

Utposten

2 2025
ÅRGANG 54

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Koronastudien og long covid

Planetens oppsynsmenn
Fastlegeordningen
Overbehandling



UTPOSTEN**v/Kristin Olavsdotter Rutle**

Sjøbergveien 32

2066 Jessheim

MOBIL: 971 44 063

E-POST: korutle@gmail.com

REDAKTØRENE AV UTPOSTEN**Kjell-Arne Helgebostad**

MOBIL: 416 74 290

E-POST: helgebos@gmail.com

Arild Iversen

MOBIL: 958 86 343

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

Marit Tuv

MOBIL: 975 66 647

E-POST: marittuv@hotmail.com

Kari Thori Kogstad

MOBIL: 900 28 812

E-POST: k-tkogs@online.no

Njål Flem Mæland

MOBIL: 994 09 959

E-POST: nflem@online.no

Elin Tora Hoel

MOBIL: 995 50 160

E-POST: elintora@hotmail.com

Guro Hafnor Røstvig

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

FAGLIG MEDARBEIDER:**Eli Berg**

MOBIL: 913 18 180

FORSIDEFOTO:

Getty Images/altocmulus

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, Aksell

TRYKK:**aksell****TRYKT
I NORGE**

NO - 1470

Du finner Utposten på
www.utposten.no**1 LEDER: Fengselsmedisin er allmennmedisin!***Kjell-Arne Helgebostad***2 DOBBELINTERVJUET: Fortiden er en prolog til fremtiden***Brobygggeren Kjartan Olafsson intervjuet av Njål Flem Mæland***10 LONG COVID: En folkesykdom med samfunnsmessige konsekvenser***Arne Søråas***13 Long covid i de viktigste vitenskapelige tidsskriftene***Arne Søråas***16 Mine erfaringar som distriktslege****DEL 2: LIVET SOM DISTRIKTSLEGE***Torleiv Robberstad***20 Vi er planetens oppsynsmenn 'in the circle of life'***Marit Voltersvik, Mette C. Tollanås og Susanne Hyllesta***24 OVERBEHANDLING I HELSEVESENET: Hvem skal ta ansvar?***Ida Kristin Lindberg og Mari Sandok Fevang***28 FASTLEGEORDNINGA: Status presens 2024***Torleiv Robberstad***30 Toalettvaskeren 'Perfect Days' – en filmanbefaling***Njål Flem Mæland***32 Ph.d. Hvorfor det?***Mina Piiksi Dahli***34 INNPSTEN: Badstubad –sunt eller usunt?***Dag Brekke***36 LEGEFORENINGENS HJØRNE: Hvem er dine tillitsvalgte?***Nils Kristian Klev***37 FAGGRUPPE: Ny faggruppe i 2024: Fengselshelseteneste***Hilde Skrede***38 BOKANMELDELSE: Jordnær og nyttig for både lek og lærd***«Babyblues» anmeldt av Eli Berg***38 BOKANMELDELSE: En perle av en bok***«Menneskehjernen. Farlig og fantastisk» anmeldt av Eli Berg***39 Sakset fra forskning***Kompilert av Lisbeth Nilsen***41 FASTE SPALTER****HVA LESER LEGEN 41****TIPS & RÅD 42****RING EN VENN 43****RELIS 44****LYRIKKSTAFETTEN 47****KONSULTASJONEN****JEG ALDRI GLEMMER 48**

Fengselsmedisin er allmennmedisin!

Hvordan er livet bak fengelsmurene? Allmennheten har fått noe bedre innblikk de siste årene gjennom flere dokumentarfilmer og TV-seriene *Leo og de farlige* og *Oslo fengsel*. I denne utgaven av *Utposten* presenteres den nye Faggruppa for Fengselshelsetjeneste, som ble etablert i 2024. Leger i fengsel jobber i en lukket verden, med en selektert pasientgruppe. Likevel bør det ikke være tvil: Rett spesialitet er allmennmedisin!

I et nytt forslag som er ment å styrke rekrutteringen av leger til kommunene skriver regjeringen at «også andre spesialiteter enn allmennmedisin kan være relevante» (1). Kritikere har advart mot å fire på kompetansekravene, og pekt på at sykehjemsleger og legevaktsleger bør ha den allmennmedisinske tilnærmingen som utgangspunkt (2). Det samme gjelder for fengselslegene, som også finnes i kategorien «leger i kommunene utenfor fastlegeordningen». Fengselslegene er kommunalt ansatte, fordi vi har valgt den såkalte importmodellen for tjenester til innsatte i fengsel: Som ellers i samfunnet er det kommunene som har ansvaret for helse- og omsorgstjenester. Totalt 38 kommuner har fengsel, fra Vadsø i nord til Lindesnes i sør. Hvis ambisjonen virkelig er at de innsatte skal få helsetjenester som er likeverdige med det som tilbys befolkningen for øvrig, burde myndighetene satse mer på kvalifiserte allmennleger, og ikke senke kompetansekravene til fengselslegene, slik dette forslaget kan innebære.

Generalister i førstelinjen og jungelen

Hovedregelen i fengselshelsetjenesten er at pasientene selv tar kontakt. De fleste steder må de innsatte skrive en såkalt «samtalelapp». Pasientene presenterer ofte flere problemer, symptomer og sykdommer, og gjerne samtidig. Da trengs det Per Fugelli har kalt *jungelmedisin* – kompetente allmennleger som evner å navigere i førstelinjen, «se i sykdommens morgen-tåke» og «velge i den totale portefølje av menneskelig ulykke og patologi» (3).

Andelen eldre i norske fengsler har økt markant de siste årene og er nå over 20 prosent. Det er slik at innsatte i fengsel regnes som eldre fra de er 50 år, fordi

kroniske sykdommer og funksjonsnedsettelse statistisk opptrer ti til femten år tidligere enn i resten av befolkningen. (4).

Vi vet mye om fengselspopulasjonens høye forekomst av psykiske lidelser og ruslidelser (5). Det er gode grunner til å regne med at også somatisk sykdom, og ikke minst kompleks multimorbiditet, er vanligere hos pasienter bak murene. Konklusjonene i Legeforeningens rapport fra 2023 *Bedre helse og lengre liv* (6) kjennes definitivt relevant i fengselslegehverdagen: Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer er ofte somatisk syke i tillegg, og dette er vi i helsevesenet dessverre ikke flinke nok til å avdekke og gjøre noe med. Om hjelperne bare er opptatt av rus eller psykisk helse, kan enkle tiltak med potensielt stor helseeffekt gå i glemmeboka. Her kan allmennlegen spille en nøkkelrolle!

Kloke valg og klare planer

Kommunikasjonen kan være krevende på fengselslegens kontor, spesielt når det er begrenset overlapp mellom legens vurderinger, pasientens ønsker her og nå, og alle retningslinjer og råd.

Når pasienter skal til undersøkelser eller helsehjelp utenfor fengselet, må de som regel framstilles med betjenter. Både politiet og kriminalomsorgen er nødt til å prioritere sine ressurser hardt, og dette kan føre til at avtaler på poliklinikk eller sykehus må avlyses på grunn av mannskapsmangel. Dessverre finnes det lite oversikt over hvor ofte dette skjer, noe Sivilombudet har påpekt i flere rapporter (7, 8). Uansett kan en kvalifisert allmennlege, som evner å finne gode løsninger på kontoret innenfor murene, spare samfunnet for kostnader.

Menyen av tilgjengelige prøver, undersøkelser og behandlinger er etter hvert enorm, og valg må fattes med omhu og klokskap. Sløsing og medisinsk overaktivitet må unngås, samtidig som pasientene i fengsel er en helt spesiell gruppe der undersøkelser for å avdekke sykdom, case finding, kan være god praksis. For dem som lever kaotiske liv der andre ting enn helse har hatt første-prioritet, kan et fengselsopphold være en

gyllen anledning for utredning og behandling. Også her trengs imidlertid noen som, i samråd med pasienten, kan legge en klar plan. Tilbake til Fugelli og «kjennetegn og oppdrag for allmennmedisinen» slik han definerte dem i foredraget *Tillit: Allmennlegen bør evne «å si nei og nok»* og «hjelp pasienten gjennom medisinenes farlige labyrint» (3).

De europeiske fengselsreglene er minstestandarder for europeisk kriminalomsorg, definert av Europarådets ministerkomité. Her står det tydelig i punkt 41.1: «I hvert fengsel skal minst en kvalifisert allmennpraktiserende lege stå til tjeneste» (7)

Dette bør i størst mulig grad være spesialister i allmennmedisin.

REFERANSER

1. Regjeringen.no [Internett]. 2024 [sitert 11. november 2024]. Regjeringen vil endre kompetansekrav til leger. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/no/aktuelt/regjeringen-vil-endre-kompetansekrav-til-leger/id3073176/>.
2. Vatten I, Tangen MK. Lavere kompetanse for lettere rekruttering er et dårlig forslag. Tidsskrift for Den norske legeförening [Internett]. 20. desember 2024 [sitert 13. februar 2025]; Tilgjengelig på: <https://tidsskriftet.no/2024/12/invitert-kommentar/lavere-kompetanse-lettere-rekruttering-er-et-darlig-forslag>.
3. Fugelli P. Tillit. Tidsskrift for Den norske legeförening [Internett]. 10. desember 2001 [sitert 27. oktober 2022]; Tilgjengelig på: <https://tidsskriftet.no/2001/12/kronikk/tillit>.
4. Prisons and health [Internett]. [sitert 15. april 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289050593>.
5. SERAF rapport nr 5/2024 - Levekår, rus og psykisk helse blant personer som har vært fengslet eller gjennomført straff i samfunnet - Senter for rus- og avhengighetsforskning [Internett]. [sitert 11. november 2024]. Tilgjengelig på: <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2024/seraf-rapport-nr-5-2024-levekar.html>.
6. Bedre helse og lengre liv. Legeforeningens arbeidsgruppe for personer med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddel- og avhengighetslidelse; 2023 jan.
7. Besøk til Ringerike fengsel [Internett]. 2024 okt [sitert 29. januar 2025]. Tilgjengelig på: <https://www.sivilombudet.no/besoksrapporter/besok-til-ringerike-fengsel-2/>.
8. Besøk til Nordland fengsel, avdeling Bodø [Internett]. 2024 jun [sitert 29. januar 2025]. Tilgjengelig på: <https://www.sivilombudet.no/besoksrapporter/besok-til-nordland-fengsel-avdeling-bodo/>.

KJELL-ARNE HELGEBOSTAD
HELGEBO5@GMAIL.COM

Fortiden er en pro

Brobyggeren Kjartan Olafsson ■ INTERVJUET AV NJÅL FLEM MÆLAND

Kjartan Olafsson nevner ikke at det er han som har skapt muligheten for avventende sykmelding. I møtet med medisinerstudentene forteller han entusiastisk om hvor viktig det er å bygge bro over et gap som kan åpne seg mellom legekontor og arbeidsplass.

Legen vet ikke hva som er mulig på arbeidsplassen, og lederen på arbeidsplassen forstår ikke hva som er mulig rent medisinsk.

Han stiller spørsmålet: Hvordan kan vi som leger bidra til å bygge broen og til å få trafikk over den? Et av svarene har han selv skapt.



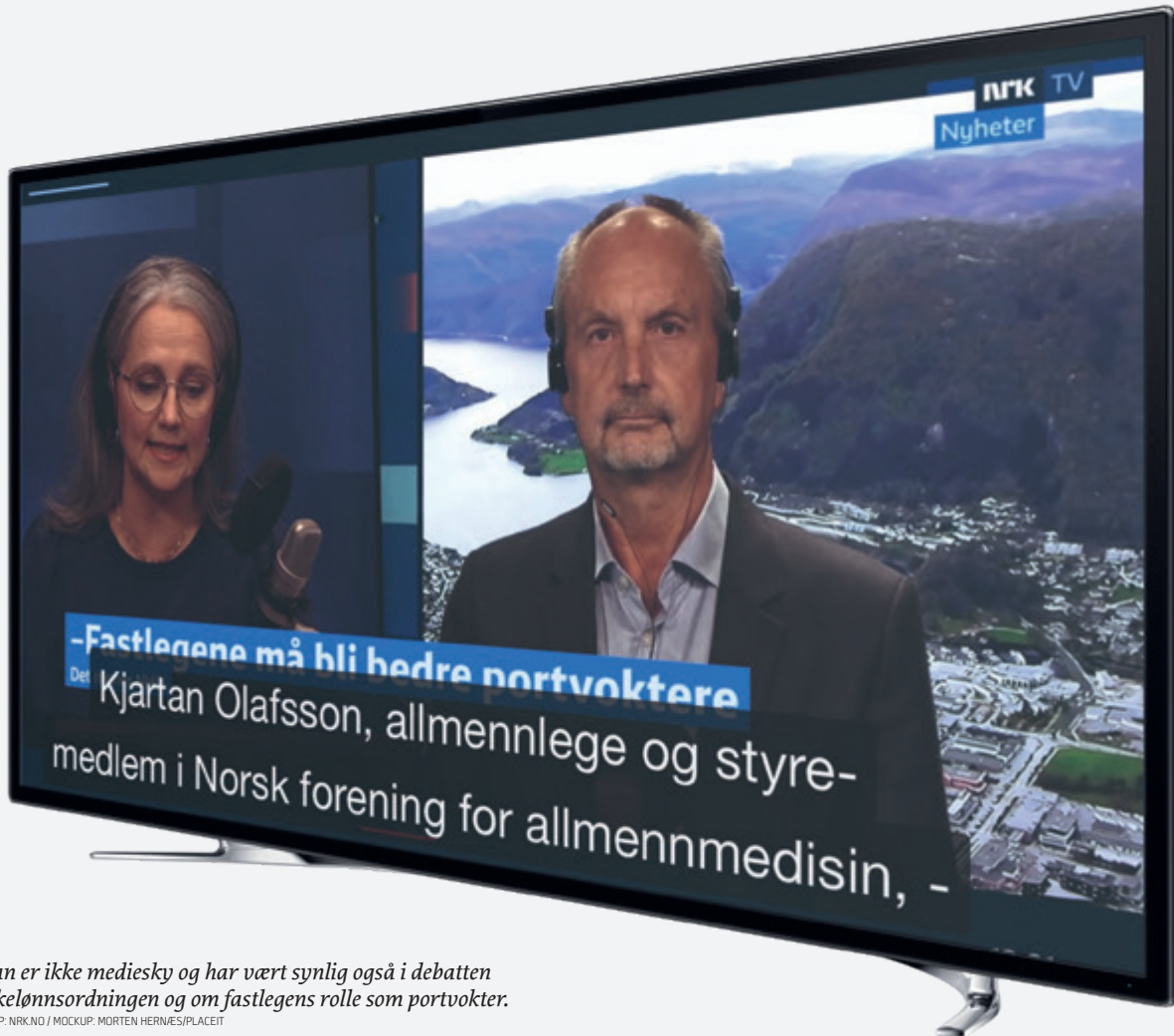
Hvert år gleder jeg meg til å delta i Kjartan sine to timer med undervisning om praktisk sykmeldingsarbeid. Studentene går på sjette året ved NTNU, og skal snart ut i seks ukers praksis i allmennmedisin. Der vil de møte pasienter som ønsker sykmelding. Det er en ny verden for dem, en forvirrende verden hvor folk som ser friske ut opplever seg som for syke til å gå på jobb. Kjartan sin metode er ikke den tradisjonelle forelesningen. I stedet har han med et sett av det han kaller «tablåer». Det er ikke vanlige sykehistorier, men helt enkle skisser. For eksempel: «En ansatt på en fabrikk har vrasket ankelen og sier han ikke klarer å gå i trapp, og at han må gå i trapp på arbeidsplassen.» Han ber studentene drøfte og deretter stemme med rødt kort for nei og grønt kort for ja til sykmelding: Er det greit å sykmelde? **Ja** eller **nei**?! Hva tenker dere, hva kan vi si og hva kan vi gjøre? Diskusjonen går først studentene imellom i små grupper. I den felles diskusjonen etterpå blir det stille.

Umulig å si feil!

Kjartan føler på stemningen. Det ligger en engstelig uro over forsamlingen. Da sier han: «Det er umulig å si noe som er feil. Jeg kan love dere: Jeg er enig i alt dere sier! Det kan jeg være, fordi det vil være noe sant i alle innspill, uansett hva. Sykemeldingsarbeid er så sammensatt. Så igjen: Dette er et løfte – uansett hva du tenker nå og hva du sier – jeg lover å være enig! Jeg lover å være begeistret!» Forsamlingen ler, trykket av uro reduseres og flere hender rekkes i været. De to første som ytrer seg har helt ulike syn på saken. Kjartan slår begeistret ut med armene og holder sitt løfte: «Jeg er enig med begge!» Igjen høres en befriende latter.

Dette er Kjartans metode. Den er genuin. Han mener det virkelig: Sykmeldingsarbeid er sammensatt, interessant og litt vanskelig. Sykmeldingsarbeid handler om å finne de beste løsningene til enkeltmennesker i deres helt egen kontekst. På samme tid har det rammer, et annet av ordene Kjartan bruker. Rammer er satt av lovver-

log til fremtiden



Kjartan er ikke mediesky og har vært synlig også i debatten om sykelønnsordningen og om fastlegens rolle som portvokter.

SKJERMIDUMP: NRK.NO / MOCKUP: MORTEN HERNES/PLACEIT

ket. Noen ganger er vi utenfor rammene. Da må vi si nei. Oftest er vi innenfor rammene. Da kan vi være kreative. Et rammeverk som setter grenser, gir økt insitament til kreativitet! Vi må være lure! En måte å være lur på er å gjøre arbeidsgivere gode. Avventende sykmelding er et verktøy for å få til samarbeid. Avventende sykmelding kan være en brobygger.

Når jeg nå skal intervjuer Kjartan for *Utposten* sitter vi på hver vår kant av landet. I tråd med hans interesser gjør vi det digitalt. Det er et halvår siden jeg traff ham sist. Men minnene fra den forelesningen sitter som spikret. For meg er Kjartan Olafsson sin forelesning et ideal, nettopp fordi det ikke er en forelesning. Det er en samtale, en utforskning som gjøres i et fellesskap der studentene bidrar mer enn foreleseren.

Et uheldig nummer

Ut over disse forelesningene kjenner jeg ikke Kjartan så godt. Men jeg har lest meg opp på hva han har bedrevet. I tre tiår har han vært en markant skikkelse i norsk allmennmedisin. Han har markert seg i sykmeldingsarbeid, hvor han blant annet har vært faglig ansvarlig i utvikling og forvaltning av den nasjonale sykmeldingsveilederen. Videre har han i mange år hatt en rekke tillitsverv og sitter nå i NFA-styret. Han har ledet legeforeningens IT-utvalg i mer enn ti år. Han har dessuten markert seg internasjonalt gjennom den europeiske allmennlegeforeningen (UEMO), som norsk delegat for Allmennlegeforeningen (AF) i ti år og som visepresident i fire år. Han forsto allerede da koronaepidemien så smått hadde startet i Nord-Italia at vi bare var

uker unna en tilsvarende katastrofe hos oss og fikk ideen til allmennlegenes innsatsgruppe for covid-19 (1).

Jeg starter intervjuet åpent med å spørre: «Hvem er egentlig Kjartan Olafsson?»

Han humrer og svarer:

– Dersom vi går tilbake til tidenes morgen, så er jeg er født av et ungt ektepar som begge studerte i Tyskland. Min islandske far studerte medisin og ble psykiater og psykoanalytiker, mens min mor fra Nesbyen ble tannlege. Oppveksten inneholdt tysk Kindergarten, men heldigvis også et langt mer vennlig miljø hos besteforeldre i Nesbyen, og senere barneskole i Reykjavík og Vestmannaeyjar, før ferden gikk til Drammen og senere Bærum. Det ble en geografisk urolig oppvekst, men med spennende og gode foreldre. Det har satt sine

spor i meg; Omstillingsevne, kreativ uro og stadig jakt på nye løsninger, men også en viss bekymring for hva som kan komme rundt neste hjørne.

– Jeg hadde en flott studietid ved UiO, var flink med bøkene, men beskjeden og forsiktig, så jeg stilte meg ofte bakerst når pasienter skulle undersøkes. Jeg trengte praktisk trening og det fikk jeg til de grader i turnustjenesten ved Florø sykehus. Katastrofe, tenkte jeg, da jeg som første student i trekningen fikk nummer 189 av 191. Jeg fikk plassen som ingen ville ha, men «katastrofen» ble et lykketreff. Det førte meg til Florø, som jeg ellers ikke ville ha valgt. Jeg møtte mitt livs kjærlighet, Venke, og vi fikk barn, barnebarn og et godt liv i Florø. Der har jeg fått praktisere verdens mest spennende og givende fag, allmennmedisinen. Jeg har fått følge mange av mine pasienter fra jeg var en ung mann på 26 år til jeg nå er 66 år. Jeg har jo blitt gammel sammen med pasientene mine! Vi mimrer ofte sammen om en 40 år lang relasjon. Kan man ha det bedre? Tilfeldigheter kan gi bedre resultater enn streng planlegging!

Florø

Florø, tenker jeg, som aldri har vært der og som vet at Kjartan er glad i stedet han bor. Hva er det med Florø?

– Florø er en typisk liten norsk by med 7000 innbyggere i selve byen. Det er et velordnet samfunn som den gang hadde et lite lokalsykehus. Å kommet dit var en ideell situasjon for meg som ung lege i turnus. Mye ansvar og eksponering, gode mentorer, få pasienter, oversiktlig, variert og allsidig. Fra første dag ble jeg sett på og behandlet som en lege og som en person med et navn. Jeg tror det er ganske forskjellig fra i dag. Når jeg ringer medisinsk avdeling på mitt nærmeste sykehus for å snakke med vakthavende er det sjelden jeg hører annet enn «LIS-lege medisin» – ikke noe navn. Jeg fikk raskt en relasjon til allmennlegene som alle ville bli kjent med meg. Å føle seg som en del av et kollegium er viktig!

– I distrikt var jeg i Bremanger, en spennende øykommune med legebåt og mye sykebesøk i storm og orkan. En storøyd bæring besøkte eldre som gjerne tok imot i ullundertøy på kjøkkenet hvor pinnekjøtt og sauehoder hang til tork over vedovnen. Etter hvert forstod jeg også at «Eg er i alle fall ikkje verre enn før» – var ros, kanskje det ypperste av vestnorsk anerkjennelse etter en vellykket behandling.

Tverrfaglighet

Jeg skyter inn: «Så ble du allmennlege i Florø, noe du jo fortsatt er. Der har du vært en av

gründerne av et større tverrfaglig senter. Det må du fortelle litt om!»

– Vi som jobber i Sunnfjord Medisinske Senter (SMS) er stolte av det, og vi synes vi har en unik arbeidsplass. Jeg har holdt på med dette siden planleggingen startet i 1998. Senteret åpnet i 2001. Jeg har vært styreleder og daglig leder det meste av tiden. Arbeidet har tatt mye av min tid, men den viktigste jobben gjøres av hver enkelt fagperson som jobber her. Vi har samlet det meste av helse og velferd i ett senter. Utviklingsarbeidet har bygget på dialogprosesser – alle som skulle ha sitt arbeid i SMS deltok. Detaljerte, forankrede beskrivelser av behov for egen virksomhet, men også for felles rom, ble levert til arkitekten før det ble bygget. På en senere dialogkonferanse ble slagordet som retter seg mot pasienten født; «Du er komen rett!» Den store legegruppa er en viktig del av bygget, men det er helheten som teller. Og i helheten er alle like viktige! Jeg tror alle blir en bedre fagperson av å jobbe med andre fag, også leger.

Store legekantor og tverrfaglighet har du vært opptatt av, skyter jeg inn.

– Ja, jeg er tilhenger av store legekantor. På vårt legekantor finner du alle fastlegene i Florø, seksten fastleger og to LIS1 leger. Et så stort faglig miljø er gøy. Det blir mangfoldig: unge og eldre leger, forskjelli-

Fra undervisning ved NTNU: Kjartan deler ut røde og grønne kort, og lar studentene ta stilling til sine tablåer: Sykmelde eller ikke sykmelde?



*Kjartan takkes av i UEMO:
Her takkes Kjartan av etter fire år som vise-
president i UEMO i 2022. Til høyre presidenten
Calin Bumbulut fra Romania.*

FAKTA OM SMS – Sunnfjord Medisinske Senter – åpnet 2001

6900 kvm – 150 mennesker
i arbeid under samme tak

Inneholder:

- Legegruppa SMS
- Legevakt
- Kommunepsykolog
- Kreftsykepleier
- Helsestasjon – jordmortjeneste og ungdomshelsestasjon
- Optiker og apotek
- Bedriftshelse1
- Barnevern og PPT
- Ambulansesasjon med bokvarter
- Psykiatrisk dagsenter
- Fysioterpigruppa SMS
- Kommunal fysio- og ergoterapitjeneste
- Frisklivssentral
- Kommunal rus og psykiatritjeneste
- Logopeditjeneste
- Audiopedagog
- Florø kiropraktorsenter
- Helse Førde – blodbank, lysterapi, kontor for oppfølging ved video-konsultasjon med spesialist
- Nav Kinn



*Kintsugi, vakkert reparert japansk keramikk
– som symbol på livets evne til fornyelse.*

ge personligheter, etnisiteter, alle mulige faglige interesser og spesialkompetanser. Det krever samhold, romslighet og god organisering, men gevinsten er stor. Så er det helt nødvendig å forstå at et legekantor er et team av leger og medarbeidere, hvor dyktige medarbeidere leverer både en viktig del av jobben og kontinuiteten. Også her er helheten avgjørende. Tverrfaglighet gir mulighet til å være en mer slagkraftig fagperson. Er vi under samme tak så er det lettere. Vår første Nav-leder sa en gang: «Jeg

trenger ikke rådgivende lege, for jeg har le-
gene mine *her* jeg.»

Kan du gi et eksempel på hvordan
det kan fungere?

– Ja! Når det gjelder pasienter med
rygglidelser har jeg, takket være et
tett samarbeid i mange år med en ma-
nuell terapeut som har kontor i etasjen
rett over meg, kunnet hjelpe mine pasien-
ter på en bedre måte. Jeg har lært mye av
det samarbeidet, og jeg vet at det har gått
begge veier. Vi har også felleskonsultasjo-
ner med pasienter. Og så er det jo morsomt
å kunne si til pasienten. «Nå er det bare
han som kan hjelpe deg!», for så å peke opp
mot taket og himmelen hvor manuelltera-
peuten har kontor.

– Andre ganger er det mer alvorlig. En
ung mann hadde ved et uhell skadet en av
bedriftens produksjonsmidler. Han ble etter
det utsatt for voldsomt sinne og fysisk ag-
gresjon fra sin leder. Han var i psykisk uba-
lanse og hadde et opplagt funksjonstap. Her
må jeg ha hjelp, tenkte jeg, og gikk rett opp
til Rachel på Nav. Hun gikk ned en etasje til
bedriftshelsetjenesten og kalte inn partene
til et møte neste dag. Tverrfagligheten og
hurtigheten bidro til at sykmelding kunne
unngås og til at pasienten var tilfreds.

Bygg broer!

Du har mange engasjementer. Hvordan er
det å være fastlege og samtidig være enga-
sjert i så mange roller, blant annet som til-
litsvalgt?

– Alt handler om å bygge broer! Som fast-
leger bygger vi mange slags broer; fra
utrygghet til trygghet, fra skam til aksept,
fra svakhet til styrke, fra kaos til klarhet, fra
sykdom til helse, fra arbeidsuførhet til ar-
beid, fra sykdom til død. Kontinuiteten i vår
relasjon med pasienten bygger over tid en
bro hvor det legges stein på stein. Og mørte-
len er tillit. Den broen er god å ha hvis alvor-
lig sykdom melder seg. På kontoret mitt har
jeg en liten japansk kintsugi keramikkbolle
(2), som en metafor på brobyggingen. Den
tar jeg ofte frem når en pasient har kommet
seg gjennom en vanskelig tid. Disse bollene
er knust, men sprekken er brolagt med gull
og lakk, og har derfor økt sin verdi.

