderinger med stort skadepotensiale, men der de likevel hadde hellet med seg. Den flaksen jeg altså ikke hadde.

Jeg gjør det nærmest umulig for mine nærstående. På den ene siden vil jeg bare at de skal si at jeg er en dyktig lege som umulig kan gjøre feil, pasienten kan umulig ha vært syk og jeg har nok gjort en riktig og god vurdering. Men sier de noe sånt blir jeg likevel rasende, for hva vet vel de, og hvorfor må de insistere på at jeg må ha gjort alt rett? Kan de ikke heller godta at jeg faktisk kan ha vurdert og gjort feil, og anerkjenne meg like fullt? «*Skal jeg ikke få møte aksept for at også jeg kan gjøre feil i min jobb?*», skriver jeg til mine nærmeste.

Møtet med pårørende

Dagen kommer da jeg selvfølgelig også må møte de pårørende. De etterlatte. De er, som meg, sjokkerte og traumatiserte, men overraskende nok ikke sinte. De bærer ikke nag. De prøver å forsone seg med at dette var en ulykke, at sånn en ytterst sjelden gang kan skje i et sykdomsforløp. Men sorgen er bunnløs. Jeg er nesten uten ord i møtet. Det hadde kanskje vært lindrende for alle om jeg gråt litt, men jeg klarer ikke å felle en tåre. Ikke fordi jeg ikke er lei meg, det vet de godt, men det er lammende, svart, kvalmende alt sammen, tårer er det ikke plass til for noen av oss der. Jeg tror imidlertid at de sitter igjen med et slags felleskap med meg, at vi *deler* dette traumet

på et vis. Jeg har senere tenkt mye på om det hadde gjort det lettere for meg om de pårørende hadde vært mer anklagende. Hadde jeg mobilisert et bedre forsvar for meg selv, ekspressivt og emosjonelt? Kanskje. Blir jeg sittende igjen med utelukken-de min egen fordømmelse, den som ikke viser noen nåde? Eller er det en lettelse å ikke bli lagt for hat som en ekstra byrde?

Tilsynsprosessen

Vel, bare min egen fordømmelse blir det jo uansett ikke. Jeg får jo brev fra både Helse-tilsynet og Statsforvalteren. Forholdet til Digipost har blitt traumatisk etterpå, med en kraftig kroppslig respons med kvalme og brekninger hver gang offentlige brev varsles. Og det er ikke en nådig prosess. Allerede i løpet av de første par uker får kommunen jeg jobber i varsel om meg fra Helsetilsynet, altså før noen undersøkelser foreligger, formulert som: *Denne legen jobber hos dere, sånn og sånn har skjedd, det ser vi på med stort alvor og dere er ansvarlige for helsehjelpen i ... kommune*. Jeg husker ordlyden nærmest som at dere har uforsvarlige folk i staben! Jeg er satt som kopimottaker. Åpenbart sjokkerende og vondt å se på trykk. Det kan hende det er vanlig rutine hos Helsetilsynet dette, men jeg er usikker på om det er med noen omtanke for de menneskene det angår. Attpåtil sender Helsetilsynet det først til feil kommune, så det sirkulerer rundt hos alle lederne ved min tidligere arbeidsplass! Heldigvis får jeg hjelp av den lokale tillitsvalgte til å få fisket det ut igjen fra postlistene. Jeg gjør Helsetilsynet oppmerksom på det, men de vil ikke foreta seg noe for å korrigere eller trekke tilbake konfidensielle opplysninger de har sendt til feil mottaker. De er naturligvis bare opptatt av å få sendt det på nytt til riktig instans.

Statsforvalter følger prosessen deretter, og jeg svarer ut anmodningen etter beste evne. Jeg følger samvittighetsfullt rådet fra legeforeningens jurist om å være 120 prosent ydmyk og selv påpeke alle eventuelle feil og mangler. Alt jeg *kunne* vurdert annerledes. Visstnok for å «*vise at jeg tar lærdom og kan reflektere*», som skal være det tilsyns-

fører er opptatt av. Jeg er dog i etterkant høy-
st tvilende til den tilnærmingen, for hva
slags forsvarsskrift blir det i den aktuelle sa-
ken dersom jeg bare trekker frem forbed-
ringsfaktorer? Ikke vet jeg heller at pårø-
rende automatisk får kopi av all
korrespondanse. De er jo overhodet ikke
tjent med å lese en gjennomgang av alt som
kunne vært annerledes i etterpåklokskapens
lys. De som faktisk har forsont seg med at
dette har skjedd. De har virkelig ikke bedt
om eller ønsket denne informasjonen.

Konklusjonen kom i posten

«Dommen» havner uten forvarsel i post-
kassen, midt i en travel ferieuke noen må-
neder senere. Som forventet selvfølgelig,
men likevel så brutalt. Jeg har huset fullt
av besøk. Jeg klarer ikke å lese det, det er på
mange sider, jeg må legge det bort. Sambo-
eren må gi meg en «oppsummering». Vur-
deringen er at pasienten ikke fikk forsvar-
lig helsehjelp. Statsforvalter skriver at det
ikke nødvendigvis hadde endret forløpet,
med dødsfall, men langt på vei tolker jeg
det jo dit likevel. Det er dog ingen sanksjo-
ner mot meg. Jeg har jo allerede for lengst
felt en enda strengere dom for egen del, så
hva forventet jeg egentlig? Jeg vet ikke,
men det er uansett som et knyttneveslag
jeg ikke hadde forventet. Ble ikke dette i
overkant skråsikkert fra skrivebordsmedi-
sinerne som vurderer alt så etterpåkløkt?
Jeg opplever det slik. Kollegaer gir meg råd
om å klage, som vel betyr å be Statsforval-
ter i nabofylket om en second opinion.
Men hvilken hensikt tjener det? Jeg orker i
hvert fall ikke en runde til! Enda vondere
blir det når pårørende forteller meg at de
brått fikk samme brev i postkassa, og det
slo bena under dem også. De hadde ikke
ønsket denne prosessen.

Jeg har derfor gått mange runder med å
fullt forstå formålet med tilsynsprosesser
som dette. Ironisk nok hadde jeg forut for
dette i lang tid engasjert meg for at vi ikke
skulle bli et samfunn preget av helsejuss,
som det amerikanske, der skyld skal forde-
les når noe går galt, søksmål er en milliard-
business og alle må sikre ryggen sin. Et
slikt samfunn har jeg vært opptatt av at vi
ikke må få i Norge. Redselen for å gjøre feil
er allerede stor, men redsel for tilsynsappa-
ratet må ikke bli overhengende. Jeg har
også vært bekymret for hva det gjør med
folkehelsen og resiliensen i befolkningen.
Betyr det at jeg ikke mener at vi må ettergå
grove feil og ha tilsyn med helsepersonell?
At pasientsikkerhet ikke er noe vi må
kjempe for? Nei, naturligvis ikke. Men jeg
tror det er viktig å ha et skille mellom over-

lagt, systematisk mislighold og uforsvarlig
praksis, og situasjoner der man gjør så godt
man kan – men likevel kan lande feil. For
hvilken nytte er det ment å tjene?

Ærlig talt hadde jeg ikke unnet min ver-
ste fiende dette helvetet. Og aldri har jeg
følt meg så alene. Medieoppslaget kom
som en tilleggsbelastning. Forventet så
klart. Er det noe jeg vet er det jo at journa-
listene nitidig følger med på tilsynsloggen
og benytter alle muligheter for å lage opp-
slag. Også her har jeg alltid lurt på hvilken
samfunnsnytte redaksjonene ser av det.
Skremme befolkningen? Skremme helse-
personellet?

Jeg har flere ganger tenkt at jeg ikke orker
mer, og har tatt tauløkka i hånda. Men jeg
har barn, og jeg klarer heller ikke tanken på
at de mister en forelder. For hva galt har de
gjort? Jeg er jo lege, jeg vet statistisk sett
hvor mye strev de vil få i livet dersom de
brutalt mister sin mamma i ung alder. Jeg
har jo også etter hvert hjelpetrengende for-
eldre som virkelig trenger meg sårt. Men
hvor mye har jeg likevel ikke tenkt på den
eneste måten å slippe unna alt. Ofte som en
god trøst, visshet om at det finnes en utvei
fra marerittet. Og jeg har gråtende fått sam-
boeren min til å love at dersom det blir sånn,
at jeg faktisk ikke overlever, må han love
meg å ta kontakt med tilsynsapparatet og
etterspørre nettopp en *forsvarlighetsvurde-
ring* hos dem. Da vil jeg at Helsetilsynet skal
stå til rette for *mine* barn, at de skal inngå i
«regnskapet» for forbrytelse og straff.

Hjelpeapparatet

Fikk jeg så ikke hjelp underveis tenker du?
Joda. Kommunen tok kontakt per telefon
flere ganger initialt, med råd, inkludert kon-
takinformasjon til støttekollegaordningen.
Hos denne møtte jeg raskt god omsorg og
faglig dyktig hjelp, men i en ramme av kun
tre enkelttimer. Jeg fikk imidlertid fastlegen
til å henvise meg videre, til naboforetaket
slik at jeg skulle slippe å forholde meg til
DPS som jeg jo ellers samarbeider med. Det
er ikke bare bare å være hjelpetrengende
lege å manøvrere i «eget» terreng. Å utleve-
re seg til fastlegevikarer som tidligere var
arbeidskollegaer, be om medisiner eller sy-
kemelding, avdekke en skamfull historie.
Skamfull også over å ikke klare å «håndte-
re» dette bedre. Det banale rådet fra mange
var å søke seg til Villa Sana, men hva kan
fem dager der utgjøre til eller fra? Riktignok
kanskje en befriende pause fra situasjonen
noen dager, men jeg var småbarnsmor som
først og fremst trengte hjelp til å holde ut
alle de smertefulle hverdagene over lang
tid. Heldigvis kom jeg (etter altfor lang tid)

til en dyktig psykiater som fulgte meg tett
og lenge. Her fikk jeg faglig god og omsorgs-
full hjelp, og sammen klarte vi å bygge opp
noe av min selvspekt igjen. Kanskje var
jeg ikke en dårlig lege og et dårlig mennes-
ke.

Kommunen hørte jeg ikke noe mer fra,
foruten da jeg ringte og pent ba om vikar
for en periode. Jeg forklarte at jeg var i ten-
keboksen om jeg ville fortsette. «*Svært for-
ståelig det*», var svaret. Å, som jeg hadde
trengt at noen svarte «*for noe tull, selvfølgelig
må du fortsette. Vi vil jo ha deg hos oss!*» Nå
satt jeg utelukkende med følelsen at de
ikke helt hadde tillit, og at det ikke var et
tap om jeg valgte å takke for meg.

Veien videre

Så, nå vil du vel lese at jeg etter en tid kom-
mer meg opp på hesten igjen, og går videre.
Jeg håper jo det blir sånn, men mye er øde-
lagt. Frykten har sneket seg inn på konto-
ret mitt. Jeg har blitt redd for alt, vet at jeg
ikke kan risikere at noe tilsvarende kan
skje. Min «kvote» er brukt opp. Jeg må sik-
re meg mer enn sunt er, og tør knapt ha
akutt-pasienter. Legevakter som jeg også
før fryktet, blir nå uoverkommelige. Tilli-
ten til egen vurdering og ferdigheter er
ødelagt. Tilliten til kommunen som ar-
beidsgiver er dessverre også svekket. Og
ikke minst tilliten til helsemyndighetene,
som jeg ikke klarer å tenke på som noe an-
net enn: De som uansett bare vil ta deg!

Jeg er redd for alle brev fra offentlige
myndigheter og skvetter ved telefon fra
ukjente nummer. Hører jeg sirener utenfor
kontoret, som stort sett skjer daglig, blir jeg
hver eneste gang kvalm og redd – for hvem
av mine pasienter er det nå det har gått ille
med? I lang tid torde jeg ikke gå på kurs el-
ler møte kollegaer. Og treffer jeg venner
som ikke jobber som leger forakter jeg
dem, for hva vet vel de om livets brutalitet.
Treffer jeg imidlertid legekollegaer som er
lykkelig selvtilfredse, elsker jobben sin og
svært sjelden er engstelig, legger jeg dem
nærmest for hat. For ikke å snakke om de
som har profittenssyn høyest på sin agen-
da. Rasjonelt? Nei. Barnslig? Ja, sikkert.
Men større menneske er jeg altså ikke.

Selv gode kollegaer klarer jeg ikke helt å
forholde meg til. For nå vil de vel alltid se
på meg som den legen som kanskje gjorde
så feil? Muligens ikke helt eksplisitt tenke
det, men klarer de egentlig å gjenopprette
full tillit og respekt for meg som kliniker?
Kanskje, men jeg klarer liksom ikke helt å
tro det. Og er det en slags ydmykende «om-
sorg» de driver med i sin omgang med
meg? Hva sier de bak min rygg?

ILLUSTRASJONSFOTO: PERSONENE PÅ BILDET HAR INGEN TILKNYTNING TIL INNHOLDET I ARTIKKELEN - BILDET ER LAGET MED KI / MORTEN HERVÆS - CHATGPT/GEMINI



Man blir ikke bare en dårlig lege og kollega, men også en dårlig mor, samboer, venn, nabo. Sint og negativ. Lite gir glede eller mening. Angst og tungsinn er en utrolig navlebeskuende greie, man er så full av alt det vonde, og av egen selvforakt. Ens egen smerte blir ufrivillig et slags nav i livet. Jeg kan stoppe opp når jeg beiser verandaen eller er på tur med familien, for hverdagslige aktiviteter kan være noe av det aller, aller verste. For hvor kvalmende absurd er det ikke at jeg står her og beiser verandaen liksom, når jeg har et liv på samvittigheten? Hvordan kan jeg gå på restaurant sammen med min kjæreste når en annen familie er i ruiner og det er mitt ansvar.

Nyhetsbildet er ingen opptur, en verden i flammer. Og hvor bitter blir man ikke når statsledere tilsynelatende uten personlig belastning kan drepe og lemleste tusenvis av unge mennesker, utslette hele familier. Med overlegg. Og uten konsekvens.

Men ser jeg ikke også verden i nytt lys? Jo. Jeg har blitt mer ydmyk, mindre dømmende. Aldri skal jeg være den som kaster stein. Kommentarfeltene er de skråsikres arena. Mennesket er feilbarlig, og etterpåklokskap er den letteste klokskap. Uhell og uflaks er endel av livet. Og jeg har nok blitt flinkere til å møte pasienter i krise, de som står i store belastninger og de som har en stor indre smerte. Jeg er mer til stede i det mørket de står i.

Så, hva er budskapet til yngre kollegaer? Selvfølgelig må man opp på hesten igjen. Selvfølgelig har man verdi, og man kan være en god lege selv om slike hendelser er en del av ens historie. Jeg vil være ærlig om at det er vanskelig, og forteller derfor min historie om at jeg ikke helt har klart det. Med håp om at det kan være til nytte for kollegaer, det er nok ikke bare meg som har et strev. Jeg vet hvor mye jeg hadde trengt å snakke med en kollega som selv hadde kjent dette på kroppen. Jeg vet jo det er noen der ute, men vi skjuler jo gjerne våre historier. Husk dog at *Utposten* har min kontaktinfo hvis du er en av dem. Jeg skal ta telefonen, selv fra ukjent nummer.

Korleis Reine legekantor byggde sitt system for lei

«...viktig å få delt ting opp, det gir oversikt

■ JAN HANA • Pensjonert fastlege ■ ASK BØE KLAKEGG • Tidligere ALIS / fagleiar ved Reine legekantor

Reine legekantor i Lofoten hadde som mål å utvikle og implementere eit enkelt, praktisk og tilpassa system for leiging av verksemda. Erfaringar frå dette arbeidet blir delt i trua på at det også kan vere av interesse for andre.

Reine legekantor er lite med sine to legar og to hjelpepersonell, likevel var det organisatoriske utfordringar. Dei siste to åra hadde kontoret heile 15 ulike legar innom. Den

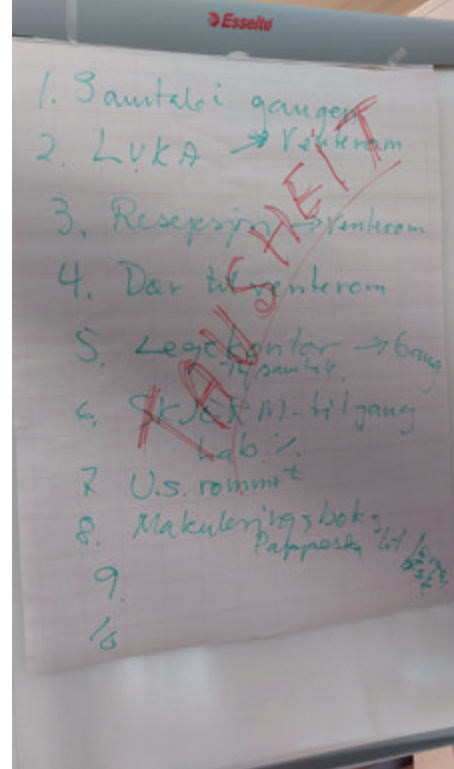
eine stillinga hadde to faste legar i perioden, medan den andre hadde 13 legar i ein eller fleire omgangar. Hjelpepersonellet var delvis stabilt, men ein erfaren sjukepleiar slutta

i perioden. Denne store utskiftinga utfordra kontoret si plikt til å levere forsvarlege og naudsynte helsetenester. Vi ga god helsehjelp, men kjente at dette kunne gjerast betre. Eit område var dokumentasjonskravet i *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten* (1) som nok ikkje var oppfylt, noko både kontoret og sentral kommunal leiging kjente på.

Frå venstre: Kristina Christiansen (sjukepleiar), Eleonora Oscarsson (sjukepleiar), Ann Evy Hoseth (hjelpepleiar), Ask Bøe Klakegg (fastlege, fagleiar), Thomas Bull (sjukepleiar) og Jørgen Bjørkan (fastlegevikar).



ing av drifta og vi ser samanhengar...»



Status: Munnleg kultur vart utfordra

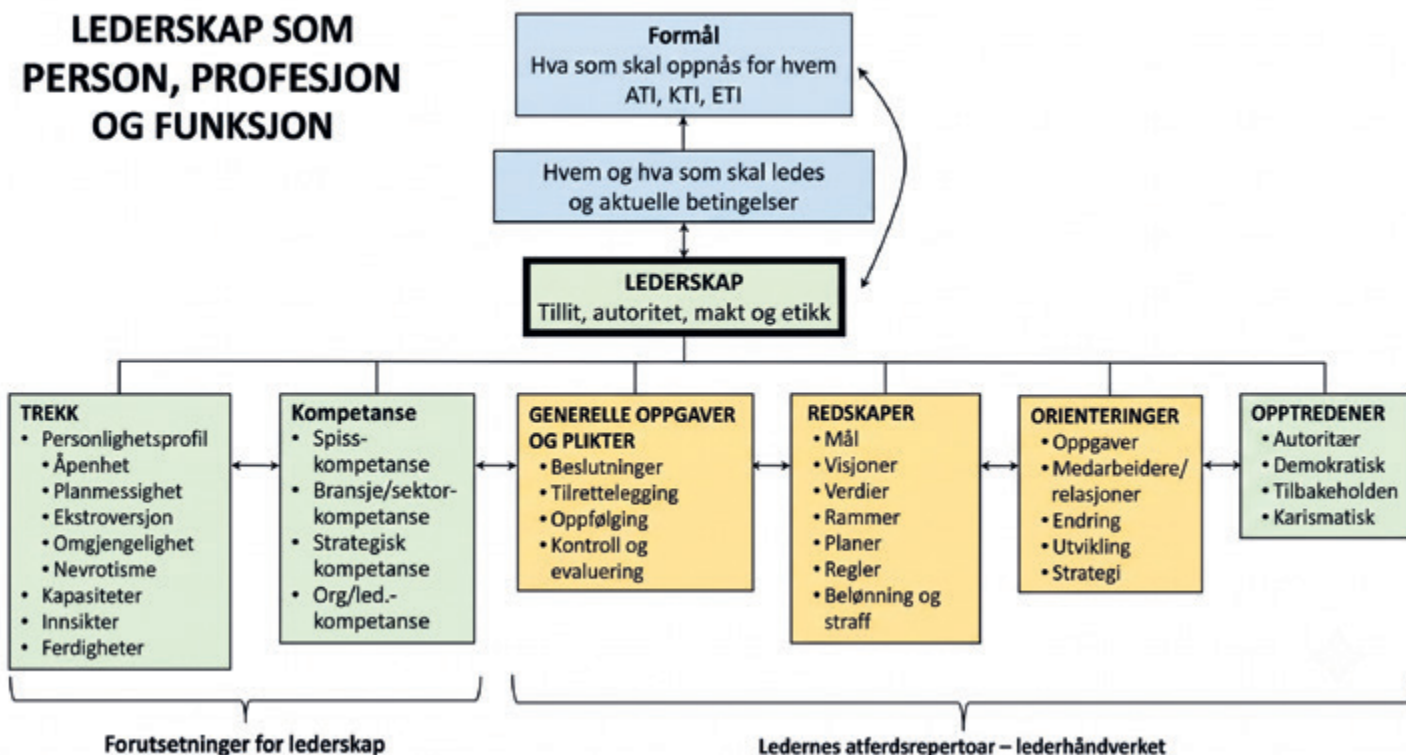
Svært mange rutiner for drifta var munnlege. I den daglege drifta, også uavhengig av lovkrav, var det eit klart behov for å få betre orden på dette. Særleg hausten 2024 vart det ein del utskifting av personell som utfordra kontoret sitt «rutineminne». Det la for dagen kor sårbar drifta var med få

skriftlege prosedyrar, samstundes som det faglege leiaransvaret var uklart. Kontoret måtte ta grep.

Målet

Målet for prosjektet vart difor å finne ei enkel og god løysing på desse vanskanene. Vi

ville fokusere på bygging av eit styringssystem til hjelp for alle på kontoret, uansett rolle og ansvar. Leing av drifta spelar ei sentral rolle i det daglege, og var heilt naudsynt å ta inn i modellen. Prosjektet måtte rydde, få oversikt, og lage eit kart over struktur og aktivitet i denne vesle organisasjonen som legekontoret utan tvil



Denne matrisa framhevar godt korleis styringssystemet og lederskap er fletta i kvarandre.

