Utposten

5 2026
ÅRGANG 55

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



Å bli bedre kjent med pasienten

Alkohol i blodet
Psykisk uhelse
Reisebrev

Utposten

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

Njål Flem Mæland
MOBIL: 994 09 959

FORSIDEFOTO: Getty Images (man.)
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

INNHOLD

1 LEDER: En tid for alt
Njål Flem Mæland

2 PEth-analyse når pasienten har alkohol i blodet
Ingebjørg Gustavsen, Arne Helland, Ragnhild Bergene Skråstad, Hege Soudska og Vigdis Vindenes

6 Når det uutholdelige skjer
Karin Isaksson Rø og Erling Hem

8 Når legen gjør feil – 'the second victim'
Svein Aarseth

12 Å bli bedre kjent med pasienten – et kjerneverktøy i allmennmedisin
Martin Haugen

14 Din pasients dagligliv
Martin Haugen

16 Din pasients mentale bagasje
Martin Haugen

18 Psykisk uhelse blant barn og unge
Eivind Meland

20 Reisebrev fra Papua Ny-Guinea
Ane Dyvik Haugstvedt

24 Allmennmedisinsk ishockey i et veiledningsperspektiv
Morten Munkvik

28 Ian McWhinney – en aktuell hundreåring
Njål Flem Mæland og Kari Thori Kogstad

34 Ei handfull stille ved Stillehavet
Alf David Antoni Myklebust

36 Ph.d. Hvorfor det? Om å se en gang til
Helen Brandstorp

39 Frontkollisjonen
Øystein Müller

40 INNPOSTEN: Fastlegeordningen er høyfebril
Jo-Endre Midtbu

42 BOKANMELDELSE: Viktig bok om utenforskap
«Det samfunnsskapte utenforskapet» anmeldt av Hege Raastad

43 FASTE SPALTER

HVA LESER LEGEN **43**
KONSULTASJONEN JEG ALDRI GLEMMER **44**
TIPS & RÅD **45**
RELIS **46**
LYRIKKSTAFETTEN **48**

BAKGRUNN SFOTO: GETTY IMAGES

En tid for alt

I drøyt fem år har jeg vært med i *Utposten* sin redaksjon. I år har jeg gradvis takket for meg, og jeg legger med det en epoke i livet bak meg. Familien gleder seg over det valget, og jeg må innrømme at det er godt å redusere noe på mengden av plikter i livet. Vemod og sorg veier likevel tyngre. *Utposten* har vært en god plass å være. Redaksjonen har vært som et velfungerende hjem: Frihet til å utvikle seg i en trygg base. Tid brukt på redaksjonsarbeid gir også en følelse av mening. Dette er noe jeg gjør fordi jeg tror på det.

Hva er det jeg tror på? Først og fremst på allmennmedisinen som idé og som ideologi, gjerne i kontrast til resten av medisinen. Her har arbeidet i redaksjonen og med alle våre fantastiske forfattere og bidragsytere vært læremester. La meg beskrive en slags trosbekjennelse gjennom et klinisk eksempel.

Hun er tenåringsmor og uføretrygdet etter mange år med kronisk sykdom. Hun er et eksempel på at kroppen husker – vonde ting i barndommen setter spor, sporene gjør at hun har tatt dårlige valg, summen av alle belastninger gir kroniske inflammatoriske sykdommer. Hun har flere av dem.

Hun kommer til vanlig time. Jeg har ikke sett henne på et drøyt år. Da hadde hun det ganske bra. Hun klarte å trene, hadde fått et bedre forhold til samboeren, hadde gått ned i vekt og blitt mer fortrolig med seg selv. Nå starter timen med at hun gråter. Vekten har økt, hun vil ikke vise seg naken for samboeren og de har sluttet å ha sex. Hun har hjertebank og stikkende brystsmerter. Hun sover dårlig, hun opplever hverdagen som meningsløs og trist. Det uregjerlige eksemet og astmaen har blitt verre – selv om hun tar mer medisin. Hun har sluttet å trene, og hun har sluttet å møte i frivillig arbeid.

Hun lurer på om hun har hormonmangel. Kan østrogen og testosterontilskudd være noe som kan hjelpe?

Jeg kunne ha sendt henne til utredning hos hjertelege, lungelege, hudlege, psykiater, sexolog, gynekolog og sikkert også en rekke andre spesialister. Jeg kunne ha startet med vektreduserende medisiner, østrogen, testosteron, antidepressiva, beroligende, smertestillende og sovemedisiner. Jeg kunne ha bestilt røntgenbilder, EKG og blodprøver. Jeg gjør ingenting av det. I stedet får hun fortelle sin historie, jeg anerkjenner hennes lidelse og smerte, vi antyder små tråder inn i hennes tidligere liv og i relasjoner som jeg er godt kjent med fra før. Jeg gir noen enkle og på mange måter selvsagte råd.

Vi avtaler en kontrolltime. Jeg er spent. Jeg kan føle at jeg ikke har gjort noe for henne, bare kartlagt og skrevet et notat. Allerede på venterommet ser jeg at jeg møter et nytt menneske. Hun smiler. Hun kan fortelle at hun har møtt på frivillighetssentralen, at hun har lagt om kostholdet, at hun står opp til fast tid hver morgen, og at hun har sluttet å sove på dagtid. Hun og samboeren har hatt sex, og hun har endog begynt å trene. Hun avslutter timen med å si: «Det hjalp å få fortalt hvordan jeg har det.»

Dette er det jeg tror på: At vi for det aller meste kan klare oss uten medisinen slik den en gang ble presentert for meg i studiet. Når det trengs, utreder jeg alvorlige symptomer og utelukker eller en sjelden gang finner alvorlig sykdom. Men det er ikke hverdagen. Hverdagen er hverdagslig og handler mest om hvem pasienten er og i hvilken kontekst pasienten lever i.

Veien fra embetseksamen i 1994 og til i dag er som en avlæring: Jeg må ikke dele opp mennesket i kropp og sjel, fysisk eller psykisk. Jeg må ikke lete etter feil i kroppen og jeg er ikke den som skal reparere dem. I mine første år som lege ble jeg irritert over pasienter som fortalte om private ikke-medisinske ting som relasjoner, barndom eller økonomiske problemer. Jeg tenkte: «Jeg er jo lege. Hvorfor skal jeg vite om dette?» Nå er det motsatt. Hverdagen som allmennlege er å lete etter det som betyr noe i pasientens *liv*, ikke bare i pasientens *kropp*. Mange diagnoser har i denne prosessen mistet sin mening. Hva skal jeg med diagnosen depresjon når antidepressiva knapt virker? Depresjon er oftest en normal, men overdreven reaksjon på at personen lever i noe ulevelig. Kunsten er å finne ut hva det ulevelige består i, for så å være en støtte i prosessen med å endre, rømme fra eller tenke annerledes om det vanskelige. Da er medisiner oftest en distraksjon.

Et slikt arbeid gjøres best i en forpliktende relasjon – en ordning med fast og tilgjengelig allmennlege. I disse dager feirer vår nokså unike fastlegeordning 25 år. Måtte ordningen leve fornyet og vital også om et nytt kvart århundre!

Hverdagen er å starte der pasienten er – som gjerne er en forestilling om at jeg og medisinen kan finne feil og mangler for så å reparere. Etter at vi har lagt bak oss denne tillærte hjelpeløsheten, kan vi vandre inn i det egentlige landskapet: Alt det jeg aldri lærte da jeg studerte, men som livet har lært meg, og som tiden i *Utposten* har lært meg enda mer om. Her er *Utposten* et unikt tidsskrift, med lav terskel for publisering og med skribenter som ofte er uten titler.

Hver dag legger vi en ny dag bak oss. Nå ligger de fem årene i *Utposten* bak meg, og som jeg vil savne dem!

Men det er en tid for alt. Takk for meg, *Utposten*.

NJÅL F. MÆLAND
NFLEM@ONLINE.NO

PEth-analyse når pasient

INGEBJØRG GUSTAVSEN • *Overlege ved Senter for laboratoriemedisin og DPS-nord, Sykehuset Østfold*
ARNE HELLAND • *Seksjonsleder og overlege ved Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital, førsteamanuensis ved NTNU*
RAGNHILD BERGENE SKRÅSTAD • *Overlege ved Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital og førsteamanuensis ved NTNU*
HEGE SOUDSKA • *Fagansvarlig metodeutvikler ved Senter for laboratoriemedisin, Sykehuset Østfold*
VIGDIS VINDENES • *Overlege ved Senter for laboratoriemedisin og DPS-nord, Sykehuset Østfold*

Fosfatidyletanol (PEth) er en langtidsmarkør for alkoholbruk. Verdiene av PEth kan imidlertid også påvirkes av andre forhold, blant annet alkohol i blodet når blodprøven tas.

Konklusjoner og sanksjoner kan derfor ikke basere seg på ett prøvesvar alene, og dersom aktuell alkoholpåvirkning ikke kan utelukkes, bør det alltid rekvireres analyse av etanol samtidig. **Hvor vanlig er det at pasienter har alkohol i blodet når det blir tatt PEth-prøve?**

Fortolkning av PEth-resultater kan være utfordrende, og det er flere forhold som kan påvirke resultatet og være av betydning for vurderingene. Vi har undersøkt hvor ofte det påvises etanol i blodprøver til PEth-analyse i medisinsk og sanksjonær hensikt ved to av landets farmakologiske laboratorier, og har diskutert betydningen av dette. Resultatene viste at det kun er en liten andel av prøvegiverne som har promille på prøvetakingstidspunktet. Likevel er dette en kilde til falskt forhøyede PEth-verdier som en bør være oppmerksom på. Ved prøvetaking til PEth-analyse bør en forsikre seg om at pasienten ikke er alkoholpåvirket. For å avgjøre om en pasient har et helseskadelig alkoholforbruk, bør det alltid gjøres en samlet vurdering av flere PEth-prøvesvar og øvrig informasjon om pasienten.

Biokjemi og bakgrunn

For ti år siden ble PEth presentert i *Tidsskriftet* som en ny spesifikk markør for påvisning av alkoholbruk (1). PEth er ulike fosfolipider som dannes i celleveggen i røde blodceller ved tilstedeværelse av etanol og fosfatidylkolin, ved hjelp av enzymet fosfolipase D (2, 3). Ved norske laboratorier måles formen PEth 16:0/18:1 (omtales her som PEth). Den lange påvisningstiden som kan belyse alkoholinntak siste to til fire uker før prøve-

Pasienten får tatt blodprøve. ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES



en har alkohol i blodet



ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNÆS / KI – CHATGPT

taking, har gjort PEth til en mye brukt analyse, som er studert i ulike populasjoner (4–6). Selv om det foreligger interindividuell variasjon når det gjelder hvor mye PEth som dannes etter inntak av en gitt mengde alkohol og hvor rask utskillelse ulike personer har (2, 7), kan det på bakgrunn av foreliggende litteratur angis omtrentlige estimater på forutgående alkoholinntak relatert til nivået av PEth (2, 4, 8–10). PEth er en svært spesifikk markør, og det er få feilkilder. En utfordring er imidlertid at PEth kan dannes i prøveøret etter prøvetaking (in vitro), dersom pasienten har etanol i blodet.

In vitro dannelse av PEth når pasienten har alkohol i blodet

PEth akkumuleres i cellemembranen i de røde blodcellene ved tilstedeværelsen av etanol, og denne prosessen fortsetter også etter prøvetaking (11). Så lenge blodet befinner seg i kroppen, vil etanol fortløpende brytes ned i leveren, og PEth-dannelsen vil stoppe når all etanol er omdannet eller skilt ut. I et prøveglass vil etanolen derimot bli værende, dersom pasienten hadde promille på prøvetakingstidspunktet. I slike situasjoner kan PEth-konsentrasjonen dermed bli falskt forhøyet (11–13), noe som kan medføre at nivået av alkoholinntak overestimeres.

Forskjellen på medisinsk og sanksjonær analyse av PEth

De aller fleste PEth-analyser gjøres i medisinsk sammenheng, i forbindelse med vurderinger knyttet til helseskadelig alkoholbruk. Dette omfatter også vurderinger som omhandler førerkortforskriftens helsekrav. Når det er rekvirert medisinsk PEth-analyse, måles det vanligvis ikke samtidig etanol i prøven. I enkelte situasjoner er ikke hensikten med prøvetakingen medisinske vurderinger, men lovhjemlede krav om at en person må vise avhold eller måtehold fra alkohol. Dersom ett PEth-prøvesvar alene kan brukes til en alvorlig sanksjon overfor prøvegiver, bør det tas sanksjonære prøver. For sanksjonære prøver skal positive analysesvar bekreftes med ny analyse av nytt uttak fra prøven, og analyseresultatene vurderes mot konkrete grenseverdier for PEth. Ved sanksjonære prøver bør det derfor *alltid* utføres samtidig analyse av etanol. Ved tilstedeværelse av etanol må det tas ny PEth-prøve.

Hvor mange pasienter har promille når de møter opp til PEth-prøvetaking?

Hvor stor andel av prøvegiverne som har etanol i blodet har blitt undersøkt tidligere i andre populasjoner; Neumann analyserte ulike alkoholbiomarkører i blodprøver fra 519 pasienter som kom for arbeidslivstesting, og i 18 prosent av prøvene hvor det ble påvist PEth, ble det også påvist etanol (14). Isaksson analyserte PEth i 250 kliniske pasientprøver, og i ni (3,6 prosent) av disse ble det påvist etanol (15). Det er grunn til å tro at forekomsten av etanol i prøver til PEth-analyse varierer på bakgrunn av populasjonen som undersøkes.

For å få et inntrykk av hvor mange pasienter som har promille i forbindelse med PEth-prøvetaking i Norge, ble det gjort et anonymt uttrekk av slike resultater ved et laboratorium som rutinemessig utfører etanolanalyse når det rekvireres medisinske PEth-analyser. Det ble også gjort et tilsvarende uttrekk av resultater fra prøver tatt i sanksjonær hensikt ved et annet laboratorium.

I perioden 1.9.2025–20.1.2026 ga Sykehuset Østfold ut 2816 medisinske prøvesvar hvor det var utført både analyse av PEth og etanol. Kjønnsfordelingen var 30 pro-

sent kvinner og 70 prosent menn. I perioden 1.1.2021–28.2.2026 ble det utført PEth- og etanolanalyse i 402 sanksjonære prøver ved St. Olavs hospital. Se tabell 1 for oversikt over resultatene. I 67 prosent (1878) av medisinske prøver ble det påvist PEth, og gjennomsnittskonsentrasjonen var 0,53 (±0,7) µmol/l. I 4,2 prosent (79) av disse prøvene ble det påvist etanol. Tilsvarende tall for sanksjonære prøver var 48 prosent (193) positive PEth-prøver med en gjennomsnittskonsentrasjon på 0,33 (±0,6) µmol/l. I 2,1 prosent (4) av de positive prøvene ble det påvist etanol.

Hva karakteriserer pasientene som hadde alkohol i blodet ved PEth-prøvetaking?

Av de 79 medisinske PEth-positive prøvene hvor pasienten hadde promille, ble 57 tatt hos fastlegen, 19 ved sykehuspoliklinikk og tre fra inneliggende pasienter. Gjennomsnittskonsentrasjonen av etanol var 1,0 (±0,9) promille. Gjennomsnittsalderen for disse pasientene var 52 (±14) år, og 71 prosent (56/79) var menn. Gjennomsnittlig PEth-konsentrasjon var 2,1 (±1,3) µmol/l, sammenliknet med pasientene hvor det ikke var påvist etanol, hvor gjennomsnittlig PEth-konsentrasjon var 0,46 (± 0,58) µmol/l. Høye konsentrasjoner av PEth ble påvist både i prøver med lav og høy etanolkonsentrasjon, se figur 1.

Av de fire sanksjonære PEth-positive prøvene som også inneholdt etanol, var etanolkonsentrasjonen 0,3–2,4 promille. I disse prøvene var PEth-konsentrasjonen i området 0,93–3,6 µmol/l med et snitt på 2,2 µmol/l, vesentlig høyere enn snittet i totalmaterialet.

Er det av betydning om pasienten har alkohol i blodet ved prøvetaking?

In vitro-dannelse av PEth i prøver fra prøvegivere med promille er velkjent og våre resultater er i overensstemmelse med tidligere rapporterte funn (11, 12). I PEth-positive prøver hvor det også er tilstedeværelse av etanol, vil den målte PEth-verdien være beheftet med betydelig usikkerhet og resultatene kan ikke benyttes til å vurdere nivået på alkoholinntaket i tiden forut for prøvetakingen. Selv om en analyserer mengden etanol i prøven, vil det være umulig å antyde hvor mye PEth som skyldes dannelse før og etter prøvetakingen. Ny prøve bør tas. Funnet av etanol i prøven i seg selv bør imidlertid utløse en oppfølging og diskusjon med pasienten knyttet til pasientens alkoholbruk og om dette kan utgjøre en helserisiko. Tabell 1 nederst på denne siden viser at en ikke ubetydelig andel av pasientene som møter til prøvetaking for PEth-analyse på dagtid har målbar alkoholpromille på prøvetakingstidspunktet.



ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNÆS / KI - CHATGPT

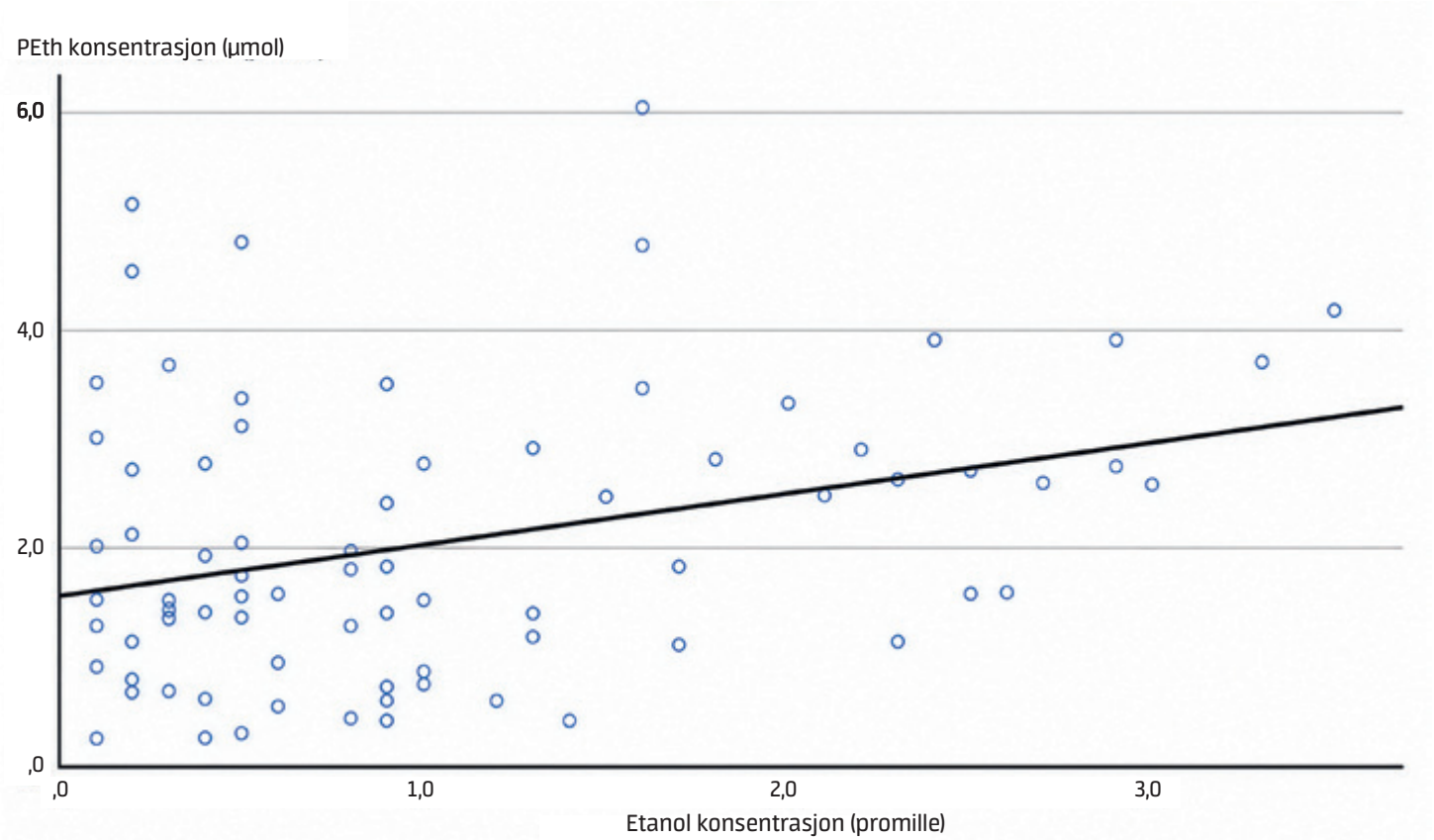
Kan man vurdere PEth-resultater når det ikke er utført analyse av etanol?

For de fleste PEth-prøvesvar vil det ikke foreligge etanolanalyse og det vil være ukjent om pasienten hadde promille på prøvetakingstidspunktet. Våre tall viser at det er relativt sjelden at prøvegivere har etanol i blodet ved prøvetaking til PEth, men det faktum at det forekommer, understreker viktigheten av å spørre prøvegiver om hun/han kan være alkoholpåvirket dersom en har mistanke om det. Om dette ikke lar seg avklare, kan en enten rekvirere etanolanalyse i samme blodprøve eller utsette prøvetakingen i noen timer. Kunnskapen om at PEth kan dannes in vitro, understreker viktigheten av at konklusjoner/sanksjoner ikke skal basere seg på ett

TABELL 1. *Denne tabellen viser oversikt over antall prøver hvor det har blitt utført analyse av både PEth og etanol i medisinsk og sanksjonær hensikt, og forekomst av PEth og etanol i disse prøvene.*

	MEDISINSKE PRØVER				SANKSJONÆRE PRØVER		
Rekvirenttype	Fastlege	Poliklinikk	Inneliggende	Total	Barnevern	Annet**	Total
Antall prøver (prosent)	2023 (72 prosent)	635 (23 prosent)	158 (5,6 prosent)	2816 (100 prosent)	359 (89 prosent)	43 (11 prosent)	402 (100 prosent)
PEth påvist (prosent)	1349 (67 prosent)	425 (67 prosent)	104 (66 prosent)	1878 (67 prosent)	175 (49 prosent)	18 (42 prosent)	193 (48 prosent)
PEth og etanol påvist (prosent*)	57 (4,2 prosent)	19 (4,5 prosent)	3 (2,9 prosent)	79 (4,2 prosent)	3 (1,7 prosent)	1 (5,5 prosent)	4 (2,1 prosent)

* Andel av PEth-positive prøver; **Omfatter yrkeslivstesting, konfliktråd, annet



FIGUR 1. *Denne figuren viser sammenhengen mellom konsentrasjonen av etanol og PEth i medisinske prøver hvor det er påvist både etanol og PEth. Rapporteringsgrensene er 0,1 promille for etanol og 0,03 µmol/l for PEth.*

prøvesvar alene. Om prøven tas i slik hensikt, bør en rekvirere sanksjonær analyse der etanol analyseres samtidig. Alle PEth-resultater må diskuteres med pasienten og vurderes i lys av opplysninger om alkoholinntak i forkant av prøvetakingen. Spesielt ved uventede høye PEth-verdier bør in vitro dannelse etter prøvetaking vurderes og eventuelt ledsages av ny prøve.

Hvordan vurdere PEth-resultater med og uten etanol i medisinske prøver?