– En brobyggende fastlege lytter mer enn
han snakker, ser og forstår pasientens per-
spektiv og behandler med empati, høflig-
het og respekt – og er en trygg fagperson.
Det er nøyaktig de samme tingene som tel-
ler når du deltar i samarbeidsprosjekter, ut-
redninger eller utvalg, enten det er Nav,
kommunen, helsedirektoratet eller depar-

tementet. Når vi skal bygge en bro må vi vite hvordan terrenget ser ut på den *andre* siden, og hvordan vi *oppfattes* fra den andre siden. Dette «utenfra og inn perspektivet» er nødvendig i all brobygging. Vi må finne det som forener og skiller oss fra andre, og vi må forstå hverandres ambivalens og fordommer. Som leder i IT-utvalget skulle jeg møte omverdenen på konferanser, i råd og i utvalg, for å fremme Legeforeningens politikk. Men jeg var også foreningens ører som fanger opp ting ved å lytte og ved å bygge broer og relasjoner. Da får du mulighet til å påvirke før beslutninger er kommet for langt. Under pandemien så vi viktigheten av broene. Det tok oss bare tre dager å få fjernet kravet om pasientens BankID for pålogging til videokonsultasjoner. Det var bare å gå over de broene som var bygget på forhånd med leverandører, departement og direktorater. Ellers hadde det sikkert tatt et halvår å gjøre en slik endring.

– Vi må skape felles visjoner og mål, en stemning som irske kolleger i UEMO beskrev slik: «Happy doctors, happy patients and happy government». Og det er ofte faglige mål som forener oss med andre. Et sterkt faglig arbeid er kanskje den viktigste forutsetningen for broer som kan bidra til å bedre arbeidsbetingelser og rammer. Og bedre arbeidsbetingelser fremmer godt faglig arbeid. Så det henger sammen. Dessverre er det ikke alltid at målene og tiltakene forener.

IT-verktøy

Jeg skyter inn: Det gir jo assosiasjoner for meg som bor i Trondheim. I et intervju med *Dagens medisin* i 2019 sier du blant annet:

«Å tvinge fastleger til å bruke verktøy de selv oppfatter som dårligere enn det de har i dag, er noe av det dumme man kan finne på.» (3)

Ja, responderer Kjartan.

– Vi trenger relevante løsninger som letter vårt arbeid. Legeforeningen stod lenge, nesten alene, fast på at store IT-løsninger som Akson ikke ville gi oss det. Nå er vi på et bedre spor: Smidig utvikling og økosystemer av verktøy som støtter både pasienters og helsepersonells behov. Jeg opplever i mitt styrearbeid i Norsk Helsennett og produktstyret i Helsenorge at det er dit alle vil. Men i din region har jo Helseplattformen skapt store problemer. Den lesverdige artikkelen «Why doctors hate their computers» fra *The New Yorker* handler om frustrasjoner og hindringer i hverdagen ved implementering og bruk av dataløsninger (4). Og mye handler om journalsystemet Epic, som dere kjenner i Helseplattformen.



En av Kjartans lidenskaper er William Shakespeares verker. ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES / BIGEMRG

– Leger hater ikke IT, men er ambivalente. På den ene siden er vi helt avhengige av e-helse. I UEMOs europeiske e-helsepolicy, som jeg ledet arbeidet med (se foto side 5), slår vi fast: «The general practitioners of Europe are just as dependent on well functioning ICT as on their stethoscope» (5). På den andre siden er vi frustrerte over ikke å ha helt nødvendige verktøy som eksempelvis en felles oppdatert legemiddelliste. Det har blitt veldig mange foredrag om e-helse i de 18 årene jeg har jobbet med e-helse, og jeg har aldri glemt å etterlyse denne listen. Nå nærmer *Pasientenes Legemiddelliste* seg heldigvis. I ambivalensen vår ligger det også positive følelser.

– Myndighetspersoner og teknologer har noen ganger beskrevet oss som lite endringsvillige og som negative til nye e-helse løsninger. Det skyldes at e-helseområdet i liten grad aksepterer den lærdommen vi som leger har fått inn med «morsmelken», at selv en god medisin har bivirkninger og uønskede effekter, og at vi må ha kunnskap om effekt. Stiller vi spørsmål oppfattes det som motstand. Jeg satt tre år i EU kommisjonens eHealth Stakeholder Group, hvor jeg ledet en arbeidsgruppe om disse temaene.

Sekretariatet i EU var veldig ambivalente til denne gruppens tema, ler Kjartan. Han fortsetter:

– Noe av skylden for å bli oppfattet som negative må vi nok selv ta. Hadde vi greid å formidle balansert både det positive og negative – ambivalensen, så hadde vi nådd bedre frem. Jeg har skrevet om dette (6).

Ambivalens

Det er tydelig at Kjartan har mange tanker om IT i legens hverdag. Men vi skal tilbake til dette med sykmeldingsarbeid. Også her har du kjent på ambivalens, sier jeg.

– Ja, jeg kjenner også på ambivalens i sykmeldingsarbeid, og lar meg frustrere når det er vanskelig å få til løsninger, og når vi som gruppe blir angrepet av NHO. Og jeg er sikker på at mange av de legene som vil slippe hele sykmeldingsjobben ikke er udelte negative, men ser at de kan hjelpe sin pasient til bedre løsninger gjennom veiledning og dialog. Når vi utelukkende formidler den negative følelsen i ambivalensen, kan vi skyve både pasienter og myndigheter bort fra oss. De harde utsagnene om primærhelseteam er et godt eksempel, synes jeg. Det var åpenbart mye å kritisere, men kritikken ble så hard at vi kunne misforstås som negative til teamarbeid, tverrfaglighet og prioritering av de sykeste pasientene. Og det stemmer jo ikke. Vi har alltid jobbet i team på legekontor, et sømløst samarbeid mellom kolleger og medarbeidere, hvor vi fordeler oppgaver. Samarbeid og tverrfaglighet innad i kommunen og mot sykehus er hverdagen, og prioritering av de sykeste en kjerneverdi.

– Vi har mye å vinne på å være milde og diplomatiske i det offentlige rom. Harde utsagn som slår godt, og gir god respons når vi er sammen med våre egne på møter og i nettfora, er ikke alltid like gode og hensiktsmessige utad.

Et spørsmål blir om man alltid skal være brobygger og diplomat?

– Nei, noen ganger må foten settes ned. Jeg ble fanebærer for Legeforeningen og arbeidslivets parter i å få stoppet den såkalte «Hedmarksmodellen». Denne arbeidsmåten ga Nav anledning til å stoppe sykepengen på sviktende grunnlag. Dette har jeg skrevet om i *Utposten* (6). Jeg er stolt over at vi greide å stoppe disse krenkelsene av pasienter (7).

Igen dette ordet ambivalens, tenker jeg. Jeg må rydde i egne tanker: Vi har snakket

om IKT – Kjartan kom inn i det arbeidet gjennom fagforeningsengasjement. Hvor kom så IKT-engasjement fra?

– Det startet med sykmelding! Tidlig på 2000-tallet kom den første IA-avtalen. Fokuset var ensidig på arbeidsplassen, leger hadde ingen rolle og ble omtalt som hindringer, men skulle fortsatt skrive sykmeldingene, pasientene var jo ikke mindre syke. Jeg skrev til leder i Aplf (Allmennpraktiserende legers forening) og etterlyste handling. Så gikk det fort! Noen dager senere var jeg i arbeid sammen med Rikstrykdeverket (RTV – senere Nav) og partene i arbeidslivet. Vi utviklet fagutviklingsprogrammet «Legen i det inkluderende arbeidsliv». Vi samlet 2100 allmennleger på møter over hele landet. Som debattleder på mer enn tretti møter, fra Kirkenes til Lista, ble jeg mektig imponert over kunnskapsrike og reflekterte kolleger som hadde mange gode strategier. Fra da av har jeg vært tillitsvalgt og sittet i ett av disse styrene; Aplfs fagutvalg, AF, Sentralstyret og NFA. Det har vært et fantastisk privilegium å få jobbe med dyktige og dedikerte kolleger som tar et tak for fellesskapet vårt. Et lite råd til yngre kolleger: Får du sjansen, så engasjer deg i foreningsarbeid – det gir så mye!

Aktiv og avventende sykmelding

Vi må tilbake til det med sykmelding, sier jeg. Jeg hadde som utgangspunkt at jeg ville intervju deg om to av babyene dine, nemlig aktiv sykemelding og avventende sykemelding.

Hva er historien bak disse to konstruksjonene?

– Begge ideene og prosjektene ble til nasjonale sykmeldingstiltak. Aktiv sykmelding i 1993 og avventende sykmelding i 2006. De bygger bro mellom sykdom/skade og arbeidsplass, hver på sin måte. Litt tilfeldig hadde jeg en liten bistilling som bedriftslege på Elkem Bremanger i nabokommunen, og hadde fått innsyn i hvordan arbeidsledere tenkte. Så skrev en direktør i RTV en sur kommentar i *Tidsskiftet* om at leger var dårlige til å bruke graderte sykmeldinger. Det var å skyte pianisten, følte jeg. Problemet lå på arbeidsplassen. Produksjonslinjene passet ikke med gradering, og tilrettelegging ble sett på som risikofylt; «Det kan bli dobbel arbeidsgi-verperiode».

– Jeg fikk vår bedrift til å garantere tilrettelegging hvis legene i bygda skrev en aktiv sykmelding. Trykdesjefen likestilte aktiv sykmelding med en vanlig sykmelding, og la på 14 dager med fulle sykepenges selv om pasienten var på jobb. Da ordningen ble gjort nasjonal, tok man vekk tids-

begrensingen, og så oppstod det etter hvert et overforbruk. Pasienter ble aktivisert, men ble gående altfor lenge på aktiv sykmelding. Ordningen ble avvirket i 2011 og fokuset rettet mot graderte sykmeldinger. Dette er en lærdom å ta med seg når det ropes etter stadig mer gradering. Mer er ikke alltid bedre!

– Avventende sykmelding startet som prosjektet «Gult kort» i SMS – et samarbeid mellom Nav og Legegruppa SMS (8). Meningen var å flytte dialogen om tilrettelegging i arbeidsgiverperioden tilbake til arbeidsplassen. Legen kunne si; «Det er helt ok at du er i aktivitet på jobb med den vrikke ankelen, så lenge du får avlaste foten. Hvordan dette kan løses snakker du med din leder om».

Avventende sykmelding lever jo videre, men det er lite brukt, innvender jeg.

– Ja – og jeg har tenkt mye på hvorfor. Jeg ble jo tildelt prisen «Den gylne resept» for beste ide i norsk helsevesen i 2008 av en fagjury i *Dagens Medisin* (9), men det hjalp ikke. En faktor var nok at gradert sykmelding skulle være første valg. Vi oppnår jo mye av det samme med en gradering, og tallene viser at leger har vært utrolig flinke til å velge gradering som første tiltak. Så har også avventende sykmelding kanskje en slags implisitt foreldre-barn kommunikasjon. Både leger og pasienter føler nok på at det ligger en mistillit her; «Tror du ikke på meg når jeg sier det ikke er mulig å tilrettelegge?» I noen år var jeg pappa til to nasjonale sykmeldingstiltak som levde side om side. Etter hvert gikk de to i hver sin grøft, over- og underforbruk. Men jeg er stolt av begge som ærlige forsøk på brobygging for aktivitet.

Shakespeare

Jeg tar en pause fra dette med sykmelding og IKT, og tenker tilbake til da Kjartan sa ja til å bli intervjuet. Jeg sier: Da du sa ja til intervju, så la du vekt på at du heller enn å snakke om egne bragder ville bruke den anledningen til å inspirere yngre kolleger. Samtalen vår om alt du har gjort ved siden av fastlegejobben er jeg redd kan gjøre yngre leger skeptiske. Er ikke den allmennmedisinske bøtta full? Har du ikke hørt om fastlegeopprøret?

– Ja, jeg representerer snart fortiden, og det er den nye generasjonen av allmennleger som teller. Det er et fint Shakespeare-sitat fra *Stormen* som sier: «Fortiden er en prolog til fremtiden». «What's past is prologue». Hvis det jeg snakker om kan bli en del av prologen er jeg lykkelig.

Med det har Kjartan avslørt en av sine lidenskaper, nemlig Shakespeare.

– Ellers forstår jeg hva du mener med det å ta på seg for mye, svarer Kjartan. Jeg mener ikke at alle skal gjøre som meg, men for meg er det slik: Jeg har fått en større bølge ved å si ja til andre ting enn pasientarbeid. Det har gitt meg inspirasjon og mer overskudd til kontordagene. Ikke minst har det gitt stolthet over faget allmennmedisin og den betydningen vi kan ha på mange plan. I starten av min karriere som allmennlege var jeg ambivalent og litt frustrert over tunge oppgaver og pasienter. God gruppeveiledning og verdien av å gjøre mer enn pasientarbeid fikk meg inn på sporet. Så jeg oppfordrer dere yngre kolleger til å reflektere over dette. Det er mange muligheter; være tillitsvalgt, forske, eller delta i arbeidsgrupper, råd og utvalg. Er du redd for at du ikke kan nok, så tar du feil: Bare det å ha hverdagskompetanse er godt nok. Den er ettertraktet. Du er bra nok!

Portner

Jeg må som intervjuer igjen summe meg litt. Jeg sier: Vi har flere sentrale ord i samtalen vår: brobygging, tverrfaglighet, ambivalens, og nå også den allmennmedisinske bøtta. Et annet ord jeg forbinder med deg Kjartan er portvokter, eller snarere, som du har påpekt, portner...

Kjartan fortsetter.

– Det vi gjør er rammet inn av lover og regler, og vi må holde tiltakene innenfor rammen. Eksempelvis kan du ikke sykmelde noen fordi andre er syke, eller fordi det skal gjøres kosmetisk kirurgi. Men innenfor rammen, er vi gitt et stort ansvar og mange muligheter til å finne de beste løsningene, sammen med pasienten. Der kan vi være kreative portnere som åpner for å se på ulike løsninger. Aktivitet der det er mulig, avlastning der det er nødvendig. Ikke svare ja og ha, men utfordre og drøfte.

En god portner er ikke nøytral, men anerkjenner forskjeller og fremmer likeverd. Alle tilstander må vurderes individuelt. Det krever kunnskap, nærhet og empati. Jeg ble nylig invitert til å skrive en kommentarartikkel i *Tidsskriftet* om sykmeldingsarbeid hvor jeg diskuterer dette (10). Det som er best for pasienten er vanligvis også best for samfunnet.

– I starten av samtalen vår snakket jeg om den broen som kan bygges gjennom kontinuiteten i vår relasjon med pasienten, og om verdien av den. Min far, psykoanalytiker, var opptatt av at vi tør å gå inn i det emosjonelle rommet mellom lege og pasient. Tillit bygget gjennom kontinuitet gir anledning til det. Jeg har en liten historie som illustrer et slik øyeblikk av betydning,

*Kjartan Olafsson
i sitt rette element når han
ikke er faglig engasjert
– på fisketur.*

fra en samtale med en 40 år gammel kvinne som jeg har fulgt fra hun var barn. Hun er dypt fortvilet over situasjonen hjemme. Hennes datter i tenårene har store psykiske utfordringer og vil helst dø. Situasjonen synes fastlåst til tross for terapi og innleggelser. Jeg fulgte mor da hun hadde samme utfordringer da hun var i tenårene. Replikken: «Jeg husker en annen jente som hadde det vanskelig – det gikk bra med henne», førte oss begge inn i et rørende emosjonelt rom. Og det ga noe, både til pasient og lege.

Jeg nikker for meg selv. Jeg sier: Du har forsøkt å bygge bro mellom arbeidsgiver og arbeidstaker med avventende sykmelding. Her bygget du bro mellom før og nå i et menneskes liv med en enkel replikk.

Prolog

Kjartan fortsetter.

– I min fase av livet kommer det avslutninger, men jeg liker å se fremover og å bygge bro til nye oppgaver. Akkurat nå er jeg glødende opptatt av beredskapsplaner for våre eldste pasienter. Kolleger i legevakt eller på sykehus må ta stilling til kompliserte spørsmål om liv og død for ukjente pasienter som fastlegen vet mye om. Beredskapsplaner kan bli en bro som høster av kontinuiteten og tilbyr gevinsten til den nye legen. Årets nyord var «beredskapsvenn», noe jeg selvsagt omfavnet.

Kjartan er en ivrig havfisker og vil bevege seg mellom havet utenfor Florø, Nesbyen og en samling steinhus i en liten kroatisk landsby, når den tid kommer. Familie vet jeg også er viktig for ham, og spør: Og så har du fått fem barnebarn?

– Å få barnebarn er en fantastisk gave. Tenk å få dele alle de tankevekkende refleksjonene om livet. En morgen våknet jeg av en liten stemme som sa Pa (bestefar) «Jorda er oppe i lufta, er den ikke?». Veldig mange kolleger har betydd mye for meg. Ingen nevnt, ingen glemt. Ett menneske som betyr mye vil jeg likevel nevne: Venke, min kjære, kloke støttespiller og leder på hjemmehjelp. Kolleger har jo i perioder syntes at jeg har hatt et litt for positivt forhold til Nav. En gang ble jeg beskyldt for å «være i seng med Nav». Etter at Venke ble Nav-

leder i Kinn kommune kan jeg bekrefte at det er sant!

– Det er også fantastisk å få være i dialog med studenter og LIS1 leger gjennom veiledning. Tenk at en 26 år gammel lege kanskje skal jobbe til 2070. Tenk på alt som vil skje! Det er jo nesten science fiction. Det som skjer nå, er bare prologen!

Vi lar *prolog* bli det siste ordet i samtalen med Kjartan. Begynnelse må være en passende slutt! Det slår meg at Shakespeare sitt utsagn har gyldighet også for forelesningen jeg årlig er vitne til: Kjartan sin kunnskap og erfaring er prologen – som gjennom studentenes innspill skaper fremtiden – selve forelesningen.

REFERANSER

1. Ståle Sagabråten, «Etter 100 år var allting glemt – nesten», Utposten nr. 4, 2020.

2. <https://en.wikipedia.org/wiki/Kintsugi>.
3. <https://www.dagensmedisin.no/e-helse-en-innbyggjer-en-journal/legeforeningen-foles-veldig-rart-at-man-ikke-gjor-det-enkleste-forst/221971>.
4. Athul Gwande. The New Yorker 05.11.18 <https://www.newyorker.com/magazine/2018/11/12/why-doctors-hate-their-computers>, lest 150125
5. HL7 Newsletter 2019, <https://www.hl7.eu/download/eun-09-2019.pdf> lest 150125.
6. Kjartan Olafsson: «Hva er i veien med Hedmarksmodellen», Utposten nr. 3, 2016.
7. «Nav slutter med omstridt praksis», Tidsskrift for den norske legeförening, 11. oktober 2016.
8. Gult kort evalueringsrapport – Vestlandsforskning Rapport 6/2006 Olafsson & Sataøen https://www.vestforsk.no/sites/default/files/migrate_files/evalueringsrapport-gult-kort-6_2006.pdf.
9. <https://www.dagensmedisin.no/den-gylne-resept-til-floro-lege/111920> lest 150125.
10. <https://tidsskriftet.no/2024/12/invitert-kommentar/legen-pasienten-og-sykmeldingen>.

■ NFLEM@ONLINE.NO





SHINGRIX

VAKSINE MOT HELVETESILD
(REKOMBINANT, MED ADJUVANS)

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

Vaksinér nå for
beskyttelse som varer¹



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

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

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

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

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON:

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

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

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

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

- ZOE-50: Totalt vaksinerte kohort (TVC) på 15 405 voksne $\geq$ 50 år som fikk minst én dose av enten Shingrix (n=7 695) eller placebo (n=7 710).

Alder $\geq$ 50 år: vaksineeffekt 97,2 %, 95 % KI [93,7; 99,0]. Median oppfølgingsperiode 3,1 år.

- ZOE-70: TVC på 13 900 voksne $\geq$ 70 år som fikk minst én dose av enten Shingrix (n=6 950) eller placebo (n=6 950).

Alder $\geq$ 70 år (ZOE-50 og -70 samlet): vaksineeffekt 91,3 %, 95 % KI [86,8; 94,5] Shingrix (n=8 250) vs. placebo (n=8 346). Median oppfølgingsperiode på 4,0 år.

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

Referanser: 1. Strezova A, et al. Long term protection against herpes zoster by the adjuvanted recombinant zoster vaccine: interim efficacy, immunogenicity, and safety results up to 10 years after initial vaccination. Open Forum Infect Dis 2022 Oct 23;9(10):ofac485. doi: 10.1093/ofid/ofac485 2. Shingrix preparatomtale (12/2022).

3. Rimsellene G et al. Varicella-zoster virus susceptibility and primary healthcare consultations in Norway. BMC Infect Dis. 2016 Jun 7;16:254. doi: 10.1186/s12879-016-1581-4. 4. Sæther EM. Helvetesild i et samfunnsperspektiv. Oslo Economics, mai 2023 (sykdomsinfo.no/samfunnsperspektiv)



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

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

GSK

LONG COVID:

En folkesykdom med samfunnsmessige konse

■ ARNE SØRAAS • Ph.d., infeksjonsmedisiner og forsker ved Avdeling for mikrobiologi, Oslo universitetssykehus. Leder for forskningsprosjektet Koronastudien

Long covid er en ny klinisk tilstand som foreløpig ikke er helt klart definert, men med milliarder av covid-tilfeller på verdensbasis er det nå bred enighet blant forfattere i verdens ledende medisinske tidsskrifter om at long covid er blitt et betydelig problem. Forskningsfronten beveger seg raskt, kanskje raskere enn for noen annen tilstand, og jeg vil benytte denne spalteplassen til å fortelle om mine erfaringer som forsker på long covid.

Jeg er indremedisiner, infeksjonsmedisiner og forsker ved Oslo Universitetssykehus, med to års erfaring som fastlege tidlig på 2000-tallet. Tidlig i pandemien startet vår forskningsgruppe ved mikrobiologisk avdeling på OUS Koronastudien (www.koronastudien.no) for å lære mer om viruset SARS-CoV-2 og sykdommen covid-19. Gjennom medieomtale rekrutterte vi raskt over 150 000 deltakere fra hele landet, som besvarte nettbaserte spørreskjema. Allerede våren 2020 fikk vi tilbakemeldinger fra pa-

Arne Søråas har forsket på long covid og deler sine erfaringer med Utposten sine lesere. FOTO OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS



sientene om at de opplevde ettervirkninger av covid. Dette var starten på vår forskning på long covid.

Virus er forskjellige

Det er kanskje ikke så overraskende at SARS-CoV-2 har ettervirkninger, ettersom viruset infiserer celler med ACE2-reseptoren som finnes i hele kroppen. Virus er partikler som infiserer levende celler ved å benytte overflateproteiner for å komme inn i cellen og kapre cellens maskineri til å produsere nye virus. Prosessen kan ta kort eller lang tid, og virus kan av og til persistere i celler i lang tid – noen ganger for alltid. Virus vil ofte, men ikke alltid, drepe vertscellen. Kroppen responderer ofte på virus ved å skape en inflammasjonsreaksjon, som kan være både lokal og generalisert, eller begge deler. Denne immunreaksjonen kan føre til at infiserte celler blir drept og virus uskadeliggjort ved hjelp av antistoffer og immunceller.

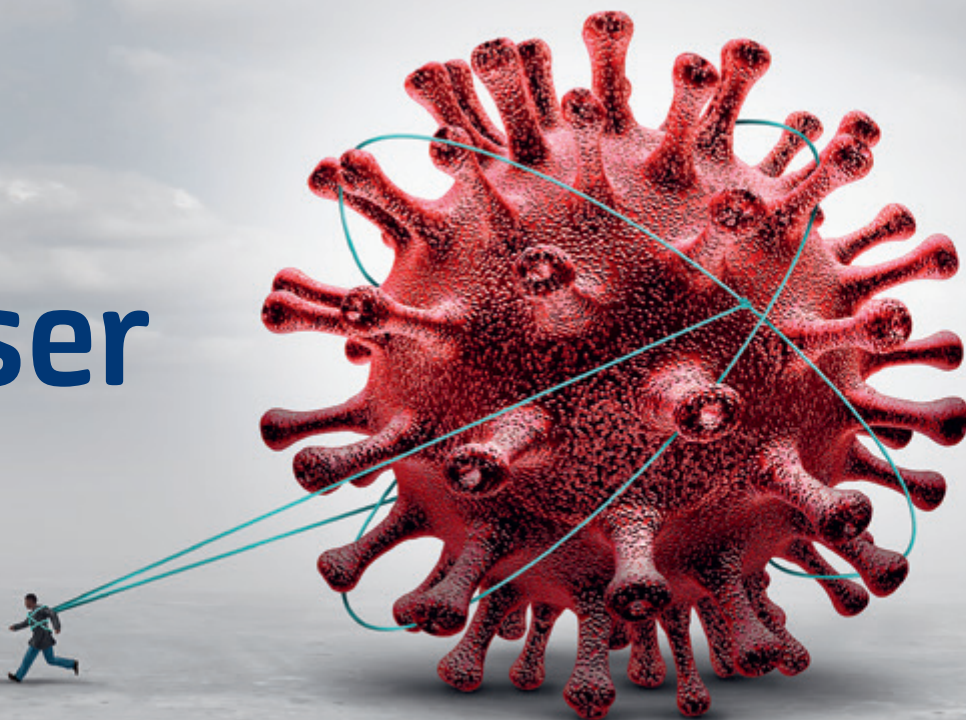
Virus har altså en rekke biologiske effekter på kroppen som direkte eller indirekte skader vevene viruset infiserer, og kanskje også andre vev. Det er på denne måten virus gir sykdom og symptomer. Effekten av viruset på vertsorganismen avhenger i stor grad av hvilke celler viruset infiserer, hva viruset gjør i cellene, og immunforsvarets respons. Resultatet kan være kortvarig sykdom uten symptomer, men også kronisk eller dødelig sykdom. Mange virus gir langtidseffekter, som hepatitt som ødelegger leveren, polio

som gir lammelser eller HIV som ødelegger immunsystemet. Smittemåten er adskilt fra skaden, så et luftveitsvirus kan godt ha sin hovedeffekt et helt annet sted.

Komplekse sammenhenger og systematisk forskning

Kroppen er svært komplisert, og samspillet mellom viruset og kroppen blir enda mer komplisert. Teoretiske eller generelle betraktninger kan derfor bare i veldig liten grad forutsi hva resultatet blir når kroppen møter et nytt virus. For å finne ut hva slags sykdom et virus gir, er det nødvendig å observere et høyt antall smittede over lang tid. Helst bør de smittede også sammenliknes med en kontrollgruppe, og smitten bør påvises med en sikker metode. Det er dette vi har gjort i Koronastudien, og det setter oss i en unik posisjon til å rapportere om hvordan SARS-CoV-2 virker på menneskekroppen. Dessverre var det få andre som gjorde det samme, og de fleste studiene er blitt gjort på sykehuspasienter. I juli 2020 oppdaget vi at SARS-CoV-2 kan føre til hjernetåke. Det vi alle håpet var en luftveitsykdom, som gikk over når feberen gav seg eller noen dager senere, viste seg å gi kognitive plager hos noen av pasientene. Vi fant at over 100 ganger så mange covid-pasienter rapporterte problemer med hukommelse eller konsentrasjon som kontroll-pasienter sommeren 2020. Blant covid-pasientene var det i tillegg 20 prosentpoeng flere som

kvenser



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES / WILDPixel

rapporterte at helsen hadde blitt dårligere etter sykdommen, sammenliknet med kontrollpasientene, som ikke hadde hatt covid. Kognitive plager er nå anerkjent som viktige deler av det kliniske bildet ved long covid og er et eksempel på hvordan virus kan overraske oss. I ettertid er det åpenbart at slike analyser bør gjøres ved alle nye virus, men fortsatt foreligger ingen konkrete planer om dette i Norge. Mange vil si at det er overraskende at det ikke forelå planer om slik overvåkning allerede før pandemien kom.