FIGUR: RUDI KIRKHAUG: «LEDERSKAP – PERSON OG FUNKSJON» (2019) KAP. 4 «LEDERNES ATFERDSREPERTOAR – LEDERHÅNDET» / I ORIGINAL FIGUR ER ALLE BOKSENE I NEDERSTE RED I SAMME FARGE.

er. Det var viktig at det var våre behov og vår oppleving av arbeidsdagen som skulle vere utgangspunktet. På den måten fekk vi eigarskap til målet for prosjektet og vegen dit.

Teoretisk fundament

Til tider kan vi oppleve det som skjer rundt pasientkonsultasjonen som ganske ustrukturert, uoversiktleg, ja til og med kaotisk. For å forstå kva som skjer må vi få oversikt, og som ein ung kollega (LIS1) sa, «vi må dele ting opp». Skal vi dele opp må det skje på ein strukturert måte. Difor vart det viktig at vi støtta oss til kunnskap tufta på forskning da vi skulle lage vår nye modell for eit «styringssystem». Vi måtte kategorisere og systematisere på ein enkel og logisk måte for å få oversikt og dermed lettare få auge på samanhengar. Grunnlaget for styringssystemet vårt vart difor ein kombinasjon av følgjande fire element:

- Struktur – Prosess – Resultat (SPR) (2)
- Kvalitetssirkelen: Planlegg-Utfør-Kontroller-Korriger (PUKK) (3)
- Lovverket: Forskrift om Ledelse og kvalitet i helse og omsorgstjenesten (1)
- Ledernes atferdsrepertoar – lederhåndverket Rudi Kirkhaug (4)

Vi hadde stor hjelp av dette. Det var forståeleg for alle, ga retning og letta arbeidet. Det var trygt å vite at SPR og PUKK var ei

tilnærming til leiing og kvalitetsarbeid som har vore brukt i mange år. Sjølv om kontoret er lite med få tilsette, er kunnskap om organisasjon og leiing likevel heilt avgjerande for at vi skal ha ein god arbeidsplass, og for å kunne gje pasientane nødvendige og fagleg forsvarlege helsetenester. Målet vårt var å lage eit komplett system, slik at alle på kontoret hadde dette eine å forholde seg til. Difor måtte alle fire elementa bli kobla saman til eit system, og det skulle vere tilgjengeleg og relevant for oss alle. Professor emeritus Rudi Kirkhaug (UiT) (4) sitt forfatterskap har gitt oss relevant kunnskap som vi kunne bruke direkte inn i vårt prosjekt. Vi vil her særleg vise til *Ledernes atferdsrepertoar – lederhåndverket* som er vist i figuren øverst på denne sida, og da særskilt til dei gule boksane.

Gjennomføringa

Ein ekstern kollega vart engasjert for å bistå i planlegginga og gjennomføringa. Dette var forankra i kommuneleiinga. Kollegaen hadde lang erfaring både som allmennlege og med teoretisk rammeverk.

Det vart sett av tid i timeboka til arbeidsmøte med alle på kontoret, kvar onsdag klokka 11.00–12.00. Etter behov vart møtet utvida til klokka 14.00. Formelle rammer vart viktig, og difor fann vi eit alternativ til pauserommet. I møterommet fekk vi på

plass utstyr: whiteboard (tavla), flip-over, projektor, lerret og bærbar PC.

For at arbeidet skulle lukkast vart det heilt avgjerande at vi fekk ei digital plattform som passa oss. Kommunen hadde allerede avtale med Digipro-Helse (DP), og vi oppretta samarbeid med dei. I starten hasta det med å få på plass organisasjonskartet for kontoret, og velje ein fagleiar. Sistnemde skulle etter kvart ta over leiinga av prosjektet med støtte frå ein ekstern ressurs etter behov. Den første tida var oppgåvene å få på plass rammene for systemet i DP. Etter kvart la vi inn vår lokale informasjon i struktur og rutiner. Alle på kontoret fekk komme med innspel, dette var heilt naudsynt, og vi ønska ingen terskel for å melde inn saker. Vi oppmuntra til bruk av tavla. Å skrive ned alt som burde takast opp og diskuterast, for så å leggje saka inn i DP.

Det var viktig med referat frå onsdagsmøta. Referat blei raskt skrive og lagt i arkivet, tilgjengeleg for alle på kontoret. Kvart møte starta med gjennomgang av siste referat. Slik fungerte dei som viktig «kontorminne», og sikra kontinuitet.

Styringssystemet

Struktur, Prosesser og Resultat (SPR) (2) vart hovedelementa i systemet, samstundes som både Kvalitetssirkelen (3) og matrisa for leiarskap (4) vart fletta inn. Vida-



Struktur



re vart naudsynnte undermapper lagt til samstundes som vi sørga for å ha det enkelt og oversiktleg.

STRUKTUR inkluderer:

- Målsetting og verdigrunnlag
- Kontorskisse og oversikt over utstyr
- Kart over organisasjonen
- Kart over kompetanse
- Styrande dokument
- Kart over samarbeidspartnarar

PROSESSAR inkluderer:

- Rutiner for fag (lege, hjelpepersonell, felles)
- Relasjonar («til pasienten», «oss imellom på kontoret»)
- Endring, utvikling og læring
- Rutiner for samarbeid med partar utanfor kontoret

RESULTAT inkluderer:

- Statistikk over drifta
- Økonomi og rekneskap
- Brukarundersøkingar
- Andre rapportar

Kontoret nyttar DP sin mal for lokale rutiner der vi ikkje hadde nytte av eksterne rutiner og deira format. Vi ville unngå dobbel bokføring, og nyttar lenker til databaser utanom DP som NEL, Felleskataologen, RELIS, Trinnvis med mange fleire.

Evalueringa

Etter tre kvart år blei prosjektet evaluert med eit spørreskjema til fast tilsette og til dei mest brukte vikarane i perioden. Vi fekk gode og positive innspel til prosessen. Sær viktig for arbeidet var at vi hadde felles forståing av situasjonen da vi starta

opp. Kontoret gav gode tenester, men kjente på at mykje av rutinar var udokumenterte og at lovkrava nok ikkje var oppfylt i tilstrekkeleg grad. Ved å få dette på plass kunne vi få til betre struktur på arbeidsdagen. Vi kunne møte forventningar betre og oppleve meistring. Slikt kan gje flyt i arbeidet gjennom godt samarbeid, som igjen kan påverka arbeidsmiljøet positivt.

Teorigrunnlaget var lettforståeleg og vart opplevd som nyttig. Onsdagsmøtet skapte kontinuitet og var arena for dialog, diskusjon og avgjerse. Referata vart den raude tråden i arbeidet.

At vi på kontoret tok utgangspunkt i ein felles oppfatning av situasjonen, gav tydeleg eigarskap til prosjektet og målet.

Teori (SPR/PUKK) var viktig for forståing av både mål og prosess. Denne teorien gav ein fin oversikt, var enkel å forstå, og gav retning for arbeidet. Deltakarane i prosjektet meinte også at han var så generell at andre avdelingar i helsetenesta kan ha nytte av han.

Felles formalisert møtearena hadde vore eit sakn. Onsdag kl. 11–12 fungerte bra, men tidlegare i veka og tidlegare på dagen vart òg diskutert. Møtet blei rutine, eit fast haldepunkt i arbeidsveka. Vi fekk prata uforstyrta saman. Viktige samtalar vart tatt ut av lab, pauserom, korridor, døroppninga...

Kommuneleiinga gav full aksept til å sette av nødvendig tid, noko som var heilt avgjerande for prosjektet. Referatet vart viktig. Det gav oversikt, og vart ei påminning som held oss på sporet. Det vart lest av nesten alle.

Vi opplevde ikkje at dette gjekk ut over pasientarbeidet eller kontakten med samarbeidspartnarar. Samarbeidande avdelin-

gar opplevde det positivt at kontoret jobba med akkurat desse tinga, rydda opp og tok tak i saker.

Eige møterom med innkjøpt utstyr fungerte fint. Det gjorde møta meir effektive og engasjerande. Det bidrog òg til å samle alle i møtet. Alle opplevde seg sett og høyrd i arbeidet.

Tida for permar til arkivering var over. Vi gjorde riktig val av digital plattform som var brukarvenleg. I tillegg var samarbeidet med DP svært godt.

Vi på kontoret opplevde at overføringa av ansvar frå eksternt hald til fagleiar kom til rett tid. Ein meir generell kommentar var effekten på arbeidsmiljøet med redusert stress og betre humør. Tid til å diskutere, avklare og lage rutiner bidrog til dette.

Konklusjonen var at vi var på riktig veg mot målet med å etablere eit rammeverk og system for styring til bruk for alle på kontoret.

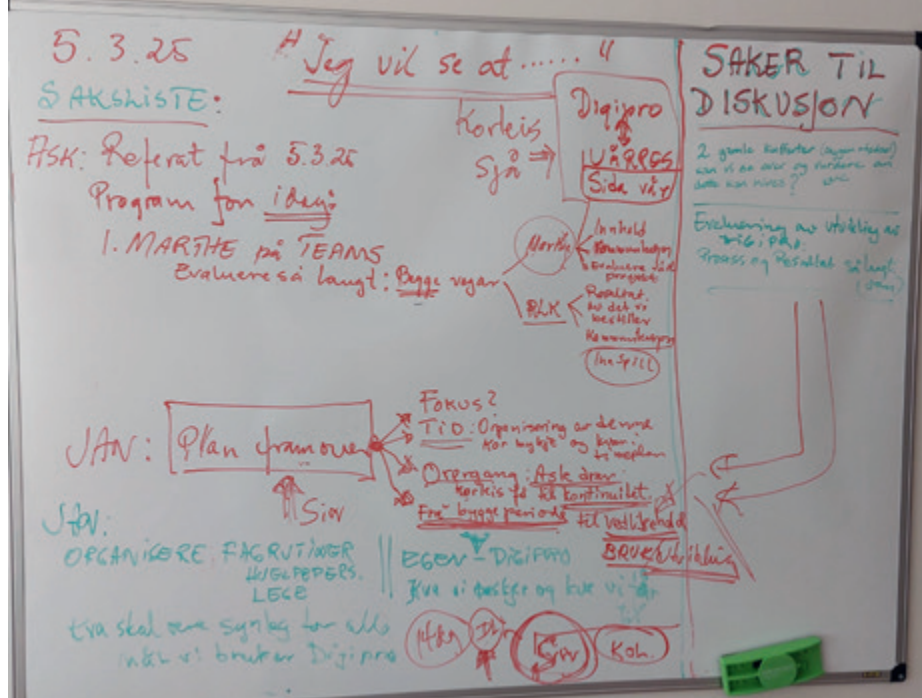
Ny fastlege/fagleiar kom tre kvart år inn i prosjekt. Han opplevde det som å kome til «duk og dekkja bord», eit system som særleg var til hjelp i oppstarten. Tida han rådde over balanserte greitt klinikken opp mot ansvaret med å utvikle og leia drifta vidare. Han presiserte at «arbeidet framover vil vere heilt avhengig av engasjement hos alle på kontoret». Likevel er kvardagen der og «onsdagsmøter måtte vike iblant grunnet mer presserende situasjoner, gjerne av klinisk art». Han støtter dei som meiner innretninga kan overførast til andre tenester, til dømes sjukeheimen.

Kva råd kan vi gje andre?

- Fastlegekontoret er eit fellesskap der alle arbeider saman om å levere naudsynnte

og forsvarlege allmennmedisinske tenester av høg kvalitet.

- Eit system for styring, med enkle og nyttige verktøy, høyrer med om ein skal nå dette målet.
- Leiaransvaret må vere tydeleg plassert i eit **organisasjonskart**. Det allmennmedisinske fagleiaransvaret må òg vere synleg.
- Fast **formalisert møte** for alle må inn i timeboka. Vi må unngå å leie allmennmedisinen frå korridoren, døråpninga eller lunsjen, men i eit fellesskap med gode planlagte rammer.
- Det er viktig at styringssystemet **ikkje vert større** enn naudsynt, men det som er naudsynt må takast tak i.
- Ha ei tavle lett tilgjengeleg som eit lavterskel verktøy til raskt å registrere tankar, erfaringar, problem, avvik, nye idear og så vidare.
- Vi lærte mykje ved å referere store og små saker til «sin plass» i styringssystemet. Dette utvikla **ein måte å tenke på** som spegla prinsippa og logikken vi jobba etter.
- Styringssystemet er ei «organisk greie» som er i utvikling heile tida. Det betyr at vi må vere på for å ta vare på den **dynamiske energien** som ligg i systemet.
- For å få dette til må fagleiar ha rutine på



å gå gjennom alle hovudelement i systemet regelmessig (kvartalsvis?). Dette for å oppdatere, endre, oppdage manglar og bli oppmuntra til vidare utvikling. Prosessen kan gå i stå eller viktige saker kan gå tapt om ein ikkje held seg til metoden.

• Dette styringssystemet høyrer absolutt heime i verktøykassa vår for å kunne drifte kontoret på ein god måte. Det «delte ting opp», slik at det ustrukturerte kaoset som vi opplevde av og til rundt oss, vart gitt mening og blei grunnlag for påverknad, kontroll og utvikling.

Forfattarane har ingen bindingar. Stor takk til kommunalsjef Skaar som støtta prosjektet heile vegen.

- REFERANSAR**
1. Norsk Lovtidend. «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten» 2017.
 2. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Q. 1966; 44 (3) (suppl): 166–206.
 3. Deming WE. Out of crisis. Cambridge. Massachusetts, USA. 1986.
 4. Kirkhaug R (2019): «Lederskap – Person og Funksjon» Kap. 4 «Ledernes atferdsrepertoar – lederhåndverket».

■ JANHANA@ONLINE.NO

Faste formaliserte møte med ein klar struktur var ein suksessfaktor.





SHINGRIX

VAKSINE MOT HELVETESILD
(REKOMBINANT, MED ADJUVANS)

Helvetesild kan forebygges med vaksine¹

Shingrix gir opptil 97 % effekt mot helvetesild hos voksne ≥ 50 år^{1}**

Langtidsoppfølgingsstudie for Shingrix viser 82% vaksineeffekt 11 år etter vaksinerings^{1}**

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

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

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON:

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

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

Pris: 2257,20 kr per sett (1 hetteglass pulver til injeksjonsvæske, 1 hetteglass 0,5 ml suspensjon til injeksjonsvæske).
Reseptgruppe C. Shingrix er en ikke-levende vaksine.

^{*}To fase III-, placebo-kontrollerte, observatør-blindede effektstudier med Shingrix ble utført hos voksne ≥ 50 år med 2 doser administrert med 2 måneders mellomrom:¹

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

^{**}ZOE-LTFU: Langtidsoppfølgingsstudie av ZOE-50 og ZOE-70. Predefinert og deskriptiv analyse på vaksineeffekt mot første eller eneste helvetesildepisode mens ZOE-LTFU-studien varte, hos deltakere ≥ 50 år. ZOE-LTFU startet på median på 5,6 og endte på median 11,4 år etter vaksinasjon. Vaksineeffekt ble vurdert i mTVC-analysen hos personer ≥ 50 år, og deltakere med bekreftet helvetesild under ZOE-50/70 ble ikke tatt i betraktning. Historisk kontroll i ZOE-LTFU er basert på placebogruppen i ZOE-50/70-studiene, med antall deltakere (N) og oppfølgingsstid antatt å være den samme som i den vaksinerte gruppen. VE-estimer ble justert for region.

Referanser: 1. Shingrix preparatomtale (https://www.ema.europa.eu/no/documents/product-information/shingrix-epar-product-information_no.pdf).



Shingrix
preparatomtale

For mer informasjon:

shingrix.no

Trade marks are owned by or licensed to the GSK group of companies.
©2026 GSK group of companies or its licensor.
PM-NO-SGX-JRNA-250001, april 2026

GSK

Endringer i rusrelaterte Oslo legevakt etter flytting

■ ELISE STAI • Medisinstudent, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo ■ METTE BREKKE • Professor emerita, Avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo

■ DIDRIK SKJELLAND • Ph.d.-stipendiat og legeskiftleder, Avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo, Allmennlegevakten, Legevakten i Oslo, Helseetaten Oslo kommune

■ ODD MARTIN VALLERSNES • Professor og legeskiftleder, Avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo, Allmennlegevakten, Legevakten i Oslo, Helseetaten Oslo kommune

SAMMENDRAG

BAKGRUNN

I november 2023 flyttet Oslo legevakt fra sentrum til Aker sykehus. Mange var bekymret for om flyttingen ville medføre negative konsekvenser for sårbare grupper i indre by, særlig rusmiddelavhengige. I denne studien kartla vi rusrelaterte forgiftninger behandlet ved Oslo legevakt før og etter flyttingen.

METODE

Retrospektiv tverrsnittsstudie med opplysninger fra legevaktens journal-system. Vi inkluderte alle pasienter behandlet for rusrelatert forgiftning året før og året etter flyttingen.

RESULTATER

Antall pasienter behandlet for alkoholforgiftning sank til 1724 året etter flytting fra 1927 året før, mens antallet behandlet for øvrige rusmiddelforgiftninger sank til 1669 fra 2215. Andelen heroinforgiftninger var mindre (23,2 prosent vs. 27,7 prosent). Andelen sendt videre til medisinsk avdeling i sykehus forble uendret. En større andel pasienter hadde nedsatt bevissthet ved ankomst etter flyttingen (55,1 prosent vs. 49,3 prosent). Færre med alkoholforgiftning ankom i helg (44,8 prosent vs. 48,9 prosent) og på natt (68,1 prosent vs. 73,7 prosent). Også færre med øvrige rusmiddelforgiftninger ankom om natten (53,0 prosent vs. 58,1 prosent).

KONKLUSJON

Etter flyttingen ser det ut til at en del personer med mindre alvorlige, utelivsrelaterte hendelser ikke blir tatt med til legevakten. Imidlertid fant vi ikke klare holdepunkter for økt alvorlighetsgrad, som kan tyde på at pasienter med alvorligere forgiftninger i større grad enn før bringes direkte til sykehus.

Fra 1900 til 2023 var Legevakten i Oslo lokalisert i Storgata 40, midt i Oslo sentrum. Beliggenheten gjorde tjenesten lett tilgjengelig for byens rusmiljø, særlig de som oppholder seg i indre by. I november 2023 ble legevakten flyttet til et nytt bygg på Aker sykehus, like nord for Sinsen-krysset. Flyttingen ble gjort på grunn av bygningsmessig forfall og for å møte kapasitetsutfordringer, forbedre pasientsikkerhet og arbeidsforholdene for personellet (1).

I aviser og fagpresse ble det uttrykt bekymring for redusert tilgjengelighet ved den nye

lokaliteten, særlig for rusavhengige og andre sårbare grupper i sentrum (2, 3). Det ble blant annet trukket frem at mange rusmiddelavhengige allerede har høy terskel for å oppsøke legevakten, og at økte transportkostnader og lengre reisevei kunne bidra til å øke terskelen ytterligere. For å ivareta de mest sårbare pasientene med tilholdssted i sentrum, særlig med tanke på rusavhengige som ikke var i stand til å ta seg til Aker, ble det etablert en midlertidig legevakt i Storgata 40, den såkalte «brakkelegevakten» (2, 3). Pasienter vurdert der med behov for videre observa-



forgiftninger ved nngen ut av sentrum

sjon eller mer ressurskrevende behandling ble overført til legevakten på Aker. Brakkelegevakten ble nedlagt i september 2024, da den var lite brukt og kostnadene for store til å forsvare videre drift (2, 4).

Antallet pasienter behandlet for rusrelatert forgiftning ved Legevakten i Oslo har gradvis økt de siste 20 årene til om lag 4000 per år (5, 6), og endringer i pasienttilstrømmingen etter flyttingen kan ha betydning for helseberedskap og tjenestetilbud. Formålet med denne studien var å undersøke om flyttingen fra sentrum til Aker sykehus

har ført til endringer i demografi, inntatte rusmidler, klinisk forløp og behandling blant pasientene som behandles for rusrelatert forgiftning ved legevakten.

Metode

Design

Studien var en retrospektiv observasjonsstudie med data samlet inn ved Legevakten i Oslo ett år før og ett år etter flyttingen 22. november 2023. Vi brukte inklusjonskriteriene og variabelsettet definert av The European

Drug Emergencies Network (EuroDEN) (7).

Siden tidspunkt for ankomst ikke registreres nærmere enn til måned, ble året etter flytting regnet fra og med desember 2023. Ettersom antall forgiftninger og inntatte rusmidler varierer noe fra år til år (5, 6) gjorde vi også en sensitivitetsanalyse der de to årene før flyttingen ble sammenlignet med året etter.

Setting

I Oslo behandles de fleste pasienter med rusmiddelforgiftning ved legevakten (8).





Imidlertid bringer ambulansetjenesten en del pasienter med alvorlige forgiftninger direkte til sykehus dersom dette vurderes nødvendig. Ved legevakten blir pasientene systematisk undersøkt: vitaltegn, bevissthetsnivå (Glasgow Coma Scale (GCS)), orienterende nevrologi og inspeksjon etter ytre tegn til skade, samt blodsuktermåling. Anamnese innhentes fra pasienten selv, komparenter, ambulansepersonell, politi og tidligere journal. Det utføres ikke toksikologiske undersøkelser utover utåndingsprøve for alkohol. Pasienter med GCS-skår over 6, stabile vitaltegn og uten alarmerende funn observeres videre ved legevakten. Nalokson og flumazenil, motgift mot henholdsvis opioider og benzodiazepiner, er tilgjengelig. Pasienter med psykose eller markert atferdsendring vurderes for eventuell psykiatrisk innleggelse.

Inklusjon

Alle pasienter som ble observert eller behandlet for rusrelatert forgiftning ved Allmennlegevakten i Oslo i de aktuelle periodene, ble inkludert i materialet. Rusrelatert forgiftning ble definert som toksiske effekter av psykoaktive stoffer inntatt med rus som formål. Pasienter ble ikke inkludert dersom inntaket var i suicidal hensikt eller påført uten pasientens vitende eller sam-

tykke. I EuroDEN-definisjonen inkluderes ikke tilfeller der alkohol er det eneste rusmiddelet, men vi inkluderte også disse, dog med et begrenset utvalg variabler. I det videre skiller vi mellom rusmiddelforgiftninger og rene alkoholforgiftninger.

Datainnsamling

Datainnsamlingen ble gjennomført av seks medisinstudenter og én lege, under veiledning av sisteforfatter. Potensielt inkluderbare pasienter ble funnet ved gjennomgang av kontaktårsak i Allmennlegevaktens innskrivningslister. Data ble hentet fra pasientens journal.