- Flere PEth-resultater må vurderes over tid, og bør helst ses i sammenheng med annen informasjon om prøvegiverens alkoholvaner, for å avgjøre om det foreligger helseskadelig alkoholbruk
- En må forsikre seg om at prøvegiver ikke har etanol i blodet ved prøvetaking til PEth-analyse, enten ved å spørre pasienten ved mistanke, eller ved å rekvirere samtidig etanolanalyse, alternativt utføre en blåsetest
- Ved samtidig påvisning av etanol kan ikke konsentrasjonen av PEth vurderes og det bør tas ny prøve
- Ved høy PEth-konsentrasjon og usikkerhet knyttet til om pasienten hadde etanol i blodet ved prøvetakingen, bør det tas ny prøve

REFERANSELISTE

1. Aakerøy R, Skråstad RB, Helland A et al. Nye markører for påvisning av alkoholbruk. Tidsskr Nor Lægeforen. 2016; 136(19): 1643–7.
2. Helander A, Hermansson U, Beck O. Dose-Response Characteristics of the Alcohol Biomarker Phosphatidylethanol (PEth)-A Study of Outpatients in Treatment for Reduced Drinking. Alcohol Alcohol. 2019; 54(6): 567–73.
3. Gnann H, Thierauf A, Hagenbuch F et al. Time dependence of elimination of different PEth homologues in alcoholics in comparison with social drinkers. Alcohol Clin Exp Res. 2014; 38(2): 322–6.
4. Finanger T, Vaaler AE, Spigset O et al. Identification of unhealthy alcohol use by self-report and phosphatidylethanol (PEth) blood concentrations in an acute psychiatric department. BMC Psychiatry. 2022; 22(1): 286.
5. Helander A, Peter O, Zheng Y. Monitoring of the alcohol biomarkers PEth, CDT and EtG/EtS in an outpatient treatment setting. Alcohol Alcohol. 2012; 47(5): 552–7.
6. Finanger T, Spigset O, Grawe RW et al. Phosphatidylethanol as Blood Biomarker of Alcohol Consumption in Early Pregnancy: An Observational Study in 4,067 Pregnant Women. Alcohol Clin Exp Res. 2021; 45(4): 886–92.
7. Helander A, Bottcher M, Dahmen N et al. Elimination Characteristics of the Alcohol Biomarker Phosphatidylethanol (PEth) in Blood during Alcohol Detoxification. Alcohol Alcohol. 2019; 54(3): 251–7.
8. Finanger T, Melby K, Spigset O et al. Relationship between alcohol intake based on daily smartphone-reported consumption and PEth concentrations in healthy volunteers. Alcohol Alcohol. 2024; 59(4).
9. Ulwelling W, Smith K. The PEth Blood Test in the Security Environment: What it is; Why it is Important; and Interpretative Guidelines. J Forensic Sci. 2018; 63(6): 1634–40.
10. Luginbuhl M, Wurst FM, Stoth F et al. Consensus for the use of the alcohol biomarker phosphatidylethanol (PEth) for the assessment of abstinence and alcohol consumption in clinical and forensic practice (2022 Consensus of Basel). Drug Test Anal. 2022; 14(10): 1800–2.
11. Aradottir S, Moller K, Alling C. Phosphatidylethanol formation and degradation in human and rat blood. Alcohol Alcohol. 2004; 39(1): 8–13.
12. Varga A, Alling C. Formation of phosphatidylethanol in vitro in red blood cells from healthy volunteers and chronic alcoholics. J Lab Clin Med. 2002; 140(2): 79–83.
13. Stenton J, Walther L, Hansson T et al. Inter Individual Variation and Factors Regulating the Formation of Phosphatidylethanol. Alcohol Clin Exp Res. 2019; 43(11): 2322–31.
14. Neumann J, Beck O, Helander A et al. Performance of PEth Compared With Other Alcohol Biomarkers in Subjects Presenting For Occupational and Pre-Employment Medical Examination. Alcohol Alcohol. 2020; 55(4): 401–8.
15. Isaksson A, Walther L, Hansson T et al. High-Throughput LC-MS/MS Method for Determination of the Alcohol Use Biomarker Phosphatidylethanol in Clinical Samples by Use of a Simple Automated Extraction Procedure-Preanalytical and Analytical Conditions. J Appl Lab Med. 2018; 2(6): 880–92.

INGEBJORG.GUSSGARD.GUSTAVSEN@SO-HF.NO

Når det uutholdelige skjer

KARIN ISAKSSON RØ • *Spesialist i arbeidsmedisin, seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet og overlege ved Villa Sana Arbeidshelse*
ERLEND HEM • *Instituttsjef ved Legeforskningsinstituttet og professor ved Universitetet i Oslo*

En ung pasient dør. En lege forteller om hvordan verden raser sammen etter at hun nylig hadde vurdert pasienten.

Det er en sterk, overveldende og samtidig gjenkjennelig beskrivelse av det svarte kaoset, fortvilelsen, angsten, kvalmen, skammen – og tankene om kanskje ikke å orke å leve videre. Samtidig kjennes disse følelsene nesten ulovlige. Det er jo andre som er rammet av katastrofen – «en familie sitter igjen med en ubeskrivelig sorg og smerte».

Skyld, skam og ansvar

Legen beskriver hvordan den første tanken er: Det er mitt ansvar. Min skyld. Jeg har gjort en feil. I den medisinske profesjonskulturen skoleres vi til å ta et stort ansvar. Det er en viktig ressurs i arbeidet, men er også forbundet med forventninger om at leger ikke skal gjøre feil, og at vi skal tåle belastninger langt utover det man forventer av andre (1). Gjennom rollemodeller og profesjonskultur formidles det til nye generasjoner at leger skal tåle utålelige situasjoner uten å reagere følelsesmessig eller ta hensyn til egne behov (2). Da er det lett å kjenne på skam når reaksjonene og følelsene uunngåelig kommer.

Skal legerollen være bærekraftig på sikt, må vi våge å stille spørsmål ved avstanden mellom de ekstraordinært krevende arbeids- og livssituasjonene leger kan stå i, og



ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNÆS / AI-CHATGPT

forventningen om at vi alltid skal mestre dem. Som profesjon må vi erkjenne at legerollen ikke kan være ufeilbarlig. Den må romme feil, menneskelige reaksjoner, sykdom og en egenverdi som ikke er avhengig av arbeidsytelsen alene (3).

Dette setter ord på et grunnleggende dilemma: «Kan de ikke heller godta at jeg faktisk kan ha vurdert og gjort feil, og anerkjenne meg like fullt?» spør legen. «Skal jeg ikke få møte aksept for at også jeg kan gjøre feil i min jobb?»

For noen år siden ble en ung lege i Danmark dømt for grov forsømmelse etter at en pasient døde. Dommen utløste Facebook-kampanjen #DetKuHaVæretMig, som raskt spredte seg også til Norge (4). Selv om legen til slutt ble frikjent i dansk høyesterett med fire mot tre stemmer, uttrykte kampanjen en viktig erkjennelse: Uønskede hendelser skjer, og de kan ramme alle. Denne bevisstheten er en forutsetning for at vi som kolleger og ledere skal kunne møte og ivareta hverandre når slike kriser oppstår.

Støtte og oppfølging

I Helsedirektoratets *Guide for ivaretakelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser* understrekes betydningen av å være forberedt før alvorlige hendelser inntreffer, og det gis konkrete råd om hvordan kolleger og ansatte bør ivaretas i etterkant. Vi trenger regelmessig opplæring om vanlige reaksjoner hos helsepersonell etter alvorlige hendelser. Vi trenger arbeidsmiljøer der reaksjoner og feil kan diskuteres åpent, og der de som rammes, blir møtt med respekt og alvor. Og vi trenger oppdaterte og levende rutiner for hvordan ledere og kolleger skal følge opp og støtte både akutt og i det videre forløpet.

Som legen selv skriver i artikkelen: «Jeg vet hvor mye jeg hadde trengt å snakke med en kollega som selv hadde kjent dette på kroppen.» Studier blant gynekologer og jordmødre som har vært involvert i alvorlige hendelser, bekrefter hvor avgjørende det er å kunne snakke med kolleger som «vet hvordan det er», og samtidig oppleve at man fortsatt er en verdsatt del av teamet. Slik kan det profesjonelle selvbildet og arbeidsevnen gjenoppbygges etter hvert (5).

Støtte fra kolleger og ledelse er viktig gjennom hele forløpet etter en alvorlig hendelse. Det gjelder også støtte under den ofte langvarige og upersonlige tilsynssaken, og når medieoppmerksomhet gjør belastningen enda større. Som mange andre beskriver også legen hvor krevende disse prosessene er. Det gir en opplevelse av å være utsatt, maktesløs og truet (5).

Ledelsen bør også kjenne til, og kunne henvise til, støtte- og behandlingstilbud utenfor arbeidsstedet når det er nødvendig. Etter en alvorlig hendelse er det ofte behov for faglig god hjelp og omsorg over tid (6). Legen beskriver hvordan støttekollega, fastlege og psykiater har vært avgjørende for å gjenreise selvrespekten og å innse at kanskje «var jeg ikke en dårlig lege og et dårlig menneske».

Å bære det videre

Forskningen understreker også at samtalen mellom legen og de pårørende kan være et avgjørende ledd i bearbeidelsen – for begge parter (7). Legen beskriver hvor vanskelig, men også hvor viktig denne samtalen var, og hvordan opplevelsen etterpå var at «jeg tror imidlertid at de sitter igjen med et slags fellesskap med meg, at vi deler dette traumet». Med mer kunnskap og bedre støtte fra ledelse og kolleger vil flere leger kunne våge å gå inn i slike samtaler.

Legen beskriver også hvor vanskelig det er å finne tilbake til tryggheten i hverdagen: usikkerheten på om kollegene fortsatt har tillit og respekt, frykten for at noe lignende skal skje igjen, tvilen på egne vurderinger og svekket tillit til både arbeidsgiver og helsemyndighetene. Like krevende er bekymringen for at sinne, sorg og uro skal prege rollen som mor, samboer, venn og nabo.

Samtidig beskrives en utvikling i riktig retning – en gradvis gjenoppbygging av livet og en opplevelse av å se verden med større ydmykhet. Forfatteren inviterer også kolleger til å dele egne erfaringer med vanskelige hendelser. Å dele slike fortellinger gjør byrden lettere å bære (8).

Takk for denne modige og viktige teksten om den uønskede, uutholdelige hendelsen. Vi trenger denne og flere slike skildringer. De kan øke bevisstheten, styrke kunnskapen og stimulere til felles refleksjon om risikoen som er en uunngåelig del av legearbeidet, og om de menneskelige kostnadene alvorlige hendelser kan ha. Slik kan vi bli bedre til å gjenkjenne, forstå og støtte hverandre – ikke bare uformelt, men også gjennom systematisk arbeid med forberedelser, beredskap, omsorg og oppfølging i arbeidsmiljøet. Det er avgjørende – for pasientene, de pårørende og legene.

REFERANSER

1. Fox F, Harris M, Taylor G et al. What happens when doctors are patients? Qualitative study of GPs. British Journal of General Practice 2009; 59: 811–818. https://doi.org/10.3399/bjgp09X472872.
2. Torralba KD, Jose D, Byrne J. Psychological safety, the hidden curriculum, and ambiguity in medicine. Clinical Rheumatology 2020; 39: 667–671. https://doi.org/10.1007/s10067-019-04889-4.
3. Horne IMT, Veggeland F, Bååthe F et al. How peer support enables a more sustainable professional medical role: a qualitative study. Professions and Professionalism 2025; 15. https://doi.org/10.7577/pp.5945.
4. Vangsnes L-E. Det kunne ha vært meg. Tidsskrift for Den norske legeforening 2017; 137. https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0906.
5. Wahlberg Å, Högberg U, Emmelin M. The erratic pathway to regaining a professional self-image after an obstetric work-related trauma: a grounded theory study. International Journal of Nursing Studies 2019; 89: 53–61. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.016.
6. Horne IMT, Veggeland F, Bååthe F et al. Understanding peer support: a qualitative interview study of doctors one year after seeking support. BMC Health Services Research 2023; 23: 324. https://doi.org/10.1186/s12913-023-09312-y.
7. O'Connor E, Coates HM, Yardley IE et al. Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review. International Journal for Quality in Health Care 2010; 22: 371–379. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq042.
8. Munkvik M. Fremfor alt ikke feile. Tidsskrift for Den norske legeforening 2019; 139. https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0139.

■ KARIN.RO@LEFO.NO ■ ERLEND.HEM@LEFO.NO

Når legen gjør feil – 'the second victim'

SVEIN AARSETH • *Pensjonert fastlege, spesialist i allmennmedisin og i arbeidsmedisin. Leder i Rådet for legeetikk 2014–2025*

I *Utposten* nummer 4 i år skriver en kollega anonymt om hvordan hun opplevde feilen, tilsynssaken og det å komme tilbake i jobb. Hun beskriver også et hjelpetilbud som ikke oppfattes som sammenhengende eller godt nok.

– Feil kan skje. Det må vi forholde oss til, sier Pål Gulbrandsen. Han har i flere år holdt kurs for sisteårsstudenter om å håndtere feil (2). Men feil får forskjellige konsekvenser, noen ganger alvorlige, til og med fatale. Andre ganger, helt uskyldige. Mer alvorlige feil får også konsekvenser for legen. Da kan vi snakke om «**a second victim**». Dette kan defineres slik: «Healthcare personnel who have suffered adverse effects due to direct or indirect participation in accidental adverse events, accidental medical errors or patient injuries.»

Skyld og skam

Jeg merker meg tre ting: Skyld, skam og: «Skal jeg ikke få møte aksept for at også jeg kan gjøre feil i min jobb?» (1).

Det er også forskjell på om legen ofte utøver dårlig faglig skjønn over tid eller om det dreier seg om enkelthendelser.

Diagnostikk er oftest ikke å få et svar med to streker under, men en diagnose man vurderer som mest sannsynlig. Kloke valg handler om å ikke gjøre unødvendige undersøkelser. Men det er jo slik at selv om det vanlige er vanligst, møter vi ikke sjelden det uvanlige. Det må alltid være med i vurderingen.



ILLUSTRASJONSFOTO MORTEN HERNES/KI-CHATGPT

Når vi gjør feil, må vi erkjenne det. Det er nok lettere å håndtere skyld enn den skammen mange føler på. Overfor pasient og pårørende bør vi være åpne og beklage. Det er viktig at dette skjer på en ordentlig måte (3). Gulbrandsen mener skyld kan føre til noe positivt, mens skamfølelsen er destruktiv og lammende.

De som først og fremst skal ivaretas, er pasient/pårørende og legen som gjorde feil.

Som leger må vi lære å leve med risiko og å gjøre feil. Vi må lære å håndtere feilen overfor pasient og pårørende, og vi må kunne forvente at vi får systematisk hjelp der det er nødvendig. For fastleger generelt og næringsdrivende fastleger spesielt, er dette krevende.

Utdanning

De felles kompetansemålene i spesialistutdanningen legger betydelig vekt på pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring, refleksjon og etisk ansvar etter uønskede hendelser, blant annet FK001, FK008 og FK009. De beskriver imidlertid i liten grad den personlige og emosjonelle kompetansen som kreves for å håndtere egne feil. Mens læringsmålene er tydelige når det gjelder å lære av feil, er de langt mindre eksplisitte når det gjelder å lære å leve med feil og å håndtere belastningen som kan følge av alvorlige uønskede hendelser.

Stensland skriver:

> «Har du opplevd å gjøre medisinske nestenfeil eller feil? Hvordan valgte du å handle da? Er det forhold ved din spesielle bakgrunn som kan hjelpe deg eller gjøre det vanskelig når du kommer i en slik situasjon? Kunnskap om deg selv og dine egne reaksjonsmønstre kan være en hjelp i en kognitiv forberedelse. I hvilken grad mener du at din nærmeste familie kan være til hjelp?» (4)

Opplæring i og bevissthet rundt at vi alle kan gjøre feil, hvordan vi håndterer feil og hvordan vi bearbeider skyld og skam, bør ikke være opp til den enkelte. Opplæringen må bli mer systematisk og bør inn i spesialistutdanningen. Vi må kunne erkjenne at vi vil kunne gjøre feil, vite hvordan vi håndterer feilen overfor pasient og pårørende, og hvordan vi skal bearbeide feil vi har gjort på en konstruktiv måte, både på egen hånd og sammen med andre.

Helsedirektoratet kom i 2024 med *Guide for ivaretakelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser*. Kapittel 5 omhandler ivaretakelse av medarbeidere. Det omhandler: forberedelse av medarbeidere på mestring av uønskede hendelser, systematisk fremgangsmåte for ivaretakelse av medarbeidere etter uønskede hendelser, kollegastøtte og involvering av medarbeidere i gjennomgang av hendelsen, læring og forbedring (5).

En næringsdrivende fastlege har ingen arbeidsgiver. Er hun heldig, har hun gode kolleger. Jeg tror det er få legekontor som har laget rutiner for oppfølging av leger som gjør feil. Det burde man få på plass for å forebygge at legen blir «a second victim». Helsedirektoratets guide er en god veiviser. Samtidig vil jeg oppfordre Allmennlegeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin til å sette dette høyt på dagsordenen – gjerne ved å arrangere kurs, kanskje også tilby ressurspersoner.

Støtte

Hva slags støtte den enkelte trenger, er personavhengig og avhengig av legens sårbarhet.

Jeg tror at for mange er det viktig å få kontroll på skamfølelsen – den kroniske, destruktive skammens stemme når den har overtatt en persons indre liv som en alltid tilstedeværende dommer. Det er ikke tegn på svakhet å erkjenne egen sårbarhet (6).

Her vil mange trenge hjelp. For privatpraktiserende fastleger og allmennleger blir det ekstra krevende fordi de mangler det sikkerhetsnettet som følger av å være ansatt.

Kollegastøtte er viktig. Det krever åpenhet fra legen det gjelder. En lege som gjør en feilvurdering, slik kollegaen beskriver, er ikke noen dårligere lege av den grunn, og legen kan komme styrket ut ved god håndtering. Arenaer kan være smågruppe og kontorets legekollegium. Støttekollegaordningen er godt utbygget, med erfarne kolleger gir inntil tre timers samtaler. Dette blir ikke journalført noe sted. De kan også gi råd om veien videre. Henvisning til DPS kan bli nødvendig. Det kan eventuelt legens fastlege bidra til, og henvisning utenfor eget nærområde bør være mulig. Ressurssenteret Villa Sana på Modum tilbyr firedagers kurs, men også individuell veiledning over én dag på Villa Sana eller i Oslo. Dette kan også skje digitalt (7).

Så må vi finne oss i at tilsynssporet finnes. Og at det tar tid. Støtte fra kolleger er viktig i denne fasen også. JA-avdelingen i Legeforeningen kan bistå. Åpenhet er viktig i saker om medisinske feil. Det er mange eksempler på at åpenhet bidrar til tillit, også når det er skjedd feil.

Konklusjonen min er at alle kan gjøre feil. Det må vi leve med i vår kliniske hverdag. Ivaretakelse av pasient og pårørende er viktig. Åpenhet gir tillit. Legen som har feilvurdert må få god oppfølging. Her kan mye bli bedre.

REFERANSER

1. Anonym. Når det fatale skjer. Utposten 2026; 55(4), 6–9.
2. Johansson CU: Den nattevakten glemmer jeg aldri. Tidsskr Nor Legeforen 2026; 146. doi: 10.4045/tidsskr.26.0461.
3. Blinkenberg EØ: Unnskyld. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137. doi: 10.4045/tidsskr.16.0776.
4. Stensland P: Uheldige medisinske hendelser – om å ha gjort og å gjøre feil. Legekunst i praksis. Universitetsforlaget AS, Oslo, 2016 (Boken er tilgjengelig på NFAs nettside).
5. Guide for ivaretakelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser, Helsedirektoratet, Oslo 2024.
6. Normann-Eide T: Skam – en komplisert følelse. Tidsskrift for norsk psykologforening. 2023.
8. Ressurssenteret Villa Sana (Lest 25.7.26).

SVEIN.AARSETH@VIKENFIBER.NO

1 GANG PER UKE

wegovy®

semaglutid injeksjon

Kvalitets-vekttap

- Vedvarende vekttap[1]
- Forbedret fysisk funksjon[1]
- Kardiovaskulære fordeler[1]
- Redusert matsug[1]
- Hoveddelen av vektreduksjonen kommer fra fettvev[1]



novo nordisk®

Indikasjon

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

For resultater fra studier vedrørende kardiovaskulær risikoreduksjon, fedmerelatert hjertesvikt og populasjoner som ble undersøkt, se pkt. 5.1 i Wegovy® preparatomtale.[1]

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

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

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

- De hyppigst rapporterte bivirkningene var **gastrointestinale** (svært vanlige, ≥ 1/10), inkludert kvalme, diaré og oppkast. Disse var generelt milde eller moderate i alvorlighetsgrad og av kort varighet. Kan forårsake dehydrering som i sjeldne tilfeller kan forverre nyrefunksjon. Unngå væskemangel
- **Andre svært vanlige (≥ 1/10) bivirkninger:** Hodepine, fatigue, magesmerter og forstoppelse
- **Andre vanlige (≥ 1/100 til < 1/10) bivirkninger:** Dysestesi (økt frekvens rapportert ved bruk av semaglutid 7,2 mg), dysgeusi, svimmelhet, gastritt, gastroøsofageal reflukssykdom, dyspepsi, raping, flatulens, abdominal distensjon, gallestein, hårtap, reaksjoner på injeksjonsstedet. Hos pasienter med diabetes type 2: hypoglykemi (særlig i kombinasjon med insulin eller sulfonylurea), retinopati
- **Gallestein:** Vanlig bivirkning ved bruk av semaglutid. Ble rapportert hos 1,6 % av de som fikk semaglutid og 1,1 % hos de som fikk placebo. Førte til kolecystitt hos 0,6 % og 0,3 % hos de som fikk henholdsvis semaglutid og placebo
- **Pankreatitt:** Frekvensen av avklart (adjudikert) bekreftet akutt pankreatitt rapportert i kliniske fase 3a-studier, var henholdsvis 0,2 % for semaglutid og < 0,1 % for placebo. I den kardiovaskulære endepunktsstudien SELECT var frekvensen av akutt pankreatitt, bekreftet ved avklaring (adjudikering), 0,2 % for semaglutid og 0,3 % for placebo. Ved mistanke bør semaglutid seponeres. Semaglutid skal ikke gjenopptas etter bekreftet pankreatitt. Forsiktighet bør utvises hos pasienter som tidligere har hatt pankreatitt
- **Tarmobstruksjon:** En alvorlig form for forstoppelse med tilleggssymptomer som magesmerte, oppblåsthet og oppkast. Rapportert med ukjent frekvens etter markedsføring
- **Puls:** Gjennomsnittlig økning på 3 slag per minutt observert
- **Skal ikke brukes** av **gravide** eller ved **amming**. Semaglutid skal på grunn av den lange halveringstiden seponeres minst 2 måneder før en planlagt graviditet
- **Forsiktighet** bør utvises hos pasienter med inflammatorisk tarmsykdom. Pasienter med **gastroparese** kan oppleve alvorligere eller mer uttalte gastrointestinale bivirkninger under behandling med semaglutid
- **Ungdom (12 - < 18 år):** Generelt var frekvens, type og alvorlighetsgrad av bivirkninger hos ungdom tilsvarende det som sees hos voksne. Gallestein ble sett hos 3,8 % av pasientene behandlet med Wegovy® og 0 % behandlet med placebo. Ingen effekt på vekst eller pubertetsutvikling ble funnet etter 68 uker med behandling

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

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

Dosering – én gang per uke

Wegovy® skal injiseres subkutant i abdomen, i låret eller i overarmen og administreres én gang per uke når som helst i løpet av dagen, til måltid eller utenom måltid. For å redusere sannsynligheten for gastrointestinale symptomer bør dosen trappes opp i løpet av en 16-ukers periode fra en startdose på 0,25 mg til en vedlikeholdsdose på 2,4 mg én gang per uke. Hvis nødvendig kan dosen økes til 7,2 mg én gang per uke etter minst 4 uker på 2,4 mg-dosen hos voksne som hadde BMI ≥ 30 kg/m² ved behandlingsstart. Hvis ingen ytterligere klinisk forbedring i kroppsvekt observeres med 7,2 mg, skal dosen reduseres til 2,4 mg én gang per uke.

For ungdom i alderen 12 år og eldre benyttes samme doseopptrappingsplan som for voksne. Dosen bør økes opptil 2,4 mg, eller til maksimalt tolererte dose oppnås. Ukentlige doser over 2,4 mg anbefales ikke.

Se preparatomtale for mer informasjon om dosering.

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

Reseptgruppe og pris

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

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

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

For individuell stønad se vedlegg 1 til folketrygdloven § 5-14 (legemiddellisten) på www.helsedirektoratet.no[2]

Referanser: 1. Wegovy® preparatomtale. Tilgjengelig på: https://www.ema.europa.eu/no/documents/product-information/wegovy-epar-product-information_no.pdf. **2.** Informasjon om vilkår for individuell stønad er hentet fra: https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/vedlegg-1-til--5-14-legemiddellisten/virkestoffer/semaglutid (Lest 12.06.2026).

NO26SEM000074 Juni 2026

Novo Nordisk Norway AS
Nydalsveien 28 · NO-0484 Oslo
Telefon: + 47 22185050 · Kundeservice: +47 2218 5051 · www.novonordisk.no

1 GANG PER UKE
wegovy®
semaglutid injeksjon

Å bli bedre kjent med pasi
– et kjerneverktøy i allme

MARTIN HAUGEN • *Tidligere allmennlege*

Den siste utgaven av læreboken *Allmennmedisin* (Hunskår 2023) løfter fram hvor viktig det er å bli kjent med pasientene.

I allmennmedisin er kontinuitet i pasientkontakt og den nære, individuelle kjennskapen til pasienten noe av «gullet» i faget. Skal dette tas på alvor, må en systematisk tilnærming til å bli kjent med pasienten være en sentral del av den allmennmedisinske verktøykassen.

Jeg har utarbeidet kurset *Bli bedre kjent med din pasient* og samtaleverktøyet *Kortene på bordet – for at vi kan snakke om det. Utposten* presenterer i dette nummeret tre tekster om dette temaet. I det følgende presenteres selve modellen. I artikkel nummer to presenteres enkle forslag til en systematisk tilnærming for å bli bedre kjent med pasienten. Tilnærmingen kombinerer to velkjente kommunikasjonshjelpemidler: åpne spørsmål og bruk av skissetegning. Den siste artikkelen tar for seg pasientens mentale bagasje og hvordan åpne spørsmål kan bidra til refleksjoner om hvordan tidligere erfaringer kan påvirke hvordan livet arter seg.