Debatten om long covid har vært preget av mye synsing og teori. Siden vår forskergruppe observerer covidpasienter over tid og på en systematisk måte, har vi mulighet til å beskrive hvordan sykdommen utvikler seg uten å måtte ty til teoretiske betraktninger eller synsing. Siden vi startet studien før de fleste fikk covid og har store kontrollgrupper, har vi også det mange vil beskrive som et sterkt studiedesign.

Konsekvenser for samfunnet

Resultatene våre viser at covid gir en langvarig og negativ helseeffekt for noen. Fra høsten 2020 har vi formidlet disse resultatene vitenskapelig, til media og til myndighetene i Norge, og på den måten bidratt til en opplyst offentlig debatt. Covid er en ny sykdom, og den offentlige debatten er viktig fordi mange pasienter, leger og myndighetspersoner uten fagkompetanse, lærer om co-

vid gjennom media. Dessverre har debatten i Norge av og til vært preget av teoretiske og generelle betraktninger om infeksjoner. Det har bidratt til at pasienter har følt at plagene deres ikke er blitt tatt på alvor – og det med god grunn. Det har også ført til at pasienter rapporterer at de blir møtt på en dårlig måte i helsevesenet eller i sin kontakt med det offentlige, og at Norge har blitt liggende bak på i responsen på long covid.

Long covid påvirker hele samfunnet. Våre tall, internasjonale publikasjoner og Nav-tall tyder på at titusenvis har plager med long covid i Norge. Det er selvfølgelig enkeltpasienter som får den største byrden, men også samfunnet blir belastet i form av tapt arbeidsinnsats og utgifter gjennom Nav. Så lenge et stort antall smittes av viruset, vil vi forvente å se en økende byrde på grunn av at flere og flere rammes, og fordi varigheten av følgesykdommen er lang. Ved å begrense spredningen av viruset kan byrden reduseres.

Strategi for å redusere spredningen av viruset

Immuniteten mot SARS-CoV-2 ser ut til å vare kort, uavhengig av om den kommer fra vaksiner eller sykdom. I tillegg forandrer viruset seg hele tiden. Både i Koronastudien og i data publisert fra Statistics Canada ser vi at gjentatte infeksjoner øker risikoen for long covid. Denne kombinasjonen av gjentatt smitte og skadevirkning

ger av gjentatt smitte er uheldig, og mange land ser ikke ut til å ha tatt konsekvensene inn over seg. For oss betyr det at vi over tid sannsynligvis vil se en økende forekomst av long covid i befolkningen.

Vi forventer altså å se flere sykemeldte, flere pasienter med plagsomme symptomer, flere pasienter med covid-relaterte følgesykdommer og flere dødsfall. Spørsmålet vi som samfunn må stille oss er hva vi skal gjøre for å begrense disse skadene. For Norge er spørsmålet mer spesifikt: Skal vi gjøre som for eksempel USA: dele ut gratis tester og be folk isolere seg når de har covid, eller skal vi fortsette å si at det ikke er nødvendig med testing og at det er OK å gå på jobb/skole/barnehage bare du føler deg frisk nok til det? Ifølge mikrobeteorien for sykdom («Germ Theory of Disease»), som er blant verdens mest anerkjente vitenskapelige teorier, vil den norske strategien føre til mer smitte enn den amerikanske. Jeg tror det nåværende standpunktet i Norge er en uheldig strategi.

Et annet land som likner mer på Norge, og som også har hatt en ganske lik strategi for å håndtere pandemien de første årene, er New Zealand. Der har de valgt å gå ut med en anbefaling om at alle skal teste seg ved luftveissymptomer og holde seg hjemme i fem dager ved positiv test. Dette enkle tiltaket ser ut til å ha blitt fulgt ganske godt opp, og New Zealand har hatt en lavere dødelighet enn Norge de siste årene – en dødelighet på linje med det vi i Norge hadde frem til høsten 2021 (1).



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES / NIPHON - MANIPULERT

Betydning i kommunehelsetjenesten og allmennpraksis

Covid kan gi akutt og dødelig sykdom, men covid er også en risikofaktor for å dø av en lang rekke andre sykdommer de første månedene etter sykdom. Al-Alys forskning publisert i *Nature Medicine* viste allerede i 2022 at pasienter som hadde hatt covid hadde forhøyet dødelighet i månedene etterpå, spesielt knyttet til hjerte- og karsykdommer, men også andre sykdommer. I Norge så vi både i 2022 og 2023 en økning i dødsfall av andre årsaker enn covid, som passer med funnene til Al-Aly. Det

HVORDAN LEVE MED VIRUS?

Vi lever allerede med flere farlige virus. Her er noen eksempler:

- HIV er et farlig virus som vi takler ved å unngå å blande kroppsvæsker og ved å gi medisiner til de som har blitt smittet.
- Hepatitt B og C takler vi også ved å unngå å blande blod, og ved vaksinerings.
- Halvparten av jordens befolkning bor i områder med myggbårne sykdommer som malaria og dengue. Deres strategi er aldri å la sykdommen flyte fritt, men å begrense spredningen ved å bruke myggnett og beskytte seg mot stikk. I tillegg jobber de aktivt mot vektoren (mygg): Har du et bildekk liggende i hagen din, vil politiet mange steder møte opp og gi deg bot fordi du bidrar til spredning av et uønsket patogen ved å yngle mygg.

kan se ut som hele befolkningen er mer utsatt for andre sykdommer i perioden etter store covid-bølger. Som fastlege kan dette være greit å ha i tankene når man gjør risikovurderinger: Nylig gjennomgått covid er i studier vist å være en risikofaktor for alvorlig sykdom, ikke bare et stort spekter av hjerte- og karsykdommer som hjerteinfarkt, arytmier, lungeemboli og hjerne- slag, men også et stort antall nevrologiske sykdommer og demens, samt diabetes og nyresvikt, for å nevne noen.

Kunnskapsbasert håndtering av covid

Vi er et kunnskapsbasert samfunn som har fått et nytt virus vi må leve sammen med, og det må vi gjøre på en kunnskapsbasert måte. Min mening som forsker på long covid er at vi hittil ikke har klart det på en god måte. Jeg mener spesielt at myndighetene fra og med 2022 har vært alt for villige til å ta risiko på befolkningens vegne. Håndteringen følger for lite «føre-var» prinsippet, og det har vært for stor tro på at SARS-CoV-2 skulle oppføre seg som andre forkjølsesvirus. Jeg har tidligere formidlet dette både til helseministeren og andre myndigheter, men fortsatt hører jeg historier om at folk går på jobb selv om de vet at de har covid, og om pasienter som blir smittet i helsetjenesten. Strategien i Norge er fortsatt basert på at viruset skal sirkulere fritt i den friske delen av befolkningen. Helseministe-

ren bør søke råd hos andre enn hos sitt eget statlige fagmiljø ved Folkehelseinstituttet. Med det mener jeg at han og de ansvarlige i departementet bør møte og lytte til representanter for pasientene (Norsk covidforening), forskere med ekspertise på long covid, og epidemiologene bak covidstrategien i land som avviker fra Norge sin strategi (for eksempel USA, Australia og New Zealand). Håndteringen av covid er en viktig sak, og det å ta feil valg kan ha store konsekvenser i form av dødsfall, sykdomsbyrde og økonomiske utgifter. Det er ikke nok at ministeren sier «jeg hører på FHI», når han vet at FHI sin strategi er annerledes enn den andre store land implementerer, og at forskere på long covid uttrykker sin uenighet offentlig. Jeg mener covid-håndteringen tas for lett på sammenlignet med andre beslutninger med konsekvenser for folkehelsen – som ofte utredes grundig i flere fora. Det finnes mange eksempler på at vi kan leve godt med farlige virus. Små endringer av Norges strategi har potensiale til å gi store positive utslag på folkehelsen.

INTERESSEKONFLIKTER: Arne Søråas eier aksjer i Flokki.no, et firma som gir råd om vaksinerings.

REFERANSER

1. <https://www.economist.com/graphic-detail/coronavirus-excess-deaths-tracker>.

■ ARNESORAAS@GMAIL.COM

FORSLAG TIL TILTAK

Eksempelene over viser hvordan vi kunnskapsbasert lever med virus. SARS-CoV-2 er et skadelig luftbårent virus som vi må leve med. Jeg avslutter artikkelen med mine forslag til tiltak som jeg vet at helseministeren har vurdert, men valgt å ikke innføre i Norge. Jeg mener han bør revurdere dette:

- Vi må gi en sterk anbefaling om å teste seg ved symptomer og selvisolere seg ved positiv test – det er ikke greit å smitte andre med covid.

- Vaksiner bør tilbys til alle som ønsker det – både mRNA og proteinbaserte – vaksiner ser ut til å beskytte mot long covid og alle bør ha et valg.
- Kravene til inneluft i lokaler der mange oppholder seg samtidig bør være strengere. Det gjelder spesielt steder der man er tvunget til å være som barnehager, skoler, helseinstitusjoner og arbeidsplasser.
- I perioder med mye smitte bør munnbind anbefales der mange mennesker oppholder seg over tid.

- Helseforetakene må bygge opp fagmiljøer for long covid rundt klinikker med ansvar for behandling, forskning og formidling.
- Det må settes av midler til forskning på long covid.
- Covidstrategien må bygge på et føre-var prinsipp der å redusere skadevirkningene av viruset gis høy prioritet. Det er fordi den sikre kunnskapen om et virus i en pandemi oftest vil komme måneder eller år etter at myndighetene må fatte beslutninger.

Long covid i de viktigste vitenskapelige tidsskriftene

■ ARNE SØRAAS • Ph.d., infeksjonsmedisiner og forsker ved Avdeling for mikrobiologi, Oslo universitetssykehus. Leder for forskningsprosjektet Koronastudien



Etter hvert har covid-debatten i Norge fått drahjelp fra internasjonal faglitteratur om long covid. Forskningsfronten beveger seg raskt, og her presenteres de mest toneangivende forskningsresultatene – publisert i de viktigste vitenskapelige tidsskriftene.

I 2022 publiserte *Nature* en artikkel (G. Douand, 2022) som inkluderte deltakere fra den store biobanken i Storbritannia (UK biobank). Deltakerne hadde enten hatt mild covid eller ikke hatt covid i det hele tatt, og alle hadde tatt en MR-undersøkelse av hjernen og en kognitiv test før pandemien (*trail making test*). Forskerne kunne dermed sammenlikne pasientene med seg selv før de ble syke, og med kontrolldeltakere som ikke hadde vært syke. De fant at covid-pasientene hadde MR-forandringer i hjernen, og at de eldste som hadde gjennomgått covid-sykdom, scoret dårligere på *trail making-test*. Begge deler er en sterk indikasjon på at covid påvirker hjernen.

Viruset persisterer i kroppen

S. R. Stein (2022) viste i en annen *Nature*-artikkel basert på autopsimateriale, at viruset persisterte i kroppen, inkludert i hjernen, i opptil 230 dager etter infeksjon. Det er altså ikke avklart om pasienter helt kvitter seg med viruset, noe som åpner for at viruset kan gi en langvarig og direkte skade.

Økt dødelighet de første seks månedene etter infeksjon

Gruppen til Ziyad Al-Aly, som jobber med tidligere ansatte i det amerikanske forsvaret (Veterans Affairs), har publisert en rekke studier i *Nature Medicine*. De har en kohort på størrelse med hele Norges befolkning,



med gode registerdata. De viktigste funnene er at covid-pasienter, sammenlignet med kontroller, har økt dødsrisiko de første tolv månedene etter mild sykdom. Covid-pasientene har fortsatt økt dødsrisiko tre år etter alvorlig sykdom (definert som de som var hospitalisert med covid), også av en lang rekke andre årsaker enn covid (M. Cai, 2024). Altså finner de at covid er assosiert med økt risiko for andre sykdommer som kan ha alvorlig utfall.

Ziyad Al-Aly et al. fant også økt risiko for en rekke andre sykdommer i flere år etter covid. Som de fleste andre studier finner gruppen til Al-Aly at vaksinasjon gir delvis, men ikke full beskyttelse mot ettervirkningene, inkludert den økte risikoen på lang sikt for å dø av alle årsaker. Det er verd å nevne at artikkelen om dødsrisiko kom ut før statistikken i Norge for 2022 kom, og at artikkelen korrekt forutsa de høye dødstallene vi fikk. Også i 2023 hadde vi store bølger av covid og høye dødstall. Al-Aly sin forskning tyder på at long covid ikke bare er en samling «helseplager», men også er forbundet med økt risiko for en lang rekke sykdomsdiagnoser i flere organsystemer.

Selvrapporterte symptomer før og etter covid – og vår egen publisasjon i *New England Journal of Medicine*

I 2023 publiserte *Lancet* (A. V. Ballering, 2022) en artikkel der de sammenliknet selvrapporterte symptomer før og etter covid hos pasienter og hos kontroller uten infeksjon. De inkluderte dessverre ikke kognitive symptomer, men fant at covid-pasientene opplevde mer utmattelse, problemer med luktesansen, og ettervirkninger relatert til dysautonomi. Jeg vil også nevne Koronastudien sin publisasjon i *NEJM* (Ellingjord-Dale, 2024), der vi fant at covid-pasientene hadde dårligere hukommelsesscore enn de med negativ test i opptil tre år etter sykdomsepisoden. Før testing hadde begge gruppene lik hukommelse. Det er et dårlig tegn at vi fortsatt kan se ettervirkninger tre år etter sykdommen. Koronastudien har presentert funn fra flere organsystemer i *International Journal of Infectious Diseases* (M. Ellingjord-Dale, 2024).

WHO sin første definisjon av long covid

Det er etter hvert utgitt mange oversiktsartikler og definisjoner av long covid. Den

første gode definisjonen kom allerede i 2021, og var et resultat av WHO sin verdensomspennende Delphi-prosess, med avstemninger blant forskere og involverte fra hele verden. Undertegnede deltok såvidt i denne, og det var kun tre symptomer som nådde opp i avstemningen; tungpust, utmattelse og kognitive symptomer. Det ble åpnet for at mange andre symptomer kunne omfattes av long covid, men det var altså bare disse tre som nådde opp. Dette står seg fortsatt godt, og jeg setter spørsmålsteget ved at så mye som 200 symptomer faktisk er assosiert med long covid. Jeg synes det er en tendens til at studier med svakt design (for eksempel ved at de ikke observerte pasientene før de fikk covid og ikke har kontroller som har hatt andre luftveisinfeksjoner) finner veldig mange assosiasjoner som vi i Koronastudien ikke finner. Det er en fare for at definisjonen av long covid blir «vannet ut» av symptomer som er veldig vanlige i befolkningen eller som opptrer etter alle slags luftveisinfeksjoner. For eksempel finner vi i Koronastudien at ca. 30 prosent av våre deltakere rapporterer at de har hatt hodepine de siste tre ukene uansett om de

hadde en positiv eller negativ covid test for seks til tolv måneder siden. Dette er et symptom som jeg regelmessig ser at rapporteres som et «long covid symptom», men som i våre data bare ser ut til å være et veldig vanlig symptom i befolkningen som kanskje kan forverres av infeksjoner generelt.

Oversiktsartikler i New England Journal of Medicine, Lancet og Nature Medicine sommeren 2024

Jeg vil peke på tre nye oversiktsartikler som alle kom ut sommeren 2024 i de toneangivende medisinske tidsskriftene *NEJM* (E. W. Ely, 2024), *Lancet* (T. Greenhalgh, 2024) og *Nature Medicine* (Z. Al-Aly, 2024). De nye oppsummeringene er mer detaljerte, og bygger på mye mer data enn tidligere. Det er viktig for praktiserende leger å merke seg at disse har kommet i verdens ledende medisinske tidsskrifter, og at de fra sine ulike vinkler alle refererer til long covid som en hyppig forekommende tilstand – med betydelige negative helsevirkninger som er direkte forårsaket av selve viruset.

Artikkelen i *Lancet* inkluderer ikke bare en oversikt over symptomer og mulige symptomer, men tar for seg behandling, med en sterk betoning av viktigheten av et langvarig lege-pasientforhold for å hånd-

tere pasientene på en best mulig måte. Artikkelen tar for seg at medisinen per nå ikke har spesifikk behandling, men er optimistisk i forhold til at spesifikk behandling kan bli tilgjengelig i ikke altfor fjern fremtid, fordi patologiske mekanismer raskt blir klargjort og hundrevis av randomiserte studier er underveis. Det de skriver om forebygging er verdt å merke seg: «Long COVID currently has no definitive cure, so prevention is of the utmost importance.» Den eneste sikre måten å forebygge long covid er å unngå å få covid. Å holde seg oppdatert på vaksinene kan bidra til å forebygge long covid dersom du først blir smittet (I. H. Caspersen, *Vaccines* 2025, S. Brunvoll, *International Journal of Infectious Diseases*). Det pågår studier, også i Norge, for å avklare om Paxlovid kan bidra til å forebygge long covid.

Symptomer på long covid og smitteveier i Koronastudien

Våre funn i Koronastudien er stort sett i tråd med internasjonal forskning og kan oppsummeres slik: Long covid kan ramme alle og er mer sannsynlig hos uvaksinerte, de som blir smittet flere ganger og hos de som følte seg mest syke da de hadde covid. Våre norske pasienter som ikke ble innlagt på sykehus, rapporterer dår-

ligere helse etter covid enn før covid – og dette varer i flere år. Symptomene som rapporteres hyppigst, er kognitive problemer, spesielt relatert til hukommelsen, samt tungpust og utmattelse. De kognitive problemene er mye mer spesifikke for long covid enn utmattelsen. Smaks- og luktproblemer er mindre vanlig nå enn tidligere i pandemien. Den dårligere helsen og de kognitive problemene varer fortsatt lenge, mens utmattelsen muligens er av en kortere varighet. Vi ser lite psykiske problemer på kort sikt. Det samme gjelder smerteproblematikk, inkludert hodepine, magesmerter og muskelsmerter, der vi ser liten forskjell på pasienter med og uten covid (de som er registrert med en negativ test). Jeg vil også legge til at når det gjelder risikofaktorer for å bli smittet av covid så finner vi at langvarig opphold innendørs nær smittede med covid, er den viktigste smitemåten. Bruken av kollektivtransport og det å ha barn er risikofaktorer for smitte, mens det å gå i butikken ser ut til å være mindre utslagsgivende.

INTERESSEKONFLIKTER: Arne Søråas eier aksjer i Flokki.no, et firma som gir råd om vaksiner.

ARNESORAAS@GMAIL.COM



NATURE MEDICINE VOLUME 30/2024 / MOCKUP: MORTEN HERNES / PLACET

THE LANCET, VOLUME 46 / NOVEMBER 2024
MOCKUP: MORTEN HERNES / PLACET

MINE ERFARINGAR SOM DISTRIKTSLEGE / del 2:

Livet som distriktslege

■ TORLEIV ROBBERSTAD

TORLEIV ROBBERSTAD

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



ARKIVFOTO: SANDNES VENSTRE / TORRE NILSEN

Arbeidsmengda var stor, mykje større enn i privatpraksis sørpå. Ei legeteljing i 1966 viste at distriktslegane hadde ei gjennomsnittleg aktiv arbeidstid på 65 timar i veka, og i tillegg kom altså vakttid eller heilkontinuerleg vakt (men utan vaktgodtgjersle). Då var det ikkje rart at bare 27 prosent av distriktslegane nordpå var meir enn tre år i same distriktet. I 1960-åra var det ei svær utbygging av sjukehussektoren, så tilgangen på allmennlegar stagnerte.

Me var fem og eit halvt år på Ørnes. I 30 prosent av den tida hadde eg bare mi eiga stilling, resten av tida hadde eg eitt eller fleire vikariat i tillegg. Det mest ekstreme var vel sommaren 1968. Då hadde eg begge distriktslegestillingane i Meløy, og i tillegg Gildeskål og Rødøy. Storebror min var distriktslege i Leirfjord, og hadde i tillegg Lurøy, Nesna og Dønna. Så på heile kysten mellom Bodø og Sandnessjøen heitte altså distriktslegen Robberstad. Det var nok turnuskandidatane som berga situasjonen.

Det var aldri noko grense for kor mykje vikariat du kunne bli pålagt. I forarbeida til tenestemannslova av 1918 var det sagt at maksimum burde vere to månader, men den lova blei aldri innført for dei tenestemennene som var distriktslegar (1). Det var heilt vanleg med vikariat i eit halvt til eitt år. Dersom einkvan blei tilsett som distriktslege i oktober, men ikkje kunne tiltre før neste juni, så figurerte ikkje den stillinga som ledig lenger. Mange vakansar er blitt kamuflerte på den måten.



Fylkeslegane skulle vel rettleie oss, men telefonane frå han handla om eitt av to:

1. Du har gløymt å sende inn månadsmeldinga over smittsame sjukdomar (den fungerte som eit slag tippekupong, og blei seinare avløyst av MSIS).
2. Vil du ta på deg vikariat frivillig, eller må eg beordre deg?

Det overordna systemet var nokså byråkratisk. Eg måtte søkje til Sosialdepartementet om å få bruke eigen bil på tenestereiser. På spørsmålet «Hvorfor bruk av skyssmidel er nødvendig», svara eg «Fordi det er såpass få bussruter i distriktet at eg ikkje kan basere meg på å reise med dei, og fordi eg ikkje har tid til å reise med dei.» Eg fekk lov til å bruke eigen bil.

Våren 1969 ville eg reise til far min sin 70-årsdag i Oslo. Men distriktslegar kunne bare vere borte frå distriktet sitt i inntil 24 timar utan samtykke frå overordna. Her trong eg to dagars permisjon, men eg måtte søkje heilt til Sosialdepartementet om det, og skaffe vikar sjølv. Eg fekk fri.

Det var fire grupper som var avgjerande for at heile systemet ikkje sprakk. **Den eine** var turnuskandidatane, som gjorde mykje arbeid – mykje på eiga hand. Fleire generasjonar norske legar har øvd seg opp på nordlendingar før dei etablerte seg sør-på. Eg kan ikkje skjønne korleis folk der nord fann seg i slikt. Men turnuskandidat kunne skaffe distriktslegen todelt vaktordning, og var derfor etterspurd til langt ut på 70-talet!

Den andre var dei såkalla «ikkje-yrkesaktive» sjukepleiarane, som var gifte og heimeverande. Det var dei som var første linjetenesta, det var dei som folk spurde til råds: «*Trur du eg må ringe til dokteren om dette?*» Det var slike bygdemødrer i dei fleste skulekrinsane. Dei ordna opp med mykje, og det var tydeleg meir legearbeid i dei par krinsane som ikkje hadde slike lokale ressurspersonar.

Den tredje var sentralborddamene på Televerket. Dei visste kor legen var og kunne spore han opp, dei visste kor pasientane

budde, og dei kunne bryte inn i samtalen for å hjelpe pasienten med å forklare. Automatisering er slett ikkje alltid det same som rasjonalisering.

Den fjerde var ektefellen. Offentlige Leger Landsforening si store distriktslegeundersøking i 1978 viste at bare ein av 450 distriktslegar då var ugift. Det gjekk ikkje an å overleve i distrikt utan slikt bakke-mannskap. På slutten av 1970-talet laga nokre av distriktslegekonene på Jæren ein film med rollespel om dette livet, og midt på 1980-talet blei denne vist på eit etterutdanningskurs for allmennlegar i Stavanger. Nokre av Stavangerlegane avviste den kontant som overdriven og urealistisk. Så mykje visste dei legane om kollegers arbeidsvilkår utanfor sin eigen vesle andedam!

Dei gravide i Nord-Meløy hadde tre alternativ for fødselshjelp. Dei kunne reise til fødeavdelinga på Bodø sjukehus, der det var lite plass, men mykje stafylokokkar. Dei kunne reise til fødestova i Sør-Meløy, og der fekk du ein liten husmorferie, men

jordmora der var bisk og distriktslegen var så som så. Eller du kunne fø heime, med hjelp av den lokale jordmora, som var flink og snill, hadde vaskemani, og tok mot tre av våre. Det var nesten aldri komplikasjonar med henne.

Nesten aldri. To dagar før julekvelden kontakta ho meg: Ei førstegongsfødande hadde fått totalruptur. Hurtigruta hadde nett gått, vegen nordover var i oppløysing, og det var for mykje uvær til å kunne bruke fly. Det var bare ein ting å gjere. Me la kvinnena på tvers i sofaen heime hos ho, jordmora og ei anna var beinhaldarar, og så sto eg på kne i to timar og sydde lag for lag. Det grodde greitt.

Korleis var så den vanlege pasientpraksisen? På kontoret var det vanlegvis 20–25 pasientar, men opptil 48. Og så sjukebesøka etterpå. Heilt sprøtt, men kva var alternativet? Eg lærte meg ein del teknikkar for å effektivisere:

- Lukka spørsmål har lett for å forvirre pasienten, for då får ho ikkje forklart seg på sin måte. Men dersom eg først spurte kva det var ho kom for, og så greidde å tie stille eit par minuttar, så fekk eg oftast diagnosen servert på eit fat.
- Ei masete og hypernervøs kvinne kom stadig med den nestenfriske sonen sin. Ein gong tok me oss 40 minuttar og gjekk gjennom absolutt alle bekymringane ho hadde om helsa hans. Det sparte fleire timar det neste året.
- Eg overlet alltid til pasienten å ta neste kontakt: «Gjer slik og slik, ring i morgon formiddag, og då kjem eg til å spørje om det og det». Så slapp eg å hugse på det.
- Alt eg måtte hugse på å gjere av sjukebesøk og slikt, skreiv eg på eit reseptblokkark som eg hadde i lomma. Når alt på lappen var avkryssa, kunne eg kutte ut inntil neste telefon.

Men det blei lange dagar. Ein vårdag var eg ferdig tidleg på ettermiddagen, og då gjekk eg tur på vegen med ein av ungane. Då ringte naboane: var Helga sjuk, sidan eg var heime så tidleg?

Sjukdomsspekter

Smittsame sjukdomar var det mykje meir av før. Det kom kikhoste i Meløy og næraste delen av Gildeskål (Storvik). I Meløy var ungane vaksinerte, og hosta; i Gildeskål hadde dei ikkje hatt helsesøster eller vaksinerings på to–tre år, så der kika dei. Kusmaepidemi i Glomfjord, der eg fekk sjå alle variantane, både ut (spyttkjertlar), inn (bukspyttkjertel), opp (lett meningitt) og ned (orchitt). Eg fekk sjå ein yngre pasient med giktfeber, slikt finst vel praktisk talt ikkje lenger. Og ein del eldre folk med rare stenose- og insuffisienslydar over hjarta.

Og ein del med opne eller lukka groper bak øyrene etter mastoidittoperasjonar. Ei eldre kvinne med tuberkuløs otitt såg eg på Sandhornøy, i det same huset som Elias Blix vaks opp i.

Det var mykje småkirurgi. Eg lærte meg Kuttler-plastikk for avkutta fingertuppar, og nokre gonger brukte eg Reverdin-transplantat på leggsår. Men gipsing våga eg meg ikkje på, bortsett frå på ein sau.

Psykiatri var det lite av, og forklaringa var nokså grei. Eg formulerte Robberstads lov om det: Frekvensen av psykiske plager i ei folkegruppe ser ut til å vere proporsjonal med kvadratet av lydisoleringa mellom venterom og kontor. Toppen av naivitet syns eg ein turnuskandidat i nabadistriktet viste. Han skulle vere der eit halvår, men ville bruke den tida til å finne den reelle førekomsten av psykiske lidningar der.

Gamle dagars legekontor hadde blå flekkar på laboratorieveggen, etter støytaking med Benedicts prøve på glukose. Men det slapp eg, for Tes-Tape kom på slutten av femtitalet. Etter kvart kom både glukose-, protein- og blodtestar på same stiksen. Men pyuri var det bare to metodar for. Mikroskopi var best, men på sjukebesøk og utekontordagar måtte kalilutprøva til: Dersom den var positiv var det pyuri, dersom den var negativ var det mest truleg ikkje pyuri.