Fraværet av toksikologiske laboratorieundersøkelser innebar at klassifiseringen av inntatt rusmiddel er bygd på behandlende leges journalførte, kliniske vurdering, som igjen er bygd på opplysninger fra pasienter, komparenter, klinisk bilde og all annen tilgjengelig informasjon.

Statistikk

De statistiske analysene ble gjort i SPSS versjon 30 og 31. For kategoriske variabler er sammenligninger gjort ved χ^2 -kvadrattest. Da de kontinuerlige variablene ikke var normalfordelte, ble sammenligninger gjort ved Mann-Whitney U-test. Mangelen på data ble ekskludert fra analysene.

Etikk

Studien er gjort som et kvalitetssikringsprosjekt på oppdrag fra avdelingsdirektøren ved Allmennlegevakten, Helseetaten i Oslo kommune, som ledd i lovpålagt internkontroll og kvalitetssikring iht. §26 i Helsepersonelloven. Behandlingen av personopplysninger er hjemlet i Personvernforordningens artikkel 6.1.e og 9.2.j. På dette grunnlaget kan journaloppslagene og dataauthentingene gjøres uten samtykke fra pasientene. Prosjektet er vurdert av personvernombudet i Oslo kommune. Det innsamlede datasettet er anonymt.

Resultat

Året etter flytting behandlet legevakten 1669 tilfeller av rusmiddelforgiftning, en nedgang fra 2215 året før og fra gjennomsnittlig 1909 per år de to årene før. Av rene alkoholforgiftninger behandlet legevakten 1724 tilfeller året etter flytting, en nedgang fra 1927 året før og fra gjennomsnittlig 1968 per år de to årene før. Ingen inkluderte pasienter døde på legevakten.

Rusmiddelforgiftninger

Året etter flyttingen var andelen menn større (73,4 prosent vs. 69,3 prosent) (TABELL 1). En større andel ankom med ambu-

	Året etter flytting n (%)	Året før flytting n (%)	p-verdi	To siste år før flytting n (%)	p-verdi
Kjønn^a			0,006		0,069
Menn	1223 (73,4)	1534 (69,3)		2708 (70,9)	
Kvinner	444 (26,6)	680 (30,7)		1108 (29,9)	
Alder^{b,c}	34 (26 – 42)	32 (25 – 41)	< 0,001	33 (26 – 42)	0,021
Brakt med ambulanse	1101 (66,0)	1371 (61,9)	0,010	2505 (65,6)	0,83
Ankomst helg (lørdag/søndag)	558 (33,4)	704 (31,8)	0,28	1231 (32,3)	0,39
Ankomst natt (20:00 – 07:59)	885 (53,0)	1286 (58,1)	0,002	2134 (55,9)	0,048
Oppholdstid (t: min)^{b,d}	04:10 (02:07 – 06:46)	03:19 (01:46 – 05:46)	< 0,001	03:43 (01:55 – 06:10)	< 0,001
Behandling^e	203 (12,2)	365 (16,5)	< 0,001	635 (16,6)	< 0,001
Intubasjon	2 (0,1)	4 (0,2)	0,71	4 (0,1)	1,00
Sedasjon	27 (1,6)	35 (1,6)	1,00	50 (1,3)	0,44
Nalokson^f	140 (8,4)	237 (10,7)	0,19	435 (11,4)	< 0,001
Flumazenil	2 (0,1)	2 (0,1)	1,00	4 (0,1)	1,00
Videre tiltak			< 0,001		< 0,001
Innlagt somatisk sykehus	192 (11,5)	233 (10,5)	0,33	408 (10,7)	0,37
Innlagt psykiatrisk sykehus	106 (6,4)	109 (4,9)	0,054	180 (4,7)	0,012
Ferdigbehandlet ved legevakten	1186 (71,1)	1466 (66,2)	0,001	2630 (68,9)	0,11
Forlot legevakten under behandling	177 (10,6)	404 (18,2)	< 0,001	596 (15,6)	< 0,001
Ukjent	8 (0,5)	3 (0,1)		3 (0,1)	
Totalt antall tilfeller	1669 (100,0)	2215 (100,0)		3817 (100,0)	

Sensitivitetsanalyse på grå bakgrunn. P-verdier for sammenligning av året etter flytting med hhv. året før og de to siste årene før. Signifikante p-verdier ($p < 0,05$) i uthevet skrift.

^aData mangler for 2 tilfeller etter flytting, 1 tilfelle året før og 1 tilfelle de to årene før.

^bMedian (interkvartilområde).

^cData mangler for 40 tilfeller etter flytting, 33 tilfeller året før og 48 tilfeller de to årene før.

^dData mangler for 10 tilfeller året før flytting og 11 tilfeller de to årene før.

^eAll behandling utover ren observasjon.

^fDersom data begrenses til kun pasienter som hadde inntatt opioider: Året etter 115/592 (19,4 %). Året før 203/820 (24,8 %), $p = 0,021$. To år før 371/1506 (24,6 %), $p = 0,013$.

TABELL 1. Demografi, ankomst og forløp ved rusmiddelforgiftning behandlet ved Oslo legevakt før og etter flyttingen ut av sentrum.

	Året etter flytting n (%)	Året før flytting n (%)	p-verdi	To siste år før flytting n (%)	p-verdi
Bradypnoe ($RF < 12/min$)	113 (6,8)	146 (6,6)	0,88	266 (7,0)	0,84
Takypnoe ($RF > 20/min$)	135 (8,1)	162 (7,3)	0,40	266 (7,0)	0,16
Takykardi ($puls \geq 120/min$)	125 (7,5)	227 (10,2)	0,004	367 (9,6)	0,013
Hypertensjon ($SBT \geq 180 mmHg$)	28 (1,7)	23 (1,0)	0,083	36 (0,9)	0,020
Hypotensjon ($SBT \leq 90 mmHg$)	25 (1,5)	34 (1,5)	0,93	52 (1,4)	0,70
Hypertermi ($temp \geq 39,0 ^\circ C$)	5 (0,3)	1 (< 0,1)	0,046	6 (0,2)	0,28
Bevissthetsnivå ved ankomst^a			< 0,001		< 0,001
GCS 15	742 (44,9)	1118 (50,7)	< 0,001	1929 (50,7)	< 0,001
GCS 9–14	832 (50,4)	1018 (46,2)	0,012	1736 (45,7)	0,002
GCS 3–8	78 (4,7)	67 (3,0)	0,009	137 (3,6)	0,061
Laveste bevissthetsnivå^b			0,069		0,21
GCS 15	644 (38,7)	841 (38,6)		1469 (38,9)	
GCS 9–14	826 (49,7)	1034 (47,4)		1813 (48,0)	
GCS 3–8	192 (11,6)	305 (14,0)		497 (13,2)	
Oppkast	87 (5,2)	113 (5,1)	0,88	198 (5,2)	0,97
Hodepine	41 (2,5)	55 (2,5)	0,96	109 (2,9)	0,40
Angst	173 (10,4)	142 (6,4)	< 0,001	307 (8,0)	0,005
Hallusinasjoner	100 (6,0)	142 (6,4)	0,59	231 (6,1)	0,87
Agitasjon	299 (17,9)	396 (17,9)	0,98	680 (17,8)	0,93
Psykose	109 (6,5)	126 (5,7)	0,28	211 (5,5)	0,15
Kramper	16 (1,0)	20 (0,9)	0,86	34 (0,9)	0,81
Hjertebank	68 (4,1)	71 (3,2)	0,15	117 (3,1)	0,057
Brystsmerter	99 (5,9)	122 (5,5)	0,57	196 (5,1)	0,23
Arytmi	4 (0,2)	1 (< 0,1)	0,094	2 (0,1)	0,054
Totalt antall tilfeller	1669 (100)	2215 (100)		3817 (100)	

Sensitivitetsanalyse på grå bakgrunn. P-verdier for sammenligning av året etter flytting med hhv. året før og de to siste årene før. Signifikante p-verdier ($p < 0,05$) i uthevet skrift.

GCS: Glasgow Coma Scale skår; RF: respirasjonsfrekvens; SBT: systolisk blodtrykk; temp: temperatur.

^aData mangler for 17 tilfeller etter flytting, 12 tilfeller året før og 15 tilfeller de to årene før. ^bData mangler for 7 tilfeller etter flytting, 35 tilfeller året før og 38 tilfeller de to årene før.

TABELL 2. Kliniske funn ved rusmiddelforgiftning behandlet ved Oslo legevakt før og etter flyttingen ut av sentrum.

lanse (66,0 prosent vs. 61,9 prosent), men færre ankom om natten (53,0 prosent vs. 58,1 prosent). Færre fikk behandling utover ren observasjon (12,2 prosent vs. 16,5 prosent), og færre fikk nalokson (8,4 pro-

sent vs. 10,7 prosent). Andelen som forlot legevakten under behandling var lavere etter flyttingen (10,6 prosent vs. 18,2 prosent) og oppholdstiden noe lengre (median 4 t 10 min vs. 3 t 19 min). Det var ingen

endring i andelen som ble innlagt i sykehus.

En større andel pasienter hadde nedsatt bevissthet ved ankomst etter flyttingen (55,1 prosent vs. 49,3 prosent) (TABELL 2).



	Året etter flytting n (%)	Året før flytting n (%)	p-verdi	To siste år før flytting n (%)	p-verdi
Amfetamin	327 (19,6)	400 (18,1)	0,23	731 (19,2)	0,70
Kokain	306 (18,3)	419 (18,9)	0,65	664 (17,4)	0,40
MDMA	86 (5,2)	107 (4,8)	0,65	162 (4,2)	0,14
Andre stimulanter	52 (3,1)	54 (2,4)	0,20	61 (1,8)	0,001
Heroin	387 (23,2)	613 (27,7)	0,002	1185 (31,0)	<0,001
Metadon	22 (1,3)	36 (1,6)	0,44	68 (1,8)	0,21
Buprenorfin	9 (0,5)	12 (0,5)	0,99	20 (0,5)	0,94
Andre opioider	201 (12,0)	182 (8,2)	< 0,001	274 (7,2)	<0,001
Benzodiazepiner	518 (31,0)	614 (27,7)	0,024	1064 (27,9)	0,017
GHB	134 (8,0)	194 (8,8)	0,42	411 (10,8)	0,002
Cannabis	296 (17,7)	347 (15,7)	0,18	607 (15,9)	0,092
Ketamin	77 (4,6)	80 (3,6)	0,12	120 (3,1)	0,007
Hallusinogener	31 (1,9)	47 (2,1)	0,56	94 (2,5)	0,17
Andre/ukjent	202 (12,1)	308 (13,9)	0,10	432 (11,3)	0,40
Alkohol ^a	584 (35,0)	722 (32,6)	0,13	1260 (33,0)	0,16
Totalt antall tilfeller	1669 (100)	2215 (100)		3817 (100)	

Sensitivitetsanalyse på grå bakgrunn. P-verdier for sammenligning av året etter flytting med hhv. året før og de to siste årene før. Signifikante p-verdier ($p < 0,05$) i uthevet skrift.
GHB: gamma-hydroksybutyrat; MDMA: 3,4-metylendioksymetamfetamin.

^aSom tilleggsagens til andre rusmidler. For rene alkoholforgiftninger se tabell 4.

TABELL 3. Inntatte rusmidler ved rusmiddelforgiftning behandlet ved Oslo legevakt før og etter flyttingen ut av sentrum.

	Året etter flytting n (%)	Året før flytting n (%)	p-verdi	To siste år før flytting n (%)	p-verdi
Kjønn ^a			0,24		0,19
Menn	1074 (62,3)	1163 (60,4)		2379 (60,4)	
Kvinner	649 (37,6)	762 (39,5)		1555 (39,5)	
Alder ^{b,c}	37 (23 – 52)	34 (22 – 50)	0,006	34 (23 – 50)	0,003
Ankomst helg (lørdag/søndag)	773 (44,8)	943 (48,9)	0,013	1905 (48,4)	0,014
Ankomst natt (20:00 – 07:59)	1174 (68,1)	1420 (73,7)	< 0,001	2858 (72,6)	< 0,001
Oppholdstid (t: min) ^b	3:41 (2:00 – 5:37)	3:11 (1:40 – 4:53)	< 0,001	3:35 (1:57 – 5:25)	0,12
Videre tiltak			< 0,001		< 0,001
Innlagt somatisk sykehus	85 (4,9)	75 (3,9)	0,13	188 (4,8)	0,80
Innlagt psykiatrisk sykehus	39 (2,3)	12 (0,6)	< 0,001	31 (0,8)	< 0,001
Ferdigbehandlet ved legevakten	1390 (80,6)	1425 (73,9)	< 0,001	3025 (76,9)	0,002
Forlot legevakten under behandling	208 (12,1)	415 (21,5)	< 0,001	692 (17,6)	< 0,001
Ukjent	2 (0,1)	–		–	
Totalt antall tilfeller	1724 (100,0)	1927 (100,0)		3936 (100,0)	

Sensitivitetsanalyse på grå bakgrunn. P-verdier for sammenligning av året etter flytting med hhv. året før og de to siste årene før. Signifikante p-verdier ($p < 0,05$) i uthevet skrift.

^aData mangler for 1 tilfelle etter flytting, 2 tilfeller året før og 2 tilfeller de to årene før.

^bMedian (interkvartilområde).

^cData mangler for 17 tilfeller etter flytting, 24 tilfeller året før og 42 tilfeller de to årene før.

TABELL 4. Demografi, ankomst og forløp ved ren alkoholforgiftning behandlet ved Oslo legevakt før og etter flyttingen ut av sentrum.

Forekomsten av angst var høyere (10,6 prosent vs. 6,4 prosent).

Andelen heroinforgiftninger var mindre etter flyttingen (23,2 prosent vs. 27,7 prosent), mens andelen forgiftninger med andre opioider (12,0 prosent vs. 8,2 prosent) og benzodiazepiner (31,0 prosent vs. 27,7 prosent) var større (TABELL 3).

Sensitivitetsanalysen viste mye av det samme som hovedanalysen, men økningen i andel menn etter flyttingen og andelen brakt med ambulanse forsvant, og det framkom en økning i psykiatriske innleggelser (6,4 prosent vs 4,7 prosent) (TABELL 1 OG 2). I tillegg viste sensitivitetsanalysen en reduksjon i andel med forgiftning med gammahydroksybutyrat (GHB) (8,0 prosent vs. 10,8 prosent) (TABELL 3).

Alkoholforgiftninger

Median alder var noe høyere året etter flytting (37 år vs. 34 år) (TABELL 4). Andelen som ankom i helg (44,8 prosent vs. 48,9 prosent) og på natt (68,1 prosent vs. 73,7 prosent) var redusert. Oppholdstiden økte (3 t 41 min vs. 3 t 11 min), og andelen som forlot legevakten under behandling sank markant (12,1 prosent vs. 21,5 prosent). Det var ingen endring i andelen innlagt i somatiske sykehusavdelinger, men innleggelser i psykiatrisk avdeling økte (2,3 prosent vs. 0,6 prosent). Sensitivitetsanalysen viste i stor grad det samme som hovedanalysen, unntatt økningen i oppholdstid.

Diskusjon

Reduksjonen i antall rusrelaterte forgiftninger etter flyttingen kan være et uttrykk for tilfeldige variasjoner i pasientvolum fra år til år, men er såpass markert at den trolig er reell. Bortsett fra under pandemien har det ikke vært registrert så lave tall siden 2017 (5, 6). Imidlertid vil registrering over lengre tid etter flytting være nødvendig for en god vurdering av dette.

Reduksjonen i rene alkoholforgiftninger kan skyldes vanskeligere tilgjengelighehet som følge av legevaktens nye beliggenhet, særlig sett i lys av den tidligere nærheten til utelivsområder i sentrum. Samtidig kan endringer i alkoholbruk over tid ha bidratt, særlig redusert bruk blant yngre (9), som også kan forklare den økende alderen blant pasientene. Alderen hos pasienter med rusmiddeloverdoser var også høyere etter flytting. Plasseringen i Storgata, i nærhet til utesteder og kollektivknutepunkter, kan tidligere ha bidratt til at yngre med mildere forgiftninger lettere oppsøkte eller ble brakt til legevakten i forbindelse med utelivsaktiviteter. Avstanden til Aker kan ha redusert slike henvendelser, og dermed bidratt til færre tilfeller og høyere alder.

Andelen som ankom med ambulanse var høyere etter flyttingen, men ikke statistisk signifikant i sensitivitetsanalysen, og funnet fremstår derfor noe usikkert. En økning ville være konsistent med at pasientpopulasjonen etter flytting hadde alvor-

ligere forgiftninger, fordi de mildere forgiftningene uteblir.

Færre pasienter med rusmiddelforgiftning ankom om natten. En nærliggende forklaring er redusert tilgjengelighehet til legevakten på nattestid etter flyttingen, særlig for de som tidligere oppsøkte legevakten spontant i forbindelse med uteliv eller opphold i sentrum. Dette var enda tydeligere for rene alkoholforgiftninger, der andelen som ankom legevakten både på nattestid og i helger sank etter flyttingen. Vi har dessverre ikke tall for ambulansetransport av de rene alkoholforgiftningene, men det er mulig at redusert tilgjengelighehet også har bidratt til at ambulansetjenesten har funnet andre løsninger enn transport til legevakten for de mildere forgiftningene.

Vi fant kun små endringer i klinikk. En større andel hadde nedsatt bevissthet ved ankomst, forenlig med at en større andel ble brakt med ambulanse og muligens et tegn på lavere andel mildere forgiftninger. Angst var også mer utbredt etter flyttingen, men det er vanskelig å se at dette kan forklare økningen i psykiatriske innleggelser som ble funnet i sensitivitetsanalysen. Det var også en økning i andel med psykose etter flyttingen, men denne var ikke signifikant. Samlet sett kan de kliniske funnene indikere en lett forskyvning mot økt alvorlighetsgrad.

Det er mulig at pasienter med alvorligere forgiftninger, særlig med GHB, der forlø-

ILLUSTRASJONSFOTO: PERSONENE PÅ BILDET HAR INGEN TILKNYTNING TIL INNHOLDET I ARTIKKELEN – BILDET ER LAGET MED KI / MORTEN HERNÆS – CHATGPT/GENMI



pet kan være uforutsigbart, i økende grad transporteres direkte til sykehus av ambulansetjenesten. Tradisjonelt har GHB-bruk i Oslo vært knyttet til festing og uteliv. Økt avstand fra sentrum til legevakten har redusert muligheten for rask initial vurdering der, og dermed gjort direkte innleggelse i sykehus mer hensiktsmessig for ambulansetjenesten. Dette kan ha bidratt til at færre GHB-forgiftninger behandles ved legevakten, uten en reell reduksjon i forekomst i Oslo, noe det heller ikke var tegn til i årene før flyttingen (5).

Andelen heroinforgiftninger var lavere etter flyttingen, mens andelen med andre opioider økte. Dette gjenspeiler langvarige utviklingstrekk i tallene på overdosedødsfall (10). Det er også mulig at økt dekning av legemiddelassistert rehabilitering (LAR) (11), utbredt tilgjengelighet av nalokson og bruk av sprøyterom, samlet bidrar til færre overdoser og at overdosene i større grad håndteres utenfor legevakt og sykehus (12).

Færre pasienter mottok behandling utover ren observasjon etter flyttingen, noe som taler for redusert alvorlighetsgrad av forgiftningene. På den annen side kan økt reiseavstand fra sentrum ha bidratt til at noen pasienter rekker å komme seg før ankomst, slik at behandlingsbehovet ved legevakten blir mindre. Den reduserte bruken av nalokson kan dels skyldes nedgangen i opioidrelaterte forgiftninger, men også når dette tas i betraktning, var det færre som fikk nalokson. Sammen med at andelen som ble innlagt i somatisk sykehus var stabil, taler dette imot at alvorlighetsgraden av forgiftningene skulle ha økt.

Oppholdstiden på legevakten var lengre etter flyttingen. Plasseringen utenfor sentrum kan gjøre at det oppleves vanskeligere for pasienter, særlig rusavhengige, å forlate legevakten på egen hånd. Dersom dette skulle ha medført økt bruk av rekvierte pasientreiser, kan ventetiden på drose bidra til forlenget oppholdstid. Det kan heller ikke utelukkes at lengre oppholdstid reflekterer økt observasjonsbehov, selv om våre funn i liten grad støtter en økning i alvorlighetsgrad. Den forlengede observasjonstiden kan også ha sammenheng med reduksjonen i andelen som forlot legevakten under behandling. Når det oppleves vanskeligere å forlate behandlingsstedet, vil flere vente på å bli ferdig medisinsk avklart (13).

Styrker og begrensninger

Datamaterialet er stort og inkluderer alle rusrelaterte forgiftninger ved Legevakten i Oslo over tre hele år. Selv om sensitivitetsanalysen gjør resultatene mindre sårbare for tilfeldige variasjoner, ville de vært mer reliable om de omfattet en lengre periode. Imidlertid

ville studien mistet aktualitet ved å vente lenger etter flyttingen, og før flyttingen var det relevante tidsrommet begrenset av de spesielle forholdene under pandemien (5).

Det retrospektive designet innebærer at datakvaliteten er avhengig av journalføringens kvalitet. Journalføringen var gjort av et stort antall leger, og dataregistreringen ble gjort av syv personer. Dette kan gi variasjon i hvordan funn dokumenteres og registreres. Variasjonen ble forsøkt motvirket ved å benytte et klart definert variabelsett, og at alle som registrerte data var veiledet av sisteforfatter.

Endringer over tid i tilgjengelighet og bruksmønstre av rusmidler, variasjoner i lavterskeltilbud og andre samfunnsmessige forhold kan ha påvirket våre resultater uavhengig av flyttingen. Brakkelegevaktens pasientpopulasjon inngår ikke i datamaterialet, og den var i drift i store deler av året etter flyttingen. Imidlertid mener vi dette neppe påvirker tolkningen av resultatene, da brakkelegevakten ikke skulle observere pasienter med forgiftninger, og pasientvolumet der var svært lite (4).

Fraværet av toksikologiske laboratorieundersøkelser innebærer usikkerhet i klassifiseringen av inntatte rusmidler. Imidlertid viser studier at egenrapporterte rusmidler gjenfinnes ved prøvetaking, selv om det ofte underrapporteres når flere rusmidler er inntatt (14).