Åpne spørsmål gir eierskap

Dersom vi skal bli kjent med pasienten, må vi bidra til at pasienten beholder kontroll over sine egne fortellinger. Her er åpne spørsmål et av våre beste virkemidler. Det som kjennetegner åpne spørsmål, er at den som svarer står fritt til å svare ut fra egen forståelse, innsikt og erfaring. Åpne spørsmål gir pasienten eierskap til svarene.

Åpne spørsmål har også en ekstra virkning: De setter i gang refleksjon og selvrefleksjon hos pasienten. I tillegg formidler de at legen faktisk er interessert i pasientens egen forståelse av situasjonen.

Skisser som samtaleverktøy

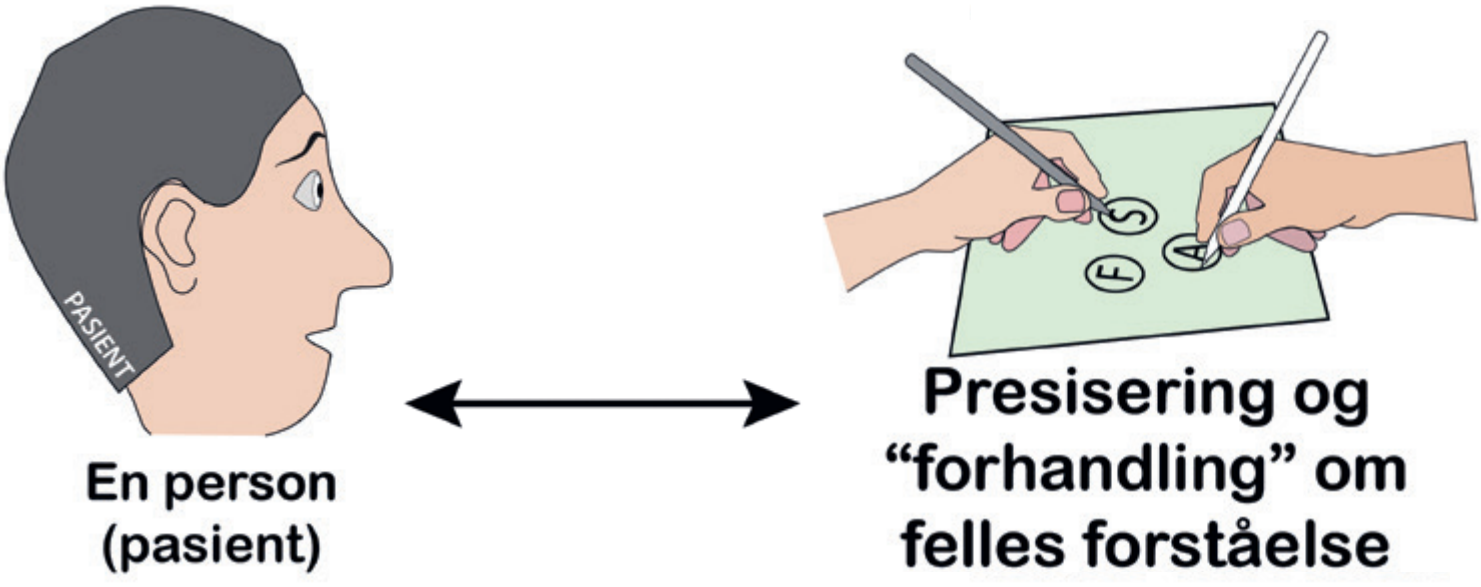
Mange allmennleger har erfaring med at skisser, plansjer, modeller og anatomiske tegninger kan hjelpe pasienter til å forstå somatiske helseproblemer. Denne arbeidsformen kan også være nyttig i samtaler om psykiske plager og helseproblemer. En enkel tegning kan avgrense temaet, gjøre det mer håndterlig og gi pasienten og legen et felles bilde å snakke ut fra.

Når psykiske helseproblemer tas opp med lege eller andre helseprofesjoner, kan pasienten oppleve å bli møtt med et faglig og diagnostisk begrepsapparat som først og fremst kategoriserer og stiller diagnoser. Når egne erfaringer og symptomer blir oversatt til fagspråk, vil mange oppleve en fremmedgjøring. Når åpne spørsmål kombineres med en enkel skisse som tydeliggjør temaet som samtalen handler om, kan pasienten lettere beholde trygghet, oversikt og autoritet over egen historie.

To korte artikler her i *Utposten* vil vise hvordan dette kan se ut i praksis. Når allmennlegen tegner opp psykiske størrelser sammen med pasienten, må det være pasientens egne ord og skildringer som gir innhold til størrelsene. Skissen bør bli en ramme som forsterker dynamikken i de åpne spørsmålene.

Bakgrunnen for modellene

Min interesse for bruk av tegninger og skis-



enten
nnmedisin

ser i konsultasjonen startet i møte med kollegaer. Min veileder i distriktsturnus noterte stikkord på en skisseblokk og tegnet innimellom enkle anatomiske sammenhenger for pasienten. Dette tok jeg selv i bruk, og erfarte at enkle skisser skjerpet og tydeliggjorde budskapet.

Senere fortalte en kollega i kollegagruppen at han brukte en skisse med tre sirkler i samtaler med pasienter. Sirklene representerte pasientens familieliv, arbeidssituasjon og sosiale liv. Dette var en velkjent modell i sosialpsykologien, men innspillet fra kollegaen gjorde at jeg begynte å bruke den i egen praksis.

Jeg husker at jeg tegnet de tre sirklene, satte opp tre otoskoptuber og antydet at helsen vår hviler på disse tre føttene. Noen ganger sammenlignet jeg dem med en oljeplattform. Jeg brukte denne inngangen særlig når jeg trengte bedre oversikt, for eksempel ved uklare medisinske tilstander, langvarige sykmeldinger eller psykiske vansker. Den metoden ga ofte overraskende god innsikt i hva pasienter strevde med i dagliglivet, og den gjorde meg også ofte imponert over pasientenes refleksjonsnivå.

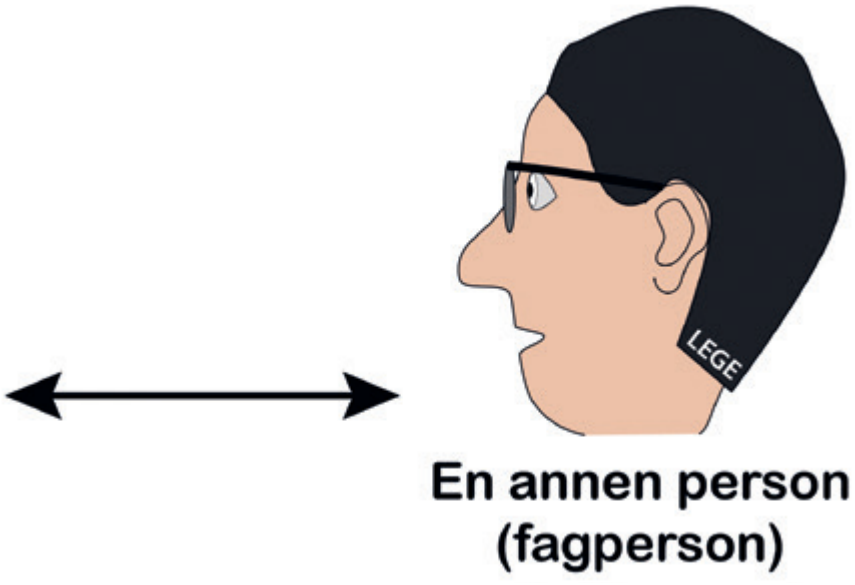
Nøkkelen til at dette fungerte så godt, tror jeg lå i kombinasjonen av kjente rammer og en tydelig interesse for pasientens egen fortelling. Modellen signaliserte at dagliglivet var relevant og viktig.

Denne modellen og en modell for å bli bedre kjent med hva pasienten bærer med seg i sin mentale bagasje fra tidligere i livet blir kort introdusert nedenfor. Begge modellene bygger på den samme grunnidéen: Pasientens erfaringer må få stå i sentrum, og legen må bruke en form som gjør det lettere å utforske erfaringene sammen.

Fra praksiserfaring til systematisert verktøy

Med unntak av et lengre vikariat for å opprettholde spesialiteten i allmennmedisin, sluttet jeg som allmennlege i 2010 av ytre omstendigheter og med sorg. Jeg hadde da 25 års erfaring fra allmennmedisinsk praksis. Etter dette har jeg, med unntak av nevnte vikariat, arbeidet som assisterende fylkeslege, først i Hordaland og senere i Vestland.

Erfaringene med bruk av skissemodellene var så verdifulle at jeg bestemte meg for å systematisere dem. Dette arbeidet førte i 2018 til boken *Kortene på bordet – for at vi kan snakke om det.* I kurset *Bli bedre kjent med din pasient* er modellene ytterligere systematisert, utviklet og forklart. Dette kurset ligger tilgjengelig på Legeforeningens kurssider.



Tolv størrelser for samtaler om psykisk helse

Samtaleverktøyet er bygget opp rundt tolv størrelser. Det er de åtte første som kort blir introdusert her i *Utposten*. De resterende fire størrelsene kan man bruke for å skape refleksjonsrom rundt hvordan vi som mennesker tenker. Når vi som leger lærer oss verktøyet, kan det brukes fleksibelt i samtaler om et bredt spekter av psykiske sammenhenger. Målet er hele tiden at pasienten skal kjenne seg forstått og meningsberettiget i samtalen om egen psyke.

Fiskesnøremodellen og livskriser

En annen skissemodell jeg hadde minst like stor nytte av i praksis, utviklet jeg for samtaler med pasienter som sto i akutte og subakutte livskriser. I denne modellen brukes selve skissetegningen til å synliggjøre fenomener som er vanlige i kriser og under omstillinger. Pasienten kan befinne seg i et kognitivt og emosjonelt kaos, og trenger gjenkjennelse, støtte og trygg dialog for å komme gjennom krisen og omstillingsreaksjonen.

Dette er en hyppig situasjon på allmennlegekontoret, og mye kan stå på spill. I tillegg til selve tapet pasienten har erfart, kan uhensiktsmessig mestring få alvorlige følger. Jeg har kalt denne modellen «Fiskesnøremodellen». Den omtales ikke nærmere i detalj her, men er beskrevet grundigere i boken *Kortene på bordet – for at vi kan snakke om det* og i kurset.

MARTIN@BERVEN.NO

Din pasients dagligliv

MARTIN HAUGEN • *Tidligere allmennlege*

Hvordan skal du som lege bli bedre kjent med pasienten din? Her presenteres to enkle forslag til en systematisk tilnærming for å bli bedre kjent med pasienten. Tilnærmingen kombinerer to velkjente kommunikasjonshjelpemidler: åpne spørsmål og bruk av skissetegning.

Den første skissemodellen kalles «Livsfeltene». Den handler om å bruke fire størrelser for å åpne samtaler om hvordan dagliglivet til din pasient arter seg. Mange av dere kjenner sikkert til den sosialpsykologiske trefotsmodellen med de tre føttene arbeid, familieliv og det sosiale livet ellers. Dersom vi utvider dette med en fjerde fot, som handler om den delen av livet der vi ikke samhandler sosialt med andre, så har vi fire føtter som vi kan bruke som ramme for samtaler.

Da kan vi eksempelvis bruke disse fire åpne spørsmålene samtidig som vi tegner opp fire sirkler, slik som gjengitt nederst på denne siden.

Spørsmålsforslag F

- **Jeg opplever at jeg kjenner deg ganske godt, men jeg ønsker å bli bedre kjent med deg. Vi mennesker lever livene våre sammen med andre. Dette gjør vi som del av en familie, på arbeid og med venner. Kan vi snakke litt om dette?**
- **Vil du gi meg et kort innblikk i hvordan familielivet ditt ser ut for deg?**

Spørsmålsforslag A

- **Jeg opplever at jeg kjenner deg ganske godt, men jeg ønsker å bli bedre kjent med deg. Vi mennesker lever livene våre sammen med andre. Dette gjør vi som del av en familie, på arbeid og med venner. Kan vi snakke litt om dette?**
- **Er du i arbeid? Vil du fortelle hvordan det går på jobben?**
- **Vil du gi meg et kort innblikk i hva du jobber med, og hva jobben betyr for deg?**

Spørsmålsforslag S

- **Jeg opplever at jeg kjenner deg ganske godt, men jeg ønsker å bli bedre kjent med deg. Vi mennesker lever livene våre sammen med andre. Dette gjør vi som del av en familie, på arbeid og med venner. Kan vi snakke litt om dette?**
- **Har du mye aktiviteter utenom jobben og familien, for eksempel med venner, fritidsaktiviteter eller andre ting?**

Spørsmålsforslag 4

- **Jeg opplever at jeg kjenner deg ganske godt, men jeg ønsker å bli bedre kjent med deg. Vi mennesker lever livene våre sammen med andre, men mange av oss har en stor og viktig del av livet der vi er for oss selv. Kan vi snakke litt om hvordan denne delen av livet arter seg for deg?**

Dette er store spørsmål, og du må noen ganger fordele disse over flere samtaler.

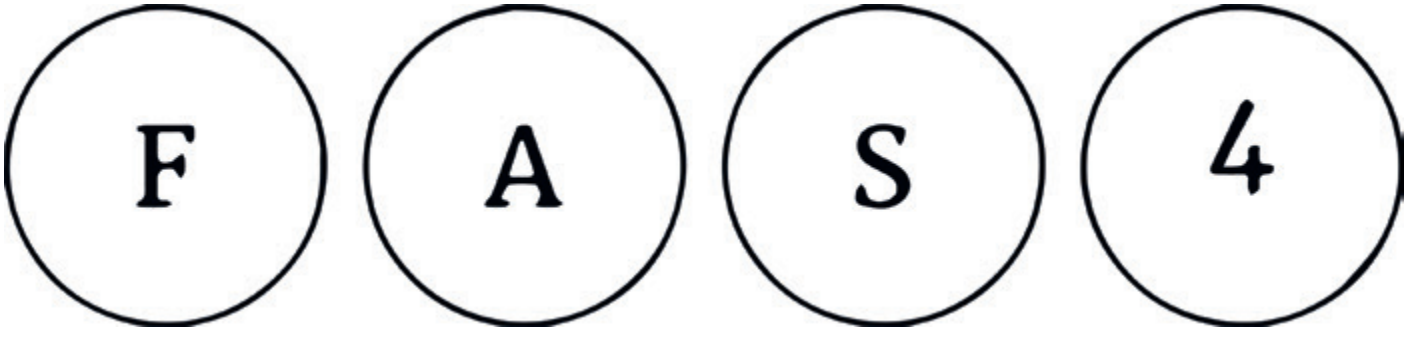
Dette ser enkelt ut og det er enkelt. Men det å vise målrettet interesse for din pasients dagligliv er et overraskende potent virkemiddel for å få tilgang på viktig informasjon om din pasient. Når du viser aktiv, åpen interesse for din pasient, vil du ofte erfare at pasienten gir deg innblikk i sine viktigste styrker, men også innblikk i hva han eller hun (eller hen) erfarer av sårbarheter og vansker i sin daglige livssituasjon. Noen pasienter står oppe i omstillingsreaksjoner med aktivering av psykiske vansker som det er viktig at både pasient og lege kan snakke om. Spørsmålene kan være et godt utgangspunkt for støttesamtaler.

Slike samtaler er også en investering. Når du viser at du er interessert i å bli kjent med din pasient, vil det være lettere for pasienten å være åpen og gi deg viktig informasjon seinere.

Dersom du ser for deg dette som en struktur med fire føtter, kan man praktisk talt «se for seg» hvordan stabilitet, styrke og sårbarheter trer fram på pasientens ulike livsområder.

Det er verdt å prøve dette ut!

MARTIN@BERVEN.NO



CAPVAXIVE®
Pneumococcal 21-valent
Conjugate Vaccine



BESKYTT ELDRE OG PERSONER I RISIKOGRUPPER[1]

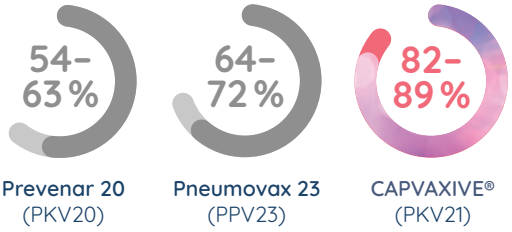
▼CAPVAXIVE® er en ny pneumokokkvaksine for voksne inkludert i de nasjonale anbefalingene.[1]

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)

Beregnet serotypedekning (%) for perioden 2015–2023*



Prevenar 20 (PKV20)	Pneumovax 23 (PPV23)	CAPVAXIVE® (PKV21)

Disse tre vaksinene er inkludert i anbefalingene

Bivirkninger: De vanligste bivirkningene etter vaksinering 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: Én enkel dose (0,5 ml) administreres intramuskulært.[2]
*Behovet for revaksinering 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

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)

MSD
MSD (Norge) AS, Haakon VII Gate 5, 0161 Oslo. Copyright © 2025 Merck & Co, Inc., Rahway, NJ, USA and its affiliates. All rights reserved. NO-PCN-00009 01/2026

Din pasients mentale bagasje

MARTIN HAUGEN • *Tidligere allmennlege*

Den forrige artikkelen viste hvordan bruk av fire åpne spørsmål i kombinasjon med enkle skisser kan være til hjelp for å få til gode samtaler om din pasients dagligliv og livssituasjon. I denne artikkelen vil jeg bruke fire åpne spørsmål for å få tilsvarende samtaler om hva din pasient har med seg av viktige erfaringer eller mental bagasje. Inndelingen i disse fire kategoriene kan stimulere til refleksjon over hva det er som påvirker hvordan livet arter seg.

Husk å innlede spørsmålene med å understreke at din pasient står fritt til å svare, og at du ønsker å få vite om ting som din pasient tror det kan være nyttig at du kjenner til. Disse fire spørsmålene viser din pasient at du er åpen for samtaler om nær sagt alle tenkelige erfaringer som din pasient har med seg.

1. Spørsmålsforslag M

Kan det være noe med din måte å tenke på, eller å løse problemer på, som kan ha bidratt til at du har det slik du har det nå?

Det første spørsmålet er enkelt og handler om det din pasient kan. Selv om spørsmålet i utgangspunktet er enkelt, er de temaene som kommer på bordet ofte avanserte og krevende. De handler både om hvordan din pasient mestrer vansker og om hvordan din pasient forstår det som foregår. Sentrale temaer som gjelder personlighet, blir lett viktige temaer i oppfølgingen av dette spørsmålet. Alt fra enkle vaner til kognitiv og emosjonell stil kan bli temaer. Fleksibilitet og tilpasningsdyktighet kan bli andre temaer. Dersom du vil gå inn i slike samtaler og åpne for systematiske og reflekterende dialoger om måter å tenke på, kan du ta i bruk en egen modell for samtaler om kognisjon. Du kan også fint ta samtalene ut fra din egen erfaring og uten noen egen modell.

Det er heller ikke med denne delen av samtaleverktøyet nødvendig å bruke alle spørsmålene. Det kan være nok med ett, men dersom du over tid har stilt spørsmålene, vil du ha åpnet for at din pasient selv kan fortelle når din pasient ønsker eller er moden. Du kan også ha etablert åpninger for å stille spørsmål seinere, som her: «Husker du at jeg spurte deg: Kan det være noe med din måte å tenke på, eller å løse problemer på, som kan ha bidratt til at du har det slik du har det nå»

Våre mestringserfaringer gjenspeiler som sagt vår personlige tilnærming til livet og virkeligheten. Denne tilnærmingen handler om hvordan vi nærmer oss alle varianter av informasjon, og hvordan vi organiserer informasjonen i vår egen virkelighetsforståelse. Dette må vi kunne snakke om.

2. Spørsmålsforslag P

Er det noen hendelser eller erfaringer fra tidligere i ditt liv og oppvekst som du mener kan ha betydning for hvordan du har det nå?

Det andre spørsmålet handler om hva din pasient har hatt av viktige og betydningsfulle opplevelser og erfaringer. Hva har skjedd tidligere i livet? Et så enkelt spørsmål kan få din pasient til å meddele seg om helt sentrale og skjellsettende hendelser som du ellers ikke hadde blitt kjent med. Meddelelsen fra din pasient kan komme mye seinere. Kanskje etter at pasienten din har gjennomgått selvrefleksjon og/eller tatt mot til seg for å fortelle.

De siste to spørsmålene har en tydeligere mer kroppsnær karakter, og rommer sentrale forhold som hører hjemme og er vanlige i allmennmedisinske konsultasjoner.

Det er kanskje ikke så lett å se, men begge disse spørsmålene inviterer din pasient til også å åpne opp for å snakke om emosjonalitet og følelsesmessige erfaringer.

3. Spørsmålsforslag T

De erfaringene vi har med omsorg og varme i barndommen har betydning for hvordan vi viser nærhet og inngår i nære relasjoner til andre. Vil du fortelle om hvordan du tror at din oppvekst kan ha påvirket dette for deg?

Dette spørsmålet handler om viktige og grunnleggende menneskelige behov. Hvordan vi tar vare på våre behov for aksept, omsorg, nærhet og varme forteller ikke bare mye om hvem vi er, men det forteller også mye om hvor sårbare eller sterke vi er.

Du kan regne med at din pasient forstår dette som en bred invitasjon til å fortelle om egen emosjonalitet.

Dette spørsmålet kan også være en inngang til å samtale om hva som er din pasients viktigste emosjonelle behov. Om tilknytningsevne, identitet og seksuelle legning.

4. Spørsmålsforslag K

Når du tenker tilbake, kan du fortelle om det er noen kroppslige eller helsemessige forhold som du tenker at kan ha betydning for hvordan du har det nå?

Dette spørsmålet åpner for at din pasient skal formidle erfaringer fra egen helsehistorie, men vil også bidra til at du kanskje unngår å gå glipp av avgjørende informasjon om de psykiske sidene ved din



Illustrasjon til spørsmålsforslag M



Illustrasjon til spørsmålsforslag P



Illustrasjon til spørsmålsforslag T



Illustrasjon til spørsmålsforslag K

pasients kroppslige erfaringer og helse. Dersom vi fanger opp de psykiske aspektene, kan vi forstå pasientens helseatferd bedre og bli bedre i stand til å tilpasse våre råd og vår behandling.

Når disse størrelsene inngår i samtaleverktøyet, vil svarene på de fire størrelsene utgjøre det psykiske fundamentet som vi har med oss fra tidligere i livet. Vi kunne analogt til de fire søylene som ble omtalt i den forrige artikkelen, se dette som fire føtter. Jeg har imidlertid valgt å skissere dem som en lagkake, der størrelsene ligger som lag over hverandre. De dypere, kroppsnære psykiske størrelsene ligger i bunnen, og den mer synlige størrelsen, mestringserfaring, ligger øverst.

Dette åpner for å visualisere de fire områdenes bidrag til stabilitet og sårbarhet. Når vi blir godt kjent med en pasient, kan det være viktig å kunne gå inn i samtaler om hvordan psykiske fenomener arter seg og henger sammen. Ettersom dette er et sammensatt skisseverktøy, kan jeg røpe at spørsmål 3 (T) og 4 (K) kan utvides til å handle om våre medfødte psykiske drivkrefter for å overleve, henholdsvis ved hjelp av flokken vår, og som biologiske enkeltindivider. De kan da inngå som størrelser vi kan bruke til samtaler om personlighet, psykodynamikk, motivasjon, psykisk utvikling og modning, samt mye mer. Når vi utvider samtaleverktøyet til slike samtaler, vil vi bygge videre på bruk av enkle visuelle størrelser som pasientene fyller med erfaringer og innhold fra eget liv. Dersom det er interesse for det, kan jeg gå nærmere inn på disse mer dynamiske aspektene i en seinere artikkel. Eller så kan du ta kurset «Bli bedre kjent med din pasient».

MARTIN@BERVEN.NO

Psykisk uhelse blant barn og unge

EIVIND MELAND • *Professor emeritus, spesialist i allmennmedisin*

Psykisk uhelse har økt blant barn og unge i de siste 30 årene, spesielt blant jenter. Velment validering kombinert med unnvikelsesatferd kan være viktige årsaksfaktorer.

Andre faktorer som kroppsmisnøye, prestasjonspress i skolen og skjermbruk har vært identifisert som sannsynlige årsaksfaktorer (1). I egne studier har vi vist at tap av kontakt med foreldre (les fedre) synes kausalt assosiert med redusert psykisk helse (2, 3). To artikler i *Tidsskrift for Den norske psykologforening* gjør oss oppmerksomme på hvordan velment anerkjennelse av følelser og støtte til dysfunksjonell mestring kan være medvirkende til økte symptomer og redusert funksjonsevne.

Den første (4) handler om hva som skjer når vi som voksne lar barnas følelser få eks-



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES



ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNÆS / KI – CHATGPT

klusiv definisjonsmakt om hva som er realiteter i verden. Barn blir ikke lykkelige av en slik ettergivende oppdragelse. De blir usikre, selvopptatte, lidende og noen ganger tyranniske av slikt. Forfatteren advarer mot aldri å validere barns følelser og stille seg likegyldig til barn som utsettes for vold og omsorgssvikt. Men det viktigste budskapet i artikkelen er at voksne må tåle å se at barn blir skuffet og frustrerte når de møter motbakker i livet. Motstandskraft og mestring avhenger av at vi opplever frustrasjon. Barn trenger verken diagnoser eller stakkarsliggjørende sentimentalitet hver gang de møter motstand i livet.