Utekontordagar, ja. I den tida var det mange færre bilar og dårlegare vegar. I mitt eige distrikt hadde eg utekontordag på Støtt kvar sjetten veke. Dit ut var det fem kvarter med båt, der budde det 115 menneske med stort og smått, og kontordagsstaden var på lærarrommet i skulebygningen frå 1920-talet. Dit kom eg med koffert og veske, slo dei opp på eit kjøkkenbord, la papir under eine bordbeinet som var for kort, fiska opp kartoteket frå eit par brune konvoluttar, og byrja med enklare former for handspålegging. Av ti pasientar var det gjerne ei gravid og ein sjuk, og dei andre kom for å få fornya reseptar og forklart røntgenbilde. Men dei slutta solidarisk opp om kontordagane, for fjernsynet hadde ikkje kome til landet og Norsk Bygdekino kom ikkje dit ut. Utekontordagane var ein sosial funksjon.

Medisinar var det mykje mindre å velje mellom enn no til dags. Det gjekk mykje antibiotika. Først og fremst *vanleg penicillin*, med same prisnivå som i dag, justert etter konsumprisindeks. Dersom det ikkje hjalp, var *kloramfenikoltablettar* neste preparat, for me visste ikkje så mykje om beinmargsskade då. Lederle og Pfizer hadde verdsmonopol på *tetrasyklinar*, og hadde avtalt prisane seg imellom, slik at ein fire-dagarskur kosta 90 kroner (tilsvarar 1160 kroner i 2024). Nokre pasientar hadde råd



Neste stopp: Rennesøy.

til det, nokre kunne eg hjelpe med gratisprøver, og nokre la eg inn på sjukehus. Men så fekk Carlo Erba i Italia tak i tetrasyklinooppskrifta, med hjelp av industrispionasje, og då fall prisen til ein brøkdel på eit par år. Den industrispionasjen gav betre folkehelse.

For dårlege nerver var *Meproban* det store preparatet. Resepthandboka fortalde at det kunne «føre til henfallenhets», med relativ kontraindikasjon hos «tidligere alkoholkere og narkomane, og andre pasienter som må antas spesielt disponert for henfallenhets». Men ingen risiko for pene, normale folk, nei då. *Librium* hadde ein liten gjestrolle, men blei avløyst av *Valium* på slutten av 1960-talet. Så seint som i 1979 hevda farmakologiprofessor Tollak Sirnes, på eit allmennlegekurs, at me kunne sjå bort frå tilvenningsfare med Valium. Ja ja, tidene skifter.



Transport til Bodø sjukehus

Rutinetransport var Glomfjord-sjuebilen til hurtigruta om morgonen, og så tre og ein halv time med denne til Bodø. Om kvelden var det fem kvarter til bilferje, og så to timar vidare med den. **Ekstratransport** med båt var eit alternativ dersom det var brukande vêr, og Hydro hadde ein representasjonsbåt som kunne brukast til slikt.

Eller **sjøfly**. Widerøe var fantastiske med sine Norseman-fly, dei greidde mykje meir enn Forsvaret med sine Otter-fly. Men stundom måtte Widerøe også melde pass. Ein gong måtte eg få sendt ein pasient til sjukehus, men det var halvmørkt og mykje vind, og det varte og det rakk. Til sist kom flyet, tok eit par rundar over fjorden, og fauk nordover att. Vinden var for sterk. Dei hadde brukt 43 minuttar i motvind frå Bodø, men heimturen gjekk på 15 minuttar i medvind. Men så slumpa eit lite laste-

skip til å kome innom Ørnes, og då sende eg pasienten med det til Sandnessjøen sjukehus om natta.

Sjukehuskapasiteten i Bodø var ikkje så stor, og det blei meir problematisk då deler av sjukehuset brann i 1967. Men i Bodø var det til dels betre service enn i Stavanger:

a. ØNH-poliklinikken tok imot pasientar utan å krevje timeavtale. Pasientane tok med seg henvisning, matpakke, strikketøy og slikt, og sat og venta der dagen lang, og køen blei alltid avvikla; ikkje ulikt Haydom hospital i Tanzania.

b. Overlege Rønneberg var gynekolog, og skreiv gode og informative epikriser til oss, verkeleg eit mønster på god etterutdanning. Det var slik eg lærte at å pensle cervix med litt 40 prosent lapis på ein vatthaldar kan vere like effektivt som elektrokauterisering. Men du må ikkje søle med lapisen!

c. Rønvik psykiatriske sjukehus sa aldri nei til å ta mot pasientar, dersom me i distrikt meinte innlegging trongst. Hugs at dette var femten år før øyeblikkeleg hjelp-plikta kom til psykisk helsevern. Det er i grunnen utruleg at det gjekk såpass godt som det som oftast gjorde. Men kva var alternativet?

Innimellom blei det tid til noko turgåing, men ikkje særleg mykje. På 1960-talet var det nokså kaldt vêr der oppe, i 1965 var det ikkje sommar, og i 1966 var sommaren på ein tysdag. Me planta hekk av ulvespirea langs hagegjerdet, kvar vinter fraus den ned og kvar vår kom den opp att. Men om sommaren vaks graset 30 cm på ei veke.

REFERANSER

1. Opplyst av ein jusprofessor og tidlegare byråsjef i Justisdepartementets lovavdeling. Jf. Utposten nr 6/1974.

■ TROBBE@LYSE.NET

Vi er planetens oppsyns

■ **MARIT VOLTERSVIK** • Smittevernoverlege i Bergen kommune og medlem av Climate Health Initiativ, CHI

■ **METTE C. TOLLANÅS** • Assisterende kommuneoverlege i Bergen kommune

■ **SUSANNE HYLLESTAD** • Leder seksjon for smitte fra mat, vann og dyr i avdeling for smittevern og beredskap ved Folkehelseinstituttet

Dette er en historie om en sykdom som smittet fra hund til menneske og en påminnelse om konsekvenser av menneskeskapte endringer i naturens balanse. Planetens helse kan ikke adskilles fra dyrs eller menneskers helse – dette utgjør kjernen i EnHelse-perspektivet.

Den 16. februar 2023 ble en alvorlig syk valp bragt inn til en dyreklinikk i Bergen. Den hadde pyelonefritt og nyresvikt. Valpen hadde ikke vært utenlands, men den hadde lekt i et fortettet område ved et lite vann. I området var jordsmonnet mett av vann etter flere dager med regn, og det hadde blitt observert rotter i området. Valpen trengte døgkontinuerlig tilsyn og ble flyttet mellom de veterinærkontorene som hadde vakt. Den var innom tre ulike veteri-

nærkontor i løpet av behandlings- og observasjonstiden, der alle som stelte den, kom i kontakt med urin. Flere av de som jobbet med den syke valpen brukte ikke hansker. Valpen ble behandlet med amoxicillin og frisknet gradvis til. Prøver tatt før behandling viste at valpen hadde hatt leptospirose. I alt 27 personer var i kontakt med valpen i løpet av sykdomsperioden. Dette innbefattet eier, veterinærer og veterinærassistenter.



menn 'in the circle of life'

Ilaria Capua

Meldingen til vakthavende smittevernlege kom 17. februar fra en av veterinærene som hadde behandlet valpen. Smittevernlegen tok kontakt med Mattilsynet og Folkehelseinstituttet (FHI). Diskusjonen med FHI gikk på om en skulle gi profylaktisk behandling til de involverte veterinærene og veterinærassistentene. Ut fra dagens kunnskap må en ha en defekt i hudbarrieren, som eksem eller sår, samt høy grad av eksponering for å bli smittet. I områder med

høy insidens av leptospirose, gir profylaktisk behandling med doksysylin en klar reduksjon i sykdomstilfeller og redusert belastning på helsetjenesten (1).

Den 22. februar våknet en av veterinærmedarbeiderne og følte seg dårlig. Vedkommende ble innlagt på sykehus, og ytterligere fire personer ble henvist til sykehus for sjekk grunnet influensalignende symptomer etter eksponering for urin fra valpen. Det ble etter hvert gitt tilbud om profylaktisk behandling til alle som hadde hatt kontakt med valpen, selv om det ut fra FHIs råd til helsepersonell kanskje ikke var godt grunnlag for dette (2). Alle fikk resept på doksysylin, og av de 27 eksponerte, ble 24 profylaktisk behandlet etter at det ble tatt nullprøver. Laboratorieprøvene viste at 11 av 27 som hadde vært i kontakt med valpen, hadde positiv IgM, noen klart positive og noen grenseforhøyet. Det ble ikke tatt serotyping av prøver fra valpen da en ikke har kapasitet til dette i Norge, og prøvene måtte eventuelt vært sendt til Sverige eller Danmark.

Alle som var eksponert for urin fra den syke valpen, er i dag friske. Ut fra prøvesvar og kontroller er det sannsynligvis at som har hatt lettere leptospirose av de 27 som ble eksponert.

Om leptospirose

Zoonoser er sykdommer som kan smitte mellom dyr og mennesker, og leptospirose er en av de mest utbredte zoonoser i verden. Den eksisterer på alle kontinenter bortsett fra Antarktis. Smitte mellom dyr og smitteoverføring mellom arter er avhengig av reservoar i dyr, der bakterien kan formere seg og lagres i urinen i lang tid. Mennesker smittes i hovedsak gjennom kontaminert vann eller kontakt med urin fra smittede dyr (3).

Leptospirose er forårsaket av en bakterieell spiroket, *Leptospira*. Ved sekvensering er det funnet 64 kjente grupper av *Leptospira*, og disse er igjen delt inn i to såkalte patogene clades, P1 og P2. P1-patogene typer er *Leptospira interrogans*, *L. kirschneri*, *L. petersenii* og *L. noguchii*, og det er disse

som hovedsakelig kan gi infeksjoner, selv om P2-arter har vist å gi alvorlig sykdom i noen tilfeller (1). Infeksjonen utvikler seg ved at en blir eksponert for urin fra dyr som er vert for bakterien, enten gjennom slimhinne eller defekt hud. Vertsdyret kan være permanent eller tilfeldig bærer. Både husdyr og kjæledyr kan bli smittet, og ved kontakt med urin fra disse, kan smitte overføres til mennesker. I en metaanalyse fant en at leptospirospiroketen kunne overleve i uker og måneder i overvann og der jordsmonnet var overmettet med vann (4). Vann og rotter finner man ofte sammen, og den viktigste permanente bærer av leptospirose er smågnagere, spesielt brunrotten (*Rattus Norvegicus*). På verdensbasis er brunrotten det viktigste reservoaret for leptospirose grunnet den høye konsentrasjonen av spiroketen i urinen til denne rottearten, og opptil 90 prosent er bærere i noen rottepopulasjoner (1).

Internasjonalt regnes leptospirose hos mennesker som en sykdom som i hovedsak er knyttet til fattigdom og dårlige levekår, der dårlige boforhold, dårlige dreneringsforhold og mye avfall gir god tilgang til mat for rotter og andre gnagere, som er bærere (5). Utbrudd av leptospirose både hos mennesker og dyr er hyppigst rapportert i tropiske slumområder, der rotter er utbredt, men en ser også at kveg og andre husdyr er viktige bærere (6). En studie viste at ca. 2,9 millioner helsetapsjusterte leve-år (*disability adjusted lifeyears*, DALY) tapes årlig grunnet leptospirose (7). Til sammenligning er dette 70 prosent av den totale sykdomsbyrden som kolera utgjør på verdensbasis. Det er flere menn enn kvinner som smittes, noe som trolig skyldes arbeid og oppholdssteder for de som blir smittet (1).

I Norge var leptospirose vanlig blant hunder på 1950- og 1960-tallet, for deretter å tilnærmet forsvinne i flere tiår, før veterinærene igjen har måttet rette økt oppmerksomhet mot leptospirosmitte hos dyr (8). Mulige årsaker til reduksjonen i forekomst var endringer i gnagerpopulasjonen gjennom bedre rottekontroll, endring i husdyrdrift og bruk av vaksiner til dyr (8). Økningen av leptospiroforekomst kan ses i sammenheng med klimaendringene (1).



Leptospirose gir som oftest milde symptomer hos mennesker og et sykdomsbilde som kan ligne på en lett influensa med akutt feber, myalgi og hodepine. Mange tilfeller er subkliniske der smittede sannsynligvis aldri blir diagnostisert. Sykdommen blir forvekslet ikke bare med influensa, men også med denguefeber og covid-19. Sykdommen kan ha et alvorlig forløp hvis den progredierer, med lever- og nyresvikt, multiorgansvikt og i verste fall meningitt og død. En kan hindre smitte ved å hindre at bakterien kommer gjennom hudbarrieren, bruke hansker, sørge for trygg lagring av mat og vann, og ikke minst redusere kilden til smitte ved skadedyrkontroll. I tillegg kan man vaksinere flokker av husdyr som kan være bærere av

sykdommen. På verdensbasis har tidlig identifisering og rask behandling redusert morbiditeten og mortaliteten (1).

Påvist leptospirosesykdom hos dyr er meldepliktig til Mattilsynet. Leptospirose er en såkalt liste-2-sykdom (9), og mistenkt sykdom hos dyr skal derfor også meldes til Mattilsynet (10). Mattilsynet avgjør så om det skal tas prøver for innsending til Veterinærinstituttet. Leptospirose påvist hos mennesker var nominativ meldepliktig i MSIS inntil 1995, og på tidspunktet da denne sykehistorien var aktuell var dette ikke meldepliktig etter MSIS-forskriften. Leptospirose er blitt en meldepliktig sykdom i gruppe A etter MSIS-forskriften fra 2024.

Leptospirose og klimaendringer – kan EnHelse-perspektivet møte utfordringene?

Økt fortetning og god tilgang på mat for gnagere (spesielt brunrotten) der mennesker bor, gir «gode» vilkår for spredning av leptospirose. Spesielt er dette i områder som utsettes for uttalt styrtregn, der jorda ikke klarer å ta unna overvannet, eller der det generelt er mer nedbør (8). På verdensbasis øker derfor leptospirosesykdom grunnet klimaendringene, og man har sett økt forekomst på nye steder både i USA og Europa (1, 11). I Europa er det rapportert om en økning på gjennomsnittlig fem prosent per år i perioden 2010 til 2021, hvor Frankrike, Tyskland, Nederland, Portugal og Romania stod for om lag 80 prosent av de meldte tilfellene (12).



Fra 1900 til 2016 steg temperaturen gjennomsnittlig i Norge med 1,1° C. I samme tidsrom økte nedbøren med 20 prosent. Prognosene framover tyder på en raskere temperaturstigning og ikke minst økende nedbør (13).

Endrede klimatiske forhold som temperatur, nedbørsmønstre og andre klimavariabler påvirker potensialet for transmisjon av vektor- og vannbårne infeksjonssykdommer (14). Klimaendringer skaper usikkerhet om hvordan sykdomsbildet av vektor- og vannbårne infeksjoner vil utspille seg (15). Kompliserte utfordringer krever en tverrfaglig tilnærming hvor human helse, dyrehelse og miljø ses i sammenheng – i et EnHelse-perspektiv.

ILLUSTRASJONS FOTO: GETTY IMAGES / VICTOR BURNSIDE

EnHelse (OneHealth) defineres slik av Verdens helseorganisasjon (WHO):

«One Health is an integrated, unifying approach that aims to sustainably balance and optimize the health of people, animals and ecosystems. It recognizes that the health of humans, domestic and wild animals, plants, and the wider environment (including ecosystems) are closely linked and interdependent» (16).

I praksis er EnHelse et sektorovergripende samarbeid på tvers av fagdisipliner. Selve konseptet bygger på kunnskap en har hatt i mange tiår: Menneskehelse, dyrehelse og plantehelse er avhengig av hverandre og igjen avhengig av de økosystemene som de lever i. Det er derfor viktig med kunnskap om og forståelse av denne avhengigheten når en skal ta avgjørelser som vil ha innvirkning på areal, landskapsvern, bevaring av artsmangfold, dyrehelse og menneskehelse. Mer enn 60 prosent av infeksjoner vi mennesker kan få, er forårsaket av smitte fra dyr (17). Sykdommer som salmonella, rabies, leptospirose, campylobakteriose og fugleinfluensa er noen eksempler på zoonoser som kan smitte mellom dyr og mennesker.

Vi må forvente en økning i infeksjoner som skyldes zoonoser (18). På verdensbasis er utfordringene knyttet til et lands økonomi, sosial ulikhet i helse og dårlige levekår. Her hjemme handler det først og fremst om klimaendringer og naturforvaltning, men i neste omgang vil sykdomsrisiko kunne påvirkes av hvor en bor og hva en jobber med, og på den måten kunne påvirke sosial ulikhet i helse også her.

Vi vet allerede mye om konsekvensene av naturinngrep, endringer av biotoper og hvordan dette fører til store endringer i naturens kretslop, men kunnskapen må i større grad omsettes i praksis. Det krever at vi jobber mer aktivt på alle forvaltningsnivåer, på tvers av fag og i samarbeid med akademia. Konseptet EnHelse må være integrert i all forvaltning og settes på agendaen i enhver vurdering av arealbruk, skogforvaltning, landbruk, havbruk og bo-setting, ikke minst på kommunalt nivå.

Leptospirose forekommer oftest hos dyr, spesielt gnagere, men kan i sjeldne tilfeller smitte mennesker gjennom kontakt med syke dyr, infisert vann eller jord.

REFERANSER

1. Sykes JE, Haake DA, Gamage CD, Mills WZ, Nally JE. A global one health perspective on leptospirosis in humans and animals. *Journal of the American Veterinary Medical Association*. 2022; 260(13): 1589-96.
2. Folkehelseinstituttet. Leptospirose - veileder for helsepersonell 2019 [Available from: <https://www.fhi.no/sm/smittevernveilederen/sykdommer-a-a-leptospirose-veileder-for-helsepe/?term=>].
3. ECDC. Leptospirosis – Annual Epidemiological Report for 2021. 2023.
4. Naing C, Reid SA, Aye SN, Htet NH, Ambu S. Risk factors for human leptospirosis following flooding: A meta-analysis of observational studies. *PloS one*. 2019; 14(5): e0217643.
5. Haake DA, Levett PN. Leptospirosis in humans. *Current topics in microbiology and immunology*. 2015; 387: 65-97.
6. Barragan V, Nieto N, Keim P, Pearson T. Meta-analysis to estimate the load of *Leptospira* excreted in urine: beyond rats as important sources of transmission in low-income rural communities. *BMC research notes*. 2017; 10(1): 71.
7. Torgerson PR, Hagan JE, Costa F, Calcagno J, Kane M, Martinez-Silveira MS, et al. Global Burden of Leptospirosis: Estimated in Terms of Disability Adjusted Life Years. *PLoS neglected tropical diseases*. 2015; 9(10): e0004122.
8. Sunde M, Heiene R, Fonnum KJ, Wold A. Leptospirose – en infeksjon med ny aktualitet? *Norsk Veterinærtidsskrift*. 2003; 7: 8.
9. Veterinærinstituttet. Leptospirose [Available from: <https://www.vetinst.no/sykdom-og-agens/leptospirose>].
10. Mattilsynet. Dyresykdommer deles inn i nasjonal liste 1-, liste 2- og liste 3-sykdommer 2022 [Available from: <https://www.mattilsynet.no/dyr/dyresykdommer/sykdommer-pa-nasjonal-liste-1-2-og-3>].
11. Semenza JC, Paz S. Climate change and infectious disease in Europe: Impact, projection and adaptation. *The Lancet regional health Europe*. 2021; 9:100230.
12. Beauté J, Innocenti F, Aristodimou A, Špačková M, Eves C, Kerbo N, et al. Epidemiology of reported cases of leptospirosis in the EU/EEA, 2010 to 2021. *Euro surveillance : bulletin European sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin*. 2024; 29(7).
13. Miljødirektoratet. Dagens og framtidens klima for Norge [Available from: <https://www.miljodirektoratet.no/ansvarsomrader/klima/for-myndigheter/klimatilpasning/klimatilpasning-kraver-kunnskap/dagens-og-framtidens-klima/>].
14. Romanello M, McGushin A, Di Napoli C, Drummond P, Hughes N, Jamart L, et al. The 2021 report of the Lancet Countdown on health and climate change: code red for a healthy future. *Lancet*. 2021; 398(10311): 1619-62.
15. van Daalen KR, Romanello M, Rocklöv J, Semenza JC, Tonne C, Markandya A, et al. The 2022 Europe report of the Lancet Countdown on health and climate change: towards a climate resilient future. *The Lancet Public health*. 2022; 7(11): e942-e65.
16. WHO. One Health [Available from: https://www.who.int/health-topics/one-health#tab=tab_1].
17. Taylor LH, Latham SM, Woolhouse ME. Risk factors for human disease emergence. *Philosophical transactions of the Royal Society of London Series B, Biological sciences*. 2001; 356(1411): 983-9.
18. Rupasinghe R, Chomel BB, Martínez-López B. Climate change and zoonoses: A review of the current status, knowledge gaps, and future trends. *Acta tropica*. 2022; 226: 106225.

OVERBEHANDLING I HELSEVESENET: Hvem skal ta ansvar?

■ IDA KRISTIN LINDBERG • Medisinstudent, Universitetet i Bergen

■ MARI SANDOK FEVANG • Medisinstudent, Universitetet i Bergen

Hvilke krefter er det som får oss til å overbehandle og hvordan kan vi bidra til å endre det? Høsten 2023 begynte vi å undersøke drivere til medisinsk overaktivitet gjennom «Studenter for kloke valg». Vi utarbeidet en kasuistikk som belyser ulike problemstillinger som vi tenker kan føre til overbehandling. Kasuistikken tar for seg mulige utfordringer som leger kan møte på legevakt, som dårlig tid, bekymrede foreldre, CRP før konsultasjon og frykt for tilsyn.

KASUISTIKK

Ola på fire år kommer lørdag ettermiddag sammen med sine foreldre til storbylegevakten. Foreldrene er bekymret for Ola som har hostet og hatt feber i to dager. De sier at han «må få behandling».

Slik rutinen er på denne legevakten, blir Ola sendt inn til en sykepleier som måler vitalia og CRP. Ola begynner å gråte når sykepleieren stikker ham i fingeren. Foreldrene får vite at Ola har feber på 38.2 og CRP på 86.

Den unge legen som Ola og foreldrene treffer heter Helga Husabø. Husabø har tidligere opplevd en klagesak, men fylkeslegen vurderte at legen ikke hadde brutt kravet til forsvarlighet, og tilsynssaken ble avsluttet uten reaksjon.

Nå forteller Olas foreldre til Husabø at gutten deres fikk feber torsdag kveld, men at han var i barnehagen i går. Han fikk i seg drikke, men hadde ikke lyst på mat. På grunn av feberen prøvde de å gi ham paracetamol, men de synes ikke effekten hadde vært så god. Legen lytter til sykehistorien og forstår at foreldrene er bekymret. Når legen undersøker Ola finner hun lett røde trommehinner, litt rødlige ganebuer og tonsiller, men helt normale funn ved auskultasjon av hjerte og lunger.

Helga Husabø er i tvil om hva hun skal gjøre, men konkluderer med å forskrive penicillin mikstur. To timer senere ringer foreldrene tilbake til legevakten og forteller at Ola ikke får i seg miksturen. Husabø har det veldig travelt og snakker ikke selv med foreldrene på telefonen. Derimot forsøker hun å konferere med «vaktleder» og to andre leger som begge er spesialister i allmennmedisin, men alle tre er opptatt med hver sin pasient. Derfor tar Husabø en rask avgjørelse om å skrive ut erytromycin mikstur.

Vi intervjuet fem leger med ulike bakgrunn og erfaring. For å få mest mulig bredde i svarene har vi intervjuet én mikrobiolog, én LIS1-lege, én spesialist i allmennmedisin, sjef for NKLM (Norsk kompetansesenter for legevaktsmedisin) og en fylkeslege. Kasuistikken er gjengitt til venstre.

FRA INFORMANTENE

Idun Eskeland Espejord • LIS1-lege

«Jeg synes det høres ut som en kjent situasjon med foreldre som forventer handling fra legen. Prøvesvarene matcher ikke helt allmenntilstanden og det gjør situasjonen ekstra vanskelig. Hvis man tar CRP før konsultasjoner, blir man litt låst dersom den er forhøyet. I slike tilfeller er det vanskeligere ikke å agere på prøvesvaret, derfor pleier jeg ikke å ta CRP før konsultasjonen. Unge leger er ofte redde for å gjøre feil. De ønsker å gjøre en god og grundig jobb uten å skufte noen. Det kan føre til overbehandling, slik som i dette tilfellet.»

Heidi Villmones • overlege, mikrobiolog og seniorrådgiver ved Antibiotikasenteret for primærmedisin

«Jeg synes det lyser igjennom litt overbehandlede foreldre. Barnet var i barnehagen i går og kliniske funn er som ved en viral luftveisinfeksjon. Legen kunne heller laget en avtale om rekontakt eller gitt ut en vent-og-se-resept – det er kanskje en bedre faglig vurdering og samtidig får man ryggen fri. I tillegg kan det også være lurt å forklare at antibiotika i tidlige barneår kanskje øker risikoen for forstyrret normalflora, og at vi vet for lite om konsekvensene av antibiotikakurer.»

Sigrid Haugtomt

• spesialist i allmennmedisin

«Dette er en relativt gjenkjennbar kasuistikk. Ut ifra symptomene tror jeg han har en virusinfeksjon, derfor er antibiotikakuren et eksempel på overbehandling. Det er uheldig at det blir tatt CRP i forkant av legekonsultasjonen, da CRP også kan være høy ved virusinfeksjoner. Små barn liker heller ikke å bli stukket i fingrene, og jeg synes vi bør la være hvis vi kan. Det er fort å rote seg inn i 'verste fallstanker' etter en klagesak og man ønsker å være på den sikre siden. Dersom foreldrene er svært utrygge og legen er usikker, kan det smitte over på legen – trygghet kommer med erfaring og ikke alle skal ha behandling.»

Jesper Blinkenberg • leder for Norsk Kompetansesenter for legevaktsmedisin (NKLM)

«I utgangspunktet burde denne familien ringt legevaktsentralen først, og fått en første vurdering på telefon i stedet for å komme direkte inn. Ut fra den sparsomme opplysningen om hoste og feber, og dersom den generelle formen var god og uten tung pust, kunne legevaktsentraloperatør gitt gode råd om symptomlindring og observasjon, med oppfordring om «rekontakt» ved forverring. Kanskje video kunne vært nyttig for å avklare tilstanden? Leger kan være redde for å få tilsynssaker på seg når de lar være å behandle, og vi blir også merket av en klagesak, slik at vi jobber mer defensivt i etterkant. En av driverne til overbehandling på legevakt er knapphet på tid – det er mer jobb å informere og berolige enn å forklare hvorfor man lar være å behandle. På den annen side ønsker ikke alle foreldre

antibiotikabehandling, slik de gjorde før. Det er noe vi i helsetjenesten kanskje ikke har tatt helt inn over oss. Et alternativ i denne kasuistikken kunne være en vent-og-se-resept, eller kontroll med CRP hos fastlegen neste dag. Men hovedpoengene er: Ring først, og ikke ta CRP før pasienten er undersøkt.»

Aase Aamland • fylkeslege i Agder

«Ordlyden i kasuistikken er misvisende for hva tilsynsmyndighetene er, og for hva de gjør. Den holder liv i en myte om hvordan tilsynsmyndighetene jobber. Kasuistikken viser klart mulig unødvendig bruk av antibiotika. Jeg stiller meg også spørsmål om hvor klokt det er rutinemessig å ta CRP før ungen har vært inne hos legen. Videre lurer jeg på om vi utdanner robuste leger. Vi må styrke studentene i valgene deres om å for eksempel ikke å rekvirere medisiner for å få ryggen sin fri. Tilsynsmyndighetene er oppfattet som en driver for medisinsk overaktivitet. I dag er vi veldig klar over at for mye kan være uforsvarlig. Vi må bidra til at tilsynet ikke skal være en driver. Det er et samfunnsansvar å redusere overforbruk som må løses på tvers av mange ulike aktører og på mange ulike nivåer.»