Konklusjon

Etter flyttingen fra sentrum sank antallet pasienter behandlet for rusrelatert forgiftning ved Oslo legevakt. Dette gjaldt både rusmiddelforgiftninger og rene alkoholforgiftninger. Videre hadde en større andel nedsatt bevissthet, heroin var involvert i færre tilfeller, oppholdstiden var noe lengre, færre fikk behandling utover ren observasjon, og færre forlot legevakten under behandling. Det var ingen endring i andel pasienter innlagt i somatisk sykehusavdeling, men en økning i andel psykiatriske innleggelser blant pasienter med alkoholforgiftning.

Selv om det er færre pasienter, er observasjonstiden per pasient økt, slik at behovet for bemanning og observasjonskapasitet for rusrelatert forgiftning sannsynligvis er det samme som tidligere. Økningen i psykiatriske innleggelser gjenspeiler også en pasientgruppe med stort behov for ressurser og innsats.

Selv om det ser ut som flyttingen har gjort at en del personer med mindre alvorlige, utelivsrelaterte hendelser ikke har blitt tatt med til legevakten, fant vi ikke klare holdepunkt for økt alvorlighetsgrad. Dette kan tyde på at pasienter med mer al-

vorlige forgiftninger i større grad bringes direkte til sykehus. Supplerende studier med data fra ambulansetjenesten og sykehusene ville kunne belyse dette.

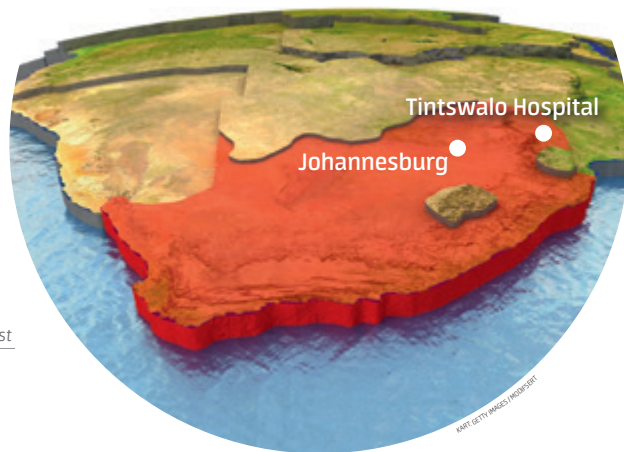
REFERANSER

1. Braathen F. Oslo legevakt flytter fra Storgata til en ny bygning ved Aker sykehus: slik blir den nye legevakten. Aftenposten; 22.11.2023. <https://www.aftenposten.no/oslo/i/O8Kkd/oslo-legevakt-flytter-fra-storgata-til-ny-bygning-ved-aker-sykehus>.
2. Mastad E. «Brakkelegevakta» stenger etter under ett år. =Oslo; 2024. <https://www.erlik.no/brakkelegevakta-stenger-etter-under-ett-ar/>.
3. Reppen NK. Nå har legevakten i Oslo flyttet – samtidig åpner den nye «brakkelegevakta» i sentrum. Sykepleien; 22.11.2023. <https://www.sykepleien.no/2023/11/na-har-legevakten-i-oslo-flyttet-samtidig-apner-den-nye-brakkelegevakta-i-sentrum>.
4. Zerener AB. Den «ukjente» legevakta stenges: koster 120 000 kroner per pasient. Nettavisen; 31.5.2024. <https://www.nettavisen.no/nyheter/knusen-de-rapport-om-sentrums-mottaket-pa-legevakta-i-oslo-120-000-kroner-per-pasient-1-september-stenges-dorene-for-godts/5-95-1844858>.
5. Larsen KS, Brekke M, Vallersnes OM. Rusrelaterte forgiftninger behandlet ved Legevakten i Oslo i 2019–23. Tidsskrift for den norske legeforening. 2025;145:tidsskr.25.0128.
6. Tran JV, Brekke M, Vallersnes OM. Rusrelaterte forgiftninger ved Legevakten i Oslo i 2014–18. Tidsskrift for den norske legeforening. 2021; 141: 646–51.
7. Wood DM, Heyerdahl F, Yates CB, Dines AM, Giraudon I, Hovda KE, Dargan PI. The European Drug Emergencies Network (Euro-DEN). Clinical Toxicology. 2014; 52: 239–41.
8. Vallersnes OM, Jacobsen D, Ekeberg O, Brekke M. Outpatient treatment of acute poisoning by substances of abuse: a prospective observational cohort study. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. 2016; 24: 76.
9. ESPAD Group. ESPAD report 2019: results from the European school survey project on alcohol and other drugs. Luxembourg: EMCDDA Joint Publications, Publications Office of the European Union; 2020.
10. Folkehelseinstituttet. Narkotikautløste dødsfall 2023. Folkehelseinstituttet; 2024. <https://www.fhi.no/le/rusmidler-og-avhengighet/narkotika-inorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautloste-dodsfall/>.
11. Nesse L, Lobmaier P, Skeie I, Lillevold PH, Clausen T. Statusrapport 2023: Tjuefem år med legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF; 2024.
12. Madah-Amiri D, Skulberg AK, Braarud AC, Dale O, Heyerdahl F, Lobmaier P, Clausen T. Ambulance-attended opioid overdoses: an examination into overdose locations and the role of a safe injection facility. Substance Abuse. 2019; 40: 383–8.
13. Milne LW, Williamson D, Kraus C, Wilcox SR. Intervention to decrease leaving without treatment among intoxicated emergency department patients. Journal of Substance Abuse Treatment. 2020;111:23–8.
14. Bharat C, Webb P, Wilkinson Z, McKetin R, Grebely J, Farrell M, Holland A, Hickman M, Tran LT, Clark B, Peacock A, Darke S, Li JH, Degenhardt L. Agreement between self-reported illicit drug use and biological samples: a systematic review and meta-analysis. Addiction. 2023; 118: 1624–48.

■ O.M.VALLERSNES@MEDISIN.UIO.NO

Tshemba!

■ FRODE OOSTERLING • Spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin, Rådgivende lege ALIS-kontor Øst



Kunne du tenke deg å prøve deg som allmennlege på et distrikts-sykehus i Sør-Afrika i trygge rammer, samtidig som du bor i et vilt-reservat med masse spennende å se på vei til jobb?

Tshemba Foundation ble grunnlagt av sørafrikaneren Neil Tabatnik, som reiste ut, ble rik, og så ønsket å gjøre noe for landet sitt da han flyttet hjem igjen. Han så at det offentlige helsevesenet slet, og tenkte først at han skulle donere et nybygg til sitt lokale sykehus. Etter å ha gjort noen forundersøkelser innså han imidlertid at det ikke var flere bygg sykehuset trengte, derimot kvalifiserte helsearbeidere. Dermed startet han www.tshembafoundation.org,

som rekrutterer leger fra Sør-Afrika og utlandet til å jobbe frivillig på distriktssykehuset Tintswalo, i Acornhoek, Mpumalanga. Dette er et jordbruksområde nordøst i landet, på grensen til den enorme Kruger-nasjonalparken. *Tshemba* betyr både håp og tillit på en gang så vidt jeg har skjønt, og det er jo et godt navn på en organisasjon.

Jeg ble oppmerksom på Tshemba da kollega Ole Lohmann, fastlege og kommuneoverlege på Rena, anbefalte organisasjonen

som en god mulighet for å prøve seg i utenlandsarbeid som allmennlege på Facebook-siden Allmennlegeinitiativet. En samtale med ham gjorde meg inspirert, og jeg sendte av gårde en søknad om å få komme og jobbe for Tshemba under overlegepermisjonen min i november og desember 2025. Den ble godtatt, og da startet jobben med å få de nødvendige godkjenningene for å kunne praktisere som lege i Sør-Afrika. Det var en veldig tidkrevende og omstendelig prosess, det skal ikke stikkes under en stol. Det som holdt på å velte lasset for meg var at de sørafrikanske helsemyndighetene ikke var fornøyd med hvordan turnustjenesten min i 1996–97 var dokumentert. Den gangen fikk

HIV-klinikken Rixile.



vi ikke autorisasjon som lege før turnustjenesten var gjennomført, men det ble dessverre ikke spesifisert på autorisasjonsdiplomet. Heldigvis fikk jeg god hjelp av helseledere i Aukra kommune og ved sykehuset i Molde som gikk god for at jeg hadde vært der i turnus, lenge før deres tid.

Ut på tur

Fjerde november landet jeg på Hoedspruit flyplass. Det er ikke så langt fra der man bor i Tshemba Lodge i Moditlo Game Reserve, men man må leie bil. Både fordi det ikke fins kollektivtransport, og fordi det ikke er trygt å forflytte seg til fots inne i viltreservatet. Jeg ble møtt av boligforvalter Maryke, som viste meg til bungalowen der jeg skulle bo de neste ukene, og forklarte meg rutinene i fellesarealene. Blant annet så skal døren til hovedhuset låses, men med nøkkelen stående i på utsiden. Forklaringen på denne ikke helt intuitivt forståelige ordningen er at bavianene klarer å åpne døra, men de har ennå ikke forstått hvordan man vrir om en nøkkel.

Dagen etter stilte jeg på første introduksjonsdag på Tintswalo District Hospital, etter en halvtimes kjøretur. Tshemba har laget et detaljert introduksjonsprogram, som funge-

rer veldig bra. Alle går gjennom det samme programmet initialt uavhengig av hvilken spesifikk rolle man er tiltenkt etter hvert. I mitt tilfelle som allmennlege var arbeidsstedene Out Patient Department og satellittklinikken i området rundt sykehuset.

Det var betryggende å oppleve at alle pasientene som møtte til kontroll på sykehusets HIV-klinikk tok medisinen sine, bekreftet av at prøvene deres viste ikke påvisbare virusmengder. HIV-medisinene er blitt mye bedre i form av økt effekt og færre bivirkninger, særlig etter at virkestoffet dolutegravir ble introdusert i forskjellige kombinasjonspreparater. Medisinene trengs. Ifølge tall for 2022 fra Sør-Afrikas offentlige nyhetsbyrå publisert i 2024, var Mpumalanga den provinsen i landet med den høyeste prevalensen for HIV-smitte, på 17,4 prosent.

Distriktssykehuset

Tilsvarende skremmende var det å møte mange pasienter med cannabis-indusert psykose på den psykiatriske avdelingen: Unge mennesker med en medisineret fremtid og høy risiko for tilbakefall. Siden Tintswalo er et distriktssykehus kan det

bare ha én spesialist ansatt, og interessant nok er det på psykiatrisk avdeling denne legen er ansatt, og er spesialist i allmennmedisin. Legene på de andre avdelingene består i hovedsak av en form for turnusleger som kalles Community Service Doctors. De er ferske leger som gjennomfører en form for tvungen tjeneste etter den ordinære turnustjenesten (internship) og det er i praksis de som driver legetjenesten ved sykehuset, med engasjement og imponerende kunnskapsnivå. Jeg fikk være med en av dem på den indremedisinske kvinneavdelingen bestående av to store saler, hver med mange senger. Det var rørende å se hvordan den unge legen klarte å beskytte verdigheten til svært sårbare pasienter i omstendigheter som ikke akkurat var optimale med tanke på overholdelse av taushetsplikten. Innmari flink til å ta blodprøver var hun også, med sprøyte, og hanske som improvisert staseslange, siden ordnært blodprøvetakingsutstyr manglet.

Klinikken og neste stopp

På Brooklyn Primary Health Care Clinic var jeg sammen med kollega dr. Heal, som må være det beste legenavnet! Det gikk i

De frivillige legene spiser lunsj.



hypertensjon og diabetes for det meste, men vi ble satt skikkelig på prøve da det kom inn en treåring med en peanøtt i nesa. Den lot seg ikke rikke, hverken med «mother's kiss» eller bruk av sug, så vi måtte ta henne med til sykehuset. Der klarte de å lirke ut nøtta med hjelp av lett sedasjon.

Jeg rakk innom Out Patient Department også, en heksegryte inne i en stor hall der det var vegger mellom venterommet og de forskjellige konsultasjonsrommene, men ikke tak, slik at lyden gjallet ned igjen fra det ytre metalltaket.

Det var meningen jeg skulle være i Sør-Afrika helt fram til jul. Men 10. november kom det en hasteforespørsel fra Norges Røde Kors om jeg var tilgjengelig for å dra til Jamaica for å hjelpe til etter at orkanen Melissa traff øya 28. oktober. Etter å ha gått noen runder med meg selv, og ledelsen i Tshemba, svarte jeg at jeg var tilgjengelig. En faktor som bidro til at jeg sa ja var at jeg hadde bodd og jobbet på Jamaica tidligere, som ungdomsdelegat for Norges Røde Kors i 1986–87. Jeg kjente derfor øya godt, og forstår kreolspråket patois. 15. november vendte jeg derfor nesa nordover igjen, og dro direkte fra Sør-Afrika til Jamaica, der jeg var en måned. Det er en annen historie.



Legevakta på sykehuset. Gipserommet med lyskasse.

■ FRODE.OOSTERLING@RINGSAKER.KOMMUNE.NO

Tshembas kontor i en container ved Tintswalo distriktssykehus.



Siste melding til Thomas

■ TROND LANGERØD • Fastlege, Bærum

I 2020 DØDE en av mine pasienter av ALS, bare 49 år gammel. Som fastlegen til Thomas hadde jeg mye kontakt med ham i løpet av de tre årene han levde med sykdommen. Midt i all elendigheten fant vi fram til en helt spesiell måte å kommunisere på – ettersom sykdommen gjorde det stadig vanskeligere å kommunisere verbalt.

NÅR JEG KOM PÅ HJEMMEBESØK til Thomas, satt han ofte i sola på terrassen med en snus under leppa. For hver gang jeg kom hjem til ham, så jeg hvordan den fysiske formen hans ble dårligere. Thomas klarte, på tross av en elendig prognose, å holde humøret gjennom hele sykdomsforløpet – ispedd mye humor og selvironi.

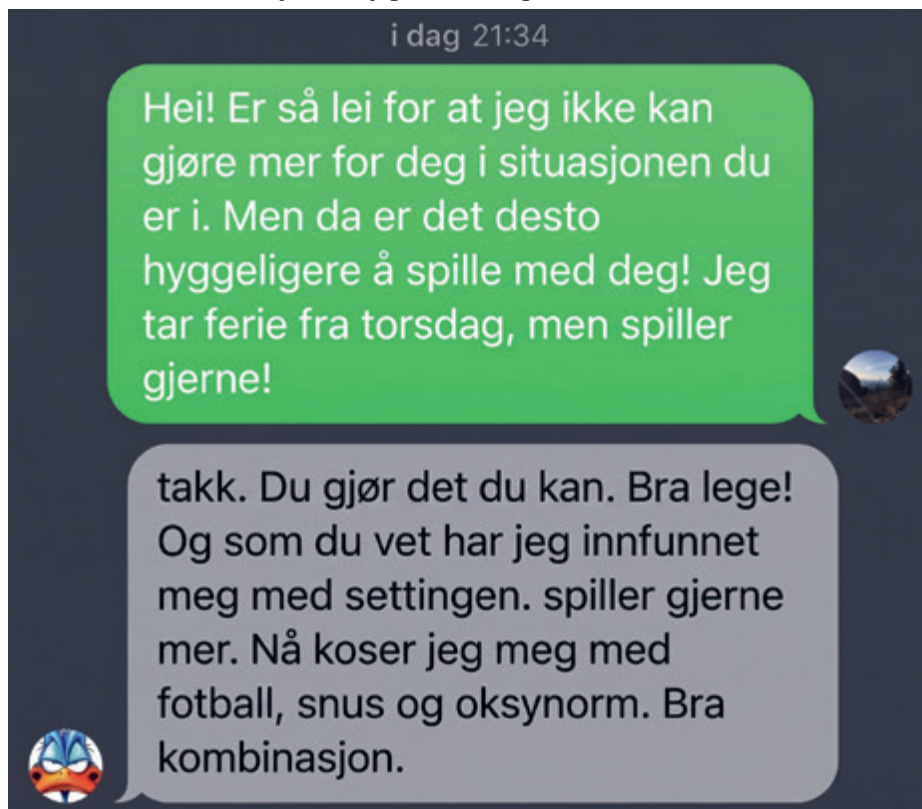
JEG PLEIER IKKE å gi pasientene mine mitt private telefonnummer, men for Thomas gjorde jeg et unntak. Det ble sendt mange tekstmeldinger mellom ham og meg. Om hvordan dagen hadde vært, om samarbeidet med hjemmesykepleien, om det var noe mer jeg kunne hjelpe ham eller familien med.

ETTER HVERT som evnen til å snakke og sende tekstmeldinger ble stadig dårligere, fikk Thomas utlevert en øyestyr PC. Med denne klarte han å beholde kontakten med omverdenen. I tillegg brukte han PC-skjermen til å følge med på nyheter, se fotball- og ishockeykamper og til ulike spill. Wordfeud, mobilversjonen av Scrabble, var et av spillene han var virkelig god i. Han slo de fleste av motstanderne nådeløst ned i støvlene.

I JUNI 2020 var Thomas så redusert at han hadde fått plass på Hospice Stabekk, hvor det gis lindrende behandling til alvorlig syke. På et av mine sykebesøk spurte Thomas meg om det var innafor at han sendte meg en invitasjon til å spille Wordfeud. Hvorfor ikke, tenkte jeg, selv om det jo var en nokså uortodoks form for kommunikasjon mellom pasient og lege.

DET BLE MANGE RUNDER med Wordfeud. Og ja, Thomas slo meg nesten alltid. Og i chatten i spillet kommuniserte vi om alt fra dagsformen hans til finurlige ord og smarte trekk.

Fra chatten vår i starten av juli 2020 (jeg skriver i de grønne feltene):



Noen dager senere:



27. juli. Thomas påpeker at jeg legger litt vel kreative ord:



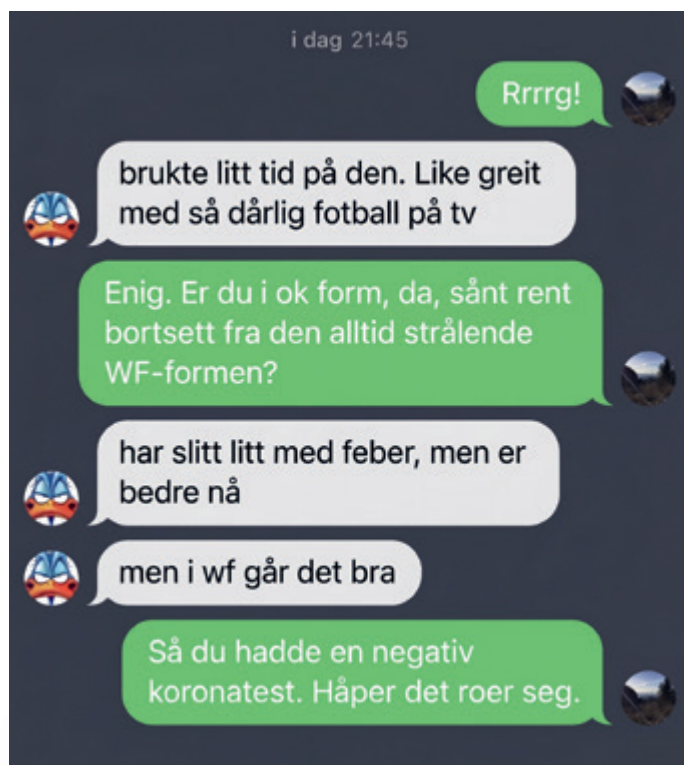
Et par uker senere har jeg tapt igjen:



24. august. Jeg har endelig fått til å legge et par bingoer (alle bokstavene legges i ett trekk) i innledningen:



4. september. Nytt overlegent trekk fra Thomas og jeg er lettere frustrert:



Dette blir siste melding fra meg til Thomas.

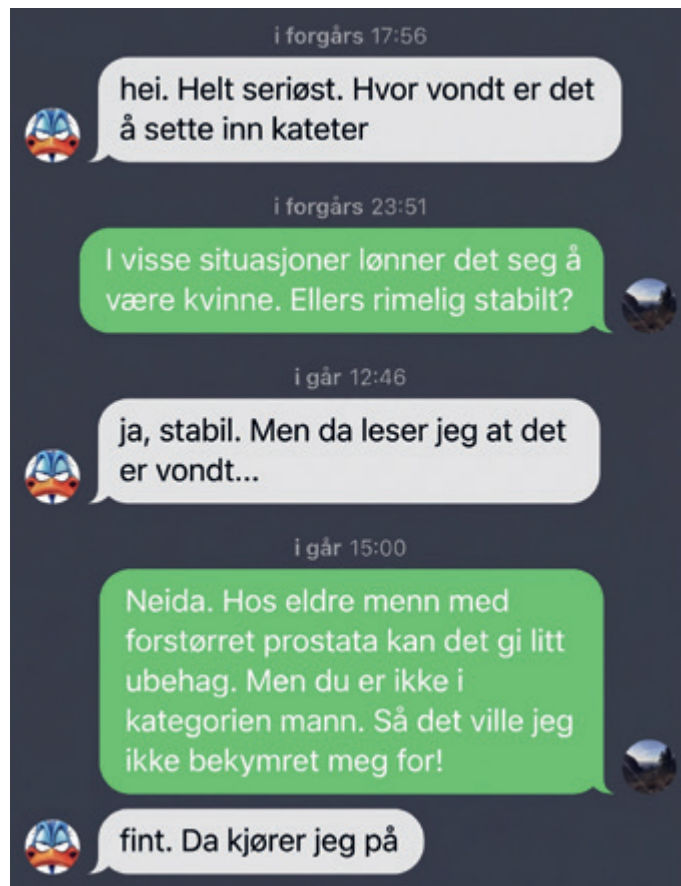


Samme dag sovner han inn på Hospice Stabekk, med kona og de tre barna rundt seg og med låta «Skogarna» av favorittbandet Kent i bakgrunnen.

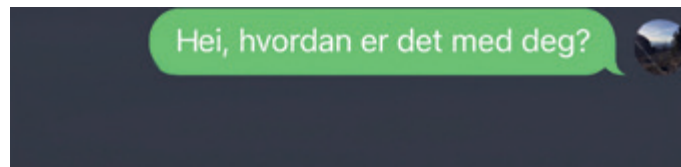
Thomas ble 49 år gammel. Totalt slo han meg ti ganger i Wordfeud. Jeg vant to ganger. Sykdommen var dessverre mye mer nådeløs mot Thomas enn han var mot meg i Wordfeud.