Feilslått validering

Den andre artikkelen (5) tar analysene fra den første inn i familieterapiens meklingskontekst. Forfatteren slår fast at forskjellig oppdragerstil mellom foreldre er vanlig, også i intakte familier. Når foreldre går fra hverandre, kan feilslått validering få svært uheldige konsekvenser, hevder forfatteren. Ofte blir den forelderen som har den mest ettergivende foreldrestilen favorisert av barna fordi det er mer ubehag knyttet til en voksenrolle med krav og grenser. Når barna får bestemme og den ene forelderen applauderer, blir den andre forelderen ofte ekskludert, sammen med hele slekta og nettverket til denne forelderen. Artikkelen hevder at barna blir alvorlig skadet av slikt. Forfatteren har i en annen sammenheng advart mot at rettspraksis overlater til barna å ta slike avgjørelser etter at de er fylt tolv år. Barn har ikke kognitive forutsetninger for å forstå konsekvensene av slike avgjørelser (6). Det er berettiget å snakke om sentimental vold og omsorgssvikt sanksjonert av retten. På tross av dette observerer jeg at dommere abdiserer fra sin rolle som ivaretakere av rettferd og overlater til manipulerte mindreårige å ta avgjørelser som får svært skadelige konsekvenser for deres psykiske og sosiale helse og deres identitetsutvikling.

Grenseoverskridelser

«Det er forskjell på å hjelpe og å behage», skrev den danske etikeren Knud Løgstrup (1905–81) (7). Det er en advarsel til oss voksne: leger, psykologer, lærere og foreldre. Når vi stiller eller etterspør diagnoser, er det nødvendig å være bevisste på at diagnostisering er en form for dåp. Vi påvirker identiteten til den som blir døpt. Vi skrider over en etisk grense når vi bruker diagnoser og foreskriver behandling med lav nytteverdi. Etiske grenseoverskridelser gjør vi også når vi skriver attester til myndighetsorganer bygd på kjennskap og samtaler med den ene parten i familiekonflikter. Det kan være til behag for pasienter, foreldre og myndighetspersoner, men til lite nytte spesielt når unnvikelse er et vesentlig element i «terapien». Å unnvike kontakt med en god nok forelder for å blidgjøre den som opptrer som offer i våre konsultasjoner, er å behage, ikke å hjelpe. Stakkarsliggjørende validering fører til iatrogen helseskade spesielt der barn blir isolerte fra en god nok forelder eller fra fellesskapet i skolen.

Innen psykoterapien er det en voksende erkjennelse av at validering og akseptering må kombineres med forpliktelse, deltakelse og verdistyrte handlinger. Vi kaller det for «aksepterings- og forpliktelsesterapi» (ACT) (8). Noen vil oppfatte dette som en moralistisk vending i medisinen. En del av den liberale korrektheten i vestlige samfunn de siste femti årene har vært fundamentert på en sterk understreking av at moral ikke hører hjemme i medisinen. Advarselen lyder: «Don't blame the victim». Dersom dette blir et dogme, er konsekvensen: «Don't care about your fellow human beings».

Moral og verdier

Vi må skille mellom moral og moralisme. Moral handler om å hjelpe hverandre å leve slik at vi fremmer menneskeverd og gjensidig respekt. Moralisme handler om personlig å fordømme våre medmennesker. ACT interesserer seg for moral og verdier, men nærmer seg dette området uten hevet pekefinger. Vi som ser i denne retningen, spør og løfter et tema som handler om hvilke verdier pasienten ønsker å leve etter. Det handler om pasientens egne verdier (8).

Denne praksisen vil påvirke allmennkulturen i årene som kommer. Leger og psykologer kan gå foran, og folk flest kan hjelpe til å få slik erkjennelse og praksis inn i familier, skoler og andre arenaer.

REFERANSER

1. Potrebny T, Nilsen SA, Bakken A, von Soest T, Kvaloy K, Samdal O et al. Secular trends in mental health problems among young people in Norway: a review and meta-analysis. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2024. Doi: 10.1007/s00787-024-02371-4.
2. Reiter SF, Hjorleifsson S, Breidablik HJ, Meland E. Impact of divorce and loss of parental contact on health complaints among adolescents. Journal of public health. 2013; 35(2): 278–85.
3. Meland E, Breidablik HJ, Thuen F. Divorce and conversational difficulties with parents: Impact on adolescent health and self-esteem. Scand J Public Health. 2019. Doi: 10.1177/1403494819888044.
4. Popovac Z, Thomsen H. Validering på avveie. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 2024; hentet 5.6.2026 fra https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2024as03ae-Validering-p%C3%A5-avveie(4):254–7.
5. Frafjord JS. Feilslått validering i samværskonflikter. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2024; 4.4, hentet 5.6.2026 fra https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2024as04ae-Feilslatt-validering-i-samvaerskonflikter.
6. Frafjord JS, van der Weele J. Tunnelsyn og feilvurderinger i foreldretvister. Tidsskr Familierett, Barnevernsrett og Arverettslige Spørsmål. 2025; 23(4): 277–97.
7. Løgstrup KE. Den etiske fordring. Trondheim: Cappelens Forlag AS; 2000.
8. Hayes S, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy – The Process and Practice of Mindful Change. New York, London: Guilford Press; 2012. 402 ss.

EIVIND.MELAND@UIB.NO

Reisebrev fra Papua Ny-Guinea



ANE DYVIK HAUGSTVEDT • *Spesialist i allmennmedisin, til vanleg fastlege i Øygarden kommune*

Papua Ny-Guinea er eit spennande og interessant land, lokalisert i Oseania, aust for Indonesia og nord for Australia. Landet har tidlegare vore styrt av mellom anna Australia, men vart ein sjølvstendig nasjon i 1975.

Over 80 prosent av menneska bur på landsbygda og lever tett på naturen. Landet har store naturressursar og sannsynlegvis fleire uoppdaga dyr og plantar. Papua Ny-Guinea er òg det landet i verda med flest språk – over 800!

Med variert geografi og få vegar bur mange svært avsides, og det er store utfordringar med å tilby basale helsetenester til folket.

Ifølgje FN er Papua Ny-Guinea rangert som nummer 159 av 192 land på *Human Development Index* (data frå 2023). Indeksen ser på forventa levealder, utdanning og inntekt. Noreg er til samanlikning på andreplass.

Youth With a Mission

«Youth With a Mission» (YWAM) er ein internasjonal, kristen organisasjon som jobbar tett med helsemyndigheitene i Papua Ny-Guinea med å levere helsetenester til isolerte område i landet. For å nå menneska som lever langs kysten og elvene, er det heilt naudsynt med skip og småbåtar. Skipet MV YWAM PNG blir drifta av YWAM i Australia, i samarbeid med YWAM i Noreg.

Eg har vore så heldig å få jobbe som frivillig lege på skipet fleire gongar, no sist våren 2026. Denne gongen reiste eg saman med mannen min og vår eldste dotter, som

Typisk landsby med stråhus.





Skipet YWAM PNG og småbåt.



begge er sjukepleiarar, samt yngste sonen vår på 13 år. Det var veldig kjekt å få gjere dette saman som familie!

Reise og opphald

Ein flyr til hovudstaden Port Moresby og blir så innkvartert på skipet, som har ganske god standard. Skipet seglar om lag 25 timar før ein kjem fram til «Western Province», der ein jobbar i landsbyar langs elvene Bamu og Fly River. Kvar dag pakkar me naudsynt utstyr til den mobile klinikken og set oss i ein småbåt som fører oss inn til dagens landsby. I forkant har landsbyen fått beskjed om at me kjem denne dagen, og me blir godt motteke. Me jobbar òg tett med dei få lokale helsearbeidarane i området, som anten er med oss på skipet eller møter oss i landsbyane. Skipet returnerer til same område cirka kvar tredje månad for å skape kontinuitet i arbeidet.

Utstyr til dagens klinikk.



Utekontor.





På veg til «bush toilet» kan ein møte på ein cassowary...

Mobil klinikk

Me set opp klinikk i ein «community hall», kyrkje, skule eller ute under eit tre. Det er ingen elektrisitet, det blir varmt og fuktig, og der er sjeldan bord og stolar tilgjengeleg.

Det er som regel naudsynt med tolk, då det er svært få som kan snakke engelsk. Pasientane blir registrert i vårt journalsystem på iPad. Vaksiner og behandling blir dokumentert her, samt for hand i helseboka til pasientane. Det er imponerande kor godt lokalbefolkninga tek vare på helseboka si og kor nøye ulike helsepersonell dokumenterer kva som er blitt gjort med pasienten.

Klinikken har fokus på å hjelpe dei som treng det, i tillegg til førebyggjande kontrollar av gravide, prevensjonsrettleiing, barnevaksinering, utdeling av lesebriller og tannlegetenester. Alt er gratis for pasientane. Me kan ta hurtigtest for malaria, syfilis, HIV, blodsukker og Hb. Me har med diagnostisk utstyr, vaksiner, medisinar, utstyr til sårstell og akuttbehandling.

Tuberkulose (TB)

Årleg er det om lag 28 000 nye tilfelle av tuberkulose i Papua Ny-Guinea.

Dei klassiske lungesymptoma er langvarig hoste, feber, vekttap, nattesvette og at ein er sliten.

Me kan teste for tuberkulose ved å utføre sputumtest, som blir bragt tilbake til skipet for analyse på laboratoriet der. Det er òg mogleg å ta ventrikkelaspirat frå born eller prøve frå lymfeknutar. Ved påvist tuberkulose blir pasienten anten bragt til sjukehus for oppstart av behandling, eller kopla på lokal helsearbeidar og blir følgd opp med behandling og kontrollar.

I småbåt på veg til ein landsby.



Malaria

I 2024 var det registrert 152 tilfelle per 1000 innbyggjarar i Papua Ny-Guinea, og dette er eit svært høgt tal. Feber og influensasymptom kan ofte vere malaria. Me kan ta ein hurtigtest med kapillær blodprøve og skilje mellom *Plasmodium falciparum* og andre malariatyper, og gje behandling ut frå kva type malaria ein har. Me har òg medisin for å gje intravenøs eller intramuskulær behandling ved allment påverka pasientar, og det er flott å sjå kor raskt medisinen verkar! Impregnerte myggnett og undervisning er òg ein del av behandlinga.

Yaws

Ein av dei gløymde tropiske sjukdommane er Yaws, som skuldast ein bakterie som er i nær slekt med syfilis, *Treponema pertenue*. Denne sjukdommen har òg tre stadium, slik som syfilis. Fyrste stadium gjev typisk eit sår på leggen hjå born. Me kan teste for syfilis ved å ta kapillær blodprøve, og ved positivt utslag hjå barn med typiske symptom, så er det som regel Yaws. Heile familien får då behandling med azitromycin i tablettform då det er sannsynleg at fleire allereie er smitta. Dette er effektivt for å behandle denne sjukdommen, som kan bli alvorleg i seinare stadium.

Barnevaksinering

Vaksinedekninga for meslingar i Papua Ny-Guinea er på 44 prosent, og det er diverre jamnlege utbrot av meslingar og andre sjukdommar ein kan vaksinere mot.



Klare for å vaksinere.

Gravide, «Family planning» og «Days for girls»

Alle gravide får tilbod om kontroll, som òg inkluderer sjekk av Hb, HIV, syfilis og malaria. Dei som treng det får tilbod om aktuell og førebyggjande behandling av desse smittsame sjukdommane. Det vert òg gjeve undervisning om svangerskap og trygg fødsel, samt utdelt eit «Birth kit». Kvinnene blir oppmoda til å reise til helsesenter når tida for fødsel nærmar seg. P-stav er populært ved behov for prevensjon. «Days for Girls»-sett med vaskbare bind og utstyr blir òg delt ut.

Tannlege

Det er ein tannklinikk ombord på skipet, men mesteparten av tannlegebehandlinga vert gjort i landsbyane, med mobil tannklinikk. Papua Ny-Guinea er diverre høgt oppe på statistikken over munnkreft, og det er stort behov for tannlegetenester.

Syn, lesebriller og katarakt

Me kan gjere enkel synsjekk og dele ut lesebriller. Pasientane blir screena for katarakt, og skipet kjem attende til området i juni i år med fleire augelegar som gjer augeoperasjonar til dei som treng det.

Undervisning og samarbeid

Me jobbar tett med lokale helsearbeidarar, som ofte står åleine med eit enormt ansvar. Det er imponerande å høyre korleis dei takler kvardagen. Me lærer mykje av dei og dei kan lære av oss, samt at skipet kan bringe naudsynte medisinar og utstyr til dei lokale klinikkane.

Bibelundervisning er òg ein del av arbeidet i landsbyane der ein samarbeider med andre lokale kristne.

Som lege i Papua Ny-Guinea møter ein utruleg mykje forskjellig, og det er godt å ha bakgrunn som allmennlege. I tillegg til arbeidet i landsbyane, kjem ofte pasientar direkte til skipet med akutt sjukdom, som regel skader eller infeksjonar. Denne gongen vart det fødsel på skipet, og eg var då glad for at det var jordmor ombord! Å jobbe tverrfagleg og tverrkulturelt gjev stort utbytte!

Då det er langt til sjukehus og ofte krevande for pasientane å kome seg dit, blir det ofte til at dei unngår å reise. Det er òg stor mangel på spesialiserte tenester, og mange ting kan ein diverre ikkje gjere noko med. Døden er ein del av livet på ein heilt anna måte i Papua Ny-Guinea. Me traff fleire som hadde mista eit barn i fødsel eller i småbarnsfasen. Ei jente kom heilt utmagra til klinikken og fekk påvist tuberkulose, og det vart organisert transport til sjukehus. Ho døydde diverre få dagar seinare på sjukehuset, då ho kom altfor seint. Slike historiar gjev inntrykk, spesielt når ein veit at ho kunne vore redda om ho hadde fått hjelp i tide.

Samstundes ser eg ein positiv endring samanlikna med då eg var i Papua Ny-Guinea i 2022. Denne gongen var det mindre malaria, meir glede, mindre vald og skader. Dette er eit fantastisk land og det er spennande å få lov til å vere med å jobbe her.

Eg sit igjen med mange inntrykk og opplevingar og er takksam for at eg får vere med på dette.

Det er alltid behov for fleire frivillige!

KJELDER

- https://fn.no/land/papua-ny-guinea
- https://www.health.gov.pg/pdf/NHP_2A.pdf
- https://ywamships.no/nb/
- https://ywamships.org/news/renewed-agreement-to-strengthen-healthcare-access-in-papua-new-guinea/
- https://www.fhi.no/sm/smittevernhandboka/sykdommer-a-a/tuberkulose/#om-tuberkulose
- Oxford Handbook of Tropical Medicine, Fifth Edition, 2021
- https://snl.no/Papua_Ny-Guinea
- https://www.wcrf.org/preventing-cancer/cancer-statistics/mouth-and-oral-cancer-statistics/
- https://extranet.who.int/ncdccs/Data/PNG_D1_Standard-Treatment-Guidelines-for-Common-Illness-of-Adults-in-PNG.pdf
- https://ywamships.org/
- https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/yaws
- https://www.daysforgirls.org/



ANEHAUGSTVEDT@GMAIL.COM

Allmennmedisinsk ishocke i et veiledningsperspektiv

MORTEN MUNKVIK • *Spesialist i allmennmedisin, gruppe- og individuell veileder, ph.d., Stavanger*

Som idrettslege har jeg medisinsk ansvar for et norsk ishockeylag. Som ALIS-veileder har jeg ansvar for en allmennlege i spesialisering. Det er to ganske ulike garderober. Den ene lukter av testosteron og svette, den andre av kaffe, håndsprit og full innboks. Men jo mer tid jeg tilbringer i begge, jo tydeligere blir det at jobben i bunn og grunn er den samme, nemlig å hjelpe folk til å stå i krevende situasjoner, til å prestere over tid og å unngå alvorlige skader.



ILLUSTRASJONSFOTO. PERSONENE PÅ BILDET HAR INGEN TILKNYTNING TIL ARTIKKELEN: MORTEN HERNÆS / KI – CHATGPT

ey

Da «min» nye ALIS viste seg å være tidligere ishockeyspiller, dukket Søren Kierkegaards velkjente ord om hjelpekunst opp: «Hvis det i sannhet skal lykkes å føre et menneske hen til et bestemt sted, må man først passe på å finne ham der hvor han er og begynne der.» Sitatet er kjent for alle allmennleger. Det er en veileders grunnlov, men det er heller ikke ukjent for en ishockeytrener. En god trener møter spilleren slik dagsformen faktisk er, ikke slik den var i går eller burde være i morgen. En god veileder gjør det samme med ALIS, og allmennleger tenker slik i pasientmøter. Man må starte der personen er, ikke der man selv synes det hadde vært praktisk å starte.

Veiledning ligner trenerjobben mer enn jeg først tenkte. Man observerer, korrigerer, bekrefter og holder igjen. Man stiller spørsmål man selv kjenner svaret på, fordi det er svaret den andre må finne. Man bygger ferdigheter, taktisk forståelse og mental tåleevne parallelt, og vet at ingen av dem kan hoppes over. Og som trener og veileder jobber man seg gradvis ut av jobben sin. Målet er at spilleren, eller legen, etter hvert skal stå støtt alene.

Det er kanskje derfor samtalene med min ALIS kan gli over i hockeyspråk. Det er mest fordi det er gøy, men det har også vist seg å være en ganske presis måte å beskrive faget på. Jo mer jeg har tenkt over det, jo mer minner allmennmedisin mistenkelig om ishockey.

1. Kontoret som garderobe

Kampen avgjøres på isen, men alle som har vært i en hockeygarderobe vet både hvordan det lukter, og at mye av det som skjer på isen har sitt opphav nettopp her. Det er der taktikken legges, og der knær, skuldre og noen egoer teipes og plastres sammen før kampen starter.

Fastlegekontoret er vår garderobe. Pasientene kommer på time, gjerne litt småslitne. Vi legger en plan og teiper det som må teipes, både ankel og selvbilde, før vi sender dem ut igjen på arenaen hvor kampen, også kalt livet, skal spilles.

Forskjellen er at hockeytreneren faktisk kan benke spillere som ikke følger planen. Det kan ikke fastlegen. De som ikke gjør som treneren sier, risikerer å bli sparket. Vi kan ikke sparke noen. Vi har den lagoppstillingen vi har, helt til pasienten eventuelt velger å bytte lag eller legger opp.

2. Fastlegen som både målvakt og angriper

I hockey er rollene klare. Målvakten har én jobb: stoppe pucken. Angriperne skal skape sjanser og score.

I helsevesenet har fastlegen begge rollene samtidig.

Når noe er uklart, alvorlig eller akutt, er allmennlegen angriperen. Vi forsøker å få pasientpucken i mål, som her betyr akuttmottak eller time i sekundærhelsetjenesten. Ved avvist henvisning må vi plukke opp returen og forsøke et nytt angrep. Eller revurdere angrepsplanen, og holde pucken i laget.

Men allmennlegen skal også være målvakt, og stoppe unødvendige henvisninger og hindre overdiagnostisering og -behandling. Og mens målvakten på isen i det minste har et fullt lag foran seg, står fastlegen ofte alene, med klinisk erfaring og systemkunnskap som eneste forsvarsredskap.

3. Rekker, bytter og tredje periode

En ishockeyspiller bytter etter 40–60 sekunder. Da er utøveren tom og trenger pause. Spillerne som var sammen på banen kalles «en rekke», og hele gjengen bytter mer eller mindre samtidig.

I allmennpraksis er det ingen bytter. Vi spiller hele kampen med samme rekke. Gjerne med sudden death på slutten av dagen.

Hockeyspillere har tilgang på fysioterapeut 24/7. Fastlegen har koffein.

Når treneren ser at laget er slitent i tredje og siste periode, kommer beskjeden: «Spar energien! Kortere bytter!»

Når vi er slitne i tredje periode, altså rundt klokken 18.30, sier vi til oss selv at i morgen, i morgen, da blir det sikkert ikke så hektisk.

4. Dommere, regelverk og videodømming

I hockey har vi hoveddommere, linjedommere og videodømming. Enkelte taklinger vurderes fra flere vinkler, i sakte film, før det avgjøres om det var en forseelse.

I allmennmedisin har vi HELFO, Nav, Helsetilsynet og medieoppslag. Avgjørelsene våre ser alltid enklere ut i ettertid enn de gjorde i det øyeblikket vi tok dem: i full fart, under press, på glatt underlag.

I hockey blåser dommeren, og både klokken og spillet stopper. Man har «effektiv spilletid». Alt innimellom teller ikke. På fastlegekontoret stopper aldri tiden. Ingen blåser, med mindre det tas en spirometri, og tiden går konstant, som en metronom, taktfast mot neste pasient.

5. Spillsystem og prioritering

Alle hockeylag har et spillsystem. De beste spillerne får spille i førsterekka, mens andre har andre oppgaver. Trenerens jobb er å bruke hver enkelt spiller der vedkommende passer best.

Vi allmennleger driver egentlig med det samme. Vi prioriterer hvem som trenger 15 minutter, hvem som klarer seg med en kort kontroll og hvem som trenger dobbelttime. Ingen kan være i førsterekken hele tiden, så vi må justere fortløpende. Jobben vår er antagelig like vanskelig som trenerens: både pasienter og hockeyspillere har vanskelig for å godta at de ikke har plass i førsterekka akkurat nå. Kanskje burde de ikke spille i det hele tatt?

6. Laglojalitet og smertegrense

Hockeyspillere har klubbhjertet utenpå drakten. De spiller for byen, klubben og supporterne.

Fastlegen representerer et lokalsamfunn, familier, generasjoner, historier og enkeltmennesker. Vi lytter til frustrasjoner og gjør det til vår jobb å prøve å fikse både det som lar seg reparere og det som kanskje ikke kan det.

I hockeymiljøet er det mye snakk om å «spille for laget». I fastlegeordningen gjør vi akkurat det hver dag. Vi spiller for personene på listen vår og for helsetjenesten som helhet, ofte langt utover det som er medisinsk forsvarlig for egen søvn, korsrygg og psyke.

7. Idrettslegeperspektivet og fastlegeordningen

Som idrettslege ser jeg hva som skal til for at et lag skal prestere over tid. Du trenger nok spillere. Du trenger hyppige bytter og tid til restitusjon. Du trenger et støtteapparat som er der akkurat når det trengs. Hvis jeg hadde foreslått for mitt lag at vi skulle gå inn i sluttspillet med én spillerrekke, ingen bytter, 60 minutters istid per spiller, og beskjeden «dere må bare tenke at det blir annerledes i morgen», hadde jeg ikke blitt tatt seriøst.

Men det er omtrent slik vi driver fastlegeordningen. Hockeylærdommen min er derfor enkel: Du vinner ikke sluttspillet med utmattede nøkkelspillere og tynne rekker. Det gjelder på isen, og det gjelder i fastlegelivet.

Jeg tør påstå at vi allmennleger er et ganske godt lag. Vi har tekniske spillere som skårer mål, grovarbeidere som går i krigen hver dag og målvakter som tar det meste av pucker. Det eneste vi mangler, er kanskje en trener (helseminister) og økonomiske rammer (HELFO) som skjønner og legger til rette for at laget må tas vare på om det skal vare mer enn én sesong.

Sammen utgjør vi Norges kanskje mest slitne, men samtidig mest robuste lagoppstilling: det norske landslaget i allmennmedisin. Som i toppidretten har også her veiledning en sentral plass i å fornye, forsterke og forbedre spillerstallen, slik at vi også neste sesong kan prestere til gull.

MORTEN.MUNKVIK@GMAIL.COM

OFFISIELL REGELPLAKAT

DEN ALLMENNMEDISINSKE HOCKEY-REGELBOKEN

Seks felles regler for ishockey og allmennmedisin



1 ICING

«Ikke send pasienten for langt unna»

På isen Icing er når du skyter pucken hele veien ned i andre enden av banen for å slippe ubehagelig press.

På kontoret Icing-henvisningen er når vi sender pasienten rett til spesialist, ikke fordi pasienten faktisk trenger hjelp i sekundærhelsetjenesten, men for å bli kvitt ubehaget med å ha pasienten på egen banehalvdel.

Ikke skyv vanskelige problemer til andre enden av banen. Noen ganger må vi spille oss ut bak eget mål.



2 OFFSIDE

«Ikke kom for langt foran pasienten»

På isen Offside er når angrepsspilleren er for langt foran spillet og har skøytet fra både puck og lagkamerater.

På kontoret Vi kommer i fastlege-offside når vi ligger for langt foran pasienten med planer, mål og livsstilsprosjekter uten at pasienten selv er med.

Ikke løp så langt foran pasienten at hele behandlingsopplegget blir avblåst før det har startet.



3 INTERFERENCE

«Ikke blokkér pasientens egne ressurser»

På isen Interference er når du står i veien for spillet og hindrer en som ikke har pucken.

På kontoret Vi bedriver medisinsk interference når vi tar styringen for mye og kjører på med medisiner og kontroller som gjør pasienten mer til pasient enn nødvendig.

Vi skal ikke stå i veien for pasientens mestring ved å overta alt de egentlig kunne klart selv.



4 TRIPPING

«Ikke spenn bein på relasjonen»

På isen Tripping er når du feller motspilleren med kølla eller skøytene.