Sjur Lehmann • direktør Statens helsetilsyn

I november 2023 møtte vi Sjur Lehmann for et intervju på Alrek Helseklynge i Bergen. Han var da fylkeslege i Vestland. Vi ønsket å forstå hvordan tilsyn kan føre til frykt og om de fører tilsyn på overbehandling på lik linje med underbehandling.

«Har dere noen gang ført systemtilsyn med overbehandling som tema?»

«Det har vi ikke gjort før, men det var en god idé. Da kunne vi valgt ut et tema rettet inn mot overbehandling og overforbruk, for eksempel «bruk av antibiotika på legevakt» i en systemrevisjon. Dersom man skal gjøre tilsyn basert på overbehandling, må det være behandling som har et visst skadepotensial for samfunnet i sin helhet eller for den enkelte pasient.»

«Hva tenker du om frykt for fylkeslegen som driver for overbehandling på legevakt?»

«Jeg tenker det er viktig å formidle at tilsynsmyndigheten vurderer saker opp mot faglig standard for det laveste akseptable. En lege i legevakt kan gjøre en vurdering som mange andre leger hadde gjort på en annen måte, men det er allikevel ikke ulovlig. Tilsynsmyndigheten er klar over at det sies i sosiale medier og blant kollegaer at

frykten for tilsynssaker er drivende for at leger overbehandler, men det mener jeg er en myte. Når leger sier at de må skrive ut antibiotika fordi de frykter at pasienten vil klage, slik at fylkeslegen blir involvert, da er det basert på en ganske feilaktig forestilling av hva vi driver med.»

«Hva er risikoen for å miste autorisasjonen hvis man gjør feilvurdering på legevakt?»

«Hvert år er det et 20-talls reaksjoner mot leger, men det er i all hovedsak helt andre forhold enn faglige; stjeling, overfor-skrivning til pasienter og seksuell omgang. Å miste autorisasjonen på grunn av faglige ting, da skal de ha gjort noe så på siden at det nesten ikke går an å forestille seg det.»

Den kloke vegen videre

Vårt prosjekt begynte med å utforske drivere til medisinsk overaktivitet. Frykten for at det blir opprettet en sak fordi man har «latt være å gjøre noe» er en mulig driver til overdiagnostikk og derfor også til overbehandling. Ved å ta en ekstra prøve eller henvise «for sikkerhets skyld» kan legene tenke at de sikrer seg mot en potensiell klagesak. Det er derfor ekstra viktig at legers grunn- og spesialistutdanning styrker deres evne til å tåle å stå i usikkerhet. Når legen har vurdert at en pasient ikke trenger behandling, er dette den beste behandlingen. Samfunnet, i sin helhet, må forstå at «mer ikke alltid er bedre». Samtidig må leger forstå at foreldre ikke alltid ønsker behandling, slik som både Blinkenberg og Aamland påpeker.

I november 2024 publiserte tilsynsmyndighetene kommentaren *Tilsynsmyndigheten må ikke drive fram medisinsk overaktivitet* (1). De skriver om at det er et «økende behov for å redusere undersøkelser og behandlinger som pasienter ikke har nytte av». Videre skriver de at unødvendige utredninger kan føre til økte ventetider og økende personellbehov i helsetjenesten. Derfor oppfordrer de helsepersonell til å ta i bruk rådene fra «Gjør kloke valg»-kampanjen. Vi tenker at dette er et steg i riktig retning – at tilsynsmyndigheten både anerkjenner og bidrar i arbeidet mot medisinsk overaktivitet.

KILDER

- Dagens Medisin 06.11.2024 – Tilsynsmyndigheten må ikke drive fram medisinsk overaktivitet.

Ideen og utformingen av artikkelen er gjort sammen med Stefán Hjörleifsson, Gunnar Husabø og Bent Håkan Lindberg. Tusen takk for hjelpen!

■ IDA.KRISTIN.LINDBERG@GMAIL.COM



Mari, 25 år, studerer medisin i Bergen på 3. året



Ida, 26 år, studerer medisin i Bergen på 3. året

Studenter for kloke valg (SKV)

er et frivillig studieprogram ved siden av medisinstudiene. SKV ligger under Gjør Kloke Valg som er Legeforeningen sin kampanje mot medisinsk overaktivitet. Gjennom deltakelse i dette prosjektet har vi lært om medisinsk overaktivitet og bærekraft i helsetjenesten på månedlige samlinger og startet opp et individuelt prosjekt innenfor temaet.



Vektreduksjon og vektkontroll med Wegovy[®]

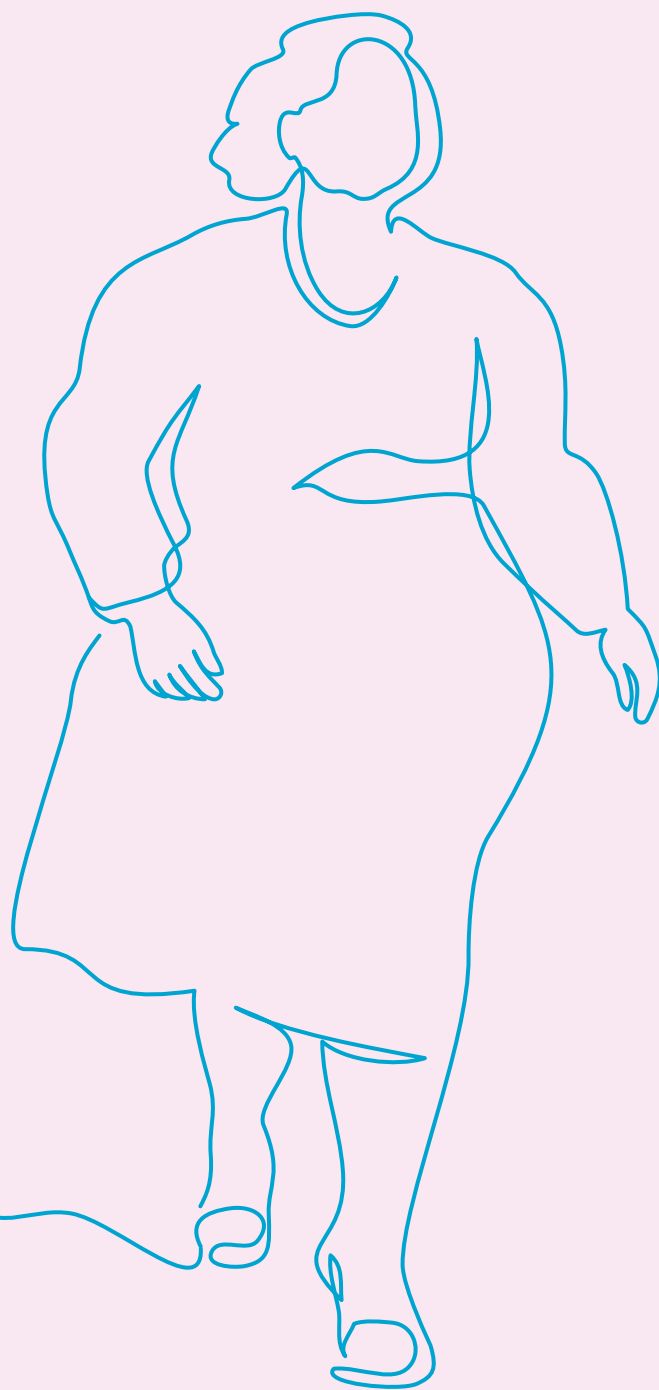
som tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet¹



-15 %

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

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



Les mer på www.wegovy.no

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

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

Indikasjon:

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

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

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

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

Wegovy® – utvalgt sikkerhetsinformasjon

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

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

Dosering – én gang per uke

Wegovy® skal injiseres 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 til en vedlikeholdsdose på 2,4 mg én gang per uke.

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

Reseptgruppe og pris

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

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

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

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

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

FASTLEGEORDNINGA: Status presens



■ TORLEIV ROBBERSTAD • Tidlegare distriktslege, helse- og sosialsjef og assisterande fylkeslege

I 2024 gjekk det endå betre enn i 2023. Det kom 339 fleire fastlegar: større auke enn nokon gong. Det er færre vakansar, og tilgangen på vikarar er mykje betre. No er sjetteparten av fastlegelistene opne, men altfor mange nordmenn har ikkje fastlege. Fastlegesvinn – kor mange fastlegar som sluttar – var på 22 prosent etter tre år, men med store variasjonar mellom fylka. Så landet treng fleire fastlegar.

Ajourførte opplysningar om fastlegane i dei 357 kommunane finn du på helsenorge.no (1). Dei skal hjelpe folk flest til å finne seg fastlege, så datakvaliteten er venteleg god. Denne studien ser på utviklinga frå 23. desember 2023 til 8. desember 2024, med å telje opplysningar frå kvar enkelt kommune, som punktprevalensar. Den er ei oppfølging av tre tilsvarende studier for 2021–23, i *Utposten* (2, 3, 4). Kommuneinndelinga følger Statistisk sentralbyrå sin standard for sentralitet, der 1 er dei mest sentrale og 6 dei mest perifere kommunane (5).

Funn

Fastlegedekking

I 2024 er det 5921 fastlegeheimlar, 295 fleire enn i 2023, jf. tabell 1. Dette gir ei gjennomsnittleg listelengde på 937 innbyggja-

rar per heimel, som er 15 prosent færre enn i 2018. Det blei 339 fleire fastlegar, og korrigert for auka folketal gir dette fem prosent netto auke.

Lister utan fastlege

Det er 44 færre vakansar enn i 2023. På to år har vakansprosenten gått ned frå 6 til 4,4. Dei 208 perifere kommunane (sentralitet 5–6) hadde 20 prosent av fastlegeheimlane, men 40 prosent av desse vakansane, jf. tabell 2.

Vikarbruk

Sjetteparten av fastlegane har no vikar i minst halv (vanlegvis full) stilling, jf. tabell 2. I 2024 kom det 50 prosent fleire slike, men ei dobling i dei perifere kommunane.

Vikarbruken i mindre vikariat var 50 prosent høgare i 2023–24 enn i 2021–22. Dei 25

mest sentrale kommunane hadde vel tredjeparten av stillingsheimlane, men godt over halvparten av slike vikarar. I Oslo hadde fjerdeparten av fastlegane slike vikarar.

No er det 221 vikarar i vakante heimlar, om lag som i 2022–23. I 2021 var 40 prosent av vakansane utan vikar, mot no berre 15 prosent.

Opne lister

Sjetteparten av heimlane har opne lister, 223 fleire enn i 2023. Dette er ein auke frå kvar åttande i 2022–23, men bare halvparten av 2018-nivået, jf. tabell 3. Vel fjerdeparten av kommunane (med femteparten av befolkninga) har ingen opne lister. Dei tolv største er Kongsberg, Lillehammer, Holmestrand, Porsgrunn, Haugesund, Sandnes, Karmøy, Askøy, Alver, Trondheim, Stjørdal og Harstad, og fire av desse hadde det likeins i 2023.

TABELL 1. Fastlegeheimlar, vakansar og vikarbruk 2020–2024

	31.12.2020	15.12.2021	09.12.2022	23.12.2023	08.12.24
Fastlegeheimlar	5 133	5 231	5 409	5 626	5 921
Vakante heimlar	182	228	320	304	260
Alle fastlegar	4 951	5 003	5 089	5 322	5 661
Fastlegar med vikar >50 prosent		575	576	614	930
Fastlegar med vikar <50 prosent		348	350	525	523
Vikarar i vakante heimlar		133	230	245	221

TABELL 2. Fastlegeheimlar ved årsslutt 2024: prosentdelar utan fast lege eller med vikar, etter sentralitet.

SENTRALITET	ALLE	1	2	3	4	5	6
Tal på kommunar	357	6	19	52	72	95	113
Lister utan fast lege	4	0,1	2	4	7	8	10
Fastlegar med vikar >50 prosent	16	16	13	14	17	18	19
Fastlegar med vikar <50 prosent	9	20	9	9	4	3	4

Merknad: gruppe 1 er dei mest sentrale kommunane, og gruppe 6 dei minst sentrale.



Tre års fastlegessvinn

Av dei 4977 fastlegane pr 15.06.2021 var bare 3862 i same kommunen tre år seinare, så samla fastlegessvinn var 22 prosent. Fastlegessvinn handlar om jobbstabilitet, kor mange som sluttar etter kor lang tid i kommunen. I Oppland og Finnmark hadde tredjeparten av fastlegane flytta på seg, mot bare sjettedeparten av dei i Buskerud, Oslo og Akershus.

Drøfting

Regjeringa fortel i Nasjonal helse- og samhandlingsplan at «allmennlegens generallistkompetanse er fundamentet for (...) god oppgavefordeling og samhandling», og at arbeidet med ei framtidssretta allmennlegeteneste derfor er «et av de viktigste grepane for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste» (6). Så sant, så sant.

Vikarbruken i fastlegeordninga aukar, og slikt blir ofte rekna som eit krisesympptom (7). Rydningen et al. fann at i seksårsperioden 2016–22 auka summen av alle vikarar (periodeprevalensen) i fastlegetenesta med 446 prosent, og at auken var størst i sentralitetsgruppe 5–6 (8).

Men vikariat er så mangt. Denne studien viser auka tilgang på vikarar. Det kom fleire mindre vikariat frå 2023 av, mange fleire større vikariat i 2024, og det blei færre vakansar, men utan færre vikarar. Den prosentvise auken av fastlegar har aldri vore større, og stadig fleire lister er opne. Så stressnivået i fastlegeordninga ser ut til å vere noko lågare no enn for to år sidan (4), og skiftet kom først i dei sentrale kommunane.

Kontinuitet er viktig, og alt var slett ikkje betre før. I Troms og Finnmark var treårssvinnet 31 prosent i fastlegekohorten av 2021, men 57 prosent i distriktslegekohorten av 1970 (9).

Visste du forresten at det bur 20 000 fleire i Finnmark enn på Færøyane eller Grønland?

Kommunane skal tilby forsvarlege fastlegetenester, og størstedelen av dei brukar ymse slag *kommunale subsidiar* som rekrutteringstiltak. Det kosta 600 millionar kr i 2020 og 813 millionar i 2021. Ein NTNU-rapport frå november 2024 fortel at utrekna på same vis var 2023-kostnadene 1,2 milliardar, men at dei kan vere 1,6 milliardar (10). Det er dyrt, det!

Staten er rik, medan kommunane har ei samla *lånegjeld* i overkant av 700 milliardar kroner (11). KS trur at kommunesektoren får eit budsjettunderskot på 16 milliardar kroner i 2024, mellom anna fordi utgiftene til overtid, vikarbruk og vikarinnleige i helse- og omsorgssektoren er store (12). Kor lenge har kommunane råd til slikt?

Legedekkinga vår ligg i verdstoppen, med 5,2 yrkesaktive legar per 1000 innbyggjarar (13). Men me har eit *fordelingsproblem*: bare sjettedeparten av dei er allmennlegar, mot nesten fjerdeparten i OECD-landa. Frå 2017–23 blei det 20 prosent fleire legar i kommunehelsetenesta, heile auken var kvinner, og 70 prosent av auken var kommunalt tilsette. I 2023 var det vesentleg fleire unge fastlegar enn få år tidlegare, og tredjedelen av alle legeårsværk i kommunen var kommunalt tilsette (10, 14). Dette ser ut til å vere effektive rekrutteringstiltak. Har det å gjere med å sikre seg arbeidstakarvern, meir fritid og økonomisk stabilitet, no når tilgangen på legar aukar?

Det trengst fleire fastlegar. Fastlegeordninga er ein sultefora suksess. Altfor mange har ikkje fastlege, og spesialisttenesta er heilt avhengig av eit solid fastlegefundament for å få løyst sine oppgåver (6). Fastlønna legar har tariffavtalar og kortare aktiv arbeidstid, og dette vil også auke behovet for fleire fastlegeheimlar. Men kor godt mål er konsultasjonsmengde for helsenytte?

Det grå skiftet er her. Om ti år er aldersgruppa over 80 år blitt 50 prosent større enn i dag, og dette er skrifa på veggen for styresmaktene (15). Når eldreomsorga kjem meir på moten, må den konkurrere med fastlege- og spesialisthelsetenestene om ressursane: personell og pengar. Det kan bli meir aktuelt å prioritere tiltak for ei betre fordeling av legane, og til slikt vil målretta tiltak vere mykje meir kostnadseffektivt enn ei generell overrissling med ressursar.

Kan samordning og effektivisering spare oss for prioritering? For femti år sidan sa ei stortingsmelding det slik: «Den sterke økning i ressursbruket innen helsetjenesten nødvendiggjør en bedre koordinering av de enkelte ledd for å oppnå en bedre utnyttelse av ressursene» (16). Det høyrer kjent ut. Men forventningane spring fortare enn ressurstilgangen, og ligg alltid framfor. Her er

det ein elefant i rommet, som må snakkast om.

Det er eit politisk ansvar å forvalte offentlege pengar etisk forsvarleg, og dette krev ei samla *prioritering* av oppgåvene. Det er ei rikspolitisk oppgåve å takle forventningssgapet med

- a. å ordne oppgåvekøen, så «må ha» kjem framfor «bør ha» og «kjekt å ha»,
- b. å redusere forventningssgapet, til rimeleg samsvar mellom ressursar og oppgåver, og
- c. å ta ansvaret for helsetenesta sine grenser, synleggjort gjennom lovgivinga om pasient- og brukarrettar.

Eg trur at tre tunge *hindringar* for å få til dette, er

- a. store avleiringer av særinteresser og velmeinte kikkertsyn,
- b. helseforsikringsbransjen, med køsniking som forretningsidé, og
- c. marknadsmekanismar brukt som politisk ansvarsflukt: «julenissen finst, bare slepp han inn».

Dette kan lett ende opp i det Gyntske «Ja, tenke det; ønske det; *vill* det med; – men *gjøre* det! Nei; det skjønner jeg ikke.» (17). Regjeringa har lova oss ein lovproposisjon til våren, med meldingsdel og samla løysingar for allmennlegetenestene (6). Me må alle hugse på at forventningar, pasientnytte, fagforeningsønske og ressursrammer er fire ulike ting. Tru om det er politisk vilje til å lufte lågare framtidsforventningar i eit stortingsvalgår? Me ventar i spenning.

REFERANSAR

1. www.helsenorge.no/bytte fastlege. Lese 08.12.2024.
2. Robberstad T: «Fastlegeordninga: Status presens 2021» Utposten nr 2/2022.
3. Robberstad T: «Fastlegeordninga: Status presens 2022» Utposten nr 1/2023.
4. Robberstad T: «Fastlegeordninga: Status presens 2023, og så?» Utposten nr 3/2024.
5. SSB. Standard for sentralitet. www.ssb.no.
6. Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. Meld. St. 9 2023–2024.
7. Kristoffersen JE: Har regjeringen fikset fastlegeordningen? Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144, 445.
8. Rydningen M et al.: Vikarlegebruk i fastlegeordningen 2016–22. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144, 444.
9. Robberstad T. og Siem H.: Den offentlege legen som samfunnsmedisin i distrikt. Tidsskr Nor Lægeforen 1978; 98, 1.037–1.040.
10. Wold M. et al.: Variasjoner i kommunal finansiering av fastlegeordningen. SØF-rapport nr 05/2023. NTNU senter for økonomisk forskning, november 2024.
11. Brev frå KLP bank, nrk.no. Lese 24.04.2024.
12. «Derfor er det krise i kommunene», nrk.no. Lese 18.10.2024.
13. Health at a Glance, 2024. www.oecd.org
14. Statistisk sentralbyrå, tabell 11996.
15. Bibelen, Daniel 5, 5–6. Oslo, Bibelselskapet 2011. (sjå særleg vers 6)
16. St.meld. nr 9 (1974–75) Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen, s.8.
17. Ibsen H.: Peer Gynt, 3. akt. 1867.

TABELL 3. Fastlegar 2013–2024: listelengde, opne lister, lister utan fast lege og innbyggjarar utan fastlege.

	2013	2018	2022	2023	2024	5	6
Gjennomsnittleg listelengde	1 150	1 097	1 036	1 005	937	95	113
Prosentdel opne lister	41,8	32,1	12,9	12,9	16,2	8	10
Prosentdel lister utan fast lege	1,5	2,0	6,0	5,7	4,4	18	19
Prosentdel innbyggjarar utan fastlege	0,4	7,0	3,7	3,9	4,0	3	4

Toalettvaskeren 'Perfect'

■ NJÅL FLEM MÆLAND • Redaktør i Utposten

Hirayama vasker offentlige toaletter i Tokyo. Han bor alene. Han bor trangt og særdeles enkelt. Han har knapt noen kontakt med egen familie. Han har ingen venner. Han snakker nesten ikke, heller ikke når han blir tilsnakket av andre. Tross de hypermoderne omgivelsene vet han ikke hva Spotify er og han bruker ikke internett. Han oppholder seg hele tiden i en liten og avgrenset del av storbyen. I små glimt forstår vi også at han bærer på smertefulle opplevelser fra tidligere i livet. Mine sosialmedisinske fordommer sier meg at han må være ulykkelig og ha dårlig helse. Mine private fordommer sier meg at han må være en enkel mann.

ER DET MULIG Å LAGE en gripende og opplysende film hvor det meste av handlingen består av at en mann vasker offentlige toaletter? Wim Wenders *Perfect Days* er en slik film. Vi følger hovedpersonen Hirayama gjennom noen få dager i hans liv. Hans står opp om morgenen og følger det samme ritualet hver dag: Han flytter bort sengetøyet slik at gulvet blir ledig i

den lille leiligheten, han pusser tenner, han tar på seg arbeidsklær. På antrekket står det: «The Tokyo Toilet». Så går han ut av døra, ser opp på himmelen for å sjekke været, kjøper en kaffe i automaten utenfor leiligheten og setter seg i jobb-bilen. Han kjører til sin daglige oppgave: Å rengjøre offentlige toaletter. Han utfører sitt arbeid med den største nøyaktighet. Han plukker

søppel, han pusser speil, han vasker vegger og gulv. Han nærmest demonterer toalettene for å gjøre dem helt rene. Han ser med et lite, bøyd speil under kanten på skålen for å forsikre seg om at det ikke ligger igjen ellers usynlige spor av tilfeldige menneskers avføring. Dagen går sin gang, en ny dag kommer, det samme gjentar seg. I lange sekvenser følger vi ham gjennom flere



Days' – en filmanbefaling

slike arbeidsdager. Toalettene er de samme, hver dag er de skitne igjen, oppgavene gjentas på samme måte. Monotont ser vi ham jobbe omhyggelig, samvittighetsfullt.

AVFØRING OG URIN. For opprettholdelsen av et velordnet og renslig samfunn som det japanske, er systemer for håndtering av menneskenes illeluktende og bakteriebefestede avfallsstoffer helt nødvendig. Likevel merker jeg mine fordommer mot ham som utfører denne viktige job-

ben. Jeg er ikke alene om det. Man ser det på blikket til tilfeldige forbipasserende. En ung medarbeider som jobber sammen med Hirayama sukker oppgitt over hvor alvorlig han tar «drittjobben». Hirayamas egen søster kommer på et sjeldent besøk – hun ankommer i en stor bil med privatsjåfør. Det er tydelig at hun tilhører et annet sosialt lag. Hun ser forskrekket på sin bror og sier: «Er det sant det de sier, at du lever av å vaske offentlige toaletter?»

I FILMENS TILSYNELATENDE totale monotoni av toalettrenhold er det likevel nyanser. Det er disse nyansene som gjør filmen praktfull, og som viser at Hirayama har et rikt og meningsfylt liv. Når han hver morgen ser opp mot himmelen smiler han, og vi forstår at han tar inn over seg at en ny dag begynner. I veggen på toalettet ser han plutselig skygger fra et tre, han smiler, vi forstår at han nyter skjønnheten i skygens bevegelser. I bilen, når han kjører mellom toalettene, setter han på kassetter med musikk, han beveger seg forsiktig og lever i musikken. Plutselig tar han fram et gammelt, enkelt filmrull-kamera, han tar et bilde oppover, mot himmelen, av trærnes former mot skyene. Han smiler forsiktig. Vi skjønner at Hirayama har en kjærlighet til trær.

DET ER FINE NYANSER også i ordløse møter med mennesker. Han smiler og bukker høflig til de trengende som må urinere mens han vasker, han trer til side og venter. Noen ganger får han et smil tilbake, andre ganger ikke, han fortsetter uansett, like tålmodig. Han hjelper en amerikansk turist som ikke forstår hvordan toalettet fungerer, hun takker, han smiler. Et barn gråter på et toalett, han ser ingen foreldre. Han hjelper barnet, rolig og trøstende. Mor kommer og tar barnet, uten en takk. Men barnet snur seg, vinker forsiktig, Hirayama vinker tilbake. En tilsynelatende psykisk syk og fillete kledd eldre mann (en utelig-

ger?) gjør rituelle bevegelser under et tre. Hirayama stopper opp, ser respektfullt mot mannen og bukker. Hver lunsj spiser han i den samme, lille parken. Her har han daglig en ytterst forsiktig, ordløs form for samtale med en ung pike som spiser på en annen benk, i motsatt ende av parken. Han ser henne.

HAN VASKER offentlige toaletter. Det gjør han med omsorg og med stolthet, som en kjærlig handling mot fremmede mennesker. De fleste er mennesker han aldri vil møte. Menneskene han faktisk møter får ordløse smil og respektfulle blikk. Det gir mening til dagen. Det gir en tydelig og dirrende varm lykke som gjennomstråler filmen. Det gir «perfekte dager».

OGSÅ ETTER JOBB følger Hirayama faste rutiner. Han oppsøker et offentlig bad og rengjør seg omhyggelig. Tross jobben: Det er intet skittent over ham. Etterpå kler han seg enkelt, men elegant. Han sykler til en travel undergrunnsstasjon, hvor han på samme spisested hver dag blir gjenkjent og ønsket velkommen som «arbeidsmannen». Han blir servert uten å si et ord, han bare nikker og smiler og ser. Så spiser han, mens han observerer travelt i livet rundt seg. Vel hjemme steller han små trær han har i pletter. Og han leser. Det bugner av bøker i den lille leiligheten. Vi får se at han akkurat nå leser nobelprisvinneren William Faulkner. Faulkner var kjent for å skrive indre monologer i sine romaner. Han skrev ikke bare hva folk sa, men også hva folk tenkte, inne i seg. Hirayama snakker nesten ikke, men det er tydelig at han har tanker han holder for seg selv – slik som Faulkner sine karakterer. Hirayama er en mann med innsikt.

'PERFECT DAYS' er en film hvor jeg møtte egne fordommer og fikk dem korrigert. Det er en film om hva som gir dyp lykke. Det er en film om betydningen av å ha verdier. Det er en film til å bli klokere av, en film som gir litt større dybde til forståelsen av hva det vil si å være et menneske.

PERFECT DAYS

ÅR: 2023

SJANGER: Drama

REGI: Wim Wenders

MANUS: Wim Wenders, Takuma Takasaki

HOVEDROLLE: Kōji Yakusho

LAND: Japan, Tyskland

Kan sees gratis på filmteket.no



■ NFLEM@ONLINE.NO

Ph.d. Hvorfor det?

■ MINA PIIKSI DAHLI ■ DISPUTASJONS DATO 30. juni 2023 ■ INSTITUSJON Universitetet i Oslo

Når diagnosen er Livet.

Hvorfor valgte jeg å ta denne graden?

Det hele startet ikke med en brennende ambisjon om å bli forsker, men som det ofte gjør, med en serie tilfeldigheter og noen mennesker som så meg, og ga meg muligheter jeg ikke selv hadde tenkt på.

Jeg hadde verken erfaring med eller særlig forståelse for akademisk arbeid under medisinstudiet. Forskningsinteressen ble vekket under studiets prosjektoppgave – i mitt tilfelle en kvalitativ studie om ungdoms forståelse av hva *helse* er. Jeg forventet mye fokus på kropp og trening, men til min overraskelse snakket ungdommene mest om relasjoner og trygghet og om å ha

et liv man liker. Det var gøy å få sine forestillinger motbevist.