Teksten er skrevet etter samtykke fra familien til Thomas og i samråd med jurister i Legeforeningen. Takk til Elisabeth Juvkam for råd og tips underveis.

19. september. Thomas skal få innlagt urinkateter og lurer på hva han kan forvente:



Jeg vinner en runde til. Han inviterer igjen og briljerer med veloverveide og geniale trekk. Så går det noen dager. Thomas kommer ikke med flere trekk. 4. oktober sender jeg ham en ny melding i Wordfeud-chatten:





Hiprex: et ikke-antibiotisk alternativ med dokumentert effekt^{1,2,3}

- opp til 77 % reduksjon i antall urinveisinfeksjoner i en 12 måneders periode²
- reduksjon på 25 %³ til 58 %¹ antibiotikakurer for urinveisinfeksjon

Definisjon residiverende urinveisinfeksjon (UVI): gjentatte UVI'er med en frekvens på minst to episoder de siste seks måneder, eller tre episoder siste året.²

Hiprex til voksne og barn i alderen 6-12 år

Indikasjon:

- Hiprex brukes som langtidsprofylakse ved kronisk residiverende urinveisinfeksjoner (UVI) etter initialbehandling med kjemoterapeutika eller antibiotika.
- I tillegg er Hiprex indisert ved kort- eller langtids kateterdrenasje og ved transuretrale operasjoner. Bør også overveies ved enkeltkateterisering, cytoskopier og ved urodynamiske målinger i urinveiene.

Dosering av Hiprex:

- Hiprex doseres med 1 gram morgen og kveld, fortrinnsvis etter urinering.
- Barn mellom 6 og 12 år kan bruke halv tablett, eller halv dosepose, to ganger daglig.
- Hiprex har forebyggende effekt på residiverende urinveisinfeksjon ved fravær av urinveisanomalier eller nevropatisk blære.^{1,2}

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

- Kontraindisert ved alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon, alvorlig dehydrering, metabolsk acidose.
- Metenamin vil ikke ha effekt ved akutte urinveisinfeksjoner og infeksjoner i nyreparenkymet.
- Hiprex skal ikke benyttes sammen med sulfonamider pga. fare for krystalluri.

Hiprex (metenamin) priser og refusjon:

Hiprex koster kr 319,60 for 100 tabletter, kr 693,00 for 100 doseposer. Begge formuleringer er 1 gram. Reseptgruppe C. Refusjonsberettiget bruk: Langtidsprofylakse ved kroniske eller stadig residiverende infeksjoner i nyrer/urinveier og langtids kateterdrenasje. Infeksjonsprofylakse urinveier ved immunsvikt. Palliativ behandling i livets sluttfase. Infeksjoner ved organtransplantasjon. Refusjonskoder: ICPC: U71, Cystitt/urinveisinfeksjon IKA ICD: N30 Cystitt, N39.0 Urinveisinfeksjon med uspesifisert lokalisasjon Vilkår: 141: Pasienten må oppfylle et av følgende vilkår: - Pasienten har brukt/vil bruke antibiotika minst 3 måneder årlig på grunn av infeksjoner i nyrer/urinveier. - Pasienten har i gjennomsnitt de to siste årene hatt minst 3 årlige infeksjoner i nyrer/urinveier. - Pasienten bruker medikamentell behandling for en kronisk sykdom i refusjonslisten hvor sykdommen gir økt risiko for infeksjoner i nyrer/urinveier.

Referanser:

1. Linda Rui, Morten Lindbaek and Svein Gjelstad, Preventive effect of methenamine in women with recurrent urinary tract infection - a case- control study, SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE 2022, VOL. 40, NO. 3, 331-338.
2. Harding C., et al. Alternative to prophylactic antibiotics for the treatment of recurrent urinary tract infections in woman: multicenter, open label, randomized, non-inferiority trial. BMJ 2022;376: e068229.
3. Heltveit-Olsen SR, et al. Methenamine hippurate as prophylaxis for recurrent urinary tract infections in older women - a triple-blind, randomised, placebo-controlled, phase IV trial (ImpresU), Clinical Microbiology and Infection, <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2025.07.006>.



Les mer om Hiprex i SPC,
godkjent av SLV/EMA 06.10.2022

John Murtagh (1936–2025): Australisk allmennmedisin med internasjonalt fotavt

■ STEINAR HUNSKÅR • Professor emeritus i allmennmedisin, spesialist i allmennmedisin og legevakslege

I tillegg til vitskapsproduksjonen er framveksten av allmennmedisinske lærebøker eit kjenneteikn på eit fag med eigne premissar, verdier og kunnskapsgrunnlag. Den norske læreboka i allmennmedisin er eit eksempel på utvikling av vårt nasjonale fag. Den australske allmennlegen og professoren John Murtagh sto bak eit tilsvarande eksempel for den engelskspråklege verda som også har påverka den norske læreboka sidan 1997.

Han var ein internasjonal nestor når det gjaldt å skrive lærebøker og skapte eit heilt litterært allmennmedisinsk univers med andre bøker som støtta opp om sjølve læreboka. Murtagh døydd 18. oktober 2025, 89 år gammal. I denne artikkelen omtalar eg livsverket hans med tanke på lesarar i norsk allmennmedisin.

Allmennmedisinen er framleis eit ganske ungt akademisk fag (1). I 2025 kunne vi markere at det er 50 år sidan Noreg vart det første landet i verda som hadde allmennmedisinske avdelingar og professorar ved samtlige medisinske fakultet (2). Det er heller ikkje så mykje lenger sidan dei første allmennmedisinske professorata vart oppretta, først i Edinburgh, deretter i Utrecht, London, Ontario og deretter i Oslo (3). Det var ei tidleg oppgåve å skrive lærebøker for faget, men berre eit fåtal slike har vore velukka og fått ei større utbreiing eller komme i mange utgåver. Lærebøkene kan seiast å vere av to typar: Enten å skrive om det allmennmedisinske faget, definisjonar og konseptet, eller å skrive om kunnskapsgrunnlaget og praksis (klinikken). Eit eksempel på den første typen er den verdskjente læreboka til Ian McWhinney (1926–2012) frå 1981 (4), fjerde utgåve kom i 2026 (5). Den norske læreboka frå 1997 (6, 7) er eit eksempel på den andre typen, slik som den om lag samtidige av John Murtagh (8). Eg hadde gleden av både å korrespondere med Murtagh gjennom mange år frå 1994, og også å møte han og kona i Bergen, alltid med fruktbare diskusjonar om lærebokskriving. Hans forfatterskap fortener omtale for eit norsk

publikum, inkludert litt om korleis han påverka vår eiga lærebok.

John Murtagh vart fødd 3. juli 1936 i eit sauefarmarområde i delstaten Victoria i Australia. Han overlevde polio som åtteåring, og opplevinga av dette, samt erfaringa med den lokale distriktslegen, fekk avgjerande innverknad på Murtagh sitt livsval og framtidige karriere. I 1961 søkte han seg inn på det første kullet ved det nye medisinstudiet ved Monash university i Melbourne, han var ein av 29 av 130 som fullførte. Allmennmedisin vart ikkje rekna som ein medisinsk spesialitet, men etter eksamen hadde han og legekona Jill Rosenblatt allmennpraksis saman i ei lita bygd i nesten ti år, der dei handterte dei fleste akutte og kroniske tilstandar, inkludert kirurgiske inngrep og fødsalar.

I 1976 vart han rekruttert som førsteamanuensis i allmennmedisin ved sitt gamle universitet, samstundes som han dreiv allmennpraksis i nærleiken. Med stor innsats bygde han både grunn- og spesialistutdanning ved Monash university. Han vart professor i allmennmedisin og arbeidde i professorstillinga fram til han gjekk av i 2010, då han vart professor emeritus. I praksisen sin gjennomførte Murtagh eit prosjekt om sjukdoms- og dødsårsaker, som resulterte i avhandlinga *The Anatomy of a Rural Practice*. I 1989 tok han doktorgraden på ei avhandling om ryggsmertar i allmennpraksis, eit problem han sjølv hadde sidan barndommens polio. Tradisjonelt gjaldt det å «lære å leve med smertene», men han vart frisk etter manuell mobilise-

ring av ryggen frå ein idrettsfysioterapeut. Murtagh kursa seinare mange tusen legar i desse teknikkane og han var svært opptatt av ryggen som utgangspunkt for mange symptom og tilstandar vi ser i allmennpraksis.

Murtagh var ein mykje feira og viktig figur i internasjonal allmennmedisin. Han var *Officer of the Order of Australia* (1995) og fekk *Fellowship of WONCA* (2007). Biblioteket til den australske allmennlegeforeininga RACGP er kalla opp etter han. I pensjonsåra var han ettertrakta som ein vandrande «eldre statsmann» innan allmennmedisin,

*Forsida av 9. utgåve av læreboka
«Murtagh's General practice».*

ILLUSTRASJON: MCGRAW HILL



professor rykk

hadde professor II-stilling ved University of Melbourne, var klinisk professor ved University of Notre Dame og æresprofessor ved Peking University Health Science Centre. Kona Jill vart også seinare førstelektor i allmennmedisin ved Monash, dei hadde fem barn, derav dotter Clare som er allmennlege og medredaktør saman med Jill på mange av dei seinare bøkene.

Murtagh var katolikk og djupt religiøs. Som pensjonist engasjerte han seg kraftig mot forslag om frivillig assistert død. I 2020 engasjerte han seg med krav om slutt på Victoria-delstaten sine strenge Covid-19-nedstengingar, då han meinte dei gjorde stor skade samanlikna med nyten som smittevern. Hausten 2025 opplevde han eit alvorleg fall og døydde etter skadar han ikkje kom seg frå.

Ei nyskapande lærebok

Det var ved Monash han tok fatt på det omfattande arbeidet med å skape den første boka som samla dei store kunnskapsmengdene som allmennmedisin krev. Livsverket *General Practice*, først utgitt i 1994 (8) med over 1500 sider, er no i si niande utgåve under tittelen *Murtagh's General Practice* (9). Dette er ei av verdas mest brukte og høgt respekterte lærebøker i allmennmedisin. Boka var unik ved å ta utgangspunkt i symptom heller enn sjukdommar, og ho tok for seg vanlege problem som flass, bakrus og dårleg ande, i tillegg til dei vanlegaste akutte og kroniske tilstandane i allmennpraksis. Boka fann raskt vegen inn i bokhyllene til allmennlegar over heile verda og er omsett til 13 språk – frå spansk til tyrkisk. Det var den første læreboka i allmennmedisin som vart omsett og godkjend for brei bruk hos Kina sine 450 000 allmennlegar.

Murtagh vart òg redaktør for *Australian Family Physician (AFP)* og introduserte der



John Murtagh (1936–2025).

FOTO: MONASH UNIVERSITY

ei rekke spalter som seinare vart bøker. Namnet Murtagh er no ei sterk merkevare, som no inngår i titlane på dei fleste bøkene. Murtagh vart ein gong omtala i tidskriftet *Australian Doctor* som «allmennmedisinens J.K. Rowling» på grunn av suksessen hans som medisinsk forfattar.

Eit allmennmedisinsk bokunivers

Men Murtagh skreiv og oppdaterte ikkje berre den eine boka. Han har utvikla fleire andre bokseriar som støttar opp om læreboka. Boka *Practice Tips* kom i 1991 og i si åttande utgåve i 2019 (10, 11). Dette er ei samling av grunnleggjande diagnostiske og terapeutiske ferdigheiter for allmennlegen. Med skrift og enkle teikningar viser Murtagh eit breitt spekter av praktiske prosedyrar, frå komplekse akuttmedisinske prosedyrar til enkle tips om å fjerne eit insekt frå øyregangen eller teknikk for stansebiopsi. *Practice Tips* vart kåra til beste bok for primærhelsetenesta av British Medical Association i 2005. *Patient Education* vart utgitt i 1992 og er no i si åttande utgåve (12, 13). Dette er ei stor samling pasientinformasjon for allmennlegar, sjukepleiarar og farmasøytar som kan skrivast ut eller kopierast og delast ut til pasientar, ikkje ulikt det vi i Noreg kjenner frå NEL/

NHI. Formatet er at kvar tilstand vert presentert i eit enkelt språk og over ei enkelt side. *Companion Handbook* er ei hjelpebok til den store læreboka som først kom i 1996 og i niande oppdaterte versjon i 2025 (14, 15). Denne boka i lommeformat er ein kondensert versjon av hovudverket for rask og praktisk referanse under studium og arbeid. «Medhandboka» gir ei alfabetisk og kortfatta framstilling av dei aller fleste vanlege problem som ein møter i rutinepraksis. Boka inneheld òg sjekklister, flytskjema, diagram og praktiske tips for student og lege, eksempel er BMI-kalkulator, dermatomkart og Snellens tavle. E-boka *Murtagh's Diagnostic Strategies* (2016) er ei praktisk diagnostisk referansebok for allmennlegar og studentar (16). Den gir rettleiing til diagnostiske strategiar, og dekkar ca. 100 vanlege problem i allmennpraksis. Boka *John Murtagh's Cautionary Tales* (17) er noko heilt anna. Den kom først i 1992 og består av meir enn 300 pasienthistorier frå professor Murtagh sin eigen praksis. Desse «åtvarande» forteljningane er ekte kasus, med døme på vanlege feil som kan oppstå i allmennmedisin, og er rike på psykologiske, sosiale og miljømessige faktorar som verkar inn på både diagnostikken og lege-pasient-tilhøvet. Avsnittet «Diskusjon og lærdom» av-

sluttar kvar forteljing. Samlinga av læreverk finst no som *John Murtagh's General Practice Collection* på forlaget sine nettsider, og omfattar åtte ulike produkt.

Påverka den norske læreboka

I åra 1993–1994 utvikla vi konseptet for den kommande norske læreboka i klinisk allmennmedisin (6). Vi skulle legge avgjerande vekt på allmennmedisinsk førekomst, klinisk epidemiologi og prediktive verdier, samt finne ein god modell for opplæring i allmennmedisinsk diagnostisk arbeid. Artikkelen «*Common problems: a safe diagnostic strategy*» av Murtagh frå 1990 ga oss viktige innspel (18). Når så læreboka hans kom i 1994, såg vi korleis denne modellen kunne nyttast som ein viktig pedagogisk modell for allmennmedisinsk diagnostikk også hos oss, og dette var bakgrunnen for min kontakt med Murtagh.

John Murtagh har i si lærebok ein modell for ein allmennmedisinsk diagnostisk tankegang, kalla Ein trygg diagnostisk strategi. Den blir presentert i 4. utgåve av den norske læreboka slik (19, kapittel 1.4, side 111):

Bruk av modellen forutsetter at allmennlegen på en disiplinert og systematisk måte raskt klarer å besvare fem spørsmål knyttet til symptombildet eller problemstillingen. Murtaghs fem spørsmål er:

- Hva er de mest sannsynlige diagnosene?
- Hvilke alvorlige tilstander må ikke overses (tilsvarer å se etter «røde flagg»)?
- Hvilke tilstander blir ofte oversett (fallgruver)?
- Kan pasienten ha en av de klassiske imitortilstandene?
- Forsøker denne pasienten å formidle noe helt annet?

De klassiske imitatorsykdommene syfilis og tuberkulose er lite aktuelle hos oss i dag, bortsett fra i kjente og definerte risikogrupper. Men det er vel kjent at det finnes noen relativt hyppige tilstander som kan gi mange og forvirrende symptomer og tegn. Disse kan det være nyttig å tenke igjennom når diagnosen synes vanskelig. Murtagh forteller at han har en liste med eksempler på slike slått opp som en plakat på veggen bak pasienten:

- depresjon
- diabetes mellitus
- medikamenter og kjemiske stoffer (bivirkninger, misbruk, alkohol, tobakk eller narkotika)
- anemi
- hypotyreose og hypertyreose
- urinveisinfeksjon
- tilstander i ryggstølen

Han la nok betydeleg mindre vekt på formell bruk av klinisk epidemiologi (sensitivitet og spesifisitet) enn det vi ønska, men hadde til gjengjeld ei svært praktisk og konkret tilnærming til trygg diagnostikk. For å skape orden i «jungelen» av problemstillinger i allmennpraksis, utvikla Murtagh ein enkel modell for å lette diagnostiseringa og redusere feilmarginen. I kapitlet om den diagnostiske prosessen i vår siste utgåve (19), er Murtagh sin modell framleis presentert og brukt (SJÅ RAMMA).

Seinare utvida Murtagh sine diagnostiske strategiar for vanlege presentasjonssymptom, og han innførte den såkalla «triade og tetrade»-huskelappstrategien for å identifisere diagnosen ved ei rekke viktige tilstandar. Metoden går ut på å lære eller hugse diagnoser, særleg av vanskelege eller uvanlege tilstandar, ved hjelp av tre eller fire nøkkelpunkt ved tilstanden. Nokre døme på metodene:

- Angina + dyspné + synkope
→ Aortastenose
- Menstruasjonsforstyrring + overvekt + hirsutisme → Polycystisk ovariesyndrom
- Vertigo + oppkast + tinnitus
→ Mb Ménière

Avslutning

John Murtagh er ikkje så kjent i allmennmedisinmiljøet i Noreg, men har og har hatt stor påverknad av allmennmedisinsk utdanning verda over. Han har påverka korleis vi presenterer den diagnostiske prosessen i den norske læreboka. Hans eiga første lærebok ga varig inspirasjon til omtalen av premissane for allmennmedisinsk arbeid, som vi baserer oss på i både grunn- og spesialistutdanning den dag i dag.

REFERANSAR

1. Hunskaar S. Dei første norske allmennmedisinske doktoravhandlingane. *Michael* 2025; 22: 322–42.
2. Straand J. 1975: Norge først i verden med allmennmedisin som universitetsfag ved alle medisinske fakulteter. *Michael* 2025; 22: 428–30.
3. Straand J, de Wit N. The transition of general practice into an academic discipline: tracing the origins through the first four professors in general practice/family medicine. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2024; 42: 483–92.
4. McWhinney IR. *Textbook of Family Medicine*. New York: Oxford University Press, 1981.
5. Freeman TR. *McWhinney's Textbook of Family Medicine*. 4th. Edition. New York: Oxford University Press, 2016.
6. Hunskaar S, red. *Allmennmedisin*. Klinisk arbeid. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997.
7. Hunskaar S. Felles allmennmedisinsk lærebok i Skandinavia. *Utposten* 2015; 44(6): 24–7.
8. Murtagh J. *General Practice*. 1st ed. Sydney: McGraw-Hill; 1994.
9. Murtagh J, Coleman J, Murtagh C, Metcalfe S. *Murtagh's General Practice*. 9th ed. Sydney: McGraw-Hill; 2025.
10. Murtagh J. *Practice Tips*. 1st ed. Sydney: McGraw-Hill; 1991.
11. Murtagh J, Coleman J. *Murtagh's Practice Tips*. 8th ed. Sydney: McGraw-Hill; 2019.
12. Murtagh J. *Patient Education*. 1st ed. Sydney: McGraw-Hill; 1992.
13. Murtagh J, Wheatley L. *Murtagh's Patient Education*. 8th ed. Sydney: McGraw-Hill; 2019.
14. Murtagh J, Murtagh C. *General Practice: Companion Handbook*. 1st ed. Sydney: McGraw-Hill; 1996.
15. Murtagh J, Murtagh C. *Murtagh's General Practice Companion Handbook*. 9th ed. Sydney: McGraw-Hill; 2025.
16. Murtagh J. *Murtagh's Diagnostic Strategies* (ebook). Sydney: McGraw-Hill; 2016. <https://murtagh.mh-medical.com/book.aspx?bookID=1684> (28.03.2026).
17. Murtagh J, Bird S. *Murtagh's Cautionary Tales*. 3rd ed. Sydney: McGraw-Hill Education; 2019.
18. Murtagh J. *Common problems: a safe diagnostic strategy*. *Aust Fam Physician* 1990; 19: 733–4, 737, 740–2.
19. Hunskaar S, red. *Allmennmedisin*. 4. utg. Oslo: Gyldendal, 2023.

■ STEINAR.HUNSKAR@UIB.NO

@ALLMENNFORLYSTELSE



Ph.d. – Hvorfor det?

■ STEIN-MARTIN TILRUM FAGERLAND • Fastlege på flyttefot og redaktør i Utposten

Jeg kom inn i forskningen med store forhåpninger om resultater innen kreftforskningen. Det gikk ikke helt som forventet, men jeg tok med mye lærdom jeg har hatt nytte av senere i arbeidet som lege.

Hvorfor valgte du å ta denne graden?

Jeg startet i Catharina de Lange Davies' forskningsgruppe ved biofysikk på NTNU som en del av forskerlinjen i 2012. Prosjektet dreide seg om bruk av nanopartikler og terapeutisk ultralyd til å forsterke effekt av cellegift, og metodene ble prøvd ut i musmodeller. Jeg hadde stor interesse både for realfag og teknologi, og tenkte at dette måtte være ganske nært klinikken når det allerede ble prøvd ut i mus. Jeg så også for meg en sykehushetere med klinikk og forskning, og tenkte at dette ville være veldig fornuftig. Jeg startet i gruppen med høye ambisjoner, som raskt ble korrigert når forsøkene ikke gav forventede resultater. Etter medisinstudiet med forskerlinjen fikk jeg anledning til å fortsette i samme gruppe som ph.d.-stipendiat – nå med et mer realistisk bilde på hvor mye jobb som ligger bak laboratoriearbeid, og med mer fornuftige forventninger til hva jeg selv kunne få til.

Hvordan var det?

Jeg trivdes veldig godt som forskerlinjestudent og senere ph.d.-stipendiat. Jeg var en del av en relativt stor gruppe som var sam-

lokalisert og hadde jevnlig møter. Mange gjorde lignende ting, sånn at jeg hadde god tilgang på veiledning fra mer erfarne ph.d.-stipendiater og postdoc-er. Jeg fikk stor frihet til å bruke tiden på ting som virket spennende og relevante. Samtidig var veilederen min erfaren og gav tettere oppfølging når det trengtes.

Hva fant du ut?