På kontoret Tripping skjer når vi er for raske till å avfeie pasientens tanker. Tillitsbalansen kan forstyrres, og pasienten kommer kanskje ikke tilbake.

La pasienten komme med sine tanker, selv om konklusjonen kanskje blir som vi tenkte.



5 DELAY OF GAME

«Ikke utsett det viktigste»

På isen Delay of game er når du forsinker spillet bevisst, som for eksempel å skyte pucken over vantet.

På kontoret Vi driver med delay of game når vi lar de vanskelige samtalene vente, og fyller timen med uvesentlige blodprøver og småprat i stedet.

Ta samtalen om rus, vold, psykisk helse eller arbeidsliv selv om det kan være ubehagelig.



6 TOO MANY PLAYERS

«Ikke for mange kokker rundt pasienten»

På isen Lagstraff når et lag har flere spillere på isen enn tillatt. Det skjer ofte etter et slurvete bytte der en ny spiller er på før den forrige er av.

På kontoret I klinikken vokser laget rundt pasienten: flere behandlere, kontroller og medisiner uten at noe avsluttes. Resultatet er manglende oversikt, fragmentert behandling og polyfarmasi.

Før vi starter noe nytt, bør vi spørre om noe kan avsluttes. Mindre kan være mer.

GJØR KLOKE VALG

Spill pasienten god. Stå oppreist selv.

Divisun®

kolekalsiferol

Fleksibel dosering med 3 ulike styrker for forebygging eller behandling av D_3-vitaminmangel.



Divisun (kolekalsiferol) 20µg, 50µg eller 100µg

- En gang daglig. Pasienters individuelle behov avgjør hvilken styrke som velges.
- Dosen skal justeres avhengig av ønskede serumnivåer av 25-hydroksykolokalsiferol (25(OH)D), sykdommens alvorlighetsgrad og pasientens respons på behandlingen.
- Dagsdosen bør ikke overskride 100µg (4000 IE). Kan tas med eller uten mat, kan svelges hele eller knuses ved behov.
- Individuell refusjon for Divisun med blåreseptsøknad, ifølge § 5-14, blåreseptforskriften, sendes via tjenesteportalen for helseaktører.

Kodene for individuell refusjon finner du ved å lese av QR-koden.[1]

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

- Kontraindisert ved sykdommer og/eller tilstander som fører til hyperkalsemi eller hyperkalsiuri.
- Kontraindisert ved nefrolitiasis, nefrokalsinose og hypervitaminose D.
- Nedsatt nyrefunksjon: Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon kan andre former for vitamin D være nødvendig. Brukes med forsiktighet ved nedsatt nyrefunksjon. Effekt på kalsium-og fosfatnivået bør kontrolleres.
- Bør forskrives med forsiktighet ved sarkoidose og bør kontrolleres mht kalsiuminnhold i serum og urin. Ved langtidsbehandling bør kalsiumnivåene i serum kontrolleres og nyrefunksjonen kontrolleres ved målinger i serumkreatinin. Spesielt viktig hos eldre som bruker hjerteglykosider eller diuretika, og de med stor tendens til caculusdannelse.
- Divisun inneholder isomalt, sukrose og natrium.

Oppbevaring: Maks 30°C, i originalpakningen for å beskytte mot lys og fuktighet.
Pakninger og priser: Reseptgruppe C. Alle styrker inneholder 90 tabletter i blisterpakning. 20 µg: kr 127,- 50 µg: kr 306,80 og 100 µg: kr 423,50.

Ytterligere informasjon preparatomtalen, SPC:

- Divisun SPC: 800 IE, 2000IE og 4000IE (30.06.2023)

Referanse: 1. Helsedirektoratet, rundskriv, stønad ved helsetjenester, vedlegg 1 til § 5-14 legemiddellisten, https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/vedlegg-1-til--5-14-legemiddellisten/virkestoffer/kolekalsiferol-vitamin-d3, lest 30.10.2025

Viatris AS | Hagaløkkveien 26, PB 194, 1371 Asker,
Norway infonorge@viatris.com – www.D-vitaminmangel.no

NO-DIVI-2025-00010 | 11.2025

VIATRIS

Ian McWhinney
– *en aktuell hundreåring*

NJÅL FLEM MÆLAND • *Avtroppende redaktør i Utposten*
KARI THORI KOGSTAD • *Redaktør i Utposten*

Ian R. McWhinney ble født i 1926 og døde i 2012. Han regnes som en helt sentral skikkelse i utviklingen av allmennmedisin på mange plan; som et eget fag, som en naturlig del av medisinutdanningen og som et eget forskningsområde. Han tituleres derfor ofte som «Father of Family Medicine». I læreboken *Textbook of Familiy Medicine* beskrev han faget allmennmedisin som et fag i seg selv, og ikke som et fag bestående av en sum av mange andre fag.

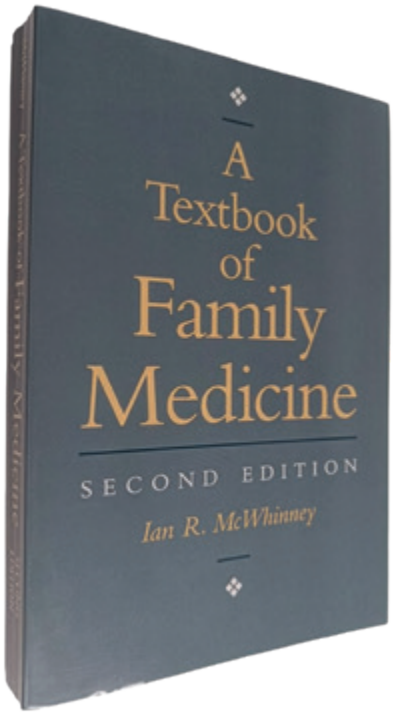


Hundreåringen omtales både som allmennlege og som filosof, og før vi går videre, vil vi dele med leseren noen av formuleringene vi har funnet i skattekisten av hans tekster:

> «Allmennlegen er dedikert til personen, ikke til en person med en bestemt sykdom.»
>
> «Hvis vi allmennleger skal dekke oppgaven vår, er det helt essensielt at vår hengivenhet er betingelsesløs, pasientene må føle seg trygge på at de aldri vil få høre «dette er ikke mitt felt.»
>
> «Å være en helbreder er å hjelpe pasientene til å finne sin egen vei gjennom sykdommens prøvelser til en ny helhet.»
>
> «Av alle medisinens disipliner opererer allmennmedisinen med den høyeste graden av kompleksitet.»
>
> «I en fersk lederartikkel skrives det: «Migrene er en nevrobiologisk og ikke en psykologisk lidelse.» Hvorfor kan den ikke være begge deler?»
>
> «Vårt terapeutiske verktøy er oss selv, i en helbredende relasjon.»
>
> «Vi kan bare ivareta pasientens emosjoner om vi kjenner våre egne, men selverkjennelse er neglisjert i medisinsk utdanning, kanskje fordi veien til slik kunnskap er så lang og hard.»
>
> «Uansett hvor mektig vi er i vår beste alder, så kan vårt fall til maktesløshet bli plutselig og utålelig. Vi er da heldige om vi kan finne en helbreder som kan gjøre vårt fall mindre skremmende og vår landing ikke uten en viss ynde.»

Sitatene over er nokså fritt utvalgt og oversatt, men viser bredden i Ian McWhinney sin tenkning og formuleringsevne. Vi mener han bør hedres, og det er tanken bak





denne artikkelen. Vi vil gjøre det ved å referere hans livshistorie og ved å reflektere litt rundt noen av hans prinsipper og læresetninger. Vi vil også trykke et utdrag fra en ikonisk artikkel fra ham og hans forskningsgruppe. I vår tekst har vi brukt de norske ordene «allmennmedisin» og «allmennlege» som synonym til de engelske «family medicine» og «family doctor».

Fra England til Canada

Ian R. McWhinney ble født i Burnley i England i 1926. Han ble uteksaminert lege i 1949, og det kan se ut til at han litt tilfeldig i 1954 begynte å jobbe hos sin allmennpraktiserende far. McWhinney beskriver møtet med en åpen allmennpraksis som overveldende. Han hadde intet klart begrep om hva det ville si å være allmennlege. Han oppfattet seg selv som indremedisiner, men oppdaget at denne tilnærmingen ikke fungerte. Spesielt to problemstillinger opptok ham: Hvordan hjelpe pasienter med vage problemstillinger? Hvordan stille diagnoser tidlig i et sykdomsforløp?

Han ble på den tiden med i et fellesskap av allmennleger. Et aktuelt tema der var utdanning av leger som jobbet i åpen, uselektert allmennpraksis. I gruppen oppsto spørsmålet om definisjon av faget allmennmedisin. Det var vanlig å tenke om allmennmedisinen at det rett og slett var den legegjerningen man gjorde om man ikke spesialiserte seg, en slags «rest». Han stilte seg spørsmålet: Kunne det være at allmennmedisinen var noe mer?

Som et resultat av disse spørsmålene skrev han sin første bok, *Early Signs of Illness*. I denne boken baserer han seg på observasjoner han systematisk gjorde i sin egen kliniske praksis. Han skrev også artikler i *The Lancet* der han forsøkte å beskrive allmennmedisinen som en akademisk disiplin. I 1966, 40 år gammel, fikk han tilbud om å lede et institutt for allmennmedisin i Western Ontario, Canada. Familien tok den tunge beslutningen om å forlate England og flyttet til Canada.

Ontario og medisinutdanning

McWhinney oppdaget raskt at fakultetet ikke virkelig forsto hva allmennmedisin var, og heller ikke forsto hvorfor faget burde være en del av medisinutdanningen. Det var også vanskelig å få gehør for tanken om at allmennmedisin må læres utenfor sykehuset, i en uselektert praksis. Disse utfordringene satte retningen for mye av det han skrev og for undervisningen hans.

På sine godt voksne dager ble han opptatt av legens rolle som helbreder, som en kontrast til den mer tekniske medisinen. Han opplevde at egne helseproblemer økte forståelsen av de åndelige aspektene i livet og i medisinen. Videre beskrev han vanskelige møter med pasienter som har plager vi leger ikke forstår, når vi blokkeres av et skille mellom kropp og sjel. Særlig trakk han frem pasienter med kroniske smerter. Vi leter etter en årsak, som om det alltid er en ekstern faktor som angriper kroppen. Vi ender da opp med ikke å kunne hjelpe, og med pasienter som føler seg avvist av legene.

Ian McWhinney døde i Saskatoon, Canada, i 2012, 85 år gammel.

Prinsipper for allmennmedisin

Ian McWhinney var gjennom livet opptatt av å beskrive hva allmennmedisinen er, og av å forklare hvorfor den er noe mer enn summen av alle de medisinske fagene. Han definerte faget og dets verdigrunnlag i form av ni prinsipper for allmennmedisin (1). Enda viktigere for oss forfattere er en annen og senere artikkel, med den vakre tittelen *The Importance of being different* (2). Her beskriver han fire grunnleggende forskjeller på allmennmedisin og andre medisinske spesialiteter. Disse fire er:

1. Allmennmedisinen, som den eneste medisinske disiplinen, definerer seg ut fra relasjoner, ikke fra sykdom, organsystemer eller teknologi.
2. Allmennmedisineren tenker på individuelle pasienter, ikke på abstraksjoner.
3. Allmennmedisinen er basert på en organisk heller enn en mekanistisk forståelse av biologien.
4. Allmennmedisinen overskrider en dualistisk forståelse av mennesket.

Artikkelen, som kom i 1996, er fortsatt vel verd å lese. Det er ikke bare disse fire punktene i seg selv som gjør den aktuell. Forklaringene av dem inneholder enkeltsetninger som er rene gullkorn. Han henter også fram en passasje fra Umberto Ecos store verk, *Rosens navn*, for å beskrive hva allmennmedisin er og dermed også hva allmennmedisinsk akademia er. Vi er i Toscana, der de grønne åsene ligger etter hverandre. På lang avstand ses dyr på beite, går en nærmere, ser en at det er hester, og kommer en helt nær vil en gjenkjenne naboens hest. Dette siste fenomenet, å se noe



26. april 2006 i Edmonton i provinsen Alberta ble Ian McWhinney (til høyre) innlemmet i Canadian Medical Hall of Fame.

kjent helt nært, er allmennlegens perspektiv, sier McWhinney. Vi ser ikke hester, vi ser *hesten.* Allmennmedisineren beskriver faget sitt gjennom konkrete pasienterfaringer. Vi tenker at dette er en høyst relevant beskrivelse av faget vårt også i 2026.

Flere av sitatene i starten av denne artikkelen er hentet fra artikkelen «The Importance of being different», så hvis du fristes til å lese *én* McWhinney-tekst: Les denne! I løpet av et langt akademisk liv publiserte han ikke mer enn litt over hundre artikler, under to artikler per år (3). Det viser tydelig at han satte kvalitet framfor kvantitet.

Pasientsentrert metode

Pasientsentrert metode har flere røtter og kan ikke ensidig tillegges én person. Selve begrepet har vi fra Michael Balint (4). Vi mener likevel at ingen har beskrevet metoden bedre enn McWhinney og hans team, i artikkelen «The Patient-Centered Clinical Method. A Model for the Doctor-Patient Interaction in Family Medicine» i tidsskriftet *Family Practice* (5). Her brukes begrepet i en allmennmedisinsk kontekst. Forskningsgruppen viste også at metoden bedret pasientenes helse, økte deres følelse av velvære og ga økt fornøydhet med helsetjenester. Metoden og tankegangen bak den oppleves i dag som en naturlig og nødvendig del av forsvarlig allmennpraksis.

Grunnlaget for metoden er forståelsen av at legen og pasienten har ulike agendaer. Begge disse må utforskes i samtalen slik at det er mulig å komme til en felles forståelse. Legens (tradisjonelle og tillærte) agenda er å stille diagnose, å avdekke og å forstå sykdom. Det gjøres ved å utforske symptomer og sykehistorie, samt ved å undersøke pasienten og ved å ta prøver. Pasienten har sine egne forventninger til hva legen bør gjøre og til hvordan plagene skal forstås. Ofte har pasienten også frykt for hva som kan ligge bak symptomene. For å utforske pasientens agenda kan legen stille konkrete spørsmål. En annen ferdighet er å følge opp vage utsagn fra pasienten uten å la seg lede på avveie. Legens oppgave er altså todelt: å forstå sykdommen, men også å forstå pasienten. Først når begge disse agendaene er ivaretatt og beskrevet, kan man få en meningsfull integrasjon av legens og pasientens verden. Håndtering av pasientens problem må da gjøres i henhold til den individuelle pasientens behov.

Essensen i den pasientsentrerte metoden er at legen må være åpen for og oppmerksom på pasientens stemninger, følelser, kroppsspråk og utsagn. Nøkkelen er aktiv lytting. Å lytte er mer enn en jobb for ørene; det er en øvelse i oppmerksomhet og krever et åpent hjerte. Det er ikke mulig om legen er utelukkende konsentrert om å følge et kart eller en plan, eller bruker sin tankekraft på å planlegge sitt eget neste utsagn. Det er heller ikke mulig hvis legen er distrahert av egne følelser.

I artikkelen om pasientsentrert metode gis det et vakkert eksempel på to dialoger mellom lege og pasient. Dette er eksempler med skjønnlitterære kvaliteter. I den første dialogen følger legen sin legestyrte agenda. I den andre er legen pasientstyrt, lytter aktivt og tilstedeværende og følger opp vage utsagn fra pasienten. Disse dialogene står seg like godt i dag som da de ble skrevet, som pedagogiske eksempler og som inspirasjonskilder til god klinisk praksis.

Vi i *Utposten* syns dialogene har så stor verdi at vi gjengir dem i sin helhet. Vi publiserer dem i sin originale språkdrakt, som en hyllest til Ian R. McWhinney og som en gave til dere lesere. God lesning!

REFERANSER

1. Teaching the principles of Family Medicine, Can. Family Physician, 1981 May; 27 801–804.
2. https://bjgp.org/content/bjgp/46/408/433.full.pdf
3. Reflecting on Dr Ian McWhinney, Nicholas Pimlott, Can Fam Physician, 2012 Nov; 58(11): 1187.
4. Balint M et al. Treatment or diagnosis: a study of repeat prescriptions in general practice, Toronto: J.B. Lippincott, 1970.
5. Levenstein JH et al: The Patient-Centred Clinical. Method. 1. A Model for the Doctor-Patient Interaction in Family Medicine, Family Practice, 1986 Vol 3, No 1, s 24–30.

■ NFLEM@ONLINE.NO ■ K-TKOGS@ONLINE.NO

Dialog fra «The Patient-Centred Clinical Method. 1. A Model for the Doctor-Patient Interaction in Family Medicine, Family Practice»

The following example, based on recent experience, will serve to illustrate the method: A 68-year-old male patient, who had recently been operated on for a benign stricture of the sigmoid colon presented for a routine follow-up office visit. The patient, a retired Roman Catholic priest, had very recently taken up residence in a retirement home for ageing clergy. All these facts were known to the doctor. The interaction has been reconstructed in two ways to illustrate the disease- and patient-centred methods.

The Disease-Centred Method

Doctor Hello Father Smith, how are you today?

Patient Fine – except for my headache...

Doctor ...and your operation, how's that going?

Patient Fine.

Doctor Bowels working?

Patient Yes.

Doctor Appetite?

Patient A bit poorly.

Doctor Have you lost any weight?

Patient No.

Doctor Well, obviously your loss of appetite hasn't affected anything, so it can't be too bad? Any nausea or vomiting?

Patient None.

Doctor Any pain at the operation site?

Patient Not really.

Doctor Are you eating the bran we recommended?

Patient No.

Doctor You must please stick to our recommendations. We don't want any recurrences.

Patient (sighing) Yes.

Doctor Good, well the operation seems to have been a success and there don't seem to be any complications. Have you any other complaints?

Patient I have this headache.

Doctor Is your vision affected?

Patient No.

Doctor Any weakness or paralysis of your limbs?

Patient No.

Doctor Where are your headaches?

Patient At the back of my head.

Doctor Do they throb?

Patient Yes.

Doctor How long do they last?

Patient About four hours.

Doctor What takes them away?

Patient I just lie down.

Doctor How often do they come?

Patient About twice a week.

Doctor How long have they been there for?

Patient Ever since I've been at the home.

Doctor Good, well you needn't worry – it can't have anything to do with your operation. They are tension headaches. Perhaps we can give you some paracetamol for it. The home you have just moved into seems to have beautiful gardens.

Patient Yes.

Doctor It really is good of the church to care for its elderly and it must be comforting to have company.

Patient Yes.

Doctor Well good. Come and see me in a month's time and we'll see how things are going. Take care.

The Patient-Centred Method

Doctor Hello Father Smith, how are you today?

Patient Fine, except for my headaches.

Doctor What about your headaches?

Patient Well, I've been getting them about twice a week at the back of my head and they bother me so I can't do anything, and I have to lie down.

Doctor You can't do anything? What's that like for you?

Patient It's frustrating, they're interfering with the writing I want to get done and nobody seems to understand...

Doctor Understand?

Patient All the other priests are so old and decrepit in that place. All they can talk about is their aches and pains. I'm ashamed to say they make me sick.

Doctor Why are you ashamed?

Patient Well, I shouldn't really talk that way about them, they mean no harm... I feel so guilty about it.

Doctor What do you mean guilty?

Patient I feel that my anger is unjustified, I'm so frustrated that no one understands that I wish to write.

Doctor It must be frustrating...

Patient Yes, it is and my headaches – my headaches make it worse.

Doctor When did they first start?

Patient Ever since I've been at the home.

Doctor Why do you think that is?

Patient I... don't know, I haven't really thought about it... do you think it's tension? ... I mean the people at the home... is it possible?

Doctor What do you think?

Patient Well the whole situation at the home does trouble me.

Doctor Would you like to talk about it more?

Patient No, not now, perhaps later.

Doctor Well, feel free to discuss it anytime you like.

Patient Mmm, mmm, I will.

Doctor Well, how are things going after your operation?

Patient It seems okay.

Doctor What do you mean, it seems okay?

Patient Well I don't seem to be eating well and I can't stand that bran. In fact I have no appetite for food.

Doctor What do you think that could be due to?

Patient I wonder if it's due to the tension I'm feeling?

Doctor Mmm, mmm.

Patient I will really think about what we've said and come back to see you again.

Doctor Fine, anything else today?

Patient Fine, everything is fine, except I get a funny feeling on my scar.

Doctor A funny feeling?

Patient Yes, it seems a bit numb... I hope it's not serious.

Doctor It's probably a little nerve that supplies the skin that was cut during the operation. Nothing to be concerned about.

Patient I'm glad it's only that. I was quite worried.

Doctor Anything else you'd like to discuss?

Patient No, everything else is fine.

Doctor Good, would you like something for your headaches?

Patient Thank you, but I don't think it's necessary.

Doctor I'd like to see your wound in a month's time, but we can get together earlier if you'd like to.

Patient Fine, I'll be in touch, Doctor.

Anzupgo®
(delgocitinib)

Introduksjon til

Anzupgo®▼
(delgocitinib)

Den første og eneste topikale pan-JAK-hemmeren for behandling av moderat til alvorlig kronisk håndeksem.[1-4]

- Dokumentert effekt i flere CHE-subtyper[1-3*†]
- Påføres to ganger daglig[1‡§]
- Dokumentert sikkerhetsprofil opptil 52 uker[1,2,5‖¶]



Bildet kan avvike fra den faktiske forpakningen.

Kontraindikasjoner:
Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler:
Ikke-melanom hudkreft (NMSC), hovedsakelig basalcellekarsinomer, er sett hos pasienter behandlet med topikale JAK-hemmere.

Bivirkninger:
Vanlige: Reaksjoner på påføringsstedet.

Anzupgo® er indisert til behandling av moderat til alvorlig kronisk håndeksem (chronic hand eczema, CHE) hos voksne der topikale kortikosteroider er utilstrekkelige eller uhensiktsmessige.[1]

* CHE-subtyper i henhold til ESCDs retningslinjer (2015). I DELTA 1 og 2: 35,9 % atopisk håndeksem, 21,5 % hyperkeratotisk eksem, 19,6 % irritativ kontaktdermatitt, 13,9 % allergisk kontaktdermatitt, 9,1 % vesikuløs håndeksem (pompholyx), og 0,1 % kontakturtikaria/proteinkontaktdermatitt.[1,6]
† I DELTA 1 og 2 ble det primære effektmålet oppnådd: IGA-CHE 0/1 (symptomfri eller nesten symptomfri) ved uke 16 med minst 2 trinns forbedring fra baseline.[1,2]
‡ Påføres på den berørte huden på hender og håndledd, til huden er symptomfri eller nesten symptomfri. Det anbefales at kremen påføres med cirka 12 timers mellomrom.[1]
§ Behandlingen skal gjenopptas dersom tegn eller symptomer på CHE kommer tilbake. Behandlingen bør seponeres hvis det ikke er tegn til bedring etter 12 ukers kontinuerlig behandling.[1]
‖ Sikkerhetsprofilen for Anzupgo® har vært studert i tre kliniske studier, med oppfølging opptil 52 uker i DELTA 3.[1,2,5]
¶ Ikke-melanom hudkreft (NMSC), hovedsakelig basalcellekarsinomer, har blitt rapporter hos pasienter behandlet med topikale JAK-hemmere. Regelmessig hudundersøkelse av påføringsstedet anbefales for alle pasienter, spesielt dem som har risikofaktorer for hudkreft.[1]

CHE, chronic hand eczema (kronisk håndeksem); IGA-CHE, Investigator's Global Assessment for Chronic Hand Eczema; JAK, januskinase.

Referanser: 1. Anzupgo® (delgocitinib) SPC. Oktober 2025. **2.** Bissonnette R, et al. *Lancet*. 2024;404(10451):461–473. **3.** Dubin C, et al. *Ther Clin Risk Manag*. 2020;16:1319–1332. Erratum in: *Ther Clin Risk Manag*. 2021;17:233. **4.** Tanimoto A, et al. *Inflamm Res*. 2015;64(1):41–51. **5.** Gooderham M, et al. *J Am Acad Dermatol*. 2025;93(1):95–103. **6.** Diepgen TL, et al. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2015;13(1):e1–22.2015;13(1):e1–e22.

▼Anzupgo® (delgocitinib) 20 mg/g krem.

Indikasjon: Behandling av moderat til alvorlig kronisk handeksem (Chronic Hand Eczema, CHE) hos voksne der topikale kortikosteroider er utilstrekkelige eller uhensiktsmessige. **Dosering:** Et tynt lag påføres to ganger daglig på den berørte huden på hender og håndledd til huden er symptomfri eller nesten symptomfri. Det anbefales å påføre kremen regelmessig, med ca. 12 timers mellomrom. Ved tilbakefall av tegn/symptomer på kronisk handeksem (oppblussing) bør behandling av de berørte områdene gjenopptas to ganger daglig etter behov. Behandlingen bør seponeres hvis det ikke er tegn til bedring etter 12 ukers kontinuerlig behandling. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Ikke-melanom hudkreft (NMSC), hovedsakelig basalcellekarsinomer, er sett hos pasienter behandlet med topiske JAK-hemmere. Regelmessig hudundersøkelse av påføringsstedet anbefales for alle pasienter, spesielt dem som har risikofaktorer for hudkreft. Som et forsiktighetstiltak er det anbefalt å unngå bruk under graviditet.**Bivirkninger:** *Vanlige:* Reaksjoner på påføringsstedet. **Se Felleskatalogen for mer informasjon. Pakninger, priser** 1 tube med 60 g, 11 113,90 kr. **Reseptgruppe:** C **Basert på SPC datert:** 23.10.2025
REF-30814 mars 2026, LEO Pharma AS, Martin Linges Vei 25, 1364 Fornebu, info.no@leo-pharma.com

LEO Pharma AS
Martin Linges Vei 25 1364 Fornebu Norge | info.no@leo-pharma.com
MAT-93511 APRIL 2026 © 2026 Alle varemerker er registrerte av LEO Pharma A/S

Personen på bildet er ikke en ekte pasient.