I denne prosjektoppgaven ble jeg veiledet av to professorer i allmennmedisin ved UiO, Ole Rikard Haavet og Mette Brekke. Sannheten er fortsatt at det som gjorde størst inntrykk var ikke selve forskningen, men hvordan de fremsto. De var så presise, så høflige, men tydelige og klare. Jeg husker at jeg tenkte: *Hvordan ble de sånn? Sånn vil jeg også være.*

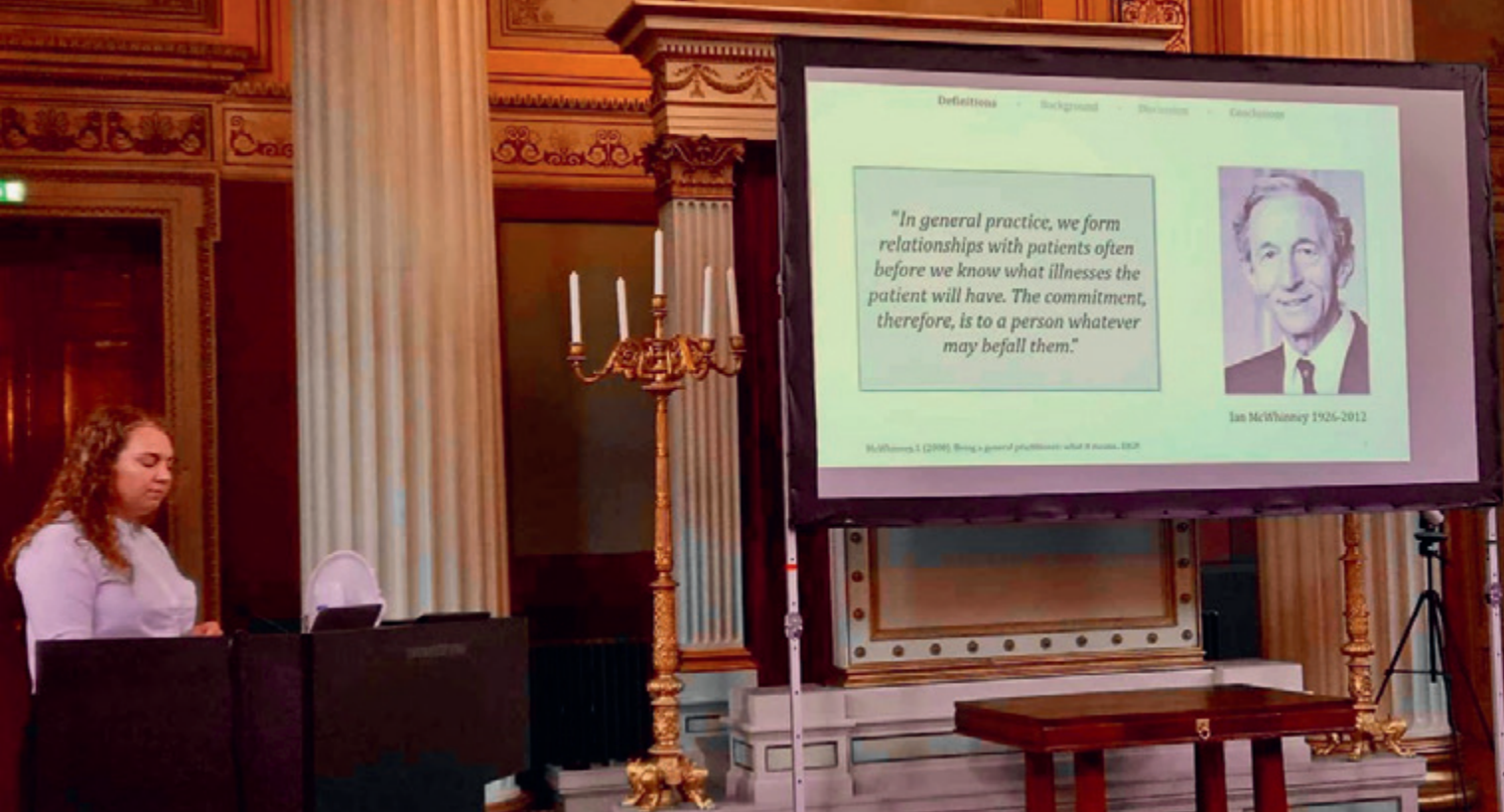
Så da jeg som turnuslege fikk en telefon fra Ole Rikard med spørsmål om jeg kunne tenke meg å søke en stipendiatstilling i et forskningssamarbeid mellom psykisk helsevern på Ahus og allmennmedisin ved UiO, svarte jeg spontant ja uten videre refleksjon. Og godt var det, for veien til doktortgraden er som kjent lang, og hadde jeg visst hva som sto i vente er det ikke sikkert jeg hadde turt.

Hvordan var det?

Ph.d.-løpet er intenst i perioder, det er ingen hemmelighet. Det krever utholdenhet og en god porsjon stahet. Det er omveier, feiltrinn, plutselige åpninger der man raser frem før neste hindring dukker opp. Ingen har gått akkurat denne lille stien før deg. Det var noen lange dager med statistikkprogrammer som ikke ga mening, andre dager fikk jeg følelsen av at jeg var på sporet av noe stort. Mang en gang ga jeg opp, *ga veldig opp*, før jeg etter noen støttende innspill startet på igjen. Og igjen. Og så var det de magiske øyeblikkene hvor brikkene falt på plass. Hvor gode samtaler eller en artikkeltekst tente nye ideer, og hvor jeg kjente på den dype tilfredstilletsen av å være en del av noe større enn meg selv. Jeg var heldig som hadde gode kollegaer og veiledere på veien.

Som stipendiat fikk jeg mulighet til å undervise medisinstudenter, lage min egen undervisning. Jeg fikk til og med eksaminere på muntlige eksamener – inkludert den avsluttende eksamen før studentene var ferdige leger. Det var utfordringer jeg likte. Hvordan finne balansen mellom å skape det nødvendige alvoret og samtidig legge til rette for at studenten kunne vise seg fra sin beste side? Som student er man





så ofte en av mange. Det opplevdes meningsfylt å være en del av erfaring som var viktige for dem og kanskje noe de ville huske lenge etterpå.

Selve disputasen var en dag jeg på noen måter husker lite fra, men samtidig en dag jeg aldri vil glemme. Til prøveforelesningen fikk jeg i oppgave å vise evidensen for å fjerne alle psykiske diagnoser i primærhelsetjenesten. *Hva? Hvilken evidens?* Jeg måtte vri hjernen mer enn jeg noen gang hadde gjort, men i mål kom jeg. Man må jo det. Dagen kom og gikk, også for meg.

Hva fant jeg?

Vi hentet ut et datasett med konsultasjoner fra alle pasienter som hadde vært hos

fastlegen i løpet av et år, nærmere 17 000 pasienter og nesten 70 000 konsultasjoner fra seks legesentre i Groruddalen i Oslo. Jeg fikk stor frihet i hvordan jeg ønsket å vinke mine forskningsspørsmål.

Jeg dykket ned i dataene og litteratur, og ble interessert i å forstå de diagnosene vi bruker. Hvorfor mente noen psykiatere at allmennleger ikke var gode nok til å identifisere psykisk sykdom? Hva er egentlig psykisk sykdom? Når er det sykdom, og når er det livet som river? Når skal vi kalle det hva? Kunne det hende at psykiatere og allmennleger ikke alltid så på disse diagnosene på samme måte? Snakket vi egentlig samme språk?

I mitt materiale hadde nesten én av fem pasienter som gikk til fastlegen i løpet av et

år, fått en psykisk diagnose. Dataene viste at pasientene med psykiske diagnoser hadde betydelig flere kroppslige symptomer enn andre. Det bekrefter det vi som allmennleger allerede vet: Alt henger sammen. Fysisk og psykisk helse er tett forbundet, og det er sjelden så enkelt som enten eller. Skal man bruke diagnosen *nakkesmerter*, *sosialt problem/jobbkonflikt* eller *depresjon*, når alt presenterer seg på en gang?

Blant pasientene som selv rapporterte høy grad av psykiske vansker, var det bare 75 prosent som hadde fått en slik diagnose hos fastlegen. Betyr det at noen går under radaren? Eller hadde fastlegen prioritert annerledes i sin diagnosebruk? Som allmennleger må vi forstå og anerkjenne kompleksiteten i pasientenes plager, samtidig må vi klassifisere dem. Diagnoser er viktige, de avgjør hvilke rettigheter og behandlinger pasienten får tilgang til. Men vi må også være bevisste på hvordan diagnosene former vår forståelse av hvor skoen trykker, og pasientens egen opplevelse av hva de går gjennom. Diagnoser er verktøy, ikke sannheter.

Allmennmedisin handler ofte om å navigere i det uklare og uferdige, og det var der forskningen og det kliniske arbeidet møttes for min del: I viljen til å se, tenke, og revurdere underveis. Jeg endte i hvert fall opp med flere spørsmål enn svar etter endt doktorgradsløp, og med en enda større respekt for kompleksiteten i faget vårt.

Tittelen på avhandlingen var: *Mental health problems in Norwegian general practice. Identification, presentation, and diagnosis*. Finansiert av Allmennmedisinsk forskningsfond

■ MINADAHLI@GMAIL.COM

Badstubad – sunt eller usunt?

Da jeg startet opplæringsprogrammet for samfunnsmedisin i Finnmark, erfarte jeg at badstuvanen var utbredt i folket. Badstubading var stimulerende, også for det kollegiale samarbeid om utviklingen av opplæringsprogrammet.

Mine erfaringer med badstubading ble belyst i en artikkel i *Utposten* nr 7, 1988. Kunnskapsgrunnlaget om badstubading ble styrket med referanse til en lederartikkel fra *British Medical Journal* (1).

De førti forløpne år har gitt «badstuesaken» stor utbredelse i flere deler av verden, både privat og offentlig.

Har det faglig sett skjedd noe med badstusaken på 40 år?

En artikkel i *JAMA* fra 2015 gir gode oversikter av fordeler og ulemper (2). Oppsummeringen er enkel: Økt frekvens av badstubading er assosiert med redusert risiko for ulike hjerte- og karlidelser, og reduserer dødelighet av alle årsaker.

I 2021 kom en mer oppdatert gjennomgang ved Rhonda P. Patrick, Teresa L. Johnson, i *Experimental Gerontology* om «Sauna use as a lifestyle practice to extend health-span» (3). Denne artikkelen har en omfattende referanseliste med studier over lengre tid for de fleste sykdomskategorier.

I artikkelen fra 1988 fremholdt jeg en del betenkeligheter til ivrig badstubruk. Men de førti årene som er gått viser, gjennom et bredt spekter av studier i mange land, at gevinstene overgår betenkelighetene.

Betenkelighetene

Entusiaster taler for saken, men krisemelodierne er også på banen. FHI henger seg på: «Heteslag i badstua» (4). Referansen er en

BMJ Case Report fra januar 2025 der en ung kvinne er blitt liggende i varmen for lenge og ble syk av det. Tilfellet er selvfølgelig alvorlig og illustrerer at man bør ha noen med seg ved slike øvelser.

Det minner meg om min forgjenger som distriktslege «et sted i Norge». Han hadde hatt giktfeber i yngre dager og var ikke helt hjertesterk. Men han elsket badstua og deltok i lørdagsbadingen med stor entusiasme og humor. Så skjedde det som man kunne frykte. Han besvimte i badstua.

Doktoren i bygda lå besvimt på badstuegulvet! I den uro som fulgte var doktoren «borte». 113 var ennå ikke oppfunnet. Men på gulvet var det kjøligere og den gamle våknet såpass at han registrerte uroen omkring seg. Så setter han seg opp og sier:

«Å ja! Om nå dette ble min siste reis, så er jeg ren og nybadet om jeg kommer til det ene stedet – og godt oppvarmet om jeg kommer til det andre!»

Ved fornuftig bruk er denne egenbehandlingen anvendbar for det store flertall! Men badetid og -omfang må ikke overdrives.



ILLUSTRASJONSDTO BETTY MAGSENEN



Personer med visse helseproblemer anbefales å sjekke med fastlegen før de blir badstuebrukere, især hvis de har noen av følgende tilstander: Svangerskap, astma eller spesielle respirasjonsbesvær, feber, nyoppstått hjertesykdom, epilepsi, svært høyt eller svært lavt blodtrykk, bruker sentralstimulerende eller beroligende midler, eller er påvirket av alkohol.

«Verdensmesterskap» i badstuopphold er farlig – etter flere dødsfall er det nå forbudt i Finland (5).

Gode brukerråd

Dr. Jari Laukkanen fra Mayo Clinic mener at bruk av badstue på regelmessig basis kan forhindre og gi bedring i et bredt spekter av medisinske problemer

Det gis oss noen **viktige råd** om bruk av badstue:

Temperatur mellom 70 grader (vannpåkast) – og 90 grader (tørr badstu) grader. Unngå temperaturer opp mot 100 grader. Relativ fuktighet under 60. Korte økter, for eksempel maks tre økter på fem til ti minutter. Da unngår man heteslag. Å drikke rikelig på forhånd (vann!) er viktig. En voksen svetter en halv til en liter under en slik seanse. Øvrig omtale av fysiologiske opphold forbigås her, men er fylld omtalt i oppgitte referanser.

Den dypsindige diskusjon over en kald øl blir best etterpå – og da smaker som regel vann best! En avis hadde nylig funnet ut at badstubading var medvirkende årsak til global oppvarming!

Fordelene – gevinstene

Det ligger seriøse studier bak alle de følgende populariserte råd, jfr. ref. (3).

- Ved å sitte noen minutter i en badstue annenhver dag kan risikoen for Alzheimers reduseres med 65 prosent
- Å ta badstu forbedrer kardiovaskulær ytelse – «menn som deltok i hyppige badstuer, hadde lavere risiko for kardiovaskulære hendelser»
- Å ta badstu hjelper til med restitusjon etter intens fysisk aktivitet – vel ansett i treningssammenheng
- Å ta badstu skyller giftstoffer ut fra blodbanen og øker mikrosirkulasjonen
- Å ta badstu kan lindre stress, og det er en beroligende og avslappende aktivitet.
- Å ta badstu kan igjen indusere en dypere søvn – og gi bedre søvnmonster
- Badstu kan bidra til å bekjempe sykdom. Påvirkningen på immunsystemet er uspesifisert.
- Ved badstubading renses huden
- I badstua forbrennes kalorier

- Badstubading bringer rekreasjon og sosiale fordeler
- Badstubading føles bra og bedrer hverdagshumøret

En folkelig omtale av badstuesakens mange sider er gitt i nylig utkommet bok om «Badstufolk» (6). «Badesaken» var ellers beskrevet av Eilert Sundt på 1800-tallet og videreført på 1900-tallet i mange bygder av distriktslegen, sanitetsforeninger og helselag. Også Edvard Munch viste interesse gjennom sine valg av malerimotiver på 1920–30-tallet.

Arne Garborg ga denne oppfordring i 1923:

«Når dei gamle var likso frisk og sterke som me no er veikvorne,
So kom det ikkje minst av, at dei hadde eit badehus på kvar gard
Og nytta det badehuset frå barndoms til alderdoms åri.
Me fær lære det som så mykje anna godt av dei gamle.
Badehus upp att og i bruk att!
Eit badehus på kvar gard eller i kvar grend.»

Garborgs oppfordring hadde gjennomslag. Det ble bygget badstuer rundt i bygdene. På en **utpost** er badstuer et flott folkehelseiltak som gjerne må få enda større utbredelse (2)! Og nå finner vi dem både på fjell og i fjord (7).

Alt i alt er vurderingen nå at å ta badstu et par ganger i uken gir bedring i de fleste studerte medisinske tilstander. Det er sosialt stimulerende, psykisk stabiliserende og gir etterfølgende god søvn.

REFERANSER

1. Hawkins, C: The sauna: killer or healer? Leading article. Br Med J 1987; 295, 1015–1016.
2. Laukkanen T, Khan H, Zaccardi F, Laukkanen JA. Association Between Sauna Bathing and Fatal Cardiovascular and All-Cause Mortality Events. JAMA Intern Med. 2015; 175 (4): 542–8.
3. Rhonda P. Patrick, Teresa L. Johnson, Sauna use as a lifestyle practice to extend healthspan, Experimental Gerontology, Volume 154, 2021, 111509, ISSN 0531-5565. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2021.111509>.
4. <https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/heteslag-i-badstua>.
5. I nyhetene fra Finland ble et meldt om konkurransevilkår såsom 110 gram tørr badstu, den ble vunnet som holdt ut lengst tid. Store brannskader og akutt hjertestans stoppet konkurransene.
6. Lerhol K, Rogn HB. Badstufolk. Norsk badstukultur. Veien til gode badstuopplevelser. Frisk Forlag 2021. ISBN 978-82-8437-006-4
7. I Finland er det nå én badstu for hver annen innbygger. <https://no.wikipedia.org/wiki/Badstue>. Norge har noe å strekke seg etter. Alle små badstuer som kommer i havner og turistområder er en fin satsning som fastlegene gjerne må pushe!

DAG BREKKE

Pensjonist. Spes. Samfunnsmedisin,
allmennmedisin og arbeidsmedisin. DPH, ph.d.
■ DAGBREKKE45@GMAIL.COM



Hvem er dine tillitsvalgte?

Som leder i Allmennlegeforeningen (AF) ønsker jeg å rette en stor takk til alle våre tillitsvalgte som hver dag gjør en uvurderlig innsats for allmennlegene rundt om i landet. De tillitsvalgte utgjør ryggraden i vårt arbeid, både for fast ansatte leger og for næringsdrivende. Deres engasjement og stå-på-vilje fører til endringer som gir oss bedre arbeidsvilkår, sikrere rammer og mer forutsigbare avtaler. Dette arbeidet danner grunnlaget for både lokalt og sentralt samarbeid. Uten gode prosesser lokalt ville det være langt vanskeligere å få til gode løsninger sentralt.

Det er nettopp på lokalt nivå at mange av de viktigste gjennombruddene skjer. Gjennom gode forhandlinger og konstruktiv dialog i kommunene har vi sett ordninger vokse frem som senere har blitt normgivende nasjonalt. Vi har sett gode eksempler som rekrutteringstilskudd, økt lokalt basisstilskudd og fastlønn på legevakt, for å nevne noen. Slike fremskritt viser hvor viktig det er å ha engasjerte tillitsvalgte som kjenner de lokale utfordringene og mulighetene. Deres arbeid er selve motoren i å få til forbedringer som senere kan breddes og gagne alle allmennleger.

Samtidig er jeg bekymret for at det flere steder i landet rapporteres om større vansker med å rekruttere nye tillitsvalgte. Enkelte fylker står nå uten 1. landsråd. Det betyr at regionen ikke har noen hovedtillitsvalgt inn i landsrådet eller i de jevnligte møtene vi har med AF-representantene fra alle lokalforeningene. Det svekker vårt fellesskap og muligheten for å bringe lokale utfordringer eller suksesshistorier videre til resten av landet. Dette må vi jobbe sammen for å bedre.

Det kan være lett å tenke at det å være tillitsvalgt er en stor belastning, og at man står alene med ansvaret. Men sannheten er at ingen står alene i denne rollen. Vi har et stort og erfarent korps av tillitsvalgte som støtter hverandre, og ekstra hyggelig er det når vi møtes. Legeforeningen tilbyr gode kurs og veiledning for å sikre at alle føler seg trygge i vervet sitt. I tillegg har styret i Allmennlegeforeningen fordelt fylkene mellom oss, slik at alle har en fast kontaktperson i styret å henvende seg til. Jeg er selv også alltid tilgjengelig for spørsmål eller råd fra tillitsvalgte.

Allmennlegetjenesten står foran store utfordringer i årene som kommer. Vi lever lenger og med flere sykdommer, og stadig

mer kan behandles i primærhelsetjenesten. Behov for økt tverrfaglig samarbeid vil kreve tett dialog og solid organisering. Vi må sikre at allmennlegene har en tydelig stemme i disse prosessene, og det er nettopp gjennom våre tillitsvalgte at denne stemmen blir hørt.

2025 er et valgår, ikke bare til Stortinget, men også i Legeforeningen. Vi har allerede mange flinke og engasjerte tillitsvalgte, men vi trenger stadig flere. Jeg ønsker derfor å oppmuntre flere av dere til å vurdere et tillitsverv. Jeg har aldri angret på at jeg lot meg lokke inn i arbeid som tillitsvalgt. Du trenger ikke å være ekspert fra dag én – vi har alle vært nybegynnere. Det viktigste er engasjement og vilje til å bidra til et bedre arbeidsmiljø og en god allmennlegetjeneste. Sammen kan vi stå sterkere, oppnå mer og sikre at allmennlegene fortsatt kan tilby befolkningen helsetjenester av høy kvalitet.

Tusen takk til dere som allerede gjør en innsats. Og til deg som vurderer å bli tillitsvalgt: Ta kontakt med oss i Allmennlegeforeningen – vi vil gjerne høre fra deg!

NILS KRISTIAN KLEV

Leder Allmennlegeforeningen

■ NILS.KRISTIAN.KLEV@LEGEFORENINGEN.NO



Lyst til å prøve deg på forskning?

Utlysning av AFU-stipend

Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) utlyser stipend til leger som vil gå i gang med et forskningsprosjekt som er aktuelt for primærhelsetjenesten.

Er du lege i allmennmedisin eller samfunnsmedisin og har en idé du vil utforske eller et forskningsprosjekt du ønsker å realisere, kan du søke om stipend for inntil 6 måneder.

Allmennlegestipendet er i hovedsak rettet mot leger som ikke har forsket tidligere, og stipendet skal gjøre det mulig å ta fri fra andre oppgaver for å kunne forske – på heltid eller deltid. Det er nok at du har en god idé for å kunne søke, men du må ha kontaktet en veileder før du søker. Har du spørsmål, ta kontakt med et av de allmennmedisinske universitetsmiljøene i Oslo, Bergen, Trondheim eller Tromsø, eller send mail til: nfa@legeforeningen.no

Les mer på www.legeforeningen.no/afustipend eller skann QR-koden. AFU-stipend utlyses to ganger i året. Neste søknadsfrist er 1. mai 2025.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Ny faggruppe i 2024 Fengselshelseteneste

Eg har grubla litt over namnet vårt – Faggruppe Fengselshelseteneste. Vi kunne ha heitt Faggruppe for fengselslegar? Ofte har eg kalla oss, utan å tenke meg om, Faggruppe for fengselsmedisin. Så har eg kome til at namnet ikkje er så dumt likevel. Ein av mine kjepphestar er at legar som jobbar i fengsel må engasjere seg i alle delane av helsetenesta, ikkje berre det kurative legearbeidet.

Initiativet til å lage ei faggruppe for fengselshelsetenester kom frå Norsk forening for allmennmedisin (NFA). Engasjementet sprang ut frå eit menneskerettsperspektiv og ei erkjenning av at innsette i fengsel er ei gruppe som har særskilte behov og dårlegare fysisk og mental helse enn befolkninga forøvrig.

Gruppa vart etablert i september 2024, og fekk i løpet av hausten ti medlemmar frå heile landet. Våre viktigaste mål er å jobbe med fagutvikling for alle fengselslegar, og å formidle informasjon til alle andre legar som har innsette som pasientar om det som er særskilt for denne pasientgruppa. Til dømes har dei innsette ikkje tilgong

til eigen mobiltelefon eller til internett, dei skal heller ikkje vite om avtaler utanfor fengslet – av sikkerheitsmessige årsaker. Så korleis skal spesialisthelsetenesta då få kalla inn desse pasientane til time?

Fengselslegen sine arbeidsoppgåver løysast best ved hjelp av allmennmedisinske arbeidsmetodar. Helsetenestene i fengsel fungerer best når legen er ein del av teamet som jobber med og for dei innsette. Dette teamet er i all hovudsak samansett av sjukepleiarar, ein fysioterapeut, nokre få heldige har også ein helsesekretær. I mange fengsel er legen ein marginal ressurs som bestillast av nokon andre i fengselshelsetenesta. Dette ønskjer mange av fengselslegane å endre på.

Kommunane som har eitt eller fleire fengsel plassert i sitt område, står fritt til å organisere fengselshelsetenestene i tråd med lovverk og faglege retningslinjer. Dette fører til stor variasjon når det gjeld stillingsprosentar og stillingsinstruksar for fengselslegane.

Utover allmennmedisinsk kompetanse og erfaring, så er det nyttig å kunne ein

del om kriminalomsorg, straffeprosess og straffegjennomføring. Alle i fengselshelseteamet jobbar i tett samarbeid med Kriminalomsorgen sine aktørar, samstundes som vi må sørge for vår frie og uavhengige rolle.

Faggruppa sitt arbeid vart hausten 2024 prega av at Helsedirektoratet la ut på høyring ein ny veileder for fengselshelseteneste. I samband med dette arrangerte NFA og faggruppa eit frukostseminar like før jul. Av den omfangsrike deltakarlista såg vi at det er mange samfunnsaktørar som er opptekne av pasientgruppa vi jobbar med og for, og såleis også opptekne av det vi driv med. Det er motiverande og skjerpande – og ikkje minst minner det oss om kor viktig dette samfunnsoppdraget er.

Legar som ikkje jobbar i fengsel, men som er engasjert i denne pasientgruppa er også velkomne til å bidra i gruppa.

HILDE SKREDE

Fengselslege i Ringerike fengsel,
leiar i Faggruppe Fengselshelseteneste
i Norsk forening for allmennmedisin (NFA)

■ SKREDEHILDE@GMAIL.COM

GRUPPEMEDLEMMAR

- Hilde Skrede i Ringerike fengsel
- Kjell-Arne Helgebostad i Romerike fengsel
- Maciej Stefan Wojtak i Sem og Berg fengsel
- Marianne Burkeland-Matre i Larvik fengsel
- Veronika Brezova i Tromsø fengsel
- Sigurd Vaalandsmyr Holen i Froland fengsel
- Kristin Stoum i Verdal fengsel
- Milla Branden i Oslo fengsel
- Martin Turzer i Oslo fengsel
- Tora Mellin Olsen Heggvik i Bergen fengsel
- Anne-Lisbeth Vabø i Bergen fengsel

Jordnær og nyttig for både lek og lærd



Catharina Elisabeth Arfwedson Wang
Babyblues
En selvhjelpsbok for nybakte foreldre
118 sider
Universitetsforlaget
Oslo 2022
ISBN 978-82-15-06366-9

Begrepet *babyblues* er på norsk ofte oversatt til barseltårer. Forfatteren av denne boken er professor og psykologspesialist ved universitetet i Tromsø. Hun har forsket på mental helse under graviditet og i barsel- og spedbarnstiden.

Sakset fra baksideteksten:

«(Boken) *Babyblues* handler om at livets lykkeligste periode også kan være full av utfordringer og nedturer, og hvordan vi kan forstå og håndtere de litt mørkere skyene.»

Og videre:

«Faktum er at så mange som 10–20 prosent av kvinner og 5–10 prosent av menn føler

seg deprimerede og engstelige i barselperioden. Og – de forteller det ikke til noen, de er ensomme og de skammer seg.»

Boken er både lettlest, høyst relevant for nybakte foreldre, og den kan være til stor nytte å ha for hånden både i allmennpraksis og på helsestasjonen f.eks. Jordnære fortellinger om foreldres erfaringer og om hvordan man kan forstå – og ikke minst viktig – hvordan nybakte foreldre kan hjelpes over «kneika». For det er nettopp slik det fungerer for noen foreldre – det er en oppoverbakke, men til et nytt «utsiktspunkt», hvor foreldrene og barnet får det langt bedre sammen. Forfatteren beskriver dette levende og jordnært i denne boken.