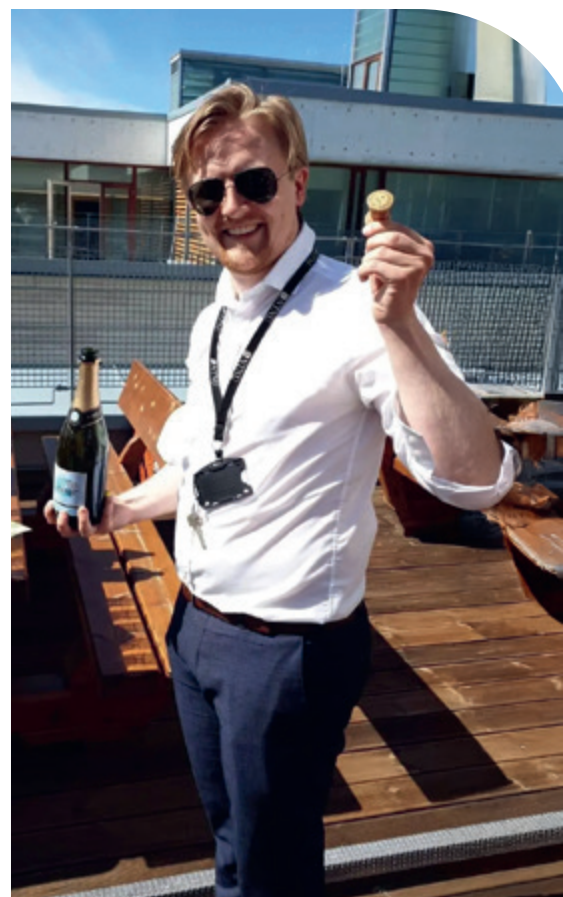
Min oppgave var å finne ut om innkapsling av cellegift i nanopartikler eller å kombinere cellegift med eller uten nanopartikler med terapeutisk ultralyd kunne få prostatakrefstsvulster hos mus til å krympe mer enn cellegift alene. I mitt prosjekt fant jeg ingen ekstra effekt fra nanopartiklene eller ultralyden. Jeg fant også ut at ultralyd og MR gav ganske like volummålinger når man skulle følge opp behandlingseffekt.

Hvordan ser dette ut med dagens øyne?

Så vidt jeg vet står resultatene seg fortsatt.

Hva har ph.d.-en gjort med deg, livet ditt og karrieren din?

Jeg tenker at den største verdien av ph.d.-graden min var det jeg selv lærte om artikkelsskriving, publisering, planlegging av studier, formidling av informasjon og meg selv underveis. Jeg tenker at ph.d.-utdanningen har gjort meg bedre til å finne frem til relevant informasjon i databaser, mer



Bobler i sola for å markere at disputasen er ferdig.

kritisk til studier jeg leser og at jeg i tillegg fikk en introduksjon til ultralyd som har senket terskelen min for å ta kurs og øke kompetansen min innen ultralyddiagnostikk. Etter graden har jeg vært med på å rekruttere pasienter til kliniske studier og knyttet Brønnøysund legesenter til forskningsinfrastrukturen PraksisNett. Jeg tenker at jeg ikke er ferdig med forskning og at ph.d.-utdanningen gir meg et godt utgangspunkt for å plukke opp forskningen når omstendighetene tillater det.

■ STEIN.MARTIN.F@GMAIL.COM

På konferanse i Barcelona i 2020 med deler av forskergruppen. Fra venstre professor Catharina de Lange Davies med ph.d.-stipendiaterne Margrete Haram, Marieke Olsman og Stein-Martin Tilrum Fagerland. BEGGE FOTO: PRIVAT



Diagnose ukjent

«Mamma, når blir du egentlig frisk?»

Stine mistet livet uten å dø. Smertene, hodepinen og svimmelheten stjal alt – barna, gleden og hverdagen. Hun sa nei til bursdager, foreldremøter og venner, og følte seg som en belastning. Hun var en tilskuer i sitt eget liv – helt til datteren på 12 år stilte spørsmålet som traff som et knyttneveslag: «Mamma, når blir du egentlig frisk?»

Denne boken er for deg som lever med langvarige fysiske symptomer – og for deg som står ved siden av. Den gir forståelse, håp og konkrete verktøy for å ta tilbake livet. Du lærer hvorfor symptomene oppstår, hvordan hjernen kan skape alarm-symptomer som smerte, og hvordan belastninger over tid påvirker kroppen.

Her får du klarhet i hva som skjer i kroppen, praktiske teknikker for hverdagen, og historier fra andre som har vært der du er nå. Små, konkrete steg kan gi deg kontroll, livsglede og frihet tilbake.

Du kan bli bedre, og det er fullt mulig å bli helt frisk. Ta tilbake hverdagen og bli deltaker i ditt eget liv.

Fra innledningen:

På legekontoret derimot, oppdaget jeg at pasientene ofte kom for kroppslige plager, ikke for å snakke om tanker. Jeg ville nok selv blitt provosert dersom legen tilbød psykologisk hjelp for nakkesmerter og hodepine. Da forsto jeg at jeg måtte bygge en bro mellom det kroppen uttrykker, og det hodet forsøker å håndtere.

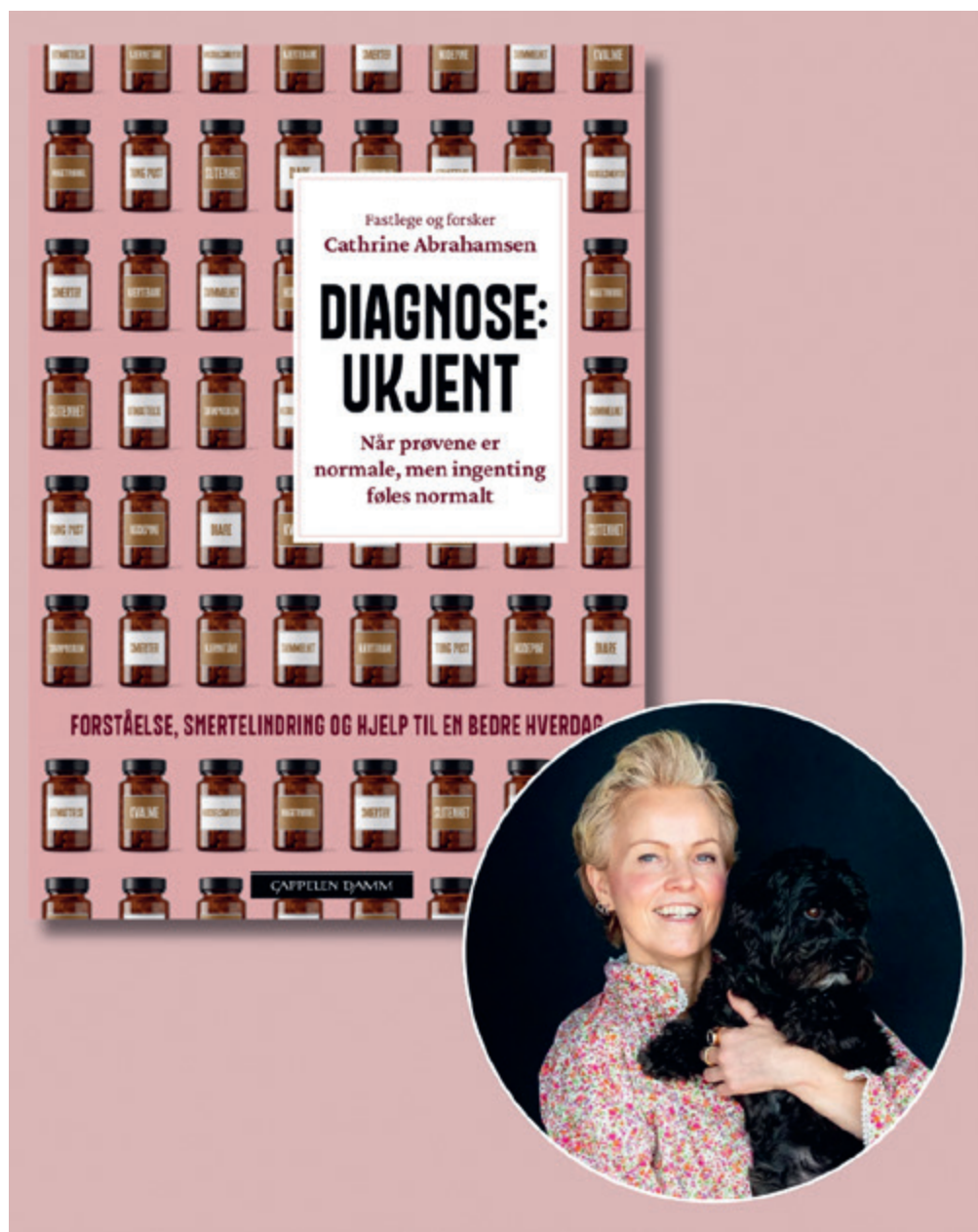
Det som virkelig hjelper pasientene, er å få en forståelig forklaring på plagene – og konkret hjelp til å bli bedre. Men hvordan kunne jeg gi forklaringer som faktisk var nyttige og enkle å forstå?

Ut fra erfaringene med pasientene og med støtte i ny nevrovitenskap, utviklet jeg et samtaleverktøy som fikk navnet ICIT – *Individual Challenge Inventory Tool*. ICIT er en strukturert metode for samtalen i konsultasjonen, laget for at legen lettere skal kunne hjelpe pasienten med de utfordringene han eller hun møter i hverdagen. Metoden gir fastlegen konkrete steg for å forklare symptomer på en måte som skaper forståelse og trygghet, og for å lage en aktivitetsplan sammen med pasienten. Denne aktivitetsplanen beskriver

små, gjennomførbare aktiviteter – hjemme og på jobb – som pasienten selv opplever som overkommelige, og som gradvis kan bidra til bedre funksjon og oversikt i hverdagen.

Jeg elsker å være fastlege. Hver dag møter jeg mennesker med sine historier. De kommer med gleder, bekymringer og kroppslige

plager. For meg er det et privilegium å lytte, forstå og finne veien videre i samråd med pasienten når livet eller kroppen buter imot. Pasienter med smerter, utmattelse og frustrasjon over at kroppen ikke følger hodet, ble mitt faglige fokus. Det var dette som inspirerte meg til å utvikle ICIT – et arbeid som vokste til en doktorgrad, og



Vi trykker her et utdrag fra Cathrine Abrahamsens bok som nylig ble utgitt; **Diagnose ukjent**. Forfatteren er tidligere portrettert i *Utposten* og hun har skrevet om sitt doktorgradsarbeid i spalten «Ph.d. – Hvorfor det?». I underkant av halvparten av landets fastleger har stiftet bekjentskap med Cathrine Abrahamsen og hennes trupp, inkludert Bodil, på ICIT-kurs de siste tre årene.

som nå er tatt i bruk av nær 40 prosent av landets fastleger. Det er denne metoden du skal få lære å kjenne nå.

Fra kapittel 1:

Hva hvis «alle» prøvene er normale?

Av og til gir verken blodprøver, røntgenbilder eller omfattende undersøkelser på sykehus svar – og kanskje finner du heller ingen forklaring i det livet du lever. Likevel trenger du et svar. Det er jo derfor du går til legen.

Kanskje har du hatt følelsen av ikke å bli tatt helt på alvor. Kanskje får du ikke den hjelpen du håper på, eller du får inntrykk av at legen tenker at plagene dine «bare sitter i hodet».

Da kan tvielen lett komme snikende. Har du noen gang tenkt at når alle prøver er normale, så må det være deg det er noe galt med? At du er pysete, eller at du overdri-ver?

Hvis du har hatt slike tanker, er du langt fra alene. Mange som sliter med plager uten klare medisinske funn, føler seg ofte både misforstått og oversett. Det er tungt når symptomene påvirker hele livskvaliteten, og ingen kan gi et tydelig svar på hvorfor.

Også vi leger kan synes at dette er vanskelig. Vi vil gjerne hjelpe, men når alle prøver er normale, blir vi usikre og kan føle oss utilstrekkelige. Det er nettopp i dette spenningsfeltet – mellom dine opplevelser og vår gode vilje – at vi trenger å tenke annerledes.

Selv om legen ikke alltid kan gi en klar diagnose med et navn og en forklaring, betyr ikke det at plagene dine er mindre virkelige. Symptomene dine er ekte. I dag forstår vi mye mer om hva som skjer i kroppen ved slike tilstander. Ofte er det ikke snakk om en skade eller en feil, men om hvordan kropp og hjerne prøver å samarbeide når du har vært belastet over lang tid. Da trenger vi en litt annen måte å jobbe på. Det viktigste er at du får innsikt i hva som faktisk skjer i kroppen din – hva symptomene er, hva som utløser dem, hvorfor de blir værende, og hva som kan hjelpe deg videre. Med den forståelsen vil mye falle på plass og gi deg håp om at du kan bli bedre.

■ DRCATHA@ICLOUD.COM



MUPS – et begrep som sier oss lite



Undersøkelser viser at 40–49 prosent av alle pasienter som oppsøker fastlegen, har minst ett symptom som ikke kan forklares medisinsk. Betegnelsen medisinsk uforklarte symptomer og plager (MUPS) brukes om «uforklarte» helseplager, som for eksempel muskelsmerter, svimmelhet, irritabel tarm, tretthet/utmattelse, spenningshodepine og hjernetåke. Felles for slike plager er at de hjelpemidlene som leger bruker for å stille en diagnose, ikke kan forklare pasientens plager.

Begrepet MUPS er omdiskutert, og er egentlig ikke videre godt. I dag bruker vi uttrykket langvarige fysiske symptomer når vi snakker om plager som har vart i tre måneder eller mer – uansett hva årsaken er. Jeg liker det begrepet, og mange pasienter gjør det også. Det sier jo noe om det de faktisk kjenner på i kroppen – det som verker, trykker, strammer eller tapper dem for krefter. Det er de symptomene som påvirker hverdagen, og som gjør at folk søker hjelp.





Fag, fellesskap og påvirkning

I Skien møtes allmennleger en gang i måneden, for å drødle, snakke fag og foreningsarbeid, samt møte samarbeidspartnere. En slik naturlig og kjær møteplass er slett ikke selvsagt for alle og er vel verdt å verne om.

Hadde jeg sett inn i glasskula i 1997 og fram til i dag, ville jeg nok smilt. Etter turus kom jeg inn i et godt etablert fagmiljø med gode rammer fra første dag. Jeg startet som vikar for Michael de Vibe, Tor Carlsen og Anne Hilde Crowo (1 dag for hver i uken), og på Skien legevakt fikk jeg opplæring av Gisle Roksund. Jeg har tatt det som en selvfølge at vi allmennleger samarbeider godt oss imellom og med Skien kommune. Det har vært og er gjensidig respekt. Forholdet mellom allmennleger, og mellom allmennlegene og kommunen, må pleies og næres. Selvsagt er det mange ting

som kan nevnes som ikke er så bra. Det unnlater jeg i denne teksten, da tema er dialog.

Det som er viktig er at vi i Skien har en arena der vi allmennleger kan møtes, og som er så innarbeidet at det huskes uten at det står i timeboken. Hver siste fredag i måneden fra kl. 8–9 møtes vi i et lokale i Skien kommune, der kommunen stiller med lokale og kaffe. Fra 1. januar 2026 har spesialister i allmennmedisin fått betaling for denne timen på lik linje med ALIS. Denne timen er en informasjonsmulighet for alle samarbeidspartnere til å møte allmennlegene i Skien. Kommunelegene er med ved behov, og går ut når vi skal diskutere interne ting uten kommunens ører til stede.

Vi allmennleger er travle og blir lett spist opp av våre timebøker, men å sette av tid til å møte kollegaer og samarbeidspartnere er viktig. Hvor ellers får vi vite om det som skjer i kommune, på sykehuset, på Borgestadklinikken? Dessuten er det en gylden

mulighet til å påvirke vår hverdag som fastleger lokalt. Skien kommune har også en kommunal samhandlingslege som passer på i kulissene, for det er mye en kommune ikke vet om vår praktiske hverdag.

Det er mye å passe på nå, mange som vil overta våre oppgaver, og myndigheter som vil bestemme mer og mer over vår hverdag og økonomi. Det er derfor viktig å lage oss små pusterom der vi kan snakke sammen og bli enig om noe, og dette noe kan kanskje spre seg til det store Oslo og skape en god endring.

Så hvorfor har vi det slik i Skien? Svaret er dels en god ramme skapt av gode forbilder, og at historien fortelles videre til neste generasjon leger, politikere og samarbeidspartnere. Slik kan vi leger bli en del av den daglige politikken i en kommune, og ikke bare en passiv aktør.

ELSE WORREN NYGÅRD

Fastlege i Skien kommune,

nestleder i Allmennlegeforeningen

■ MELSEWNYGAARD@GMAIL.COM



ILLUSTRASJONSFOTO: PERSONENE PÅ BILDET HAR INGEN TILKNYTNING TIL INNHOLDET I ARTIKKELEN - BILDET ER LAGET MED KI / MORTEN HERNÆVS - CHATGPT/GEMINI

Smittevernvakta

21 07 63 48

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! I denne spalten presenterer Utposten nasjonale rådgivningstelefoner for leger.

Hvem er dere?

Smittevernvakta er en døgnbemannet varslings- og rådgivingstjeneste for helsepersonell. Vi er et lag av seks leger med ulike fagbakgrunn fra område for smittevern ved Folkehelseinstituttet (FHI), og samlet har vi bred kompetanse innen smittevernfeltet.

Tjenesten benyttes ved behov for varslings- eller smittevernfaglige råd som ikke kan vente til ordinær arbeidstid. Innenfor ordinær arbeidstid er primært kontaktpunkt FHI's sentralbord, som setter over til relevante fagpersoner eller formidler kontaktinformasjon. Dersom man ikke får kontakt, er Smittevernvakta alltid tilgjengelig.

Hvem kan kontakte dere?

Smittevernvakta kontaktes primært av helsepersonell for rådgiving og varslings- om smittsomme sykdommer. Av og til av ansatte i offentlige eller private virksomheter som har behov for smittevernfaglige råd, og som ikke oppnår kontakt med kommuneoverlegen eller annet ansvarlig smittevernpersonell.

Både helsepersonell og andre aktører med ansvar for smittevern eller beredskap har varslingsplikt til kommuneoverlegen ved mistanke om alvorlige hendelser som kan spres over landegrensene. Dette omfatter blant annet personell ved havner, flyplasser og grenseoverganger, og ansatte i relevante nasjonale myndigheter. Kommuneoverlegen skal så varsle Smittevernvakta. Dersom det ikke er mulig å få varslet kommuneoverlegen, skal Smittevernvakta varsles direkte.

I tillegg til å svare på telefon, sjekker vi også e-post utbrudd@fhi.no utenom ordinær arbeidstid, i tilfelle noe ikke kan vente til neste arbeidsdag.

Hva kan man kontakte dere om?

Man kan spørre om råd om smitteverntiltak og håndtering av enkelttilfeller eller utbrudd av smittsomme sykdommer.

Ved behov for utlevering av vaksiner, immunglobuliner og antitoksiner til øyeblikkelig hjelp, kan man be om råd og få hjelp til vurdering av indikasjon.

Smittevernhåndboka og Vaksinasjonshåndboka gir ganske utfyllende smittevernråd.

Likevel er det umulig å dekke alt, og ofte er det behov for individuelle vurderinger og risikovurderinger som det kan være greit å få diskutert med en kollega som har erfaring med liknende problemstillinger. Det å sikre forholdsmessige smitteverntiltak ser vi på som en viktig del av rådgivningen. Ofte betyr det å støtte helsepersonell i å begrense fremfor å forsterke tiltak.

Helsepersonell har varslingsplikt ved en del definerte smittevernsituasjoner i henhold til MSIS-forskriften og det internasjonale helsereglementet. Det gjelder blant annet ved mistanke om eller påvisning av en rekke smittsomme sykdommer, utbrudd eller alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse. Varslingsplikten skal bidra til å sikre god håndtering og hindre eller begrense smittespredning, gi tilbud om bistand og se hendelsene i nasjonal og internasjonal sammenheng. Ved behov videreføres varslene til relevante instanser lokalt og nasjonalt, herunder kommuneoverleger, Mattilsynet, Helsedirektoratet eller Helse- og omsorgsdepartementet. I enkelte tilfeller varsler vi videre i våre internasjonale nettverk.

Hva er de vanligste spørsmålene dere får?

Det er en svært stor bredde i spørsmålene vi får. Hyppige gjengangere inkluderer EHEC, legionella og råd om ulike posteksponeringsprofylakser (overraskende mange spørsmål om rabies). Mindre vanlige, men ofte mer arbeidskrevende henvendelser, inkluderer varsel om enkelttilfeller av meningokokksykdom og meslinger. Vi får også mange henvendelser knyttet til håndtering av utbrudd av ymse slag, for eksempel gastroenteritt, kikhoste eller andre luftveisinfeksjoner, med en viss sesongvariasjon. Ofte er vi diskusjonspartnere for kolleger som sitter litt alene med problemstillinger og trenger å sparre.

Hva er det rareste spørsmålet dere har fått?

Det er tidvis overraskende hva innringerne antar at Smittevernvakta kan hjelpe med. Henvendelsene illustrerer at begrepet «smitte» ofte tolkes vidt og kan omfatte problemstillinger i grenseland mot andre fagområder. Vi har blant annet måttet melde pass ved henvendelser om hønsekholera, skadedyr av



ILLUSTRASJONSFOTO: KI / MORTEN HERNES - CHATGPT/GEMINI

ukjent art i såkorn, og om hvordan fange to rømte papegøyer på taket av Folkehelseinstituttets lokaler. Som oftest klarer vi likevel å hjelpe innringerne videre til relevante instanser.

Følgende leger utgjør laget av smittevernvakter ved Område for smittevern ved Folkehelseinstituttet, de er også medforfattere av denne teksten: Elisabeth Astrup, overlege
Tone Bruun, overlege
Silje Bruland Lavoll, overlege
Hilde Marie Lund, lege
Karine Nordstrand, overlege
Ragnhild Raastad, overlege

TONE BRUUN
Overlege, avdeling for smittevern
og vaksiner ved Folkehelseinstituttet
■ TONE.BRUUN@FHI.NO
■ WWW.FHI.NO

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 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 skrivnehjelp.

Da jeg lærte å starte annerledes

Da jeg fikk denne forespørselen tenkte jeg først at det var en takknemlig oppgave. Men så fikk jeg litt prestasjonsangst. Forventningen er sikkert: «Endret meg som menneske», eller «gjorde meg til en bedre lege». Leger pleier jo å levere på høyt nivå uansett oppdrag. Jeg kan i hvert fall trøste dere med, eller eventuelt beklage: Dette er ikke en slik historie.