Anzupgo®
(delgocitinib)

Tid for å la hender være hender[1,2]

Anzupgo® er den første og eneste topikale pan-JAK-hemmeren for behandling av moderat til alvorlig kronisk håndeksem.[3-6]



Bildet kan avvike fra den faktiske forpakningen.

Kontraindikasjoner:
Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler:
Ikke-melanom hudkreft (NMSC), hovedsakelig basalcellekarsinomer, er sett hos pasienter behandlet med topikale JAK-hemmere.

Bivirkninger:
Vanlige: Reaksjoner på påføringsstedet.

Anzupgo® er indisert til behandling av moderat til alvorlig kronisk håndeksem (chronic hand eczema, CHE) hos voksne der topikale kortikosteroider er utilstrekkelige eller uhensiktsmessige.[1]

JAK, januskinase.

Referanser: 1. Thyssen JP, et al. *Contact Dermatitis*. 2022;86(5):357–378. **2.** Grant L, et al. *Adv Ther*. 2020;37(2):692–706. **3.** Anzupgo® (delgocitinib) SPC. Oktober 2025. **4.** Bissonnette R, et al. *Lancet*. 2024;404(10451):461–473. **5.** Dubin C, et al. *Ther Clin Risk Manag*. 2020;16:1319–1332. Erratum in: *Ther Clin Risk Manag*. 2021;17:233. **6.** Tanimoto A, et al. *Inflamm Res*. 2015;64(1):41–51.

▼ Anzupgo® (delgocitinib) 20 mg/g krem.

Indikasjon: Behandling av moderat til alvorlig kronisk handeksem (Chronic Hand Eczema, CHE) hos voksne der topikale kortikosteroider er utilstrekkelige eller uhensiktsmessige. **Dosering:** Et tynt lag påføres to ganger daglig på den berørte huden på hender og håndledd til huden er symptomfri eller nesten symptomfri. Det anbefales å påføre kremen regelmessig, med ca. 12 timers mellomrom. Ved tilbakefall av tegn/symptomer på kronisk handeksem (oppblussing) bør behandling av de berørte områdene gjenopptas to ganger daglig etter behov. Behandlingen bør seponeres hvis det ikke er tegn til bedring etter 12 ukers kontinuerlig behandling. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Ikke-melanom hudkreft (NMSC), hovedsakelig basalcellekarsinomer, er sett hos pasienter behandlet med topiske JAK-hemmere. Regelmessig hudundersøkelse av påføringsstedet anbefales for alle pasienter, spesielt dem som har risikofaktorer for hudkreft. Som et forsiktighetstiltak er det anbefalt å unngå bruk under graviditet. **Bivirkninger:** *Vanlige:* Reaksjoner på påføringsstedet. **Se Felleskatalogen for mer informasjon. Pakninger, priser** 1 tube med 60 g, 11 113,90 kr. **Reseptgruppe:** C **Basert på SPC datert:** 23.10.2025
REF-30814 mars 2026, LEO Pharma AS, Martin Linges Vei 25, 1364 Fornebu, info.no@leo-pharma.com

LEO Pharma AS
Martin Linges Vei 25 1364 Fornebu Norge | info.no@leo-pharma.com
MAT-93512 APRIL 2026 © 2026 Alle varemerker er registrerte av LEO Pharma A/S

Ei handfull stille, *ved Stillehavet*

ALF DAVID ANTONI MYKLEBUST • *Fastlege i Bergen*



Når vart overlegepermisjon ein rett ein har som nærings-drivande fastlege? Kanskje aldri. Sjølv om ein ikkje får pengar eller poeng kan det likevel vere av det gode å ta ei reise ut av dei vante spora. Utposten ønska ei lita reisesoge frå det eg kalla min overlegepermisjon hausten 2025 til Big Island, Hawaii.

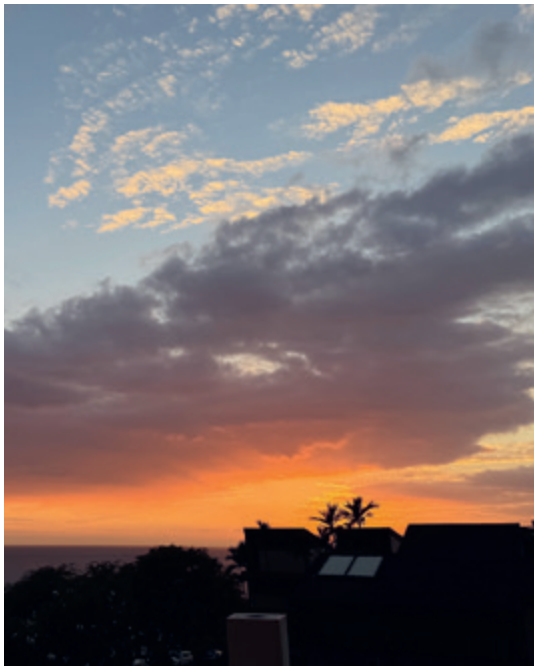




Det var ikkje slik at eg trengte det for å holde ut i fastlegearbeidet. Eg set stor pris på arbeidet, og gler meg ofte til pasientmøta og arbeidsfellesskapet. Og du kor nyttige vi er. Samfunnet hadde då ikkje fungert utan slike som meg og deg. Folk er sjuke, trøtte og bortkomne. Og ofte utan hyrde. Kom til meg, eg kan faktisk leie deg i mykje av dette vonde. Men er eg uunnverleg?

I ein veldig lik situasjon seier ein hyrde frå Nasaret «Kom med meg til ein aude stad der vi kan vera åleine, og kvil dykk litt!» (1). Og når kone og fire barn sa det same, så kjende eg at det kunne vere godt. Og styrete. Det lettaste er ofte å fortsette som før.

Klokka 05.56 samlast joggegjengen. Vi bur tett på misjonsbasen til University of the Nations, så vi pratar ikkje høgt så tidleg. Vi joggar stille forbi «flags» der 73 flagg er heist for landa som er representert på basen no. På øygruppa midt i Stillehavet treng vi berre svømmebukse, t-skjorte, sko og svømmebriller. Det lysnar raskt på veg ned til piren. Utanom når Ironman går av stabelen, er det fredeleg her på morgonen.



Temperaturen er behageleg som bassenget, men svart bunnstripe er bytta ut med fargerik fisk og korallar. Og flatt vatn med vekslande oppover og nedover-bakkesvømming. Månenedgang i havet når eg pustar til eine sida, morgonrødme over vulkantoppen når eg pustar til andre sida. Eg arbeider så mykje med ord. Berre kjenn no.

«Bakfrå og framanfrå omgjev du meg... Tek eg soloppgangens venger og slår meg ned der havet endar, då fører di hand meg jamvel der.» (2) Har diktaren av salmen også vore her?

Eit av dei sitata som har festa seg i meg frå 2025 kjem frå kollega Andreas Nydal: «Konsentrasjonsvansker og uro er vår tids sykdom, takket være et forrykt livstempo og diagnostisk hybris» (3).

Vi får gjerne også litt hybris av vår tids mange moglegheiter. Alt eg kan, får gjort og bidreg med, aukar også mitt indre tempo. Og dette tempoet roar seg ikkje ned så fort. Vårt sympatiske nervesystem har i ein hektisk arbeidskvardag lett for å henge seg litt opp. Forhåpentlegvis kan ein rolegare periode og avveksling hjelpe meg til å ta med meg «kvilekuren» inn i ein god, produktiv, berekraftig arbeidsstil.

Med senga klemt inntil eine veggen får eg plass til campingbord som pult ved vindauget der Stillehavet både høyrest og sjåast. I tre månader er dette arbeidsplassen min. Eg har skrudd av det meste av jobb. Men tek med ALIS-rettleiing over telefon, bistilling i SKIL, og litt dugnad i helsearbeidet på campus. Eit praksisbesøk hos ein amerikansk allmennlegekollega får eg også masa meg til. Eg har tid. Til å lese, skrive, surfe, tenke og be; sakte.

«Han let meg liggja i grøne enger, han fører meg til vatn der eg finn kvile.» (4)

Når ein skrur av fritids- og skulevarslar som Spond og Vigilo for fire barn, har det også sin kvileeffekt. Bortsett frå skuleopplegg på campus er organiserte aktivitetar bytta ut med fri leik og uorganisert surfing. Eg vil vere med mine barn. Og her får eg det til, både med å hjelpe til med lunsjservering og uokkuperte ettermiddagar.

Eg veit ikkje kva kuren for vår kulturs forrykte livstempo er. Men for meg er det god medisin å fylle på med stille, og med kvilande arbeid. Mest kort og dagleg, men gjerne også eit hav av stille i periodar. Kvar finn du di stille? Og korleis kunne din «overlegepermisjon» sjå ut?

REFERANSAR

1. Markus 6,31, Bibelen 2011, Nynorsk
2. Salme 139, Bibelen 2011, Nynorsk
3. Andreas Nydal. Når diagnosen uteblir, hva er det da? Tidsskrift for den norske legeforening. 2025 25.0152.
4. Salme 23, Bibelen 2011, Nynorsk

ALFDAVIDANTONI@HOTMAIL.COM



«Klarte det!»

Invitasjon til å skrive Utpostens julenummer 2026

Fireåringen roper «klarte det!» med stor fryd. Utropet kan komme etter at den siste pølsebiten er plassert i hjørnet av pizzaen, eller nederst i skibakken.

Vi i redaksjonen tror at slike opplevelser av mestring også kan fylle oss i voksenlivet. I årets julenummer inviterer vi våre lesere til å skrive en tekst som handler om noe som gikk bra. Kanskje kom suksessen etter strev og tårer? Utgangspunktet kan være noe du har klart alene – eller noe du har fått til sammen med andre, nettopp fordi dere var sammen om det.

Vi tar imot historier både fra legelivet og fra livet for øvrig. Er det en pasienthistorie du vil fortelle, husk å innhente tillatelse fra pasienten der det er mulig, og historien skal alltid anonymiseres.

Omfang: 500–1000 ord (om lag 1–2 sider). **Form:** Personlig essay
Illustrasjoner: Har du illustrasjoner eller fotografier du vil ha med, send disse til oss. Vi vil vurdere om de kan brukes. **Deadline:** Ditt bidrag må være levert før 1. oktober 2026. Kom gjerne med forslag til en passende tittel.

Etter mottatt førsteutkast vil redaksjonen jobbe videre med teksten sammen med deg. Vi håper du tar utfordringen! Det er lettere enn du tror!

Hilsen oss i Utposten-redaksjonen.

Ph.d. – Hvorfor det?

Om å se en gang til

HELEN BRANDSTORP • *Divisjonsdirektør kommunale tjenester og beredskap i Helsedirektoratet. Spesialist i allmennmedisin, tidligere fastlege og tidligere leder for Nasjonalt senter for distriktsmedisin i Tromsø*

Når dette skrives, er det ti år siden siste finpuss på avhandlingen min om trening av lokale, akuttmedisinske team. Spanias fotballag har akkurat blitt bejublet av milliarder. Hadde de den beste systematikken og det disiplinerte samspillet samt evne til å få mål ut av de mulighetene som oppstod, som lag?

Samtidig kan nok flere enn jeg trenge en påminnelse om hva man kan oppnå når kunnskapsutvikling skjer gjennom brede involverende prosesser, hvor ulike kompetanser og perspektiver gir bedre resultater. Hvordan ser forskerjobben for bedre teamtrening, med involvering, ledelse og læring ut med sommerens briller på – når jeg ser på den en gang til?

Hvorfor valgte du å ta denne graden?

Det viktigste dyttet over i forskning kom ikke fra andre forskere, men fra min nære medarbeider innen akuttmedisinsk teamtrening, Bjørgun Haugland, paramedic og fagutvikler ved ambulansetjenesten i UNN Harstad. Hennes uttrykk om «å ta en runde til» var like gjerne om kliniske vurderinger som de mer strategiske.

Etter flere ivrige år med diverse fagutviklingsprosjekter, kurs- og utvalgsvirksomhet samt *Utposten* ved siden av klinikken, måtte det en voksen dame, som fremdeles tok sine vakter, til for å overbevise meg. Et slikt forskningsløp var nødvendig for å få til den endring og forbedring vi begge så behov for.

Da jeg oppdaget aksjonsforskning – der man forsker *sammen med* folk og ikke *på* folk – fikk jeg tenning. Å være en deltagende og lyttende facilitator i stedet for instruerende instruktør var sentralt i det jeg hadde strevd etter fram til da, også som fastlege på flerkulturelle Tana helsesenter. Gjennom dykk ned i vitenskapsteori fant jeg rom for det samme innen forskningen. Det utvidet umiddelbart mitt syn på hva systematisk kunnskapsgenerering er og gav en

Allmennleger og ambulansearbeidere sammen for å lage kurs for LIS1. Artikkelforfatteren i midten. Bjørgun Haugland nummer to fra høyre på bakerste rad.





Helen Brandstorp i Helsedirektoratet desember 2022.

solid ramme og et fundament for min faglighet.

Jeg ville dessuten gjerne holde meg tett på pasientbehandlingen, gjøre noe som det var lett å se var nyttig og kunne bruke all min erfaring og nysgjerrighet på. Andre menneskers deling av tanker om hvordan ting henger sammen stimulerer meg på en helt annen måte enn tall og statistikk. Der er vi rett og slett temmelig forskjellige, har jeg erfart.

Gjennom kurs, konferanser og nettsamfunnet EYR møtte jeg dessuten flotte og like ivrige forbilder innen et mer fortolkende og kvalitativt paradigme. De ville jeg gjerne lære mer av.

Det var også motiverende å kunne jobbe grundig, gravende og konstruktivt kritisk. Lettvinte løsninger som ikke henger godt sammen, gir fort ubehagelig, kognitivt skurr – aha-opplevelser det motsatte. De er deilige, men kan forføre. Jeg trengte metoder for å sikre solid viten.

Hvordan var det?

Det var som å ta en lang tur gjennom en uoversiktlig og spennende jungel av nye oppdagelser, mennesker og muligheter. Etterpå kjennes det som å ha tatt en ekstra utdanning. Valgmulighetene og det tilsvarende ansvaret var enda større enn i den fleksible og givende spesialistutdanningen i allmennmedisin. Med veilederne Anna Luise Kirkengen (Oslo) og Peder Halvorsen (Alta) og både ambulansearbeideren Bjørgun og anestesilege Birgitte Sterud (da Østfold, nå fastlege i Nore og Uvdal) som del av forskningsgruppen, var jeg ikke alene. Men det var helt klart jeg som ledet an.

Dette ukjente landskapet bød på nye opplevelser som tverrfaglige kurs i aksjonsforskning i både Porto Alegre, Brasil og i Århus, dypdykk i kompleksitetstenkning under forskningsopphold ved McMaster i Canada, og tok meg til tanker og folk jeg ellers ikke ville ha møtt.

Forskning byr også på irriterende pirkete arbeidsøkter og flere mer monotone, repetitive transportetapper. Disse disiplinerte og samlet det lett stimulerte sinnet mitt. Sett i ettertid er forskningens systematikk og grundighet nødvendige for å oppdage nye mønstre, finne sprekker der nye tanker slipper til og klare å sikre både forankring og troverdighet gjennom metodisk stringens og transparens.

Dessuten var alle omgangene med kritikk fra forskningsgruppen og fagfeller både kjipe og veldig verdifulle. Etter år som effektiv og bedrevitende ekspert i fastlegestolen, som formidler og som kursholder, trengte jeg saklig kritikk jeg ikke kunne bortforklare, men måtte ta skikkelig hensyn til.

Hva fant du?

Jeg utforsket samspill i månedlige, akuttmedisinske teamtreningsøkter på legevakta i Alta gjennom 3,5 år. Selve modellen kjente jeg godt fra før, men sammen med forskningsgruppen min og lokale fokusgrupper gikk vi i dybden på tre ulike tema: 1) pasientdeltagelse ettersom pasientene oftest ble simulert av en kollega, 2) lederskap som samhandling, under treningene og 3) lokal læring som sosialt fenomen. Ettersom måten å forske på var ny blant leger og kanskje ukjent fremdeles, vil jeg forklare den aller først.

Jeg var deltagende observatør gjennom ett år. Teamtreningene var i egne lokaler, med eget utstyr og egne kolleger som både facilitatorer og deltagere. To simulerte hendelser ble trent, hver med en debrief der alle fikk snakke om opplevelsen, om det som gikk bra og det som kunne vært gjort annerledes. I tillegg fokuserte vi i debriefene på samarbeid, roller, ledelse og kommunikasjon. Med to runder fikk teamet en sjanse til å gjøre det bedre på andre forsøk, noe de så godt som alltid gjorde.

Det var særlig debriefene som ble analysert: i tre omganger så hele forskergruppen på utskrifter av disse samtalene, med relevant teori som tre valgte linser. Samspill eller samhandling var dog et underliggende perspektiv.

De foreløpige resultatene ble etter tur tatt med tilbake til lokale fokusgrupper i Alta. Lokale fagfolk drøftet analysene fra et mindre teoretisk perspektiv enn det forskergruppen hadde. Samtidig hadde deltagerne i Alta større avstand til treningene enn i debriefene under trening. At avstanden gav rom for mer abstrakt og prinsipiell tenkning, så vi først under analyserunde tre. For også disse samtalene ble tatt opp og transkribert slik at forskergruppen fikk beriket og justert de første analysene.

Prosessen likner en høringsrunde som jeg kjenner fra forvaltningen, men mer grundig og utforskende. Fant vi noe uventet, var det som å finne gull. Slik er god forskning.

I den første runden fant vi et annerledes samspill med den simulerte pasienten enn forventet. Språkbruken i debriefene objektiverte både de simulerte pasientene og de lokale deltagerne, til tross for at alle var til stede. Denne verbale avstanden forklarte fokusgruppedeltagerne i Alta med at sånn må det være; avstand trengs for å holde hodet kaldt når det haster. Nærhet og empati får komme når det er rom for det.

I andre runde, om ledelse, fant vi at teamene hadde både utpekte ledere og praktiserte delt lederskap. Lederskapet endret seg gjerne idet situasjonen krevde en spesiell kompetanse. Ambulansen tok ofte ledelsen ute, men legen var gjerne den som oppsummerte, rapporterte videre og ledet inne på legevakta.

I tillegg var følgende prinsipper styrende: dedikasjon til oppgaven man stod i, å ta ansvar for både pasient og kolleger, en oppfatning av at ro var en indikator for godt teamarbeid. I komplekse settinger er slike ikke-uttalte verdier og prinsipper mer styrende enn man gjerne er seg bevisst.

Når det gjaldt læring, fant vi at deltagerne diskuterte en rekke forhold som viste mangefasettert læring, og at de bygget pasientsikkerhetskultur. De gjorde dessuten både sosiale og strukturelle endringer i løpet av studien, kunne vi høre og se. Vi fant læring på mange plan.

Modellen var ikke laget for å terpe eller oppnå spesifiserte læringsmål. Den fleksible strukturen til treningsmodellen gir rom for lokal virkelighet, speiler på mange måter kompleksiteten i medisinen og så ut til å gi rom for deltagernes egen ansvarlighet.

I fokusgruppesamtalene fikk vi også frem at de som trente mente at det gjorde dem bedre i jobben, og at det økte trivsel og trygghet på jobb. Vi konkluderte med at lokalt tilpasset teamtrening slik de gjør det i Alta, bør kunne inspirere andre.

I sammenskrivingen skrev jeg også om implementering. Det er ikke enkelt i teorien og heller ikke i praksis, tross et klart forskriftskrav.

Hvordan ser funnene ut med dagens øyne?

Funnene holder seg godt. Sett gjennom sommerens briller er det naturlig å trekke frem at trening i samarbeid, roller, ledelse og kommunikasjon hjelper før man skal prestere som team. Det har vært gøy å høre fotballeksperter snakke om samhandling og bruke begrepet relasjonelle ferdigheter. Det betyr ikke å være god på relasjoner, men at det er noe man kan sammen. Da Nyland etter kampen mot Brasil sa at han var trygg på at han ville redde straffesparket, tenkte jeg på kollegene som trener for å være trygge på at de gjør det som er mulig for å redde liv og helse.

De øver inn samhandlingsmønstre og blir kjent som individer, med styrker og svakheter. De får nesten automatisert det grunnleggende og frigjør slik kapasitet til å oppdage det som skjer i sidesynet – samt å tenke fremover.

Slik lavkosttrening in situ som BEST-treningene introduserte, blir dessuten stadig vanligere for å lære i mer komplekse settinger. Det samme gjelder pasientinvolvering i mange sammenhenger.

Endelig er det å se på ledelse som et samspill mellom flere parter, samt at styringen gjerne kan være litt i bevegelse, noe fotballbanen og situasjonen rundt pasienten har til felles.

Ansvarsfølelsen er nemlig gjerne godt fordelt, og oversikten bør med fordel komme alle til gode. Som formell leder kan du derfor godt gi andre tillit. Ledelse handler om å trygge, skape og dele oversikt og innsikt, å sikre at alle spiller de andre gode og mot samme mål.

Hva har ph.d.-en gjort med meg, livet mitt og karrieren min?

Erfaringen med hva brede, inkluderende prosesser gjør for kvaliteten på det vi holder for sikkert og sant, er nok det som har preget meg og karrieren min mest, sammen med en demokratisk innstilling til ledelse.

I et portrettintervju fra starten av forskningen min trakk Elisabeth Swensen dette ut som en slags essens: «Selv i opphetede situasjoner er det ikke overraskende at inkludering, tillit og respekt for hverandres styrke og svakheter er det som gir best uttelling.»

Jeg jobbet fremdeles med ph.d.-en da jeg tok over ledelsen av Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) i 2013. Fra å ha jobbet mye med fastleger i *Utposten*, i Norsk



Helen Brandstorp i 2016, samme år som avhandlingen ble levert .



Helen Brandstorp i Helsedirektoratet nå.

forening for allmennmedisin og annet helsepersonell i nasjonale grupper og utvalg, ble teamet utvidet med forskere fra helt andre fagbakgrunner og med nyttige korrektiv, akkurat som i ph.d-en.

Forskning er aktiv trening av nysgjerrigheten, lysten til å finne ut noe nytt. Da må behovet for selv å ha rett dempes. Man må ta seg tid til å lytte og til å se på tingene en gang til.

Endelig var nok både det å videreutvikle NSDM og siden å være divisjonsdirektør i Helsedirektoratet, under pandemien og videre, som nye langturer i uoversiktlig landskap. Jeg visste at man går tryggere i selskap med andre, med samme eller annen kompetanse.

Stadig handler det i stor grad om samspill i mindre team eller i større sammenhenger. Det handler om å skape arenaer for samarbeid, om å forstå roller, ansvar, hensiktsmessig kommunikasjon og hvordan ledelse både er utpekt og fordelt. Det handler om å samles i garderoben og om å få det til ute i offentligheten.

Igjen og igjen må vi ta en runde til, for det er alltid nyttig å stoppe litt opp, lytte og lære. I motsetning til i fotballen, skal ikke samspillet være rigget for eget lags seier over det andre. Målet er å spille på lag med flest mulig, for rettferdig ressursfordeling, trygge fellesskap og for å sikre god helse og gode liv til alle.

HELEN.BRANDSTORP@HELSEDIR.NO

Frontkollisjonen

Akershus Universitetssykehus har i forskningsøyemed startet en studie der de gjør PSA-sceening av alle 50-åringer i sitt opptaksområde. Utposten har fått trykke en pasienterfaring

ØYSTEIN MÜLLER • *Pasient*

Et vennlig «Hei!» høres samtidig som en hånd legges forsiktig på skulderen min.

Det er mørkt. Stemmer flyter rundt meg. Jeg åpner øynene mot et kritthvitt tak og et lys like sterilt som rommet jeg ligger i. Mennesker i grønne klær beveger seg inn og ut av synsfeltet. To øyne stirrer rett ned på meg, og et smil skjult bak munnbindet avsløres av noen fine rynker ved øynene.

En gryende redsel siger sakte innover. Kjenner jeg føttene mine? Ja, heldigvis, men de er blytunge. Jeg har ikke krefter til å bevege dem.

Så faller brikkene på plass og jeg husker hva som har skjedd. Jeg har vært i en ulykke – en frontkollisjon med min egen prostata!