I et avsluttende kapittel tar forfatteren opp viktige temaer på samfunnsplan. Hun framhever hvordan ulike kulturer i verden til enhver tid har hatt ritualer for viktige overganger i livet – og da inklusive når et barn blir født. En fødsel har vært feiret og markert med støtte fra familie og nærmiljø – også i vår kul-

tur, for eksempel ved at besteforeldre og andre i slekten har vært tilgjengelige i nærmiljøet. Og på fødeavdelingene var det vanlig å være innlagt i alle fall en ukes tid, viktig både for å kjenne trygghet for at alt var vel med mor og barn, og at ammingen var kommet godt i gang.

I dag bor det kanskje ikke slektninger i nærmiljøet. Og fødeavdelinger blir nærmest presset til å sende sine barselkvinner hjem kun timer etter fødselen enkelte steder! Og som forfatteren skriver:

«Å få barn er ikke en sykdom, men likevel (er det) kunnskapsløst å ikke forstå at sykehusene (tidligere) har ivaretatt en nødvendig omsorgsoppgave for barselfamilien som ikke enkelt lar seg erstatte med korte hjemmebesøk av en jordmor og en helsesykepleier.»

Babyblues avsluttes med et håp om at nybakte foreldre kan finne støtte og trøst i boken, «og at det finnes mennesker der ute som kan og vil hjelpe ...»

Dyp innsikt i tematikken og en varm og jordnær presentasjon av situasjonen mange foreldre befinner seg i, gjør at jeg vil anbefale boken spesielt for leger i allmennpraksis og på helsestasjoner.

ELI BERG

En perle av en bok



Marte Roa Syvertsen
Menneskehjernen
Farlig og fantastisk
223 sider
Bonnier
Norsk Forlag
Oslo 2022
ISBN 978-82-84192-35-2

Dette er en uvanlig fagbok, beregnet både på lek og lærd. Vi står overfor ikke mindre enn en presentasjon av homo sapiens' vilkår i verden – med fokus på de siste kjente detaljer om vår hjerne, og hvordan vi kan forstå enkeltmennesket og våre samfunn på denne kloden vår i dag.

Teksten rommer store tidsspenn og perspektiver fra dyreverdenen via neandertalerne til homo sapiens, ja, til våre dagers hverdagsliv på godt og vondt. Og alt dette via fokus på detaljer fra vår egen hjerne. Små og større erfaringer fra et vanlig dagligliv får en utvidet mening gjennom beskrivelser av hvordan «topplokket» vårt er

blitt konstruert gjennom uminnelige tider bakover i historien. En kan nesten «miste pusten» av bokens omfang. Og samtidig suges vi inn i en fascinasjon av de sjeldne gjennom lesingen om *vår tids* livsvilkår.

Forfatteren er lege med doktorgrad i nevrologi. Sakset fra baksideteksten:

«Mye av forklaringen på menneskets egenart ligger i hjernen, helt forrest i pannelappen, i et område som bærer navnet *prefrontal cortex*. Det er her hjernens mest avanserte funksjoner befinner seg, funksjoner som gjør oss i stand til å tilpasse atferd og handlinger for å oppnå et mål i framtiden. Dette er et område i hjernen som det tradisjonelt har vært forsket lite på, til tross for den avgjørende betydningen det har for oss mennesker.»

Og videre:

«Hva skjer når du står foran alle suppeposene på butikken og prøver å velge hvilken suppe du skal ha til middag? Hvorfor er ungdom mer villige til å utsette seg for risiko enn voksne? Hva gjør at du greier å opptre rolig selv når du er så sint at det føles som om det koker i hodet? Svarene på disse, og en rekke andre interessante spørsmål, finner vi i pannelappen.»

Noen stikkord om det videre innholdet i denne utgivelsen:

- Læring og avhengighet
- Depresjon, selvkritikk og perfeksjonisme
- Drøm eller virkelighet?
- Vold og drap
- Fri vilje
- Oss og de andre

Underveis i teksten forholder hun seg til en lang rekke spørsmålsstillinger behandlet både av filosofer og samfunnsvitere. Ikke minst interessant er omtalen av det «evige» spørsmålet om hva som kan tilbakeføres til arv og hva som skyldes miljøet vi lever i – og da spesielt hva som barn erfarer gjennom oppveksten sin.

Som avslutning er boken utstyrt med et solid knippe referanser til aktuell norsk og internasjonal forskning, samt at forfatteren presenterer en liste over faglige fremmedord med forklaringer beregnet på ikke-medisinere.

Boken er skrevet i et konsist, lettlest og hverdagsnært språk.

Boken anbefales.

ELI BERG



CHATGPT

**Allmennlegene
var flinkere enn roboten**

Svenske forskere har sjekket om roboten ChatGPT (versjon 4) er flinkere enn leger som var i ferd med å bli spesialist i allmennmedisin, til å diagnostisere komplekse pasienttilfeller fra allmennpraksis. Observasjonsstudien var blindet ved at de som vurderte svarene ikke visste om svarene kom fra roboten eller fra legene. De anonymiserte legebesvarelsene ble hentet fra oppgaver som ble gitt til leger under spesialistutdanning i allmennmedisin i perioden 2017–2022. De samme tekstene ble også lagt inn i ChatGPT. Da svarene ble sammenlignet, viste det seg at legene i signifikant større grad enn roboten hadde gitt riktige svar. Gjennomsnittlig skår på en 10-punktskala var 6 for tilfeldig utvalgte lege-svar, mens GPT-4-skåren var 4,5. Blant de aller beste legene var gjennomsnittlig skår 7,2. Legene generelt skåret i snitt 1,6 poeng høyere enn roboten, og legene på toppnivå hadde 2,7 poeng mer enn ChatGPT.

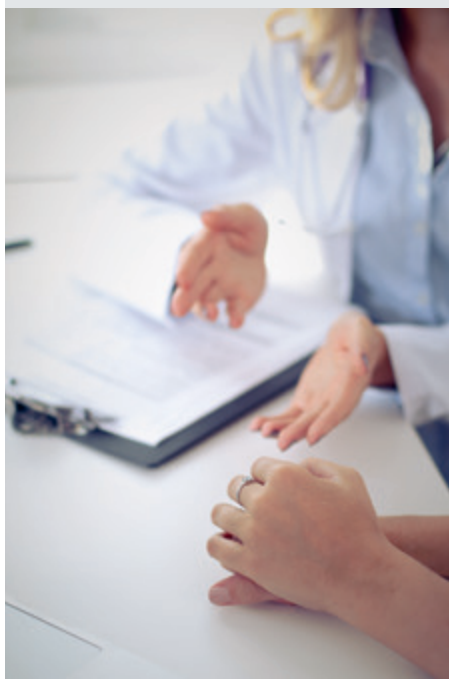
● IBMJ Open (R Arvidsson et al), desember 2024, doi: 10.1136/bmjopen-2024-086148

221

Klager fra pasienter og pårørende til Sivilombudet i 2019 er analysert i en kvalitativ studie. Klagen gjaldt negative erfaringer med primærhelsetjenesten. Overordnet viser analysene at det er et gap mellom forventet kvalitet og opplevde tjenester, både på kort og på lang sikt. Klagen handler om tilgang til hjelp, dårlig koordinering og utilstrekkelig behandling. Type klage ble gruppert i fire hovedkategorier:

1. Tjenestene pasientene mottok samsvarte ikke med deres opplevde behov.
2. Pasientene opplevde dårlig overgang mellom de ulike helsetjenestene.
3. Både pasienter og pårørende synes pasientforløpet var dårligere enn det som burde vært standarden.
4. utilstrekkelig hjelp bidro til en tung byrde for de pårørende.

● BMC Health Services Research (AA Eriksen et al), januar 2025, doi: 10.1186/s12913-025-12231-9

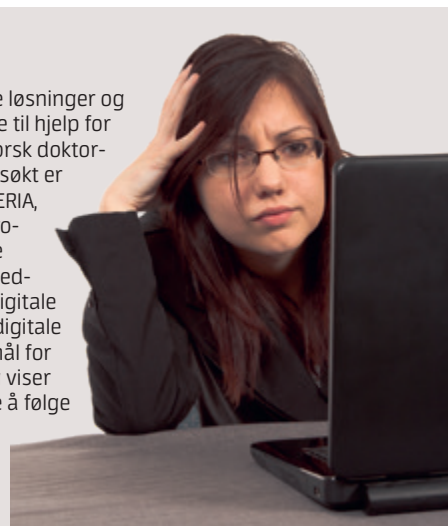


VOKSNE MED ADHD

Digitale opplegg kan ha effekt

Kan digitale intervensjoner, både som heldigitale løsninger og kombinert med ansikt-til-ansikt oppfølging, være til hjelp for voksne med ADHD? Dette er hovedtemaet i en norsk doktoravhandling. De to intervensjonene som er undersøkt er det digitale selvhjelpsprogrammet MinADHD og ERIA, som er et kombinert digitalt og gruppebasert program for emosjonelle reguleringsvansker. Begge løsningene er utviklet for voksne med ADHD. Hovedfunnet er at voksne med ADHD kan ha nytte av digitale løsninger. Deltagerne var godt fornøyd med de digitale intervensjonene, og det var bedring i primære mål for begge intervensjonene på gruppenivå. Samtidig viser studien at det kan være krevende for deltagerne å følge hele opplegget, og tiltak som SMS-påminnelser hadde begrenset effekt.

● Doktoravhandling, psykolog Emilie Sektan Nordby, disputas i desember 2024 ved Universitetet i Bergen



KOMPLEKSE PASIENTER

Ustabile og fastlåste lege-pasientforhold

Samarbeidet mellom fastlegen og multimorbide pasienter med psykososiale vansker og avhengighetsproblematikk, kan være utfordrende. Danske forskere har sett på 12 lege-pasientforhold og har intervjuet både fastlegene og pasientene. Overordnet ble alle pasient-lege-relasjonene karakterisert som enten fastlåste eller ustabile, med utfordringer knyttet til meningsløse konsultasjoner, konflikter rundt livsstil, resignasjon, tilbakeholdt informasjon og følelsen av håpløshet. Mulige løsninger beskrives blant annet å kunne være tilpasning til pasientens behov, imøtekommenhet overfor utfordringene og å tilby vedvarende mental støtte selv om de medisinske problemene forblir uløste. Både pasientene og legene mener at relasjonen i lege-pasientforholdet er helt avgjørende for et godt samarbeid.

● BJGP Open (MA Toft Kristensen et al), januar 2025, doi: 10.3399/BJGPO.2024.0146



HJEMMESYKEPLEIEN

Bryter regler for å gi god omsorg

Ansatte i hjemmesykepleien strekker seg langt, og setter pasienten foran systemet. Det viser en studie gjennomført av forskere ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo. Informantene i studien brøt iblant noen av reglene for hjemmebasert omsorg og gikk utover det som lå i det formelle vedtaket. De aksepterte også en økt risiko for egen sikkerhet og helse for å kunne gi god omsorg. Artikkelforfatterne poengterer at selv om personalets tilnærming bidrar til økt fleksibilitet og individualisert omsorg, kan det også føre til manglende klarhet om profesjonelle grenser og ansvar. Den kvalitative studien er en kombinasjon av deltagende observasjon og intervju, og ble gjennomført i tre kommuner i Sørøst-Norge.

● BMC Medical Ethics (CK Hertzberg et al), september 2024, doi: 10.1186/s12910-024-01094-0

DIGITALE VERKTØY

Fastlegene jobber for en god balanse

To Stavanger-forskere har sett på fastlegers erfaringer med nye digitale teknologier innen helse. Elleve fastleger fra ulike allmennpraksismiljøer i en byregion på Sørvestlandet er intervjuet. Teknologi som gjør det mulig å sende og motta elektroniske meldinger på en sikker måte kan føre til mer effektiv og bedre dialog med pasientene. Men teknologien byr også på utfordringer for fastlegen. Fastlegene i studien understreket nødvendigheten av å integrere digitale verktøy på en måte som støtter opp under det relasjonelle og etiske grunnlaget for omsorgsrollen de har. Legene var opptatt av å få til en god balanse mellom bruken av digitale fremskritt og bevaring av kjerneverdiene ved god og personlig pasientomsorg.

● Scandinavian Journal of Primary Health Care (D Nassehi og E Ramv), desember 2024, doi: 10.1080/02813432.2024.2437417

ALLE ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES

Dreper neglesopp



Topikal
terbinafin

Nyheten Terclara 98 mg/ml er den første reseptfrie neglesoppbehandlingen med topikal terbinafin.

Les mer på terclara.no | Finnes på apotek

Terclara (Terbinafin 98mg/ml liniment, oppløsning) er et reseptfritt legemiddel indisert til voksne (>18 år) for behandling av milde til moderate soppinfeksjoner på finger- og tånegler forårsaket av dermatofytter og/eller andre terbinafinsensitive sopparter. Skal påføres alle angrepne negler og under den frie neglekanten én gang daglig. Skal ikke påføres huden rundt neglene. Bruk under graviditet, amming, diabetes, immunsykdom og perifer vaskulær sykdom bør skje etter vurdering fra lege. Vanlige bivirkninger er misfarging av negler, onykolyse, onykomadese, paronyki, kontaktdermatitt og erytem. Pris: 459 NOK. Konsulter felleskatalog tekst eller SPC for mer informasjon. Allderma AB, +4610-8899310. Dato: 02/2025



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

HVA LESER..?

Guro Steine Letting?

ALIS og fastlegevikar, Fredrikstad kommune
■ GUROSTEINE@GMAIL.COM



Eg ser alltid fram til å lesa! Å dykka inn i ei historie gir kvile for hovudet. Å lesa på sen- ga er ei vane eg har teke med meg sidan barndommen. Romanar er eit vindaug til andre menneske sine liv – litt som kvarda- gen på fastlegekontoret. Men smarttelefo- nen freistar stadig, og eg tek meg sjølv i å skrolla gjennom nettavisene før eg opnar boka. På nattbordet ligg no *Hegel – en enkel bok om en vanskelig filosof* av Sigurd Hverven. Den har eg lånt på biblioteket og allereie fornya to gonger. Det går nemleg ikkje så fort framover, sjølv om det er ei veldig inter- essant bok. Hegel levde på 1800-talet, og Hverven forklarar tankegodset hans i ei moder- ne vinkling, og gjer det lettare tilgjenge- leg for vanlege folk. Hegel sine tankar om krig, kjærleik og historie er interessante. Det gir perspektiv på kvardagen vår i dag. Kva verdiar er det vi ser på som viktige? Hegel er oppteken av fellesskapen og at vi blir til i møte med andre. Vi kan læra mykje av det som er tenkt før, om vi tek oss tid til å dykka ned i det langsame.

Biblioteket er ein uvurderleg sam- funnsinstitusjon. Tenk at vi alle kan låna bøker, kunst og instrument heilt gratis! Eg har funne mange bøker eg elles ikkje had- de lese på biblioteket. Ein sjanger eg opp- daga på biblioteket er teikneseriar for vaksne, eller grafiske romanar. Illustrasjo- nar er kraftfulle! Ei bok eg gjerne vil at fleire skal oppleve er *En frivillig død* av Stef- fen Kverneland. Då forfattaren var atten år, tok faren livet av seg. Han skriv og teiknar om kva som skjedde før og etter. Kva teikn var det han og familien oversåg? Boka er sterk og poetisk. Du les den på ei lita kveldsstund!

Nokre gonger i året møter eg leseglade venner i ein lesesirkel. Vi avtalar kvar gong ei eller fleire bøker vi alle skal lesa. Det hjel- per å forplikta seg, sjølv om eg ikkje alltid får lese heile boka ferdig. Etter at eg starta i gruppa, har eg lese fleire bø- ker i året. Når vi mø- test, deler vi

synspunkt og inntrykk frå boka. Eg blir sta- dig overraska over at vi mange gonger opp- fattar teksten ulikt. Diskusjonen i felles- skap forsterkar leseopplevinga.

Tenk at Noreg endeleg skulle få ein ny no- belpreisvinnar! Forfattaren Jon Fosse kjem frå min heimkommune, Kvam i Hardanger. Han skriv på ein særeigen måte, med få punktum og mange gjentakingar. Nokre av bøkene hans er veldig tjukke. Å lesa dei kan kosta litt innsats, men gir store opplevingar tilbake. Om du ønsker ein smakebit av hans forfattar- skap, vil eg anbefala ei perle av ei bok; *Kvit- leik*. Den er på berre 61 sider. Boka handlar om ein mann som køyrer rundt på måfå og til slutt går seg vill i skogen. Det verkar som om han på ein måte ønsker å seg vill. Les den sakte! Boka skildrar overgangen mellom liv og død på ein lysande måte.

Godt leseår 2025!



Kakefredag og kraften i en kopp kaffe

Nytraktet kaffe gir dagen en gylden start. Te er heller ikke å forakte. Dette er vi enige om der jeg jobber, medarbeidere og kolleger. Så når klokka nærmer seg åtte starter dagen for kaffetrakteren. Og slik møtes vi, ved trakteren når solen står opp, med en kopp i hånda. Noen stopper kort, andre har bedre tid. Hører siste nytt, legger en slagplan for dagen, før oppgavene kaller.

Gjennom dagen trekkes vi mot duften fra disse malte bønnene. Vandringen går gjennom resepsjonen og gir rom for småprat underveis. Det er fint. Vel ute på pauserommet, en vel fortjent pust i bakken.

Kakefredag var resultat av nedskjæring og påvirkning utenfra. Helsedirektoratet anbefalte ikke bare fem om dagen, nå var det åtte! Søtsaker måtte vike plass for frukt og fiber. Vi er en matglad gjeng og søtsaker stod på menyen i nesten hver matpause. Det var tid for modernisering, en skarp sving. Fra mandag til torsdag går det nå i brødsurve med ost og skinke, kanskje salat. Helt forbilledlig. Og på fredager, da koser vi oss! Med ubegrensede mengder av godteri, snacks og søte bakevarer.

Gjengen som jeg jobber sammen med er dedikert og allsidig. Da kakefredag ble inn-

ført var jeg litt bekymret for at prosjektet kunne ta helt av. Med dyre kaker som er tidkrevende å lage. Den opprinnelige idéen var å gjøre litt ekstra ut av matpausen etter endt arbeidsuke, noe enkelt og gjennomførbart. Nå har kakefredag pågått en stund. Is og peanøtter er en klassiker, fruktfat er populært, og ulike kaker naturligvis.

Som du skjønner så verdsetter jeg disse folka. Småpratene. Vitsene. Med en kaffekopp i hånda har vi løst små og store utfordringer. Og på finurlig vis bidrar både kaffe og kake til å sveise oss sammen.

Deler en oppskrift fra boka til Camilla Hamid, *Home sweet home*, Polaris forlag. Dette er en annerledes kake, en c-vitaminbombe som er morsom å lage. Med somerduft og dryss av sol.

Marokkansk appelsinkake

Kika dyal limon

6-8 biter

1 moden appelsin, normalstor, gjerne økologisk

1 stort egg eller 2 små

1½ dl farin (110 g)

3 dl mandelmel (150 g)

Grovhakkede mandler til pynt

Smør til formen

- Vask appelsinen grundig og fjern klistrelapper
- Legg appelsinen som den er (med skall) i en kasserolle og dekk med vann. Kok opp på middels varme. La småkoke under lokk i cirka 45 minutter eller til appelsinen er helt myk.
- Ta ut appelsinen, la den kjøles ned og del så i grove biter. Fjern eventuelle stener. Mos bitene til en fin puré. Sett til siden.
- Sett stekeovnen på 175 grader, over- og undervarme.
- Visp egg og sukker til det har blitt hvitt og luftig. Tilsett appelsinpuré og bland til en jevn røre. Vend til sist mandelmel forsiktig inn, bruk slikkepott. Bland til en jevn røre.
- Smør kakeformen, cirka 20 cm i diameter, generøst med smør, hell i røre.
- Stek kaka i nedre del av ovnen i 20-30 minutter, eller til den har fått en fin gylden farge og er gjennomstekt, kontroller gjerne med en fyrstikk.
- La kaka svalne før du tar den ut av formen slik at den kan avkjøles helt. Pynt med mandel og server.

Oversatt fra svensk av Elin Tora Hoel

ELIN T. HOEL

Redaktør i Utposten

ELINTORA@HOTMAIL.COM



Mortalitetskoderne ved dødsårsaksregisteret

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



Hvem er dere?

Ved dødsårsaksregisteret ved Folkehelseinstituttet (FHI) jobber mortalitetskoderne med koding og kvalitetssikring av dødsårsaker. Ringer du veiledningstelefonen får du snakke direkte med en av oss.

Dødsårsaksregisteret er et lovbestemt sentralt helseregister som på grunnlag av dødsmeldinger og obduksjonsresultat utarbeider nasjonal dødsårsaksstatistikk. Dødsårsaksregisteret skal blant annet overvåke og belyse dødsårsaker over tid, fremme og gi grunnlag for forskning, og være til hjelp for planlegging og kvalitetssikring i helsetjenesten.

Hvem kan ringe til dere?

Alle leger, og andre som bruker elektronisk dødsmelding.

Hva kan man spørre om?

- Hvordan registrere dødsfall- og dødsårsak, annullere dødsfall, korrigere dødsdato, og hvordan registrere ny dødsårsak (dødsmelding).
- Hvordan man kan føre opp sekvensen av dødsårsaker i den medisinske delen.

Vi har skrevet en tekst som finnes åpent på Folkehelseinstituttets nettsider. Det finnes også et eget nettkurs om temaet.

Underliggende dødsårsak er definert som «Den sykdom eller skade som startet rekken av sykelige tilstander som førte direkte til døden» eller «De ytre omstendigheter ved ulykke eller voldshandling som forårsaket den dødelige skade». Eksempel: Ved lårhalsbrudd som følge av fall fra seng, blir den underliggende dødsårsaken ICD 10-kode 'W06 Fall fra seng'.

Årsakssammenheng i forbindelse med dødsårsakskoding vurderes delvis litt annerledes enn når man tenker rent medisinsk. Medisinsk vil man kanskje ikke tenke at demens fører til lungebetennelse. Dette fordi det er ikke demensen som gjør at pasienten får infeksjonen som fører til lungebetennelse. Når vi skal angi dødsårsak tenker vi imidlertid at demensen kan føre til svekkelse som kan gjøre at en (vanligvis uskyldig) infeksjon kan utvikle seg til en dødelig lungebetennelse.

Hvorvidt en diagnose skal stå i del 1 eller 2, har ofte mye å si for om det blir sett på som underliggende dødsårsak eller ikke. Når man lur på om en diagnose X skal stå i del 1 eller 2 kan man bruke følgende kontrollspørsmål: «Er det rimelig å anta at pasienten hadde dødd av den umiddelbare dødsårsaken Y hvis hen ikke også hadde hatt X?» Hvis svaret er «nei» bør X ligge i del 1.

Legen trenger altså ikke å kunne bevise at det er X som har ført til at pasienten døde av Y. Det holder at det er en overveiende sannsynlighet.

Hva er de vanligste spørsmålene dere får?

- Kan leger se en liste over dødsfall de selv har registrert? Svar: Ja. Når du er innlogget i den elektroniske løsningen, klikk på navnet ditt oppe til høyre og velg 'Mine registreringer' (en liste over dødsfall du selv har meldt, både med og uten dødsårsak).
- Har lege tilgang til dødsårsaker/dødsmeldinger andre leger har registrert? Svar: Nei, Dødsårsaksregisterforskriften tillater kun leger å få tilgang til dødsårsaker de selv har registrert. Tilgang ut over dette vil kreve forskriftsendring.
- Kan jeg registrere ny dødsårsak? Svar: Ja. Gå inn på 'Mine registreringer' gjenfinn aktuelt dødsfall på listen, velg 'Flere valg' deretter velg 'Revider dødsårsak'. Man kan kun revidere dødsårsaker man selv har registrert.
- Kan jeg registrere en dødsårsak selv om jeg ikke er helt sikker på diagnosen? Ja, absolutt. Lege må ta en avgjørelse, etter beste evne og skjønn. WHO sier at en tentativ diagnose, selv om den er usikker, er til bedre nytte for dødelighetsstatistikken enn ingen diagnose i det hele tatt.
- Kan jeg ta utskrift av dødsårsaken (dødsmeldingen)? Svar: Ja. Gå inn på 'Mine registreringer', gjenfinn aktuelt dødsfall, velg 'Flere valg' og 'Skriv ut dødsmelding'. Skal liket transporteres ut av landet må meldende lege signere dokumentet.

- Kan jeg korrigere dødsdato? Svar: Ja. Logg deg inn i løsningen, skriv inn personens fødselsnummer eller D-nummer i søkefeltet og velg 'Korriger dødsdato'. Folkeregisteret og Dødsårsaksregisteret blir da oppdatert med ny og korrekt dato. Det er viktig å være klar over at dersom dødsårsak (dødsmelding) allerede er registrert blir den dessverre ikke oppdatert for dødsdato. Registrer derfor ny dødsårsak dersom det er ønskelig med dødsårsak/dødsmelding med ny og korrekt dødsdato.
- Jeg har meldt feil person død. Hvordan retter jeg opp i det? Svar: Logg deg inn i løsningen, skriv inn personens fødselsnummer eller D-nummer i søkefeltet og velg 'Annuller dødsfall'. Etter du har bekreftet annulleringen, må du ringe Norsk Helsenett operasjonssenter på tlf 24 20 00 00. Var avdøde utenlandsk statsborger (uten norsk fødselsnummer eller D-nummer) for eksempel turist eller asylsøker, vennligst kontakt Dødsårsaksregisteret pr. telefon eller epost (edar@fhi.no) og vi vil bistå deg. I slike saker må Dødsårsaksregisteret slette det feilregistrerte dødsfallet manuelt.
- Hva skal man gjøre dersom man opplever tekniske problemer og rariteter under registrering av dødsfall og dødsårsak? Svar: kontakt først lokal IT, deretter ev Norsk Helsenett, teknisk ansvarlig for løsningen

Hva er det rareste spørsmålet dere har fått?

«Hjelp, jeg er lege og har ved et uhell registrert meg selv død. Hva gjør jeg nå?»

Det er noen år siden vi fikk dette spørsmålet. Dette er nå ikke teknisk mulig lenger, men det var en reel problemstilling på et tidspunkt. Legen fikk hjelp av både Dødsårsaksregisteret og Norsk Helsenett og alt ble ordnet. Nå kommer det feilmelding dersom fødselsnummeret på den personen som er innlogget er identisk med det fødselsnummeret som blir forsøkt meldt død.

Nummeret til veiledningstelefonen finnes inne i portalen for elektronisk dødsmelding. Spørsmål kan også sendes på e-post til edar@fhi.no

RELIS

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

Regionale legemiddelinformasjonssentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsent-uavhengig legemiddel-informasjon. 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.

Bupropion+naltrekson mot fibromyalgi, CFS/ME og smerte

Spørsmål til RELIS om bruk av bupropion+naltrekson (Mysimba) mot fibromyalgi, kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalomyelitt (CFS/ME) og uspesifikke smertetilstander gjør at vi er bekymret for at legemidlet forskrives off label uten effektdokumentasjon. Dette til tross for advarsler om bivirkninger og potensielt alvorlige interaksjoner (1, 2).

Mysimba inneholder 90 mg bupropion og 8 mg naltrekson per depottablett. Bupropion+naltrekson har bare godkjent indikasjon som tillegg til et kalorifattig kosthold og økt fysisk aktivitet for vektreduksjon hos voksne pasienter med en kroppsmasseindeks (KMI) på mer enn 30 kg/m² (fedme) eller mer enn 27 kg/m² (overvekt) samt én eller flere vektrelaterte risikofaktorer (3).

Bupropion er en selektiv reopptakshemmer av dopamin og noradrenalin, i tillegg til å ha en svak serotonerg effekt, og naltrekson er en opioidantagonist (2–5). Det er antydnet at bupropion og naltrekson har effekter på to separate områder av hjernen som er involvert i reguleringen av matinntaket: appetittreguleringssenteret (hypotalamus) og belønningssystemet (den mesolimbiske dopaminbanen) (5).