Konsultasjonen jeg vil fortelle om, rammet meg ganske tidlig i min karriere som allmennlege. Dette er nå cirka 15 år siden. Jeg var vikar på det fastlegekontoret hvor jeg nå har min egen liste.

Når jeg leser notatet mitt i ettertid, får jeg et klart inntrykk av at jeg holdt meg veldig stramt til retningslinjer og veiledere. Jeg er derimot ikke helt sikker på om Kierkegaard ville applaudert min tilnærming til denne pasienten. At man skal prøve å møte folk der de er, for å kunne gi god hjelp, handler jo fint lite om at de fysisk er på ditt legekontor.

Pasienten som kom på kontoret denne dagen, var en mann i slutten av 50-årene. Han hadde vært hos bedriftslegen og fått målt forhøyet blodtrykk og kolesterol. Han ble rådet til å bestille time hos fastlegen.

Det kom frem at han røykte og hadde gjort det i over 40 år. Han hadde generelt en

usunn livsstil. Notatet sier ingenting om hva pasienten selv hadde av forventninger til legetimen.

Jeg visste uansett hva han burde gjøre, og foreslo både røykeslutt og diverse tiltak for en sunnere livsstil. I notatet står det at han virket lite interessert.

Basert på det jeg nå vet om hvordan denne konsultasjonen endte, må jeg ha oversett noen signaler fra pasienten. I etterpåklokskapens lys, burde jeg nok allerede her ha stoppet litt opp og sjekket om «pasienten var med». Men det gjorde jeg altså ikke.

Jeg anbefalte heller at vi skulle måle blodtrykket. Dette husker jeg at pasienten ble synlig irritert over. Men han gikk da med på det. Blodtrykket var selvfølgelig høyt. Jeg målte det tre ganger etter alle kunstens regler. Det kom ikke under 165/100.

Det som skjedde herifra og ut, trenger jeg ikke et journalnotat for å beskrive. Det husker jeg meget godt. Som sant var, sa jeg at dette var et altfor høyt blodtrykk. Det er likevel slik, sa jeg, at det å være på et legekontor for de fleste ikke er en veldig avslappende situasjon. Jeg anbefalte ham derfor at vi skulle gjennomføre en 24-timers blodtrykksmåling.

Da har pasienten åpenbart fått nok. Han reiser seg i sinne, stirrer meg rett i ansiktet og sier: «Hvis du tror at jeg gidder å sitte her i 24 timer sammen med deg, så tar du skammelig feil!». Det var siste gang jeg så ham.

I ettertid har jeg jo kunnet le av dette, og fortelle historien til kolleger. Men der og da var det helt sjokkerende for meg at en konsultasjon kunne ende slik.

Pasienten ble åpenbart irritert over at jeg foreslo tiltak og endringer han selv ikke hadde bedt om hjelp til. Dette førte igjen til at han klarte å misforstå noe jeg trodde var helt selvforklarende.

Konsultasjonen endret meg ikke som menneske, og gjorde meg nok heller ikke umiddelbart til en bedre lege. Men det førte til en endring som jeg nå holder høyt i hevd.

Jeg starter alltid med å spørre: «Hva er det du ønsker at jeg skal hjelpe deg med i dag?»

PS: Må si jeg også har tenkt litt på hva det var som gjorde at pasienten trodde jeg ville sitte med han i 24 timer på kontoret.

CHRISTIAN WIRSCHING
Fastlege i Gjerdrum

■ CHRISTIANWIRSCHING@HOTMAIL.COM



BESKYTT ELDRE OG PERSONER I RISIKOGRUPPER¹

▼ CAPVAXIVE® er en ny pneumokokkvaksine for voksne inkludert i de nasjonale anbefalingene.¹

Norske overvåkingsdata fra 2015–2023 viste forskjeller mellom serotypene hos personer over 65 år og serotypene som inngår i de nå tilgjengelige pneumokokkvaksinene.³

Indikasjon for CAPVAXIVE® er forebygging av invasiv sykdom og pneumoni forårsaket av *Streptococcus pneumoniae* hos personer 18 år og eldre.²



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

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.² Hyppigheten og typen bivirkninger kan variere med alder og tidligere vaksinasjonsstatus.²

Dosering: En enkel dose (0,5 ml) administreres intramuskulært.²

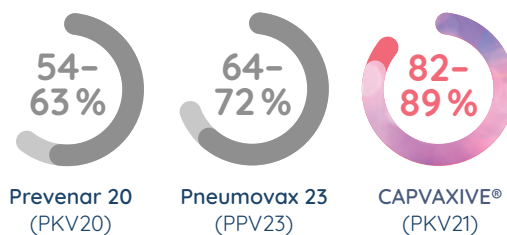
*Behovet for revaksiner med en påfølgende dose CAPVAXIVE® (PKV21) er ikke fastslått.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor virkestoffene eller noen av hjelpestoffene.²

Bruk hos spesielle pasientgrupper: Sikkerhet og effekt hos personer under 18 år er ikke fastslått.² 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

Beregnet serotypedekning (%) for perioden 2015–2023*

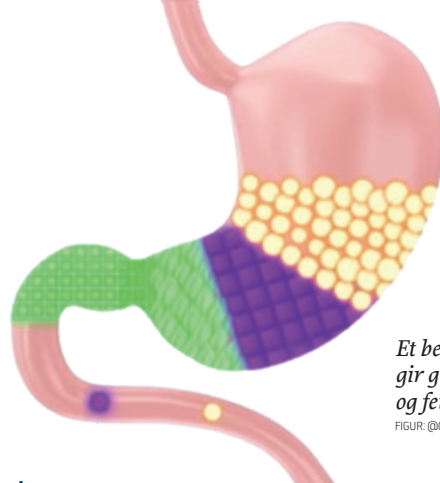


Disse tre vaksinene er inkludert i anbefalingene

Referanser:

1. FHI.no [Internet]. Folkehelseinstituttet. 2026 cited 2026 Jan 14]. Available from: <https://www.fhi.no/va/vaksinasjonshandboka/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/pneumokokkvaksinasjon/>
 2. CAPVAXIVE® (PKV21) – preparatomtale. Publisert 31.03.25. Tilgjengelig fra: ema.europa.eu
 3. Tidsskriftet for Den norske legeforening, Berild JD, Kristoffersen AB, Winje BA. Invasiv pneumokokksykdom i Norge 2004–23 og valg av vaksiner til eldre. Tidsskr Nor Legeforen. 2025;145. Tilgjengelig fra: <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)³ og gjenspeiler ikke effekten til de respektive vaksinene. Det finnes for øyeblikket ingen studier som sammenligner effekten til CAPVAXIVE® (PKV21), Prevenar 20 (PKV20) og Pneumovax 23 (PPV23)

Fiber først!



Et beskyttende nett av fiber gir gunstigere opptak av sukker og fett i tynntarmen.

FIGUR: @GLUCOSEGOODNESS

Økt inntak av kostfiber, særlig på tom mage, er et enkelt og billig tiltak som kan gi mange positive helseeffekter. Det kan være et godt og konkret råd i samtaler om kosthold på legekontoret.

Kostfiber er en fellesbetegnelse på stoffer som ikke brytes ned eller tas opp i tynntarmen. De aller fleste former for fiber er ufordøyelige karbohydrater som kommer fra celleveggene i planter. Kostfiber finnes hovedsakelig i plantebasert mat som fullkorn, frukt, grønnsaker, belgvekster og nøtter. I de nasjonale kostrådene (1) viser Helsedirektoratet til at nordmenn flest spiser betydelig mindre fiber enn det som er anbefalt (minst 25 g/dag for kvinner og 35 g/dag for menn). En vitenskapelig gjennomgang i forbindelse med utarbeidelse av kostrådene (2) peker på at høyt inntak av fiber reduserer risikoen for en rekke vanlige sykdommer. På kort sikt kan kostfibertilskudd være effektiv behandling av vanlige og plagsomme symptomer som forstoppelse og svingende blodsukker.

Riktig fart på fordøyelsen

Kostfiber bedrer flyten gjennom fordøyelseskanalen. I den øvre delen bidrar fiber til at tømningen av magesekken skjer langsommere, noe som gir økt metthetsfølelse. Fordi fiber har spesielt stor evne til å aktivere en mekanisme som kalles *ileumbremsen*, skli maten saktere gjennom tynntarmen. Dette gjør at flere næringsstoffer tas opp i blodet (2). Lenger ned i systemet er effekten motsatt: Passasjen gjennom tykktarmen skjer raskere, noe som motvirker forstoppelse, og gir mindre irritasjon av cellene i tykktarmsslimhinnen. Bakterier i tykktarmen kan livnære seg på mange typer kostfiber og omdanne dem til kortkjedede fettsyrer. Disse molekylene har vist seg å ha flere gunstige effekter i kroppen.

Beskyttende barriere bedrer blodsukkerbalansen

I tynntarmen legger fibermolekylene seg som et beskyttende nett på innsiden av slimhinnen, så opptaket av sukker og fett skjer saktere og jevnere. Ugunstige blodsukkertopper blir færre og mindre, og det blir også mindre sannsynlig at blodsukke-

ret faller raskt igjen og utløser søtsug og annet ubehag. Barrieren i tynntarmen er forklaringen på at fibertilskudd har vist seg å redusere kolesterolet, gjennom at reopptaket av gallesyrer blokkeres. Denne effekten skjer særlig om vi spiser mat med mye fiber eller tar fibertilskudd i starten av måltidene og når tarmen er tom, for eksempel før frokost.

Fibertilskudd som legemiddel på blå resept

Fibertilskudd er blant førstvalgene i Legemiddelhandbokas anbefalinger for behandling av forstoppelse (3). Mange varianter er rimelige og tilgjengelige i de fleste matbutikker, for eksempel linfrø og hvetekli. Naturlegemiddelet Vi-Siblin kan forskrives på blå resept, blant annet ved irriterbar tarm-syndrom (IBS) med obstipasjon.

FIBER FOREBYGGER SYKDOM

Høyt inntak av fiber reduserer risikoen for flere sykdommer (2)

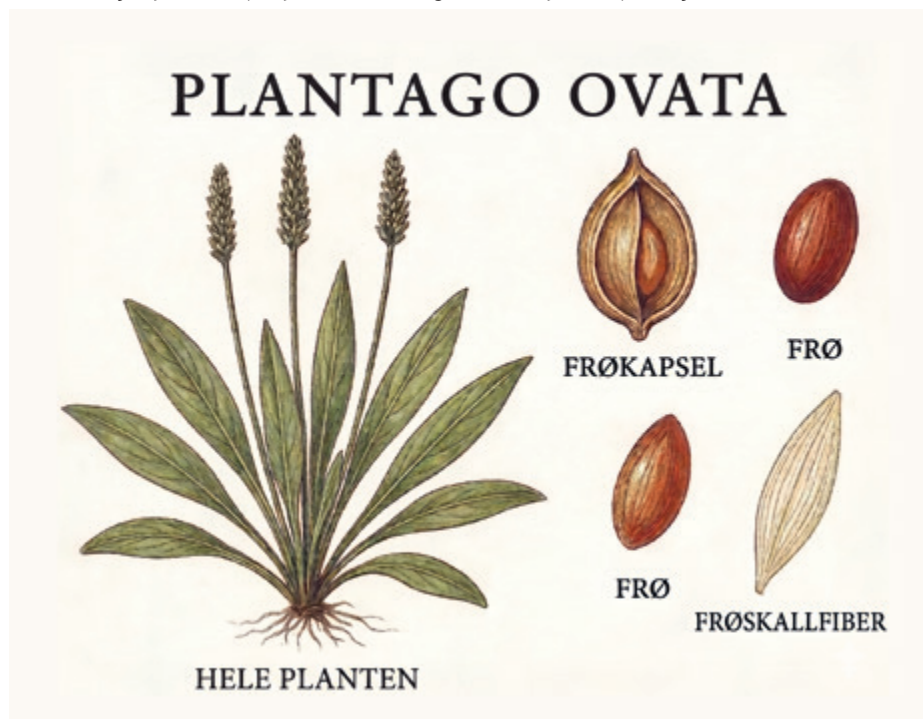
- Koronar hjertesykdom
- Kreft i tykktarmen
- Hjerneslag
- Diabetes type 2
- Overvekt

Det er viktig å huske på at tilstrekkelig væskeinntak er avgjørende, og effekten kan komme først etter flere dager, noen ganger opptil flere uker. Det er derfor viktig at pasienten forsøker konsekvent i en periode før effekten vurderes.

Fantastiske frøskall med mange navn

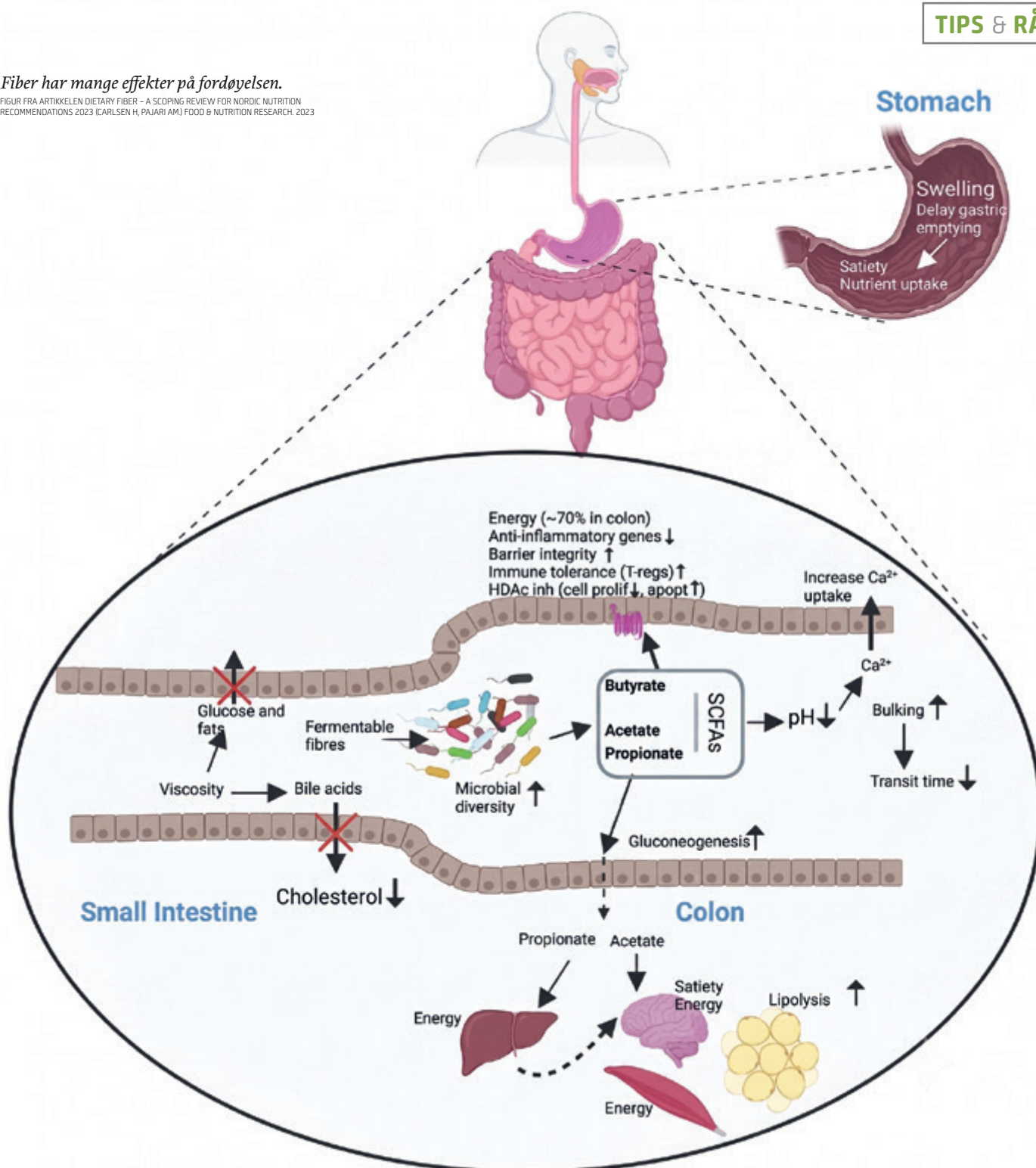
Virkestoffet i Vi-Siblin er frøskall fra planten *Plantago ovata*. Flere planter i kjempeslekta (*Plantago*) kan omtales som *psyllium* eller *ispagula*, og brukes i produksjonen av loppefrø. Et annet navn på tilsvarende pro-

Frøskallene fra planter i kjempeslekta (*Plantago*) brukes i produksjon av fibertilskudd.



Fiber har mange effekter på fordøyelsen.

FIGUR FRA ARTIKKELEN DIETARY FIBER – A SCOPING REVIEW FOR NORDIC NUTRITION RECOMMENDATIONS 2023 (CARLSEN H, PAJARI AM) FOOD & NUTRITION RESEARCH. 2023



dukter er fiberhusk. Disse frøskallene inneholder 70–80 prosent kostfiber, og spesielt mye løselig fiber. Den romoppfyllende effekten oppstår når pulveret binder vann i tarmen: Volumet av tarminnholdet øker, og dette stimulerer den peristaltiske aktiviteten.

Et godt og ukontroversielt råd

Selv om norske pasienter stort sett opplever å ha god kunnskap om kosthold, er det lett å bli forvirret i jungelen av kostråd og kommersielle budskap. Studier har vist at

mange pasienter ønsker å snakke med legen sin om kosthold, men at de kan kvie seg for å ta opp temaet selv (4). Samtaler om mat blir fort personlige, og tilpasning til den man har foran seg er sentralt. I kostholdsveiledning vil nok åpne spørsmål være det viktigste virkemiddelet, men hvis vi blir bedt om råd, kan kostfiber være et enkelt og ukontroversielt sted å starte.

REFERANSER

1. Helsedirektoratet [Internett]. [siteret 3. mars 2026]. Kostråd og næringsstoffer. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kostradene-og-naeringsstoffer>.

2. Carlsen H, Pajari AM. Dietary fiber – a scoping review for Nordic Nutrition Recommendations 2023. Food Nutr Res. 18. oktober 2023;67:10.29219/fnr.v67.9979. doi:10.29219/fnr.v67.9979 PubMed PMID: 37920675; PubMed Central PMCID: PMC10619389.
3. T12.9.2 Obstipasjon | Legemiddelhandboka [Internett]. [siteret 12. mai 2026]. Tilgjengelig på: <https://www.legemiddelhandboka.no/T12.9.2/Obstipasjon>.
4. Lekhal S. Snakk med meg om kosthold! Tidsskrift for Den norske legeförening. 18. mars 2024. doi: 10.4045/tidsskr.24.0113.

KJELL-ARNE HELGEBOSTAD
Redaktør i Utposten og spesialist i allmennmedisin
■ HELGEBOS@GMAIL.COM

Utposten

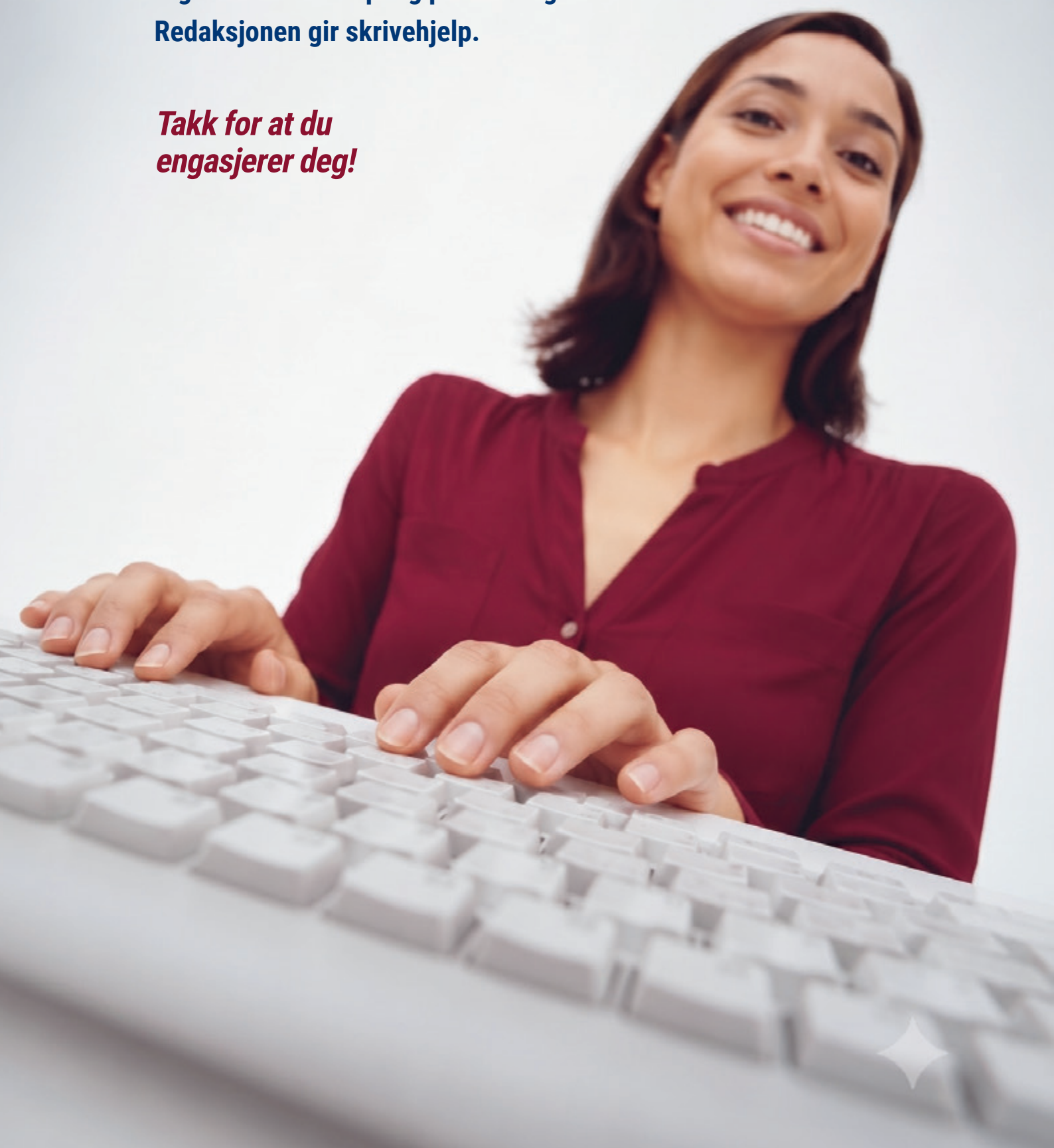
er et fagblad laget av, for og med sånne som deg!