Denne historien begynte aldri med et legebesøk for å få hjelp med en gryende uro. Ingen smerter. Ikke noe blod i urinen. Ingen nattlige dobesøk. Ingen mageføelse som sa at noe var galt. Den begynte som en helt vanlig mandag, lik de andre 1000 mandagene jeg har hatt de siste 20 årene siden jeg ble far for første gang. Jeg hadde akkurat fylt 50 år. Livet har gått på skinner. Sammen med kona mi, som jeg forelsket meg i på videregående, begynte vi å se konturene av en ny fase i livet. Kjærester som sitter rundt middagsbordet, barna på vei ut i voksenlivet – fremtiden føltes både trygg og forutsigbar.

Et lite pling i telefonen, lik alle andre pling, ble prioritert fordi avsenderen var uventet, nemlig Helsenorge: «Invitasjon til pilotstudie for tidlig oppdagelse av prostatakreft.» Jeg tenkte at etter mange år i Mor og Barn-studien og utallige svar på spørreskjema angående covid, er denne lille blodprøven et lite og enkelt engangsbidrag til forskningen.

På veg ut etter blodprøven fortærte jeg gledelig ispinnen, lykkelig uvitende om at denne blodprøven i morgen ville dele livet mitt i to, når studiesykepleieren skal fortelle om forhøyet PSA.

Telefonsamtalen med sykepleieren var starten på tre uker med MR, venting, biopsier, venting, konsultasjoner, venting, PET-skann, venting og utallige møter med min venn og uvenn – Google!

Hele tiden lette jeg etter forklaringer som kunne gjøre dette ufarlig. Kan syklingen til jobb ha påvirket prøven? Kan skyggene på MR bare være tegn på en betennelse? Jeg lette etter håp, selv når kroppen allerede visste det hodet ikke var klar for; telefonen fra sykehuset som sa: «Du har en aggressiv variant.»

Jeg sto på et kjøpesenter i Vestby da jeg fikk telefonen: For første gang steg en klar tanke frem fra de siste tre ukers tåkeheim. «Dumt de ikke ringte ti minutter før, for de to buksene jeg rakk å kjøpe nå, vil jeg ikke ha behov for...!» Tårene presset seg frem. Ikke fordi jeg forstod hva som ventet – det forstod jeg på ingen måte – men fordi livet, slik jeg hadde kjent det bare fem minutter tidligere, var borte. Nå er jeg «han med kreft»!

I tillegg til å avdekke kreft, avdekket screeningen også at følelsen av kontroll som gir trygghet i livet, er en ren illusjon. Et kraftig knyttneveslag røsket meg uforvarende ut av denne illusjonen. Ikke i en boksering forberedt på kamp, men listig og snikende i form av en ufarlig melding i innboksen på Helsenorge.

Operasjonen ble både et vanskelig og et enkelt valg, og nå ligger jeg altså her på operasjonsbordet. Nylig våknet opp, og ikke helt den samme som da jeg ble lagt i narkose for noen timer siden. Kateter, inkontinens og usikkerheten rundt ereksjonen er verken informasjon eller ord nå. Det er kroppen min.

For noen timer siden gikk jeg fra å være en frisk pappa til å bli en sykemeldt kreftpasient. Ikke fordi kroppen føles annerledes. Ikke fordi jeg kjente meg syk. Men fordi noen har sett noe jeg selv ikke ante fantes, noe jeg måtte gjøre noe med. Nå må jeg lære meg å leve med varige forandringer.

Pilotstudien og screeningen serverte meg sannheten før jeg hadde grunn til å være urolig, før jeg spurte om den, før jeg visste jeg ville ha den, før jeg var klar for den, men ikke en dag for sent. Den ble airbaggen som reddet meg fra noe som kunne blitt fatalt, frontkollisjonen med min egen prostata.

Takk!



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES

OYSTEINMULLER@OUTLOOK.COM

Fastlegeordningen er høyfebril

JO-ENDRE MIDTBU • *Fastlege i Tromsø og leder av Troms legeforening*

Rekrutteringen er fortsatt skjør, arbeidsbelastningen er stor, og de politiske diskusjonene går stadig høyere. Samtidig vet vi mer enn noen gang hva som faktisk styrker ordningen. Engasjementet går i taket både i media og rundt lunsjbordene. Jeg tolker dette først og fremst som en kjærlighet til ordningen. Vi godtar ikke at den ødelegges!

Å få være fastlege skal fortsatt være et privilegium, der vi får et unikt innblikk i folks liv og lidelse, og der vi kan bruke store deler av vår kunnskap og oss selv til å gjøre en forskjell. Ordningen driftes i en syrlig blanding av grunntilskudd og insentivlønn, som stimulerer fastlegenes effektivitet og beslutningsevne. Det lønner seg å stå på og være god. Dette er en ordning andre deler av helsetjenesten kan lære av!

Fastlegeordningen har lenge vært under angrep. Noen husker fastlegeordningens 15-årsjubileum i Tromsø i 2016. Det som skulle være en festaften for fastlegeordningens fortreffelighet, ble (noe uventet for etablissementet) et bombardement av ytringer fra store og små om oppgaveoverføring, samhandling uten samarbeid, legeflukt og overarbeid på de gjenværende. Opp spratt Trønderopprøret, Tromsømodellen og mange andre initiativ for å få frem at vi trenger flere fastleger i arbeid, slik at vi kan fortsette å gjøre den fantastiske jobben vi gjør for en stadig økende og aldrende befolkning.

Nå gjøres det klart til «fest» igjen. Denne gang er det 25-årsjubileet som feires. Programmet er mildest talt spennende, og opprøret på Allmennlegeinitiativet og andre sosiale medier, likeså.

Her er seks grep jeg mener vil gjøre fastlegeordningen godt:

1

Økt basistilskudd og knekkpunkt

Jeg ønsker en reinnføring av knekkpunkt og flere fastleger.

Tromsø kommune fortjener ros for Tromsømodellen, som siden 2021 har sikret vesentlig økt basistilskudd opp til et knekkpunkt på 1000. Slik har byens fastleger kunnet redusere pasientlistene, gi plass til nye nullhjemler, og ikke minst har fastlegene fått bedre tid til å gjøre en god jobb med pasientenes stadig mer sammensatte helseplager. Fastlegenes jobbtilfredshet har skutt i været, kommunale stillinger inkludert legevakt er besatt, og rekrutteringen av nye fastleger har gått strålende. Dr. Dropins allmennlegetjeneste etablerte seg i Tromsø med langreiste allmennleger i 2025. Tilbudet har ifølge mine opplysninger i praksis kun vært benyttet av noen skarve turister. Det er angivelig nå ikke lenger mulig å bestille seg legetime der. En bedre attest kan vel knappest en fastlegeordning i en kommune få! Økt basistilskudd begrenser ubehaget og ulikhetene vi ser i dagens takstpraksis. Etter min mening bør basistilskuddet videre opp. Erfarne fastleger jeg har snakket med her i Tromsø, som var én av pilotkommunene i fastlegeforsøket før år 2000, uttalte at «jeg har aldri hatt det så bra som i fastlegeforsøket, da vi fikk 50 prosent av inntekten som basislønn, og 50 prosent basert på insentiv». Jeg sier ikke at vi skal dit, men vi har mer å gå på. I tillegg til å legge til rette for flere fastleger i arbeid og mer tid per pasient, gir dette også et snev av basal sosial trygghet ved fravær osv., noe som spesielt den yngre delen av kollegiet setter pris på. En forutsetning for listereduksjon og dermed flere fastleger i arbeid (rundt 1000 nye fastleger nasjonalt?), er at knekkpunktet gjeninnføres. Da vil det ikke lenger «lønne seg» med de største listene, og økonomien vil kanaliseres til flertallet som bruker tid og har anledning til å gå grundig inn i pasientenes problemstillinger.

2

Takstsystemet må forenkles betydelig

Målet bør være et takstsystem som er logisk bygget opp, lettere å forstå, enklere å praktisere og med færre tolkningsproblemer. Etter oppgjøret 1. juli i år, er dette forhåpentligvis åpenbart for de fleste. Det er i dag så mange tolkningsvariasjoner, dokumentasjonskrav og stadig nye eller endrede takster, at ordningen fremstår nærmest komisk. Den er nå så komplisert at det nesten kreves en spekterdiagnose for å henge med! Forenkling av takstsystemet begrenser feilbruk og vil bidra til en felles forståelse og endelig også til et enklere tilsyn. Billige politiske poeng kan i dag sette avtrykk rett i legenes taksthefte, selv om det går på bekostning av legens integritet og befolkningens tillit. Innføringen av sykmeldingstakstene, og da spesielt 2j – 50-lappen for en konsultasjon som omtaler arbeid/jobbmestring, men som ender med at pasienten ikke blir sykmeldt, illustrerer galskapen, og harseleres nå med av nesten alle andre enn ministeren selv. Legeforeningens forhandlingsdelegasjon burde etter min mening brutt forhandlingene i juni i år, for her krysset ministeren en grense.

3

Den kommunale nettlegeordningen må avvikles raskt

Ordningen med den kommunale nettlegen uthuler fastlegeordningen, og står i direkte



Ny krise i fastlegeordningen gjenspeiles i media. COLLAGE GENERERT MED KI – CHATGPT

motsetning til Gjør kloke valg-kampanjen. Presset på de samlede helseressursene øker når uerfarne kollegaer som verken kjenner pasienten eller har tidligere journal, skal gjøre vurderinger uten å møte pasienten. Fastlegen kjenner pasientenes sykehistorie og livssituasjon, og kan prioritere ressursene til dem som trenger det mest. Fastlegene gjør per i dag millioner av digitale konsultasjoner årlig. Utfordringen for mange er samlet kapasitet, og ressursene som i dag går til nettlegeprosjektet bør heller brukes til å styrke fastlegeordningen ved å videreutvikle og styrke digitale løsninger. Det er all grunn til å være kritisk til den evalueringen som skal komme i etterkant av nettlegeprosjektet (høsten 2027). Ordningen er stadig justert både i omfang og utførelse. En skal altså sammenligne pølser og bananer. Hvem skal bli spurt om hvordan ordningen har fungert? Pasientene som ikke vet bedre og lot seg blende av Helsedirektoratets rådyre reklameplakater om salg av fastlegetjenester som om det var sjampo? Eller engangslegene som har fått seg en trygg og tørrskodd sidekick? Siste tilskudd til helseministerens utvidede og forlengede pilot er at nettlegene ved Kristiansand legevakt nå har et nettlegeansvar for pasientene i Kvænangen kommune i Nord-Troms. Helsedirektoratet har vært bekymret for utviklingen, noe som har medført en kompensatorisk undervisningspakke for legene i Kristiansand for å gi kunnskap om kvensk kultur, avstander og lokale forhold. Ingen ansatte på kommunal legevakt (for eksempel i Kristiansand eller Oslo) kan presses mot sin vilje til å jobbe som kommunale nettleger. Jeg mener Legeforeningen bør fraråde sine medlemmer å ta jobb som kommunal nettlege. I normaltarifforhandlingene i år mistet fastlegene det skarve kveldstillegget for e-konsultasjoner når disse gjøres på kveld, natt, helg eller helligdag. I stedet for å prioritere en styrking av *ordningen* opprettholdt man den høyere taksten til den kommunale nettlegen som gjør jobben, bare dyrere og dårligere enn fastlegen. Også av den grunn burde Legeforeningen brutt årets forhandlinger.

4 Forhandlingsordningen til fastlegene må endres

I dag er det ikke reelle forhandlinger mellom Legeforeningen og staten om normaltariffen. Med det mener jeg at Legeforeningen ikke har konfliktrett slik vi kjenner det fra andre tariffområder, og hvis de bryter, må de godta statens ensidige nye taksforskrift, uten forsøk på upartisk megling og uten fare for streik. Dette har fungert greit i tiden med en noe tilbaketrukket politisk ledelse, og der trepartssamarbeidet mellom KS, HOD og Dnlf fungerte. Det gjør det åpenbart ikke lenger. Og det er ikke KS eller Dnlf sin skyld. Legeforeningen bør starte en utredning av alternative modeller for forhandlingsordning for fremtidens fastlegetjeneste.

5 Allmennlegeforeningen (AF) og Norsk forening for allmennmedisin (NFA) må bli ett

Aldri har Legeforeningen og AF/NFA fungert bedre enn under pandemien. Da var det kort vei mellom foreningene, og arbeidsgrupper hadde faget i fokus og holdt fastlegeordningen operativ på høyeste nivå gjennom en svært krevende periode. AF og NFA samarbeider på mange områder i dag, men forholdet må bli enda tettere, og da særlig i dialogen med staten og KS. Alt handler om hvordan vi kan bygge et system som legger til rette for gode pasientmøter og riktige prioriteringer. Forhåpentlig blir vi værende fastleger fordi jobben er verdens beste. Vi får hjelpe folk og familier gjennom mange faser og aspekter i livet. Gullet er kontinuitet, tid og tillit. Jeg mener jobbvalget ikke skal ha sin begrunnelse i økonomi og tariff, men i ønsket om å gjøre en god legegjerning. Da må NFA ha en større plass rundt det som i dag er AFs «bord.» Tettere sammen sikrer disse også en strategi og en stemme opp mot viktige beslutningstakere og premissleverandører i en fase der mange vil gripe inn i fastlegenes oppgaver, ansvar og daglige arbeid.

6 Fastlegene må gjøre jobben slik ingen andre kan

Til sist handler det først og fremst om dette: Kontinuitet, tillit, menneskekunnskap og respekt krysset med årelang utdanning og bred erfaring gir en uovertruffen mulighet til å treffe pasientene der de er. Dette gir best forutsetninger for å forebygge, lindre, trøste og iblant kurere. Fastlegetjenesten må være så god at pasientene aldri er i tvil om hvor de skal ta kontakt hvis de blir syke. Pasientene skal velge fastlegekontoret før legevakten (hvis det ikke virkelig er nødvendig øyeblikkelig hjelp) og de skal velge fastlegen før ulike dr. Dropouts. Dette er først og fremst et personlig ansvar og en forpliktelse for hver enkelt av oss.

Holder vi fast på dette, vil det meste andre falle på plass. Fastlegeordningens styrke ligger ikke først og fremst i finansieringsmodellene eller takstene. Styrken er gudestoffet – og gudestoffet er pasientenes tillit. Alle forslagene ovenfor har dette som mål:

Å gi fastlegen de beste forutsetningene for å gjøre den jobben bare fastlegen kan gjøre. Og som vi, i all beskjedenhet, utvilsomt gjør best!

Feber går vanligvis over. Helseministre likeså.

POTETSALAT@GMAIL.COM

Viktig bok om utenforskap



Ann Christin E. Nilsen og Ove Skarpenes (red.)
Det samfunnsskapte utenforskapet
228 sider
Fagbokforlaget
ISBN 978-82-450-5893-2

Kan det hende at selve måten vi forstår og snakker om utenforskap på bidrar til å skape mer utenforskap? Dette er det gjennomgående spørsmålet i denne boken, som bidrar med viktige og utfordrende perspektiver, både til samfunnsdebatten og til utforming av lokale folkehelsetiltak.

Forfatterne understreker at ungt utenforskap er et reelt og alvorlig problem, og skriver at intensjonen deres er å formidle et «kritisk og sosiologisk blikk på hvordan utenforskap forstås, måles og håndteres». Et slikt blikk er velkomment fordi vi trenger disse grunnleggende spørsmålene om hvordan vi ofte tenker vanemessig og forenklet om utenforskap.

Antologien er redigert av to professorer fra Institutt for sosiologi og sosialt arbeid ved Universitetet i Agder. Kapitlene har gode overskrifter som viser vei inn i temaene, for eksempel: *Barn i risiko: Om hva risiko er og gjør med de profesjonelle, de risikable og de som er i risiko og Bekymringsvekkende skolefravær: nærvær avler fravær*. I hvert kapittel er det analyser og resonnementer som både utforsker og problematiserer.

Det siste kapittelet, *Utfordringer med utenforskap*, sammenfatter hovedbudskapet formulert i fem utfordringer. Dette er et fint pedagogisk grep, og kapittelet kan gjerne leses først for å få oversikt og retning inn i lesingen:

1. Innenforskapet er for trangt
2. Kategoriene er for vide
3. Kategoriene kan skape og forsterke utenforskapet
4. Hvem skal ha makten til å definere problemet?
5. Kan tiltakene mot utenforskapet forsterke de strukturene som skapte det opprinnelige utenforskapet?

Bekymringsblikk på dem som er utenfor

Analysene i boken tar for seg hele velferdsstatens styringslinje og illustrerer på denne måten hvordan forståelser og begreper fra individpsykologien og økonomifaget forplanter seg fra NOU-er til regelverket og faglige prosedyrer, modeller og metoder. Det er særlig interessant å lese kritikken av hvordan de som arbeider med barn, unge og familier oppøves til et bekymringsblikk for å lete etter individuelle problemer og risiko.

I flere kapitler minnes vi på at statistikk og kategoriseringer ikke er nøytrale virkemidler, men at de også kan være foreskrivende (preskriptive). Kategorisering kan ha performativ kraft og kan bidra til å skape mer av det vi ønsker mindre av. Begreper bærer budskap. Spørsmålet «How does it feel to be a problem?» ble formulert allerede i 1897 (s. 146), men dette perspektivet glemmes altfor ofte i vår tiltaksiver. Kapitlene om foreldreveiledningsprogrammet ICDP, elever i krysspress og «guttebekymring» er tankevekkende når det gjelder hvordan kategorisering kan bidra til å forsterke utenforskap.

Mens jeg leser, tenker jeg stadig: Er jeg som samfunnsmedisiner og kommuneoverlege tilstrekkelig årvåken? Bidrar jeg til individualisering av samfunnsskapte strukturelle problemer? Hva med hele innretningen på folkehelseloven? Denne boken har gitt meg mye å tenke på når det gjelder arbeidet med kommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

Boken er budskapstung og tettpakket med sitater, faguttrykk og referanser, og fremstår derfor ikke så tilgjengelig og lesbar som forfatterne ønsker. Det er redegjort for det teoretiske grunnlaget, kunnskapssosiologien, i kapittel 2, og det er til hjelp for lesingen.

Samlet sett har boken gitt meg inspirasjon til å være mer nysgjerrig på sammenhengen mellom sosiologien, som studerer forholdet mellom mennesker og samfunn, og samfunnsmedisinen, som er medisinsk kompetanse om samspillet mellom helse og samfunn. Spesialister og spesialistkandidater i samfunnsmedisin kunne gjerne vært nevnt som målgruppe.

Boken anbefales!

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

Leger leser hver dag, journaler, rapporter, epikriser og fagblader. Men *hva* leser legen utenom faglig relatert litteratur? Og når leser legen dette – om kvelden, i helgene, i ferien, 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... Eliabeth Stura?



Fastlege i Askøy
ELISABETH.STURA@GMAIL.COM

Sommeren er lesetid. Late dager på stranden eller lange timer på reise blir bedre med en bok eller tre. Timene kan fly forbi, bare avbrutt av noe godt å drikke eller en is. I skrivende stund leser jeg i Paris mens jeg venter på et forsinket fly. Boken heter *Demon Copperhead* av Barbara Kingsolver. Den beskriver en verden som er ganske fremmed for meg, med fattigdom, foreldreløshet og rus i en del av USA som er langt fra tv-seriene og feriedestinasjonene. Boken skal være inspirert av Charles Dickens' *David Copperfield*, men den har jeg aldri lest. Den må kanskje settes på leselisten. Hvis man liker bøker som krever litt, der mye er vanskelig og tragisk, så vil jeg anbefale Hanya Yanagihara sin bok om livet til fire unge menn i New York: *A Little Life*. Den er så vond, men også så god.

Jeg har ofte tre bøker gående samtidig. En vanlig bok, en på lesebrett og en lydbok. Papirboken tar ofte lengst tid, og må tåle lange pauser når jeg er mye på farten. Min trofaste Kindle har jeg snart hatt i 15 år, og det er uslåelig praktisk å kunne ha med seg så mange bøker jeg bare orker i en liten dings. Det tok meg lang tid, men jeg har endelig blitt venn med lydboken. Jeg forsøkte for mange år siden, men fant ikke roen til å lytte. På turer med hunden må jeg ha sansene i denne verden, så da har jeg ikke noe på ørene.

Forløsningen kom da jeg byttet ut radio med lydbok i bilen. Jeg sitter vanligvis en time bak rattet til og fra legekontoret hver dag, og jammen går lydbøkene unna. I starten lyttet jeg helst på norsk, men etter hvert ble jeg også komfortabel med engelske lydbøker. Jeg har lenge hatt en regel om at bøker som originalt er skrevet på engelsk helst skal leses på engelsk, og nå inkluderer dette lytting.

For tiden lytter jeg til en bok om historiske kvinnelige fridykkere, *Haenyeo*, på den koreanske øya Jeju. Med lydbok slipper jeg å lure på hvordan stemmen i hodet skal uttale koreanske navn og begreper. Jeg lærte tidlig å lese og bygget mye ordforråd fra bøker som barn. Det kunne skape litt utfordringer når jeg aldri hadde hørt ordet uttalt. Jeg tror jeg var ferdig med medisinstudiet før jeg skjønte at Magica i *Donald Duck*-bladene har trykk på a-en. I hodet mitt heter det fortsatt Ma-*gi*-ca, slik jeg leste det som liten jente.

For litt siden leste jeg *The Dutch House* av Ann Patchett, og litt tilfeldig endte jeg da også med å lytte til to av hennes essaysamlinger. Jeg har sjelden vært den som oppsøker sakprosahyllen i bokhandelen, men dette gav mersmak. Korte og morsomme historier, som fikk meg til å føle at jeg ble litt kjent med forfatteren. Essaysamlinger vil jeg lese flere av, tips meg gjerne om gode forfattere!

Noen ganger er det deilig med de ukompliserte bøkene som gir leseglede uten at jeg må tenke eller reflektere noe særlig underveis. Richard Osman har skrevet sjarmerende britisk kosekrim i *The Thursday Murder Club*. Det finnes allerede fem bøker og en stjernespekket film i serien, så her er rikelig med lettbeint underholdning å ta av.

Høsten er også lesetid. Når vinden uler og regnet pisker, er det deilig å sitte under et ullpledd med en god bok i fanget. Bøkene lærer meg mye nytt, lar meg oppleve historiske tider og drømme meg bort til alle klodens små og store steder. Jeg slutter aldri å la meg fascinere av forfatternes uendelige fantasiverdener, og jeg gleder meg allerede til å ta fatt på neste reise.



ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNÆS / KI - CHATGPT

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 skrivehjelp.

Du har sendt meg i fengsel!

Som fastleger har vi muligheten til å danne langvarige og trygge relasjoner med pasientene våre. Når «systemet» ikke fanger dem opp, kan vi være en svært viktig støtte i en vanskelig prosess.

«Du har sendt meg i fengsel!» Pasienten peker på meg og ser meg strengt i øynene. Jeg har aldri sett ham så opprørt før. Det er flere måneder siden sist vi møttes, og jeg var spent på timen i dag. Dette var jeg ikke forberedt på. Hva var det jeg hadde gjort? Jeg får lyst til å forsvare meg selv og helsehjelpen pasienten har fått, samtidig er jeg litt skremt og tenker at en forsvarstale neppe vil hjelpe. Nysgjerrigheten får ta over. Hva mener han?

Jeg hadde vært bekymret for pasienten i flere måneder. Han hadde vært under poliklinisk oppfølging i psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten i flere år, med varierende symptomtrykk og funksjonsnivå i forløpet. Han gikk fra å være kunstner på internasjonalt nivå, en som mestret store produksjoner, til å ikke klare å åpne en e-post. Symptomforverringen førte til at han tydde til alkohol som mestringsstrategi. Pasienten og jeg ble enige om å henvise ham til innleggelse, i håp om å bedre situasjonen. Inntak vurderte at innleggelse i psykiatrien ikke var aktuelt, men at han etter hvert kunne få plass på rusinstitusjon. Pasienten tok tidlig kontakt med rusinstitusjonen for å forsikre seg om at de også utredet og behandlet psykisk lidelse, og det bekreftet de. Dessverre fikk utredning og behandling av psykisk lidelse lite plass under oppholdet. Pasienten ble møtt med mistenksomhet og det stigmaet som kan følge med det å være ruspasient. Personalet kunne når som helst komme inn på rommet for å se hva han gjorde. På permisjon utenfor institusjonen opplevde han at personale fra institusjonen kom bort til ham for å lukte om han hadde drukket. Av frykt for å bli sett på som lite motivert og miste videre oppfølging i psykisk helsevern, holdt han ut oppholdet. Å være et fremmed sted med konstant overvåkning, innskrenket frihet og begrenset mulighet til å reise bort kunne jo minne om et fengsel. I tillegg var flere pasienter der som et alternativ til fengsel. Etter hjemkomst ble den polikliniske oppfølgingen avsluttet på grunn av formelle feil ved viderehenvisningen fra rusinstitusjonen. Etter nye runder med henvisninger og lokale vurderinger ble pasienten etter hvert vurdert som umotivert og ikke mottakelig for samtaleterapi.



ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERMÆS / KI - CHATGPT: PERSONENE PÅ FOTO HAR INGEN TILKNYTNING TIL ARTIKKELEN

Denne pasienten tør å kritisere autoriteter. Dette har ikke alltid blitt tatt godt imot og har nok vært medvirkende til at pasienten har blitt avsluttet av enkelte spesialister. Jeg har også følt meg utfordret og havnet i forsvarsposisjon noen ganger. Refleksen til å forsvare meg selv og «systemet» kom raskt og kunne gjøre meg irritert og snurt. Heldigvis hadde vi mange fine møter hvor nysgjerrighet og validering var med på å bygge tillit mellom oss. Avvisningene fra spesialisthelsetjenesten har vært svært traumatiske for pasienten og skapt mistillit. Den manglende tilliten har naturligvis også gjort det vanskeligere å motta hjelp senere. Med stor innsats fra pasienten, pårørende og fastlegekontoret fikk han endelig relevant behandling ved et annet DPS. Han har det bedre og er på vei tilbake i jobb.

Denne pasienten har vært viktig for min egen utvikling som lege. Han har utfordret meg til å ta tydelige valg og å stå for dem. «Hva er det du mener? Hvordan kan du akseptere at noen går mot din medisinske vurdering?» Mitt automatiske behov for å ta resten av helsevesenet i forsvar har også blitt kraftig svekket. Er vi pasientens advokat eller systemets beskytter? Selvfølgelig vil det avhenge av situasjonen. Da er det fint å ha fått hjelp til å sortere litt i automatiske reaksjoner. Når vi møter pasientene på fastlegekontoret, tenker jeg at litt validering og nysgjerrighet er en god start. Da kan vi lære litt selv, bygge tillit og få et bedre grunnlag for å veilede enten pasienten eller kollegene våre.

STEIN-MARTIN TILRUM FAGERLAND
Tidligere fastlege i Brønnøysund på flyttefot til Oslo
STEIN.MARTIN.F@GMAIL.COM

Pasienten har godkjent trykking av teksten i Utposten.

Skummelt til trygt – små grep som gjør legebesøket lettere for barn



Det finnes mange ting barn forbinder med legekontoret: hvite frakker, rare lukter, fremmede mennesker og skumle, kalde instrumenter. For noen barn er et stetoskop omtrent like skummelt som et monster under sengen. Og et lite stikk i fingeren? En skarp liten nål som plutselig skal borti kroppen din – uten at du helt vet hva som skal skje – ikke akkurat oppskriften på tillit.

Som fastlege har jeg etter hvert lært at det viktigste verktøyet mitt ikke alltid ligger i skuffen. Det ligger i måten jeg møter barnet og foreldrene på. Før jeg kan undersøke et øre, lytte på et hjerte eller måle oksygenmetning, må jeg ofte bestå en liten tillitstest. Barn er nemlig ganske gode menneskekjennere. De merker raskt om legen egentlig mener «nå skal vi gjøre dette fort fordi jeg har dårlig tid», eller om legen faktisk prøver å forstå dem.

Derfor har jeg forsøkt å gjøre legekontoret litt mindre til «undersøkelsesrom» og litt mer til «trygg base». Det har ikke krevd store investeringer eller avanserte løsninger. Noen leker, klistremerker på veggen og en premieskuff har gjort en overraskende forskjell. Plutselig er ikke dagens store utfordring bare å overleve en øreundersøkelse – det er også å velge mellom en sprettball og et klistremerke.

Jeg har også erfart at medisinsk utstyr ikke trenger å virke skummelt for å være nyttig. Et stetoskop med dyrefigurer kan forvandle et kaldt metallinstrument til et «magisk lytteapparat». En SpO_2-måler kan bli en «superheltmåler» som sjekker om kroppen har nok krefter til å bekjempe basseluskene. Det høres kanskje litt tullete ut, men for et barn kan forskjellen mellom et verktøy og et leketøy være forskjellen mellom samarbeid og full alarmberedskap.

Språket vi bruker, er også et viktig medisinsk verktøy. Barn trenger ærlige forklaringer, men de trenger dem på sitt eget språk. En undersøkelse kan bli et lite eventyr: Vi skal ikke bare «se i øret», vi skal på oppdagelsesferd etter øre-troll. Vi skal ikke bare «høre på lungene», vi skal sjekke om lungene spiller riktig melodi. Det handler ikke om å lure barnet, men om å gi en vanskelig situasjon en ramme de kan forstå.

Selvfølgelig finnes det fortsatt dager hvor barnet ikke vil samarbeide. Noen ganger vinner tårene, selv ved bruk av de beste knepene. Men overraskende ofte er det små ting som tipper balansen. Fem minutter på gulvet med en lekebil kan være mer verdt enn ti minutter med overtalelse.

Smerte er ikke bare det kroppen kjenner. Det handler også om frykt, forventninger og opplevelsen av kontroll. Vi kan ikke alltid fjerne stikket, feberen eller øreverken. Men vi kan gjøre opplevelsen rundt det mindre skummel.

Kanskje er ikke målet at barn skal elske å gå til legen. Det er tross alt fortsatt en plass hvor man går når det er nødvendig. Men hvis de går ut døren og tenker: «Det var ikke så ille. Kanskje legen faktisk hadde et magisk apparat», da har vi kommet langt.

CAMILLA GUSTAVSEN
Fastlege i Nannestad
CAMILLA815@HOTMAIL.COM

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 produsentuavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøyter og kliniske farmakologer og besvarer spørsmål fra helsepersonell om legemiddel-bruk. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens lesere.

Oppsummering av meldte bivirkninger av SGLT2-hemmere – ny rapport utarbeidet

SGLT2-hemmere er en relativt ny legemiddelgruppe som i økende grad er tatt i bruk i Norge. Økningen i bruken skyldes blant annet at bruksområdene er utvidet fra behandling av type 2-diabetes til også å omfatte kronisk nyresykdom og kronisk hjertesvikt.

RELIS har i samarbeid med Direktoratet for medisinske produkter (DMP) utarbeidet en rapport som oppsummerer bivirkninger av SGLT2-hemmere, meldt til det norske Bivirkningsregisteret i perioden 2013 til 2024.

Bakgrunnen for rapporten

Årvåkent helsepersonell verden rundt har meldt om uventede, mistenkte bivirkninger hos pasienter som har fått behandling med SGLT2-hemmere. Overvåkingen har blant annet avdekket alvorlige bivirkninger som ketoacidose, ulike følgetilstander av infeksjoner i urinveier og underliv, nyrebekkenbetennelse og nyresvikt. Dette er gode eksempler på nytten av meldesystemet for bivirkninger.

I Norge mottar vi stadig bivirkningsmeldinger der pasienter har fått alvorlige bivirkninger knyttet til behandling med SGLT2-hemmere. I mange tilfeller kan disse alvorlige bivirkningene forebygges, eller konsekvensene for pasienten begrenses, dersom helsepersonell er bedre kjent med bivirkningsrisikoen og pasientene får tilstrekkelig informasjon. Kunnskap om bivirkningssymptomer og situasjoner som gjør pasientene særlig sårbare for bivirkninger, gir pasientene bedre forutsetninger for å ivareta egen helse.

Et utdrag fra rapporten med viktige læringspunkter for helsepersonell følger. Hele rapporten kan leses på DMP sine hjemmesider under «Bivirkninger og legemiddelsikkerhet», «Bivirkningsrapporter og oversikter», «Temarapporter om bivirkninger».

Viktige læringspunkter for helsepersonell

God informasjon til pasientene kan bidra til å unngå eller redusere bivirkninger av SGLT2-hemmere. Spesielt gjelder dette for ketoacidose. Samtidig er det viktig at helsepersonell også er oppmerksom på og snakker med pasientene om mindre alvorlige bivirkninger, som infeksjoner i urinveier og underliv, som i enkelte tilfeller kan utvikle seg til mer alvorlige bivirkninger.

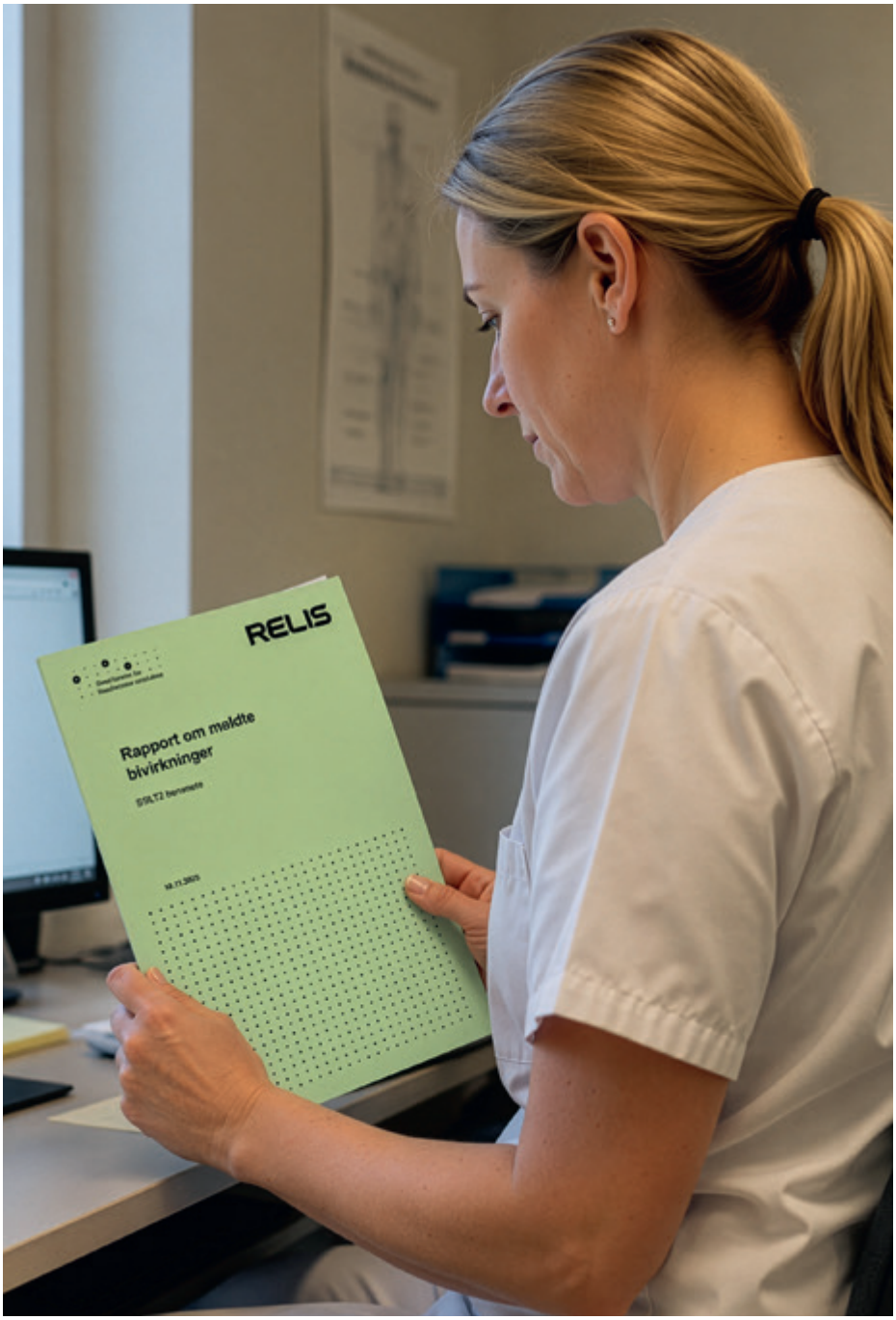
Ved alvorlige bivirkninger av SGLT2-hemmerne er det viktig å dokumentere dette i pasientens journal, gjerne et sted hvor det er lett synlig for andre behandlere. Dette kan bidra til å redusere risikoen for tilsvarende hendelser i fremtiden. Det er for eksempel ikke anbefalt å starte på nytt med SGLT2-hemmer ved tidligere ketoacidose under behandling med SGLT2-hemmer.

Lav terskel for å pause behandling ved akutt sykdom

Å informere pasientene om viktigheten av å pause behandlingen med SGLT2-hemmere ved akutt sykdom eller i forkant av kirurgi er viktig for å minimere risikoen for ketoacidose. Pasientene må også få kjennskap til symptomene på ketoacidose og oppfordres til raskt å oppsøke lege ved mistanke om bivirkninger. Også helsepersonell må ha lav terskel for å midlertidig pause behandling med SGLT2-hemmer dersom pasientens allmenntilstand er dårlig, uavhengig av diabetesdiagnose og resultat av blodsukkermålinger.

Veiledning om når det kan være aktuelt å pause behandling finnes for eksempel i «Vær varsom-plakaten» i kapittel 8.1 i Nasjonal faglig retningslinje for diabetes, og RELIS-artikkelen «Legemiddelreglar ved akutt sjukdom». Det finnes også spesifikke anbefalinger for pausering og gjenoppstart av SGLT2-hemmere i forbindelse med kirurgi. Måling av C-peptid før oppstart med SGLT2-hemmer kan også være et nyttig risikominimeringstiltak, da redusert egenproduksjon av insulin og ikke tidligere oppdaget type 1-diabetes var en del av årsaken til ketoacidose i flere tilfeller. I tillegg kan det være aktuelt å måle øycelleantistoffer.

Å starte med legemidler enkeltvis, heller enn flere legemidler samtidig, er generelt



ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNÆS / KI - CHATGPT

et viktig prinsipp for å redusere bivirkningsrisiko. Dette gjør det også lettere å vurdere toleranse og gevinst av behandlingen. Det er en uheldig praksis å forskrive oppstart med flere diabeteslegemidler direkte etter diagnose, selv om det i Bivirkningsregisteret foreløpig er snakk om få tilfeller av ketoacidose etter slik forskrivning.

Ketoacidosen kan være atypisk på flere måter

Selv om risikoen for ketoacidose er størst når pasienten har diabetes, er SGLT2-hemmer utløst ketoacidose også rapportert for pasienter uten diabetes. Som nevnt tidligere i rapporten er blodsukkernivåene ved SGLT2-hemmerutløst ketoacidose ofte innenfor normalområdet eller bare moderat forhøyet. Blodsukkermålinger er dermed ikke alene nok til å kunne utelukke en mulig ketoacidose hos denne pasientgruppen, og bør suppleres med måling av ketoner i urin eller blod. Det er viktig å være klar over at måling av ketoner i urinen (ketostiks/urinstiks) i noen tilfeller ikke er tilstrekkelig for å avdekke en ketoacidose. Ketonnivået i urinen kan være misvisende lavt på grunn av at SGLT2-hemmere øker tilbakeføringen av ketoner fra nyrene til blodstrømmen. Også andre biomarkører skiller seg gjerne fra det helsepersonell er vant med å se ved insulinindusert diabetisk ketoacidose. For eksempel er høyt nivå av kalium i blodet (hyperkalemi) ikke et vanlig funn ved SGLT2-hemmerutløst ketoacidose, da glukosurien medfører økt utskillelse av kalium i urinen. Motsvarende vil tapet av bikarbonat, som bidrar til å opprettholde syre-base-balansen i blodet, kunne være mer uttalt.

Individuell vurdering av bivirkningsrisiko

Selv om mange av de vanlige bivirkningene av SGLT2-hemmerne virker ufarlige på papiret, må man være ekstra oppmerksom ved forskrivning til visse pasientgrupper, særlig de med høyere alder og samtidig sykdom. Bivirkninger som vanligvis er forbigående eller som i utgangspunktet virker enkle å håndtere, kan få mer alvorlige utfall hos enkelte pasienter eller under gitte forhold. Dette er det flere eksempler på i bivirkningene som er meldt. Hos pasienter som allerede sliter med urinveisinfeksjoner, kan oppstart med SGLT2-hemmer bli tungen på vektskålen. Tilbakevendende infeksjoner i urinveier og underliv øker risikoen for mer alvorlige bivirkninger av SGLT2-hemmerne, for eksempel urosepsis og Fourniers gangren. Tilbakevendende infeksjoner eller gjenstridig kløe i underlivet er også noe som går utover pasientenes livskvalitet, og kan bidra til at pasienten selv velger å avslutte behandlingen.

Hos eldre og skrøpelige pasienter kan bivirkninger som dehydrering og blodtrykksfall gi falltendens, elektrolyttforstyrrelser, negativ påvirkning på hjerte-karsystemet og nyrer, samt kognitiv påvirkning. Disse pasientene har også en høyere risiko for vedvarende funksjonsnedsettelse eller skader som følge av bivirkninger. Å snakke med pasienten om bivirkninger bidrar ikke bare til å redusere bivirkningsrisikoen, men øker sannsynligheten for at pasienten får best mulig effekt av legemiddelbehandlingen sin.

KILDER

- Direktoratet for medisinske produkter og RELIS. Rapport om meldte bivirkninger. SGLT2-hemmere. https://www.dmp.no/bivirkninger-og-sikkerhet/bivirkningsrapporter-og-oversikter/temarapporter-om-bivirkninger/meldte-bivirkninger-av-sglt2-hemmere (Publisert: 19. november 2025).
- RELIS. Lillan Mo Andreassen (RELIS Vest). Ellen Julsrud (RELIS Sør-Øst). Oppsummering av meldte bivirkninger av SGLT2-hemmere – ny rapport utarbeidet i samarbeid med DMP. https://relis.no/artikler/46120/ (Publisert: 4. november 2025).

LILLAN MO ANDREASSEN
Master i farmasi, ph.d. RELIS Vest
ELLEN JULSRUD
Lege. RELIS Sør-Øst

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 til! — *Tove Rutle – lagleder*

Det vi strever med

Takk til Karen Prytz for utfordringen.

Jeg har valgt meg ut et dikt av Kolbein Falkeid som jeg synes sier mye om «det vi strever med», både privat og i samfunnsperspektiv, som venn eller familie og som fastlege midt i livet til pasientene våre. Vi har forventninger og håp om at det meste skal gå glatt, men så blir det ikke slik vi hadde tenkt. Hvordan ruster vi oss både som mennesker, medmennesker og fastleger til å møte og til å tåle den motgangen – og til å holde fast i erkjennelsen av at det er dette som faktisk er selve livet? Det er verken urimelig eller galt – det er slik livet er. Jeg har brukt diktet sammen med pasienter noen ganger, og det har blitt gode samtaler og gode betraktninger.

Hvor hadde vi det fra?

Men hvem sa at dagene
våre skulle være gratis?
At de skulle snurre rundt
på lykkehjulet i hjertet vårt
og hver kveld
stoppe på gevinst?
Hvem sa det?
Hvor hadde vi dét fra?
Hvem sa at livet vårt
skulle være lett å bygge ferdig?
At mursteinene var
firkantede ballonger
som føk på plass av seg selv?
Hvem sa det?
Hvor hadde vi dét fra?
Der var piller for alt: nerver,
vedvarende hoste og anemi.
Men hvem sa at snarveiene
støtt var kjørbare? At fjellovergangene
aldri snødde til? Og at nettopp vi
skulle slippe å stå fast i tunnelen?
Ja, hvem sa det?
Hvor i all verden hadde vi dét fra?

KOLBEIN FALKEID
(1933–2021)

Jeg vil utfordre Knut M. Selmer til å overta stafettpinnen.

Hilsen fra
Åse Ingeborg Borgos



Når du kjører gjennom skogkledte dalsider forbi «Stor-Elgen» på tur langs riksvei 3 mellom Elverum og Tynset er du i vårt legevaktsrike. FOTO: MORTEN HERNÆS



Effektdata for 3 sesonger[1]

Pasienter med kols, astma, hjertesykdom eller diabetes kan være mer utsatt for alvorlige luftveisinfeksjoner med RSV[2-6]

Som fastlege er du godt kjent med at influensa og covid kan være alvorlig for en del av dine godt voksne pasienter. Men visste du at en RSV-infeksjon kan gi et vel så alvorlig forløp?[7] Har du pasienter over 60 år som har kols, astma, hjertesykdom, diabetes eller andre underliggende sykdommer? Slike komorbide sykdommer kan betydelig øke risikoen for sykehusinnleggelse ved RSV-infeksjon.[2-6] En norsk studie viste at pasienter med RSV-infeksjon hadde mer alvorlig sykdom, høyere infeksjonsparametere, oftere underliggende sykdommer og fikk oftere forskrevet antibiotika enn pasienter med influensa.[8] 21 % av RSV-pasientene hadde behov for korttidsopphold på sykehjem etter utskrivelsen og 4,5 % kom aldri tilbake til hjemmet.[7] RSV-vaksinen ▼Arexvy er indisert for aktiv immunisering for forebygging av nedre luftveissykdom forårsaket av respiratorisk syncytialvirus hos voksne ≥ 60 år og voksne ≥50 år med økt risiko for RSV-sykdom.[9] Arexvy er den eneste RSV-vaksinen med data på effekt og sikkerhet over 3 fulle RSV-sesonger.*[1]

Snakk med risikopasientene dine om vaksine mot RSV.

Skann koden for å se intervju med en lungelege om betydningen av RSV-infeksjon hos eldre og komorbide pasienter.

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

* Vaksineeffektivitetsdata er tilgjengelige for ABRYSVO® med en gjennomsnittlig oppfølgingsvarighet på 16,4 måneder.[10] Vaksineeffektivitetsdata er tilgjengelig for mRESVIA® med en median oppfølging på 18,8 måneder (AREXVY median follow-up from day 15 post-dose one 30·6 months [IQR 26·2–32·0]).[11]

Bruk av Arexvy skal være iht. offentlige anbefalinger. **Dosering:** Administreres som en enkelt dose på 0,5 ml. Behov for revaksinasjon med en påfølgende dose er ikke fastslått. En andre vaksinedose administrert 12 måneder etter den første dosen ga ikke ytterligere effektfordel.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon: Vaksinering skal utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. En lett infeksjon, som en forkjølelse, er imidlertid ikke en kontraindikasjon for vaksinasjon. Gis med forsiktighet hos individer med trombocytopeni eller blødningsforstyrrelser da blødning kan oppstå etter i.m. injeksjon. Les preparatomtalen for mer informasjon før forskrivning av Arexvy. Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på tlf 22 70 20 00.

Reseptgruppe C. Pris: 2342,50 kr per sett (1 hetteglass pulver til injeksjonsvæske, 1 hetteglass 0,5 ml suspensjon til injeksjonsvæske).

Referanser:
Referanser:
1. Ison MG et al. Lancet Respir Med 2025;13:517-29. **2.** Branche AR et al. Clin Infect Dis 2022;74:1004-11. **3.** Penders Y et al. Curr Allergy Asthma Rep 2025;25:14. **4.** Tseng HF et al. J Infect Dis 2020;222:1298-1310. **5.** Kujawski SA et al. PLoS One 2022;17:e0264890. **6.** Boattini M et al. Intern Med J 2023;53:404-8. **7.** Falsey AR et al. Open Forum Infect Dis 2021;8:ofab491. **8.** Debes S et al. Front Med 2022;9:866494. **9.** Arexvy SPC. **10.** Walsh EE et al. N Engl J Med 2024;391:1459-60. **11.** Britton A et al. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2024;73:696-702.

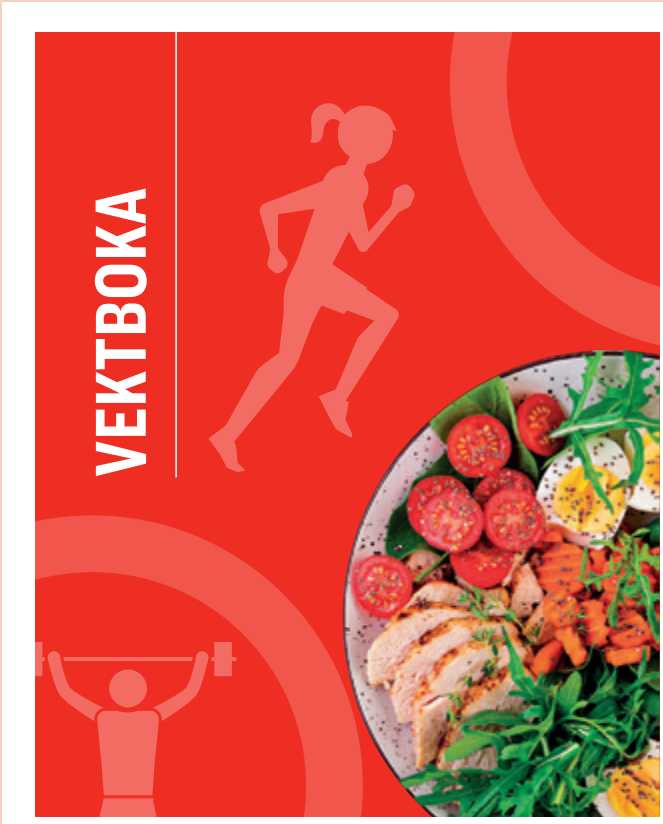
GSK
GlaxoSmithKline AS
Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo, Telefon 22 70 20 00.

Trademarks are owned by or licensed to the GSK group of companies.
©2025 GSK group of companies or its licensor.

PM-NO-RSA-JRNA-250002, august 2026

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

HJELP PASIENTEN NED I VEKT



Lilly is a registered trademark of Eli Lilly and Company.
© 2024 Eli Lilly and Company. All rights reserved.
PP-LD-NO-0430 | oktober 2024

Lilly
A MEDICINE COMPANY

Et verktøy for pasienten til å loggføre sin vektreise

Bestill Vektboka her:

Lilly is a registered trademark of Eli Lilly and Company.
© 2025 Eli Lilly and Company. All rights reserved.
PP-TR-NO-0229 | mars 2025

Lilly
A MEDICINE COMPANY