Dosene av bupropion og naltrekson som brukes i kombinasjon for vektreduksjon er i samme størrelsesorden som doseringen

av de to virkestoffene hver for seg i monoterapi for andre godkjente indikasjoner (6, 7). Dosering for naltrekson i fast dose-kombinasjonen med bupropion, med en måldose på 32 mg naltrekson per dogn etter fire uker, ligger langt høyere enn ved såkalt lavdose naltrekson (LDN) som vanligvis er i området 1–5 mg/dag (3, 8–12).

Effektdokumentasjon

Det er ikke uvanlig at det dukker opp trenner i behandling av tilstander der vi ikke har god, dokumentert behandling eller hvor alternativet er ikke-medikamentelt og gjerne krever omlegging av rutiner og vaner (livsstilsendring). Påstander om ulike behandlinger som «virker» lever både gjennom diskusjonsforum blant pasienter, men også i noen fagmiljøer og pasientforeninger.

Behandlingen kan være alt fra vanlige matvarer til produkter som tilbys som kost-

tilskudd/naturmidler eller legemidler. Godkjente legemidler har en ekstra legitimitet. Som følge av regulatoriske krav kan man være trygg på at innholdet er som deklartert i godkjente legemidler, og at legemidlet har dokumentert effekt og akseptabel sikkerhet ved behandling av mennesker. Det er lett å glemme at det er for pasienter med andre tilstander og at effekten ofte er ekstrapolert og postulert, ikke dokumentert for off label-indikasjonen.

Vi har ikke funnet dokumentasjon på effekt av kombinert behandling med bupropion+naltrekson ved fibromyalgi, CFS/ME eller smerte/kronisk smerte, verken i medisinske oppslagsverk eller ved litteratursøk. Vi finner heller ingen informasjon om fullførte, pågående eller avbrutte studier hvor sikkerhet og/eller effekt av bupropion+naltrekson ved fibromyalgi, CFS/ME eller smertetilstander er/blir undersøkt. I ulike fora foreslås likevel bruk av bupropion+naltrekson mot disse tilstandene (13–16). Hvor kommer rasjonale for å forskrive bupropion+naltrekson ved disse diagnoserne fra?

1) Har det utspring i off label bruk av lavdose naltrekson mot fibromyalgi og beslektede diagnoser?

Naltreksondoser fra 1-5 mg/dag betegnes lavdose naltrekson (LDN). Denne bruken er utenfor godkjent bruksområde (9, 10–12, 17). I Norge har et LDN-preparat som inneholder 3 mg naltrekson vært tilgjengelig som tablett uten godkjente indikasjoner i mange år (9, 18).

Bupropion+naltrekson er det eneste markedsførte legemiddelet i Norge med en relativt lav dose naltrekson per tablett (3). Nal-

RAMME 1. Eksempel på spørsmål til RELIS (13).

Finnes det holdepunkter i litteraturen for at bupropion+naltrekson (Mysimba) kan gi effekt på kroppssmerter og fatigue hos pasienter med chronic fatigue syndrome / myalgisk encefalomyelitt (CFE/ME)? En pasient lurte på om legen anbefaler å forsøke denne behandlingen, da det i diverse fora for SFS/ME-pasienter har kommet frem flere gode erfaringer med dette legemidlet.



BAKGRUNNSFOTO: GETTY IMAGES / HAKINMHAN - TABLETFOTO: GETTY IMAGES / HAMMAD KHAN

trekson i monoterapi er per i dag bare godkjent innenfor et behandlingsopplegg med psykologisk veiledning for rusavhengige pasienter som har vært opioidavhengige eller alkoholavhengige, da i dosering 50–150 mg/dag (7, 19). Naltrekson i mye lavere doser enn dette blir likevel brukt i behandling av en rekke sykdommer. Mest omtalt er behandling av multipl sklerose (18), men LDN har også blitt brukt ved en lang rekke andre tilstander, blant annet HIV/AIDS, Crohns sykdom, inflammatorisk tarmsykdom, fibromyalgi og CFS/ME (9, 20). Virkningsmekanismen til LDN er ikke klarlagt, men LDN antas å virke gjennom flere mekanismer, inkludert rebound effekt etter opioidreseptorblokkade, immunmodulering og modulering av gliaceller via Toll-like reseptor 4-antagonisme (10, 21).

Bruk av LDN er ikke en ny idé. Allerede i 2011 omtalte Raknes med flere bruk av LDN blant annet i behandling av fibromyalgi og andre kroniske smertetilstander (9, 20, 21). Dokumentasjon på effekt av LDN mot blant annet fibromyalgi, CFS/ME og kronisk smerte er fremdeles svært mangelfull, tross flere forsøk på å dokumentere effekt på ulike tilstander de siste 10–15 årene (10, 11, 21, 23–25).

Omtale av LDN-behandling domineres av erfaringer fra enkeltpasienter og betraktninger rundt mulige virkningsmekanismer på et bredt spekter av diagnoser. De publiserte kliniske studiene som finnes, er hovedsakelig små studier med kort oppfølgingstid. Mange av dem er åpne og ikke-randomiserte, og antall pasienter er som regel for lavt til å kunne konkludere sikkert. Observerte effekter er stort sett av typen bedring i livskvalitet, humør, redusert stress og egenrapportert sykdomsaktivitet, mens det er vanskelig å finne dokumentasjon på objektive tegn til bedring av sykdommen (9–11, 18, 20, 24).

Vatvani og medforfattere identifiserte fire dobbeltblindede randomiserte kliniske studier (RCT) (n=222) som innfridde inklusjonskriteriene i sin systematiske litteraturgjennomgang og metaanalyse av effekt og sikkerhet av LDN i behandling av fibromyalgi i 2024. Per i dag foreligger det ikke god nok dokumentasjon til å bekrefte LDN som et effektivt farmakologisk behandlingsalternativ mot fibromyalgi (11, 24). Det er behov for større og gode RCTer av lang nok varighet til å fange opp eventuelle effekter. Deretter må det også undersøkes om eventuelle effekter vedvarer over tid og om det opptrer bivirkninger ved langtidsbruk (11).

Det er mange likhetsstrekk i symptomene ved fibromyalgi og CFS/ME. Kroniske smertetilstander påvirker livskvaliteten og kan føre til konsekvenser, som blant annet depresjon, fysiske begrensninger og sosial isolasjon. På grunn av likheter i symptomer og mulig felles patofysiologi, er det ikke overraskende at foreslått behandling for én tilstand også kan påvirke behandlingsvalgene for andre diagnoser (10, 24).

2) Kan forhåpningen ligge i bupropions effekter på komorbide tilstander?

Bupropion i monoterapi er per i dag bare godkjent behandling av depressive episoder i Norge (6). I andre land er eller har bupropion vært godkjent til behandling av ADHD og nikotinavhengighet (26). Bupropions antidepressive effekter antas å være hovedsakelig via hemming av dopamin- og noradrenalinopptak (6, 26). Depresjon er en hyppig komorbid lidelse av fibromyalgi og CFS/ME. Ved behov for farmakologisk behandling av komorbid depresjon finnes det andre behandlingsvalg som bør foretrekkes (27). En studie fra 2001 (n=41) indikerte at bupropion kan ha noe effekt ved nevropatisk smerte (28), men disse resultatene er ikke replikert siden og nevro-

patisk smerte er ikke en indikasjon for behandling med bupropion (29). Andre har antydnet at bupropion kan ha noe effekt ved smerte hos pasienter med inflammatorisk tarmsykdom, men dette er heller ikke verifisert (26).

Bivirkninger og interaksjoner

Risikoen for alvorlige bivirkninger direkte relatert til LDN anses som liten (18). Doseringen for kombinasjonspreparatet bupropion+naltrekson ligger 6–30 ganger høyere enn ved LDN, slik at bivirkninger av naltrekson vil kunne gjøre seg gjeldende (3).

Bupropion er kjemisk et katinonderivat (psykoaktiv substans i khat) som strukturelt ligner på amfetamin. Slike midler har i flere tiår vært kjent for å ha skadelige kardiovaskulære effekter (30, 31). Bupropion+naltrekson har flere kontraindikasjoner, og de viktigste er ukontrollert hypertensjon, tidligere krampeanfall, bipolar lidelse, akutt avvenning fra alkohol, benzodiazepiner eller opioider, samt pågående opioidbehandling. Det foreligger i tillegg en rekke forsiktighetsregler, blant annet ved psykisk sykdom, predisponerende faktorer for krampeanfall, diabetes og hjerte- og karsykdom (1, 2, 6).

På grunn av potensielt alvorlige bivirkninger har bupropion+naltrekson vært på det franske uavhengige tidsskriftet *Prescrire*s liste over legemidler som bør unngås siden 2017 (2, 31–33). I kliniske studier ble det sett en høyere forekomst av takykardi, hjerteinfarkt og økt blodtrykk i gruppene som mottok bupropion+naltrekson sammenlignet med placebogruppene. Forekomsten av andre alvorlige kardiovaskulære hendelser var lik mellom gruppene, men pasienter med betydelig kardiovaskulær risiko var ekskludert fra de kliniske studiene. Kardiovaskulær risiko ved langtidsbruk av bupropion+naltrekson er derfor uavklart (2, 31).

Bupropion+naltrekson har betydelig interaksjonsrisiko med flere andre legemidler (1, 2, 8). Blant annet frarådes bruk av opioider sammen med bupropion+naltrekson i preparatomtalen. Naltrekson kan oppheve virkningen av opioider (inkludert kodein og tramadol). Naltrekson kan også oppregulere antall opioidreseptorer og potensielt gi økt sensitivitet for opioider i en periode etter seponering (8). Virkningsmekanismen til bupropion+naltrekson vil kunne få store konsekvenser for pasienten, for eksempel manglende smertelindring av opioider ved kirurgiske inngrep eller i akutsituasjoner. Pasienter som forskrives bupropion+naltrekson, må følgelig få god informasjon om interaksjonen med opioider og de potensielle problemene dette kan medføre.

Det er også en risiko for sjeldne, men potensielt livstruende reaksjoner, som anfall og serotonergt syndrom hos personer som får bupropion+naltrekson sammen med antidepressiva og opioider (1).

Diskusjon

Vår vurdering er at det per i dag ikke er grunnlag for å anbefale bruk av bupropion+naltrekson i behandling av noe annet enn godkjent indikasjon for vektreduksjon. Selv ved godkjent indikasjon er det reist tvil ved om det er forsvarlig å forskrive bupropion+naltrekson med hensyn til nytte og risiko (31, 32, 34). Både pasienter og forskrivende leger har behov for å gjøre informerte valg ved spørsmål om dette er en behandling de i fellesskap skal starte. For å kunne gjøre det må man ha både effekt- og sikkerhetsinformasjon for behandlingen.

LDN har fått oppmerksomhet som en mulig behandlingsform ved forskjellige sykdommer, tross manglende evidens for at slik behandling virker. LDN er heller ikke godkjent ved noen tilstander av norske legemiddelmyndigheter (18). Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten konkluderte i sin systematiske oversikt fra 2015 at:

«Status for dagens kunnskap er at det er umulig å konkludere om LDN er effektivt og sikkert, og om det eventuelt er forskjeller i effekt mellom ulike pasientgrupper. Studiene var små, av kort varighet, hadde usikre estimater for effekt og sikkerhet eller andre metodologiske begrensninger som samlet sett gjorde det umulig å trekke noen konklusjoner. Det er behov for gode randomiserte kontrollerte studier av lang nok varighet til å fange opp eventuelle effekter» (9).

Nærmere ti år senere har vi fremdeles ikke tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for å trekke noen konklusjoner om effekt og sikkerhet av LDN (11, 23). Vi har heller ikke funnet evidens for effekt av bupropion ved fibromyalgi eller CFS/ME. Vi vil advare mot forskrivning av et legemiddel som

bupropion+naltrekson, spesielt på indikasjoner hvor effekten er ukjent eller ikke-eksisterende, hvor vår vurdering er at risikoen er større enn nytten.

Konklusjon

Vi har ikke funnet dokumentasjon på effekt eller informasjon om pågående eller avbrutte studier av kombinasjonspreparatet bupropion+naltrekson ved fibromyalgi, CFS/ME eller smerte/kronisk smerte, verken i medisinske oppslagsverk eller ved litteratursøk. Gitt de potensielt alvorlige bivirkningene ved preparatet, interaksjonspotensialet og manglende dokumentasjon på effekt fraråder vi forskrivning av bupropion+naltrekson ved fibromyalgi, CFS/ME eller smerte/kronisk smerte.

REFERANSER

- European Medicines Agency. Updated advice to minimise risks of interaction between weight loss medicine Mysimba and opioids. <https://www.ema.europa.eu/en/news> (Publisert: 15. november 2024).
- Flatebø EME, Debernard KAB, Fossli RK. Bupropion-naltrekson (Mysimba®): vektreduksjonens venn eller fiende? EMA advarer om bivirkninger og interaksjoner. <https://relis.no/artikler/42746/> (Publisert: 13. november 2024).
- Direktoratet for medisinske produkter. Preparatomtale (SPC) Mysimba. <https://www.legemiddelsok.no/> (Sist oppdatert: 16. januar 2025).
- Lexidrug in UpToDate. Naltrexone and bupropion. Drug information. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Søk: 3. februar 2025).
- Clinical Pharmacology database. Bupropion; Naltrexone. Elsevier, Inc. <https://www.clinicalkey.com/pharmacology/login> (Sist oppdatert: 26. desember 2024).
- Direktoratet for medisinske produkter. Preparatomtale (SPC) Wellbutrin retard. <https://www.legemiddelsok.no/> (Sist oppdatert: 27. juni 2024).
- Direktoratet for medisinske produkter. Preparatomtale (SPC) Naltrexone POA Pharma. <https://www.legemiddelsok.no/> (Sist oppdatert: 28. februar 2023).
- Kolberg ES, Madsen TOS, Roland PDH. Naltrekson og opioider – en smertefull interaksjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2020; 140: 1524–5.
- Folkhelseinstituttet. Systematisk oversikt: Bruk av naltrekson i lave doser utenfor godkjent bruksområde. <https://www.fhi.no/publ/2015/bruk-av-naltrekson-i-lave-doser-utenfor-godkjent-bruksomrade/> (Publisert: 16. april 2015).
- Aitchison N, Lin Z et al. Low-dose naltrexone in the treatment of fibromyalgia: A systematic review and narrative synthesis. *Aust J Gen Pract* 2023; 52: 189–95.
- Vatvani AD, Patel P et al. Efficacy and safety of low-dose naltrexone for the management of fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials with trial sequential analysis. *Korean J Pain* 2024; 37: 367–78.
- Norsk legemiddelhandboka. Naltrekson. <https://www.legemiddelhandboka.no/> (Sist oppdatert: 26. mars 2024).
- RELIS database 2023; spm.nr. 9464, RELIS Midt-Norge. Effekt av bupropion+naltrekson hos pasienter med CFS/ME. (www.relis.no)
- RELIS database 2022; spm.nr. 9066, RELIS Midt-Norge. Naltrekson+bupropion hos pasient med fibromyalgi. (www.relis.no)
- RELIS database 2023; spm.nr. 16314, RELIS Sør-Øst. Bruk av bupropion/naltrekson (Mysimba) ved fibromyalgi. (www.relis.no)
- RELIS database 2024; spm.nr. 9841, RELIS Midt-Norge. Effekt av bupropion+naltrekson på fibromyalgi. (www.relis.no)
- Fors EA. Norges fibromyalgi Forbund. Fibromyalgi – en innføring for helsepersonell. <https://fibromyalgi.no/> (Publisert: 2023).
- Direktoratet for medisinske produkter. Lavdose naltrekson (LDN) – hva vet vi? <https://www.dmp.no/nyheter/lavdose-naltrekson-ldn-hva-vet-vi> (Sist oppdatert: 20. august 2024).
- Direktoratet for medisinske produkter. Preparatomtale (SPC) Naltrexone Accord. <https://www.legemiddelsok.no/> (Sist oppdatert: 15. desember 2020).
- Raknes G, Giverhaug T. Naltrekson - høye forventninger til lave doser. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2011; 131: 844–6.
- Plesner KB, Vægter HB et al. Lavdosisnaltrexon til smertebehandling. *Ugeskr Laeger* 2015; 177: V03150248.
- Younger J, Noor N et al. Low-dose naltrexone for the treatment of fibromyalgia: findings of a small, randomized, double-blind, placebo-controlled, counterbalanced, crossover trial assessing daily pain levels. *Arthritis Rheum* 2013; 65: 529–38.
- Rassi-Mariani V, Barreto ESR et al. The use of naltrexone in the treatment of chronic pain: a systematic review. *Pain Manag* 2024; 14: 453–63.
- Bruun KD, Christensen R et al. Naltrexone 6 mg once daily versus placebo in women with fibromyalgia: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Rheumatol* 2024; 6: e31–9.
- Irwin MN, Cooke DA et al. Efficacy and Safety of Low Dose Naltrexone for Chronic Pain. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2024; 38: 13–9.
- Urits I, Peck J et al. Off-label Antidepressant Use for Treatment and Management of Chronic Pain: Evolving Understanding and Comprehensive Review. *Curr Pain Headache Rep* 2019; 23: 66.
- Kvalsvik RT, Bulling VSS, Jahnsen JA. Retningslinjer for behandling av depresjon. *Utposten* 2023; 52: 46–7.
- Semenchuk MR, Sherman S et al. Double-blind, randomized trial of bupropion SR for the treatment of neuropathic pain. *Neurology* 2001; 57: 1583–8.
- Shah TH, Moradimehr A. Bupropion for the treatment of neuropathic pain. *Am J Hosp Palliat Care* 2010; 27: 333–6.
- Zhang L, Yao H et al. Risk of Cardiovascular Diseases Associated With Medications Used in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open* 2022; 5: e2243597.
- Anon. Naltrexone+bupropion (Mysimba). Too risky for only modest weight loss. *Prescribe Int* 2015; 24: 229–33.
- Anon. Bupropion+naltrexone (Mysimba) for weight loss: set to be withdrawn from the market in the European Union? *Prescribe Int* 2024; 33: 212.
- Nordmo E, Vorren S. Bupropion og kramper. <https://relis.no/artikler/43289> (Publisert: 14. januar 2025).
- Norvik M, Fleiner HF. Legemidler mot overvekt – viktigere å fokusere på livsstilsendringer? *Utposten* 2019; 7: 62–63.

INGRID LUNDE STEEN

Legemiddelrådgiver, master i farmasi, RELIS Midt-Norge
Avd. for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital.

■ INGRID.LUNDE.STEEN@RELIS.NO

PÅL-DIDRIK HOFF ROLAND

Legemiddelrådgiver, cand.pharm., RELIS Midt-Norge Avd. for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital.

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

Velkommen og lykke til!  Tove Rutle – lagleder

Eit glytt av støvet i gamle skattkista mi

Frå skulen hugsar eg mest berre diktarar frå dei vide dalar, djupe skogar, rimkalde vinter eller svalande fjellsumar. Er det berre eg som er kunnskapslaus? Kan det vera at grubling og ettertankar er ei eiga sportsgrein på viddene, i bratte lider eller djupe dalar? Den mørke og tunge skogen kan stemma sinnet i dystrare retning. Innlandskulturen er tung av odel og tradisjon. «Me gjer som me er vane med» vert det sagt, fokus er vendt baketter. Er det sjølve livskåra på kysten som legg band på ettertanken? Tanke og handling må temjast skal du leva med eit viltverlag, kjempa mot dei stadige omskiftingar, tola tap av reidskap, mannskap, familiemedlemmer og forventningar. «Skal me prøve noko anna?», vert omkvedet. Det gamle er ikkje framtida. Innføring av nye fiskemetodar, utvikling av ny teknikk og kritikk av tradisjon, avlar pågong, ikkje grubling. Kyst-Noreg er ein motor av vågemot, sigrar og nederlag. Fiskarbonden kunne ikkje sitja inne på småbruket om vinteren og fyra i omnen og fora ei ku og fem sauer. Den vesle garden var ikkje til å leva av, heller ikkje å døy av. Ein laut ut på havet, vindfullt, båretungt og krevjande. Poesien fekk heller venta.

Peter Dass, nordlandspresten på Alstadhaug, sat heime i prestestova og skreiv. Ob-

servasjonar han gjorde av folk og hav, båt og land, von og tru, rima han saman til salmar og folkløre. *Nordlands trompet* er fornøyeleg og lærerik å lesa. Han vart likevel verande ein observatør.

Jakob Sande frå Sunnfjord vart ein folkekjær kystpoet, ein ordkunstnar. Ramsalt samfunnskritikk, eggjande politisk engasjement, forskjelligarta personomtalar og naturskildringar rann frå pennen hans.

Eg tek for meg **Elias Blix**, fatigguten frå Gildeskål i Nordland. Blix vart teolog, etterkvart professor i hebraisk. Han vart kyrkjestatsråd i regjeringa Sverdrup. Ei mengd vakre og lærerike salmar rann frå hans hand, alle skrivne på nynorsk. Biletbruken han nyttar for å illustrera teologiske og sjelelige poeng hentar han frå kysten. Dei vekslende livskår, sorg og glede, voner og tap illustrerer han med røyndomen frå kyst og båtbruk. I skulestova vår vart salmane brukte. Som smågut tok far meg med til kyrkjes, der tona orgel og kyrkjelyden dei same songane.

Så presist og innhaldsrikt kan det seiast:

I Jesu namn Me stemna fram til himmelhamn.
Med Krist um bord, Me styra yver livsens fjord,
Når han er med, me fara i Guds fred.

Eller endå meir maritimt i uttrykk:

Ein båt i stormen duva, Men Jesus var um bord.
Hans læresveinar gruva Då bára braut på fjord.

Men sjå, då Jesus vakna Og truga storm og hav,
Då vind og våger spakna, Og veret stilna av.
Salmen held fram med tri maritime vers.

Min favorittsalme frå hans penn er:

Med Jesus vil eg fara På livsens ferd i lag.
Gud lat den samferd vara, Alt til min døyand dag!
Det er mi høgste æra, Det er mi største ros
Hans fylgjesvein å vera

Og vandra i hans ljøs

Min Jesus, sannings stjerna, Lys upp min myrke veg!
Mitt hjarta vil so gjerna Få fylgja etter deg.
Du lyser enn i verdi Som fyrr frå Betlehem. Ver
du mitt ljøs på ferdi. Til heim med deg eg kjem.

Min Jesus, gjævt givnad, Min eignalut og skatt!
I all min gang og livnad Meg støtt for auga statt.
Som vesle blomen trugen Ser upp mot sol og dag,
Til deg so vender hugen, Til deg kvart andedrag.

Min Jesus, Sarons lilja, Bløm fagert upp i meg!
Lat ingen ting meg skilja Og riva burt frå deg!
Du vintre i Guds hage, Min kjære Herre Krist!
Unn også meg den lage Å veksa som din kvist!

Du til di grein meg sette Alt i min fyrste vår,
Med livsens dogg meg vätte, Gav sol og signa år.
Du vil og vokster gjeva Alt til min siste slutt:
Lat meg i deg få liva, I deg få anda ut.

Desse avskriftene er frå *Nynorsk Salmebok* frå 1925. Den siste ligg også på nettet, dei to fyrste ikkje. Det minner meg om at denne songskatten syng på siste verset, den overlever neppe ei ny salmebok, vert eingong ikkje å finna på nettet. Den klingane vakre og poetiske nynorsk opplevest nå som arkaisk, tilgjort. Dei fører meg inn i ei tid og kultur der slike uttrykk gav atterklang.

Mine eigne dialektord frå Jæren og Suldal, nynorsk frå oppvekst og skule, har gitt meg ein rikdom eg gjerne prøver dela vidare, med vekslende hell. For meg er det sårt at desse kraftfulle, velklingande og meningsberande ord er på veg inn i gløymsla. Takk for at eg fekk opna loket på denne skattkista, tilby lesaren å glytta nedi, kanhende i støvet oppdaga smykke av gull forma med meisterleg handlag.

Eg utfordrer John Nessa til neste etappe av lyrikksstafetten.

Hilsen fra
ASLAK BRÅTVEIT



ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNES/KI – ADÖBE PHOTU

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

Brevet

«Hva betyr dette?» Blikket hennes er fast, stemmen opprørt. «Vi fikk det i posten i morges. Vi har ringt sykehuset, ingen vil snakke med oss. Og før du svarer, jeg har googlet det».

På fanget sitter en lyslugget, liten unge. Papiret hun har klasket i bordet foran meg inneholder en mengde håpløse fremmedord som levner liten tvil.

Inni meg forbanner jeg sykehuset for å ha sendt dette brevet, vi har jo lært at man alltid skal formidle alvorlige diagnoser sammen med en plan for videre tiltak! Her er det ikke engang brukt forståelig norsk.

Jeg tar meg god tid, leser flere ganger, latter som om ordene er vanskelige å forstå, de er jo også det for den som ikke er lege og må google.

Ordene blir utydelige. De flyter sammen. Snart må jeg si noe om hva dette betyr, det er jo derfor jeg sitter der og kaller meg lege.

Lysluggen på fanget pusler med sitt, smiler, ser litt spørrende på både mor og meg. Jeg tenker på min egen lyslugg på samme alder, som er i barnehagen, frisk og heldig. Det er så urettferdig. Det finnes ikke ord.

Jeg føler meg fanget, skulle ønske noen kunne hjulpet oss nå, skulle ønske det ikke var sant. Men det er ikke verst for meg, det er ikke min sorg, jeg skal jo være den profesjonelle, den som finner en vei ut av dette vanskelige.

Jeg svelger. Blunker. Husker undervisningen på studiet, barnelegene som går på jobb selv om de vasser i alvor, kreftlegene som opplever at livet kan være på sitt mest intense når det nærmer seg over, allmennlegene som alltid hadde en finurlig løsning når vi sto fast. De kloke læremesternes ord om håp var nå mine.

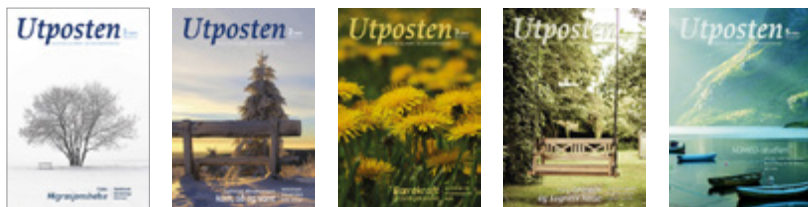
Stemmen min skjelver, men budskapet er klart: «Dette er en alvorlig beskjed. Jeg ser på deg at du vet det. Men dere må holde fast ved det best mulige utfallet. Ingen skal ta fra dere håpet, det er deres. Og husk: Dere bestemmer alltid hvor mye dere vil vite.»

Hun var litt rakere i ryggen da de gikk enn da de kom. Noen ord om håp tok de med seg på veien. I alle epikriser sto det: «Ønsker ikke å vite prognose». De tok kontroll på fortellingen om lysluggens fremtid. Selv om de visste hva som ventet.



MARIT TUV • Redaktør i Utposten
■ MARITTUV@HOTMAIL.COM

ILLUSTRASJONSFOTO: BILDET ER LAGD MED KUNSTIG INTELLIGENS OG INGEN AV PERSONENE HAR SPLEDES TILKNYTNING TIL SAKEN SOM OMTALES I TEKSTEN.



Utposten

annonseinfo 2025

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

ABONNEMENT: Kr 850,- i året

TEKNISK

ANNONSEANSVARLIG: Karianne Rutle

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

MATERIELL:

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

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

SATSFLATE: 185 x 249,5 mm 3 spalter

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

KONTAKTPERSON: Morten Hernæs

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

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

ANNONSEINFO

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

* +3 mm for utfallende alle sider

BILAG: Pris ved forespørsel.

WEB

annonser på Utposten's nettsider

FORMAT OG PLASSERING

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

Ta kontakt for info vedrørende formater og plassering.

STANDARDPRIS

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

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

DATO FOR UTLEGGING PÅ NETT:

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

WEB ANNONSEANSVARLIG:

Karianne Rutle

☎ 913 08 747

✉ karianne.rutle@gmail.com

WWW.UTPOSTEN.NO

NORGE P. P.

Avsender:

Utposten

Sjøbergveien 32A

2066 Jessheim

Abonner på
Utposten