Send oss gjerne tekster – ferdige eller utkast.

Vi trykker også tekster som ikke følger strenge regler for vitenskapelig publisering.

Redaksjonen gir skrivehjelp.

*Takk for at du
engasjerer deg!*



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..

Sophie Berg Riiber

Fastlege, Kjøpsvik legekonsult
■ SOPHIEBERG26@GMAIL.COM



Hva leser du nå, og hvorfor leser du disse bøkene?

Akkurat nå leser jeg to bøker: *Avkledd – den syke historien om kvinnelig seksualitet i medisinen* av Nina Brochmann, og *Sameproblemet* av Kathrine Nedrejord. *Sameproblemet* fikk jeg anbefalt av bibliotek-appen *BookBites*. Både boken og appen anbefales varmt. Ap- pen gir gratis lån av et godt utvalg e-bøker og lydbøker, og leverer tilbake automatisk. *Sameproblemet* dekker et behov jeg lenge har hatt som fastlege til flere med samisk bakgrunn: bedre samisk kultursensitivitet. Hovedpersonen i boka viser frem Norge og verden med samiske briller på. Jeg sitter igjen og lurer på hvorfor dette ikke var pensum på skolen?

Avkledd kjøpte jeg fordi forfatteren er kulling av meg, og jeg vet at det hun skriver er bra og verdt å vite. Hun er smart, modig, grundig og morsom, og det samme er *Avkledd*. Det er alltid gøy å lese om rare ting man drev med før i tiden, som en metode for å sjekke om en kvinne var jomfru,

eller «staket opp», som gikk ut på å røyke hvitløk under et stort skjørt, for så å sjekke om ånden hennes luktet hvitløk eller ikke. Men boka er også gravalvorlig, som når den tar for seg hvordan myten om jomfruhinnen har blitt brukt som bevis på kvinners seksualitet og kontroll over den. Jeg ble overrasket over å lese at klitoris' indre anatomi ikke var beskrevet i anatomi-atlas fra da vi studerte. Jeg måtte sjekke i atlas hjemme, og det stemte! Det tror jeg neste generasjon vil reagere sterkere på.

Hvor leser du?

Triks mitt for å få lest i dagens små og store lommer er å ha bøker lett tilgjengelig. Fysiske bøker må ligge fremme og være med, og mobilen har biblioteksappen. Det er også en del av mitt prosjekt om å ty til bøker eller artikler i stedet for sosiale medier ved ledige minutter, noe jeg jevnlig må Motiverende Intervju meg selv til. Det skirer lett ut!

Den sikreste lesetiden min er når jeg pendler mellom Oslo og Kjøpsvik, eller tid-

lig om morgenen. Da er minstemann våken og ser på TV, mens jeg leser og drikker kaffe. Ellers leser jeg for de to eldste barna på sengen om kvelden. De setter også pris på historier fra legevakt eller gjenfortellinger av de bøkene jeg selv leser.

Hvilke bøker vil du helst lese?

Når jeg leser, vil jeg aller helst bli engasjert og inspirert. God sakprosa fra en engasjert fagperson står ofte øverst på ønskelisten. Ellers skjønnlitteratur med kombinasjonen av humor og alvorlige temaer.

Har du en anbefaling til Utpostens lesere?

Hvis du liker medisinsk historie og sakprosa, anbefaler jeg *Keiseren over alle sykdommer: kreftens biografi*, av kreftlegen Siddhartha Mukherjee. Et mesterverk spør du meg. Barnet boken *Livet er livsfarlig! – den utrolige historien om livets utvikling fra bakterier til deg* av Reidar Müller og Sigbjørn Lilleeng engasjerer både sjuåringen, fireåringen og meg selv. Anbefales til de som leser for barn!



ILLUSTRASJONSDIAGRAM: MONTA HENNES - GEMINI

RELIS

Nord-Norge: 77 75 59 98

Midt-Norge: 72 82 91 10

Sør-Øst: 23 07 55 00

Vest: 55 97 53 60

www.relis.no

Regionale legemiddelinformasjonssentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsentuaavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøyer 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.

Systemiske biverknader av



ILLUSTRASJONSFOTO: KJ. HORTEN HERNÆS - GENINI

Legemiddel i form av augedroper er generelt assosiert med låg risiko for systemisk påverknad, og er i dei fleste tilfelle trygt å bruke. For enkelte pasientgrupper, og då særleg små barn, kan ei relevant mengde av legemiddelet bli absorbert og gi systemiske effektar. I denne artikkelen vil vi sjå nærare på legemiddel brukt på auga og kva risiko for systemiske effektar som føreligg.

Ved lokal skade eller sjukdom på auga, kan lokal behandling vere å føretrekkje framfor systemisk behandling (1). Legemiddel som ofte blir administrert som augedroper, er til dømes prostaglandin og betablokkarar mot glaukom, steroid mot inflammasjonstilstandar og antibiotika mot infeksjonar.

Legemiddel brukt på auga

Augedroper kan gi lokale biverknader på auget og augenært. Til dømes er det kjent at steroid kan gi risiko for glaukom (2a), betablokkarar kan gi kontaktallergi (2b) og prostaglandin kan gi pigmentering av iris (2c).

Sjølv om augedroper i dei fleste tilfelle primært vil verke lokalt, er det likevel etablert kunnskap at det kan førekome systemisk absorpsjon, som igjen kan resultere i systemiske biverknader. Bruk av deksametason augedroper kan i sjeldne tilfelle gi iatrogen Cushings syndrom (2a). Bruk av timolol augedroper kan gi bradykardi og hypotensjon (2b). Vidare føreligg det rapportar på at bruk av latanoprost augedroper har medført tungpust (2c, 3).

augedropar



Målet med artikkelen er å auke merksemda rundt systemiske verknader av okulære legemiddel, og korleis systemisk absorpsjon kan avgrensast når ein brukar slike middel.

Farmakokinetikk ved okulær administrasjon av legemiddel

Ein milliliter av eit legemiddel er vanlegvis 20 dropar. Det vil sei at ein droppe er cirka 0,05 ml, eller 50 µl. Tårefilmen har kapasitet til cirka 10 µl, noko som vil seie at opp mot 80 prosent av legemiddelet ikkje blir fordelt på auget, men vil renne ut på omliggande hud eller bli tatt opp i tåresekken (1, 4). Dette er ofte tatt omsyn til med tanke på kor mykje av verkestoffet ein vil ha på auget, men det er mindre studert kor mykje av den overflødige mengda av legemiddelet som blir absorbert systemisk (5).

Det førekjem generelt lite absorpsjon av legemiddel over kornea og konjunktiva til kammervatnet og glaslekamen, berre fem til ti prosent av den totale mengda legemiddel tilført (1, 5). Biotilgjenge av legemiddel i sjølve auget er altså låg. For legemiddel som hamnar på hud ventar ein òg lågt biotilgjenge (1).

Ein del av legemiddelet vert absorbert til sirkulasjonen via kapillærar i konjunktiva. Likevel tenker ein at størstedelen av legemiddel som vert systemisk absorbert ved okulær administrasjon skuldast at legemiddelet vert samla opp i tåresekken, og vidare skilt ut i nasa der det absorberast godt over den vaskulerte naseslimhinna (1).

Ved absorpsjon over naseslimhinna unngår ein førstepassasje-metabolisme i lever, og legemiddelet er såleis lett biotilgjengeleg. For små, feittløselege molekyl som betablokkarar og steroid kan det systemiske biotilgjenget bli så høgt som 70–80 prosent av tilført legemiddel (1).

Eksempel på systemiske effektar av okulært administrerte legemiddel

Det føreligg fleire eksempel i litteraturen på systemiske effektar ved bruk av legemiddel i augedropeform, som illustrerer at yngre og eldre pasientar kan ha ein særskilt risiko for uttalte symptom (6–12).

Hos barn finst det kasusrapportar på toksisitet av ei rekkje ulike legemiddel administrert som augedråpar, deriblant myoklone kramper etter bruk av syklopentolat og fenylefrin, letargi og apné etter bruk av atropin, og alvorlege sentralnervøse og kardiovaskulære biverknader av alfa2-agonistar (6). I tillegg finst det fleire kasuistikkar på sekundær binyrebarksvikt hos barn som har fått steroid lokalt på auga (7–10), her følgjer eit par eksempel (7, 8):

Eit seks veker gammalt barn vart operert for bilateral katarakt og postoperativt starta på deksametason 1 mg/ml augedropar for å forebygge fibrinøs uveitt. I starten fekk han to dropar på kvart auge kvar andre time, før dosen vart gradvis trappa ned, over månader. Fem månader gammal vart han innlagt med viral gastroenteritt. Det vart påpeika manglande tilvekst, med vekt og lengde under 3-persentilen. Samtidig hadde han pløsete, fyldige kinn foreinleg med måneansikt. Blodprøver viste låg s-kortisol, og ATCH i nedre referanseområde. Etter utreiing fann ein ikkje anna årsak enn iatrogen Cushings syndrom, som følgje av bruk av deksametason augedropar. Legemiddelet vart gradvis seponert. Ved oppfølging ved eitt års alder hadde han innhenta lengde og vekt, og han hadde ikkje lenger måneansikt (7).

Ein 11 år gammal gut vart behandla med prednisolon 10 mg/ml augedropar på grunn av iridocyklitt. Etter seks månaders behandling hadde han utvikla sentral fedme, måneansikt, behåring med lanugohår og acantosis nigricans. I tillegg hadde han utvikla augebiverknader i form av katarakt og høgt intraokulært trykk. Ein avslutta då behandling med augedropar og gav intraokulært

metylprednisolon mot augetilstandane. Tilstanden med Cushings syndrom vart då forverra og etter ytterlegare seks månader med behandling med steroid på auga vart han i staden satt på systemisk cyklosporin (8).

For eldre pasientar finst det fleire kasuistikkar på systemiske effektar av timolol augedropar (11), her følgjer eitt eksempel:

Ei kvinne i 70-åra starta med timolol 5 mg/ml augedropar mot glaukom. Etter nokre månaders bruk utvikla ho uttalt hypotensjon og bradykardi, og hadde fleire synkope. Symptoma vart forverra ved fysisk aktivitet. Ho vart innlagt ved fleire høve. Først når ein valte å seponere timolol augedropar og gå over til anna glaukombehandling forsvann plagene. Kvinna viste seg å ha manglande enzymaktivitet i CYP2D6, som førte til manglande metabolisme av timolol og dermed akkumulering av legemiddelet, som igjen førte til høge konsentrasjonar og systemiske effektar (12).

Særlege forhold som aukar risiko hos barn

Det er fleire grunnar til at barn har høgare risiko for systemiske effektar av legemiddel administrert som augedropar, samanlikna med vaksne. Fysiologiske forskjellar i augeanatomien, samanlikna med vaksne, gjer at absorpsjonen av legemiddel kan vere både raskare og høgare. Blant anna er membranane i auget tynnare og tårevolumet mindre. I tillegg er forholdet mellom konjunktivaloverflata og volumet på augeplett større enn hos vaksne, og den relative dosen som vert absorbert over kar i konjunktiva er større (1).

Mykje av den systemiske absorpsjonen av legemiddel ved okulær administrering skjer via naseslimhinna. Naseslimhinna til barn er også tynnare enn hos vaksne, og vil dermed lettare kunne absorbere legemiddelet. Generelt sett er heller ikkje legemiddelmetabolisme ferdig utvikla hos barn, samanlikna med vaksne. Nyfødde har også



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES

auka permeabilitet over blod-hjerne-barriera. Dette kan gi auka eksponering for legemiddelet og dermed auka risiko for toksisitet (1).

I utgangspunktet betyr desse forskjellane at barn har behov for mindre volum og/eller lågare konsentrasjonar av legemiddel i augedropeform, men dette er sjeldan tilgjengeleg. Augedropar kjem oftast i ein styrke og ei dosering som er meint til bruk for vaksne. Då dråpestorleiken er relativt konstant, vil dosen som vert gitt til barn vere lik den dosen som vert gitt til vaksne. Relativt til kroppsstørleik vil særleg små barn bli eksponert for betydeleg høgre dosar av legemiddel enn vaksne (1).

Særlege forhold hos eldre og sårbare vaksne

Fysiologiske endringar som følgje av alder, kan gje auka risiko for systemiske effektar av augedropar også hos eldre. Relatert til sjølve auget vil slappare og mindre elastisk vev kunne medføre ei utviding av konjunktivalfoldene der okulært administrerte legemiddel samlar seg etter drypping. Dette vil igjen bidra til auka eksponering, ved at foldene kan halde på ei større mengd legemiddel over tid (13).

Fysiologiske aldersendringar vil også medføre at kroppens reguleringsmekanismer svekkast og ei auka følsemd for legemiddeleffektar (farmakodynamiske endringar). Eldre er til dømes meir utsett for antikolinerge biverknader og CNS-påverknad (6, 13).

Elles er det velkjent at farmakokinetikken endrast med aukande alder. Særskilt vil nedsatt nyrefunksjon og leverfunksjon kunne påverke eliminasjon av legemiddelet. I tillegg kan somme også ha tilleggsutfordringar med nedsett metabolismekapasitet i CYP-enzym i lever, som i eksempelet med timolol over. Dette treng ikkje berre ha genetiske årsaker, men kan også oppstå som følgje av legemiddelinteraksjonar. Polyfarmasi, som følgje av mange samtidige sjukdommar, er ikkje uvanleg hos eldre og kan bidra til både farmakokinetiske og farmakodynamiske interaksjonar. Samtidig sjukdom kan også påverkast av legemiddel administrert okulært, til dømes hjertesjukdom ved bruk av betablokkarar (6, 13).

Ved mistanke om systemiske biverknader av legemiddel brukt på auga, er det aktuelt å melde biverknaden til <https://melde.no/>. Når fleire biverknader vert meldt, kan ein i større grad fange opp mønster og belyse nytte-risiko ved bruk, særskilt i dei tilfella der det gjeld bruk hos barn.

REFERANSAR

1. Farkouh A, Frigo P et.al. Systemic side effects of eye drops: a pharmacokinetic perspective. Clin Ophthalmol. 2016; 10: 2433–2441. doi: 10.2147/OPTH.S118409.
2. Direktoratet for medisinske produkter. Preparatomtale (SPC). a) Isopto-Maxidex 1 mg/ml øyedråper, suspensjon. <https://produktinformasjon.legemiddelsok.no/preparatomtaler/0000-05454.pdf> (Sist oppdatert 4. juli 2025). b) Oftan 5 mg/ml, øyedråper, oppløsning. <https://produktinformasjon.legemiddelsok.no/preparatomtaler/0000-07096.pdf> (Sist oppdatert 23 september 2020). c) Catiolanze 50 mikrogram/ml øyedråper, emulsjon. https://www.ema.europa.eu/no/documents/product-information/catiolanze-epar-product-information_no.pdf (Sist oppdatert 28. august 2024).
3. Rajan MS, Syam P et.al. Systemic side effects of topical latanoprost. Eye (Lond). 2003; 17(3): 442–4. doi: 10.1038/sj.eye.6700351.
4. Van Santvliet L, Ludwig A. Determinants of eye drop size. Surv Ophthalmol. 2004; 49(2): 197–213. doi: 10.1016/j.survophthal.2003.12.009.
5. Ramsay E, Del Amo EM et.al. Corneal and conjunctival drug permeability: Systematic comparison and pharmacokinetic impact in the eye. Eur J Pharm Sci. 2018;119:83-89. doi: 10.1016/j.ejps.2018.03.034.
6. Vaajananen A, Vapaatalo H. A Single Drop in the Eye - Effects on the Whole Body? Open Ophthalmol J 2017; 11: 305–314.
7. Scherrer KS, Weitz M et.al. Cushing syndrome after bilateral lensectomy. Eur J Pediatr. 2015; 174(3): 399–401. doi: 10.1007/s00431-014-2477-1.
8. Ozerdem U, Levi L et.al. Systemic toxicity of topical and periocular corticosteroid therapy in an 11-year-old male with posterior uveitis. Am J Ophthalmol. 2000; 130(2): 240–1. doi: 10.1016/s0002-9394(00)00501-8.
9. Jinagal J, Gupta PC et.al. Systemic toxicity of topical corticosteroids. Indian J Ophthalmol. 2019; 67(4): 559–561. doi: 10.4103/ijo.IJO_1091_18.
10. Matejek N, Hoos J et.al. Topical glucocorticoid application causing iatrogenic Cushing's syndrome followed by secondary adrenal insufficiency in infants: two case reports. J Med Case Rep. 2022; 16(1): 455. doi: 10.1186/s13256-022-03659-2.
11. Mäenpää J, Pelkonen O. Cardiac safety of ophthalmic timolol. Expert Opin Drug Saf 2016; 15(11): 1549-1561.
12. Bollinger A, Jeiziner C et.al. Severe systemic adverse reactions to ophthalmic timolol in a CYP2D6 homozygous *4 allele carrier: a case report. Pharmacogenomics. 2023; 24(14): 739–746. doi: 10.2217/pgs-2023-0122.
13. Gunaydin B, Cok OY. Hazards of topical ophthalmic drug administration. Tren Anaesth Crit. Care 2011; 1(1): 31–4.
14. Müller L, Jensen BP et.al. New technique to reduce systemic side effects of timolol eye drops: The tissue press method-Cross-over clinical trial. Clin Exp Ophthalmol. 2020; 48(1): 24–30. doi: 10.1111/ceo.13642.
15. Flach AJ. The importance of eyelid closure and nasolacrimal occlusion following the ocular instillation of topical glaucoma medications, and the need for the universal inclusion of one of these techniques in all patient treatments and clinical studies. Trans Am Ophthalmol Soc. 2008; 106: 138–45; discussion 145-8. PMID: 19277229;

HILDE OLSET

Lege i spesialisering i klinisk farmakologi. Spesialist i hud- og veneriske sjukdomar. Seksjon for klinisk farmakologi, Haukeland universitetssjukehus

LILLIAN MO ANDREASSEN
Master i farmasi, ph.d. RELIS Vest

MARCUS STANGELAND
Overlege. Seksjon for klinisk farmakologi, Haukeland universitetssjukehus.

Råd ved administrering av legemiddel i auggedropeform

Sjølvs om det kan førekome systemiske biverknader av legemiddel administrert i dropeform, er det likevel færre systemiske effektar ved bruk av auggedropar. Det er altså hensiktsmessig med slik målretta administrering framfor systemisk behandling (1).

Sidan det meste av absorpsjonen føregår over naseslimhinna, er det ein fordel om ein kan unngå at legemiddelet vert tatt opp i tårekanalen. Eit tiltak kan vere å lukke auga i eit par sekund etter administrering og å halde eit papirtørkle over det lukka auget for å absorbere overflødig legemiddel (14). Eit meir etablert tiltak er å klemme over tårekanalen (nasolakrimal

okklusjon) i to til fem minutt etter administrering. Dette tiltaket er tilrådd i fleire produktomtalar for legemiddel i auggedropeform og har i studiar vist å gi mindre absorpsjon av legemiddelet (2a–c, 14, 15).

Meld frå ved mistanke om systemiske biverknader av okulære legemiddel

Til sist er det viktig å tenke på legemiddel gitt på auga som mogleg årsak til nyoppståtte symptom eller reaksjonar hos pasientar, særleg der ein har brukt steroid og glaukommiddel til små barn. I slike tilfelle er det aktuelt å gradvis seponere legemiddelet, gjerne i samråd med spesialist, eller sikre at tiltak som reduserer absorpsjonen vert nøye gjennomført.

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

De nære og personlige

Takk for utfordringen fra Hilde Fjorden. Jeg velger meg et dikt av Hans Børli. Den store dikter fra de dype skoger har gjort inntrykk på meg med mange av sine dikt. Noen av dem er underfundige og kan forstås på mange vis, og de kan også overføres til en verden som ikke består av snøtunge trær og lukt av kvæ – som dette. *Ett er nødvendig* treffer meg kanskje særlig i møte med mennesker, unge som gamle, som synes å leve et liv der man skal forsøke å til-

fredsstille alle andre enn seg selv. Det kan fort bli strevsomt. Ikke bare for flinke piker som skal prestere, men også for alle som forsøker å finne mening, leve et liv fritt for angsten, og finne sin egen vei innimellom alle hektiske inntrykkene man bombarderes med til enhver tid. Bare lande, og bare være til – og kjenne tilfredshet med det.

Stafettpinnen går videre til Åse Ingeborg Borgos.

Hilsen fra Karen Prytx

Ett er nødvendig

Ett er nødvendig – her i denne vår vanskelige verden av husville og heimløse: Å ta bolig i seg selv.

Gå inn i mørket og pusse sotet av lampen. Slik at mennesker på veiene kan skimte lys i dine bebodde øyne.

HANS BØRLI





Utposten

annonseinfo 2026

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

ABONNEMENT: Vanlig abonnement (papir/nett) kr 850,- i året. Nettabonnement kr 690,-.

TEKNISK

ANNONSEANSVARLIG: Karianne Rutle

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

MATERIELL:

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

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

SATSFLATE: 185 x 249,5 mm 3 spalter

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

KONTAKTPERSON: Morten Hernæs

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

UTGAVE	BESTILLINGSFRIST	MATERIELLFRIST	UTSENDELSE
①	7. januar	21. januar	2. februar
②	18. februar	4. mars	16. mars
③	25. mars	8. april	27. april
④	20. mai	4. juni	15. juni
⑤	12. august	26. august	7. september
⑥	23. september	7. oktober	19. oktober
⑦/⑧	4. november	25. november	7. desember

ANNONSEINFO

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

* +3 mm for utfallende alle sider

BILAG: Pris ved forespørsel.

WEB

annonser på Utposten's nettsider

FORMAT OG PLASSERING

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

Ta kontakt for info vedrørende formater og plassering.

STANDARDPRIS

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

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

DATO FOR UTLEGGING PÅ NETT:

- 4.2: 1-2026
- 18.3: 2-2026
- 29.4: 3-2026
- 17.6: 4-2026
- 9.9: 5-2026
- 21.10: 6-2026
- 9.12: 7/8-2026

WEB ANNONSEANSVARLIG:

Karianne Rutle

☎ 913 08 747

✉ karianne.rutle@gmail.com

WWW.UTPOSTEN.NO

NORGE P. P.

Avsender:

Utposten

Sjøbergveien 32A

2066 Jessheim

God sommer!

